



Universidad de Chile
Instituto de la Comunicación e Imagen
Escuela de Periodismo

DEL PAPEL A LA PRÁCTICA: LAS PROBLEMÁTICAS QUE ENFRENTA EL ABORTO EN TRES CAUSALES

RAMOS MUÑOZ NICOL YAZMÍN
VILLAGRÁN ALARCÓN CONSTANZA FRANCISCA

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PERIODISTA

Reportaje

Profesor Guía: José Miguel Labrín

Santiago de Chile

Diciembre de 2019

¿No es de sentido común, y también de justicia, ese lema de las feministas que dicen que si nosotros, los machos, quedáramos embarazados, el aborto sería libre? ¿Por qué no se legaliza el derecho al aborto? ¿Será porque entonces dejaría de ser el privilegio de las mujeres que pueden pagarlo y de los médicos que pueden cobrarlo?

Eduardo Galeano

AGRADECIMIENTOS

No podemos iniciar este texto sin agradecer a nuestras compañeras y compañeros que hoy luchan por un Chile en que la dignidad no sea una consigna sino una realidad. Fue gracias a este estallido social que nos ha hecho transitar por la tristeza de pérdidas injustas e invaluable y que refundó la importancia de visibilizar la realidad extraoficial, que hoy aumentan nuestras fuerzas y esperanzas de cambiar un sistema que violenta, humilla y hiere a quienes depositaron su confianza en las instituciones.

Agradecemos también a las mujeres valientes que abren caminos e impulsan cambios, a quienes desde su vereda intentan hacer de esta sociedad un lugar más igualitario. El derecho a decidir sobre nuestros cuerpos es una noción a la que hemos llegado gracias al incansable trabajo de cientos de mujeres que nos preceden y que supieron iniciar una lucha que sin duda influye en cómo pensamos la organización total de la sociedad.

A las personas que confiaron en nuestro trabajo, nos relataron sus historias o compartieron sus conocimientos y sus opiniones e hicieron posible ampliar nuestra visión sobre un tema mediático pero restringido en su cobertura.

A nuestras familias por su preocupación y apoyo en este proceso, por darnos la oportunidad de acceder a educarnos de la forma en que muchos de ellos no pudieron hacerlo y por siempre confiar en nosotras.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

8CAPÍTULO

I:

ANTES DE HABLAR DE LA LEY ¡Error! Marcador no definido. El controvertido hito que marcó la discusión sobre el aborto en tres causales	10
Resumen del aborto terapéutico en Chile	14
Cambio constitucional: El legado de Guzmán	18
Las campañas comunicacionales de los grupos pro vida	20
La cruzada feminista por el derecho a aborto	21
Oscurantismo y Renacimiento feminista en Chile	24
Hitos feministas: Ni una menos y la Ola feminista	25
Los feminismos y las tres causales	27

CAPÍTULO II:

EL PROCESO LEGISLATIVO DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) 23 Cronología de la aprobación de la ley de aborto en tres causales en Chile	33
¿En qué consistía el proyecto de aborto en tres causales original y cuáles han sido sus cambios?	39

CAPÍTULO III:

UN NUEVO OBSTÁCULO PARA LA IVE: LOS CAMBIOS QUE HA EXPERIMENTADO EL REGLAMENTO DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

	36¿Qué es la objeción de
conciencia?	42
Primer Protocolo	43
Recintos de salud y derivaciones	44
Declaración de objeción	46
Segundo Protocolo	48
Objeción de conciencia institucional	48
Impugnación del segundo reglamento	50
Tercer Protocolo	54
Publicación del protocolo definitivo en el Diario Oficial	54
Las instituciones y el nuevo protocolo	56
Fallo del Tribunal Constitucional	56

CAPÍTULO IV:

NORMA TÉCNICA: EL PRIMER PASO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY

	49Norma Técnica
Nacional	57
Diferentes procedimientos médicos para realizar un aborto	59
Niveles de salud	63
Programa de Acompañamiento	64
Críticas a la norma técnica	66

CAPÍTULO V:

CAPACITACIONES: ¿ESTÁ PREPARADO EL SISTEMA PÚBLICO?

	60Capacitaciones durante el gobierno de	
Bachelet		69
Déficit e insuficiencias de las capacitaciones		70

CAPÍTULO VI:

PRIMERA CAUSAL: RIESGO DE VIDA DE LA MADRE

68CAPÍTULO

VII:

SEGUNDA CAUSAL: INVIABILIDAD FETAL	71Centralismo y desigualdad:	
problemas de infraestructura, equipamiento médico y falta de especialistas		85
Falta de especialistas: un problema transversal		87
La dupla psicosocial: el reflejo de la política de la buena voluntad en la salud pública		89
¿Realmente son las mujeres quienes deciden?		93
La letra chica de la IVE: ¿Cuántas pruebas pruebas son necesarias para interrumpir un embarazo?		95
La dimensión psicológica de la segunda causal		98
La IVE en la clandestinidad: el costo social de interrumpir el embarazo		100
El duelo y la sepultura		
		101

CAPÍTULO VIII:

TERCERA CAUSAL: VIOLACIÓN	93Plazos: una cuestión de
criterio	104
Primer Caso IVE: ¿Quiénes son los provida?	106
Aborto por violación: un caso normado por la negligencia y la apatía	108
El verdadero costo de la hospitalización	109
¿Y qué esperas? si te estas haciendo un aborto.	110
La muestra	111
¿Qué sigue después del aborto?	112
La policía a la puerta	113

CAPÍTULO IX:

DEL PAPEL A LA PRÁCTICA: “NOSOTROS GANAMOS Y ESTO VA A SER LEY MUERTA”	106Déficit de insumos comunicaciones destinados a la
ciudadanía	118
El rol de la información en la implementación de la IVE	122
No se puede promover el aborto: otra dificultad en el plano de la información	122
Falta de actualización de cifras sobre el aborto en tres causales y la plataforma REM	124
Falta de continuidad gubernamental	125
Objeción de conciencia mal entendida	127

INTRODUCCIÓN

En tiempos en que la discusión sobre la posibilidad de alcanzar el aborto libre toma fuerza en el marco de una nueva Constitución, este texto dará cuenta de algunos de los problemas enfrentados por la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en tres causales.

Esta investigación realizada sobre la base de revisión documental y entrevistas presenciales, busca analizar diferentes situaciones propiciadas por la ley desde una mirada crítica, pero limitada en su alcance, por lo que entendemos que muchas de las dificultades que enfrentan hoy las mujeres que deciden practicarse un aborto en cualquiera de las tres causales, pueden no estar reflejadas en este análisis.

Pese a lo anterior, tenemos la convicción que los puntos de interés identificados en este trabajo periodístico, tales como las deficiencias respecto a la capacitación, entrega de información a las usuarias y ausencia de fiscalización de la operatividad de la ley, son algunos de los mecanismos que hoy permiten, toleran o incentivan prácticas que van desde la obstaculización de la prestación hasta la violencia obstétrica, cuando se logra acceder a la interrupción.

Se expondrá una revisión sobre la base de antecedentes históricos respecto a la legislación del aborto en Chile y como ha formado parte de las demandas del feminismo, además de dar cuenta de la trayectoria del proyecto de ley que hoy conocemos como ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo(IVE) y de la Norma Técnica que debiera acompañar su óptimo funcionamiento.

Si bien se consideraron relatos de pacientes, este documento está lejos de ser un compilado de testimonios, porque creemos necesario dar cuenta de las dificultades en la implementación de la ley, desde los mecanismos que deben impulsar su puesta en marcha y no como historias de pacientes víctimas de situaciones particulares. En otras palabras, entendemos que los problemas en el funcionamiento de la ley son estructurales y guardan relación con la institucionalidad, donde la voluntad política de las autoridades se ha expresado a través de la obstrucción al acceso de esta política pública.

CAPÍTULO I: ANTES DE HABLAR DE LA LEY

El controvertido hito que marcó la discusión sobre el aborto en tres causales

*“...En todas las clínicas cuicas de este país muchas de las familias más conservadoras han hecho abortar a sus hijas. Las personas con más dinero no requieren de leyes, porque tienen los recursos”*¹. Con esta frase, el 30 de diciembre de 2014, la ex ministra de Salud Helia Molina -quien permaneció nueve meses en el cargo- abrió públicamente el debate respecto a falta de legislación sobre el aborto en Chile.

En entrevista con el Diario *La Segunda*, la hoy decana de la Facultad de Ciencias Médicas (Facimed) de la Universidad de Santiago, fue convocada para conversar principalmente de la gestión que había tenido el Ministerio de Salud durante ese período. Sin embargo, también se refirió al entonces proyecto de interrupción del embarazo en tres causales, y finalmente fue su crítica al “doble estándar” de los sectores conservadores en relación al aborto lo que acaparó la atención mediática.

Una vez publicado el artículo, el diputado de Renovación Nacional (RN) Jorge Rathgeb, sostuvo: “Nos parece extremadamente grave que la ministra de Salud, declare con tanta seguridad estos hechos, sin entregar ninguna información adicional sobre la veracidad de esta denuncia”², mientras que el también RN Leopoldo Pérez sostuvo que “sus afirmaciones son muy discriminatorias”³. Desde la oposición de ese entonces, se planteó la idea de citar a la ex titular de Salud a la comisión de la Cámara de Diputados en enero de 2015.

En relación con lo anterior, el actual ministro de Salud Jaime Mañalich sostuvo que Molina habría cedido ante las presiones del senador del Partido Por la Democracia (PPD) Guido

¹ *La Segunda*. Martes 30 de diciembre de 2014. Ministra Molina: "En todas las clínicas cuicas, muchas familias conservadoras han hecho abortar a sus hijas"

² Radio Bío-Bío, Diputados RN citan a ministra Molina a la Comisión de Salud por acusaciones de abortos en clínicas, 30 de diciembre de 2014.

³ *Ibid.*

Girardi y sobre la publicación manifestó: “...Esta entrevista es claramente una respuesta al requerimiento, a la amenaza que hace el senador hace unos días que dice “o me mandan el proyecto de aborto como yo quiero, o igualmente lo voy a poner en tabla”.⁴

Las críticas de la derecha a las controvertidas declaraciones sobre el aborto también se expresaron vía Twitter, dónde la ex vocera del primer y segundo gobierno de Sebastián Piñera, Cecilia Pérez escribió: “Ministra Molina, como funcionaria pública, tiene obligación de presentar denuncia legal que avalen sus dichos...de lo contrario debe renunciar”.

Los dichos de la ex ministra Molina alcanzaron gran notoriedad pública y fueron ampliamente validados por los usuarios de redes sociales, quienes posicionaron el tema como uno de los 10 más comentados en Twitter a nivel mundial. Uno de los hashtags más utilizados fue #helianoseva, que superó con creces a los que pedían su salida inmediata del gabinete.

Pese a lo anterior, el Gobierno de aquel entonces aseguró a través de un comunicado de prensa que lo señalado por Helia Molina se trataba de una opinión personal y el vocero de aquella administración, el actual senador y presidente del Partido Socialista (PS) Álvaro Elizalde, declaró que la presidenta Michelle Bachelet había aceptado su renuncia.

Elizalde también se refirió a lo que motivó la primera baja en el gabinete del segundo gobierno de Bachelet al agregar, según señaló Radio Universidad de Chile, que la renuncia de Molina buscó: “...evitar generar polémicas artificiales que puedan distraer al Gobierno de la significativa tarea de mejorar la Salud de todas y todos”.⁵

Desde la colectividad de la que forma parte la ex secretaria de Estado, el entonces presidente del PPD, Jaime Quintana, destacó su lealtad al presentar la renuncia con el objetivo de no perjudicar al gobierno y manifestó que sus dichos son "una verdad del porte de una catedral".⁶

Por otra parte, la senadora de la Unión Demócrata Independiente (UDI), Jacqueline Van Rysselberghe expresó que su renuncia “fue una falta de prudencia feroz y muchos de los errores

⁴ Radio Bío-Bío, Mañalich y dichos de Helia Molina: Es una respuesta a la amenaza que hace el senador Girardi, 31 de diciembre de 2014.

⁵ Radio Universidad de Chile, 30 de diciembre de 2014, “Polémicos dichos sobre aborto sacan a Helia Molina del Ministerio de Salud”

⁶ Radio Cooperativa, Helia Molina dijo una verdad del porte de una catedral, 31 de diciembre de 2014.

comunicacionales que tuvo, más que problemas de experiencia política, eran problemas de falta de prudencia”.⁷

En una entrevista para esta Memoria, la decana de la Facimed, se refirió a las consecuencias de la declaración emitida en aquella entrevista con *La Segunda* y sostuvo “(...)ella publicó una frase mía de toda la conversación que tuvimos, que fue bastante más amplia. Yo creo que fue super bueno ¡Qué quieres que te diga! Porque abrió el debate. Fue trendic topic no sé cuántos días y me costó el puesto, pero no me importa. Da lo mismo eso”.⁸

Molina señala que la discusión sobre la legislación en materia de aborto se plantea desde un mal uso o desde la promoción de la práctica, y reitera el argumento que hace años esbozó, al manifestar: “Nosotras si queremos hacernos un aborto, nos lo hacemos. Nosotras me refiero a las privilegiadas de siempre. Porque resulta que la mayoría de la gente que no tiene recursos para ir a una clínica privada, y si tiene que hacerse un aborto se lo hace igual”.⁹

Acerca del argumento de los pro-vida y algunos sectores conservadores en contra de las mujeres y el supuesto uso indiscriminado del aborto, Molina sostiene que: “Nadie quiere abortar. No conozco a ninguna mujer que diga: ay, me encanta que una se pueda hacer los abortos que quiera. No conozco ese término”.¹⁰

La prohibición del aborto en cualquier circunstancia fue cautelada durante años por organizaciones de la sociedad civil y partidos políticos conservadores, pero también por la Iglesia Católica, que no demoró en reaccionar negativamente al anuncio que hizo la ex-presidenta Michelle Bachelet -en la Cuenta Pública del 21 de mayo de 2014- sobre el proyecto de aborto en tres causales.

El entonces arzobispo de Santiago, Ricardo Ezzati, luego de asistir al salón de honor del Congreso Nacional emitió unas desafortunadas declaraciones, al referirse a su rechazo al proyecto de ley IVE, relacionándolo con el plan nacional de esterilización de mascotas, que fue anunciado durante la misma Cuenta Pública.

⁷ Radio Bío- Bío, Van Rysselberghe atribuye la renuncia de Helia Molina a “falta de prudencia feroz”, 31 de diciembre de 2014.

⁸ Entrevista a Helia Molina realizada por las autoras de esta memoria el 19 de noviembre de 2019.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ *Ibid.*

Dando cuenta de lo que para él era una contradicción entre la despenalización del aborto y la protección de las mascotas, mediante una política que según la presidenta tenía por objetivo el “cuidado, control y bienestar de nuestros animales de compañía”¹¹, Ezzati señaló: “con todo el respeto que me merecen las mascotas, la vida humana vale mucho más”.¹²

La ex ministra Helia Molina recuerda que después de sus dichos sobre el aborto fue declarada persona *non grata* por Ricardo Ezzati y la Universidad Católica, en la que se desempeñaba como docente antes de asumir en el Minsal. Y plantea otra contradicción: “Sería raro que la Universidad Católica hiciera abortos. Pero, por otro lado, también es raro que reciba fondos del Estado y no siga las políticas públicas”.¹³

Finalmente y respecto a las resistencias que enfrentó este proyecto de ley y que Helia Molina presenció desde el Ministerio de Salud, señala: “...si una tuviera que escoger unas palabras para describir el proceso serían: complicado y difícil. Estuve en un montón de foros y conversaciones con diputadas de la UDI. Y la verdad es que son puntos de vista respetables de cada uno, yo no descalifico al resto”¹⁴; pero añade que por sobre el conflicto valórico, la principal divergencia se centra en no ver la ley desde una perspectiva de derechos.

Resumen del aborto terapéutico en Chile

A pesar de que el aborto nunca ha sido legal en Chile, solo la dictadura cívico militar lo penalizó en cualquiera de sus formas. Si bien las situaciones que estableció el primer Código Sanitario promulgado en 1931 se limitaban al peligro de vida de la mujer; con el tiempo, estas restricciones sufrieron modificaciones que contemplaron otras variables, como malformaciones genéticas e incluso condiciones psicológicas, sociales y económicas.

¹¹Michelle Bachelet, Cuenta Pública Presidencial, 21 de mayo de 2014.

¹²*El Mostrador*, Ezzati se molesta y apunta a contradicción entre ley de aborto y protección de mascotas en mensaje presidencial, 21 de mayo de 2014.

¹³Entrevista a Helia Molina realizada por las autoras de esta memoria el 19 de noviembre de 2019.

¹⁴ *Ibíd.*

Los primeros antecedentes respecto a esta materia se remontan al Código Penal de 1874, que ya contemplaba algunas circunstancias en las se podían practicar abortos. Sin embargo, la figura del aborto terapéutico apareció explícitamente en el Código Sanitario, promulgado en 1931, que estipulaba que “*sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir el embarazo o practicar una intervención para hacer estéril a una mujer*”, además explicitaba que las intervenciones requerían de la opinión documentada de tres facultativos. Esto quiere decir que las interrupciones se limitaban al criterio técnico de los médicos.

Los problemas de la salud pública en relación a la mortalidad materna producto de los abortos clandestinos, motivaron el desarrollo de una serie de políticas relacionadas con la planificación familiar y la educación sexual, que se vieron reflejados en los cambios al Código Sanitario durante el gobierno de Eduardo Frei Montalva en 1967.

En el informe titulado “Aborto en Chile. Evolución histórica del marco normativo” elaborado para la Comisión Permanente de Salud de la Cámara de Diputados se explica que estos cambios disminuyeron los requerimientos para realizar un aborto terapéutico, por lo que solo eran necesarias las opiniones documentadas de dos médicos cirujanos. La interpretación más amplia y flexible de esta norma hizo que algunos médicos tomarán en consideración otros factores, como la salud psíquica de las mujeres.¹⁵

Según este documento “En 1960, la mortalidad materna era muy elevada (299/100.000 nacidos vivos), siendo más de un tercio a consecuencia de abortos inducidos y clandestinos. El 20% de las camas obstétricas estaba ocupado por mujeres con abortos complicados. El grupo más vulnerable lo constituían mujeres de bajo nivel socio económico, con tres hijos o más”.¹⁶

El especialista en Obstetricia y ginecología general, Guillermo Galán, quien ha trabajado como colaborador de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) desde 1987, en entrevista realizada para este reportaje, explica que en el Código Sanitario de esa época “.. las causales no estaban tan bien definidas, pero estaba el peligro de vida de la

¹⁵Comisión Permanente de Salud de la Cámara de Diputados Boletín N° 9895-11. *Aborto en Chile. Evolución histórica del marco normativo*.. Santiago. 2015.p. 9

¹⁶ *Ibíd*, p. 9

madre y las malformaciones fetales, ni siquiera la inviabilidad. O sea que si se diagnosticaba una malformación se podía interrumpir el embarazo”.¹⁷

El médico y también activista por los derechos reproductivos relata que se acuerda de “haber participado en alguna interrupción del embarazo de una mujer que tenía esquizofrenia y estaba con tratamiento; y ante el riesgo de que hubiera una malformación por medicamentos, o que hubiera un daño excesivo para la salud de la mujer, como por ejemplo, que se hubiera agravado su esquizofrenia, se interrumpió el embarazo”.¹⁸

Para realizar el procedimiento, el caso debía ser presentado previamente ante un comité ad hoc en las maternidades. Sin embargo, los cambios más significativos en esta materia fueron impulsados por un grupo de profesionales del Hospital Barros Luco, que en 1973, buscaba hacerse cargo de la mortalidad materna y de las fallas de la anticoncepción por medio del aborto.

Durante el gobierno de Salvador Allende el personal médico de la Maternidad de este hospital tenía una interpretación más amplia de la normativa puesto que tomaba en consideración factores sociales, económicos y psicológicos. La medida se basaba en las definiciones de los conceptos de salud y aborto terapéutico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que se entiende por salud “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.¹⁹ Mientras que, el aborto terapéutico, tiene por objetivo, mantener o recuperar la salud de las mujeres. Por lo que el poco alcance de los métodos anticonceptivos y la gran cantidad de muertes producto abortos realizados en condiciones insalubres hicieron necesaria la implementación de este programa.

El equipo médico de la Maternidad del Barros Luco sostuvo en aquella época: “El aborto ilegal pone en peligro la salud y la vida de la mujer en el grupo socioeconómico más modesto,

¹⁷ Entrevista a Guillermo Galán realizada por las autoras de esta memoria el 1 de noviembre de 2019.

¹⁸ *Ibíd*

¹⁹ Aquella definición fue acuñada durante una conferencia internacional en 1946, y entró en vigencia en 1948. Desde aquel entonces no ha sufrido ninguna modificación. Organización Mundial de la salud. *Documentos básicos*, suplemento de la 45a edición. 2006. p. 1

por lo tanto, el aborto terapéutico al impedir estos riesgos, es legal”.²⁰ Aníbal Faúndes, gineco-obstetra y experto en políticas públicas relacionadas con la salud reproductiva trabajaba en aquel recinto y señaló en una entrevista con *El Desconcierto* que él atendía muchísimas mujeres diariamente.

“En teoría la mujer tenía que demostrar que vivía en el área sur, pero llegaban de todas partes. Imagínate, entre tener que correr el riesgo de un aborto inseguro y pagar, a tener uno seguro, en buenas condiciones, con anestesia y gratis. Todo el mundo se conseguía una dirección en San Miguel, La Cisterna y hacíamos 20 por día, de lunes a viernes”.²¹

Generalmente eran las mujeres más pobres, que no podían mantener a otro hijo, las que recurrían a los abortos clandestinos. Se trataba de intervenciones realizadas en condiciones poco higiénicas por personal no calificado. En algunas ocasiones también utilizaban algunos métodos caseros. Uno de los comunes en aquella época era introducir una rama de apio o perejil en la matriz.

La decana de la Facimed de la Universidad de Santiago, Helia Molina, fue parte del departamento de maternidad del hospital y respecto a los abortos inseguros señala: “El Barros Luco, era como Vietnam, todo el día era como una guerra. Llegaban las señoras con el perejil puesto”²² Además asegura que muchas de ellas fallecían porque llegaban infectadas y dado que “la infección ya llevaba varios días, había que sacarles el útero”.²³

Cualquier método abortivo que introduzca material no estéril en el útero, puede provocar una grave infección. Esta se extiende rápidamente por todo el organismo e incluso puede ser letal, si es que la mujer no recibe atención médica. En estos casos, se recomienda realizar un vaciamiento uterino y además se les prescriben antibióticos.

Pese a su corta duración producto del golpe militar, esta política sigue siendo recordada hasta el día de hoy por ser lo más cerca que hemos estado del aborto libre. Fue el único

²⁰Campus Virtual. 24 de septiembre de 2014. “Aborto como un problema de salud pública”.

²¹*El Desconcierto*. 12 de noviembre de 2015. “Médico que realizaba abortos en los 70: yo soy más pro vida que Alvear.

²²Entrevista a Helia Molina realizada por las autoras de esta memoria el 19 de noviembre de 2019.

²³ *Ibíd.*

programa de la salud pública, que realizó abortos terapéuticos y que además consideró factores psicológicos y socioeconómicos. Inclusive ofreció esta prestación de salud cuando los métodos anticonceptivos fallaban. En estos casos solo se realizaba el aborto, si es que el embarazo no superaba las doce semanas.

Cambio constitucional, el legado de Guzmán

“La madre debe tener el hijo aunque éste salga anormal, aunque no lo haya deseado, aunque sea producto de una violación o aunque de tenerlo, derive su muerte. Una persona no puede practicar jamás legítimamente un aborto, porque es un homicidio y todas las consecuencias negativas o dolorosas constituyen, precisamente, lo que Dios ha impuesto al ser humano”.²⁴, señalaba el abogado Jaime Guzmán en las actas oficiales de la Comisión Constituyente en 1974.

En 1973, por medio de un decreto supremo emanado del Ministerio de Justicia se creó la Comisión Constituyente, más conocida como Comisión Ortúzar. Esta era presidida por el abogado y académico conservador Enrique Ortúzar, pero estaba liderada extraoficialmente por el abogado constitucionalista, Jaime Guzmán Errázuriz, quien era asesor de la Junta Militar en materias jurídicas.

Guzmán es sindicado como el autor intelectual de la Constitución y tenía un pensamiento profundamente religioso. Entre sus mayores aportes a este cuerpo jurídico se advierte su postura respecto a la vida en la que conviven dos ideas contrapuestas: la prohibición absoluta del aborto y posibilidad de aplicar la pena de muerte a modo de sanción penal.

A finales de la dictadura militar, en 1981, la nueva Carta Magna entró en vigencia. En ella se modificó el artículo 119 del Código Sanitario. Esta normativa estableció que “*no podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto*”²⁵ En otras palabras, se prohibió el aborto en cualquier circunstancia.

²⁴ *Actas oficiales de la comisión constituyente*, sesión 87, 1974. Pág. 121.

²⁵ Ministerio de Justicia. *Sustituye artículo 119 del código sanitario*. Santiago. 1989. p. 1

Incluso se consagró en la Constitución el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona, donde, además, se extendió este derecho a la protección de la vida del que está por nacer.²⁶ Jaime Guzmán pretendía homologar penalmente el aborto con el homicidio, puesto que consideraba que la vida se inicia desde la concepción y por lo tanto, los fetos son vistos como sujetos de derecho.

Esta idea no fue aprobada, por lo que en la actual legislación una mujer que se practique un aborto arriesga penas de presidio menor en su grado máximo, lo que equivale a una condena de tres a cinco años de cárcel²⁷. Estas normativas se han transformado en uno de los más grandes obstáculos para aprobar cualquier proyecto de ley tendiente a flexibilizar la interrupción del embarazo.

Pese a la larga data y lo cuestionable de los argumentos que utilizó Guzmán, quién catalogó en innumerables ocasiones al aborto como un asesinato y una violación a los derechos humanos, estos siguen siendo empleados tanto por parlamentarios conservadores como por instituciones de la sociedad civil que se autodenominan “pro vida”.

Campañas comunicacionales de los grupos pro vida

El proyecto de aborto en tres causales acaparó la atención pública y generó resistencia en los autodenominados grupos pro-vida, de acuerdo al reportaje “Radiografía al activismo pro vida” realizado por *El Desconcierto*, las organizaciones que más se destacan son: Chile es vida, Chile Unido y Red Pro vida, que agrupa a otras 64 organizaciones Chilenas, entre ellas el Instituto de Ciencias de la Familia de la Universidad de Los Andes, Siempre por la Vida y la Red por la Vida. Entre otras instituciones que poseen vínculos con diferentes universidades del país y comunidades religiosas.²⁸

²⁶ Comisión Permanente de Salud de la Cámara de Diputados Boletín N° 9895-11. *Aborto en Chile. Evolución histórica del marco normativo*. Santiago. 2015.p. 9 p. 4

²⁷ Mis abogados Blog. 12 de diciembre de 2014. ¿Cuáles son las penas asociadas al aborto en Chile?

²⁸ *El Desconcierto*. 25 de agosto de 2015. “Radiografía al activismo “pro vida”: la ofensiva comunicacional de los grupos antiaborto.

Dicho reportaje también señala que estas agrupaciones realizaron diversas actividades, entre las que se encuentran, la creación de un día de los que están por nacer, varias marchas con el eslogan “Yo marchó por la vida” y la junta de firmas liderada por la agrupación “Médicos por la vida”, que afirma haber conseguido alrededor de 1369 firmas de médicos y otras 40.000 por parte de la ciudadanía. Tras la recolección estos médicos se concentraron a las afueras de La Moneda para entregar aquel documento a la entonces presidenta Michelle Bachelet.

El vocero de esta institución, el Dr. Luis Jensen, subraya que “en Chile no es necesaria ninguna ley que permita el aborto, ya que como médicos tenemos la experiencia de que podemos hacer una buena medicina y acompañar a quienes tienen una dificultad en su embarazo”.²⁹

Estas organizaciones realizaron varias campañas comunicacionales en contra de la ley de aborto en tres causales. Entre ellas, “Mi voto es vida” que buscaba el apoyo ciudadano a través de charlas en colegios y universidades. Además de una polémica campaña titulada “Realidad 3 causales” en la que narraban testimonios de personas que fueron concebidas producto de una violación.

En el video se pueden escuchar algunas frases como “*Soy fruto de una violación, mi madre optó por la vida. Gracias mamá*”, y una interpelación directa a la mandataria: “*Señora presidenta y señores parlamentarios, si se aprueba el proyecto de ley que hoy se discute, personas como Anita no nacerían*”.³⁰

Otra de sus acciones fue la creación de una plataforma web llamada “Testimonios por la vida”. La médica y fundadora de esta iniciativa, Constanza Saavedra, accedió a una entrevista para esta memoria y señala que el objetivo de la organización “es concientizar sobre el valor de la vida. Y que por otro lado, como fundación trabajamos con mujeres que están pasando un embarazo vulnerable de alguna manera [] y las apoyamos con un equipo multidisciplinario”.³¹

²⁹ 24 Horas. 15 de septiembre de 2016. Agrupación “Médicos comprometidos por la vida” se manifiesta contra el aborto en La Moneda.

³⁰ Fundación Chile Unido. 30 de julio de 2015. #Realidad3causales del proyecto de ley de interrupción del embarazo.

³¹ Entrevista a Constanza Saavedra realizada por las autoras de esta memoria el 12 de noviembre de 2019.

Testimonios por la vida cuenta con una página en Facebook y otra en la web, en la que podemos encontrar este tipo de relatos: “Me dijeron que nacería sin vida y no fue así”, “Tengo 23 semanas y el alma destrozada” y “Fue muy duro, pero sé que hicimos lo que pudimos por tenerlo a nuestro lado”. La plataforma tiene alrededor de 2000 testimonios de esta naturaleza.

Conforme el proyecto iba avanzando utilizaron distintas estrategias para manifestar su desacuerdo. Realizaron varias intervenciones en las sesiones del Congreso y elaboraron de documentos de distinta índole contra del aborto, desde cartas al director hasta artículos académicos en los que se referían al trauma que provocaría la interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres.

En las etapas finales del proceso legislativo, apostaron por cambiar el rol del programa de acompañamiento. Ellos solicitaban que este debía tener un carácter disuasivo y a pesar de que no lograron, Chile Unido se certificó como una de las tres organizaciones capacitadas para brindar el programa de acompañamiento.

La cruzada feminista por el derecho al aborto

El aborto siempre ha sido parte de las demandas del feminismo. Ya en 1936 el Movimiento de Emancipación de la Mujer (Memch) -fundado por una de las primeras abogadas del país, Elena Caffarena y la periodista Marta Vergara- lideraba la lucha por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

La ex directora del Servicio Nacional de la Mujer (Sernam) y coordinadora de la Mesa de Acción por el Aborto, Gloria Maira, señala en entrevista para este reportaje que desde el siglo pasado el Memch comenzó a movilizarse por “la emancipación de la maternidad, como consigna, lo que es súper importante [...] porque se trata de la decisión de las mujeres sobre su autonomía reproductiva”.³²

Hasta aquel entonces no existían políticas públicas para el control de la natalidad ni la planificación familiar, y por ende, la mayor parte de las mujeres no tenían acceso a métodos

³² Entrevista a Gloria Maira realizada por las autoras de esta memoria el 30 de octubre de 2019.

anticonceptivos ni a educación sexual. Los médicos ni siquiera se referían a las técnicas más rudimentarias, como el *coitus interruptus* -término utilizado para referirse a la eyaculación fuera de la vagina- y solían hablar métodos anticonceptivos de forma genérica.

El Memch abogaba por la emancipación del rol biológico de la mujer, y exigía la difusión de los métodos anticonceptivos y del aborto “científico”. Sus demandas se hacían cargo de problemas sociales, en los que solo los médicos reparaban y sus intervenciones cimentaron el camino para que los futuros gobiernos crearan políticas públicas especializadas en evitar la mortalidad materno-infantil. A partir de esta época la cruzada por el sufragio universal tomaba fuerza y tras su obtención en 1949, comenzó un período de desarticulación del movimiento feminista.

Oscurantismo y Renacimiento feminista en Chile

A partir de la llegada de la democracia, los movimientos feministas comenzaron a exigir la reposición de lo que la dictadura había prohibido. Pero, además, de recuperar este derecho, también surgió la necesidad de legalizar la interrupción del embarazo en casos de violación.

Después, en la década del 2000, ya estaba mucho más asentada la demanda por el aborto libre, legal y seguro. Esta consigna también concitó el apoyo de diversas organizaciones regionales. En estos años apareció la línea por el aborto libre y colectivos como “Con las amigas y en la casa”, una plataforma que acompaña y aconseja a mujeres que deseen realizarse un aborto.

Dentro de los feminismos convergen distintas estrategias. La coordinadora de la Mesa de Acción por el aborto da cuenta de este fenómeno y sostiene que había “unas que abogaban por la recuperación del aborto terapéutico y otras que definitivamente marchaban el aborto libre como la única alternativa a colocar en la calle”³³.

³³ Entrevista a Gloria Maira realizada por las autoras de esta memoria el 30 de octubre de 2019.

Los feminismos y las tres causales

El debate parlamentario por la despenalización de aborto en tres causales se caracterizó por la presión que ejercieron las organizaciones feministas. Tanto Corporación Humanas como la Mesa de Acción por el Aborto, fueron algunas de las agrupaciones que elaboraron las indicaciones más críticas al trabajo legislativo.

Las organizaciones defensoras por los derechos humanos de las mujeres, tales como Corporación Miles y la Asociación Chilena de Protección a la Familia (Aprofa) fueron fundamentales tanto en su etapa previa, como en los primeros momentos de la entrada en vigencia de la ley. Entre las iniciativas más renombradas que realizaron, estuvieron las capacitaciones informativas al personal de salud, la creación de material didáctico y la actualización de cifras. Incluso elaboraron un informe de monitoreo para analizar la implementación de la ley.

Por otra parte, ambas instituciones están autorizadas por el Minsal para otorgar el programa de acompañamiento. Además, estas organizaciones han brindado asesoramiento y contención a mujeres que hayan enfrentado alguna dificultad para acceder al aborto en tres causales.

La abogada Anita Martínez señala que el proyecto generó tensión dentro de los movimientos feministas. “Me atrevería a decir que nadie en la mesa de Acción por el Aborto pensaba que este era el mejor proyecto que podríamos haber tenido. Nosotras queremos un aborto libre, un aborto legal. Pero no estaban las condiciones para ello, porque hemos estado luchando por esto durante décadas y no ha sido posible”.³⁴

A pesar de que el espíritu del proyecto pone el foco en fortalecer la autonomía de las mujeres, mediante un cambio de paradigma en el que son ellas las que deciden si desean interrumpir su embarazo. Lorena Fries, abogada feminista de la Corporación Humanas y ex directora del Instituto Nacional de Derechos Humanos afirma que la ley IVE no vino de una iniciativa del movimiento feminista, sino que fue un acuerdo político de la Nueva Mayoría.

³⁴ Entrevista a Anita Martínez realizada por las autoras de esta memoria el 6 de diciembre de 2018.

“Estaba lejos de ser un proyecto de ley feminista, aún cuando sus principios, en términos de colocar la voluntad de la mujer [...] como la piedra angular de la acción de las tres causales, y este es un principio que reivindica el feminismo”.³⁵

Desde los 90 en adelante, hasta que se presentó el proyecto de ley de aborto en tres causales, e incluso después de su promulgación, los movimientos feministas han estado manifestándose, por el aborto libre, sin embargo, es una demanda que no ha sido escuchada por ningún gobierno durante dos décadas. Por lo que el aborto en tres causales fue una estrategia para poder avanzar hacia un piso mínimo.

CAPÍTULO II:

EL PROCESO LEGISLATIVO DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

El proyecto de aborto en tres causales fue anunciado en la Cuenta Pública Presidencial del año 2014, sin embargo, fue tal la presión que ejercieron de los autodenominados grupos pro vida, que el gobierno decidió posponer la discusión legislativa por algunos meses. Finalmente, ingresó al Congreso Nacional el 31 enero de 2015 y tras dos años de intensas tramitaciones, el proyecto se aprobó y la ley fue promulgada en septiembre de 2017.

El intenso debate que se vivía en las calles y en los medios de comunicación, era replicado en el Congreso Nacional. Pero no solo los parlamentarios fueron parte de esta discusión, sino que diversas organizaciones de la sociedad civil asistieron periódicamente a las sesiones en el Parlamento, unas estaban a favor, y otras en contra del proyecto.

Cuando se anunció el proyecto, las feministas decidieron crear nuevas organizaciones que se dedicaran exclusivamente a esta causa. Una de ellas fue la Mesa de Acción por el

³⁵ Entrevista a Lorena Fries realizada por las autoras de esta memoria el 16 de noviembre de 2019.

Aborto, que participó activamente durante la discusión en el Congreso de la IVE. Ellas elaboraron diversas indicaciones, mejoras y análisis críticos del proyecto.

Su creación se remonta al año 2015 “con el objetivo de generar argumentos para el debate sobre la despenalización del aborto y el derecho a decidir de las mujeres”.³⁶ La Mesa la integraron Amnistía Internacional, académicas de la Universidad de Chile y de la Universidad Diego Portales, Corporación Humanas y la Asociación Chilena de Protección de la Familia (Aprofa) entre otras instituciones.³⁷

Para conocer más acerca del rol que jugaron estas instituciones en el debate legislativo, conversamos con una integrante de la Mesa de Acción por el Aborto, Anita Martínez, quien además es abogada y desde su experiencia analiza de primera fuente el proceso de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Martínez estudió Derecho en la Universidad de Chile y trabaja en un estudio jurídico en el área regulatoria de litigios; además, ha dedicado gran parte de su carrera al activismo por los derechos humanos de las mujeres y actualmente forma parte del Frente Feminista de Revolución Democrática (RD).

“A mí me tocó el año 2015 coordinar el espacio basal que estaba conformado por distintas organizaciones sociales y civiles. Lo que hacíamos era un trabajo de interpretación del proyecto y análisis estratégico de cómo se estaba llevando en el Congreso. A su vez veíamos la posibilidad de generar indicaciones, pero no necesariamente nuestras, sino de nuestros diputados y diputadas y las organizaciones que formaban parte de ahí”³⁸

³⁶ Mesa Acción por el Aborto en Chile. 2015. ¿Quiénes somos?

³⁷ Frente de Género Revolución Democrática, Fondo Alquimia, Fundación Instituto de la Mujer, Observatorio de Género y Equidad, Observatorio de Equidad de Género en Salud, Coordinadora Autónoma Contra la Violencia y el Frente Feminista de Izquierda Autónoma.

³⁸Entrevista a Anita Martínez realizada por las autoras de esta memoria el 6 de diciembre de 2018.

De acuerdo con el análisis que realiza Martínez, el hecho de que el proyecto fuera presentado por el Ejecutivo fue clave para su aprobación, puesto que hubieron numerosas mociones parlamentarias presentadas desde el regreso de la democracia, que no tuvieron éxito.

Desde 1991 hasta 2014, se presentaron siete mociones parlamentarias que pretendían reformar el Código Sanitario y volver a instaurar el aborto terapéutico. Sin embargo, todas ellas llegaron a primer trámite constitucional y fueron archivadas.³⁹

Martínez afirma que “Muchas veces la labor congresal implica solamente generar hitos políticos y no necesariamente una construcción constante y persistente respecto de esa propuesta. Obviamente no todos los casos fueron iguales y hubieron parlamentarios/as con mucho más ímpetu y ganas de que se avanzara, pero no lograron tener la misma fuerza que cuando vienen desde el Ejecutivo”⁴⁰

La abogada advierte que las organizaciones feministas estuvieron constantemente tratando de que avanzara este proyecto de ley, y que pensaron que era la forma más eficaz en un país en extremo conservador, con posterioridad a una dictadura, ya que era menos radical que el aborto libre. Pero, ¿en qué se basan los argumentos de los sectores más conservadores para oponerse al aborto en tres causales?

Camilo Sembler, sociólogo y doctor en Filosofía Social, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main, Alemania, realizó grandes aportes en la comprensión de este discurso, como se observa en su artículo “Una batalla decisiva: libertad y sociedad en el debate sobre aborto en tres causales”. Según él, las críticas por parte de los sectores más conservadores del Parlamento apuntan a que la IVE constituiría “una amenaza en ámbitos como el sentido moral de la libertad personal, las posibilidades de decidir sobre el propio cuerpo y la autonomía de las prácticas sexuales y reproductivas”⁴¹

³⁹ *Ibíd*

⁴⁰ *Ibíd*

⁴¹ Sembler, C. Una batalla decisiva: *libertad y sociedad en el debate sobre aborto en tres causales*. Santiago. 2017. p. 100

Pero además de los problemas señalados, Sembler, se refiere a que existe un conflicto en términos valóricos sobre el comienzo de la vida. Por lo tanto, el aborto en cualquier circunstancia es visto por esta cosmovisión como un atentado contra la familia y los valores cristianos.

El argumento que utilizaron los sectores más conservadores en el plano legislativo se basó en que las libertades individuales -en este caso el derecho a decidir de las mujeres- pondrían en peligro el orden social en el que se basa la institucionalidad chilena. Dicho de otra forma, los deberes que tendría el Estado para con los fetos, a los que ellos les otorgan el estatus de persona.

Este razonamiento se fundamenta en que “la noción moral de persona debe hacerse extensiva al momento mismo de la concepción, de manera tal que toda práctica destinada a interrumpir de manera voluntaria el desarrollo del embrión o feto supondría una vulneración de la igualdad de trato y respeto que merecen todos los seres humanos”.⁴²

Carolina Carrera Ferrer, psicóloga de la Universidad de Humanismo Cristiano y secretaria de Corporación Humanas, coincide con este diagnóstico y señala en entrevista para esta Memoria que la polarización con la que se debatió en el Parlamento fue una de las grandes dificultades para la aprobación de la ley.

Carrera sostiene: “Se enfrentaban quienes estaban a favor de la vida, y quienes estaban supuestamente a favor de la muerte. Se discutía sobre cuándo se inicia la vida, estaba también el argumento religioso, había una gran cantidad de líneas argumentativas que no permitían un debate entre los sectores, sino que eran dos grandes polos”.⁴³

⁴² Sembler, C. Una batalla decisiva: *libertad y sociedad en el debate sobre aborto en tres causales*. Santiago. 2017. p. 90

⁴³ Entrevista a Carolina Carrera realizada por las autoras de esta memoria el 11 de enero de 2019.

Martínez advierte que otro de los grandes desafíos que tuvo superar la IVE -en su instancia legislativa- fueron las acciones legales que presentaron los sectores conservadores para extender lo más posible su discusión en el Congreso. Esta fue una de las tantas técnicas que utilizaron para impedir su aprobación.

Agrega, además, que existieron resistencias políticas que se imponían, pues “probablemente desde Bachelet había voluntad política, más su coalición no estaba a la altura. Ellos tenían mayoría, o sea el proyecto pudo haber quedado en mejores condiciones [...] De hecho, costó mucho que el proyecto tuviera urgencia y pasó dormido un buen rato. Ufs...Avanzó con una lentitud. Eso fue una dificultad importante”⁴⁴

Para retratar lo señalado antes hemos realizado una cronología de la discusión que tuvo la ley de aborto en tres causales, en el Congreso. Si esta se compara con el proceso legal por el que debe pasar cualquier otro proyecto para convertirse en ley, se advierte una serie de anomalías.

Algunas de las técnicas de dilación que utilizaron los sectores conservadores, fue el continuo escrutinio de la redacción del proyecto, para luego generar numerosas indicaciones, que tenían el objetivo de restringir y acotar el campo de acción de las causales.

Cronología de la aprobación de la ley de aborto en tres causales

El 31 de enero de 2015 la presidenta Michelle Bachelet firmó el proyecto de ley de aborto en tres causales. Este fue enviado a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. Luego, la Corte Suprema envió sus observaciones a la Cámara Baja. De acuerdo al portal de noticias web Emol, “la propuesta fue analizada por el pleno máximo tribunal, el 17 de abril de 2015”.⁴⁵

⁴⁴ Entrevista a Anita Martínez realizada por las autoras de esta memoria el 6 de diciembre de 2018.

⁴⁵ Emol. 29 de abril de 2015. “Suprema emite reparos a proyecto de ley sobre aborto que analiza el Congreso”

La Comisión de Salud⁴⁶ aplazó la votación, ya que el proyecto tenía urgencia simple, esto quiere decir que la Cámara Baja contaba con un plazo de 30 días para despacharlo. Recién el 4 agosto del año 2015, dicha Comisión aprobó la idea de legislar. En aquella instancia todos los integrantes de la UDI y de RN votaron en contra⁴⁷.

El presidente de la Comisión, Juan Luis Castro (PS), subrayó: “Aquí no se va a obligar a una mujer a interrumpir su embarazo, sino que se restituye la libertad de una mujer a elegir, lo que no ha tenido derecho en los últimos 26 años”⁴⁸

En septiembre de ese mismo año, la Presidenta de la República de aquel entonces Michelle Bachelet presentó nuevas indicaciones al proyecto. Estas tenían como objetivo cambiar el concepto de “incompatible con la vida extrauterina” por el de “carácter letal”, en relación a la segunda causal: “Inviabilidad fetal de carácter letal”.⁴⁹

El 15 de septiembre de 2015, fue aprobada por la Comisión de Salud la tercera causal: violación. Posteriormente, el proyecto pasó a la Comisión de Constitución, Legislación y Justicia. En esta instancia diversos expertos realizaron aportes y modificaciones al proyecto.

Tras un año en el Congreso, el proyecto aún se encontraba en el primer trámite constitucional, ya que como se mencionó, tenía el carácter de urgencia simple; estos plazos eran renovados y aprobados por el ministro de Salud.⁵⁰

Sin embargo, es necesario poner énfasis en que el proyecto debió ser sometido al sistema de leyes orgánicas constitucionales. Este tipo de leyes deben ser aprobadas o derogadas

⁴⁶ Esta Comisión está integrada por: presidente, Juan Luis Castro (PS), Karol Cariola (PC), Cristina Girardi (PDD), Gustavo Hasbún (UDI), Marcela Hernando (PRSD), Javiera Macaya (UDI), Nicolás Monckeberg (RN), Manuel Monsalve (PS), Marco Antonio Núñez (PPD), Jorge Rathgeb (RN), Gabriel Silber (DC), Víctor Torres (DC) y Marisol Turrés (UDI)

⁴⁷ 24 Horas. 4 de agosto de 2015. “Las claves del proyecto que busca la despenalización del aborto”

⁴⁸ Minsal. 5 de agosto de 2015. “Comisión de Salud de la Cámara aprobó idea de legislar. Despenalización de la Interrupción del embarazo en Tres Causales”

⁴⁹ 24 Horas. 3 de agosto de 2017. “Este fue el paso a paso del proyecto de despenalización del aborto en tres causales”

⁵⁰ *Ibíd*

por tres quintos de los diputados y senadores. Además, antes de su promulgación deben ser revisadas por el Tribunal Constitucional (TC) para que cumplan con la Constitución.⁵¹

Martínez señala que desde las organizaciones feministas esperaban la intervención del TC. “Es imposible en términos jurídicos, que un proyecto como el de aborto no pase por un Tribunal Constitucional, si es que tiene. Pero en todos los países del mundo eso ocurre. Nosotras sabíamos que eso iba a ser una piedra en el zapato”⁵²

El proyecto requirió la colaboración interministerial de la Comisión de Hacienda para regular la fuente de los recursos fiscales necesarios para el programa de acompañamiento. Este tiene como objetivo realizar “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”.⁵³

Para llevar a cabo esta iniciativa se aprobó un presupuesto de más de 3.000 millones de pesos, en el primer año que se implemente esta prestación de salud; posteriormente el gasto anual disminuiría a 2300 millones.⁵⁴

El 17 de marzo de 2016 la Cámara de Diputados despachó el proyecto y pasó a ser discutido en el Senado. El segundo trámite constitucional tardó cerca de un año gracias a que el gobierno cambió el estado de urgencia simple a suma urgencia, es por ello que la Comisión de Salud del Senado contó con 15 días para despachar el proyecto.⁵⁵

Hasta el momento hemos explicado detalladamente los aspectos técnicos para que se aprobara la ley de aborto en tres causales, en su instancia legislativa, sin embargo, para

⁵¹ Tribunal Constitucional de Chile. S.F. Competencias. Atribuciones de control de constitucionalidad

⁵² Entrevista a Anita Martínez realizada por las autoras de esta memoria el 6 de diciembre de 2018.

⁵³ Minsal. 23 de septiembre de 2017. Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales.

⁵⁴ 24 Horas. 14 de marzo de 2016. Comisión de Hacienda aprueba presupuesto del proyecto que despenaliza el aborto

⁵⁵ ADN. 14 de junio de 2017. Suma urgencia para proyecto de despenalización del aborto en Comisión de Salud del Senado.

comprender de mejor manera cuáles han sido los elementos que dificultaron su aprobación hemos querido relatar el ambiente que se vivía en los debates parlamentarios.

De tal manera podremos reconocer cuáles eran los principales argumentos que se utilizaban y qué discursos había detrás de ellos, además de examinar por medio de entrevistas con el personal de salud y distintos otros actores relevantes, si estos pudiesen o no influir en la implementación que ha tenido la ley.

La segunda sesión en la Cámara de Diputados (del 17 de marzo de 2016) se transformó en un hito histórico, ya que ningún otro proyecto había llegado tan lejos desde el término de la dictadura. Y fue aprobado con 66 votos a favor y 44 en contra.⁵⁶

Gaspar Rivas fue uno de los pocos diputados de Renovación Nacional que respaldó el proyecto y formó parte de los que votó a favor. Pero marcó aún más la diferencia al criticar la calidad argumentativa de su propia bancada. “Ayer escuché a un diputado de la UDI que decía que este proyecto era la puerta de entrada a la eugenesia, y que con esto se iba a acabar la Teletón. Invito a ese parlamentario a que lea la iniciativa para que entienda qué significan los conceptos de inviabilidad fetal y de viabilidad fetal”⁵⁷

Pero, esta fue una de las tantas comparaciones que se realizaron, el proyecto también fue equiparado con la defensa de la esclavitud y los crímenes del fascismo. Un importante número críticas apuntaba a que el aborto en cualquier circunstancia constituiría un asesinato. Así lo manifestó el diputado de RN, Nicolás Monckeberg “Dejemos de lado las hipocresías, las mentiras y los eufemismos, porque cuando hablamos de “interrupción del embarazo”, de lo que se trata es de matar a alguien”⁵⁸

El diputado independiente Ignacio Urrutia llegó a señalar que se trataba de una violación contra los derechos humanos. “...De los que dicen defender los derechos humanos en el mundo entero, pero que los violan en todas partes; de los que se lavan la boca con las violaciones de

⁵⁶ BBC. 17 de marzo de 2016. Chile: Cámara de Diputados aprueba el proyecto de despenalización del aborto por tres causales

⁵⁷ Cámara de Diputados. Legislatura 364ª. Valparaíso. 2016. p. 38

⁵⁸ *Ibíd.* p. 41

los derechos humanos del glorioso gobierno de mi general Pinochet. Ojalá que en el futuro llegue al gobierno alguien más o menos consciente para que derogue esta ley en proyecto”⁵⁹

Por otra parte, otro de los argumentos recurrentes por parte de los sectores más conservadores era la supuesta inconstitucionalidad de la IVE. Muchas de las intervenciones realizadas por los diputados aludían a esto. Urrutia fue uno de los que se más se refirió al respecto.

“El proyecto es inconstitucional porque vulnera en sus cuatro artículos los derechos a la vida y a la igualdad ante la ley, consagrados en el artículo 19, N°s 1° y 2°, de la Constitución Política de la República, por lo que hago reserva de constitucionalidad del mismo. Nuestro ordenamiento jurídico mandata proteger la vida del que está por nacer; pero, en este caso, el proyecto dispone todo lo contrario”.⁶⁰

A pesar de que las sesiones del Congreso son las que atraen más atención pública, ya que en ellas dialogan los distintos partidos y transcurren las votaciones, la mayor cantidad de los aspectos técnicos de una ley se trabaja en Comisiones. Es por ello que tras la generación de un informe de lo ocurrido en aquella oportunidad, la iniciativa avanzó hasta la Comisión de Constitución, Legislación y Justicia.

Después de esta instancia el proyecto fue examinado en varias ocasiones por las Comisiones de Salud, Constitución y Hacienda, además se le agregaron nuevas indicaciones. Estas tramitaciones suelen tardar bastante tiempo, sin embargo, gracias a que el carácter de suma urgencia se mantuvo durante todo el segundo trámite legislativo, el Congreso contó con plazos más cortos.⁶¹

El proyecto se votó en el Senado en una sesión que se prolongó durante toda la noche. Algo sin precedentes en nuestro país; finalmente el miércoles 19 de julio de 2017, se aprobó el proyecto con un estrecho margen. La primera causal fue aprobada por 20 votos a favor y 14 en

⁵⁹ *Ibíd.* p.25

⁶⁰ *Ibíd.* p.59

⁶¹ 24 Horas. 4 de agosto de 2015. “Las claves del proyecto que busca la despenalización del aborto”

contra, mientras que la dos tuvo 19 votos a favor y 14 en contra. La tercera causal fue la más difícil de todas y por poco fue rechazada. Esta obtuvo 18 votos a favor y 16 en contra.⁶²

Debido a que se incluyeron nuevas modificaciones por parte del Senado, el proyecto volvió a la Cámara de Diputados. Sin embargo, no se aprobaron todas las indicaciones, por lo que el proyecto debió ser discutido en una Comisión mixta, constituida por integrantes de ambas Cámaras. Este mecanismo tiene el propósito de resolver discrepancias entre ambos organismos.⁶³

“La Comisión tenía como objetivo resolver solo las modificaciones a los incisos cuarto, quinto y sexto del artículo 119 del Código Sanitario -referente al aborto en menores de 14 años- y no a las tres causales del proyecto, ya que están aprobadas por ambas Cámaras”⁶⁴

Luego de su paso por la Comisión Mixta, cuando el proyecto solo necesitaba la autorización de la Presidenta, Michelle Bachelet, para ser promulgado, los parlamentarios de Chile Vamos decidieron recurrir al Tribunal Constitucional para impedir que se transformara en ley.

Martínez es enfática en señalar que el paso por el TC fue una de las etapas más críticas de la IVE, ya que este órgano tenía presupuestado un recambio en su presidencia. Ella explica que el TC está conformado por diez miembros, y cinco estaban a favor y cinco en contra. “El presidente de esa época, Carlos Carmona⁶⁵, era más progresista, entonces iba a estar a favor. Pero iba a haber un recambio por un presidente mucho más conservador⁶⁶ y eso significaba que si llegaba a haber un empate, quien decidía era el presidente”⁶⁷

⁶² 24 Horas. 19 de junio de 2017. Senado aprueba proyecto de aborto en tres causales tras maratónica jornada

⁶³ *Emol*. 20 de julio de 2017. ¿Por qué va a comisión mixta?: Revisa los pasos para que un proyecto se convierta en ley

⁶⁴ *El Mostrador*. 1 de agosto de 2017. Comisión mixta despacha proyecto de aborto y mañana será votado en ambas cámaras

⁶⁵El TC estaba integrado por: Carlos Carmona, Gonzalo García, Domingo Hernández, María Luisa Brahm, Nelson Pozo y José Ignacio Vásquez, quienes votaron a favor, los votos del rechazo estuvieron comandados por: Marisol Peña, Juan José Romero, Cristián Letelier e Iván Aróstica, futuro presidente del TC..

⁶⁶ Se refiere al abogado, Iván Aróstica, quien asumió el cargo como presidente del TC el 28 de agosto de 2017 por un período de dos años.

⁶⁷ Entrevista a Anita Martínez realizada por las autoras de esta memoria el 6 de diciembre de 2018.

Finalmente, el TC falló a favor del proyecto, con seis votos a favor y cuatro en contra, el 21 de agosto de 2017. Es decir, el proyecto se demoró dos años y ocho meses en convertirse en ley. Un largo recorrido en el que las modificaciones fueron las protagonistas de este proceso legislativo.

A continuación, se detallan cuáles fueron las principales indicaciones que realizaron los parlamentarios y cuáles eran los objetivos que estas buscaban.⁶⁸

¿En qué consistía el proyecto de aborto en tres causales original y cuáles han sido sus cambios?

El proyecto original enviado por el Ejecutivo en el año 2015 sufrió diversas modificaciones en su instancia legislativa. La primera causal contemplaba un riesgo vital presente o futuro. Esta expresión de tiempo fue eliminada por el Congreso, ya que los parlamentarios consideraron que la redacción era demasiado amplia.

La profesora de derecho canónico de la Universidad Católica, Francisca Ibarra, realizó un cuadro comparativo para la revista "Derecho y Religión" de la misma casa de estudios, en el que se advierten las diferencias entre el texto original original, con el que fue aprobado y con el que finalmente fue publicado. "El riesgo futuro es siempre posible o probable, dando paso a que bajo esa justificación se autorizara el aborto sin una causa real de peligro".⁶⁹

La académica Francisca Ibarra precisa que la expresión "en todo caso de carácter letal" añadida en caso de malformación fetal tiene el objetivo de "restringir aún más la causal al exigir que siempre el pronóstico fuera la muerte del feto en gestación"⁷⁰

La redacción del proyecto fue una de las cuestiones que generó más discrepancias en el Congreso, lo que trajo como consecuencia que se convirtiera en un proceso largo y difícil, ya que las y los integrantes a Cámara de Diputados y de Senadores constantemente rechazaron

⁶⁸ El Mostrador. 21 de agosto de 2017. TC aprueba las tres causales que despenaliza el aborto: recordamos los argumentos más importantes de las audiencias

⁶⁹ Ibarra, F. Derecho y religión. Santiago. 2018. p. 1.

⁷⁰ *Ibíd*, p. 1.

ciertos artículos del proyecto, lo que hizo que el proyecto pasara por una Comisión Mixta e incluso por el TC.

Para graficar de mejor manera lo anterior, se puede poner como ejemplo el caso de la diputada de Renovación Nacional, Marcela Sabat, quien votó a favor de la primera causal, pero se manifestó en contra de las otras dos. “Respecto a la segunda y tercera, me abstendré, puesto que a pesar de tener un fin legítimo de protección a la integridad física y psicológica de la mujer, su redacción es imprecisa y se presta para interrupciones de embarazos no contempladas en dichas causales”⁷¹

En relación a la tercera causal está permitía la realización de un aborto no punible en caso de violación, y especificaba que cuando se trataba de una menor de 14 años el procedimiento estaba permitido hasta la semana 18 de embarazo. Finalmente, el plazo fue disminuido hasta la semana 14. La especialista en derecho canónico, Francisca Ibarra, añade que en la Cámara se agregaron otra clase de requisitos, como por ejemplo, que las mujeres que hayan sido declaradas interdictas⁷² contarán con el permiso de un representante legal⁷³.

Otro de los cambios más significativos del proyecto de ley de aborto en tres causales tiene que ver con la autorización del representante legal con la que deben contar las niñas de 14 años. En el escrito original se señalaba que si la niña no cuenta con autorización, puede solicitar la intervención de un Tribunal de Familia, y sería asistida por un integrante del equipo de salud.

En el proyecto original que regulaba la despenalización de la interrupción voluntaria se afirma que “El Tribunal autorizará la interrupción del embarazo, sin forma de juicio y verbalmente, a más tardar dentro de las 48 horas siguientes a la presentación de la solicitud, con los antecedentes que le proporcione el equipo de salud, oyendo a la menor y, si lo estimare, al integrante de este que la asista”⁷⁴

⁷¹ Cámara de Diputados. Legislatura 364ª. Valparaíso. 2016. p. 65

⁷² Este concepto se utiliza para referirse a personas que por diversos motivos no pueden tomar decisiones jurídicas por sí mismas

⁷³ Ibarra, F. Derecho y religión. Santiago. 2018. p.2

⁷⁴ Ministerio de Salud. Regula la despenalización de la interrupción voluntaria. Ley 21.030. Valparaíso. 2017. p.

Mientras que en la redacción final de la ley se eliminó el término “y si lo estimare”, por lo que juez debe considerar tanto la opinión de la niña, como la de su representante legal. Este factor es relevante ya que el representante podría negar el permiso y su opinión también sería considerada por el juez.

En la ley 21.030 se señala que “A falta de autorización, entendiéndose por tal la negación del representante legal, o si este 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”⁷⁵.

El proyecto de ley inicial indicaba que la objeción de conciencia solo le concierne al médico cirujano y excluía al resto del personal sanitario necesario para realizar el procedimiento en pabellón. Este documento también precisaba que las instituciones no podían declararse como objetoras⁷⁶.

⁷⁵Ibíd, p.2

⁷⁶ Cáceres, C. Objeción de conciencia en el aborto no punible. *Análisis de la regulación establecida en el proyecto de ley 9598-11*. Santiago. 2017. p. 75

CAPÍTULO III:

UN NUEVO OBSTÁCULO

LOS CAMBIOS EN EL REGLAMENTO DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

La abogada de la Facultad de Derecho de la Universidad Diego Portales, Lidia Casas y la Socióloga del Programa Equidad de Género y Políticas Públicas de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) definen la objeción de conciencia en su artículo “Objeción de conciencia y salud reproductiva en Chile: dos casos paradigmáticos”, como un derecho subjetivo, que faculta a los individuos para no cumplir una obligación cuando se enfrenta a conflictos morales o éticos que perturban su conciencia. El sujeto decide responder a sus propios ideales, ya sean religiosos o filosóficos, en lugar de acatar al Estado⁷⁷.

Por otro lado, Candelaria Cáceres, en su memoria para optar al título de licenciada en Ciencias Jurídicas y Sociales, llamada “Objeción de conciencia en el aborto no punible. Análisis de la regulación establecida en el proyecto de ley 9598-1” señala que esta acción no es penada legalmente, pues se ampara en la libertad de conciencia, que es un derecho que está consagrado a nivel constitucional en el artículo 19 N° 6: “... En un ámbito interno permite que los sujetos adquieran las más diversas convicciones morales, éticas y religiosas; mientras que en un ámbito externo, garantiza que los individuos se comporten de conformidad a dichas convicciones”⁷⁸.

El acotado campo regulatorio que abarca la normativa de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) modificó el Artículo 119⁷⁹ del Código Sanitario y estableció; “...Mediando la voluntad de la mujer, se autoriza la interrupción de su embarazo por un médico cirujano, en los términos regulados”⁸⁰, es decir, cuando el embarazo pone en peligro su vida,

⁷⁷Casas Becerra, Lidia, & Dides Castillo, Claudia. *Objeción de conciencia y salud reproductiva en Chile: dos casos paradigmáticos*. Santiago. 2007. p. 202

⁷⁸ Cáceres, C. *Objeción de conciencia en el aborto no punible. Análisis de la regulación establecida en el proyecto de ley 9598-11*. Santiago. 2017. p. 17

⁷⁹ El anterior artículo 119 se establecía que "no podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto".

⁸⁰ Inciso primero del artículo 119 del actual Código Sanitario.

el embrión o feto posee una condición incompatible con la vida o si la gestación fue el resultado de una violación.

De este modo, se da origen a las mediáticas y muchas veces cuestionadas tres causales en las que una mujer puede decidir sobre el futuro de su embarazo, y que pese a estar bastante delimitadas, abren -bajo la perspectiva de la objeción de conciencia- una extensa discusión respecto la “otra voluntad” involucrada en el procedimiento: la del médico.

Durante los primeros meses desde la entrada en vigencia de la ley de despenalización del aborto en tres causales, la atención se centró en la objeción de conciencia y su variable regulación, cuyo protocolo experimentó tres versiones, La última de ellas es la que más expectación generó, debido a la tardanza en su elaboración y tramitación.

Primer Protocolo

El lunes 22 de enero de 2018 fue aprobado el primer Protocolo de objeción de conciencia para los profesionales de la salud y del resto de personal que se desempeña al interior del pabellón quirúrgico. Este tiene por objetivo regular el derecho a no ejecutar la interrupción del embarazo, asegurando a su vez el acceso a la atención de las mujeres por medio de derivaciones a otros recintos hospitalarios.

Recintos de salud y derivaciones

Desde su primera versión, el Protocolo consideró ciertas obligaciones generales de las instituciones en su aplicación, puesto que se dispuso que “el establecimiento debe contar con al menos un equipo de salud disponible para realizar interrupciones voluntarias del embarazo”⁸¹ y que de no contar con personal que otorgue la atención solicitada, el recinto será el responsable de asegurar la derivación.

⁸¹ Minsal, Protocolo para la manifestación de objeción de conciencia según el artículo 119 ter del Código Sanitario. Aprobado mediante la Resolución Exenta N°61 del 22 de enero de 2018.

Es por lo anterior, que se han generado confusiones en torno al derecho a decidir de las mujeres, pues pese a que se señala que la invocación del Protocolo no libera al establecimiento de salud de su obligación de dar atención médica, en la práctica parece no existir un acabado conocimiento -o voluntad- para entregar respuestas a las mujeres. Esto porque tanto la derivación como la reasignación de profesional no han tenido lugar de un modo adecuado, pese a que los recintos deben “procurar los medios para salir de la imposibilidad”⁸².

Dafne Bordones, matrona del Hospital de Regional de Antofagasta, asegura en una entrevista realizada para esta Memoria que a causa de la desinformación en los centros médicos sobre la aplicación de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, no todas las pacientes acceden a lo que se estipula desde un inicio en el reglamento, principalmente respecto a eventuales derivaciones que permitan otorgar a las mujeres una atención médica oportuna.

La profesional, relata una situación en la que no se dio cumplimiento al reglamento respecto a una derivación desde un Servicio de Atención Médica de Urgencias del sector oriente de la región de Antofagasta: “Ayer en la noche, me llamó una colega del Servicio de Atención Médico de Urgencias (SAMU). Ya habían llamado a la matrona encargada de ese consultorio, mi colega me dijo que llegó una niña que tenía molestias y ahí en el momento en el SAMU refirió que la habían violado”⁸³

La matrona continúa dejando en claro que durante las capacitaciones se indicó el procedimiento que debían seguir, y agrega: “En ese caso, el protocolo es que el Servicio de Atención Médico de Urgencias (SAMU) debe derivar inmediatamente a la paciente a urgencias de maternidad del hospital, pero por falta de información me llamaron a mí como a la una de la mañana”⁸⁴

Según su relato, luego de que ella no respondiera el mensaje durante la madrugada, desde el centro de atención primaria, no actuaron de forma inmediata, enviaron a la paciente a su casa y sólo registraron sus datos y le dijeron: “Mañana vemos qué hacemos, cómo lo hacemos y la llamamos para avisarle”⁸⁵.

⁸² *Ibíd.*

⁸³ Entrevista a Dafne Bordones realizada por las autoras de esta memoria el 2 de mayo 2019.

⁸⁴ *Ibíd.*

⁸⁵ *Ibíd.*

Ante esta situación que deja en evidencia el desconocimiento y la influencia de hechos puntuales en una óptima atención, la profesional sostiene que es apresurado relacionarlo con una objeción de conciencia de manera directa, pero si con la desinformación que opera en la misma dirección, pues asegura que a las charlas y talleres solo asisten los profesionales no objetores: “Le dije oye sabes qué, esto se debía haber hecho así... pero ya por el bien de la paciente y para no pelotearla para otro lado, dile al tiro que venga al poli (policlínico) ahora y que venga a hablar conmigo. Ahí la paciente fue y se le realizó la ecografía, casi al tiro y ahí se verificó lo otro que está en duda, que es cuántas semanas tiene”⁸⁶.

De acuerdo con el “Protocolo para la manifestación de objeción de conciencia” elaborado por el Ministerio de Salud contar con un procedimiento específico en materia de derivación es parte de las obligaciones de los recintos, para asegurar “la coordinación expedita y oportuna para la reasignación o derivación de las mujeres que solicitan interrupción voluntaria del embarazo, en caso que no cuente con facultativos que puedan entregar la prestación en su establecimiento”⁸⁷.

En dicho documento se señala que el objetivo de estas indicaciones es que el ejercicio de la objeción de conciencia no vaya en perjuicio del “acceso, la calidad y la oportunidad de la prestación médica de interrupción del embarazo”⁸⁸, y por ello se incluye dentro de las responsabilidades de los recintos hospitalarios el “difundir y capacitar a sus equipos tratantes, en el manejo del procedimiento de reasignación o derivación respectivo”⁸⁹.

Sobre lo anterior, la profesional del Hospital Regional de Antofagasta tiene una visión crítica, pues la asistencia las capacitaciones no son obligatorias y ni siquiera son incentivadas de algún modo por el recinto, por lo que quienes asisten son algunos especialistas, en su mayoría mujeres -seguidas por hombres no objetores-, y por ello es complicado garantizar una reacción eficaz en un escenario de objeción que requiera de oportuna derivación de la paciente.

⁸⁶ *Ibíd.*

⁸⁷ Minsal, Protocolo para la manifestación de objeción de conciencia según el artículo 119 ter del Código Sanitario, p.3.. Aprobado mediante la Resolución Exenta N°61 del 22 de enero de 2018.

⁸⁸ *Ibíd.*

⁸⁹ *Ibíd.*

Declaración de objeción

En el Protocolo de Objeción de Conciencia se señala que desde su primera versión los funcionarios que se declaren objetores deben hacerlo con antelación y por escrito ante el director del recinto, mediante los formularios que establece el reglamento.

Por otra parte, la mayor diferencia de este protocolo con el que sería su segunda versión, concierne a las instituciones y a la posibilidad de declararse o no objetores y dictamina: “Los establecimientos públicos de salud así como aquellos privados que se encuentren adscritos al Sistema Nacional de Servicios de Salud mediante la celebración de convenios a los que se refiere el decreto con fuerza de ley N° 36 de 1980, del Ministerio de Salud, no pueden invocar objeción de conciencia, en la medida en que el objeto de dichos convenios contemplen prestaciones de obstetricia y ginecología”⁹⁰

En el “Protocolo para la manifestación de objeción de conciencia” se establece que el recinto objetor o que no cuente con un profesional capacitado disponible para entregar la atención debe: “informar a la paciente sobre la disponibilidad de reasignación de un médico o personal de salud que realice el procedimiento dentro del mismo recinto”⁹¹. Además, de ser necesario un traslado de la paciente a otro establecimiento y a su vez proporcionarle “información suficiente, oportuna, veraz y comprensible sobre el procedimiento de derivación que va a efectuar”⁹².

En relación con la primera causal, que involucra el riesgo de vida de la madre, los recintos de salud que invoquen objeción de conciencia institucional tendrán que brindar la prestación de servicio, en caso que la paciente “requiera atención médica inmediata e impostergable y no exista otro médico cirujano que pueda realizar la intervención”⁹³.

Lo antes señalado figura en el tercer punto de la normativa, que se refiere a los casos en los que no procede la objeción de conciencia y que establece además que los actos de

⁹⁰ *Ibíd*, p.10.

⁹¹ *Ibíd*, p.4.

⁹² *Ibíd*.

⁹³ *Ibíd*, p.7.

información, diagnóstico, toma e informe de exámenes, derivación y cuidados posteriores al procedimiento de interrupción del embarazo, no pueden invocar la objeción de conciencia.

El segundo Protocolo

La primera normativa respecto a la objeción de conciencia fue derogada y sustituida por otro documento, publicado el viernes 23 de marzo de 2018 en el *Diario Oficial*, esto sucedió trece días después de haber asumido el nuevo ministro de Salud, Emilio Santelices, bajo la administración del presidente Sebastián Piñera.

La modificación propuesta por el gobierno, cuya principal particularidad era la posibilidad de que los establecimientos receptores de fondos públicos pudieran declararse objetores, respaldados en el artículo 119 número tres del Código Sanitario que señala lo siguiente: “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”.⁹⁴

El cambio en este segundo protocolo que generó críticas, tanto de la ciudadanía como de la oposición, fue defendida por el Gobierno bajo el argumento de que el artículo 119 “incluye también a las instituciones como sujetos objetores de conciencia”.⁹⁵

Objeción de conciencia institucional

Las principales diferencias entre la primera y la segunda normativa, radican en que si bien ambos documentos entregan la facultad de ser objetores de conciencia, al personal de salud, esta segunda versión permitía que las instituciones privadas, que tuvieran convenios con el Ministerio de Salud en el área de ginecología y obstetricia que involucran pabellón, pudieran oponerse a practicar abortos en las tres causales antes señaladas.

⁹⁴Diario Oficial, Decreto N° 67 que aprobó el reglamento para ejercer la objeción de conciencia según lo dispuesto en el artículo 119 ter del Código Sanitario, 23 de octubre 2018.

⁹⁵Diario Oficial, Resolución exenta número 432, 22 de marzo 2018.- Aprueba protocolo para la manifestación de objeción de conciencia según lo dispuesto en el artículo 119 ter del Código Sanitario y deja sin efecto resolución N° 61 exenta, de enero 2018.

En entrevista para esta Memoria, el ginecobstetra del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Ramiro Molina, al referirse al primer cambio que experimentó el Protocolo, sostuvo: “La libertad de conciencia es una decisión de carácter individual, sin embargo, en el caso de esta ley se incluyó a la institución”. Y agregó que “el Tribunal Constitucional, saltándose algunas de las prerrogativas que tiene, se permitió cambiar una letra o cambiar una palabra, en la cual deja a las instituciones como objetos de tener conciencia para rechazar la ley y para no permitir que se aplique”⁹⁶.

Según este nuevo Protocolo, a pesar de recibir fondos públicos por prestaciones ginecológicas y ser por tanto una “extensión del Estado” en esta materia, las instituciones tenían el derecho a rechazar esta disposición oficial. Esto hizo que el financiamiento que entregaba el Estado dejase de ser un inconveniente, según las disposiciones de esta normativa del actual gobierno.

La presidenta del Colegio de Matronas Anita Román, se refiere a la objeción de conciencia institucional como la variación más relevante en las tres versiones del reglamento y señala: “No es posible una objeción de conciencia individual frente a la urgencia, mucho menos la institucional. Yo no puedo entender dentro de todos los códigos y estudios de ética que he visto, que la objeción de conciencia tenga que ser institucional.”⁹⁷

Las críticas no se hicieron esperar ante esta nueva normativa que limitó el ejercicio del derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en recintos que reciben fondos estatales. Este es un punto controversial para la presidenta del Colegio de Matronas, quién sostuvo que pese a que la ley IVE es clara respecto al procedimiento técnico, su aplicación se vuelve laxa al considerar el protocolo de objeción de conciencia.

La profesional y representante del gremio, fue incluso más precisa y crítica respecto a las trabas operativas que debe enfrentar la ley, producto de la objeción, que se veían incrementadas con el segundo protocolo. Ella señala que según su visión profesional, el invocar la objeción de conciencia no sería parte de la formación en el área de la salud.

⁹⁶ Entrevista a Ramiro Molina realizada por las autoras de esta memoria el 26 de noviembre de 2019.

⁹⁷ Entrevista a Anita Román realizada por las autoras de esta memoria el 11 de enero de 2019.

Román describe su relación con la objeción de conciencia, diciendo: “Yo no me acuerdo nunca en mis años de estudio y mis años de desarrollo profesional que me preguntaran si yo estaba de acuerdo o no, con salvar la vida de alguien. Por lo tanto, la objeción de conciencia en salud, no debiera operar”⁹⁸.

Impugnación del segundo Protocolo

A partir del 9 de mayo de 2018 la oposición al gobierno inició acciones formales en rechazo del segundo Protocolo de objeción de conciencia. Estas fueron encabezadas por un grupo de parlamentarios, tanto senadores como diputados de diferentes partidos de izquierda⁹⁹, en conjunto con representantes de organizaciones sociales que solicitaron a la Contraloría General de la República pronunciarse respecto de la legalidad de los nuevos parámetros que regularon la objeción, luego de que se anulara su primera versión.¹⁰⁰

La abogada Anita Martínez, manifiesta que entre las dos versiones de los reglamentos que norman la objeción de conciencia existieron grandes diferencias, pero enfatiza que ninguno de ellos fue óptimo y sostiene: “Ni el proyecto ni el reglamento que tenemos es el mejor del mundo, sino que están hechos pensando en que iban a haber organizaciones privadas que otorgaran prestaciones de salud que se iban a oponer igual”¹⁰¹

La Contraloría General manifestó que había una serie de irregularidades en el Protocolo fechado el 22 de marzo y que su aprobación estaba exenta de toma de razón del organismo, por lo que no era legal. Finalmente su dictamen sostuvo que las modificaciones al

⁹⁸ Entrevista a Anita Román realizada por las autoras de esta memoria el 11 de enero de 2019.

⁹⁹ Isabel Allende Bussi, Adriana Muñoz D’Albora y Ximena Órdenes Neira, Álvaro Elizalde Soto, Alfonso De Urresti Longton, Juan Pablo Letelier Morel, Carlos Montes Cisternas, Rabindranath Quinteros Lara, José Miguel Insulza Salinas, Pedro Araya Guerrero, Felipe Harboe Bascuñán, Jaime Quintana Leal, Guido Girardi Lavín, Ricardo Lagos Weber, los diputados Karol Cariola Oliva -conjuntamente con otros diputados y personas que suscriben-, Marisela Santibáñez Novoa, Cristina Girardi Lavín y Carolina Marzán Pinto, y los diputados Ricardo Celis Araya y Rodrigo González Torres: Eduardo Álvarez Reyes; Claudia Dides Castillo, a nombre de la Corporación Miles; María Carolina Carrera Ferrer, a nombre del Centro Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género, Corporación Humanas; y Magaly Paredes Cárdenas, a nombre de la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud. (de acuerdo a documento de Contraloría, 2018)

¹⁰⁰ Contraloría, Dictamen N° 11.781, 9 de mayo 2018.

¹⁰¹ Entrevista a Anita Martínez realizada por las autoras de esta memoria el 6 de diciembre 2018.

Protocolo de objeción de conciencia fueron ilegales e inconstitucionales puesto que no se ajustaron al derecho¹⁰².

A raíz de lo anterior, el Protocolo elaborado por el equipo del entonces ministro de Salud, Emilio Santelices, fue impugnado, pues según el dictamen de la Contraloría, además de incluir “instrucciones para operativizar la objeción de conciencia”¹⁰³, el documento “regula ciertos aspectos no desarrollados por la ley”¹⁰⁴, y por lo tanto excede las atribuciones que tiene una resolución de esta naturaleza.

Tercer Protocolo

El 29 de junio de 2018 el Ministerio de Salud presentó a la Contraloría las modificaciones a la segunda versión del Protocolo de Objeción de Conciencia, 51 días después de que ésta declarara ilegal el reglamento publicado el 22 de marzo de este año.

Lo anterior, luego de que se considerara que la primera normativa presentada por la cartera dirigida en ese entonces por el ex-ministro de Salud Emilio Santelices, no limitaba la entrega de fondos públicos a los establecimientos declarados objetores.

Respecto a las modificaciones experimentadas por el reglamento, la matrona de la Asociación Chilena de Protección de la Familia (Aprofa), Valentina Hormazábal, sostiene: “Básicamente el objetivo es el mismo, normar. Sin embargo, las diferencias son claras en relación a quién puede y quién no puede ser objetor. Y estas diferencias en las tres versiones generan confusión. La regulación finalmente permite que se vulneren los derechos de las mujeres”¹⁰⁵.

Pese al dictamen de la Contraloría, durante la elaboración y posterior evaluación del nuevo Protocolo, se mantuvo el fallido documento como regulación de la objeción de conciencia, pues Santelices manifestó de manera oficial que: “lo que la Contraloría nos dice es que este Protocolo tiene que adecuarse al dictamen que ellos realizan. Mientras ello ocurre,

¹⁰² Contraloría, Dictamen N° 11.781, 9 de mayo 2018.

¹⁰³ *Ibíd.*

¹⁰⁴ *Ibíd.*

¹⁰⁵ Entrevista a Valentina Hormazábal realizada por las autoras de esta memoria el 17 de diciembre de 2018.

seguiremos trabajando sobre la base del reglamento que está vigente; eso nunca se ha modificado...”¹⁰⁶.

La fecha de publicación del reglamento ingresado en primera instancia el 23 de marzo y luego el 27 de junio de 2018, se vio retrasada, por la intención del Gobierno de incluir en el Protocolo, la objeción de conciencia institucional. Esto, como se señaló antes, fue declarado ilegal por parte de Contraloría e hizo necesaria una reelaboración del documento.

La nueva versión del reglamento presentado por el Ministerio de Salud y que contempla la objeción de conciencia institucional, realizó modificaciones en función del dictamen N° 11.781 de la Contraloría. Esta retoma un aspecto previamente establecido en el Protocolo emitido durante el gobierno de Michelle Bachelet y determina que respecto a la objeción de conciencia institucional:

“Los establecimientos privados de salud, que hayan suscrito convenios regidos por las disposiciones del decreto con fuerza de ley N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud, no podrán ser objetores de conciencia cuando contemplen prestaciones de obstetricia y ginecología que por su naturaleza comprendan atenciones en pabellón”¹⁰⁷, señala el Decreto Supremo N°67 del Ministerio de Salud publicado en el *Diario Oficial*.

El reglamento que entró en vigencia el 9 de noviembre de 2018 establece que el proceso para validar la objeción de conciencia institucional, es mediante la presentación escrita ante la Secretaría Regional del Ministerio de Salud, la que tendrá 10 días para entregar una respuesta al requerimiento.

El Protocolo establece, además, que los procedimientos de derivación de pacientes y los costos extras asociados, serán responsabilidad tanto de las instituciones que no cuenten con los especialistas para dar cumplimiento a la ley, como de las instituciones objetoras.

¹⁰⁶ Minsal, Ministerio de Salud prepara reglamento ante dictamen de la Contraloría por el protocolo de objeción de conciencia, 10 de mayo 2018.

¹⁰⁷ *Diario Oficial*, Decreto Supremo N°67 del Ministerio de Salud, que aprueba el reglamento para ejercer la objeción de conciencia según lo dispuesto en el artículo 119 ter del Código Sanitario. 23 de octubre 2018, p.3.

Lo anterior, luego de que el 23 de octubre -cuando se publicó el protocolo-, el Ministerio de Salud manifestara en una declaración pública que: "Si el establecimiento de salud no cuenta con personal que otorgue la prestación, deberá derivar a la paciente a otro centro que sí la realice. El mismo procedimiento deben hacer los establecimientos que hayan manifestado la objeción de conciencia institucional. Cabe destacar que, en aplicación de las reglas generales, será la institución que deriva quien asumirá los mayores costos que se produzcan por la derivación¹⁰⁸".

Por otra parte, respecto a la objeción de conciencia individual, el Ministerio mantiene el criterio plasmado en los anteriores protocolos y sostiene que "los sujetos habilitados para invocar esta condición son el médico cirujano requerido para interrumpir el embarazo y el resto del personal al que corresponda desarrollar sus funciones al interior del pabellón quirúrgico durante el procedimiento"¹⁰⁹.

Lo antes señalado, es solo posible si la condición de objetor ha sido oficializada de manera previa, pues "la manifestación de esta voluntad será hecha por medio de un formulario aprobado por resolución del ministro de Salud y que será único para todos los establecimientos"¹¹⁰.

Las instituciones y el nuevo protocolo

Tras las modificaciones impulsadas por Contraloría, el tercer reglamento de objeción de conciencia permite declarar la objeción de conciencia institucional en recintos que tienen convenio DFL 36 con el Ministerio de Salud, mientras sus prestaciones no contemplen tratamientos gineco obstétricos en pabellón.

De las 53 instituciones que reciben fondos estatales para su funcionamiento, 12 realizan prestaciones gineco obstétricas, de las que sólo 9 están capacitadas para realizar interrupciones voluntarias del embarazo.

¹⁰⁸ Minsal, Declaración pública, 23 de octubre de 2018.

¹⁰⁹ *Ibíd.*

¹¹⁰ *Ibíd.*

De acuerdo a la información publicada por el Minsal, actualizada el 8 de enero de 2019, entre las instituciones objetoras se encuentra la Pontificia Universidad Católica de Chile, red UC Christus Servicios Clínicos SpA, la Corporación Iglesia de los Adventistas del Séptimo Día, la Fundación Hospital Parroquial de San Bernardo y la Universidad de Los Andes. Todas ellas –vinculadas a entidades o grupos religiosos- objetan las tres causales, mientras que la Clínica Indisa objetó la tercera.¹¹¹

Fallo del Tribunal Constitucional

El 23 de octubre de 2018, el Tribunal Constitucional acogió los requerimientos que catalogan de inconstitucional el tercer reglamento de objeción de conciencia institucional, al limitar su ejercicio en “prestaciones de obstetricia y ginecología que por su naturaleza comprendan atención de pabellón”¹¹²

Después de que el fallo del TC, en enero de 2019, manifestó que la objeción de conciencia institucional no puede ser objeto de condiciones o requisitos legales que impidan su libre ejercicio, la Asociación de Abogadas feministas (Abofem) en conjunto con Cristóbal Osorio y Gabriel Osorio interpusieron un recurso de protección en contra del Presidente Piñera y el ahora ex-ministro de salud, Emilio Santelices, que fue posteriormente declarado admisible por la Corte Suprema.

Respecto al conflicto que enfrentaba las competencias de instituciones que representaban diferentes poderes del Estado, la abogada e integrante de la Mesa de Acción por el Aborto, Anita Martínez, señaló en entrevista para esta memoria: “Esto es inédito. Nunca antes había pasado que paralelamente un reglamento sea discutido en tantos órganos distintos”¹¹³

Cabe destacar que seis de los diez miembros del Tribunal tienen un pensamiento ligado a la centro derecha. Las críticas al pronunciamiento del TC no se hicieron esperar. Ese mismo

¹¹¹ Minsal, 11 de enero de 2019, Listado de objetores institucionales

¹¹²

¹¹³ Entrevista a Anita Martínez realizada por las autoras de esta memoria el 6 de diciembre de 2018.

día las organizaciones feministas convocaron a una concentración en contra de este nuevo reglamento de objeción de conciencia en materia institucional.

La participación de la Contraloría, en cuya representación los alegatos estuvieron a cargo del jefe de la División Jurídica de la Contraloría, Camilo Mirosevic, quien le dijo al diario electrónico *Pauta*: “Nosotros defendemos la toma de razón, porque quien tiene que estar sentado acá defendiendo la constitucionalidad del reglamento es el autor del reglamento, que es el Gobierno [...]. Si el Presidente y los ministros de Estado tenían la convicción absoluta de que este reglamento era inconstitucional, ellos no lo deberían haber suscrito”¹¹⁴.

A pesar de los esfuerzos de la Contraloría y de las organizaciones feministas, el fallo del TC aún se mantiene vigente y las acciones legales en contra de la objeción de conciencia institucional han resultado infructuosas.

Las controversias legales no cesaron desde el paso de la ley IVE por el Congreso, además estas se han mantenido por un período de larga data. La abogada, Anita Martínez se refiere al nexo entre este último pronunciamiento del TC y el clima de incertidumbre y desinformación que se generó entre el personal de salud.

La activista incluso señala que la implementación de la ley se vio afectada a raíz de estas disputas: “Esto no es menor, porque la ley se refiere en forma abstracta a ciertas materias o derechos, la gracia de los reglamentos, de los decretos, es que vienen a detallar el cómo. Entonces cuando tú no tienes claro el cómo, dejas un espacio muy abierto a que distintas instituciones que proveen salud puedan actuar bajo su criterio”¹¹⁵

El aspecto más controversial de este segundo protocolo fue la incompatibilidad con el principio jurídico de que una Institución Pública no puede ser objetora. Esto ocurre al permitir que las instituciones privadas, que tienen convenios DFL 36 con un servicio de salud, puedan ser objetoras de conciencia. Y según la ley, estas prestaciones actuarían como una prolongación de las actividades del Estado, y por lo tanto no podrían ser objetoras.

¹¹⁴ *Pauta*. 6 de diciembre de 2018. La Contraloría queda arrinconada tras una nueva derrota emblemática.

¹¹⁵ Entrevista a Anita Martínez realizada por las autoras de esta memoria el 6 de diciembre de 2018.

CAPÍTULO IV:

NORMA TÉCNICA,

EL PRIMER PASO HACIA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY

El Ministerio de Salud (Minsal) publicó el 2 de febrero de 2018 la Norma General Técnica número 197 sobre acompañamiento integral a la mujer durante esta prestación de salud, acorde con las prestaciones que garantiza la Ley 21.030 sobre la despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en tres causales. La normativa fue elaborada de manera conjunta entre el Minsal, representantes de organizaciones de salud y colaboradores expertos de las sociedades médicas de Obstetricia y Ginecología, Genética, Pediatría y revisores externos, para así “proporcionar lineamientos técnicos a los prestadores de salud, basados en evidencia científica actualizada”¹¹⁶ .

El documento se basa en el modelo integral de atención de salud que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define como “la forma en que los componentes del sistema de servicios de salud son organizados con el objeto de contribuir a su función colectiva”¹¹⁷. Una de sus particularidades es la visión que tiene de las pacientes como un sujeto integrado a distintas esferas: social, político y económico.

La coordinadora de la implementación de la ley IVE durante el gobierno de Michelle Bachelet, Paz Robledo, sostiene en entrevista para esta Memoria que la participación del Ministerio de la Mujer fue clave en la elaboración de la ley. Además, recalca el avance que significa el derecho a decidir de la mujer sobre su cuerpo en materia de derechos sexuales y reproductivos, puesto que “lo que vivimos antes en el aborto terapéutico, eran dos médicos los

¹¹⁶Minsal, Norma Técnica Nacional de acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030, p.16.

¹¹⁷ *Ibíd.*

que decidían la suerte de la mujer, entonces acá no. O sea, para constituir la causal se da que un equipo de salud [...] pero quién decide ahora no es equipo clínico, es la mujer”¹¹⁸.

Es por lo anterior, que el objetivo de la norma es asegurar el buen trato hacia las usuarias y por sobre todo garantizar una atención respetuosa de los derechos que otorga la ley como es el derecho a decidir, además de algunos otros derechos universales que tienen las personas en cualquier otra prestación de salud, como son los derechos de los pacientes regulados por la ley 20.584¹¹⁹.

Si bien el modelo de atención integral es transversal y es aplicado en todo el sistema de salud pública, en la elaboración de la Norma Técnica se consideraron problemas que afectan exclusivamente las mujeres en salud, como lo es precisamente la falta de influencia en decisiones relacionadas con su propia fertilidad.

El documento dirigido para prestadores de salud públicos y/o privados que suscriban convenio con los servicios de salud y prestadores de salud de Fuerzas Armadas de Orden y Seguridad Pública, cuenta además con orientaciones técnicas para el acompañamiento psicosocial, con el objetivo de “actualizar y fortalecer el trabajo de los equipos multidisciplinarios que laboran en la salud materno-fetal de todo Chile”¹²⁰.

La médica pediatra especialista en adolescentes, Paz Robledo, señala que durante la revisión de evidencia sobre los procedimientos abortivos que se realizaban en Chile hasta antes de la ley, en términos médicos le llamó mucho la atención pues había “un fuerte nivel de retraso en un ámbito tan específico” y recalca que “la única explicación que tengo para aquello es que en nuestro país estaba proscrito hablar o desarrollar cualquier contenido que tuviera que ver con el bienestar y la calidad de las mujeres en condiciones de pérdidas reproductivas”, por lo que “se les atendía, pero con técnicas arcaicas”.¹²¹

¹¹⁸ Entrevista a Paz Robledo realizada por las autoras de esta memoria el 3 de diciembre de 2019.

¹¹⁹ La ley N°20.584 vela por “los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud” y en esta línea, la Superintendencia de Salud indica que algunos de ellos son: “Recibir un trato digno, respetando su privacidad, pudor e intimidad” Y asegurar “una atención de salud de calidad y segura, según protocolos establecidos”.

¹²⁰ Minsal, Orientaciones Técnicas: Acogida y acompañamiento psicosocial en el marco de la ley 21.030, que despenaliza la Interrupción Voluntaria del Embarazo, p.9.

¹²¹ Entrevista a Paz Robledo realizada por las autoras de esta memoria el 3 de diciembre de 2019.

Es por ello que en las "Orientaciones Técnicas: Acogida y acompañamiento psicosocial en el marco de la ley 21.030, que despenaliza la Interrupción Voluntaria del Embarazo" se afirma explícitamente que "... los equipos deben disponer de diagnósticos certeros y oportunos, la actualización de las herramientas terapéuticas y la incorporación de la evaluación y seguimiento por una dupla psicosocial a las mujeres que viven estas graves situaciones"¹²².

Diferentes procedimientos médicos para realizar un aborto

En la Norma Técnica se consideran diferentes factores para determinar la selección del método para realizar una interrupción del embarazo en el marco de las tres causales aprobadas por la ley IVE, entre las que se consideran "la causal invocada, la edad gestacional, las condiciones de salud de la mujer, incluyendo tanto la condición del embarazo como del embrión o feto"¹²³.

Una vez constatada la causal, y luego de que la mujer tome la decisión, la selección del procedimiento se hará considerando las posibilidades de la red asistencial respecto a las competencias de los profesionales que prestan el servicio, pero teniendo como referencia que la evidencia internacional recomienda "la utilización de métodos que proporcionen mayor seguridad, menores complicaciones y con menor invasión instrumental sobre la mujer gestante"¹²⁴.

Los métodos recomendados internacionalmente son el uso de medicamentos y la aspiración por vacío. Sin embargo, en Chile estos eran poco conocidos y en los los casos de pérdidas reproductivas se utilizaban técnicas altamente invasivas como el curetaje o legrado¹²⁵. Paz Robledo, quién formó parte de la redacción de la Norma Técnica, sostiene "a mí me parecía

¹²² Minsal, Norma Técnica Nacional de acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030, p.12.

¹²³ Minsal, Norma Técnica Nacional de acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030, p.102.

¹²⁴ *Ibíd.*

¹²⁵ Raspado del tejido endometrial que se realiza mediante la dilatación del cuello uterino con un espéculo, esta técnica puede ser utilizada después de un aborto o para diagnosticar diferentes enfermedades ginecológicas, sin embargo, es bastante doloroso si se le compara con la aspiración manual endouterina, más conocida como AMEU.

del todo natural, hasta que empecé a revisar y me di cuenta de que era algo que ya no se hacía hace más de 30 años"¹²⁶.

Algo que a juicio de Robledo, no resulta permisible, pues pese a que no existía una legislación en materia de aborto “tenemos todos los años 33 mil egresos hospitalarios por pérdidas reproductivas que requieren de un vaciamiento uterino para dejarlas en condiciones de salud”,¹²⁷ y según la ex asesora del Minsal, las técnicas empleadas no tenían relación con el alto nivel de desarrollo de la medicina en el país y específicamente de la ginecología perinatal.

Lo anterior, porque en Chile no se hacía un uso ginecológico del misoprostol, no había disponibilidad de mifepristona para los abortos y tampoco se utilizaba la técnica de Aspiración Manual Endouterina (AMEU). Es por ello, que en la norma “se enfocó en el procedimiento a técnicas menos invasivas como el uso de medicamentos o menos dolorosos como el AMEU, que ni siquiera estaba en Chile”¹²⁸.

Respecto a la técnica utilizada de manera estandarizada hasta antes de la entrada en vigencia de la ley IVE, en la norma se estableció que “la habitual técnica de dilatación y raspado (legrado, curetaje) debiera eliminarse progresivamente de las prácticas asistenciales en el país, en la medida que se cuente con el personal capacitado en las técnicas de aspiración por vacío, y los insumos requeridos para realizarla”¹²⁹.

Para dar respuesta a los requerimientos de la prestación del servicio de interrupción en dichos términos, en materia de insumos -según los datos expuestos por el Minsal en enero de 2018-, se realizaron dos compras de AMEU. La primera de ellas de un total de 250 aparatos y la segunda de 298, con distribución hasta fines de enero de ese año¹³⁰.

¹²⁶ Entrevista a Paz Robledo realizada por las autoras de esta memoria el 3 de diciembre de 2019.

¹²⁷ *Ibid.*

¹²⁸ *Ibid.*

¹²⁹ Minsal, Norma Técnica Nacional de acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030, p.102.

¹³⁰ Minsal, Implementación Ley 21.030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, enero 2018.

Pese a los avances respecto a los métodos abortivos, los insumos siguen siendo escasos según relató, para este trabajo periodístico, el Ginecobstetra del Hospital San José, Gonzalo Rubio, que sostuvo: “El hospital Barros Luco tiene dos aspiradores AMEU, y ¿qué pasa con las demás pacientes? Independiente que las pusieron solo para la ley de Interrupción del Embarazo, el AMEU debería usarse en todas las pacientes”¹³¹ el médico que formó parte del grupo de trabajo ministerial a cargo de la Norma Técnica, agregó que no se tendría que seguir empleando el legrado en las pérdidas reproductivas o abortos retenidos.

Por otra parte, las compras para interrupción del embarazo con medicamentos que también se distribuyeron la última semana de enero de 2019, contó -según el Minsal- con 2.550 comprimidos de Mifepristona y 82 mil comprimidos de Misoprostol¹³².

El procedimiento, conocido también como aborto medicamentoso, es un método aplicable a cualquier edad gestacional, pero que está especialmente recomendado por su eficacia y seguridad, durante el primer trimestre, para así evitar el uso de procedimientos quirúrgicos; también es una alternativa para disminuir los tiempos de espera en abortos espontáneos incompletos.

Según consta en la Norma Técnica, el uso de medicamentos opera modificando las condiciones físicas del cuello uterino e “induciendo las contracciones uterinas, con la finalidad de obtener la expulsión total del contenido uterino (embrión o feto, más los anexos ovulares – membranas, placenta, cordón)”¹³³.

Entre las condiciones necesarias para efectuar el procedimiento de interrupción, destacan el citar a la mujer en ayunas e idealmente acompañada, que exista un espacio de privacidad al interior del centro para mantener la confidencialidad de la atención, además de contar con una sala de monitoreo del efecto del tratamiento farmacológico y contar con asientos, puesto que “no podrá quedar ninguna mujer parada esperando el efecto farmacológico”¹³⁴.

¹³¹Entrevista a Gonzalo Rubio realizada por las autoras de esta memoria el 19 de noviembre de 2019.

¹³² Minsal, Implementación Ley 21.030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, enero 2018.

¹³³ Minsal, Norma Técnica Nacional de acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030. p.102.

¹³⁴ *Ibíd.*

La matrona y académica de la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Santiago, Ruth Flandes manifiesta, en entrevista para este reportaje, que en ocasiones las condiciones que se exigen para llevar a cabo la interrupción, obstaculizan el acceso, y señala que “La idea es que se les trate inmediatamente, pero eso no siempre sucede”¹³⁵ Esto porque, por ejemplo, para hacer una aspiración, “en algunos centros te piden que vayas en ayuno, entonces ‘ya no puede ser hoy día, tiene que ser mañana”, y se convierte en un trámite”¹³⁶, en el que -a su juicio- ‘las pacientes podrían desistir.

El procedimiento al que hace referencia Flandes es el vaciamiento que se realiza mediante AMEU y que en la “Norma Técnica Nacional de acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030” establece que “la mujer deberá ingresar al pabellón ambulatorio acompañada por un/a matrona/a que deberá estar en forma permanente a su lado, cuya función principal será contener emocionalmente a la mujer, y explicar todo el procedimiento que se le está realizando, si ella así lo desea”¹³⁷. Y plantea como recomendación el uso de calor local para disminuir el dolor por la contracción.

Niveles de salud

La normativa señala que los niveles primarios de atención, servicios de urgencia, centros comunitarios y rurales de salud, solo se encargarán de la derivación de la paciente, teniendo un plazo máximo de 24 horas para derivarla a uno de los centros especializados que den inicio al procedimiento.

La falta de atribuciones del sistema primario ha sido foco de críticas de algunos profesionales de la salud, que sostienen que con ello se burocratiza la prestación del servicio. Eduardo Soto, matrona y funcionario del Programa Nacional de Salud de la Mujer del Minsal durante la gestión de la ex ministra, Carmen Castillo, dice en relación a la derivación, que la

¹³⁵ Entrevista a Ruth Flandes realizada por las autoras de esta memoria el 5 de agosto de 2019.

¹³⁶ *Ibíd.*

¹³⁷ Minsal, Norma Técnica Nacional de acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030. p.102.

ley debería haber apuntado a “descomplejizar todo el proceso, porque lo hizo mucho más difícil de acceder y que hayan muchos menos profesionales capacitados”¹³⁸.

La Norma Técnica también señala que el nivel primario tendrá el deber de entregar la información verbal y escrita sobre las alternativas a la interrupción del embarazo, incluyendo la de programas de apoyo social, económico y de adopción, de acuerdo “con el territorio correspondiente, facilitando y articulando su relación con estas, si la mujer así lo autoriza”¹³⁹.

Sin embargo, Claudia Berrios, matrona en el Cesfam de Maipú señala en entrevista para esta Memoria, que además de las escasas capacitaciones que ha recibido el personal de salud de atención primaria, no se le entregaron insumos para informar a las pacientes acerca de las causales o formas de derivarlas, y manifiesta: “Eso súper importante. Y, no, no te entregan nada. Solamente le puedes dar información verbal, pero no hay nada escrito.”¹⁴⁰.

Por otra parte, el nivel de salud secundario que tiene más facultades sobre los procesos involucrados en la interrupción, incluye los establecimientos de Sistema de Salud Pública, en los Centros de Referencia de Salud (CRS), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y Consultorios Adosados de Especialidades (CAE) integrados o anexos a hospitales y considera a los Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico.

Respecto a la red privada de salud, la Norma Técnica indica que los centros médicos y consultas adosadas a las clínicas privadas, “serán la principal puerta de entrada para las gestantes que potencialmente se puedan acoger a la Ley”¹⁴¹.

Se establece, además, que las mujeres podrán ingresar al nivel de atención secundaria derivadas desde la atención primaria o a través del contacto telefónico “Salud Responde”. Este nivel de atención es el lugar donde se debe realizar la constitución de la causal de interrupción, considerando, que según lo señala la normativa, los casos de mayor complejidad, serán derivados a los centros de salud terciarios, como son los centros de Alto Riesgo Obstétrico.

¹³⁸ Entrevista a Eduardo Soto realizada por las autoras de esta memoria el 9 de septiembre de 2019.

¹³⁹ Minsal, 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. p23

¹⁴⁰ Entrevista a Claudia Berrios realizada por las autoras de esta memoria el 13 de septiembre de 2019.

¹⁴¹ *Ibíd*, p.23.

Programa de Acompañamiento

La Norma Nacional Técnica, también da cuenta de los nuevos cargos que se incorporaron al sistema de Salud en el marco de la ley IVE, al dejar de manifiesto que “cada servicio de especialidad debe incorporar a los profesionales de salud mental y del área social con las competencias específicas, que permitan el abordaje integral, tanto para los diagnósticos como para el acompañamiento psicosocial desarrollado en esta Norma Técnica”¹⁴².

Los principales elementos de esta integralidad con la que se plantea la prestación del servicio de interrupción del embarazo, es la incorporación de la evaluación y seguimiento mediante una dupla psicosocial compuesta por especialistas de psicología y trabajo social, quienes tienen el deber de orientar, contener e informar a las pacientes sobre sus opciones.

La ley sostiene respecto al rol de esta dupla que “la información será siempre completa y objetiva, y su entrega en ningún caso podrá estar destinada a influir en la voluntad de la mujer”¹⁴³. Y agrega que 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”¹⁴⁴.

La coordinadora de la implementación de la ley IVE, Paz Robledo, señala que la dupla psicosocial “ha sido un tremendo aporte, no para intentar convencer a las niñas para que no lo hagan, al revés son entes fiscalizadores y de apoyo a las mujeres, porque la resistencia que hay al interior de los equipos es tremenda”¹⁴⁵.

La consagración de una atención integral de la mujer en la IVE, tuvo lugar después de que en la discusión legislativa de la ley se estableció como deber del Estado “poner a disposición un acompañamiento voluntario y respetuoso de la decisión de la mujer, antes,

¹⁴² Minsal, Norma Técnica Nacional de acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030, p. 28

¹⁴³ Minsal, Ley 21030 REGULA LA DESPENALIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES, 23 de septiembre 2017. p.2.

¹⁴⁴ *Ibid.*

¹⁴⁵ Entrevista a Paz Robledo realizada por las autoras de esta memoria el 3 de diciembre de 2019.

durante o después de haber tomado la decisión, ya sea de continuar con el embarazo o interrumpirlo, en estas situaciones extremas”¹⁴⁶.

Robledo, sostiene, además, que el acompañamiento integral se pensó considerando las tres causales como contextos sensibles y que por ello “se desarrolló una norma de acompañamiento psicosocial porque no es aborto libre”¹⁴⁷. Afirma que probablemente en el aborto libre no sería tan determinante este acompañamiento, porque se daría en situaciones menos extremas.

Desde el Minsal se establece que el programa de acompañamiento se debe ofrecer una vez constituida la causal, sin importar si se opta o no por la interrupción, y que este “puede ser rechazado por la mujer o le podrá poner término, aunque lo haya aceptado, como también solicitar que se le dé el acompañamiento, aunque inicialmente lo hubiera rechazado, lo que deberá ser respetado por el equipo de salud”¹⁴⁸.

Respecto al acompañamiento, durante el segundo mandato de Michelle Bachelet se estableció que las mujeres pueden acceder a tres citas de asistencia social en las que se podrían incluir “la orientación o gestión de la activación de mecanismos de apoyo de la red de protección intersectorial del Estado”¹⁴⁹, puesto que es labor del o la trabajadora social del equipo IVE entregar el programa de acompañamiento.

Por otra parte, se estableció, que las consultas de psicología podrían ser hasta 10 sesiones según las necesidades y el contexto de la paciente, además de contemplar consultas de psiquiatría para menores de 18 años, si se requiere. Asimismo, quienes lo soliciten podrán optar a consejería sobre métodos de regulación de la fertilidad por profesionales matronas/es o médicos gineco-obstetras.

¹⁴⁶ Minsal, Norma Técnica Nacional de acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030, p. 13

¹⁴⁷ Entrevista a Paz Robledo realizada por las autoras de esta memoria el 3 de diciembre de 2019.

¹⁴⁸ Minsal, Norma Técnica Nacional de acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030, p. 31.

¹⁴⁹ Minsal, Implementación LEY 21.030 QUE DESPENALIZA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES, enero 2018 p.39.

La ex asesora del Ministerio de Salud, Paz Robledo, se refirió a las posibilidades de continuar tratamientos con el equipo psicosocial en los casos en que se requiere de un apoyo mayor luego de la interrupción y sostuvo que “en estas tres situaciones, que ya dijimos que eran de crisis emocional, incluso hay horas al psiquiatra contempladas para que los hospitales tengan disponibles, en caso de que la mujer efectivamente haga cualquier patología”¹⁵⁰

El Minsal añadió, además, que “en caso de que durante la atención de salud se detectare alguna enfermedad previa o que se hubiere agravado producto del embarazo”¹⁵¹, la mujer o adolescente podrá acceder a una consejería en los cuidados de salud y derivación a tratamiento. Mientras que en el caso puntual de la causal de inviabilidad fetal, también se podrá acceder a una consejería genética.

Críticas a la norma técnica

Además de la burocratización de la prestación y el déficit de insumos antes mencionados, en el plano de la información, la implementación de la ley IVE ha tenido varias deficiencias acerca de la difusión de las capacitaciones, la socialización de los datos respecto a ellas y la generación de insumos prácticos consultables por el personal involucrado en la prestación del servicio de Interrupción Voluntaria del Embarazo.

En relación a este último punto, la Norma Técnica Nacional que acompaña la ley IVE es un documento que establece varios escenarios posibles durante el proceso, y por ello su información es valorada positivamente por profesionales de la salud como la Académica de la Universidad de Santiago, Ruth Flandes, quien sostiene: “Lo que es técnico, del Minsal, es decir, cómo se realiza una AMEU, como se hace un aborto medicamentoso, eso es técnicamente bueno, quienes estaban en su creación, además, son reconocidos”¹⁵².

Pese a lo anterior, la extensión de esta Norma ha sido criticada, porque no resulta útil al momento de ser consultada. El Ginecobstetra Guillermo Galán sostiene que dada sus 169

¹⁵⁰ Entrevista a Paz Robledo realizada por las autoras de esta memoria el 3 de diciembre de 2019.

¹⁵¹ Minsal, Implementación LEY 21.030 QUE DESPENALIZA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES, enero 2018 p.39.

¹⁵² Entrevista a Ruth Flandes realizada por las autoras de esta memoria el 5 de agosto de 2019.

páginas el actual documento no cumple con el objetivo, y señala: “La Norma Técnica debe tener 20 hojas, que sea un manual”¹⁵³, y subraya que no se debe reparar en definiciones previamente establecidas y conocidas por los médicos.

Paz Robledo, integrante del comité editor de la Norma Técnica, afirma que el nivel de descripción de la norma, tiene relación con que debían “...ponerse en todas las condiciones y dejarlo lo más establecido y rayado posible, porque si nosotros decimos es una malformación de carácter letal y no desarrollamos el capítulo completo de carácter letal, ¿qué va a pasar, quién lo determina?”¹⁵⁴.

Por otra parte, Galán, quién es miembro de las Sociedades Chilenas de Ginecología Infanto Juvenil y de Endocrinología Ginecológica, dice también que la Norma Técnica “tiene unas declaraciones de intenciones que la hacen inoperable e ineficaz, lo mismo que este gobierno (se refiere a Sebastián Piñera). No funciona, no se puede tener un mamotreto de casi 200 hojas, como Norma Técnica”¹⁵⁵.

En relación a lo anterior, Robledo señala que el número de páginas y lo detallado de cada procedimiento tiene que ver con la noción que se tenía respecto a la resistencia del gobierno de Piñera, que debía dar continuidad a esta política pública. Y añade que no habría sido posible hablar de las tres causales “si no hubiera existido una decisión de la presidenta Bachelet de sacar esta ley, una decisión contra viento y marea e incluso contra todas las resistencias dentro de su misma coalición”¹⁵⁶.

Respecto a este punto, el matrón del Servicio de Salud Araucanía Norte, Eduardo Soto, además de sostener que la norma debería tener un carácter más técnico y que es “ muy extensa y poco clara, porque deja muchas cosas a criterio del profesional”¹⁵⁷, afirma que sus deficiencias se deben a que la norma se hizo de manera tardía, como consecuencia de las presiones políticas ejercidas contra la ley.

¹⁵³ Entrevista a Guillermo Galán realizada por las autoras de esta memoria el 1 de noviembre de 2019.

¹⁵⁴ Entrevista a Paz Robledo realizada por las autoras de esta memoria el 3 de diciembre de 2019.

¹⁵⁵ *Ibíd.*

¹⁵⁶ Entrevista a Paz Robledo realizada por las autoras de esta memoria el 3 de diciembre de 2019.

¹⁵⁷ Entrevista a Eduardo Soto realizada por las autoras de esta memoria el 9 de septiembre de 2019.

En ese punto coincide la asesora ministerial en la ley IVE e indica que no podían avanzar respecto a la norma antes de que se aprobara la ley, porque les hacían solicitudes de transparencia periódicamente y que finalmente la redactaron "en menos de tres meses y uno se demora en hacer una norma con todo el procesos de participación, consulta todo... un año mínimo, ojalá dos"¹⁵⁸. Y sostiene que se hizo rápidamente para "tener algo de tiempo para ir a difundirla, a capacitar, sacar todas las dudas, las sugerencias"¹⁵⁹

CAPÍTULO V:

CAPACITACIONES:

¿ESTÁ PREPARADO EL SISTEMA PÚBLICO?

Según las cifras del Ministerio de Salud actualizadas públicamente por última vez el 20 de agosto de 2019, han sido capacitados por el Minsal 1372 profesionales, desde la entrada en vigencia de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Las modalidades de esas capacitaciones, según consigna el organismo, consisten en instancias presenciales y en cursos en línea¹⁶⁰.

De cara a la implementación de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), el Ministerio de Salud -liderado por la ministra de aquel entonces Carmen Castillo- estableció requerimientos para que ese proceso fuese operativo; uno de ellos eran los recursos humanos que figuraban como una de partes más importantes de la puesta en marcha de la IVE.

Dentro del personal necesario para dar cumplimiento a la ley se encuentra el área de acompañamiento psicosocial que se estimó en 69 cargos para hospitales de Alto Riesgo

¹⁵⁸ Entrevista a Paz Robledo realizada por las autoras de esta memoria el 3 de diciembre de 2019.

¹⁵⁹ *Ibíd.*

¹⁶⁰ Minsal, Ley N°21.030 a 2 años de su entrada en vigencia, 20 de agosto 2019.

Obstétrico (ARO). El Minsal estableció que el equipo de acompañamiento IVE debía proveer de la disponibilidad de 11 horas en psiquiatría, 22 horas en trabajo social y 22 horas en psicología.

Capacitaciones durante el gobierno de Bachelet

El Minsal estableció una hoja de ruta respecto a las capacitaciones del personal de salud. En una primera etapa y mediante una modalidad teórica consistente en tres jornadas de un día durante el mes de noviembre de 2017, se planteó la capacitación general de la ley, la sensibilización e implementación dirigida a directores y subdirectores médicos de 29 servicios de salud y referentes técnicos en temáticas de mujer, salud mental y capacitación de 190 hospitales.

En una segunda etapa se configuraron las que según el Minsal constituían las necesidades en el nivel primario de atención respecto a las capacitaciones, en las que solo se consideraron a cuatro profesionales por cada una de las 345 comunas contempladas. Con los mismos objetivos de la primera instancia formativa, se desarrollaron las que fueron descritas por el Ministerio como “múltiples jornadas de un día”¹⁶¹ dirigidas a los profesionales considerados referentes comunales. Estas se realizaron desde noviembre de 2017 a marzo de 2018.

Por otra parte, se estableció como necesaria la capacitación de los equipos técnicos de los 69 recintos de Alto Riesgo Obstétrico constituidos por dos gineco-obstetras, dos profesionales de matronería y un/a en materia de psiquiatría, psicología y asistencia social. La modalidad de dicha instancia programada para noviembre de 2017 consideró tres jornadas de dos días, que se dividían en un día de capacitación teórica de carácter común y otro de formación práctica separada entre equipos biomédicos y psicosociales.

Posteriormente se desarrolló una segunda etapa de la capacitación aparte de los equipos Alto Riesgo Obstétrico (ARO) mediante una pasantía dirigida a al menos un gineco-obstetra

¹⁶¹ Minsal, Implementación Ley 21.030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, enero 2018.

de cada centro de alto riesgo, con el objetivo de entregar nociones prácticas respecto a nuevas técnicas ginecoobstétricas como la Aspiración Manual Endouterina (AMEU).

Los centros capacitadores que recibieron a los 123 asistentes, fueron el Hospital Regional de Antofagasta, el Van Buren de Valparaíso, el Hospital San José, San Borja Arriarán, La Florida, Hospital General Grant Benavente en Concepción y el Hospital de Puerto Montt.

Déficit e insuficiencias

Pese a lo descrito antes, el matrón que trabajó en el Programa Nacional de Salud de la Mujer, durante este período, Eduardo Soto, señala que las deficiencias de estas primeras capacitaciones, fue que estuvieron muy focalizadas en los jefes de Servicio de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) y no tuvieron una cobertura adecuada. “Solo han hecho instancias muy cortas de uno o dos días, para directores de hospitales para jefes de servicio, pero no en hospitales clínicos donde se hacen los abortos. Eso no se hizo con Bachelet y tampoco se ha hecho con Piñera ahora”¹⁶².

Ninguna administración le otorgó el carácter de obligatorias a las capacitaciones y tampoco se establecieron sanciones para las y los profesionales que no quisieran asistir. De acuerdo a lo señalado por el jefe de matronería de uno de los hospitales de alta complejidad de la región de Valparaíso, quien quiso resguardar su identidad, “las invitaciones eran acotadas porque era una convocatoria a nivel país. No se puede llevar a 15 personas por establecimiento”¹⁶³.

En el documento “Implementación Ley 21.030 que despenalizó la Interrupción Voluntaria del Embarazo en 3 Causales y sus desafíos” utilizado para realizar capacitaciones elaborado la asesora del Minsal respecto a la ley IVE, Paz Robledo, señaló que se capacitó a un “total estimado más de 764 personas, y se espera que con las réplicas de los servicios de salud se llegue a 1400 personas más”¹⁶⁴.

¹⁶² Entrevista a Eduardo Soto realizada por las autoras de esta memoria el 9 de septiembre de 2019.

¹⁶³ Entrevista al Jefe Matronería de un hospital de Valparaíso realizada por las autoras de esta memoria el 12 de mayo de 2019.

¹⁶⁴ Robledo, P. Implementación Ley 21.030 que Despenalizó la Interrupción Voluntaria del Embarazo en 3 Causales y sus desafíos. Junio de 2018.

Esto quiere decir que se capacitó a 764 personas, durante la administración de la ex-ministra de Salud, Carmen Castillo, y que se pretendía que estos asistentes capacitaran al resto del personal de salud; sin embargo, no se entregaron instrucciones precisas sobre cómo debía transmitir aquella información. El jefe de Matronería de la Región de Valparaíso sostiene: “No recuerdo haber recibido la información formal y explícita de transmitir esto. Pero no es necesario, se subentiende, digamos”¹⁶⁵.

En la segunda fase de capacitaciones dirigida al personal de salud, el Minsal llevó a cabo un programa que especificaba cómo debía continuar el proceso de capacitación. Este contemplaba replicas de estas primeras fases, es decir, capacitaciones presenciales, cápsulas informativas en línea, desarrollo de asesorías técnicas en terreno, un programa de formación continua de médicos, que otorgara capacitación presencial a gineco-obstetras tanto en la ley IVE, como en nuevas técnicas para interrumpir embarazos (aborto medicamentoso y AMEU); un programa de Formación de perinatólogos y finalmente un curso de capacitación mediante una plataforma online.

De todas las modalidades del programa descritas, solo hay registro comprobable de las capacitaciones online mediante el Sistema de Aprendizaje a Distancia (SIAD) impartidas por el instituto Iplacex. No existen cifras oficiales respecto a cuántas personas han tomado estos cursos, no obstante, el programa original estimaba capacitar a 122 profesionales de salud por esta plataforma.

La Matrona del Cesfam de Maipú y Coordinadora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la comuna, Claudia Berrios, relata que ella participó de esta instancia e indica que “era una convocatoria abierta; podían ir psicólogos, asistentes sociales, médicos y matronas. Una postulaba y de las 10 matronas que postulamos, justo quedé yo. Hice un curso que tenía cuatro módulos, era uno por cada causal y otro que hablaba de generalidades, como de diagnósticos, y por cada causal te hacían una prueba final”¹⁶⁶.

¹⁶⁵ Entrevista al Jefe Matronería de un hospital de Valparaíso realizada por las autoras de esta memoria el 12 de mayo de 2019.

¹⁶⁶ Entrevista a Claudia Berrios realizada por las autoras de esta memoria el 13 de septiembre de 2019.

Respecto a las capacitaciones presenciales, la información proporcionada por el Minsal indica que se han capacitado 1372 profesionales; sin embargo, estos datos no se encuentran sistematizados ni han sido rotulados como “capacitaciones” en su sitio web. De este modo, no se ha informado formalmente a la ciudadanía acerca de cómo ha sido el proceso de formación a los equipos de salud sobre la ley IVE, pues los datos aquí expuestos se encuentran contenidos en un artículo titulado “Ley N°21.030 a 2 años de su entrada en vigencia”¹⁶⁷, lo que deja en evidencia que la institucionalidad dificulta el acceso a la información.

No hay ningún documento oficial en el que se entreguen detalles acerca de cuándo se realizaron las capacitaciones, dónde tuvieron lugar, quiénes asistieron, ni qué porcentaje del personal médico se capacitó en relación al total de ellos. También se desconoce qué tipo de información se trató en esas instancias formativas.

Al solicitar información al Minsal, un funcionario público encargado de las capacitaciones de la ley de aborto en tres causales, cuya identidad solicitó mantener en reserva, sostuvo que durante el gobierno de Sebastián Piñera si se habían realizado capacitaciones. “Hubo dos cursos teóricos a nivel nacional donde se capacitaron 683 personas. El grupo estaba compuesto por los equipos directivos, 55 seremis y 63 equipos clínicos. Posteriormente, se realizaron cursos de género y salud a 260 personas, mediante la plataforma SIAD”¹⁶⁸.

De acuerdo a esta información “el primer curso tuvo lugar el 26 de septiembre de 2018 y estuvo enfocado en los jefes de servicio. En él se conformó un comité de médicos especialistas en ginecología y obstetricia quienes apoyaron técnicamente al Ministerio de Salud. La segunda jornada de capacitación fue el 14 de noviembre del 2018. En aquella oportunidad participaron 69 jefes de unidades de servicios, matronas y gestorías”¹⁶⁹.

Los antecedentes expuestos, fueron entregados el 15 de mayo de 2019 y no tienen un carácter comprobable, pues al solicitar los documentos que acrediten la concurrencia de dichas instancias, nuestra petición no tuvo respuesta. Pese a que nuestra fuente accedió a conversar

¹⁶⁷ Minsal, Ley N°21.030 a 2 años de su entrada en vigencia, 20 de agosto 2019.

¹⁶⁸ Entrevista a Fuente del Minsal realizada por las autoras de esta memoria el 15 de mayo de 2019.

¹⁶⁹ *Ibíd.*

con nosotras nuevamente, hasta el cierre de esta investigación, no envió ningún tipo de respaldo escrito.

Las únicas instancias que pueden ser comprobadas son las reuniones realizadas por expertos en Ginecología y Obstetricia, pues este grupo llamado Médicos Especialistas Asesor, emitió un instructivo, el 5 de marzo de 2019, en el que entregó directrices para la constitución de las causales contempladas en la ley IVE.

Anita Román, presidenta del Colegio de Matronas destaca que “se han realizado capacitaciones, pero no las necesarias. Nos falta, tenemos un déficit en el tema de las capacitaciones. De hecho cuando asumió este gobierno uno de los primeros acuerdos que llegamos con este ministro, fue que íbamos a capacitar tanto a los equipos médicos como a la población en general”¹⁷⁰ y añade que existía intención de realizar cápsulas informativas, pero que tras las modificaciones al reglamento de objeción de conciencia, todos los planes anteriores fueron congelados.

En concordancia con este diagnóstico, el matrón y ex miembro de la Corporación Miles, Eduardo Soto, también sostuvo que las capacitaciones habían sido insuficientes. En entrevista para esta memoria sostuvo: “...sobre todo si es una capacitación inicial de los profesionales, que no se ha mantenido en el tiempo y eso ha sido un problema; y también está la atención primaria, que la gran parte de sus funcionarios no ha sido capacitada por parte del ministerio y eso creemos que es un error y que puede explicar que la causal tres sea la más baja en sus números”¹⁷¹.

Además el profesional afirma que “se está capacitando a la misma gente que ya está de acuerdo con el tema. Por tanto no tiene mucho sentido. No se consideró la red de salud, no se hicieron capacitaciones a la atención primaria, que son los que pesquisan y derivan a las mujeres”¹⁷².

¹⁷⁰ Entrevista a Anita Román realizada por las autoras de esta memoria el 11 de enero de 2019.

¹⁷¹ Entrevista a Eduardo Soto realizada por las autoras de esta memoria el 9 de septiembre de 2019.

¹⁷² *Ibíd.*

Durante el gobierno de Sebastián Piñera, el Minsal no ha continuado con el programa de capacitaciones para implementar la ley IVE y no se ha pronunciado respecto a estas instancias que no se han realizado. Asimismo la falta de sociabilización de la ley ha sido denunciado por parte del Colegio Médico, el Colegio de Matronas, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y diversas organizaciones feministas, entre las que encontramos: Corporación Humanas, Aprofa, la Mesa de Acción por el Aborto y Miles.

A pesar de las denuncias de diversos organismos acerca de las dificultades que ha tenido la puesta en marcha de la ley. El gineco-obstetra y presidente del directorio de Miles, Guillermo Galán, advierte que el Minsal no aceptó ayuda de Organizaciones internacionales que ofrecieron realizar capacitaciones gratuitas en técnicas abortivas. “El Ministerio no hizo nada, ni siquiera descansó en las organizaciones feministas, no evaluó, no acogió ni siquiera el ofrecimiento de que tuvieran capacitaciones gratis los funcionarios públicos de los hospitales pagados por instituciones extra-sistema, que querían capacitar. No los apoyaron nunca”¹⁷³.

Además de las capacitaciones realizadas por el Minsal, tanto Aprofa, como Miles y el Colegio Médico, también generaron instancias para divulgar cómo se debía poner en práctica la ley en los servicios de salud. Había algunas en las explicaron en qué consistía la objeción de conciencia y otras que se dedicaron exclusivamente a hablar sobre la ley IVE; en ellas se describió cada una de las causales y se presentaron casos para poder problematizar acerca de los diagnósticos.

Miles también realizó capacitaciones enfocadas en conocimiento técnico acerca de la atención integral que se debe brindar cuando se realiza un aborto. El matrócn y activista por los derechos sexuales y reproductivos, también ejerció como capacitador cuando formaba parte de Miles y sostuvo que “estaban orientadas al personal clínico, que tienen que ver con módulos la resolución antes del aborto, técnicas de interrupción, como es la forma de acoger a la mujer, la información que tienes que entregar, y todo eso”¹⁷⁴

También comentó que hay otra clase de capacitación sobre la Atención Post Aborto (APA), que tenía el objetivo de dar conocer lo que debe hacer después de una

¹⁷³ Entrevista a Guillermo Galán realizada por las autoras de esta memoria el 1 de noviembre de 2019.

¹⁷⁴ Entrevista a Eduardo Soto realizada por las autoras de esta memoria el 9 de septiembre de 2019.

interrupción de un embarazo, los controles y la anticoncepción. Por otra parte, también aseguró que este tipo de modalidad había funcionado muy bien en otros países de América Latina.

Al ser consultada respecto a cómo debiese ser una buena capacitación, la matrona y académica de la Escuela de Obstetricia, Ruth Flandes, sostuvo que existen capacitaciones estandarizadas a nivel internacional basadas en otras técnicas que han funcionado bien en otros países. Estas debieran estar segmentadas según el público al que se quiera llegar, además de trabajar tanto en aspectos teóricos, como prácticos y tener un enfoque en el que se trate el aborto en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

La académica y también capacitadora de Miles señala: “Creo que hay formas de capacitar a todo el personal, pero siempre desde distintos focos. O sea, uno debiera capacitar desde el que recepciona, al guardia, al camillero e incluso a la gente de farmacia hasta el médico”¹⁷⁵.

Asimismo resalta la importancia de capacitar a todo el personal que va a interactuar con las pacientes IVE, pues todo el profesional no instruido en esta materia podría convertirse en una barrera para las usuarias. “si yo digo, sabe que tuve una violación, tengo un embarazo y quiero acceder a la ley”¹⁷⁶ y si el portero o el guardia o el agente SOME dice sabe que aquí no se hace, se acabó... hasta ahí llegó el acceso” sostuvo la capacitadora y activista de Miles, Ruth Flandes.

Por otra parte todos los profesionales de salud que puedan tener contacto con alguna mujer que decide interrumpir su embarazo, en alguna de las tres causales debiese estar preparado para darle información oportuna, derivarla si es necesario, facilitar el acceso a esta prestación y otorgarle una atención que cumpla con los estándares dispuestos por la ley IVE.

Es por ello, que la formación en derechos humanos y equidad de género de las pacientes, resulta crucial para que los profesionales de salud estén preparados para contener procesos de victimización, evitar los malos tratos y respetar la autonomía de las mujeres. La psicóloga feminista como es conocida en redes sociales y quien ha solicitado resguardar su identidad en

¹⁷⁵ Entrevista a Ruth Flandes realizada por las autoras de esta memoria el 5 de agosto de 2019.

¹⁷⁶ *Ibíd.*

reserva afirma que “hoy día no está presente en la malla curricular de los profesionales de salud de manera integral, ni siquiera en psicología lo tenemos”¹⁷⁷.

Asimismo es enfática en señalar que Chile está adscrito a los tratados internacionales que comprometen al país con el respeto de los derechos humanos de las mujeres, y que el tipo de violencia que puedan ejercer los funcionarios públicos está catalogada como violencia sistémica, es por ello que los profesionales de salud debieran recibir una capacitación que tenga una perspectiva de género para asegurar el correcto funcionamiento de la ley de aborto en tres causales.

CAPÍTULO VI:

PRIMERA CAUSAL: RIESGO DE VIDA DE LA MADRE

Tal como se pronosticaba antes de la entrada en vigencia de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), la primera causal es la que cuenta con mayor aceptación dentro del personal de salud y es, además, la que tiene la menor cantidad de objetores de conciencia. Sin embargo, las dificultades para implementar esta causal guardan relación con el cambio de paradigma que propone la ley, en el que son las mujeres quienes deciden si desean interrumpir su embarazo, mientras que antes eran los médicos quienes decidían.

La ex asesora del Minsal en la ley IVE, Paz Robledo, manifiesta que durante la discusión previa acerca de la primera causal los médicos le decían: "Pero si esto lo hacemos nosotros siempre. No tenemos para qué hacer esto"¹⁷⁸ y destacó que fue el hecho de poner sobre la mesa la decisión de la mujer lo que generó resistencia.

Sostiene, además, que a dichos médicos les expresó: “Ahora usted tiene que preguntarle a la mujer si ella quiere arriesgarse estirando un poquito más de madurez fetal antes de

¹⁷⁷ Entrevista a Psicóloga Feminista realizada por las autoras de esta memoria el 4 de junio de 2019.

¹⁷⁸ Entrevista a Paz Robledo realizada por las autoras de esta memoria el 6 de noviembre de 2019.

interrumpirla, porque la que está arriesgando su vida, es ella. No es usted el que tiene que tomar la decisión", y asegura que fue esto lo que "sacó toda la misoginia que se puedan imaginar".

El jefe de matronería del hospital de alta complejidad de Valparaíso, cuyo nombre mantendremos en reserva, incluso señala: "En la Norma Técnica están incluidas la mayoría de los accidentes del embarazo, esos ya se resolvían históricamente sobre la base de *lex artis* médica¹⁷⁹, es decir, siempre en esos casos salvaguardo la vida de la mujer, entonces, algunos eran contradictorios con la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en términos conceptuales"¹⁸⁰

En su etapa legislativa hubo varios profesionales de salud que manifestaban que la primera causal no era necesaria puesto que históricamente en Chile los médicos resolvían ese tipo de casos habitualmente. Esto se fundaba en que ningún médico iba a exponer la vida de una paciente para obligarla a mantener una gestación. A pesar de lo razonable de este argumento, el problema con aquella práctica era que decidían esperar lo más posible antes de realizar la interrupción.

Ruth Flandes, académica del departamento de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Santiago(USACH) y miembro de Corporación MILES sostiene que "en realidad es como la práctica médica que en general lo que se hacía era esperar, ojalá que lleguemos a las 22-24 semanas y que sea un parto prematuro, entonces como que en ese sentido, no había como tanta resistencia"¹⁸¹. Esta es una de las principales barreras en términos de implementación de la primera causal, pues hay médicos que aún optan por desacreditar la opinión de las pacientes.

El gineco-obstetra, Guillermo Galán da cuenta de que aún es habitual que algunos médicos opten por dilatar el proceso pues prefieren realizar un parto prematuro que un aborto. "Es un eufemismo y así se evitan el peso mental, porque dicen yo no hice un aborto, yo hice

¹⁷⁹ El concepto *lex artis* hace alusión a "las prácticas médicas aceptables para tratar a los enfermos"

¹⁸⁰ Entrevista al Jefe Matronería de un hospital de Valparaíso realizada por las autoras de esta memoria el 12 de mayo de 2019.

¹⁸¹ Entrevista a Ruth Flandes realizada por las autoras de esta memoria, 5 de agosto de 2019.

un parto prematuro, porque el concepto de aborto es hasta las 25 semanas. Esa es la definición que se maneja a nivel internacional”¹⁸².

La encargada del área jurídica de Corporación Miles, Javiera Canales, subraya en entrevista para este reportaje que: “La normativa técnica es súper clara; dice que no es necesario proveer de un daño irreparable para acceder a la interrupción, no hay que esperar un daño irreparable en la salud para que funcione el riesgo de vida; sin embargo, siguen avanzando los procesos en que las mujeres empiezan a presentar daños irreparables, por ejemplo, daños al hígado, daños a la vista y eso”.¹⁸³

Son prácticas que responden al resabio de un modelo de atención basado en la beneficencia, un enfoque paternalista que no consideraba importante la opinión de las y los pacientes y que los relegaba a un rol pasivo.

Paz Robledo dice haberse encontrado además con la misoginia y que incluso “hubo colegas que me dijeron por ejemplo, que las "mamitas", porque le dicen "mamitas", no pueden tomar decisiones racionales porque "está comprobado que la progesterona produce edema cerebral", entonces no pueden tomar decisiones... y uno les dice entonces muéstrame la evidencia que dice que las mujeres están interdictas cuando están embarazadas”¹⁸⁴

El 5 de marzo de 2019, el consejo consultivo formado por médicos especialistas emitió la circular “Nº2 que instruye sobre directrices para la constitución de causales contempladas por la ley 21.030”. Este documento introdujo diversos cambios en el proceso de diagnóstico, sin embargo, las mayores transformaciones relacionadas con la primera causal tienen que ver con la remoción de varias patologías.

De acuerdo a la académica de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, Francisca Crispi esto tuvo consecuencias negativas para las mujeres, pues las dificultades antes mencionadas se acrecentaron. “Uno de los principales problemas ha sido la limitación de cuáles son las patologías que entran, ahí entre los profesionales hay algunos que creen que la mujer

¹⁸² Entrevista a Guillermo Galán realizada por las autoras de esta memoria el 1 de noviembre de 2019.

¹⁸³ Entrevista a Javiera Canales realizada por las autoras de esta memoria el 15 de agosto de 2019.

¹⁸⁴ Entrevista a Paz Robledo realizada por las autoras de esta memoria el 6 de noviembre de 2019.

tiene que estar al borde de la muerte para poder ofrecerle la IVE y eso queda claro en la ley que no es así, que si hay riesgo de vida se le debiera ofrecer la prestación, pero no todos los profesionales lo han entendido así y eso ha sido un problema”¹⁸⁵.

Esto tuvo como consecuencia que se produjeran cambios en las estadísticas de la IVE, pues aquel momento, la primera causal constituía la mayor cantidad de casos frente a los otros dos, no obstante, tras estas modificaciones, la primera causal fue desplazada por la segunda en términos porcentuales. La primera causal pasó desde un 96% en junio de 2018¹⁸⁶ a un 30% de los casos en junio de 2019¹⁸⁷.

CAPÍTULO VII:

SEGUNDA CAUSAL: INVIABILIDAD FETAL

Los datos más actualizados sobre la ley IVE indican que la mayor cantidad de casos registrados hasta marzo de 2019, corresponden a la segunda causal. El porcentaje alcanza el 54% del total¹⁸⁸. Otro dato relevante es que en el reporte del trimestre anterior se señala que el 22% de estas mujeres decide continuar con su embarazo, siendo el mayor porcentaje que desea continuar con su embarazo¹⁸⁹.

La Norma Técnica que brinda información acerca de la segunda causal, describe las patologías incompatibles con la vida extrauterina y, además, detalla el carácter que debe tener el programa de acompañamiento.

El texto incluye información epidemiológica sobre los distintos diagnósticos posibles que pueden tener lugar en la segunda causal, es decir, explica cómo se configura esta causal desde el punto de vista médico. Y por otra parte, esta normativa también agrega instrucciones para el personal médico, sobre cómo se debe atender a las pacientes.

¹⁸⁵ Entrevista a Francisca Crispi realizada por las autoras de esta memoria el 29 de octubre de 2019.

¹⁸⁶ Minsal. 3 de enero de 2018. “Todo sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales”

¹⁸⁷ Minsal. 20 de agosto de 2019. “Ley N°21.030 a 2 años de su entrada en vigencia”

¹⁸⁸ Minsal. Ley N°21.030 a 2 años de su entrada en vigencia. 20 de agosto de 2019.

¹⁸⁹ Minsal. Reporte Trimestral Ley IVE actualizado: 01 Enero a 31 de Marzo de 2019. 2 de julio de 2019

Estas indicaciones se basan tanto en el resguardo de los derechos humanos de las mujeres, específicamente los sexuales y reproductivos, como aquellos otros que son asegurados -en el plano jurídico- en cualquier otra prestación médica, tales como la dignidad, la privacidad y el respeto.

Debido a la naturaleza de la segunda causal es la única que no establece un período de tiempo acotado para realizar la interrupción. Otra particularidad es que este tipo de patologías se pueden presentar durante todo el embarazo, por lo que es posible que las pacientes compartan durante varios meses con miembros del equipo médico encargado de la IVE. Es por ello que el tipo de atención médica que se brinde es de vital importancia.

Este documento clarifica que no existe consenso acerca de la definición de anomalía congénita letal. No obstante, el gobierno se ciñó a lo que señala la Rama Genética de la Sociedad Chilena de Pediatría que entiende esta patología como “todo defecto estructural o funcional que compromete seriamente uno o más órganos vitales imprescindibles para la vida extrauterina, que no son reemplazables o recuperables con las herramientas médicas o quirúrgicas actualmente disponibles, y que determina invariablemente la muerte durante el periodo fetal o tras el nacimiento”¹⁹⁰

Para que se constituya esta causal es necesario que se confirme el diagnóstico por dos médicos especialistas. Generalmente las mujeres son derivadas desde la atención primaria tras la primera ecografía producto de la sospecha de que puedan constituir la causal.

Después que en el hospital son atendidas por profesionales de la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico (ARO), se requiere contar con la confirmación diagnóstica de dos especialistas: puede tratarse de un ginecoobstetra más un perinatólogo (experto en medicina fetal) o un genetista. El comité perinatal evalúa la causal y posteriormente le informa a la mujer. La ley señala que lo ideal es que se realice este anuncio en conjunto con un psicólogo.

¹⁹⁰ Minsal, 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. p. 52

En relación a los métodos de diagnóstico existentes predominan dos técnicas: el ecográfico y el genético. Víctor Rubio, médico gineco obstetra y jefe de la unidad Maternidad de la Clínica Indisa, señala en entrevista para este trabajo periodístico que la mayor cantidad de mujeres que acuden a realizarse una interrupción del embarazo en el establecimiento también corresponde a la segunda causal. A su vez, indica que el promedio de semanas en que se realiza el procedimiento es de 18.

El gineco obstetra afirma que es necesario que los exámenes sean realizados por expertos, pues “no cualquier ecografista está capacitado para diagnosticar signos en el desarrollo fetal que sean incompatibles con la vida extrauterina, como por ejemplo, algún indicio que sugiera una trisomía¹⁹¹. Este diagnóstico parte con un examen ecográfico que se puede realizar entre la semana 11 y 14, este estudio morfológico pesquiza alteraciones genéticas”¹⁹².

De acuerdo a las normas que establece el Minsal se deben efectuar cuatro ecografías a lo largo del embarazo. La primera entre las semanas 7 a 11, luego entre las 11 y las 13, entre las 18-24 y finalmente entre las 32-35¹⁹³.

Sin embargo, “la posibilidad real de hacer un diagnóstico de anomalías severas antes de las 11 semanas es prácticamente excepcional. Entre las 11 y 13 semanas, con un feto que mide 5 a 8 cm de longitud, ya es posible efectuar un diagnóstico más certero, particularmente de algunas anomalías estructurales como acráneo¹⁹⁴, holoprosencefalia alobar¹⁹⁵ y algunas uropatías obstructivas¹⁹⁶, entre otras”¹⁹⁷.

¹⁹¹ Presencia de tres cromosomas en lugar del par habitual. El síndrome de Down es la única trisomía autosómica de la especie humana de la que sobrevive un número significativo de individuos más allá del año después del nacimiento.

¹⁹² Entrevista a Víctor Rubio realizada por las autoras de esta memoria el 11 de junio de 2019.

¹⁹³ Bórquez, G., Bernier, L., Besio, M., Montt, J., Novoa, F., Salas, S., Salinas, R., Valenzuela, C... Reflexiones en torno al proyecto de ley (Boletín N° 9895-11) que Regula la Despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales. Santiago: *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2015. p. 201

¹⁹⁴ Defecto congénito del sistema nervioso central determinado por la ausencia de los huesos del cráneo y del tejido encefálico.

¹⁹⁵ Tipo más grave de holoprosencefalia, en la que el cerebro anterior primitivo no se divide del todo y hay otras anomalías serias. Se caracteriza por la unión de los dos hemisferios cerebrales (que normalmente se dividen en derecho e izquierdo) y por la ausencia de la línea que divide los hemisferios cerebrales llamada cisura inter-hemisférica.

¹⁹⁶ Se presenta cuando la orina no se puede drenar a través del tracto urinario.

¹⁹⁷ Bórquez Estefó, Gladys, Bernier Villarroel, Lionel, Besio Rollero, Mauricio, Montt Momberg, Julio, Novoa Sotta, Fernando, Salas Ibarra, Sofía, Salinas Ríos, Rodrigo, Valenzuela Yuraidini, Carlos, & Misseroni Raddatz,

Es importante señalar que para poder realizar este tipo de diagnósticos es necesario contar con “expertos especialistas en medicina materna fetal y con equipos ecográficos 3D de alta resolución, los que no están disponibles en todo el país”.¹⁹⁸ La falta de especialistas y la desigual distribución de equipos técnicos en la red hospitalaria nacional son unas de las principales problemáticas en la implementación de esta causal.

Luego de la ecografía, existen otros mecanismos para poder diagnosticar este tipo de patologías. Los médicos toman en cuenta el historial clínico familiar para ver si algún antepasado presentó algún problema en el desarrollo fetal, no obstante, en la mayoría de los casos, no se conocen precedentes.

La Norma Técnica establece que al realizarse una ecografía, si hay sospechas fundadas de genopatías, es necesario realizar un estudio genético de un cariograma¹⁹⁹. “El médico tratante deberá evaluar la necesidad de complementar el estudio con otros exámenes de mayor especificidad según sospecha diagnóstica”²⁰⁰.

Los exámenes genéticos más comunes son: un estudio de vellosidades coriales²⁰¹ en el que se utiliza una muestra de la placenta, una amniocentesis²⁰² que toma una muestra de líquido amniótico del saco gestacional y una cordocentesis que es definida por los especialistas como una “punción venosa del cordón umbilical desde las 20 semanas y presenta un riesgo aborto 3%”²⁰³.

Adelio. Reflexiones en torno al proyecto de ley (Boletín N° 9895-11) que Regula la Despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales. Santiago: *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2015. p. 201.

¹⁹⁸ *Ibíd*, p. 202.

¹⁹⁹ Examen que permite detectar anomalías cromosómicas a través de la sangre, líquido amniótico, vellosidades coriales, médula ósea, restos de abortos etc.

²⁰⁰ Minsal, 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. p. 66

²⁰¹ “Biopsia de vellosidades coriónicas: se realiza entre las 11+0 a-13+6 semanas, su riesgo de pérdida reproductiva es 1:500, y la latencia al resultado del cariograma es de 7 días hábiles (33, 34)”

²⁰² Procedimiento diagnóstico que consiste en la extracción de líquido del saco amniótico para obtener información sobre el estado de salud del feto. Se realiza después de las 16 semanas, su riesgo de pérdida reproductiva es 1:1.000 (33, 34); la latencia del resultado del cariograma es de 15 -20 días hábiles, del FISH 7 días hábiles

²⁰³ Bórquez, G., Bernier, L., Besio, M., Montt, J., Novoa, F., Salas, S., Salinas, R., Valenzuela, C... Reflexiones en torno al proyecto de ley (Boletín N° 9895-11) que Regula la Despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales. Santiago: *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2015. p. 202.

El médico Víctor Rubio explica en qué consiste cada una de estas técnicas. “Si es necesaria una confirmación se puede realizar un estudio de vellosidades coriales que requiere que sea una o dos semanas para estar listo. Tiene cierto riesgo, por tanto, no se usa masivamente. También puede ser una amniocentesis, que se puede utilizar a partir de la semana 14. Tienes que puncionar bajo visión ecográfica y aspirar líquido amniótico. Eso se manda a estudios genéticos y demora otro par de semanas”²⁰⁴.

Por otra parte tenemos el análisis de células de ADN fetal en sangre materna. Este tipo de tecnología es uno de los métodos más avanzados y no representa ningún tipo de riesgo abortivo. También tienen resultados listos en un período más corto que los exámenes. Sin embargo, su uso en Chile es reciente y su alto costo hace que esté reservado para el sector privado.

El médico de la Clínica Indisa recalca que este método es el menos invasivo y hace hincapié en otros beneficios de este tipo de examen, como por ejemplo que “tiene una alta sensibilidad, por lo que requiere poco material genético. Con esta muestra se puede obtener un cariograma de la guagua. Hay laboratorios que tienen convenios con Estados Unidos, se va y en 10 días tienes los resultados. También hay test rápido de uso acá en Chile”²⁰⁵.

Pero también advierte sobre su alto costo económico. “El precio es de al menos unos 400 mil pesos. Entonces la gente cuando está con la duda está dispuesta a hacerlo. Desde el punto de vista de un uso masivo frente a la realidad de los hospitales públicos está fuera de alcance”²⁰⁶.

Las barreras materiales para abortar.

En los niveles secundario y terciario de atención médica en nuestro sistema de salud, existen cuatro tipos de hospitales diferentes, esta clasificación responde a la complejidad y capacidad

²⁰⁴Entrevista a Víctor Rubio realizada por las autoras de esta memoria el 11 de junio de 2019.

²⁰⁵ *Ibid.*

²⁰⁶Entrevista a Víctor Rubio realizada por las autoras de esta memoria el 11 de junio de 2019.

resolutiva que tienen. El Minsal señala que la falta de médicos especialistas es uno de los grandes problemas de la salud pública.

Las cifras del año 2019 dan cuenta que existen 13 médicos por cada diez mil personas en Chile, mientras que la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) establece que el promedio debiese estar en 34 médicos por cada 10 mil habitantes²⁰⁷.

El portal *24 Horas* recabó información sobre este tema a través de la Ley de Acceso a la Información Pública y consignó que en el año 2017 había diez mil médicos especialistas contratados por el sector público, y el 42% de ellos se encuentra en la Región Metropolitana (RM). El informe da cuenta de la desigualdad entre las regiones del país, pues la R.M cuenta con 4.351 especialistas en 57 distintas áreas, mientras que en el extremo norte del país, Arica tiene 116 especialistas divididos en 36 áreas distintas, y en el sur la Región de Magallanes tiene 169 especialistas en 39 áreas diferentes²⁰⁸.

De acuerdo a Corporación Humanas, hay en Chile 66 establecimientos habilitados para realizar una interrupción del embarazo en tres causales. El uso de tecnología especializada hace que muchas mujeres de diferentes regiones del país tengan que ser derivadas a la Región Metropolitana²⁰⁹.

Una gran cantidad de ellas son atendidas por “el Centro de Referencia Perinatal Oriente (CERPO), que recibe a todas las embarazadas cuyos fetos presentan malformaciones congénitas, beneficiarias del Servicio Salud Metropolitano Oriente (SSMO) y las cardiopatías congénitas operables de la red GES MINSAL” Ellos atienden a mujeres provenientes desde 14 ciudades (Antofagasta, Santiago, Ñuble, Talcahuano, Concepción, Bio-Bio, Araucanía Norte, Araucanía Sur, Valdivia, Osorno, Aysén y Magallanes)²¹⁰.

El informe que realizó la Mesa de Acción por el Aborto también dio cuenta que las mujeres deben desplazarse a otras regiones para poder detectar patologías incompatibles con la

²⁰⁷ CNN Chile. 16 de junio de 2019. Existen 16 médicos por cada 10 mil habitantes beneficiarios de Fonasa en Chile

²⁰⁸ 24 Horas. 1 de agosto de 2017. Médicos Especialistas: Revisa cuántos profesionales contratados por el servicio público hay en tu región

²⁰⁹ Realidad del aborto en Chile: Revisión de información estadística, agosto de 2018, 2019

²¹⁰ Cerpo. S. F. Historia.

vida extrauterina. Ellas constataron mediante conversaciones con profesionales de salud en diversos territorios a lo largo del país, que estos recursos técnicos estaban concentrados en la región Metropolitana.

La Región Metropolitana cuenta con 329 médicos obstetras y ginecólogos y 13 expertos en medicina materno fetal. En Magallanes, la región más austral del país, hay 13 obstetras y ginecólogos y ningún especialista en medicina materno fetal. Y en el norte del país en la Región de Arica y Parinacota el panorama es bastante similar: hay 12 obstetras y ginecólogos y no hay especialistas en medicina materno fetal.

Un profesional de la zona norte le dijo a la Mesa de Acción por el Aborto: “La ley obliga a que la confirmación tiene que ser por dos especialistas en anatomía fetal certificados, ... hay que derivar a Santiago, acá no hay ningún médico especialista fetal”²¹¹.

Este fenómeno se radicaliza en el sur del país, ya que, además de la falta de especialistas, la geografía favorece el aislamiento territorial. La matrona de una ciudad del sur le señaló a la Mesa de Acción por el Aborto, que ningún hospital en aquella localidad puede poner en práctica la IVE y eso hace que las pacientes deban desplazarse hacia la capital.

La presidenta del Colegio de Matronas Anita Román hace fuertes críticas al aislamiento que sufren las mujeres en el sur de Chile. “Una que conoce la realidad territorial del país sabe que hay mujeres que tienen que tomar un bote para estar en cinco horas más en el centro médico, o andan a caballo por los cerros. Y esas mujeres tienen el mismo derecho que las que viven aquí en Santiago”²¹².

La profesional indica que las pacientes no quedan desprotegidas y que de inmediato se manda un correo para coordinar el traslado de la mujer a otro recinto asistencial. “Pero igual es un tema porque la paciente tiene que viajar y eso ya significa un costo, y también están los permisos de trabajo...”²¹³.

²¹¹Mesa de Acción por el Aborto. Informe de Monitoreo Social: Implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales, 2019, p.37.

²¹² Entrevista a Anita Román realizada por las autoras de esta memoria el 11 de enero de 2019.

²¹³Mesa de Acción por el Aborto. Informe de Monitoreo Social: Implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales, 2019, p.37.

Después del diagnóstico, los médicos le informan a la paciente sobre las distintas opciones para interrumpir el embarazo según el tipo de patología y lo avanzado que esté el embarazo. Se puede realizar un aborto, un parto prematuro o un parto de término.

El jefe de gestión en matronería de uno de los hospitales más importantes de la Región de Valparaíso dice que han podido realizar una óptima implementación de la ley gracias a que contaban con una vasta dotación de especialistas y la infraestructura adecuada.

“Siempre los hospitales más grandes de la red tienen mayor oportunidad desde el punto de vista de los recursos, del financiamiento. Por ejemplo, nosotros ya teníamos, desde hace muchos años, un comité de anatomía fetal, donde participaban además médicos de medicina materno- fetal, que son subespecialistas”²¹⁴.

Desde el ámbito de la Ginecología y Obstetricia, los hospitales de alta complejidad, sobre todo, aquellos que son la base de la red asistencial, son los que tienen mayor capacidad de respuesta para implementar la segunda causal, puesto que tenían experiencia en el diagnóstico de malformaciones congénitas.

Falta de especialistas

En el hospital del Carmen ubicado en la comuna de Maipú, la asistente social e integrante de la dupla psico-social, Carolina Bastías quien estudió trabajo social en la Universidad de Humanismo Cristiano señala en entrevista para esta Memoria, que en ese establecimiento el 80% de los casos se remite a la segunda causal.

La trabajadora social realiza un análisis crítico respecto a la falta de especialistas (en este caso en salud mental), y la poca cantidad de horas por las que son contratados los profesionales de salud que componen el equipo IVE; estos están entre los principales problemas para implementar la segunda causal.

²¹⁴ Entrevista al Jefe Matronería de un hospital de Valparaíso realizada por las autoras de esta memoria el 12 de mayo de 2019.

Carolina dice que no es posible aplicar rigurosamente la Norma Técnica debido a la escasez de recursos técnicos del establecimiento. “Yo creo que la Norma Técnica señala todo desde el ideal, y no se ajusta muchas cosas que suceden en la práctica”²¹⁵.

La integrante de la dupla psicosocial recalca que su análisis se refiere exclusivamente a su realidad y que no necesariamente todos los recintos hospitalarios del país presentan las mismas dificultades.

“Yo voy a hablar de este hospital, porque por ejemplo, la norma indica que la información sea entregada por un médico junto a un psicólogo para brindar la contención necesaria. Eso acá en la práctica no pasa. El médico atiende a su paciente solo, y si mediante una ecografía se da cuenta que el feto tiene una malformación genética, la información se la da ahí mismo en el momento”²¹⁶.

Carolina relata que uno de los principales problemas a los que se enfrentan como parte del equipo IVE es la escasez de personal. Hay insuficiencia de profesionales necesarios para la implementación de esta prestación de salud y los profesionales son contratados por pocas horas. “La ley señala que el ideal es contar con médicos psiquiatras dentro del programa. Pero acá el psiquiatra tiene que hacerse cargo del área de salud mental. No hay un psiquiatra exclusivo de la IVE, porque son pocas horas. La gran mayoría de los hospitales les pasa esto”²¹⁷.

La falta de especialistas a nivel general en la salud pública afecta directamente al programa de acompañamiento. A pesar de que este asegura que si la paciente tiene algún problema de salud mental, después de su paso por el programa de acompañamiento, debe ser derivada a un psicólogo en la atención primaria para continuar con su tratamiento.

La poca cantidad de psicólogos hace que sea muy difícil conseguir hora; Carolina indica que en estos casos ellas deben extender la cantidad de sesiones del programa para darles seguimiento a sus pacientes. “Esto tiene que ver con los recursos de otras instituciones. Hay un

²¹⁵ Entrevista a Claudia Batías realizada por las autoras de esta memoria el 10 de mayo de 2019.

²¹⁶ *Ibíd.*

²¹⁷ *Ibíd.*

consultorio de la comuna que todavía no tiene psicólogo. Además, hay que tener en cuenta este profesional ve dos sectores”²¹⁸.

Carolina señala que los miembros del comité IVE trabajan de manera parcial y que aquello merma la coordinación, la colaboración y la eficiencia del equipo. Por ejemplo, la ginecóloga sólo viene lunes, miércoles y viernes. Mientras que la psicóloga y la asistente social tienen contrato por media jornada durante cuatro días a la semana.

“El lunes veo a todas las mamás que estuvieron el fin de semana, entonces es mucha pega, porque hay que sumarle el trabajo que hacemos con otras instituciones y las labores administrativas. Y el viernes también es harta pega porque hay mamás que tuvieron alguna complicación, siempre hay abortos a última hora. Yo estoy en la tarde en otro programa, pero cuando tengo tiempo vengo igual”²¹⁹.

La dupla psicosocial

La ley señala que deberían ser 10 sesiones con psicóloga y 3 con trabajadora social dentro del proceso de post-interrupción. Sin embargo, en el hospital del Carmen han decidido trabajar con las pacientes desde el momento de la sospecha, es decir, desde de antes de que confirme la causal y durante todo el proceso diagnóstico.

“Cuando lo hemos conversado con otras instituciones todos ajustan la ley de manera diferente. Pero, por ejemplo, lo que hemos decidido con Margarita (la psicóloga que trabaja con ella) es hacer un acompañamiento continuo siempre en dupla. Esto hace que generemos un vínculo distinto con las mujeres”²²⁰.

La asistente social se encarga de vincular a las mujeres con otras instituciones, para ver qué tipo de beneficios sociales puede obtener. Como por ejemplo: el departamento de asistencia

²¹⁸ *Ibíd.*

²¹⁹ Entrevista a Francisca Crispi realizada por las autoras de esta memoria, 29 de octubre de 2019.

²²⁰ *Ibíd.*

social que les entrega cajas de mercadería. Carolina dice que “hay muy pocas mujeres inscritas en el registro social de hogares, entonces como no tienen esa evaluación inicial, no pueden optar a ningún beneficio municipal. Aquí en Maipú hay subsidio del agua, de la basura, etc”.

El informe de Monitoreo realizado por la Mesa de Acción por el Aborto da cuenta de que la precariedad en la suelen trabajar las duplas de acompañamiento. Ellas denuncian falta de recursos para poner en práctica este programa. La Norma Técnica señala explícitamente que es necesario contar con un espacio privado para brindar un ambiente que propicie la comodidad y la confidencialidad.

“Una dupla de una región de la zona sur señala que los primeros seis meses desde que se implementó la ley no contaban con un espacio propio por lo que tenían que pedir prestadas oficinas a las matronas e incluso atender en el oratorio”²²¹.

Esta también fue una de las quejas que realizó la asistente social del hospital del Carmen. “Esa es otra de las dificultades que hemos tenido, nos ha costado mucho tener un espacio disponible para atender a las pacientes”²²².

Esta situación también fue graficada por un reportaje titulado “Acompañamiento a las mujeres que abortan: un programa abandonado a su suerte” realizado por Ciper, que también recoge testimonios de diversas duplas sociales a nivel país que tampoco cuentan con espacios necesarios para atender a sus pacientes.

Las duplas IVE “deben conversar con ellas en pasillos o salas en las que también hay mujeres que esperan el parto o que amamantan a sus recién nacidos, lo que muchas veces resulta contraproducente y doloroso para aquellas que van a interrumpir la gestación. Incluso, las duplas se han visto obligadas a hacer el acompañamiento cuando las mujeres permanecen en incómodas camas ginecológicas”²²³.

²²¹ Mesa de Acción por el Aborto. Informe de Monitoreo Social: Implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales, 2019. p. 47

²²² Entrevista a Francisca Crispi realizada por las autoras de esta memoria el 29 de octubre de 2019.

²²³ Ciper Chile. 9 de octubre de 2019. Acompañamiento a las mujeres que abortan: un programa abandonado a su suerte

Carolina acusa que los médicos no resuelven dudas a las pacientes y no les entregan material por escrito. La trabajadora social señala que aquello les produce mucha ansiedad a las pacientes. Sobre todo porque cuando se les informa que el feto tiene una patología incompatible con la vida, las pacientes entran en un estado de shock y no procesan bien lo que se les comunica. Hay que considerar que los diagnósticos tienen nombres difíciles de pronunciar; sucede lo mismo con los exámenes.

Por otra parte, las citas con los médicos tienen una duración de 15 minutos, mientras que las sesiones con la dupla psicosocial pueden durar hasta una hora. Carolina indica que conversaban constantemente sobre esto en las reuniones del comité IVE. “Creemos que las pacientes se debieran llevar un documento explicando de qué se trata la enfermedad, pero esa pega la tiene que hacer un doctor”²²⁴.

Lo expuesto por Carolina tiene muchas similitudes con el diagnóstico realizado por la Mesa de Acción por el Aborto respecto a que las y los médicos les traspasan responsabilidades que no les corresponden a las duplas psicosociales. Ellas señalan que los médicos envían a las beneficiarias de la IVE al programa de acompañamiento sin información respecto a cosas tan básicas como: la fecha de su próxima ecografía y el lugar donde tiene que pedir la hora, y que por ende, son las psicólogas o las trabajadoras sociales las que deben gestionar este tipo de trámites.

Carolina añade que ellas han implementado procedimientos para mejorar el trato a las usuarias que no están incluidos en la Norma Técnica, como por ejemplo, cerrar las puertas de las pacientes IVE para marcar la diferencia, pues usualmente las puertas se mantienen abiertas. También dice que están barajando la posibilidad de crear un icono para indicar que se trata de una interrupción del embarazo en tres causales.

Estas iniciativas surgieron a raíz de la visita de un médico de turno a una paciente IVE, acompañado por sus cinco estudiantes becados. “Les estaba explicando los cuidados que había que tener y el tipo de medicamentos que había que administrarle. Fue cortito eso sí. Pero

²²⁴ Entrevista a Francisca Crispi realizada por las autoras de esta memoria el 29 de octubre de 2019.

nosotras hicimos ver esta situación en una reunión, entonces todos los médicos saben que eso no se puede hacer”²²⁵.

La experiencia de la trabajadora social del hospital del Carmen es reflejo de una realidad a nivel nacional, pues sus palabras se alinean con lo que denunciado por diversas Organizaciones feministas, quienes dan cuenta de los esfuerzos que realizan las duplas psicosociales para otorgar una buena atención a las pacientes IVE y de resguardar los derechos humanos de las mujeres a pesar de las condiciones adversas en las que trabajan. Podemos ver que muchas de sus mejoras nacen producto de la constante evaluación crítica que realizan y se fundan en la iniciativa propia.

Lo anterior exhibe una serie de áreas grises de las que la Norma Técnica no se hace cargo, como por ejemplo, lo que se sucedía en el Hospital del Carmen respecto a que los médicos de turno no tenían como identificar que se trataba de una beneficiaria de la IVE, en su etapa post- interrupción y habían cometido actos tan impertinentes, como venir acompañado de sus cinco becarios. Por otra parte, podemos observar que la ley y la Norma Técnica no pueden hacerse cargo de problemas que se relacionan con la falta de financiamiento.

¿Realmente son las mujeres quienes deciden?

La mayor dificultad que tienen las mujeres para acceder a la segunda causal tiene que ver con las discrepancias que se pueden generar al interior del comité IVE respecto a los diagnósticos. Puesto que existe un porcentaje que determina cuántas posibilidades tiene el feto de sobrevivir, este generalmente produce opiniones contrapuestas. Esto también puede ser conocido como el grado en que se constituye la causal.

Cuando una malformación genética es calificada como “posiblemente incompatible”, deben realizarse exámenes complementarios y debe ser analizada por el comité perinatal. Ellos son quienes determinan si se constituye la causal o no, y por ende, quienes dan luz verde a plantear la interrupción del embarazo a las mujeres como una opción.

²²⁵ *Ibíd*

La matrona y académica de la Universidad de Santiago, Ruth Flandes, señala: “A través de los relatos nos damos cuenta que poco importa la decisión de la mujer, sino que finalmente es una conversación entre profesionales”²²⁶.

La Norma Técnica entrega indicaciones claras en esta materia y dice: “La ley no exige que los médicos autoricen la causal, el equipo solo realiza el diagnóstico de una patología que la configure. Quien decide sobre el curso de su gestación es la mujer en dichas condiciones”²²⁷.

Sin embargo, el problema es que hay una serie de patologías que no son 100% concluyentes, por lo que existe una mínima posibilidad de que el feto sobreviva por un corto período de tiempo. Anita Román, presidenta del Colegio de Matronas subraya que la discusión valórica en su instancia legislativa hizo que el Ministerio de Salud hiciera un listado enorme de patologías incompatibles con la vida [...] que no son de muerte inmediata y esas quedaron afuera. Las que quedaron adentro, son las que va a nacer y se va a morir²²⁸.

Si bien hay negativas por parte de los médicos que se basan en argumentos técnicos, algunos de ellos convergen con aprensiones de carácter ético-moral. La Revista médica chilena de Obstetricia y ginecología establece que “para algunos médicos inducir un parto prematuro no hace más que adelantar una muerte embrionaria o fetal inevitable, y consideran inadecuado obligar a una madre con feto inviable a completar el embarazo para que el niño muera pocas horas después del parto. Otros médicos, en cambio, consideran que un aborto por esta causal pone fin anticipado a una vida humana.

Otro tipo de complicaciones tiene que ver con los plazos y los tiempos de espera, puesto que hay patologías que pueden ser detectadas en las primeras etapas del embarazo, mientras que en otras es necesario realizar varios exámenes diferentes y esperar los resultados, por lo que el diagnóstico puede verse retrasado y mientras más avanzado se encuentre el embarazo más rechazo puede provocar en la comunidad médica y más problemas de salud para la mujer.

²²⁶ Entrevista a Ruth Flandes realizada por las autoras de esta memoria el 5 de agosto de 2019.

²²⁷ Norma Técnica aprobada mediante Resolución Exenta N°129 del 2 de febrero de 2018, p.56.

²²⁸ Entrevista a Anita Román realizada por las autoras de esta memoria el 11 de enero de 2019.

La académica Ruth Flandes sostiene que una de las maneras para mejorar la atención que se les brinda a las pacientes IVE tiene que ver con “considerar el plazo de la edad gestacional porque es importante evitar que la mujer se mantenga en esta situación. Aquí empezamos a ver problemas de criterio y una espera innecesaria”²²⁹.

La letra chica de la IVE

Ni la opinión de uno de los médicos más prestigiosos de Rancagua, ni los diferentes exámenes a los sometieron a Claudia -nombre que utilizaremos para proteger su identidad- fueron suficientes para convencer al comité IVE del hospital de Rancagua. Quienes la forzaron a llevar a término un embarazo inviable. Finalmente, el feto murió en su interior a las 37 semanas.

Microcefalia²³⁰ y lisencefalia²³¹: ese fue el diagnóstico que recibió Claudia. Tras semanas de incertidumbre, sus temores habían sido confirmados por el subespecialista en diagnóstico prenatal, Edgardo Corrales, uno de los pioneros en implementar la cirugía de corrección de espina bífida intrauterina. Una patología en la que columna vertebral se separa en dos²³².

La evaluación del subespecialista fue concluyente: se trataba de una patología incompatible con la vida extrauterina. Edgardo Corrales le ofreció a su paciente interrumpir su embarazo. Claudia aceptó. Pero el comité IVE del hospital de Alta Complejidad de Rancagua se negó.

“Cuando estaba en la semana 28 me citaron para tener una reunión con el equipo médico, ahí me lo rechazaron. Me dijeron que no sabían bien qué expectativa de vida tenía el

²²⁹ Entrevista a Ruth Flandes realizada por las autoras de esta memoria el 5 de agosto de 2019.

²³⁰ Crecimiento anormal del perímetro cefálico, estando este por debajo de 3 desviación standard, para la media de edad, sexo y edad gestacional.

²³¹ La lisencefalia es una malformación del desarrollo cortical, caracterizada por una deficiencia en la forma cerebral, con aspecto macroscópico liso del cerebro. Es causada por una migración neuronal anormal entre las semanas 9 y 13 de la gestación.

²³² El Hospital Regional Libertador Bernardo O’Higgins de Rancagua y el Hospital Carlos Van Büren de Valparaíso son los únicos capacitados para realizar este procedimiento quirúrgico en el sistema de salud pública a nivel nacional.

*feto y por eso no podían hacer el aborto; porque tiene que tener una expectativa de vida muy baja”*²³³relata Claudia.

Cuando estaba en la semana 22, una ecografía de rutina reveló que el feto podría tener microcefalia. Fue derivada al hospital de esta misma localidad. Pero no logró conseguir hora. Motivada por la incertidumbre decidió agilizar el proceso y pedir una cita en la consulta privada del jefe de Ginecología del hospital Regional de Rancagua, Edgardo Corrales.

Claudia recuerda que: *“Me costó lograr una hora con él. El médico confirmó la microcefalia y además nos diagnosticó lisencefalia, que significa que el cerebro esta liso, esto quiere decir, que no tenía las rugosidades que tiene el cerebro normal de una persona”*²³⁴.

En aquella ocasión el médico expuso el caso ante el comité IVE que señaló que sus integrantes aún no tenían claro qué otras patologías podría tener el feto, y por lo tanto era necesario, realizar exámenes complementarios. Asimismo, el equipo de profesionales manifestó que no existía certeza en cuanto al porcentaje de esperanza de vida.

Claudia dice que tuvo hacerse un examen de amniocentesis²³⁵, además de las molestias y dolores que conlleva a nivel físico, este procedimiento posee varios riesgos, entre ellos: el derrame de líquido amniótico, una lesión al feto con la aguja que se realiza la extracción y un peligro de aborto espontáneo, entre el 0.1 % y el 0.3 %. Después de los resultados de estas pruebas, le solicitaron que se realizara una resonancia magnética.

Sin embargo, ninguna de estas evidencias fue suficiente, Claudia cuenta: *“El médico me decía que estaba de manos cruzadas, porque no podía tomar la decisión solo. Él incluso me mostró los correos en los que había pedido que me realizaran el aborto, porque sabía que el bebé no iba a llegar a término”*²³⁶.

El comité fue categórico. Claudia señala que las discrepancias de los médicos se produjeron porque *“no sabían cuánto iba a durar vivo, osea, es como tan estúpido, porque no*

²³³ Entrevista a Claudia realizada por las autoras de esta memoria el 10 de octubre de 2019.

²³⁴ *Ibíd.*

²³⁵ Procedimiento en el que se extrae líquido amniótico del útero para llevar a cabo análisis o tratamientos.

²³⁶ Entrevista a Claudia realizada por las autoras de esta memoria el 10 de octubre de 2019.

*sabían si iba a durar dos o tres semanas. Pero yo no entiendo realmente porque hacen que lleves a término un embarazo, para tener una guaguaita, que no te va a durar ni un mes*²³⁷

Después de esta negativa, le dijeron que debía continuar con sus controles de rutina, como si se tratara de cualquier otro embarazo. Cuando llegó a la semana 37 constataron que el feto estaba muerto. Por lo que los médicos tuvieron que inducir el parto lo más rápido posible. Es necesario agregar que la gran mayoría de los partos normalmente transcurren entre la semana 37 hasta la 40.

Claudia menciona que no experimentó ninguna complicación de salud en el plano físico, durante el parto, y que la inducción no fue tan difícil puesto que había tenido un hijo por parto normal antes. Pero dice haber sentido enojo y humillación. *“Me dio mucha rabia, porque la letra chica es tan horrible, tan poco clara. Al final aprueban el aborto en tres causales, pero con la letra chica, te lo niegan igual”*²³⁸.

*“Él me dijo después que el bebé ya no tenía latidos, que sabíamos que iba a pasar eso. Que hubiese sido mejor que el bebé hubiese nacido, para que yo pudiese haber experimentado apego hacia mi hijo. Después tuve otro control y me especificó todas las patologías que nosotros ya sabíamos que él tenía”*²³⁹, señala Claudia al ser consultada por lo que sucedió después el parto.

Estas fueron las únicas palabras de consuelo que recibió por parte de los profesionales de salud del establecimiento, porque la psicóloga a cargo del programa de acompañamiento del hospital le ofreció apoyo psicológico y ella aceptó. Pero nunca fue contactada por el hospital. Claudia recuerda con pesar que le dijeron que *la iban a llamar*, *“al final no pasó nada, y de esto ya han pasado cuatro meses y todavía no he recibido ninguna llamada”*.

Claudia puntualiza que le ofrecieron ayuda para el proceso fúnebre: *“La psicóloga y la asistente social aparecieron cuando yo estaba en reposo en el hospital, para ofrecerme el*

²³⁷ *Ibíd.*

²³⁸ *Ibíd.*

²³⁹ *Ibíd.*

funeral y todas esas cosas. Pero yo las rechacé porque mi familia tiene comprado un terreno en el cementerio”

El hospital no le dio ninguna respuesta a Claudia por todas las irregularidades que ella denuncia. Tampoco le entregaron información escrita acerca del motivo de rechazo del comité o del por qué no quisieron brindarle el programa de acompañamiento. Esto, a pesar de que entre los derechos de los pacientes se encuentra asegurado el derecho a la información e incluso la Norma Técnica señala expresamente que las beneficiarias de la IVE deben recibir información oral y escrita acerca de todos los pormenores del procedimiento.

Claudia dice que el proceso fue sumamente doloroso y que pensó que *“los médicos juegan con los sentimientos de una. No es tanto lo físico porque el cuerpo de una está preparado para llevar un embarazo, pero el tema del apego a una guaguüita que tu sabes que se va a morir es fuerte. Y que ni siquiera te den la opción de un aborto... Es terrible, porque habiendo exámenes, habiendo todo tipo de pruebas que decían que tenía una enfermedad.... Entonces, no entiendo para qué hacerte esperar tanto tiempo para esto”*²⁴⁰.

Claudia confiesa que accedió a conversar con nosotras para esta Memoria porque piensa que *“nadie merece vivir esto. Ojalá ninguna mujer más tuviera que vivir lo que yo viví”*, dice.²⁴¹ Su relato muestra una serie de irregularidades del aborto en tres causales. Actualmente no existe información respecto a cuántas mujeres les fue negado el acceso a la prestación porque su caso no habría “constituido” una causal, y por ende no figura en ninguna estadística.

La dimensión psicológica de la segunda causal

Culpa, rabia y frustración, son los sentimientos más frecuentes en las mujeres que están gestando un feto con una patología incompatible con la vida extrauterina. De acuerdo con las Orientaciones Técnicas del Minsal el duelo perinatal es experimentado tanto por las mujeres que optan por la interrupción, como por las que deciden llevar a término el embarazo.

²⁴⁰ Entrevista a Claudia realizada por las autoras de esta memoria el 10 de octubre de 2019.

²⁴¹ *Ibíd*

El documento señala: “La experiencia clínica demuestra que, tras la pérdida perinatal, la persona en duelo experimenta shock e insensibilidad, aturdimiento y dificultades para funcionar con normalidad. Siente añoranza y tiene conductas de búsqueda, con irritabilidad, labilidad, debilidad y sentimientos de culpa”.²⁴²

La psicóloga de la Universidad de Chile, especialista en derechos sexuales y reproductivos, quien ha decidido mantenerse en el anonimato, señala que los procesos psicológicos son demasiado complejos y no responden a una causa específica. Por esto el proceso de duelo puede ser agudizado por algunos factores, como por ejemplo, haber tenido algún problema de salud mental antes, carecer de una red de apoyo, no tener una buena situación económica y haber experimentado malos tratos por parte del personal de salud.

“Se podría decir que la sensación de vulneración se incrementa al pensar que: tuve que pasar por una experiencia muy dolorosa y aquellos que debían cuidarme, no lo hicieron, y más encima me maltrataron. Entonces se califica como una experiencia de dolor que no ha podido ser superada y eso sí puede incidir en un trastorno anímico”²⁴³.

En el caso que mencionamos anteriormente, Claudia, dice que el personal médico nunca la trato mal, sobre él todo su médico de cabecera a quien agradece. Ella asegura que: “*Yo no tengo ninguna queja contra él, en todo momento me atendió muy bien. Fue la burocracia del hospital la que no me dejó conforme*”²⁴⁴.

El hecho de que los médicos no hayan respetado la decisión de Claudia hace que la ley pierda sentido, pues esta se funda en un cambio de paradigma, donde las mujeres puedan decidir qué hacer con su cuerpo en al menos tres situaciones específicas. Esa es la principal diferencia entre esta ley y volver a instaurar el aborto terapéutico.

La activista de Corporación Miles, Ruth Flandes, es enfática en señalar que se está “sometiendo a una mujer a un parto innecesario, que conlleva varios riesgos biomédicos, como,

²⁴² Minsal, Orientaciones Técnicas | Acogida y acompañamiento psicosocial en el marco de la ley 21.030, que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. p. 15.

²⁴³ Entrevista a Psicóloga Feminista realizada por las autoras de esta memoria el 4 de junio de 2019.

²⁴⁴ Entrevista a Claudia realizada por las autoras de esta memoria el 10 de octubre de 2019.

por ejemplo: el aumento de trombosis o una hemorragia. Hay que ver si es que vale más la pena realizar el parto o es mejor que la mujer viva un duelo previo. El problema es que nuevamente no decide la mujer”²⁴⁵.

Al conversar con la asistente social del Hospital del Carmen, ella señala que cuando “las mujeres que están en un estado más avanzado del embarazo también notamos que tienen una fuerte ilusión de que sus hijos van a sobrevivir”²⁴⁶. Este desenlace hace que la esperanza inicial se transforme en culpa, rabia y frustración. Es por ello que no es recomendable esperar hasta las últimas etapas del embarazo.

A pesar de que la evidencia prueba lo contrario, hay médicos que creen que es mejor esperar a que el feto muera naturalmente, sobre todo, si es que tiene la posibilidad de vivir fuera del útero por algunos días. A esta idea se le llama duelo fisiológico, y se refiere a cuando las mujeres pueden estar por algunos momentos con el recién nacido -si es que nace vivo- antes de su muerte. El problema radica en que esta decisión no les compete a los médicos, sino a las mujeres.

La académica de la Universidad de Santiago subrayó que: “se produce una lucha entre los neonatólogos, los perinatólogos, el ginecologo obstetra y la mujer. Algunos profesionales de salud quieren que se mantenga lo más posible el feto para que las mujeres que hayan tenido una gestación planificada vivan un duelo fisiológico en lugar de la interrupción”²⁴⁷.

La IVE en la clandestinidad: el costo social de interrumpir el embarazo

“Muchas mujeres no quieren mencionar que son beneficiarias de la ley IVE porque les dicen que están matando a sus hijos, queda esa imagen de que ellas no les están dando la oportunidad de vivir. Cuesta poner en la palestra este tema y dar a conocer la ley a la sociedad, para que

²⁴⁵ Entrevista a Ruth Flandes realizada por las autoras de esta memoria el 5 de agosto de 2019.

²⁴⁶ Entrevista a Francisca Crispi realizada por las autoras de esta memoria el 29 de octubre de 2019.

²⁴⁷ Entrevista a Ruth Flandes realizada por las autoras de esta memoria el 5 de agosto de 2019.

realmente se entienda que los bebés con este tipo diagnósticos no van a vivir” señala apesadumbrada la asistente social del Hospital del Carmen²⁴⁸.

A pesar de que la ley se refiere sólo a tres causales muy específicas, incluso en estas situaciones el aborto sigue teniendo una carga social negativa. No es casual que todos los especialistas señalan a la culpa como uno de los sentimientos más frecuentes.

La especialista en psicología explica que las mujeres tienen que lidiar contra un constructo psicosocial de lo que se espera de las mujeres. “Son discursos muy instaurados en la sociedad y que relacionan al embarazo con la culpa. De ahí surgen esas frases super comunes, como por ejemplo: que un hijo siempre es un regalo”²⁴⁹.

El caso de Claudia es una muestra de cómo el Estado, quien debiera ser garante de los derechos humanos de las mujeres, no fue capaz de hacer cumplir el espíritu de la ley, no pudo asegurar que una mujer no fuese forzada a llevar a término un embarazo de un feto que va a morir. Claudia fue obligada por el equipo de salud del hospital de Rancagua a estar en un estado de incertidumbre y de duelo constante; pese a que la legislación se creó justamente para evitar esto.

El duelo y la sepultura

A las 37 semanas, el feto que estaba gestando Claudia, falleció. En ese instante la dupla psicosocial le ofreció darle sepultura a su hijo. Ella denegó esta ayuda social porque contaba con los recursos necesarios para realizar el entierro. Pero son varias las mujeres que no tienen el dinero suficiente para financiar los servicios funerarios.

“El problema es que cuando los bebés nacen muertos, si los padres no tienen dinero para retirarlo se convierten en desechos quirúrgicos. Se trata de un gasto importante, alrededor de un millón y medio de pesos, si es que lo creman y se lo llevan para la casa” señala la líder

²⁴⁸ Entrevista a Francisca Crispi realizada por las autoras de esta memoria el 29 de octubre de 2019.

²⁴⁹ Entrevista a Psicóloga Feminista realizada por las autoras de esta memoria el 4 de junio de 2019.

de la Fundación Amparar, Ana María Goic, organización que se dedica a ayudar a las mujeres en esta situación²⁵⁰.

Ellos trabajan con el hospital del Carmen, con el San José, con el San Juan de Dios, y con el Roberto del Río. También les brindan contención en el proceso de duelo mediante charlas y terapias grupales.

Ana María también da cuenta que una de las principales preocupaciones que tienen las mujeres durante el duelo es la culpa. “Nuestro desafío es que las mujeres sigan adelante con sus vidas, que retomen su rutina. Pero cuando llegan a la oficina, los compañeros de trabajo no saben qué decirles. Y ahí las mamás comienzan a sentir culpa, es una etapa del duelo. A mí siempre me dicen: ¿Qué habré hecho? ¿Por qué me pasó esto a mí? Y realmente ellas no tienen culpa de nada”²⁵¹.

Sumado a los problemas en plano psicológico, el duelo y la sepultura puede ser un proceso complicado desde el punto de vista legal, pues es necesario realizar varios trámites. Las familias cuentan con 72 horas para retirar a sus hijos de anatomía patológica, durante este período de tiempo, deben ir al registro civil, sacar un certificado de defunción y coordinar el funeral.

La asistente social del hospital del Carmen señala que es otra de los problemas que enfrentan las mujeres que se someten a una interrupción del embarazo por inviabilidad fetal. “Si es que su hijo nació vivo y falleció a las pocas horas, es más complicado porque en el hospital le entregan el certificado de nacimiento, pero después tienen que ir al registro civil, y luego volver al hospital para que le entreguen el certificado de defunción y nuevamente ir al registro civil”²⁵².

La trabajadora social también recalca que la gran mayoría de las veces son las parejas de las mujeres, quienes solicitan los certificados de defunción y que además de la tardanza, se generan varios contratiempos producto de los descuidos del personal médico. “Como son

²⁵⁰ Entrevista a Ana María Goic realizada por las autoras de esta memoria el 20 de mayo de 2019.

²⁵¹ *Ibíd.*

²⁵² Entrevista a Francisca Crispi realizada por las autoras de esta memoria el 29 de octubre de 2019.

muchos los médicos que rellenan este tipo de certificados, no siempre es el mismo doctor que le hizo la interrupción, y no le daban bien el papel. Entonces devolvieron al papá porque al papel le faltaba un cero. Así, cosas super chicas”²⁵³.

En este caso, aquellos problemas han sido resueltos gracias al continuo examen respecto al funcionamiento de la ley IVE, que realiza la dupla psicosocial. Carolina relata que estas fallas son discutidas habitualmente en reuniones periódicas con todo el equipo a cargo de esta prestación.

CAPÍTULO VIII:

TERCERA CAUSAL: VIOLACIÓN

El mensaje presidencial emitido el 31 de enero de 2015, que dio inicio al trámite legislativo de la despenalización del aborto, consideró como tercera causal aquella que comprende los embarazos originados por una violación, considerando esta como “un acto realizado contra o sin su voluntad mediante violencia o coerción”²⁵⁴.

De este modo, la tercera causal autoriza la interrupción del embarazo cuando éste sea resultado de una violación y no hayan transcurrido más de 12 semanas de gestación. Señala también que “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”²⁵⁵.

En la Norma de Acompañamiento Integral de la ley IVE se realizan consideraciones de especial importancia respecto a esta causal, por los efectos que adquiere este acompañamiento a nivel psicosocial en la interrupción por violación, donde “el daño es provocado también por

²⁵³ Entrevista a Francisca Crispi realizada por las autoras de esta memoria el 29 de octubre de 2019.

²⁵⁴ Informe de la Comisión de la Salud recaído en el proyecto que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Boletín N°9.895-11. p.10.

²⁵⁵ Minsal, Orientaciones Técnicas: Acogida y acompañamiento psicosocial en el marco de la ley 21.030, que despenaliza la Interrupción Voluntaria del Embarazo. p.70.

el entorno, por los determinantes sociales en que vive esa mujer -adolescente o adulta- en que la intervención biomédica es del todo insuficiente”²⁵⁶.

Plazos: una cuestión de criterio

Dentro de la Norma Técnica que entrega los lineamientos del proceder del equipo médico, se señala respecto a la fase de acogida de la paciente que “la calidad de este primer contacto será crucial para favorecer una adecuada vinculación con la red de salud”²⁵⁷, que permita posteriormente constituir la causal sobre la base del relato de la mujer respecto al abuso sexual y su concordancia con las semanas de embarazo reflejadas en una ecografía.

Si bien la Norma Técnica establece que la valoración de la edad gestacional se debe realizar a través de una ecografía obstétrica y que el plazo máximo para acceder a la interrupción del embarazo, varía entre 12 y 14 semanas según la edad de la paciente, en la práctica los días transcurridos que no alcanzan a llegar hasta una semana fuera del plazo, dejan a criterio de los especialistas la posibilidad de ejecutar el procedimiento.

Dafne Bordonos, matrona del Hospital Regional de Antofagasta, relató la situación que se generó en el recinto con una menor de 13 años, quien según la ecografía tenía 14 semanas más 5 días de gestación, y que por tanto, tuvo que ser resuelta por los funcionarios mediante asesoría legal: “...estaba la disyuntiva, entonces llamaron al abogado y él nos dijo "sabe qué esto es un vacío legal, ella tiene catorce, si más cinco, pero tiene catorce así que si se puede hacer el aborto”²⁵⁸.

Por otra parte, la profesional también da cuenta de la duda a la que se ven expuestas las mujeres que invocan la causal de violación al señalar: “...Llamaron a la dupla psicosocial, y esta dijo que de todas las violaciones que habían llegado, esta había sido la única que a ellas les daba la impresión que de verdad era así”²⁵⁹.

²⁵⁶Minsal, Norma Técnica Nacional de acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030. p.12.

²⁵⁷ Ibid. p.77.

²⁵⁸ Entrevista a Dafne Bordonos realizada por las autoras de esta memoria el 2 de mayo 2019.

²⁵⁹ Ibid.

Lo anterior no se condice con lo expresado por la abogada y Doctora en Derecho Universidad de Chile, Verónica Undurraga durante las capacitaciones a los funcionarios de la salud organizadas por el Colegio Médico de Chile, donde fue enfática en señalar que “No se puede partir de la duda de la mujer, la regla general es que las personas digamos la verdad, y que las mujeres no mientan en estas materias”²⁶⁰.

Undurraga sostuvo que se debe considerar que “...la mayoría de las mujeres que están en esa situación que las violan y que quedan embarazadas no quieren meterse en esto, y menos una mujer que ella no haya sido violada, pero en el evento de que ellas mientan no es responsabilidad de ustedes”²⁶¹, haciendo referencia a las posibles aprensiones de parte de los funcionarios a cargo del proceso.

En la Norma de Acompañamiento se explicita que en los casos de violación es relevante “dar a la mujer -adolescente o adulta- la acogida y certeza de la disponibilidad de equipos y redes de atención, articuladas y comprometidas con su protección y apoyo”²⁶².

Se agrega además que los equipos médicos deben considerar que el estigma asociado a una violación y el aborto, pueden provocar que la mujer “... no se atreva a plantear a otros su situación, o a solicitar interrumpir su embarazo, por vergüenza, aislamiento, coerción, miedo a solicitar ayuda a la familia y a los servicios de salud”²⁶³.

En cuanto a la recepción del caso, se establece también que en la instancia no presencial de los servicios de salud responde, los profesionales “...están capacitados para entregar de información acerca de la Ley, brindar soporte en caso de crisis, transmitir confianza junto con la orientación para el acceso a atención de salud especializada a la mujer -adolescente o adulta- que consulte”²⁶⁴.

²⁶⁰Colmed Chile, Curso de capacitación: “Objeción de Conciencia en el contexto de la Ley 21.030”, 27 de septiembre 2019.

²⁶¹ Ibíd.

²⁶² Minsal, Norma Técnica Nacional de acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030. p.75.

²⁶³ Ibíd.

²⁶⁴ Minsal, Norma Técnica Nacional de acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030, p.77.

Las Orientaciones Técnicas que provee el Minsal, sostienen que el relato de abuso sexual entregado en el recinto hospitalario tendrá que ser registrado por escrito y posteriormente firmado por víctima de la violación y que el documento tendrá un carácter confidencial como un archivo anexo a la ficha clínica, de responsabilidad del director de cada establecimiento.

Además, se señala que la concurrencia de la tercera causal será evaluada por los equipos de salud en base a la plausibilidad del relato, concordancia entre la fecha del abuso descrito con la edad gestacional de la paciente y con que ésta cumpla con los plazos establecidos para efectuar el procedimiento que varía entre las 12 semanas desde los 14 años de edad y 14 semanas en el caso de las menores de 14 años.

El equipo tiene un plazo de 24 horas para informar por escrito a la paciente si en su caso se configura o no la causal de violación y se establece que en los casos en que la mujer pueda acceder a la interrupción del embarazo, se podrá dar continuidad al programa de acompañamiento según los requerimientos y voluntad de la paciente

Respecto al procedimiento médico empleado para llevar a cabo la interrupción del embarazo, se suele emplear el uso de medicamentos, un procedimiento que logra el vaciamiento uterino si las condiciones clínicas del caso lo permiten, evitando así el uso de los procedimientos quirúrgicos tales como la aspiración endouterina, empleada en el primer aborto bajo la ley de despenalización en tres causales.

Primer Caso IVE: ¿Quiénes son los provida?

El 5 de octubre de 2017 mientras se constituía el primer caso de la ley de despenalización del aborto en tres causales, el ginecólogo del Hospital San José, Gonzalo Rubio, decidió emplear el método aspiración manual endouterina (AMEU) en un caso que involucró a una menor de edad y la más controvertida de las causales: violación.

Pese a que actualmente las orientaciones generales del Ministerio de Salud señalan el uso de medicamentos como la mejor opción para realizar la interrupción del embarazo, el médico sostuvo que en los casos en los que se invoca la tercera causal, la AMEU y su eficacia permiten no revictimizar a las mujeres y niñas, puesto que se realiza con anestesia y disminuye los tiempos del proceso de aborto de dos días a hasta 4 horas.

Lo anterior se condice con lo señalado por la psicóloga de la Universidad de Chile que ha decidido mantener su nombre bajo reserva, quién señala respecto al procedimiento : “... he podido notar que se puede generar una experiencia traumática, esto quiere decir, que aunque haya pasado mucho tiempo desde la interrupción, la mujer aún siga llorando y guardando mucho dolor, rabia y culpa a raíz de esto”²⁶⁵.

El gineco-obstetra impulsó, en 2016, el uso de la aspiración en casos abortos espontáneos a través de la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital San José en conjunto con el Hospital Clínico Universidad de Chile, Hospital San Borja y La Florida, y posteriormente participó en la creación de la Norma Técnica Nacional del Minsal en 2018.

El también académico de la Universidad de Santiago, señaló que la falta de normativa en 2017 se planteó como una dificultad en el caso proveniente de Chiloé, en el que una niña de 12 años, con 12 semanas de gestación, tuvo que trasladarse hasta Santiago para poder acceder a la prestación del servicio.

Por otra parte, respecto a las críticas que en ese momento recibió por parte de los grupos pro-vida al transformarse en el primer profesional en interrumpir un embarazo en el marco de la ley IVE y en su causal más controvertida, Gonzalo Rubio, sostuvo que los verdaderos pro-vida, son quienes se preocupan por la salud de las mujeres.

²⁶⁵ Entrevista a Psicóloga Feminista realizada por las autoras de esta memoria el 4 de junio de 2019.

Aborto por violación: un caso normado por la negligencia y la apatía

“No todas las violaciones son violentas”²⁶⁶ sostuvo el 15 de septiembre de 2015 la entonces diputada UDI Marisol Turres ante la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, para manifestar así su oposición al proyecto de despenalización de aborto en la causal de violación, cuya votación concluyó con 8 votos a favor y 5 en contra.

En el siguiente caso de aborto por la tercera causal, una paciente de la región del Bío-Bío, a quién llamaremos Catalina para resguardar su identidad, nos relata una situación en la que convergieron negligencias, malos tratos y cuestionamientos.

*“Me costó mucho decidirme, es muy traumático lo que una pasa. No creo que una se levante un día en la mañana y diga: ¡Uy hoy día voy a ir a abortar, qué rico! Yo creo que todas las mujeres que lo hemos hecho sentimos tristeza, presión y culpa. Un montón de sentimientos, que son terribles”*²⁶⁷ comenzó diciendo Catalina al referirse a esta experiencia que manifestó aún no superar del todo.

Luego de haber asistido a una clínica privada, de la que decidió retirarse por miedo le negaran la prestación del servicio médico a través de la invocación de la objeción de conciencia, la paciente describe su ingreso a un hospital público de la provincia de Concepción diciendo *“...tienes que ir a la ventanilla en Urgencias, tal cual como cuando vas por un resfriado. Te atiende una persona de ahí. Yo le expliqué a la chica en grandes rasgos a lo que iba. Pero ella me insistía en que le dijera exactamente lo que quería. Y, al final, bueno me hicieron el ingreso y me pasaron a una salita de maternidad”*²⁶⁸.

Al inicio del que sería un extenso proceso de ingreso, Catalina quién es madre de un niño de 10 años, dijo no haberse cuestionado a sí misma producto de la presión social asociada a la maternidad y sostuvo: *“Yo estaba muy mal, lloraba. Tenía muchos sentimientos de culpa.*

²⁶⁶ M. Turres, Comisión de Salud Cámara de Diputados, 15 de septiembre de 2015.

²⁶⁷ Entrevista a Catalina realizada por las autoras de esta memoria el 2 de mayo 2019.

²⁶⁸ *Ibíd.*

A una la condicionan desde chica, que tiene que ser mamá. Si tú quedas embarazada es una obligación tener la guagua. Pero yo en ese momento iba muy decidida a lo que quería hacer”²⁶⁹.

Manifestó además no tener mayores reparos respecto al tratamiento inicial del caso, pero dió cuenta de la gran cantidad de actores que se sumaron durante el proceso de constatación de la causal: *“En primer lugar se lo conté a una matrona, después tuve que hablarlo con un doctor que la matrona había ido a buscar, luego a una asistente social y a una psicóloga. Al final hay un equipo médico que te recepciona. Yo no tengo nada que decir de ellos porque me atendieron muy bien. A pesar de que tuve que relatar el tema todas las veces que iba llegando un personaje nuevo y eso para mí era super incómodo. Pero ellos me acogieron muy bien”²⁷⁰.*

El verdadero costo de la hospitalización

Fue con su ingreso a sala que Catalina comenzó a experimentar situaciones que escapan del ideal expresado en la normativa de acompañamiento y que la expusieron durante la prestación del servicio médico, relató: *“una escucha todo el monitoreo de las guaguas y sus llantos en el ambiente. Son mujeres que van a tener una guaguüita, no a lo que va una. Entonces todo el rato con los corazoncitos de las guaguas. Yo pensé que me iba a volver loca en esa habitación, estaba sola en esa pieza fría, que no tenía nada. Era como inhóspita, no sé, fea”²⁷¹.*

“Me administraron el medicamento a las 23:30 hrs, yo había ingresado a eso de las ocho de la tarde. Me dieron mifepristona, pero no me hizo absolutamente nada. Se supone que con eso hay mujeres que abortan al tiro. No tuve sangrado, nada. Lo único es que me dio un poco de náuseas, dolor de guata”²⁷² Dice Catalina, mientras se refiere al proceso de aborto vía farmacológica al que fue sometida y que corresponde al referido en la ley al interior de los establecimientos públicos, en el que la administración de Misotrol es precedida por una dosis de Mifepristona.

²⁶⁹ *Ibíd.*

²⁷⁰ *Ibíd.*

²⁷¹ *Ibíd.*

²⁷² *Ibíd.*

En la normativa de acompañamiento se establece que el equipo de salud durante la etapa de acogida y tratamiento a la paciente, debe contemplar sus necesidades y requerimientos, además de transmitir consideración y respeto, por medio de lenguaje verbal y no verbal. Pese a lo anterior, Catalina deja de manifiesto falta de apoyo y orientación durante el proceso y señala: *“Al otro día, bueno, yo estaba muy mal anímicamente, y pedí hablar con el doctor que me había atendido desde un principio. En ese momento no hay apoyo psicológico, no hay nadie conteniéndote. Yo empecé a dudar de lo que estaba haciendo porque como no me había hecho efecto el medicamento. Me quería ir.*

Finalmente hablé con el doctor, él me explicó que no todas las mujeres responden de la misma manera a este fármaco. Que habían algunas que tenemos el útero muy duro y no se nos caen los fetos al tiro. Y que yo decidiera al final lo que iba a hacer. Me dieron la opción de hacerme una ecografía, ver como estaba y que me fuera²⁷³”

La paciente ingresada por la tercera causal, fue crítica respecto a la progresión de la atención médica y a la falta de apoyo emocional por parte del personal en esta etapa, pese a que la normativa señala expresamente que *“...ante situaciones de desborde emocional, el equipo psicosocial podrá realizar intervención en crisis²⁷⁴, para propiciar la tranquilidad de la paciente. Catalina expresó que en su caso no se tomaron estas medidas.*

¿Y qué esperas? si te estas haciendo un aborto

En su opinión existieron vacíos en la interrupción del embarazo en el que es ella misma quien tuvo que monitorear el proceso, pues *“Debiese haber apoyo psicológico durante el proceso porque comienzas a dudar. Al final decidí que me iba a tomar el segundo medicamento, que es el misotrol. Me dieron cuatro pastillas sino me equivoco. Y eso me hizo efecto al tiro. Yo a los diez minutos estaba en proceso y pedí que me trasladarán a ginecología porque me empece a sentir muy mal. Pensé que ahí iba a estar mejor sin los llantos de las guaguas que me tenían la cabeza mal²⁷⁵.*

²⁷³ *Ibíd.*

²⁷⁴ Minsal, Norma Técnica Nacional de acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030, p.78.

²⁷⁵ Entrevista a Catalina realizada por las autoras de esta memoria el 2 de mayo 2019.

Además del abandono al que se sintió expuesta anteriormente durante el procedimiento, Catalina relata: *“La matrona que estaba turno en ginecología no estaba muy de acuerdo con lo que yo estaba haciendo y me dejó sola. No me atendió en ningún momento. Yo la llamé muchas veces con el timbre. Me sentía muy mal porque estaba teniendo contracciones y un sangrado muy abundante, parecía que me estaba haciendo pipí.*

De repente apareció la matrona de turno y me queda mirando, yo estaba llorando, muy mal, muy mareada. Tenía un sangrado muy fuerte. Y le pregunto ¿esto es normal? Y me mira y me responde: ¿Y qué esperas? si te estas haciendo un aborto. Yo le dije si me podía dar un ibuprofeno y me contestó que el Doctor no me había dejado nada indicado. Cuando el médico a mi me había dicho que cualquier cosa pidiera un analgésico. Pero no me lo quisieron administrar. Ahí la tipa se fue y nunca más volvió”²⁷⁶.

Lo antes señalado por Catalina, además de contravenir los derechos del paciente, incumple el deber del equipo médico que implica la manifestación explícita de respeto ante la decisión de la mujer y la total ausencia de juicio respecto de su decisión de abortar, para así evitar conflictos en su entorno.

La muestra

Dado que la violación es un delito que relacionado con esta causal de interrupción del embarazo, se hace necesaria y obligatoria la toma de muestra de restos fetales que permitan cotejar el ADN del agresor sexual de cara a las acciones legales futuras según el artículo 198 del Código de Procesal Penal.

Fue durante este procedimiento que es informado a la mujer, pero no requiere de su autorización que Catalina relata: *“El doctor me había comentado antes que tenían que llevar una chata para poder sacar muestras cuando el aborto ya estuviera terminado. Pero no me quisieron poner la chata. La TENS hizo que me parara y me dijo: ¡Mira como dejaste, ya*

²⁷⁶ *Ibíd.*

párate, al baño a lavarse! Pero es que el doctor me explicó que... No, no, no, tengo que cambiarte las sábanas, así que párate.

Fui al baño que estaba como a un metro de la habitación, así como en el pasillo y ahí termine de abortar, sola. De repente aparece la TENS, y me pregunta si ya estaba lista. Yo le dije: sabes que bote todo acá en la taza del baño. El doctor me había dicho que me trajeras una chata para esto. Bueno, yo veré cómo lo hago, haber ya, lávese. Tuve que asearme ahí mismo donde había botado los restos. Después ella sacó la muestra, seguramente usó unos guantes”²⁷⁷.

De este modo y luego de un cúmulo de irregularidades Catalina finalizó el proceso de aborto, que fue sucedido por una ecografía que descartó la presencia de restos fetales y no hizo necesaria la utilización de legrado para finalizar el procedimiento. Finalmente tras haber ingresado un viernes al hospital de la provincia de Concepción, le otorgaron el alta el domingo de ese mismo fin de semana.

¿Qué sigue después del aborto?

La Norma de Acompañamiento es clara en determinar la necesidad de proveer a los hospitales de un equipo de acompañamiento que preste apoyo psicosocial a las pacientes una vez finalizado el procedimiento clínico.

Pese a que documento señala que a razón del vínculo establecido por la paciente y el equipo de acompañamiento “se deberán estructurar instancias de seguimiento, que se traduzcan en conversaciones, llamadas telefónicas o visitas domiciliarias, [...] para potenciar la vivencia de contar con vínculos significativos”²⁷⁸, Catalina sostiene que luego de haber ingresado un reclamo por el deficiente servicio de salud prestado por el hospital, su relación con la dupla psicosocial, que la apoyó luego de esta mala experiencia, se vió truncada y señala “...Al final las despidieron a ambas, fue como un acto de matonismo”²⁷⁹.

²⁷⁷ *Ibíd.*

²⁷⁸ Minsal, Norma Técnica Nacional de acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030, p.87.

²⁷⁹ Entrevista a Catalina realizada por las autoras de esta memoria el 2 de mayo 2019.

Respecto al reclamo -que a su juicio motivó el despido de la psicóloga y la asistente social que seguían su caso-señala: *“me respondieron por medio de una carta, que estaba totalmente equivocada y que el personal del hospital siempre atendía a los pacientes como correspondía. Yo creo que la directora solo pone la firma, me tinca que ni si quiero la leyó”*²⁸⁰.

La policía a la puerta

Al enterarse que la Policía de Investigaciones estaba en la puerta de su casa, Catalina manifiesta haber sentido el peso de su decisión y señala: *“vinieron a mi casa. Yo no había contado nada. Menos mal que fue mi hermana a abrir la puerta y no mi mi hijo que andaba conmigo en el Valle del Elqui”*²⁸¹.

Lo anterior, porque el hospital en el que se había practicado el aborto, había enviado el reporte a la Brigada de Delitos Sexuales, lo que propició su revictimización respecto a la violación, el procedimiento y a los términos en los que éste fue entregado: *“Yo llegué de mis vacaciones y lo primero que tuve que hacer fue ir a la PDI y volver a contar todo de nuevo, ahora con otros personajes. Yo ya pensaba que estaba terminado ese proceso. Pero tuve que repetir todo de nuevo, de hecho me hizo super mal. Volví a caer y sentía mucha pena, mucha culpa”*²⁸².

Aspectos legales relacionados con la tercera causal.

En el mensaje presidencial que acompañó a la ley IVE en su ingreso a la Cámara de Diputados, se establece que “en el caso de la violación, consideramos que no se puede imponer a la mujer someterse a un proceso penal, como condición para interrumpir su embarazo. Cuando una mujer ha sido víctima de violencia sexual, debe primar su protección y bienestar, sin que se

²⁸⁰ *Ibíd.*

²⁸¹ *Ibíd.*

²⁸² *Ibíd.*

perda de vista que la prestación médica no puede depender de los resultados de un proceso penal”²⁸³

Es el escenario antes señalado uno de los puntos que han generado problemas respecto al procedimiento para el equipo médico como se señaló anteriormente, pues según declaró una matrona del sector norte del país en el Monitoreo Social elaborado por la Mesa de Acción por el Aborto “...en el momento de la tercera causal es una confusión, sobre todo para el tema de que lo denunciemos o no denunciemos para poder hacer la interrupción del embarazo tiene que estar denunciado, no tiene que estar denunciado”²⁸⁴

Además de dar cuenta de la falta de claridad respecto a la Norma Técnica, la profesional señaló que en esta causal, también adquiere un rol importante los plazos para la ejecución del procedimiento de interrupción del embarazo porque las mujeres suelen constatar su embarazo luego de un mes y este posee plazos fijos para ejecutarse.

Es por ello, que en la interrupción del embarazo tanto en las 12 como en las 14 semanas autorizadas en menores de 14 años, la oportuna atención y respuesta del equipo de salud ante las particularidades de cada caso son determinantes en la viabilidad del procedimiento acorde a los períodos definidos.

Lo anterior, porque según la informante del monitoreo efectuado por la Mesa de Acción por el Aborto, las complicaciones que presenta la IVE en el caso de violación exceden los procedimientos netamente de salud, puesto que considera que “la tercera causal es la complicada, pero más que nada por los temas legales más que los aspectos médicos”²⁸⁵

Por otra parte, el jefe de matronería de uno de los hospitales de alta complejidad de la región de Valparaíso, manifestó tener absoluta claridad respecto al proceso, argumentando: “...está establecido en la ley y reforzado en la norma técnica. La mujer para solicitar una tercera

²⁸³ Mensaje N° 1230-362. 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. p.23.

²⁸⁴ Mesa de Acción por el Aborto, Informe de Monitoreo Social: Implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales, p.39.

²⁸⁵ *Ibid*, p.40.

causal no tiene la obligación legal de denunciar. A nosotros nos tiene que bastar su relato y su testimonio de haber sido víctima de una violación para que nosotros le demos validez”²⁸⁶.

El profesional, deja de manifiesto además que en el recinto de la Región de Valparaíso también tienen claro cómo proceder cuando la interrupción por esta causal involucra a menores de 14 años y sostiene que en ese caso “...la ley nos mandata que nosotros tenemos que hacer la denuncia como establecimiento, de hecho nombra el director del hospital a establecer la denuncia al Ministerio Público. Si es mayor de 18 años, igual tenemos una obligación, pero es de comunicación, es como un aviso. Es como ojo realizamos una IVE en tercera causal”²⁸⁷.

Sobre los eventuales riesgos que podría representar la la ejecución de la tercera causal para los funcionarios médicos la abogada y Doctora en Derecho, Verónica Undurraga señaló que existe una preocupación injustificada por parte del personal, pues sostiene que “Si se cumplen los términos de la ley, normas técnicas, protocolos. No debiera haber ningún problema de responsabilidad penal ni civil etc”²⁸⁸.

Respecto al ingreso posterior a una denuncia, los órganos estatales como Fiscalía, Tribunales de Justicia y Servicio Médico Legal podrán derivar a las mujeres directamente al nivel de servicios de atención de especialidad de cada territorio, “... de manera de permitir el acceso oportuno a las prestaciones de salud correspondiente”²⁸⁹, por lo que es necesaria una coordinación con los directores/as de los establecimientos de salud.

Por lo anterior, en dicha causal se establece la confidencialidad del caso, para así evitar la revictimización y estigmatización de la mujer, pero se estipula que en el caso de tratarse de una mujer adulta que ha denunciado el delito de violación, “el equipo de salud puede, con consentimiento previo de la mujer, incorporar la declaración que esta haya dado en el contexto de la denuncia, para evitar que deba repetir el mismo relato”²⁹⁰.

²⁸⁶ Entrevista al Jefe Matronería de un hospital de Valparaíso realizada por las autoras de esta memoria el 12 de mayo de 2019.

²⁸⁷ *Ibid*

²⁸⁸ ColmedChile, Curso de capacitación: “Objeción de Conciencia en el contexto de la Ley 21.030”, 27 de septiembre 2019.

²⁸⁹ Minsal, Norma Técnica Nacional de acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030, p.77.

²⁹⁰ *Ibid*, p.80.

En relación a una eventual denuncia del delito, Verónica Undurraga sostuvo que la dupla de acompañamiento, “tiene que ayudar a la mujer, darle información para que pueda presentar una denuncia, ella no está obligada a presentarla, la ley no la obliga, este es un caso de acción pública pero previa instancia particular que significa que solo se puede iniciar el proceso por violación si es que ella presenta la denuncia”²⁹¹.

Lo anterior, no contraviene la obligación de los funcionarios de informar al ministerio público que hay una solicitud de interrupción del embarazo por esta causal. En el caso de las menores, los jefes de establecimiento si deben hacer la denuncia y notificar al Servicio Nacional de Menores (SENAME) para que entregue protección a la niña.

CAPÍTULO IX:

DEL PAPEL A LA PRÁCTICA:

“NOSOTROS GANAMOS Y ESTO VA A SER LEY MUERTA”

La ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) ha enfrentado diversos obstáculos en su implementación tales como cambios en el Protocolo de Objeción de Conciencia, gran cantidad de objetores y por consiguiente una cobertura parcial de la prestación que ha sido retratada en algunos medios de comunicación como negligencias y hechos prácticamente aislados, pero que responden a problemas estructurales como lo son la baja tasa de capacitación de profesionales de salud, la falta de información y la nula fiscalización de su funcionamiento.

Las deficiencias experimentadas por esta política pública que respondió a más de 30 años de proscripción respecto a la idea de legislar en materia de aborto, es visto por la ex asesora

²⁹¹ Colmed Chile, Curso de capacitación: “Objeción de Conciencia en el contexto de la Ley 21.030”, 27 de septiembre 2019.

del Ministerio de Salud y participe de la redacción de la ley, Paz Robledo, como un acto intencional, pues señala que “cuando son varios los flancos que se abren, uno dice esto no es casualidad. Eso está concertado en una decisión política, que además nos lo habían dicho desde antes”²⁹².

Robledo hace referencia a los dichos de una asesora del bloque de oposición durante el gobierno de Michelle Bachelet, quién luego de que se aprobara la ley IVE en el Congreso le dijo: "no te preocupes, nosotros ganamos y esto va a ser ley muerta"²⁹³, algo que según la coordinadora de la implementación de la ley IVE en el gobierno de Michelle Bachelet, tiene concordancia con que hoy exista “una responsabilidad política del actual equipo ejecutivo por tratar de boicotear la implementación de esta ley que es un derecho de la mujer”²⁹⁴.

Déficit de insumos comunicaciones destinados a la ciudadanía

La falta de insumos informativos respecto a la ley IVE, ha sido otra de las problemáticas a la hora de poner en práctica esta política pública. Y es que a dos desde su entrada en vigencia, el Minsal aún no realizado campañas de bien público para informarle a las mujeres y a las personas gestantes cuáles son los nuevos derechos a los que pueden acceder mediante esta ley. Tampoco se han distribuido afiches informativos en toda la red de consultorios y hospitales en Chile.

Tanto los profesionales de salud, como las organizaciones feministas que han monitoreado de cerca la implementación de esta prestación de salud han denunciado que el Minsal no ha provisto del material de difusión necesario para entregarles a las pacientes.

La coordinadora de la Mesa Acción por el Aborto, Gloria Mayra, manifestó que “en términos generales hay problemas de información, no le explican a la ciudadanía ni a las mujeres cómo acceder a esta prestación de salud”²⁹⁵.

²⁹² Entrevista a Paz Robledo realizada por las autoras de esta memoria el 6 de noviembre de 2019.

²⁹³ Palabras escuchadas y reproducidas por Paz Robledo el 6 de noviembre 2019.

²⁹⁴ Entrevista a Paz Robledo realizada por las autoras de esta memori el 6 de noviembre de 2019.

²⁹⁵ Entrevista a Gloria Maira realizada por las autoras de esta memoria el 30 de octubre de 2019.

A pesar de que es habitual que en cada consultorio haya diarios murales y mesas en las que se pueden encontrar diversos trípticos para informar a la comunidad acerca de los nuevos programas de gobierno, en la atención primaria no cuentan con ninguno de estos materiales sobre la ley IVE. La misma situación se repite en la atención secundaria.

La integrante de la Comisión de Salud encargada de la redacción de la Norma Técnica y coordinadora de las capacitaciones durante la administración de la ex-ministra de Salud Carmen Castillo, Paz Robledo, sostiene que se había contemplado la difusión de la ley en la atención primaria, en el marco del proceso de implementación de la IVE, pero que finalmente el gobierno actual no habría gestionado aquella medida.

“Eso no ha salido porque está escondido, porque los dueños de los medios de comunicación de este país son los mismos de siempre y eso todos lo sabemos. Entonces eso tiene que ver con la información. Todo lo que se mandó a imprimir para difundir para que llegara a los consultorios, a la atención primaria, no llegó”²⁹⁶.

Mientras que en los Centros ARO, donde se realiza este procedimiento, han optado por utilizar afiches distribuidos por una de las organizaciones certificadas para realizar el programa de acompañamiento: Miles. Otros profesionales de salud han optado por elaborar ellos mismos afiches con información general sobre la interrupción del embarazo en tres causales.

La socióloga e integrante de la Comisión del Minsal, que desarrolló e implementó la ley durante el gobierno de Michelle Bachelet, Teresa Valdés, señala en entrevista para este reportaje, que durante la administración actual han tenido una actitud pasiva frente a la promoción de los derechos de las mujeres y además recalca que “para que una política pública se implemente toman años y lo más importante es la difusión. Y se consiguió pero gran esfuerzo, que sacarán desde el Minsal, un afiche pequeño y ridículo para poner en los centros de salud. No te podría decir ni cuántos sacaron ni donde los difundieron”²⁹⁷.

²⁹⁶Entrevista a Paz Robledo realizada por las autoras de esta memoria el 6 de noviembre de 2019.

²⁹⁷ Entrevista a Teresa Valdés realizada por las autoras de esta memoria el 13 de noviembre de 2019.

Y es que si bien durante el gobierno de Michelle Bachelet se realizaron tres vídeos diferentes en los que se explicaban cada una de las causales-los que aún están disponibles en el sitio web del Minsal- en conjunto con otro tipo de información para la ciudadanía, no se han realizado campañas de bien público, en diferentes medios de comunicación (televisión, radio, prensa escrita y redes sociales) ni se ha trabajado en un instructivo que explique cómo acceder a esta prestación. Algo que es bastante habitual con otras políticas de salud, como por ejemplo, la campaña de vacunación durante el invierno.

La falta de insumos informativos es transversal, y no sólo no afecta a la ciudadanía a modo general, es decir a las mujeres que podrían acceder a esta prestación de salud, sino que tampoco hay información destinada específicamente a las que ya son beneficiarias de la IVE. En la atención primaria no poseen trípticos para informar a las usuarias acerca del proceso de derivación a las Unidades de Alto Riesgo Obstétrico (ARO).

Mientras que en la atención terciaria no se les entrega ninguna información por escrito respecto al proceso que deben seguir, ni las dudas y consultas más frecuentes en cada causal, tampoco acerca de cuáles son los derechos asegurados por ley que tiene las pacientes IVE, ni donde pueden denunciar si es que son víctimas de malos tratos o si es que se les niega esta atención.

La académica de Facultad de Obstetricia de la Universidad de Santiago, Ruth Flandes subraya que es responsabilidad del Ministerio entregarle información a la comunidad “las capacitaciones del Minsal no deberían ser sólo al profesional, o sea al equipo de salud, también a la comunidad... porque la comunidad tampoco está informada de cómo acceder. Porque eso finalmente el Minsal se lo dejó, o no se hizo cargo, porque las ONG's las agrupaciones lo estaban haciendo”²⁹⁸.

La abogada de Corporación Miles, Javiera Canales, indica que desde esta organización han determinado que “los profesionales biomédicos simpatizantes que no conocen tan bien la ley han tenido que capacitarse de forma autodidacta y buscar espacios donde le puedan nutrir

²⁹⁸ Entrevista a Ruth Flandes realizada por las autoras de esta memoria el 5 de agosto de 2019.

esa información” y que en esa perspectiva “la información que recibe la mujer es mucho mas hueca”²⁹⁹.

Además, agrega que gracias a su trabajo en la organización ha podido observar cómo “las mujeres que llaman acá no saben qué alcance tiene la ley. No hay ninguna forma de difusión de esta política pública que diga: esta es la interpretación [...] esto es lo que conlleva”³⁰⁰.

En el diseño propuesto por Paz Robledo se contemplaron cápsulas informativas acerca de la ley IVE, que finalmente no se realizaron en el gobierno de Sebastián Piñera. A pesar que Anita Román relata que habían llegado a un acuerdo con el ex-ministro de Salud, Emilio Santelices, de llevar a cabo aquellos vídeos.

Respecto al material audiovisual existente, sobre la ley IVE, la abogada de Miles, Javiera Canales, denuncia que en las capacitaciones “ocupan nuestros vídeos para explicar, en definitiva, la ley de interrupción voluntaria del embarazo. Porque no tienen más allá de la plataforma que tú te puedes meter a la página y puedes descargar, pero las personas no hacen eso generalmente, y menos las personas que van a atenderse a los servicios de atención primaria de la salud y menos las personas que van a sistemas de salud rurales”³⁰¹.

El rol de la información en la implementación de la IVE

Parece simple pero para que la ciudadanía exija sus derechos, primero debe conocerlos, es por ello, que la educación resulta clave para una buena implementación de una política pública, sobre todo, si tomamos en consideración la penalización social del aborto y la negativa de las instituciones gubernamentales de legislar en esta materia.

²⁹⁹Entrevista a Javiera Canales realizada por las autoras de esta memoria el 15 de agosto de 2019.

³⁰⁰ *Ibíd.*

³⁰¹ *Ibíd.*

El académico y experto en políticas públicas de salud, Tito Pizarro, señala en entrevista para memoria, que es vital que existan diversos canales y formas de comunicar que existe una nueva prestación de salud, pues debe esta insertarse en la cultura del país. “Esa es información que le dice a las mujeres en Chile, que si por distintas razones están dentro de una de las causales, tienen el derecho a decidir, pero para que puedan decidir, antes tiene que saber que existe esta ley”³⁰².

El ex-miembro de la División de Políticas Públicas (DIPOL) es enfático en señalar que es necesario trabajar con la comunidad desde los mismos territorios aprovechando las distintas instancias de reunión. “Tiene que haber una cultura popular que sabe que y avala a aquella mujer que quiere pedir apoyo y quiere interrumpir su embarazo, esa información que no es una campaña pro-aborto, no existe. Esa información se puede ofrecer oficialmente a través de campañas, pero también a través del empoderamiento ciudadano en sus territorios”³⁰³.

No se puede promover el aborto: otra dificultad en el plano de la información

Tito Pizarro clarifica que es necesario que se hagan campañas comunicacionales para empoderar a la ciudadanía, sin embargo, dice que aquello no se trataría de una promoción del aborto. El profesional con más de 25 años de experiencia en el sector público de salud, realiza esta salvedad ya que en la ley se señala:

“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 4o del título II de la ley N°20.584.”³⁰⁴

³⁰²Entrevista a Tito Pizarro realizada por las autoras de esta memoria el 25 de noviembre de 2019.

³⁰³ Ibíd.

³⁰⁴ Ministerio de salud. Regula la despenalización de la interrupción voluntaria. Ley 21.030. Valparaíso. 2017. p.4

Este fue uno de los puntos que generó más controversia durante su paso por el Congreso. Este tipo de indicaciones se basa en una recomendación internacional que establece que no es apropiado ofertar un servicio de interrupción del embarazo. Cabe destacar que esta medida promovida por OMS está destinada a aquellos países que cuentan con una ley de aborto libre.

En el contexto chileno esta cláusula guarda relación con especificar que en un centro de salud se publicite que ahí se pone en práctica la ley IVE. El listado de los hospitales que cuentan con centros de Alto Riesgo Obstétrico están publicados en la página del Minsal.

Consultada acerca de la legalidad de entregar insumos a las beneficiarias de la IVE, la activista Ruth Flandes sostuvo “claro, si viene una usuaria y hace una consulta tu le puedes entregar información, lo que no puedes hacer es poner una propaganda, afuera una oferta”³⁰⁵.

Y agregó que la prohibición apunta a que “no se puede poner dentro de las descripción de las actividades que hace un hospital, que diga: interrupción legal del embarazo, porque eso sería como ofertar”³⁰⁶.

Pero si una persona llega a ese centro y solicita, si le tengo que entregar toda la información y por escrito también”³⁰⁷. Esto quiere decir que está permitido entregar información por escrito en las consultas, como por ejemplo, trípticos. También es necesario derivar a la paciente al centro ARO más cercano. Sin embargo, lo no es legal es poner afiches en diarios murales que publiciten donde se hacen abortos en tres causales.

Falta de actualización de cifras sobre el aborto en tres causales y la plataforma REM

En junio de 2019, el medio digital independiente Interferencia realizó un reportaje en el que denunciaba que desde diciembre de 2018 hasta junio de este año, el Minsal había dejado de publicar el reporte trimestral en el que daba cuenta sobre el número de casos de abortos en tres

³⁰⁵ Entrevista a Ruth Flandes realizada por las autoras de esta memoria el 5 de agosto de 2019.

³⁰⁶ *Ibíd.*

³⁰⁷ *Ibíd.*

causales, el informe también entregaba detalles acerca del porcentaje de mujeres que se han sometido a la interrupción en cada causal³⁰⁸.

Hasta ese entonces, estos informes se habían publicado de forma periódica en el sitio web del Ministerio de Salud. En el reportaje se mencionaba que Corporación Miles había interpuesto dos recursos al Consejo para la Transparencia, para que el Minsal continuara publicando aquellos reportes, sin embargo, ambas peticiones fueron denegadas por dicho organismo.

Para aquel reportaje Interferencia contacto al Minsal y la respuesta de la institución fue la siguiente: “si bien el informe no se ha ido publicando este año, se publicará dentro de este mes y se informarán las cifras de manera trimestral. Consultados sobre la razón de esta demora, adujeron que se trata de un cambio en el sistema para recabar los datos, que ahora se haría de manera digital”³⁰⁹.

A un mes de la publicación el Minsal agregó un nuevo informe sobre el número de casos entre el 1 de enero y 31 de marzo de 2019. Cabe destacar que en este reporte aún faltaban datos respecto a tres meses del primer semestre de 2019. Toda esta información está sistematizada en la sección “Todo sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales”³¹⁰ donde se condensa la mayor cantidad de material acerca de esta prestación de salud.

Aquí es posible encontrar las siguientes secciones: Información para la ciudadanía, prestadores de salud, ONG, Lista de objetores de conciencia institucionales, Reporte Trimestral IVE, Funcionarios Objetores por Servicio de Salud, Información sobre grupo de trabajo implementación IVE y la Lista de ONG de acompañamiento. En aquella sección aún es posible encontrar todos los reportes anteriores.

Sin embargo, en agosto de 2019, el Minsal dio a conocer nuevas cifras acerca de la cantidad de abortos en tres causales en una noticia titulada: Ley N°21.030 a 2 años de su entrada

³⁰⁸ Interferencia. 13 de junio de 2019. “Minsal deja de publicar cifras sobre aborto en tres causales”

³⁰⁹ Interferencia. 13 de junio de 2019. “Minsal deja de publicar cifras sobre aborto en tres causales”

³¹⁰ Minsal. 3 de enero de 2018. “Todo sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales”

en vigencia³¹¹. En ella hay datos estadísticos actualizados hasta el 30 de junio de 2019. Además de que el acceso a esta nueva información se dificulta al no estar sistematizada ni rotulada. Esta situación se agrava cuando el Minsal informa acerca de nueva plataforma que tiene por objetivo mejorar la eficiencia de la recolección y visualización de datos.

En la noticia se indica que “a partir del 1 de enero de 2019, se cuenta con un sistema de reporte de los casos a través de una Plataforma web especialmente diseñada, facilitando la accesibilidad y extracción de los datos”³¹² El problema radica en el texto no se nombra la nueva plataforma.

El único lugar donde aparece es justo debajo de un gráfico, en el dice que el origen de aquellos datos es la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS). Cabe destacar que la palabra DEIS está escrito en un tamaño más pequeño que el resto del texto y que incluso el color de la tipografía es diferente, siendo el color el gris, mucho más difícil de identificar.

Dentro del sitio web del DEIS está la nueva plataforma REM donde se están publicando las cifras sobre la interrupción del embarazo en tres causales. Es necesario mencionar que no hay ningún acceso directo desde la página del Minsal hasta REM. Además de lo poco amigable en términos de la experiencia que ofrece al usuario, puesto que el sitio consta de planillas en excel, y por si fuera poco, la información que ofrece tampoco está actualizada.

Falta de continuidad gubernamental

La insuficiente implementación de la ley IVE mirada desde el descuido y no como consecuencia de irregularidades sistemáticas que emanan de las máximas autoridades a cargo, pasa por alto el sin fin de acciones que impiden que la ley opere adecuadamente y que se inician en las resistencias ante una ley, que hoy se encuentra a cargo de quienes la rechazaban.

³¹¹ Minsal. 20 de agosto de 2019. “Ley N°21.030 a 2 años de su entrada en vigencia”

³¹² *Ibíd*

El vicedecano de la Facultad de Ciencias Médicas (FACIMED) de la Universidad de Santiago, Tito Pizarro, cuestionó la gestión de Sebastián Piñera y señala que debe existir un compromiso del gobierno con el Estado, puesto que cuando existen acuerdos de ley y medidas de largo plazo “Lo que uno tiene que hacer es tomarlas y mejorarlas. Mejorar su implementación, buscar nuevos enfoques, etc. Pero nunca esconderlas bajo la alfombra, que es lo que se hizo en esta política pública”³¹³.

Respecto a la implementación de la ley IVE, el ex funcionario de la División de Políticas Públicas y Promoción (DIPOL) del Minsal, señaló que se requiere tiempos y procesos que permitan el desarrollo de la política y que por tanto, se espera que pese a un cambio de mando “las leyes continúen y se expresen nítidamente”³¹⁴ y sostiene que en este caso: “...han habido retrocesos, ha habido dificultad en su implementación, ha habido cambios de encargados”³¹⁵, lo que entorpece su óptimo funcionamiento.

Uno de los procesos a los que se refiere Pizarro es la capacitación, calificada por diversos profesionales y organizaciones de la salud como insuficientes durante este gobierno y que se refleja en la falta de preparación en los distintos niveles de salud y que repercute en el servicio entregado a las mujeres en términos de información, tiempos de espera e incluso un trato inadecuado.

La ex asesora ministerial Paz Robledo, afirma que durante el actual gobierno “..no se ha hecho capacitación, no se ha difundido como se tiene que difundir y no se ha fiscalizado como se tiene que fiscalizar, elementos todos, que están contemplados en todo el proceder organizativo de esta ley” y que por tanto esta obstaculización debería constituir “una demanda contra las actuales autoridades por falta de responsabilidad de la implementación como corresponde”³¹⁶.

La presidenta del Departamento Salud y Género del Colegio Médico, Francisca Crispi, afirmó que las capacitaciones han sido deficientes, porque ellas solo tuvieron un carácter inicial y no se mantuvieron en el tiempo y recalcó que “la atención primaria ha sido la gran no

³¹³ Entrevista a Tito Pizarro realizada por las autoras de esta memoria el 25 de noviembre de 2019.

³¹⁴ *Ibíd.*

³¹⁵ *Ibíd.*

³¹⁶ Entrevista a Paz Robledo realizada por las autoras de esta memoria el 6 de noviembre de 2019.

capacitada por parte del ministerio y eso creemos que es un error”³¹⁷, puesto que según Crispi la poca preparación del nivel primario podría explicar los bajos números respecto a la causal de violación, porque no se estaría entregando la información necesaria a las pacientes.

Objeción de conciencia mal entendida

Paz Robledo, quién participó en la elaboración del primer protocolo de objeción de conciencia desde el Minsal, crítico la rápida modificación que se hizo en esta materia desde el ministro entrante, puesto que en sus palabras Santelices “llegó y a los 12 días cuando ni siquiera tenían el diagnóstico de lo que sucedía en tu cartera sacó el reglamento que ya se había hecho y que estaba empezando a funcionar”³¹⁸ y asegura que en su lugar, se redactó un documento que disminuyó demasiado “las barreras para que un objetor no tuviera que hacer nada”³¹⁹.

Lo anterior, se relaciona con el ambiente de confusión que acompañó a la ley IVE en materia de objeción producto de las modificaciones a las que se sometió el documento, siendo su segunda versión la más controvertida, por las atribuciones que entregó a las instituciones y que posteriormente debió modificar a pedido de la Contraloría General de la República.

El académico de la FACIMED, Tito Pizarro sostuvo que la objeción de conciencia es aceptable “...sólo a título personal, pero no hacer de eso un espacio institucional, donde el dueño de una clínica, el dueño del sector, pudiese objetar”³²⁰ y manifiesta que pese a las modificaciones del reglamento “esa área quedó tan débil desde el punto de su implementación que ha generado los mayores conflictos y problemas”³²¹.

Sin embargo, la objeción de conciencia institucional no ha sido el único problema en esta materia, pues la académica de la Escuela de Salud Pública, Francisca Crispi, expuso que según resultados preliminares del estudio realizado por la institución respecto a la implementación de la ley IVE: “La objeción de conciencia se ha constituido como una

³¹⁷ Entrevista a Francisca Crispi realizada por las autoras de esta memoria el 29 de octubre de 2019.

³¹⁸ Entrevista a Paz Robledo realizada por las autoras de esta memoria el 6 de noviembre de 2019.

³¹⁹ *Ibíd.*

³²⁰ Entrevista a Tito Pizarro realizada por las autoras de esta memoria el 25 de noviembre de 2019.

³²¹ *Ibíd.*

problemática” por la ausencia de una “capacitación suficiente a los profesionales de la salud para que se entienda realmente qué es la objeción de conciencia”³²².

En la misma línea, la abogada de Corporación Miles, Javiera Canales, manifestó que una de las grandes barreras de la ley es la falta de capacitaciones y que ello desemboca un aumento en la objeción de conciencia y en “una interpretación conflictiva de las causales”³²³, lo que a su juicio obedece a “la falta de seriedad con la que el ministerio considera políticas públicas”³²⁴ y limita el acceso a la prestación para las mujeres.

Por otra parte, Crispi sostiene que uno de los principales problemas en relación a la objeción de conciencia es que no existe una comprensión de los deberes de los objetores, pues tal y como lo manifestó el investigador del Centro de Capacitación e Investigaciones Clínicas, Guillermo Galán: “...una objeción de conciencia bien entendida dice “no estoy de acuerdo con hacerlo” y eso está bien, uno tiene que aceptarlo. Pero la segunda parte es obligatoria, yo tengo que derivar oportunamente a quien mejor lo pueda hacer”³²⁵.

Lo mismo sostuvo la coordinadora de la implementación de la IVE durante la gestión anterior, Paz Robledo, quién afirma que “...un buen objetor es aquel que se preocupa de que la persona tenga acceso a las prestaciones que tiene derecho y que efectivamente le genera conflicto a su moral y a su individualidad, pero que sabe que su individualidad no se la tiene que imponer a un otro”³²⁶.

Respecto a la preparación de los equipos médicos, Robledo relató que respecto a la objeción de conciencia “...había mucho desconocimiento y mucho susto. Era esto del “no yo no puedo participar, pero tú le decías no vas a participar, ella va a decidir””³²⁷ y señala que fue con esta lógica que se bajaron las resistencias, pero añade que luego “llegó esta otra gestión y le aumentó las barreras nuevamente”³²⁸.

³²² Entrevista a Francisca Crispi realizada por las autoras de esta memoria el 29 de octubre de 2019.

³²³ Entrevista a Javiera Canales realizada por las autoras de esta memoria el 15 de agosto de 2019.

³²⁴ *Ibíd.*

³²⁵ Entrevista a Guillermo Galán realizada por las autoras de esta memoria el 1 de noviembre de 2019.

³²⁶ Entrevista a Paz Robledo realizada por las autoras de esta memoria el 6 de noviembre de 2019.

³²⁷ *Ibíd.*

³²⁸ *Ibíd.*

Además de ello, quién lideró la puesta en marcha de la IVE, sostuvo que las deficiencias por parte del gobierno “es parte de la acción activa por parte de ellos de no implementar la ley, o sea es evidente que para ellos esto es una piedra en el zapato, que les quedó de la gestión Bachelet” y sostiene y que “lo tienen que hacer porque sino la cosa se incendia más, pero por ello no lo harían y las mujeres tenemos que tenerlo claro”³²⁹

CAPÍTULO X:

NUEVA CONSTITUCIÓN: POSIBILIDADES DEL ABORTO LIBRE

El estallido social del 18 de octubre de 2019 marcó un hito en la crisis de representatividad política en Chile y en el cuestionamiento de deberes y derechos de una ciudadanía cansada del paternalismo y los abusos de las instituciones privadas y públicas.

La salud a cargo del Estado, ha sido foco de críticas por parte de manifestantes que exigen dignidad y calidad de atención, puesto que si bien las prestaciones se deben ampliar en materia de cobertura, también es necesario que se vele por la salud de la ciudadanía desde una perspectiva integral y con enfoque de derechos.

Es por ello que en los nuevos términos en que las y los ciudadanos entienden y exigen sus derechos y la discusión sobre una nueva constitución, visibilizó las demandas en materia de derechos sexuales y reproductivos que desde hace años son expresadas por agrupaciones feministas tales como la Mesa Acción por el Aborto, Corporación Miles, Humanas, entre otras.

Lorena Fries, presidenta de Corporación Humanas, sostuvo que instancias como la cabilda organizada el 16 de noviembre en el Parque San Borja y que congregó a más de 300 mujeres, dieron inicio a una organización para elevar la voz en conjunto respecto a un proceso constituyente que “...no está garantizado que podamos hacerlo, ni que vayamos a participar,

³²⁹ *Ibíd.*

pero es evidente que si no participamos hay muchas cosas que no se van a incluir en la Constitución”³³⁰.

¿Estamos cerca del aborto libre?

Fries afirma que la posible consagración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y el paso al aborto libre en una nueva constitución “...va depender de cuánta fuerza y cuanto feminismo haya participando para que así sea. Sino lo que vamos a tener es el derecho a la vida”³³¹.

La integrante del grupo redactor de la ley IVE, Paz Robledo, manifestó que el tránsito a un aborto libre es un proceso de transformación cultural que involucra “el modelo de establecer las relaciones entre hombres y mujeres, porque claramente la atención biomédica es tremendamente patriarcal, estructurado, muy autoritario, muy vertical”³³² y aseguró además, que la concepción de salud aún se limita solo a lo biomédico.

En esa línea, el primer ginecobstetra en realizar una Interrupción Voluntaria del Embarazo, Gonzalo Rubio, sostuvo que “si avanzamos hacia el reconocimiento de la salud como un derecho constitucional y en el entendido que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino que el bienestar físico, psíquico y social”³³³ podrían existir avances en relación a un aborto menos restrictivo, pero afirma que no ve cercana la posibilidad de aborto libre.

Lo anterior, porque según Rubio y en base su experiencia en la tres causales, el sistema público no está preparado para responder al aborto libre y agregó: “...no creo que la nueva Constitución, pueda permitir eso en particular. Creo que es un problema super aconstitucional, no sé si goza de la simpatía de la mayoría de la población”³³⁴.

³³⁰ Entrevista a Lorena Fries realizada por las autoras de esta memoria el 16 de noviembre de 2019.

³³¹ *Ibíd.*

³³² Entrevista a Paz Robledo realizada por las autoras de esta memoria el 6 de noviembre de 2019.

³³³ Entrevista a Gonzalo Rubio realizada por las autoras de esta memoria el 19 de noviembre de 2019.

³³⁴ *Ibíd.*

Por otra parte, Robledo manifestó que la IVE marcó un precedente respecto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y señaló que “cuando se instale el aborto libre en nuestro país -que creo que todavía faltan algunos años- espero que la implementación sea distinta, no como esta”³³⁵, pues expresó que las tres causales son la bandera de lucha que tuvo que enfrentar la primera etapa de resistencias.

La ex asesora del Minsal, sostuvo que las tres causales han contribuido a la despenalización social del aborto y a comprender que las prestaciones de salud deben tener lugar desde un enfoque de derechos, que no sólo se manifieste en una ley de derechos y deberes, y añade: “...por eso creo que esta ley (IVE) es tan importante para la transformación en las formas de pensamiento de la población, yo siento que ayudó a despertar Chile”³³⁶.

Lo anterior, porque según Paz Robledo, cuándo se inició la discusión sobre el aborto “se empezaron a hablar de otros temas y entonces empezó a crecer el empoderamiento de decir, entonces ¿por qué no puedo decidir yo?, ¿por qué me están pasando máquina?”³³⁷ y finalmente las personas alzaron la voz ante el incumplimiento y falta de derechos.

Aborto en el sistema primario

La burocratización de la IVE ha sido uno de los puntos en lo que es posible reparar de cara a un aborto libre, puesto que como se ha señalado previamente, esta configura una obstaculización del acceso a la interrupción del embarazo, principalmente por la secundarización y terciarización de la prestación, incluso cuando esta es medicamentosa.

El matrn de la región de la Araucanía, Eduardo Soto, es uno de los profesionales que criticó la terciarización del aborto con medicamentos y alude a la falta de facultades de la atención primaria en el proceso, pues señala que “en otros países los medicamentos se dan para la casa, en cambio acá se necesita la hospitalización de la mujer y solo los puede dar un médico especialista, como un ginecólogo”³³⁸.

³³⁵ Entrevista a Paz Robledo realizada por las autoras de esta memoria el 6 de noviembre de 2019.

³³⁶ *Ibíd.*

³³⁷ *Ibíd.*

³³⁸ Entrevista a Eduardo Soto, realizada por las autoras de esta memoria el 9 de septiembre de 2019.

Respecto a lo anterior, el académico y colaborador en el desarrollo de políticas públicas en Salud, Tito Pizarro, concuerda con Soto al afirmar: "...finalmente que el aborto lo tenga que hacer un especialista o incluso un super especialista en este tema, es un error cuando es un procedimiento, que desde el punto de vista de la disciplina debería ser un médico general, bien adiestrado por su puesto, en base a protocolos"³³⁹.

Pizarro también manifestó que es necesaria una discusión profunda desde el punto de vista del sistema de salud pública "sobre qué resuelve la atención primaria, la atención secundaria... y tendemos a que todos los problemas son derivados a un super-especialista"³⁴⁰ y agregó que sería posible hablar de un sistema primario de carácter resolutivo a partir de la redefinición de labores de cada nivel.

La coordinadora de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, respondió ante este cuestionamiento y dijo que no era posible que la interrupción con medicamentos tuviera lugar directamente en el sistema primario en la IVE, porque el número de casos estimados eran menos de 2.500 casos eventuales y que por ello sería inviable, puesto que "habría que distribuir 1,5 pastillas por centro"³⁴¹.

Pese a lo anterior, Paz Robledo sostuvo que en el marco de un aborto libre "habría menos resistencia en la atención primaria que en nivel de especialidad donde están los ginecobstetra, porque en el gremio médico específicamente obstétrico, hay mucha misoginia"³⁴² y agregó que a cargo de la matronería existiría mucha menos objeción de conciencia en la prestación.

De este modo, aunque es esperable que en el sistema primario se generen nuevas resistencias y obstaculizaciones respecto al aborto, es posible estimar que estas dificultades se verían disminuidas, principalmente porque se acerca territorialmente la atención a las personas, se modifica la burocratización del proceso y permite que en los casos que no existan complicaciones se realice de manera ambulatoria

³³⁹ Entrevista a Tito Pizarro realizada por las autoras de esta memoria el 25 de noviembre de 2019.

³⁴⁰ *Ibíd.*

³⁴¹ Entrevista a Paz Robledo realizada por las autoras de esta memoria el 6 de noviembre de 2019.

³⁴² *Ibíd.*

BIBLIOGRAFÍA

Informes, estudios, documentos, artículos, leyes, decretos

- Actas oficiales de la Comisión Constituyente. Sesión 87. 1974.
- Boletín N° 9895-11, Comisión Permanente de Salud de la Cámara de Diputados. (2015). *Aborto en Chile. Evolución histórica del marco normativo..* Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional. 2015.
- Bórquez, G., Bernier, L., Besio, M., Montt, J., Novoa, F., Salas, S., Salinas, R., Valenzuela, C...*Reflexiones en torno al proyecto de ley (Boletín N° 9895-11) que Regula la Despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales.* Revista chilena de obstetricia y ginecología, 80(3), 199-207. 2015.
- Cáceres, Candelaria. *Objeción de conciencia en el aborto no punible. Análisis de la regulación establecida en el proyecto de ley 9598-11.* Santiago: Universidad de Chile. Facultad de Derecho. Departamento de Derecho Penal. 2017.
- Cámara de Diputados. *Legislatura 364a.* Valparaíso. 2016
- Casas, Lidia; Dides, Claudia. *Objeción de conciencia y salud reproductiva en Chile: dos casos paradigmáticos.* Acta bioethica, 13(2), 199-206. Santiago. 2007.
- Comisión de Salud de la cámara de Diputados. *Informe de la Comisión de Salud recaído en el proyecto que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales.* Santiago. 2015.
- Contraloría. *Salud, aborto en tres causales, objeción de conciencia, protocolo.* Santiago. 2018.

- Contraloría.cl. Dictámen N°011781N18. *Aborto en tres causales, objeción de conciencia, protocolo*. Santiago. 2018.
- Corporación Humanas. *Realidad del aborto en Chile: Revisión de información estadística, agosto de 2018*. Santiago. 2018
- Craven, Jordi . *Consideraciones sobre la objeción de conciencia*. Bioética y Debate, (66). Barcelona: Universidad Ramon Llull. 2012.
- Gobierno de Chile. *Mensaje presidencial 21 de mayo de 2014*. Valparaíso. 2014
- Herrera, Carolina; Ruiz, Daniela. *El Aborto Terapéutico en Chile. Estado Actual de la Discusión*. Santiago: Universidad de Chile. Facultad de Derecho. Departamento de Derecho Penal.
- Ibarra, Francisca. *Derecho y religión*. Universidad Católica. Santiago. 2017
- Lamas, Marta. *Feminismo y movimientos populares de mujeres en América Latina*. 1992.
- Lamper, María. Aborto en Chile. Evolución histórica del marco normativo. In *Aborto en Chile. Evolución histórica del marco normativo*. Santiago. 2015.
- Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional. *Ley-21030, 27 de septiembre de 2017*. Minsal- *Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional*. (2017).
- Ley N° 18.826. Biblioteca del Congreso Nacional, Santiago, Chile, 15 de septiembre de 1989.
- Mesa Acción por el Aborto en Chile. (2019).[Ebook]. Santiago.Disponible en: <https://accionaborto.cl>. Consultado el 7 de agosto de 2019.
- Ministerio de Salud. (2018). *Protocolo para la manifestación objeción de conciencia personal y para la objeción de conciencia invocada por instituciones en el marco de lo dispuesto en el artículo 119 ter del Código Sanitario*. Santiago.

- Ministerio de Salud. (2019). *Guía para la Codificación de Diagnósticos, haciendo uso de la CIE 10, en el Marco de la Ley N°21.030 de Interrupción Voluntaria del Embarazo*. Santiago.
- Ministerio de Salud. (2019). *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*. Santiago.
- Ministerio de Salud. (2019). *Orientaciones Técnicas: Acogida y acompañamiento en el marco de la ley 21.030, que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales*. Santiago.
- Minsal. Super Intendencia de Salud. Ley de derechos y deberes.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos*, suplemento de la 45a edición.
- *Realidad del aborto en Chile: Revisión de información estadística, agosto de 2018*. (2019). Santiago. Disponible en: <http://www.humanas.cl/wp-content/uploads/2018/08/HUMANAS-Realidad-del-aborto-en-Chile-20-08-2018.pdf>
- Sembler, C. *Una batalla decisiva: libertad y sociedad en el debate sobre el aborto en tres causales*. Santiago. 2017
- Zárate, María. *Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile*. Santiago. 2008.

Recopilación de prensa digital y páginas web

- 24 Horas 5, 4 de agosto de 2015. *Las claves del proyecto que busca la despenalización del aborto*. Disponible en: <http://www.24horas.cl/nacional/las-claves-del-proyecto-que-busca-la-despenalizacion-del-aborto-1744706>.

- 24 Horas 4, 4 de agosto de 2016. *Comisión de Hacienda aprueba presupuesto del proyecto que despenaliza el aborto.* Disponible en: <http://www.24horas.cl/nacional/comision-de-hacienda-aprueba-presupuesto-del-proyecto-que-despenaliza-el-aborto-1960067>
- 24 Horas, 2, 15 de septiembre de 2016. Agrupación "Médicos comprometidos por la vida" se manifiesta contra el aborto en La Moneda. Disponible en: <https://www.24horas.cl/nacional/agrupacion-medicos-comprometidos-por-la-vida-se-manifiesta-contra-el-aborto-en-la-moneda-2135464>
- 24 Horas, 1 de agosto de 2017. Médicos Especialistas: Revisa cuántos profesionales contratados por el servicio público hay en tu región. Disponible en: <https://www.24horas.cl/data/especialistas-medicos-revisa-cuantos-profesionales-contratados-por-el-servicio-publico-hay-en-tu-region-2790942>
- 24 Horas 3, 3 de agosto de 2017. *Este fue el paso a paso del proyecto de despenalización del aborto en tres causales.* Disponible en <http://www.24horas.cl/politica/este-fue-el-paso-a-paso-del-proyecto-de-despenalizacion-del-aborto-en-tres-causales-2466923>
- Adnradio.cl, 4 de junio de 2017 . *Suma urgencia para proyecto de despenalización del aborto en Comisión de Salud del Senado.* Disponible en: [senado/20170604/nota/3483171.aspx](http://www.adnradio.cl/senado/20170604/nota/3483171.aspx)
- CERPO. Historia de la Corporación. Disponible en [://www.cerpo.cl/corporativo/7/historia](http://www.cerpo.cl/corporativo/7/historia)
- Chile Unido. 30 de julio de 2015. *#Realidad3causales del proyecto de ley de interrupción del embarazo / Fundación Chile Unido* [Video]. Santiago.
- Ciper Chile, 9 de octubre de 2019. *Acompañamiento a las mujeres que abortan: un programa abandonado a su suerte.* Disponible en: <https://ciperchile.cl/2019/10/09/acompanamiento-a-las-mujeres-que-abortan-un-programa-abandonado-a-su-suerte/#comment-1007367>

- CNN Chile, 17 de julio de 2019. Existen 16 médicos por cada 10 mil habitantes beneficiarios de Fonasa en Chile. Disponible en https://www.cnnchile.com/pais/existen-16-medicos-por-cada-10-mil-habitantes-beneficiarios-de-fonasa-en-chile_20190617/
- Diario y Radio U Chile, 10 de octubre de 2019. Contienda de competencia entre Corte Suprema y el TC: un asunto puramente teórico. Disponible en: <https://radio.uchile.cl/2019/10/10/contienda-de-competencia-entre-corte-suprema-y-el-tc-un-asunto-puramente-teorico/>
- Diario y Radio Uchile, 30 de diciembre de 2014. Polémicos dichos sobre aborto sacan a Helia Molina del Ministerio de Salud. Disponible en: <https://radio.uchile.cl/2014/12/30/gobierno-acepta-renuncia-de-ministra-helia-molina/>
- El Desconcierto, 12 de noviembre de 2015. Médico que realizaba abortos en los 70: "Yo soy más pro vida que Alvear" El Desconcierto. Santiago. Disponible en: <http://www.eldesconcierto.cl/2015/11/12/medico-que-realizaba-abortos-en-los-70-yo-soy-mas-pro-vida-que-alvear>.
- El Desconcierto, 25 de agosto de 2015. *Radiografía al activismo “pro vida”: la ofensiva comunicacional de los grupos antiaborto*. Disponible en: <https://www.eldesconcierto.cl/2015/08/25/radiografia-al-activismo-pro-vida-la-ofensiva-comunicacional-de-los-grupos-anti-aborto/>
- El Mostrador, 21 de agosto de 2017. *TC aprueba las tres causales que despenaliza el aborto: recordamos los argumentos más importantes de las audiencias*. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/braga/2017/08/21/tc-aprueba-las-tres-causales-que-despenaliza-el-aborto-recordamos-los-argumentos-mas-importantes-de-las-audiencias/>
- El Mostrador, 1 de agosto de 2017. *Comisión mixta despacha proyecto de aborto y mañana será votado en ambas cámaras*. Disponible en: <http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2017/08/01/comision-mixta-despacha-proyecto-de-aborto-y-manana-sera-votado-en-ambas-camaras/>

- El Mostrador, 21 de mayo de 2014. *Ezzati se molesta y apunta a contradicción entre ley de aborto y protección de mascotas en mensaje presidencial*. Consultado el 20 noviembre de 2019. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2014/05/21/ezzati-se-molesta-y-apunta-a-contradiccion-entre-ley-de-aborto-y-proteccion-de-mascotas-en-mensaje-presidencial/>
- EMOL, 20 de julio de 2017. *¿Por qué va a comisión mixta?: Revisa los pasos para que un proyecto se convierta en ley*. Disponible en: <http://www.emol.com/noticias/Nacional/2017/07/20/867678/Por-que-va-a-comision-mixta-Revisa-los-pasos-para-que-un-proyecto-se-convierta-en-ley.html>.
- EMOL, 29 de abril de 2015. *Suprema emite reparos a proyecto de ley sobre aborto que analiza el Congreso*. Disponible en: <http://www.emol.com/noticias/nacional/2015/04/29/714836/suprema-emite-reparos-a-proyecto-de-ley-sobre-aborto-que-analiza-el-congreso.html>
- La Segunda, 30 de diciembre de 2014. *Ministra Molina: "En todas las clínicas cuicas, muchas familias conservadoras han hecho abortar a sus hijas"*.. Disponible en: <http://www.lasegunda.com/Noticias/Nacional/2014/12/984214/ministra-molina-en-todas-las-clinicas-cuicas-muchas-familias-conservadoras-han-hecho-abortar-a-sus-hijas>.
- Minsal, 10 de mayo de 2018. Ministerio de Salud prepara reglamento ante dictamen de la Contraloría por el protocolo de objeción de conciencia. Disponible en: <https://www.minsal.cl/ministerio-de-salud-prepara-reglamento-ante-dictamen-de-la-contraloria-por-el-protocolo-de-objecion-de-conciencia/>
- Minsal, 2 de julio de 2019. *Reporte Trimestral Ley IVE actualizado: 01 Enero a 31 de Marzo de 2019. (2019)*. Disponible en: <https://www.minsal.cl/reporte-trimestral-ley-ive-actualizado-01-enero-a-31-de-marzo-de-2019/>

- Minsal, 5 de agosto de 2015. Comisión de Salud de la Cámara aprobó idea de legislar. Disponible en : <https://www.minsal.cl/comision-de-salud-de-la-camara-aprobo-idea-de-legislar-despenalizacion-de-la-interrupcion-del-embarazo-en-tres-causales/>
- Mis Abogados, 17 de septiembre de 2014. *¿Cuáles son las penas asociadas al aborto en Chile*. Disponible en: <https://www.misabogados.com/blog/es/penas-asociadas-al-aborto-en-chile>
- Nodo Chile, Campus Virtual de Salud Pública, 24 de septiembre de 2014. Aborto como un problema de salud pública. 24 de septiembre de 2014. Disponible en: <https://chile.campusvirtualsp.org/aborto-como-un-problema-de-salud-publica>
- Pauta, 6 de diciembre de 2018. La Contraloría queda arrinconada tras una nueva derrota emblemática. Disponible en: <https://www.pauta.cl/cronica/como-es-la-nueva-derrota-contraloria-tribunal-constitucional-aborto-dorothy>
- Radio ADN, 31 de diciembre de 2014. [Audio] PPD: Helia Molina dijo una verdad del porte de una catedral. Disponible en: <https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/gobierno/gabinete/ppd-helia-molina-dijo-una-verdad-del-porte-de-una-catedral/2014-12-31/082812.html>
- Radio Biobio, 20 de diciembre de 2014. Diputados RN citan a ministra Molina a la Comisión de Salud por acusaciones de abortos en clínicas. Disponible en: <https://www.biobiochile.cl/noticias/2014/12/30/diputados-rn-citan-a-ministra-molina-a-la-comision-de-salud-por-acusaciones-de-abortos-en-clinicas.shtml>
- Radio Biobio, 31 de diciembre de 2014. *Mañalich y dichos de Helia Molina: Es una respuesta a la amenaza que hace el senador Girardi*. Disponible en: <https://www.biobiochile.cl/noticias/2014/12/31/manalich-y-dichos-de-helia-molina-es-una-respuesta-a-la-amenaza-que-hace-el-senador-girardi.shtml>
- Radio Biobio, 31 de diciembre de 2014. Van Rysselberghe atribuye renuncia de Helia Molina a “falta de prudencia feroz”. Disponible en:

<https://www.biobiochile.cl/noticias/2014/12/31/van-rysselberghe-atribuye-renuncia-de-helia-molina-a-falta-de-prudencia-feroz.shtml>

- Tribunal Constitucional. *Atribuciones Tribunal Constitucional de Chile*. Disponible en <https://www.tribunalconstitucional.cl/tribunal/atribuciones>
- U de Santiago al Día, 18 de noviembre 2014. La mujer: demandas de ayer y hoy. Disponible en: <http://www.udesantiagoaldia.usach.cl/content/la-mujer-demandas-de-ayer-y-hoy>

LISTADO DE FUENTES:

- 1.- Ana María Goic, presidenta Fundación Amparar. **20 de mayo de 2019.**
- 2.- Anita Martínez, Abogada Mesa de Acción por el Aborto. **6 de diciembre de 2018.**
- 3.- Anita Román, Presidenta Colegio de Matronas. **11 de enero de 2019.**

- 4.- Carolina Bastías, Asistente Social de Hospital del Carmen. **14 de junio 2019.**
- 5.- Claudia Berrios, Matrona Atención Primaria Cesfam Maipú. **13 de septiembre de 2019.**
- 6.- Carolina Carrera, Secretaria Corporación Humanas. **11 de enero de 2019.**
- 7.- Carolina Maturana, Abogada PUCV Corporación Humanas. **11 de enero de 2019.**
- 8.- Constanza Saavedra, Testimonios por la Vida. **12 de noviembre de 2019**
- 9.- Dafne Bordones, Matrona Hospital Regional de Antofagasta. **2 de mayo 2019.**
- 10.- Eduardo Soto, Matrón Servicio de Salud Araucanía Norte -Implementación IVE MINSAL. **9 de septiembre de 2019.**
- 11.- Francisca Crispi Escuela de Salud Pública UCH. **29 de octubre de 2019.**
- 12.- Gloria Maira, Mesa Acción por el Aborto. **30 de octubre de 2019.**
- 13.- Gonzalo Rubio, Gineco Obstetra Hospital San José. **19 de noviembre de 2019.**
- 14.- Guillermo Galán, Ginecobstetra y presidente de Miles. **1 de noviembre de 2019.**
- 15.- Helia Molina, ex ministra de Salud y Decana de la FACIMED USACH. **19 de noviembre de 2019.**
- 16.- Izkia Siches, Presidenta del Colegio Médico. **28 de diciembre de 2019.**
- 17.- Javiera Canales, Abogada Miles. **15 de agosto de 2019.**
- 18.- Jefe de Matronería, Región de Valparaíso. **12 de mayo de 2019.**
- 19.- Lorena Fries, Corporación Humanas. **16 de noviembre de 2019.**
- 20.- Paz Robledo, Asesora Ministerial y Coordinadora ley IVE, Gobierno Bachelet. **6 de noviembre de 2019.**
- 21.- Psicóloga Feminista, Universidad de Chile. **4 de junio de 2019**
- 22.- Ramiro Molina, Ginecobstetra Hospital Clínico de la Universidad de Chile. **26 de noviembre de 2019**
- 23.- Ruth Flandes, Matrona y Académica de la Universidad de Santiago. **5 de agosto de 2019**
- 24.- Teresa Valdés, Socióloga y Asesora Ministerial Ley IVE. **13 de noviembre de 2019.**

25.- Testimonio anónimo 1 (Causal 3) **2 de mayo 2019.**

26.- Testimonio anónimo 2 (Causal 2) **10 de octubre de 2019.**

27.- Tito Pizarro, Vicedecano Facimed y experto en políticas públicas en Salud. **25 de noviembre de 2019.**

28.- Valentina Hormazábal, Aprofa Coordinadora programa de acompañamiento. **17 de diciembre de 2018.**

29.- Víctor Rubio, Jefe de Maternidad Clínica Indisa. **11 de junio de 2019.**

Prof. Pascale Bonnefoy M.
Jefa de Carrera Escuela de Periodismo
Instituto de la Comunicación e Imagen
Universidad de Chile
PRESENTE

A continuación le comunico a usted la evaluación de la memoria de título “**Del papel a la práctica: las problemáticas que enfrenta el aborto en tres causales**”, de las estudiantes **Nicol Yazmín Ramos Muñoz** y **Constanza Francisca Villagrán Alarcón** guiada por el profesor José Miguel Labrín Elgueta, en la categoría Reportaje Periodístico:

	ITEM	ASPECTOS CONSIDERADOS	%
1.1	Pertinencia y relevancia del tema	Interés público y enfoque.	10%

1.2	Investigación y reporte	Técnicas de reporte, calidad y cantidad de fuentes, rigurosidad en el tratamiento de la información	40%
1.3	Estructura y presentación	Coherencia narrativa, fluidez y formato.	25%
1.4	Redacción	Estilo narrativo, recursos estilísticos y calidad de la redacción	25%

Excelente 7.0–6.5; Muy Bueno 6.4–6.0; Bueno 5.9–5.0; Aceptable 4.9–4.0; Deficiente 3.9–3.0

Item	Nota	Valor
1.1	7,0	0,7
1.2	6,8	2,7
1.3	5,0	1,3
1.4	5,5	1,4
Nota Final		6,0

COMENTARIO

La memoria de las estudiantes Villagrán y Ramos, es un interesante trabajo de investigación periodística que se centra en el debate e implementación de la ley de aborto en tres causales. A través de un recorrido que parte con la narración de la historia del proceso legislativo, se ahonda progresivamente en las diversas circunstancias que permiten tener una lectura de conjunto sobre las complejas relaciones entre la política pública y las orientaciones ideológicas que diferencian el actuar de los gobiernos involucrados en su gestación, desarrollo y aplicación actual.

Se trata de un texto que si bien carece de fluidez y su estructura a ratos hace que la lectura sea poco amigable, sin duda da cuenta de un buen trabajo de reporte donde se destaca el manejo de fuentes documentales, médicas y por cierto, de las historias personales presentes. Quizás, y este es un punto a discutir en la defensa, se pudo relevar dicho componente humano de tal manera que cualquier lector o lectora se involucrase de mayor manera con las fuertes implicancias que afectan la vida cotidiana de las mujeres que deciden recurrir a esta ley. Asimismo, considero que la memoria pudo ahondar en la discusión sobre las instituciones de

salud, el personal médico y la objeción de conciencia, no sólo en términos de las posiciones valóricas sobre el aborto sino también en sus relaciones con el sistema de salud en su conjunto, la protección del bienestar garantizado constitucionalmente y las condiciones económicas que hay detrás del modelo actual público-privado.

Por último, es importante mejorar en la memoria el orden y pertinencia de sus distintos apartados. En algunos casos los tecnicismos están presentados en exceso; en otros, predomina una presentación a modo de informe interpretativo. Recomiendo, en caso de querer publicar esta investigación, que las estudiantes revisen sus decisiones editoriales poniendo foco en el interés del lector (a) así como fortaleciendo los ejes de denuncia ya presentes y que pueden dar mayor actualidad al trabajo realizado.

Por las razones expuestas, califico la memoria con nota 6,0 (seis coma cero)

Atentamente,

José Miguel Labrín Elgueta

Santiago, 7 de mayo de 2020

Prof. Pascale Bonnefoy M.
Jefa de Carrera Escuela de Periodismo
Instituto de la Comunicación e Imagen
Universidad de Chile
PRESENTE

A continuación le comunico a usted la evaluación de la memoria de título “Del papel a la práctica: las problemáticas que enfrenta el aborto en tres causales”, de las estudiantes **Nicol Yazmín Ramos Muñoz** y **Constanza Francisca Villagrán Alarcón**, guiada por el profesor José Miguel Labrín Elgueta, en la categoría Reportaje Periodístico:

	ITEM	ASPECTOS CONSIDERADOS	%
1.1	Pertinencia y relevancia del tema	Interés público y enfoque.	10%
1.2	Investigación y reporteo	Técnicas de reporteo, calidad y cantidad de fuentes, rigurosidad en el tratamiento de la información	40%
1.3	Estructura y presentación	Coherencia narrativa, fluidez y formato.	25%
1.4	Redacción	Estilo narrativo, recursos estilísticos y calidad de la redacción	25%

Excelente 7.0–6.5; Muy Bueno 6.4–6.0; Bueno 5.9–5.0; Aceptable 4.9–4.0; Deficiente 3.9–3.0

Item	Nota	Valor
1.1	7,0	0,7
1.2	6,5	2,6
1.3	5,0	1,3
1.4	5,0	1,3
Nota Final		5,8

COMENTARIO

Esta memoria aborda un tema relevante y de interés público, como es la Ley de Aborto en Tres Causales, en el marco de una muy escasa información respecto de su aplicación. Este es un ámbito relevante para la vida de las mujeres, más aún cuando resulta de una larga lucha por recuperar – parcialmente - la soberanía sobre sus cuerpos y sus vidas.

La escasa información no es el resultado de un “olvido” de los medios, sino como aparece aquí el resultado de una política silenciosa que se expresa en la implementación de las políticas públicas.

En ese sentido, junto al acucioso trabajo histórico documental, se nota la ausencia en el trabajo de un mayor número de reportaje de voces que le den vida. El trabajo de investigación documental, en el propósito de un reportaje de investigación, requiere un ritmo narrativo que podría ser mejorado si este sirve de soporte a las voces de los y las protagonistas de este proceso. Sugiero, en un trabajo futuro, revisar la estructura en el sentido señalado. De esta manera podría dárlele una mayor fluidez al lenguaje y al relato.

Se trata de una excelente memoria que califico con un 5,8.

Atentamente,

María Eugenia Domínguez Saul

Santiago, 8 de mayo de 2020

Prof. Pascale Bonnefoy M.
Jefa de Carrera Escuela de Periodismo
Instituto de la Comunicación e Imagen
Universidad de Chile
PRESENTE

A continuación le comunico a usted la evaluación de la memoria de título “Del papel a la práctica: las problemáticas que enfrenta el aborto en tres causales”, de las estudiantes **Nicol Yazmín Ramos Muñoz** y **Constanza Francisca Villagrán Alarcón**, guiada por el profesor José Miguel Labrín Elgueta, en la categoría Reportaje Periodístico:

	ITEM	ASPECTOS CONSIDERADOS	%
1.1	Pertinencia y relevancia del tema	Interés público y enfoque.	10%
1.2	Investigación y reporteo	Técnicas de reporteo, calidad y cantidad de fuentes, rigurosidad en el tratamiento de la información	40%

1.3	Estructura y presentación	Coherencia narrativa, fluidez y formato.	25%
1.4	Redacción	Estilo narrativo, recursos estilísticos y calidad de la redacción	25%

Excelente 7.0–6.5; Muy Bueno 6.4–6.0; Bueno 5.9–5.0; Aceptable 4.9–4.0; Deficiente 3.9–3.0

Item	Nota	Valor
1.1	6,5	0,7
1.2	6,8	2,7
1.3	4,3	1,1
1.4	4,3	1,1
Nota Final		5,5

COMENTARIO

1.- Pertinencia y relevancia del tema:

Esta Memoria de título responde a un tema de alto interés público y el enfoque es particularmente pertinente e interesante, por varias razones. Entre otras, por la importancia de La ley de Aborto en Tres Causales y lo que implica para las mujeres, y por la escasa información en los medios de comunicación tradicionales que se ha dado sobre su aplicación.

Es usual que ocurra con muchos temas de interés público que estén un tiempo en el debate y luego no se les haga seguimiento periodístico. Eso suele suceder por simple descuido o falta de atención en asuntos importantes, mientras lo inmediato se superpone en la agenda comunicacional, dejando atrás otros problemas o situaciones complejas. Pero en el caso

presentado en esta Memoria, lo especialmente interesante en el enfoque de las situaciones que se abordan es que esa falta de información respondería a motivaciones políticas de fondo, que coinciden con el cambio de Gobierno y con las diferencias en las posiciones frente al aborto y a esta ley de aborto en Tres Causales de las actuales autoridades. Y esas motivaciones estarían determinando prioridades –o ausencia de ellas- en las políticas públicas.

Un aporte también es la relación que se establece entre la política pública –en este caso la Ley y su aplicación- y la comunicación vinculada a ella.

Un problema de enfoque que presenta la Memoria y –como veremos- se expresa en la estructura es que la primera parte se centra excesivamente en una especie de reporte a la historia del proyecto de ley, reglamentos y normas, pero faltan voces personales que darían más vida al relato.

2.- Investigación y reporte:

Hay un abundante y riguroso reporte que abarca una revisión de fuentes documentales y una treintena de fuentes personales entre especialistas y testimonios personales. Aunque en algunos casos estos últimos aparecen sin nombres reales, se comprende la situación: se trata de mujeres que se han efectuado abortos al amparo de esta ley y –como se explica en el reportaje- sienten temor o sentimientos de culpa, lo que las inhibe de hablar en público sobre el procedimiento realizado, o de personal de salud que por razones seguramente laborales solicitó mantenerse en el anonimato.

El aporte de las fuentes personales en particular las referidas al funcionamiento de la ley en la práctica es muy significativo: entrega crudos testimonios y explicaciones sobre los límites con que tiene hoy la Ley para ser llevada a la práctica.

Un punto que podría haberse indagado algo más es el tema de los objetores de conciencia; aunque en la Memoria se aborda, habría sido interesante profundizar en dos sentidos: conocer testimonios o apreciaciones de médicos o personal médico que tenga la calidad de “objeto”, y ahondar en las acciones que está haciendo o podría hacer el Estado para abordar esa situación de mayor objeción que la esperada inicialmente.

3.- Estructura y presentación:

La Memoria fue inscrita dentro de la categoría de “Reportaje Periodístico”. Sin embargo, el trabajo presenta problemas que podrían ser mejorados: la estructura de los capítulos requeriría plantearse de forma distinta de manera de iniciar el relato con lo que está ocurriendo para ir después a la historia de la ley y los avatares que tuvo que enfrentar. Aunque la opción cronológica de las autoras entrega una mirada ordenada, el relato se hace árido en los primeros capítulos. En ese sentido, en un trabajo periodístico de esta índole es recomendable utilizar como estructura el partir con uno o dos capítulos especialmente atractivos que tengan las características de “lead” o gancho, como se estila en una nota o reportaje.

En este caso, incluso algunos de estos capítulos iniciales podrían ser sintetizados en algunas partes, ya que su lectura no es fácil porque más que un reportaje sobre realidades se torna una suerte de reportaje a proyectos de leyes, leyes, decretos y reglamentos. Asimismo, es más necesario cuidar que el lenguaje sea lo más ágil posible y en la Memoria falta fluidez en el relato.

Otro aspecto que es necesario mejorar es el tratamiento de subtítulos que justamente tienen como sentido llamar la atención del lector. Los subtítulos en este trabajo son más propios de una tesis, y no tienen las características de subtítulos de un reportaje periodísticos, tanto por el largo como por la falta de atractivo de la mayor parte de ellos. Otro tanto ocurre con los títulos que dan a la mayoría de los capítulos.

4.- Redacción:

La redacción presenta problemas en cuanto a estilo, fluidez, formas de citar las fuentes e incluso se advierten errores gramaticales y de edición.

Entre otros problemas advertidos en la revisión, abundan los conceptos médicos o especializados que no se explican o “traducen” para los legos. Así también se observan repeticiones de palabras y discordancias gramaticales de género y de número.

En las citas, las autoras acuden a los pies de página sin mencionar a la persona que ha sido entrevistada en el texto y solo colocan el número de cita después de párrafos entre comillas. En varias ocasiones hay, a la vez, párrafos “flotantes”. Por otra parte, en las citas recurren a las abreviaturas de los nombres, lo que no se usa en periodismo. También el problema de la cita sin mencionar la fuente en el texto se da con muchos de los documentos consultados.

En resumen: la Memoria de las estudiantes Nicol Ramos y Constanza Villagrán destaca por una excelente investigación sobre un tema relevante de alto interés público, pero tiene debilidades de Estructura y problemas de Redacción que si son superados la convertirían en un muy buen trabajo.

Atentamente,

María Olivia Mönckeberg P.

Santiago, 7 de mayo de 2020

