

UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



**“Ley 21.030 de Interrupción Voluntaria del Embarazo en causal violación,
exploración de la ruta de acceso y el proceso de atención en un Hospital
público de la RM”**

Andrea Álvarez Carimoney

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

PROFESORA GUIA DE TESIS: DRA. PAMELA EGUIGUREN BRAVO.

Santiago, Julio 2022

Índice

Resumen.....	5
Capítulo 1: Introducción.....	6
Capítulo 2: Marco Teórico y Antecedentes.....	11
2.1 Enfoque de género y derechos sexuales y reproductivos frente a la violencia sexual.....	11
2.2 Violencia sexual con resultado de embarazo.....	17
2.3 Aborto en causal violación.....	19
2.4 Implementación de la Ley y acceso a IVE en Chile.....	22
2.5 Contexto local de atención, Hospital San José.....	26
Capítulo 3: Objetivos.....	33
<i>Objetivo general.</i>	33
<i>Objetivos específicos.</i>	33
Capítulo 4: Marco metodológico.....	34
4.1 Proceso de investigación.....	36
4.2 Técnica de producción de datos.....	36
4.3 Muestra y participantes.....	39
Criterios de inclusión:.....	39
Criterio de exclusión:.....	39
Participantes.....	39
4.4 Análisis de datos.....	40
4.5 Limitaciones.....	42
4.6 Resguardos éticos.....	43
Capítulo 5: Resultados.....	44
5.1 Participantes.....	44
5.2 Proceso de atención de la IVE causal violación.....	49
5.2.1 <i>Primera atención: dupla psicosocial y ginecobstetra</i>	51
5.2.2 <i>Ecografía: determinación de la edad gestacional</i>	62
5.2.3 <i>Constitución de la tercera causal</i>	63
5.2.4 <i>Decisión de la mujer</i>	67
5.2.5 <i>Procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo</i>	69
5.2.6 <i>Acompañamiento psicosocial</i>	75
5.3 La experiencia de hacerse una IVE en causal violación.....	80

5.4 Desafíos y Aprendizajes del Equipo IVE en causal violación.	89
5.4.1 Aprendizajes del Equipo IVE	89
Coordinación y conducción de entrevista.....	89
Mejora de acciones vía protocolo.....	90
Protección de la usuaria.....	90
Aprendizaje laboral y personal de quienes integran el Equipo IVE	90
Mutuocuidado del Equipo IVE.....	91
Aprendizaje sobre el trato y el respeto a las usuarias	91
Notoriedad del trabajo realizado por este Equipo.....	93
5.4.2 Desafíos en el Hospital San José.....	93
Desinformación, falta de compromiso, u obstaculización de los derechos sexuales y reproductivos por parte de funcionarios/as del Hospital San José	94
Falta de capacitación y respeto en el trato a las usuarias	96
Infraestructura inadecuada.....	97
Autocuidado del Equipo IVE.....	98
La maternidad como espacio real y simbólico	99
Coordinación de la red asistencial	99
Retroalimentación con MINSAL	100
5.5 La ruta de acceso a la causal violación.....	102
5.5.1. Punto de contacto: Obstáculos en el acceso a Información	105
5.5.2 Sospecha: Obstáculos en la pesquisa y derivación	112
Usuarias que son derivadas en la red de salud del SSMN.....	113
Atención Primaria: estereotipos sobre violencia sexual y embarazo	119
Urgencias: dificultades en la información, capacitación e infraestructura.....	125
ONGs y Organizaciones acompañantes de aborto fuera de la ley.....	127
Capítulo 6: Discusión	132
Capítulo 7: Conclusiones.	147
6. Referencias bibliográficas	151
7. ANEXOS.	155
7.1 Guion temático entrevistas.	155
7.2 Acta de aprobación Comité de ética de la investigación SSMN.....	156
7.3 Consentimiento Informado.....	158

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Porcentaje de mujeres que denuncia el último episodio de Violencia	15
Gráfico 2: Número anual de causales IVE, reporte MINSAL (a marzo 2022)	21
Gráfico 3. Número anual de IVE causal violación según tramo etario, en el Hospital San José	28

Índice de Tablas

Tabla 1: Cifras anuales 3 causales IVE, MINSAL (2018-marzo 2022)	22
Tabla 2: Número anual de IVE causal violación según tramo etario, en el Hospital San José	29
Tabla 3: Número anual de partos atendidos hasta los 18 años en el Hospital San José (2015 - 2022)	30
Tabla 4: Cifras anuales causal 3, a nivel país, RM y HSJ	31
Tabla 5: Participantes en el estudio	39
Tabla 6: Caracterización de participantes en el estudio	44

Índice de Figuras

Figura 1: Red asistencial SSMN	26
Figura 2: Equipo IVE, Unidad de Salud Sexual y Reproductiva, Hospital San José	27
Figura 3: Códigos utilizados en el proceso de análisis cualitativo	40
Figura 4: Proceso de análisis cualitativo	41
Figura 5: Proceso de atención IVE causal violación Hospital San José	49
Figura 6: Aprendizajes y desafíos del Equipo IVE del Hospital San José	100
Figura 7: Ruta de acceso a la causal violación en el Hospital San José	103

Esta Tesis forma parte del proyecto “Evaluación de la red de atención a víctimas de violencia sexual en Chile” del Fondo de Investigación de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile (2021-2022)

Becaria financiada por ANID-PFCHA/ Magíster Nacional / 2019 – 22190394

Resumen

Antecedentes. Desde 2017 existe en nuestro país la ley 21.030 de Interrupción Voluntaria del Embarazo en 3 causales, siendo una de estas la causal violación. En el proyecto de ley y en base a estadísticas nacionales, se estimó 2.000 IVE anuales, en casi 5 años de implementación ha habido 559 causales violación. Por esto es necesario analizar críticamente la implementación de esta ley.

Objetivo: Caracterizar el proceso de atención y acceso a la causal violación en el Hospital San José (RM), desde las usuarias y el personal de salud que las atiende.

Metodología. Bajo el paradigma cualitativo, se desarrolló un estudio exploratorio descriptivo, desde el método fenomenológico. Se realizaron 22 entrevistas semiestructuradas, a usuaria, y funcionarios/as del Hospital San José, SSMN, profesionales del intersector y acompañantes de aborto. Se aplicó análisis narrativo de contenido para llegar a síntesis y profundidad en los resultados.

Resultados. La provisión de la 3ª causal en el HSJ destaca por el trabajo en equipo, resultando favorable a las usuarias por su celeridad, buen trato e información, gran compromiso de sus integrantes, aprendizajes colectivos y personales. Existen desafíos fuera del Equipo: formación y capacitación de otros actores, en particular en urgencias y administrativos, infraestructura, trabajo en red, destacando la APS y relación con MINSAL. Hay graves problemas de acceso desde la misma ley: algunos relacionados con la configuración de ésta (denuncia, constitución de la causal y plazos límite para acceder), y otras como desinformación, dificultades en APS y Urgencias para sospecha y pesquisa de la violencia sexual, que dan cuenta de la complejidad y necesidades transversales de la población, e intersector.

Conclusión. El HSJ cuenta con un equipo comprometido con la atención de causal violación. El acceso es problemático e involucra a toda la red asistencial e intersector. Abordar la violencia sexual precisa formación y sensibilidad, el desarrollo de estas capacidades y habilidades debiera extenderse a todo el personal de salud, incluida la formación de futuros profesionales.

Palabras clave: aborto, violación, causal violación aborto, ley IVE

Agradecimientos

Cuando decidí dedicarme a este tema para realizar el trabajo de tesis tuve serias dudas. Atisbaba la complejidad a la que podría enfrentarme, sentía temor a no lograr plasmar la multiplicidad de dimensiones que intervienen en la trama enrevesada de la violencia. En nuestra sociedad el aborto y el embarazo producto de violación son dos cuestiones que ocurren y sobre las cuales nadie quisiera saber, no se habla de ello, se invisibiliza. Después de varios años de conocer en profundidad la experiencia de mujeres que han atravesado estas vivencias sentí que era una deuda involucrarme de esta manera, con tiempo, dedicación y energía puesta en esta tarea. A ratos me sentí abrumada, porque el proceso de investigación implicó enfrentar también mis propios temores, y el estigma que pesa sobre la violencia sexual, que se materializó en múltiples, sutiles y no tan sutiles maneras. Desde las dificultades con el comité de ética, que retardó un año el inicio del terreno, los portazos en algunas instituciones, los silencios incómodos y el hablar “bajito” de algunos/as profesionales de salud cuando les comentaba que éste era el tema de investigación. Sin embargo, también implicó momentos de profunda reflexión, de escucha activa, de sentirme privilegiada de conocer y compartir la experiencia de profesionales comprometidos con los derechos sexuales y reproductivos, con los procesos de sanación y reparación de las personas que han vivido violencia sexual, de conocer sus aprendizajes y sus desafíos.

También pude acercarme a una usuaria, cuyo testimonio valiente y honesto hizo resaltar la importancia radical que tiene el trabajo de los equipos de salud en esta materia, mi gratitud hacia ella, por permitirme conocerla y acceder a su experiencia. Este trabajo se nutre de la fortaleza, resiliencia y convicción de un equipo de salud de avanzada, el equipo IVE del Hospital San José, a ellas y ellos todo mi agradecimiento. También quisiera destacar el compromiso de otras profesionales que participaron como informantes, que investigan y/o realizan atenciones o acompañamiento a mujeres víctimas de violencia sexual con resultado de embarazo, cuyas reflexiones implicadas y profundamente asentadas en las realidades concretas donde ocurren las prácticas, han sido vitales para el desarrollo de este trabajo.

Por último, agradecer a Pamela, mi profesora guía, a colegas, amigas y compañeras, Fanny, Fernanda, Irma, Claudia, Marisa, Nicole, Natalia, Catalina, Valentina, Daniela, Patty, Denisse, Francisca, Carolina, y tantas otras y otros, con quienes he compartido reflexiones, frustraciones, indignación y acción, y de quienes he aprendido en la academia, en el cariño y en la calle que nuestra lucha es colectiva.

Capítulo 1: Introducción

En Chile, hasta hace muy poco tiempo, la legislación prohibía el aborto en toda circunstancia, situándose entre los países del mundo con más altas restricciones (1). El proceso para la legislación del aborto en 3 causales fue largo e intenso y puso en evidencia las tensiones que se enfrentaría cuando entrara en vigencia. Finalmente, en septiembre de 2017, hace casi 5 años, fue promulgada la ley 21.030 de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en 3 causales, considerando tres situaciones excepcionales: riesgo de vida de la mujer, inviabilidad fetal incompatible con la vida extrauterina y violación (2).

Durante el debate legislativo esta última causal, violación, fue la que encontró más resistencia y oposición. Los argumentos remiten en parte importante al prejuicio, de diversa naturaleza, sobre la misma mujer, que piensan al aborto como un daño a la integridad de una persona (feto) y una madre; se señaló que las mujeres no tendrían capacidad de decidir o que lo harían coaccionadas por sus entornos y circunstancias (3,4).

La ley ubica en la mujer la decisión en torno a la interrupción del embarazo, es voluntaria. Esto constituye un derecho, (el derecho a decidir interrumpir un embarazo cuando éste es fruto de violencia sexual) y el proceso decisional se ubica en el horizonte normativo de protagonismo, reflexividad, autonomía y responsabilidad, justamente en sentido opuesto de quienes rechazaban la idea de legislar argumentando que se trataba de una violencia ejercida sobre un inocente, y al mismo tiempo, sobre una mujer incapacitada –fruto del trauma- de decidir (3).

En el mundo, las legislaciones que permiten el acceso a la IVE son una respuesta común frente a un embarazo producto de violencia sexual, y se considera parte de los servicios que un Estado debe brindar (5). Chile, antes de ser parte de los países que cuentan con una legislación favorable al aborto por violación, fue objeto de numerosas recomendaciones de parte de organismos internacionales de Derechos Humanos, conminando al Estado a garantizar el acceso al aborto, al menos en ésta y otras situaciones excepcionales. Organizaciones y reconocidas activistas por los derechos humanos (6–9), pusieron énfasis en señalar que las legislaciones restrictivas violan derechos fundamentales, exponiendo a las mujeres a perjuicios de diversa índole, incluida su salud mental y física.

Con respecto a las legislaciones en materia de aborto que podemos encontrar en el mundo, existen básicamente dos formas de clasificarlas: las legislaciones por plazo (que fijan límites relacionados con un número determinado de semanas de gestación hasta el cual es posible interrumpir un

embarazo) o por causales (que establece condiciones excepcionales que, de existir, hacen posible una interrupción del embarazo). En la práctica, ambos tipos de legislaciones coexisten en la mayoría de los países; por ejemplo, en Uruguay (10), el aborto se encuentra despenalizado completamente hasta las 12 semanas de gestación (legislación por plazo –que suele llamarse libre, simplemente porque no debe justificarse la decisión-), pero en causal violación el plazo puede extenderse hasta las 14 semanas (10). En Chile, contamos actualmente con una legislación por causales, pero en la primera y segunda causal no existen plazos que la limiten, mientras en la tercera causal (violación) sí se imponen límites temporales: 14 semanas para menores de 14 años y 12 semanas para mayores de 14 años (2). La causal violación es una de las más comunes entre los países que cuentan con una legislación por causales (9).

Aprobada la ley 21.030, el artículo 119 –mismo que había sido derogado a finales de la dictadura– queda de la siguiente forma:

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

Sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. Tratándose de una niña menor de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas de gestación. El plazo diferenciado se justifica debido a que las menores de 14 años muchas veces desconocen o no entienden el funcionamiento de su ciclo menstrual, por lo que podría demorar más tiempo en darse cuenta que están embarazadas. Un equipo de salud, especialmente conformado para estos efectos, confirmará la concurrencia de los hechos que lo constituyen y la edad gestacional, informando por escrito a la mujer o a su representante legal, según sea el caso, y al jefe del establecimiento hospitalario o clínica particular donde se solicita la interrupción. En el cumplimiento de su cometido, este equipo deberá dar y garantizar a la mujer un trato digno y respetuoso (2).

La violación es sexo coactivo no consensuado. Es una amenaza para las mujeres y limita seriamente sus capacidades para ser libres, al tiempo que refuerza la posición de sometimiento (11). La violación es un acto de discriminación hacia las mujeres, causa y consecuencia de la desigualdad y de la discriminación basada en género. Desde esta perspectiva, la violencia contra las mujeres, incluida la violencia sexual y la violación, ha sido reconocida como una cuestión de derechos humanos, vinculados, entre otros, a la vida, la salud, la libertad, la integridad física, a estar libre de torturas y de tratos crueles inhumanos y degradantes (12).

La violación también es un problema de salud. Entre las consecuencias de salud que no son mortales se encuentran: afección de estrés postraumático, trauma y lesión físicos –como fístula traumática (desgarre)–, infecciones de transmisión sexual, aborto espontáneo, embarazo no deseado, y aborto inseguro (13). Asimismo, gran parte de las afectaciones psicológicas que sufren

las mujeres que han estado en situaciones de violencia sexual se acentúan con las estigmatizaciones sociales e institucionales que impiden en muchos casos la realización de la denuncia y la prosecución de la investigación, entre otras consecuencias. Uno de los efectos previsibles de la violación es el embarazo forzado (14). Este se define como cualquier embarazo que la mujer considera peligroso para su salud, su vida y su integridad (15). Tanto la magnitud del embarazo forzado como sus consecuencias han sido poco documentadas pese a tratarse de una problemática frecuente: mujeres que fueron violadas por parte de sus parejas reportaron con más frecuencia tanto embarazos no deseados como pérdidas, sean éstas un aborto espontáneo, un aborto inducido o un mortinato (16).

En Chile, la ley reconoce en este fenómeno la compleja situación que atraviesan las víctimas de violencia sexual que además resultan embarazadas producto de esa violencia. Así como en el mundo, también en nuestro país la violencia sexual con resultado de embarazo afecta a mujeres a lo largo de todo el ciclo reproductivo activo, pero en mayor proporción a niñas y adolescentes (4,17). Puesto que la probabilidad que una relación sexual puntual en el ciclo menstrual de una mujer termine en un embarazo es más bien baja, son las situaciones donde se somete a violencia recurrente a las mujeres, las que presentan un aumento en el riesgo de quedar embarazadas. Otro grupo importante de mujeres afectadas, son quienes viven violencia al interior de una pareja, ya sea en una relación informal o en un matrimonio, así como las mujeres que sufren otros tipos de violencias (física, económica, psicológica) tienen una alta probabilidad de vivir también violencia sexual (7,18).

Frente a este contexto, la ley 21.030, viene a dar respuesta a una situación dramática, respecto a la cual las mujeres no podían decidir en libertad. Sin embargo, todas las décadas de clausura del aborto en nuestro país, tornaron compleja la puesta en práctica de la legislación. La aprobación de la ley IVE y en particular, la tercera causal, ha supuesto múltiples desafíos para los profesionales de la salud y el sistema en su conjunto, lo que era previsible considerando la oposición en el proceso legislativo chileno (3). Luego de 30 años de penalización completa del aborto, se hace imprescindible producir conocimiento que logre dar cuenta del estado de avance de la implementación de la causal violación, aún más considerando que es la única causal donde se juega a fondo un enfoque de derechos sexuales y reproductivos, pues no depende de la opinión médica.

El abordaje de la violencia sexual es fundamental para una sociedad que respeta la dignidad y derechos de las mujeres. Ya que se ha puesto la tarea del cumplimiento de esta legislación fundamentalmente en el sector salud, se trata de un fenómeno cuyo abordaje desde el punto de vista de la salud pública es clave, no solo desde un aspecto práctico en la gestión de la provisión de la atención, sino porque se trata de resguardar el derecho a la salud de mujeres, niñas y

adolescentes, así como personas con capacidad de gestar¹, que han visto sus derechos fundamentales quebrantados y para quienes el contar con esta legislación, puede significar el comienzo a transitar un camino de reparación respecto a la violencia vivida.

Este trabajo de investigación, dada la reciente implementación de la legislación en Chile, se propuso caracterizar el proceso de atención y la ruta de acceso que realizan las mujeres para ser atendidas por una IVE en causal violación, relevando la mirada de las usuarias y de los/as profesionales de salud que las atienden.

No existen hasta el presente investigaciones similares, que, desde un paradigma cualitativo, den cuenta de la experiencia vivida por quienes protagonizan esta ley. Interesa en particular relevar, por un lado, el trabajo de una unidad de profesionales situado en un hospital de alta complejidad de la RM, que ha sido puntal en la implementación de la IVE, haciendo capacitaciones en alianza con el Ministerio de Salud hacia otros hospitales. Por otro lado, es de suma importancia contar con la mirada desde las mujeres sobre la experiencia de abortar en causal violación, profundizando en el proceso en sí, pero también en el acceso en sus diversas dimensiones que finalmente hacen posible el que una usuaria llegue al equipo de salud. Para este objetivo se consideró, además, la mirada de diversas profesionales que trabajan con mujeres en situación de violencia y aborto, y así poder contar con un panorama más amplio y profundo sobre este aspecto del fenómeno.

De acuerdo a los antecedentes presentados, la pregunta de investigación que guía este trabajo de investigación es ***¿Cuáles son las características del proceso de atención y la ruta de acceso de las mujeres que interrumpen un embarazo por causal violación en el marco de la ley 21.030?*** Pareciera que existen dificultades o barreras para ello, dada la diferencia entre las estimaciones y las atenciones efectuadas en los casi cinco años de implementación de la ley, conocer cuáles son estas dificultades podría ser un aporte a la mejora de la implementación de una ley tremendamente necesaria en nuestro país.

¹ En adelante se hablará de mujeres, pues representan la mayor parte de las personas que viven este fenómeno, pero se considera también a las personas con capacidad de gestar, como sujetos de derecho con autonomía para decidir respecto a un embarazo producto de violencia sexual.

Capítulo 2: Marco Teórico y Antecedentes

Tanto el fenómeno del aborto como el de la violencia sexual son, por sí solos, fenómenos de una alta complejidad que comprenden múltiples dimensiones. El vínculo entre los dos temas es el objeto de estudio de esta investigación, por lo que situar su estudio requiere abordar teórica y conceptualmente, al menos los aspectos más esenciales de cada fenómeno, como condición necesaria para comprender las especificidades y también los vínculos o articulaciones entre ambos.

La violencia sexual y el aborto requieren una aproximación desde la perspectiva de género. Ésta permite comprender las implicancias que tienen estos temas en la vida y la salud de las mujeres. A continuación, se presentan tres ejes temáticos relevantes para el abordaje de esta investigación. En primer lugar, se caracteriza el fenómeno de la violencia sexual desde un enfoque de derechos humanos y salud sexual y reproductiva con el fin de comprender las complejidades que atraviesan las mujeres, en segundo lugar, el embarazo producto de violencia sexual y, en tercer lugar, el aborto bajo esta causal en particular, en este apartado se profundiza en las implicancias y las previsiones que se debieran considerar para una atención acorde a estándares que respeten el enfoque de derechos humanos y salud pública, en el siguiente capítulo se aborda la implementación de la ley 21.030 en Chile, desde las cifras que caracterizan la ocurrencia de la IVE y estudios recientes que dan cuenta de sus principales obstáculos. Para finalizar se describe el contexto local de estudio: el Hospital San José, según su organización interna para habilitar la IVE como sus cifras de IVE en tercera causal.

2.1 Enfoque de género y derechos sexuales y reproductivos frente a la violencia sexual.

Desde mediados del siglo XX, movimientos de mujeres y feministas han cuestionado el lugar asignado a las mujeres. El orden establecido sobre lo que es ser mujeres y hombres en las sociedades occidentales ha puesto a las primeras y a las disidencias sexuales en un lugar subordinado. Son las sociedades las que generan una diferenciación entre hombres y mujeres, asignándoles atribuciones, roles, funciones e identidades diferenciales. Esta construcción, realizada sobre la diferencia biológica, es el género (19).

El proceso de socialización de género condiciona de manera preeminente la identidad masculina y femenina. Cada cultura otorga un orden simbólico a lo que se entiende como femenino y masculino, construyendo una escala de prestigio y dominio. En nuestra cultura occidental existe la

idea de que lo masculino es más valioso que lo femenino, lo vemos a través de diversas manifestaciones: desigualdad salarial, laboral, en el trabajo doméstico, el cuidado de los/as hijos/as, en el lenguaje, etc. El género (20) alude a las construcciones socioculturales en relación a las configuraciones de las identidades sexuales y su expresión social (femenino/masculino). Es relacional, puesto que se expresa a través de la interacción con otras y otros, muestra las diferencias de estatus y poder –por ejemplo, la subordinación de la mujer respecto al hombre–. Es variable, ya que no existe una sola forma de ser hombre o mujer, sino múltiples formas de ser en relación al género, que varían de cultura en cultura y de individuo en individuo, es decir, se despliega en relación a una multiplicidad de elementos que conforman a una persona. Es histórico pues se sitúa en un determinado contexto temporal. Depende también de las subjetividades (las conformaciones individuales de las personas) y sus posicionamientos, es decir, de los lugares que ocupen las personas en el entramado complejo de la sociedad (21).

La violencia sexual introduce un elemento crítico como parte del entramado de las relaciones de género y no puede ser comprendida fuera de este orden: pone de manifiesto la dominación. La violencia sexual es una de las más inhumanas formas de dominio masculino. El sexo forzado es, como toda violencia, un atentado a la integridad de la persona. Esta violencia traduce en la intimidad, los cuerpos y la sexualidad, las relaciones de poder entre hombres y mujeres, que la hacen posible, y con frecuencia se utiliza también las relaciones de poder entre la adultez y la niñez/adolescencia. En la violencia sexual sufrida por las niñas y adolescentes se intersectan ambas formas de dominio (22).

La violencia sexual sucede en lazos próximos. Por ello, no es un asunto solo sexual, es también un asunto de vínculos afectivos. Es al mismo tiempo, violencia sexual y explotación amorosa. Es una forma de dominio que no solo concierne a la sexualidad, sino al conjunto de la vida de una mujer. Aunque es un acto sexual, cumple fines sexuales, pero también no sexuales (23), ya que le recuerda a la mujer su lugar en la relación con los hombres: su subordinación (24). El género también posibilita una comprensión profunda de lo que significa la maternidad, cuyo peso ha sido ampliamente descrito en relación a la imposición sobre las mujeres al asignarles el rol de reproducción de nuestra especie.

A partir de los tratados internacionales en materia de derechos humanos, y sobre la base de la obligatoriedad de los Estados de garantizarlos en su ordenamiento jurídico interno, la violencia sexual se constituye como una grave vulneración de los derechos humanos fundamentales de las personas, constituyéndose en un delito.

La OMS define la violencia sexual como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”(25). La OMS incluye tanto las relaciones sexuales bajo coacción dentro y fuera del matrimonio, las violaciones por extraños y en conflictos armados, como el acoso sexual (incluida la petición de favores sexuales a cambio de trabajo o calificaciones escolares), los abusos sexuales de niños, niñas y adolescentes, la prostitución forzada y la trata de personas. La coacción puede abarcar:

- Uso de grados variables de fuerza
- Intimidación psicológica
- Extorsión
- Amenazas (por ejemplo, de daño físico o de no obtener un trabajo o una calificación, etc.)

También puede haber violencia sexual si la persona no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo, cuando está ebria, bajo los efectos de un estupefaciente, dormida o mentalmente incapacitada. Un estudio multipaís de la OMS (26) definió la violencia sexual como actos en los cuales una persona:

- Fue forzada físicamente a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad;
- Tuvo relaciones sexuales contra su voluntad por temor a lo que pudiera hacer su pareja;
- Fue obligada a realizar un acto sexual que consideraba degradante o humillante.

El reconocimiento de la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública se debe “al impacto negativo que tiene la misma en el bienestar y la salud integral de las mujeres” y “a que dicho impacto tiene lugar en una significativa proporción de mujeres en todo el mundo” (25). La violación afecta diferentes facetas de las vidas de las mujeres, lo que permite hablar de una crisis múltiple (14).

Es fundamental comprender hasta qué punto la violación representa una afectación de la salud y un problema de salud pública (5). Existen factores que pueden incidir en que algunas mujeres tengan más riesgo de verse expuestas a una violación. En primer lugar, las condiciones de clase social son relevantes. Asimismo, se debe considerar especialmente la situación de las mujeres con discapacidad, analfabetas o con bajo nivel de escolaridad, las niñas y adolescentes, las mujeres indígenas, las mujeres migrantes, las mujeres en zonas de conflicto armado y desplazadas, las mujeres en situación de prisión, y las mujeres en situación de crisis humanitaria (27).

Dado que la violencia no es una “enfermedad”, la noción de carga oculta sirve al propósito de mostrar la forma en que contribuye a incrementar otras afectaciones y morbilidades (5). Se conoce como “carga oculta de la enfermedad” al conjunto de efectos que no siempre son comprendidos desde los servicios y sistemas de salud, como consecuencia de la violación y que generan costos en múltiples niveles, tanto personales como familiares, comunitarios y sociales. Un estudio realizado en Estados Unidos (27,28) mostró que las víctimas de violencia sexual son 9 veces más propensas al intento suicidio y el doble de veces más propensas a la depresión mayor. Las víctimas de violencia tienen altas tasas de estrés postraumático persistente, a lo que se suma cuando el aborto por violación está prohibido legalmente o donde no hay acceso a los servicios, miles de mujeres deben sufrir la doble humillación de ser violadas y luego obligadas a tener el hijo producto de la violación. Los estudios también muestran que la violación incrementa la incidencia de episodios de ansiedad y miedo, el abuso de sustancias, y la disfunción sexual. Además, las mujeres que han sido violadas experimentan más pesadillas, pensamientos catastróficos, sentimientos de alienación y soledad, vulnerabilidad, pérdida de control y baja autoestima (27)(7).

En síntesis, la violación de las mujeres implica altos costos para los sistemas de salud pues deben atender las secuelas físicas y psíquicas de las mujeres que la sufren (29).

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte integral de los derechos humanos y su ejercicio es esencial para el goce de otros derechos fundamentales y para alcanzar las metas de desarrollo y de eliminación de la pobreza (12). En particular, los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos y existen para garantizar el bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos, así como la libertad para decidir de manera informada el número y espaciamiento de los hijos e hijas que se desee tener.

Se requiere comprender este enfoque de modo que cualquier iniciativa de políticas públicas y del ámbito sanitario sea sensible a las diferencias de género, clase social, culturales y otras, para que en la implementación se reconozca las necesidades de la población y las desigualdades sociales puedan acortarse efectivamente. Los derechos sexuales y reproductivos, como cualquier otro derecho, no deben ser entendidos sólo como libertades o elecciones privadas, sin condiciones habilitantes a través de las cuales puedan materializarse las convierte en declaraciones de principios. Estas condiciones habilitantes constituyen derechos sociales y requieren de bienestar social, seguridad personal y libertad política.

Es necesario que se consideren los principios de los derechos sexuales y reproductivos para lograr un abordaje integral de la violencia sexual: el Derecho a la autonomía sexual, Integridad sexual y Seguridad del cuerpo sexual, así como la posibilidad de tomar decisiones propias sobre la vida sexual, en un contexto de coherencia ética personal y social, lo que incluye el control y el placer de nuestros cuerpos libres de tortura, mutilación o de violencia de cualquier tipo. En este contexto cobra sentido el pensar en la violencia como un fenómeno multidimensional e interseccional., cuyo abordaje debe considerar el género, así como la intersección con otras formas de dominio, como lo son la edad, la clase social, la etnia, la discapacidad, la condición migratoria entre otras.

¿Qué nos dicen los datos sobre la violencia sexual en Chile?

En Chile, durante el año 2012, hubo 935 denuncias por violación registradas por Carabineros de mujeres hasta los 17 años (12). Según la cuenta pública de la Fiscalía Nacional del año 2014, ingresaron 21.543 denuncias por delitos sexuales. De esta cifra, un 82% de las víctimas es mujer, un 74% es niño, niña o adolescente y un 64% de los imputados por delitos sexuales es conocido de la víctima. El mismo año en Chile hubieron 879 niños/as que nacieron de madres en edades de 14 y menos años (con una tasa de 3,6 nacidos vivos por 1.000 mujeres en esas edades (30)). No todas, pero debe haber quienes han vivido violencia sexual. En el sistema de Salud Pública, datos de los Servicios de Urgencia muestran en el período 2011- 2014 alrededor de 2.000 atenciones anuales en promedio por violencia sexual (3).

Las mujeres no judicializan la violencia sexual. Históricamente, la justicia a las víctimas de sexo forzado ha sido parte de un proceso cultural, jurídico y político dificultoso, atravesado por un esfuerzo de desnaturalización de la violencia masculina y adulta, por el reconocimiento de la libertad e indemnidad sexual de las mujeres, niños, niñas y adolescentes, la revisión y crítica a las instituciones en su relación con éstos/as (matrimonio, familia, iglesia y escuela, ejército, etc.); en fin, por una tensión profunda en torno a las relaciones sociales de poder en que se desenvuelven sus vidas.

Estudios consistentes (26,31) demuestran que, en caso de violencia sexual infantil, la gran mayoría de los agresores son hombres, ya sea la víctima niño o niña. No es posible conocer a cabalidad la magnitud de la violencia sexual. Los registros existentes no corresponden a la prevalencia, toda vez que sólo un pequeño porcentaje denuncia. Aquellos que no son denunciados se conocen como la “cifra negra” de las estadísticas en delitos sexuales. En Chile, un estudio de 1992, de la Universidad Católica para el SERNAM, estima en 20.000 los delitos sexuales anuales y la denuncia entre un 15 a 20% de los casos (3).

En Chile durante el año 2008 se implementa la Encuesta Nacional de Violencia contra la mujer en el ámbito de Violencia Intrafamiliar y en otros espacios (ENVIF-VCM), cuya última versión fue realizada el año 2020 (32). En esta encuesta participa una muestra cercana a los 6 mil casos, se trata de una muestra representativa a nivel nacional. Un análisis estadístico, utilizando factores de expansión para extrapolar los resultados a nivel nacional, indica, como principales consecuencias en salud de las mujeres, lesiones físicas como equimosis, cicatrices, rasguños o hematomas en el cuerpo, embarazos no deseados, disfunciones sexuales y problemas psicológicos como angustia, miedo o estrés postraumático (33). Esta información evidencia que la violencia presenta consecuencias en salud que alcanzan múltiples ámbitos de la vida de la mujer. En Chile, con datos de esta encuesta se estima la prevalencia de la violencia sexual en los últimos 12 meses a nivel nacional es de un 2,96%, ahora bien, cuando se observa la prevalencia durante la vida el porcentaje se eleva a 9,88% (18).

En la (IV) Encuesta de Violencia contra la Mujer en el Ámbito de Violencia Intrafamiliar y en Otros Espacios (ENVIF-VCM), 2019, los resultados país muestran que el indicador de denuncia presenta una baja respecto a la medición anterior (año 2017); Denuncia por Violencia Sexual pasa de 23% a 16,3%. Este hallazgo representa uno de los aspectos más preocupantes de los principales resultados de esta Encuesta. Esta disminución podría estar implicando un aumento de la cifra no oficial, puesto que disminuye el número de casos conocidos por la policía, considerando que las denuncias por casos de violencia contra la mujer en el ámbito intrafamiliar suelen ser más bajas que las denuncias por delitos, tradicionalmente conocidos como, de mayor connotación social (32).

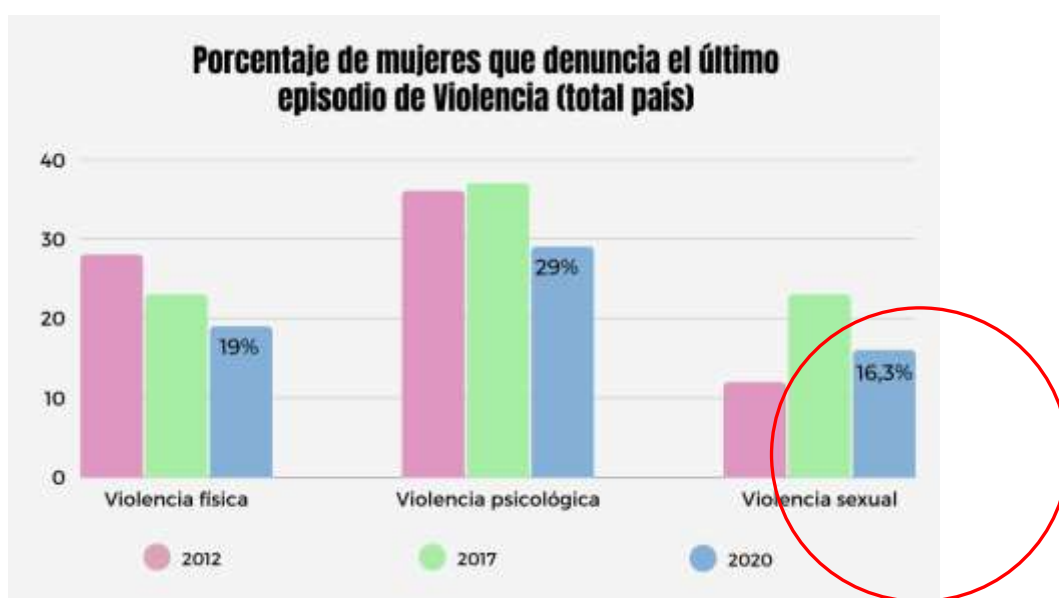


Gráfico 1

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la IV Encuesta de Violencia contra la Mujer en el Ámbito de Violencia Intrafamiliar y en Otros Espacios (ENVIF-VCM), 2020.

Según cifras cruzadas por fiscalía, ministerio público y carabineros (9), las principales características de la violencia sexual en nuestro país son:

- Se trata mayoritariamente de revelaciones tardías (en el caso de las niñas, por ejemplo, la detección del embarazo conlleva el descubrimiento de la violencia sexual) y hay pocos casos de flagrancia.
- Las diversas fuentes no son afluentes de un sistema integrado que permita visualizar la realidad de la violencia sexual y de aquella que resulta en embarazo en Chile, al menos respecto de la que conoce la institucionalidad pública. Sin embargo, la revisión de la información disponible por institución muestra una realidad alarmante por su extensión y porque confirma la alta prevalencia que la violencia sexual tiene en niñas y adolescentes, de todos los sectores sociales.
- En Chile, 8,7% de los niños y niñas declara haber sufrido abuso sexual alguna vez en la vida. La edad promedio en que se presenta este evento por primera vez es a los 8 años y medio.
- El género es un factor de riesgo, puesto que el 75% de las declaraciones son de niñas.
- Del mismo modo, al observar las declaraciones por nivel socioeconómico se establece que un 10,8% de los y las niños/as de nivel socioeconómico bajo han sufrido de abuso sexual, un 6,7% del nivel medio y un 5,9% del nivel alto (34).

2.2 Violencia sexual con resultado de embarazo.

El embarazo forzado, es una de las consecuencias más dramáticas de la violencia sexual. Una arista fundamental de este fenómeno es comprender que los embarazos producto de la violación son percibidos por las mujeres como un segundo acto de violencia (14). Esto implica tener que reconocer la existencia de prácticas sexuales forzadas allí donde habitualmente no se ven: al interior de la pareja heterosexual y entre hombres adultos y mujeres púberes al interior de la familia, las cuales, por cierto, pueden tener por consecuencia un embarazo.

Desde una perspectiva de salud pública (27) las intervenciones deben priorizar los grupos que están expuestos a mayores riesgos; en este caso, aquellos susceptibles a la exposición del daño, de tal modo que sea posible preservar, promover y mejorar su salud.

La afectación de la violencia sexual con resultado de embarazo es multidimensional, entre otras aristas puede comprometer:

- La física porque el solo acto violento constituye una violación de la integridad física y corporal de las mujeres, y las expone, cuando menos, a dos situaciones: el embarazo no deseado y las

infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. La negación u obstaculización de la prestación de servicios de salud puede exponer a la mujer a riesgos para su salud física, como la esterilización y las infecciones, entre otros riesgos.

- La salud mental porque es común que la violación y el embarazo forzado generen en las mujeres una afectación emocional, que puede llegar hasta la ideación suicida o el suicidio, y que abarcan afectaciones psíquicas como la depresión y el estrés postraumático, entre otras (14).

- La social, que puede ser afectada de múltiples formas: el riesgo de perder el trabajo, la interrupción de un proyecto de estudio o laboral, la pérdida de la pareja, el agravamiento de una situación de pobreza preexistente, el temor al estigma, el rechazo del producto, la humillación (14). Todas estas circunstancias reflejan las múltiples maneras en que un embarazo resultado de una violación puede afectar el bienestar de una mujer y por ende su salud en forma integral. Al afectar la salud de las mujeres en sus dimensiones física, mental y social, la violación y el embarazo producto de la violación tienen un impacto de corto y largo plazo en el bienestar y la integridad de las mujeres en diversas esferas.

En Chile, según las estimaciones de la última ENVIF-VCM, un 6,9% de las mujeres chilenas han sido víctimas de violencia sexual, y un 7% de las encuestadas afirma haber quedado embarazada. En relación con la tercera causal, esto es, cuando el embarazo es producto de una violación, las cifras no son tan fáciles de establecer pues en Chile no existen datos integrados de los delitos sexuales, un sistema de registro oficial unificado de estadísticas. Así, la información disponible es incompleta. Para efectos de proyectar el número de casos que podía ser atendido con la Ley 21.030, se consideraron los datos existentes de denuncias de delitos sexuales ante la Fiscalía, sabiendo además que solo un estimado de 10% de las mujeres denuncian los casos (3). Sobre ello, en base a la evidencia internacional, se estimó que el 10% de las mujeres violadas puede llegar a quedar embarazada en estas circunstancias. Con ello se proyectó un total de 2000 casos anuales que podrían constituir la tercera causal regulada en la ley.

La salud, como derecho de las personas, guarda relación con varios otros derechos humanos, de allí su vinculación con el derecho a una vida digna, a la integridad y seguridad personal, a la privacidad, confidencialidad, derecho a no ser sometido a tortura ni tratos crueles y al beneficio de los avances científicos entre otros derechos. Desde este enfoque se debe considerar “la angustia, el sufrimiento, la violencia y otras situaciones que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres para desarrollar trastornos emocionales; las condiciones sociales que afectan la salud física o mental; si la continuación del embarazo afecta el proyecto de y/o la calidad de vida de las mujeres; si la mujer es víctima de violencia de género, si el embarazo acarrea consecuencias negativas para los hijos ya nacidos y/o el funcionamiento familiar” (35).

La violencia sexual con resultado de embarazo es considerada una grave vulneración de derechos, especialmente contra la libertad e indemnidad sexual, y tiene importantes consecuencias sociales y para la salud de las víctimas, constituyéndose por esta razón además, en un problema de salud pública (36). La violencia sexual es un problema social que plantea desafíos teóricos y prácticos tanto a las instituciones de salud como a otras instituciones y a la sociedad en su conjunto. Dada las cifras anteriormente citadas y la cantidad de variables que intervienen, se constata que el fenómeno de la violencia sexual es una realidad social compleja que requiere de la definición de políticas públicas y de estrategias integrales que articulen a los distintos sectores que tengan competencia y responsabilidad en este ámbito, consensuando procedimientos institucionales que garanticen calidad y oportunidad de la atención y que se diseñen de acuerdo a las necesidades específicas de las personas afectadas, considerando por supuesto, sus consecuencias, como es el embarazo producto de la violencia sexual.

2.3 Aborto en causal violación

Una de las políticas integrales para abordar la violencia sexual con resultado de embarazo es el acceso al aborto en causal violación, o en su defecto, al aborto sin causal, restringido por plazo dependiendo de la legislación vigente en el país en que se encuentre la mujer.

La opción de decidir continuar o no una gestación cuando ésta es fruto de una violación, abre la posibilidad de que sea voluntaria la maternidad. Asimismo, pone límite a la violencia que se recibió sobre la sexualidad: que no alcance al conjunto de la vida de una mujer. Lo anterior dice relación con un principio no solo ético, sino también político. Se inscribe en el reconocimiento de las mujeres como sujetos con capacidad moral para decidir sobre cuestiones –como ésta– presentes en sus vidas, y aquello que hace del aborto un derecho es justamente el respeto a la decisión de la mujer, ya sea continuar o interrumpir una gestación (4).

Un abordaje integral de la violencia sexual que vivieron las mujeres incluye una legislación que considere la interrupción del embarazo en razón de la violencia vivida, como un derecho fundamental. Parte de los problemas que se revelan en el acceso al aborto tienen relación con las directrices u orientaciones del personal de salud, que muchas veces no ha tenido formación en derechos humanos, ni en derechos sexuales y reproductivos, ni en violencia de género ni sexual, y para el cual acogerse a la causal violación tiene enormes matices dependiendo de criterios propios, morales o religiosos, e incide en la objeción de conciencia, a la vez que en la credibilidad que se otorgue al relato de las mujeres adultas, la consideración de la voluntad de las niñas y adolescentes, la claridad en los procedimientos, los plazos acotados, la detección tardía y la residencia en lugares apartados y sin oferta de atención IVE (37).

Desde los derechos humanos, tal como se levanta desde el Taller Latinoamericano del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG, en el año 2008, se debe aplicar al aborto los 4 principios de la bioética (35): El principio de autonomía que debe entenderse como la capacidad de las mujeres de tomar sus propias decisiones, en base a sus valores y creencias para el logro de su propio bienestar y el logro de su proyecto de vida; la objeción de conciencia debe entenderse como la expresión del/a médico/a de no realizar un acto con el cual está en desacuerdo por convicciones profundas, la misma debe tener lugar en su actividad pública y privada. Sin embargo, el/la médico/a debe asumir la obligación ética de lograr una adecuada referencia por respeto al derecho de la mujer y la obligación que tiene de no colisionar contra el principio de no maleficencia. La objeción de conciencia es un acto individual y no institucional; por ello las instituciones de salud deben garantizar la oportuna prestación de los servicios y la permanente disponibilidad de personal no objetor para prestar los mismos. En Chile, este último principio se transgrede pues se acogió que las Instituciones de salud pudieran objetar como tales, situación inédita en el mundo (38).

Existen cuatro pilares esenciales del derecho a la salud, como parte de los derechos sexuales y reproductivos: la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad, todas estas dimensiones resultan críticas para la garantía del acceso a servicios de IVE por causal violación (5):

- Disponibilidad: servicios de salud suficientes y acordes con las necesidades de las mujeres, así como servicios legales y otros administrativos que estén involucrados, según cada contexto, en la atención integral a mujeres víctimas de violencia. Estos servicios deben estar disponibles a lo largo de todo el territorio nacional incluidas las zonas rurales.
- Accesibilidad: tiene varias facetas. La física da cuenta del hecho de que la oferta de servicios debe estar lo más difundida posible en el territorio. La económica da cuenta de la necesidad de que los diferentes grupos de mujeres dispongan de capacidad de pago para afrontar el precio de los servicios. También la accesibilidad está relacionada con el acceso a información y autonomía e implica abordar de manera clara y explícita las obligaciones que los profesionales de la salud y del ámbito judicial tienen de ofrecer información a las mujeres y de resguardar los estándares de calidad con que ésta debe ser suministrada, garantizando la oportunidad, la veracidad, la integridad y la claridad. Por último, los desarrollos legales también afectan la accesibilidad pues algunas políticas pueden requerir el diseño de normas en diferentes niveles, dado que la regulación es con frecuencia el primer paso en el camino a la accesibilidad.
- Aceptabilidad: los servicios de salud y otros servicios administrativos o legales deben respetar la confidencialidad y el secreto médico y las necesidades especiales de los grupos de mujeres.
- Calidad: los establecimientos que presten servicios de atención a mujeres víctimas de violación deben cumplir con estándares de calidad, contar con personal capacitado, tecnología adecuada, etc. (5).

Para este trabajo interesa particularmente profundizar en la dimensión del acceso. Según el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (39), el derecho a la salud abarca cuatro elementos esenciales que se interrelacionan, de las cuales uno corresponde a la accesibilidad. A su vez, la accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información. El acceso a los servicios de salud, entendidos de forma amplia desde la promoción y prevención hasta los aspectos curativos, resulta ser entonces la expresión final de los esquemas implementados para garantizar el financiamiento y la provisión de servicios en un contexto determinado, así como de los elementos que determinan los resultados del acceso en términos de salud de la población.

Para Andersen (40), el concepto de acceso efectivo se enfoca en mejoras en el estado de salud y en la satisfacción de los usuarios. El autor actualiza el modelo de la utilización al resaltar, por un lado, la importancia de las características de la población que pueden facilitar la utilización y, por el otro, la relevancia de la percepción del estado de salud, es decir, la pesquisa y/o valoración de síntomas (41). Más recientemente, en una revisión sobre el concepto de acceso, se hace énfasis en la relevancia de considerar que las acciones relacionadas con el acceso van más allá del sector salud (42).

En este sentido, es importante definir lo que se considera para este trabajo como acceso: por un lado, tiene relación con los aspectos administrativos para participar del procedimiento voluntario de interrumpir un embarazo, es decir, cómo se llevan a cabo los protocolos dentro de un plazo oportuno y adecuado para utilizar la técnica quirúrgica o médica más adecuada a cada caso; por otro lado, tiene relación con la disponibilidad de información oportuna y comprensible para la usuaria y la(s) persona(s) que la acompañen; con la existencia o no de trabas que impliquen dilatar los procedimientos, hacer engorrosa la comprensión de la ley o de los aspectos clínicos del proceso, manteniendo la garantía de adecuados servicios en todos los niveles, con acceso geográfico, cultural, económico, y provisión de medicamentos, insumos y equipos profesionales contemplados en el marco de la ley (médicos ginecobstetras, dupla psicosocial, psiquiatra). Desde esta perspectiva, se considera el compromiso de respetar y proteger la salud de la mujer, cumplir con el acceso efectivo a servicios de calidad establecidos en la ley, brindar en un marco de igualdad los mismos derechos a todas las personas, tomando en consideración sus distintas necesidades, y garantizar la equidad entendida como la eliminación de desigualdades y no discriminación (35).

La Ley de derechos y deberes de los pacientes (43) en articulación con los derechos sexuales y reproductivos brinda un marco claro de actuación técnica y responsabilidades éticas para los equipos de salud. En el caso de la prestación del servicio de IVE se debe evitar la afectación de la salud física, mental o social y por tanto los profesionales deben ofrecer a la mujer la posibilidad de

la interrupción con calidad, de lo contrario, se puede favorecer la aparición de un daño prevenible. El principio de beneficencia resalta los aspectos positivos de la actuación de los/as médicos/as al cumplir con la obligación de mantener el bienestar de sus pacientes. Así mismo, las pacientes tienen derecho a ser referidas a otros facultativos obrando de buena fe y velando por la existencia de procedimientos clínicamente adecuados y oportunos. El principio de no maleficencia es la obligación de evitar hacer daño intencionadamente y de prevenirlo, es decir hacer todo lo que sea necesario para evitarlo. Este principio impone a los/as profesionales el deber ético de contribuir a que la mujer adopte la mejor decisión, sin menoscabar su autonomía. Por último, el principio de justicia se fundamenta en la equidad, aplicada para impedir que el acceso al procedimiento de IVE sea obstaculizado o negado por razones de edad, raza, etnia, nivel educativo, entre otras.

2.4 Implementación de la Ley y acceso a IVE en Chile.

¿Cómo se observa la implementación de la tercera causal en cuanto a cifras hasta la actualidad? Según datos del Ministerio de Salud, a través de su Departamento de Estadísticas e Información de Salud, que durante la presente administración de gobierno han sido puestos a disposición de la ciudadanía, (recopilados a través del sistema de información para la ley 21.030, actualizados al 31 de marzo de 2022²) el número de causales por cada una de ellas y cada año son los siguientes, considerando el total de causales constituidas (habiendo constituido causal, considera quienes interrumpen y quienes continúan un embarazo), tanto en el sistema público como privado:

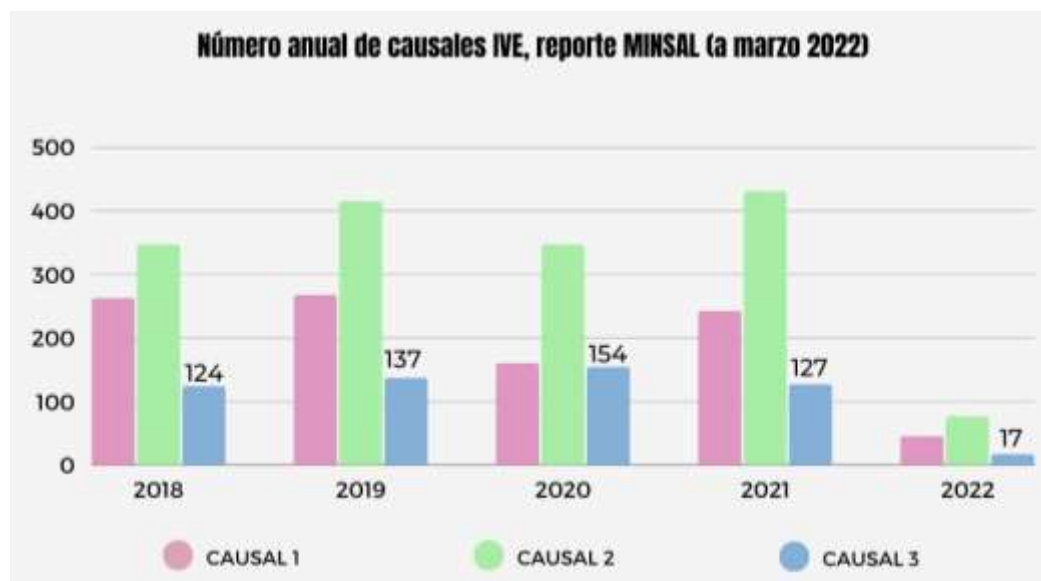


Gráfico 2. Fuente: Elaboración propia en base a reporte IVE MINSAL (mayo 2022), datos recabados hasta marzo 2022.

² No se cuenta con datos del año 2017, ya que no estaba vigente el sistema de información, se puso en marcha el año 2018. Los datos de 2022 son preliminares y se actualizan cada 3 meses.

<https://deis.minsal.cl/#tablerosIVE>

A casi 5 años de su puesta en marcha el número de Interrupciones voluntarias del embarazo constituidas por causal violación, entre 2018 a marzo de 2020, es de 559 casos (17,7% del total de IVE). Del total, 208 corresponden a usuarias de la RM, 109 son extranjeras, 64 son menores de 14 años, 24 reportan pertenencia a un pueblo indígena, 13 fueron atendidas en establecimientos de salud privada y 43 de ellas decidieron continuar con la gestación.

Durante el año 2021 de enero a diciembre se registraron 127 casos, 3 fueron atendidas en un hospital privado. Esta cifra (127 causales violación) constituye solo el 12,3% del total de causales constituidas anuales (44). En relación a los tramos etarios para 3ª causal: 27 de ellas tenían menos de 14 años; 20 entre 14 y 17 años, 26 entre 18 y 24 años; 35 mujeres tenían entre 25 a 34 años; 17 entre 35 a 44 años y 2 de ellas tenían 45 años o más.

Las cifras se encuentran lejos de la estimación proyectada en la Ley de más de 2.000 casos anuales (2). En cuanto a la objeción de conciencia, más del 50% de los profesionales son objetores para la tercera causal, lo que se ha mantenido estable y tendiente al aumento desde la entrada en vigencia de la ley (4).

A continuación, una tabla resumen de las cifras para cada causal:

AÑO	CAUSAL 1	CAUSAL 2	CAUSAL 3	TOTAL	% CAUSAL 3
2018	262	346	124	732	16,9
2019	267	414	137	818	16,8
2020	160	346	154	660	23,3
2021	242	430	127	799	15,8
2022	45	76	17	138	12,3
TOTAL	976	1.612	559	3.147	17,7

Tabla 1. Fuente: Elaboración propia en base a reporte IVE MINSAL (mayo 2022), datos recabados hasta marzo 2022.

Estas cifras dan cuenta de una deficiente implementación en relación a lo esperado. La causal violación se enmarca en la violencia sexual, de la cual no se conoce con exactitud su dimensión,

pero existen suficientes antecedentes que permiten observar que estamos frente a dificultades en el acceso a la atención para las mujeres que han sido víctimas de una violación y quieren atenerse a la ley.

A continuación, se señalan las dificultades, obstáculos y críticas presentes en la literatura producida en los casi 5 años de implementación de la ley, la cual es incipiente.

En el reglamento de la ley 21.030 (45), se establece que la atención de una IVE se realiza en el nivel de especialidad del sistema público (específicamente en los dispositivos de atención de Alto riesgo obstétrico ARO), sin embargo, la puerta de entrada del sistema es, debiera ser, la atención primaria de salud. Ha sido observado que esta falta de visión respecto de la necesaria continuidad de la atención en el contexto de las Redes integradas podría incidir en la menor pesquisa, oportunidad y, en suma, dificultades de acceso a la Ley en 3 causales, lo que se vuelve aún más crítico en el caso de la causal violación. Según el informe de monitoreo a la ley 21.030, realizado por la Mesa de acción por el aborto en Chile MAACH, el año 2019 (37) y 2020 (46) da cuenta de serias falencias en el primer nivel de atención, señalando que el deber de informar a las mujeres sobre la ley y la posibilidad de estar en alguna de las causales legalizadas de interrupción del embarazo no siempre se cumple, o bien, se cumple deficientemente, lo que además, es crítico en territorios alejados de las grandes urbes: “Los establecimientos primarios, consultorios, postas rurales no cuentan con información para entregar a las usuarias” (37). El deber de informar de manera adecuada a las mujeres también se ve afectado por la escasísima capacitación del personal de APS, distinto a las matronas directamente involucradas y algunas profesionales del área psicosocial.

Las tensiones puestas en el debate dieron una idea de lo compleja que sería la implementación de una ley que generó resistencia en la parte más conservadora de nuestra sociedad, incluyendo a médicos ginecobstetras y otros profesionales de salud, sobretodo de instituciones privadas, pero también a una parte importante de trabajadores del sistema de salud público. Parte importante de ello se refleja en las cifras de objeción de conciencia, aspecto clave en el análisis de la implementación de los servicios de interrupción legal del embarazo. La objeción de conciencia se define como “la negativa de una persona - en este caso de un profesional sanitario- a someterse a una conducta jurídicamente exigible por chocar con sus más profundas convicciones morales, filosóficas o religiosas”(47). Dentro de la discusión de la Ley IVE la figura de la objeción de conciencia concentró parte importante del debate y de las dificultades de acuerdo político. El proyecto de ley aprobado contempló inicialmente solo la objeción de conciencia individual, sin embargo, el Tribunal Constitucional modificó su alcance introduciendo la figura de objeción institucional, a la cual hoy pueden acogerse instituciones privadas, incluyendo aquellas que tienen

convenios de financiamiento estatal, lo que ha sido objeto de debate y cuestionamiento (3,6,38,48).

La situación más crítica la enfrentan mujeres, adolescentes y niñas embarazadas por una violación, pues es la causal que presenta la mayor cantidad de objetores/as de conciencia en los establecimientos públicos de salud. Sin embargo, además de las cifras oficiales, en la implementación de la ley también se identifica una objeción de conciencia no declarada (37,46,49), la cual se expresa principalmente mediante la omisión de información, la solicitud de requisitos para acceder a la prestación que no están incluidos en las guías y protocolos de atención, o transgrediendo la dignidad de las mujeres obligándolas a ver la pantalla y escuchar los sonidos durante la ecografía. Es importante saber que la objeción de conciencia únicamente permite negarse a participar directamente en el procedimiento de interrupción del embarazo, es decir al trabajo en el pabellón quirúrgico. No permite abstenerse de brindar información, realización de exámenes, diagnósticos médicos o cuidados posteriores requeridos, incluso si la objeción de conciencia es institucional. La objeción de conciencia tampoco aplica para ninguna de las funciones de gestión y dirección del establecimiento de salud (38).

Los monitoreos de la sociedad civil (37,46,49,50) identifican otra dificultad que se les puede presentar a quienes soliciten la interrupción de su embarazo por casos de violación, son los restrictivos plazos que se otorgan: 14 semanas de embarazo para las menores de 14 años y 12 semanas para las mayores de 14 años. Estos plazos toman poco en consideración el proceso personal y emocional que significa el reconocimiento de la situación de abuso y hacerlo pública, lo que muchas veces se vive de manera contradictoria. Una persona víctima de violación se encuentra a menudo manipulada, confundida y amenazada, pues ha experimentado una situación sexual violenta que la vulnera, pero que, a su vez, la puede hacer sentir responsable y culpable. En los casos en que la experiencia de violación se da en el ámbito familiar o de violencia de pareja, la víctima vive una intensa angustia y confusión, encontrándose sometida a la ley del silencio, en la que el abusador chantajea, miente y culpabiliza para mantener oculto el abuso. A este complejo proceso emocional se suma la vergüenza por el estigma de la violación y el aborto, el temor de la víctima a que no se crea en su relato y la incertidumbre de si será o no protegida. Como consecuencia, muchas niñas y mujeres ocultan el abuso sexual o tardan en contarlo, cerrando así la posibilidad de solicitar la interrupción de un embarazo no consentido.

Otro punto destacado por las organizaciones que han puesto un ojo crítico sobre la ley, es quiénes participan de su implementación, relevando falta de compromiso de los profesionales de salud. En los establecimientos observados en el monitoreo de la MAACH (37) la implementación de la ley IVE recae como responsabilidad en la matrona a cargo de la ley y el resto del equipo de APS poco tiene

que ver con esa atención; la derivación expedita es donde se pone el esfuerzo del establecimiento, nuevamente, a través de la matrona. Ellas también son las responsables de sensibilizar e informar sobre la ley al resto del personal y a la comunidad. Respecto a la ruta de las mujeres, en el caso de la tercera causal, se destaca que no existen iniciativas de información de la ley y acciones que atiendan la extendida realidad de violencia sexual a niñas y adolescentes, y mujeres en general, y tampoco adecuada información en la red APS, lo que repercute en que muchas sencillamente quedan fuera de la ruta, o nunca la comienzan. Otro aspecto clave y ausente en la literatura, es la articulación para efectos de la atención de IVE del sector salud con el intersector, clave en la derivación a unidades de reparación, atención psicosocial y atención a víctimas de delitos, como la fiscalía, parece relevante entonces considerar cuáles son las trayectorias de las mujeres en el acceso a la ley, considerando los diferentes actores que intervienen en el proceso de atención. Todo esto da cuenta de una importante falta de capacitación (37,46,49,50).

2.5 Contexto local de atención, Hospital San José.

En este capítulo se describe el contexto donde se sitúa el proceso de atención en este estudio, el Complejo Hospitalario San José. El Hospital San José se ubica en la comuna de Independencia, en la Región Metropolitana. Es el Hospital público de referencia para el Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN), un establecimiento de alta complejidad, que brinda atención a personas adultas y recién nacidas, provenientes preferentemente de las comunas de Independencia, Recoleta, Conchalí, Huechuraba, Quilicura, Lampa, Colina y Til-Til.



Figura 1. Red asistencial SSMN. Fuente: Página web SSMN.

La ley 21.030 de interrupción voluntaria del embarazo sitúa la prestación de aborto en 3 causales en las unidades llamadas ARO, Alto Riesgo Obstétrico, unidades especializadas que se encuentran en el segundo nivel de atención.

En este caso el Aro se ubica en el Centro de Diagnóstico y Tratamiento “Dra. Eloísa Díaz” parte del Complejo Hospitalario San José. Sin embargo, como veremos a continuación, en el marco de la respuesta integral necesaria para el abordaje de las usuarias que desean interrumpir un embarazo por alguna de las 3 causales, en el Hospital San José se conforma desde el año 2017, la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva (USSR), que funciona en el cuarto piso (maternidad). Cuenta con un pequeño espacio propio, una sala de acogida, que sirve principalmente para tomar relato a las mujeres en causal violación, el resto de las tareas se desarrollan en los espacios comunes del piso

de maternidad: box de atención con ecógrafo, pabellón, recuperación, urgencia, CDT, etc. El equipo IVE del Hospital San José se ha mantenido relativamente estable en el tiempo, con algunas salidas y entradas de personal, pero la coordinación y gran parte de las personas que comenzaron cuando se promulga la ley se encuentran trabajando actualmente en el equipo.

En noviembre de 2017 el equipo de ginecobstetras conforman la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva (USSR) o equipo MUSA, que atiende a Mujeres en Situación de Aborto y se encarga del 100% de las pérdidas reproductivas que llegan al Hospital, sean abortos inducidos o espontáneos³. En la USSR trabajan a la par el equipo clínico que se ocupa de la salud física de las mujeres, y el equipo de salud mental compuesto por psicólogos/as y psiquiatra, ambos equipos más la matrona gestora quien se ocupa del registro y reporte de los casos y la trabajadora social conforman lo que en adelante llamaré Equipo IVE. Su composición y nombre dan cuenta de una mirada particular sobre la salud de las mujeres y el compromiso en el respeto a sus derechos. El trabajo que realizan no es exclusivamente para las IVE; sin embargo, es una parte fundamental de la identidad del equipo. En el siguiente organigrama se muestra la estructura de funcionamiento y roles principales en el Equipo IVE del Hospital San José.

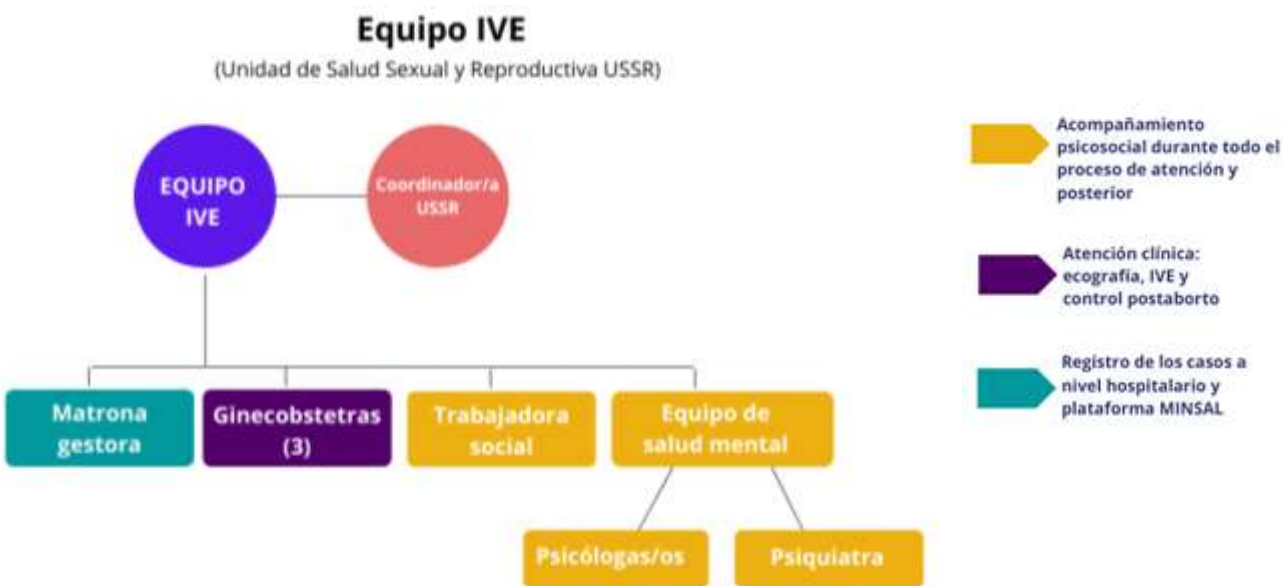


Figura 2: . Equipo IVE, Unidad de Salud Sexual y Reproductiva Hospital San José. Fuente: Elaboración propia.

³ Exposición USSR Diálogos sobre la implementación de la ley 21.030, Escuela de Salud Pública, enero 2018.

La estabilidad de gran parte de las personas que conforman este equipo incide en poder establecer los objetivos de trabajo de forma mancomunada, y, por otro lado, percibir los aprendizajes hechos en el tiempo, así como los desafíos que están pendientes para mejorar la atención de las usuarias, cuestiones que serán abordadas en profundidad en los resultados.

A continuación se describe el trabajo de esta unidad en relación a la ley 21.030 en cifras⁴, partiendo por la cantidad de causales de interrupción voluntaria del embarazo en causal violación efectuadas por año, desde el inicio de la implementación de la ley (septiembre 2017) hasta la fecha en que fue respondida la solicitud de información de parte del Hospital (junio 2022), segmentada por tramo etario (14 y menos, 15-17 y 18 y más años):

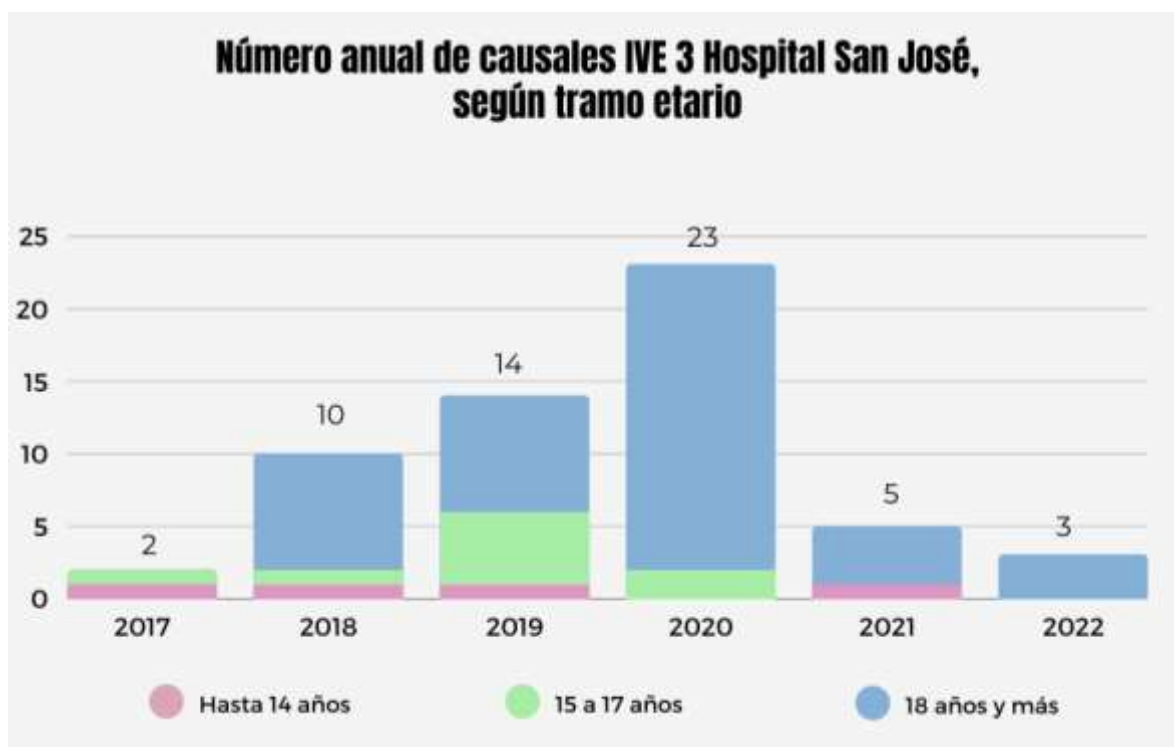


Gráfico 3: Número anual de IVE causal violación según tramo etario, en el Hospital San José. Fuente: Elaboración propia en base a datos recopilados de solicitud de información vía OIRS (respondida el 9 de junio 2022).

En el gráfico anterior se encuentran los datos por año, desde 2017 (año que entró en vigencia la ley, a finales de septiembre) hasta el presente año (tramo enero-junio 2022). Se puede apreciar que el total de interrupciones por 3ª causal aumenta, en particular, durante el primer año de la pandemia por covid-19 (2020), sin embargo, tiene una abrupta caída el año pasado, contando solo 5 abortos

⁴ Datos recabados a través de solicitud de transparencia, ingresada vía OIRS al Hospital San José, respondida el 9 de junio 2022.

por causal violación. Si se mira la distribución en relación al tramo etario, las niñas y adolescentes de 14 años hacia abajo (color rosa) representan una cantidad muy baja de IVEs (solo 4 desde que se implementa la legislación); las adolescentes entre 15 y 17 años también conforman un número menor, exceptuando el año 2019 donde se realizan 5 interrupciones, el año pasado (2021) no hubo ninguna, en total desde el inicio de la ley son 9 IVE.

El tramo entre 18 años hacia arriba presenta la mayor cantidad de IVE, en particular el año 2020 donde hubo 21 abortos por causal violación. El total, como se muestra en la tabla que sigue, desde el año 2017 a la fecha es de 57 interrupciones por causal violación. Cabe destacar que, según datos solicitados vía OIRS, no hay ningún rechazo ni inasistencia de parte de las mujeres; es decir, quienes inician proceso y constituyen causal llevan a término esta decisión.

AÑO	HASTA 14 AÑOS	15-17 AÑOS	18 AÑOS Y MÁS	TOTAL
2017	1	1	0	2
2018	1	1	8	10
2019	1	5	8	14
2020	0	2	21	23
2021	1	0	4	5
2022	0	0	3	3
TOTAL	4	9	44	57

Tabla 2: Número anual de IVE causal violación según tramo etario, en el Hospital San José. Fuente: Elaboración propia en base a datos recopilados de solicitud de información vía OIRS (respondida el 9 de junio 2022).

Estas cifras dan cuenta de la dimensión de atenciones que se han manejado en el Hospital San José, con respecto a las causales 1 y 2 (riesgo de vida de la mujer y malformación fetal incompatible con la vida extrauterina respectivamente) la causal violación representa un porcentaje de 29,7% del total de las atenciones IVE. Para tener una idea de la magnitud de estos datos, se solicitaron también las cifras en relación a la cantidad de partos atendidos para menores de 14 años y entre 15 y 18 años.

NÚMERO ANUAL DE PARTOS ATENDIDOS HSJ, POR TRAMO ETARIO (2015-JUNIO 2022).

AÑO	HASTA 14 AÑOS	15-18 AÑOS
2015	30	734
2016	34	571
2017	24	467
2018	20	418
2019	10	305
2020	11	268
2021	10	207
2022	7	78

Tabla 3: Número anual de partos atendidos hasta los 18 años en el Hospital San José, entre 2015 y 2022 hasta la fecha de solicitud de la información. Fuente: Elaboración propia en base a datos recopilados de solicitud de información vía OIRS (respondida el 9 de junio 2022).

Al observar estas cifras queda de manifiesto que existen dificultades en el acceso a la causal violación. No todos los embarazos son producto de violencia sexual y no todas las mujeres, adolescentes y niñas que viven violencia sexual decidirán interrumpir una gestación. No obstante, la cifra debiera ser mayor considerando que según la ley 19.617 promulgada en 1999, la edad mínima de consentimiento sexual (que corresponde a la edad en que se considera que una persona es capaz de consentir la actividad sexual) son 14 años, por lo que todas las niñas y adolescentes gestantes de menos de 14 años automáticamente debían entrar en causal, debido a que se considera legalmente violación (aunque hubiera habido consentimiento). Justamente el objetivo de esta ley es proteger a las/os/es adolescentes de los abusos y de las consecuencias que pueden darse al no ser plenamente conscientes en el momento de iniciar la actividad sexual temprana sobre sus derechos y desarrollo.

Por otra parte, las adolescentes que dieron a luz teniendo entre 14 y 18 años representan una cifra altísima en comparación a la cantidad de IVEs realizadas. Aunque se desconoce la magnitud de la violencia sexual, el embarazo por violación tiene una ocurrencia mayor a nivel intrafamiliar (7) y, es posible suponer que las cifras IVE no estén atendiendo al total de niñas, adolescentes y mujeres que sufren violencia sexual y quedan embarazadas.

En relación a los datos a nivel regional, las IVE 3a causal realizadas por el Hospital San José representan un 27,4% y durante el presente año 2022, el 100%, lo que muestra la importante

contribución en proporción al total de causales, que se realizan en el Hospital San José. La tabla que sigue a continuación recoge estos datos:

CIFRAS ANUALES CAUSAL 3 (2018-MARZO 2022)				
AÑO	NACIONAL	RM	HSJ	% HJS SOBRE RM
2018	124	46	10	21,7
2019	137	47	14	29,8
2020	154	75	23	30,7
2021	127	37	5	13,5
2022	17	3	3	100,0
TOTAL	559	208	57	27,4

Tabla 4: Elaboración propia en base a datos recopilados de solicitud de información vía OIRS (respondida el 9 de junio 2022) y cifras tablero de datos reporte IVE MINSAL de mayo 2022 (cifras hasta marzo 2022).

Durante el despliegue del trabajo de campo, y a raíz de estos datos, surge la pregunta respecto al acceso de las mujeres de la IVE causal violación.

La ley de interrupción voluntaria del embarazo en 3 causales impone desafíos de diverso orden a los servicios de salud, si consideramos la cifra de las causales constituidas en estos años de implementación de la ley, es evidente la necesidad de explorar el acceso y el proceso de atención de las mujeres para realizar un aborto en causal violación.

Capítulo 3: Objetivos

Objetivo general.

Caracterizar el proceso de atención y la ruta de acceso en casos/situación de interrupción voluntaria del embarazo en causal violación, considerando la propia experiencia de las mujeres en la RM; y del personal de salud que las atiende en un establecimiento de alta complejidad de la red pública de la RM, y de funcionarios públicos y expertas del intersector involucrados en la IVE.

Objetivos específicos.

1. Describir la ruta de acceso y proceso de atención de las mujeres a la IVE causal violación, en un dispositivo de atención de la red pública de la RM, desde su propia experiencia.
2. Describir el proceso de atención para acceder a una IVE en causal violación, desde la experiencia de funcionarios/as de salud en un dispositivo de atención de la RM y de funcionarios/as del intersector involucrados en el acceso a la atención.
3. Caracterizar y analizar los problemas y/o dificultades que existen en el acceso a la atención para las mujeres que quieren interrumpir un embarazo por causal violación, a la luz del enfoque de Derechos Humanos y de Género para el sector salud.

Capítulo 4: Marco metodológico

La necesidad explicativa y comprensiva de los fenómenos sociales ha empujado hace ya muchas décadas las consabidas consignas sobre la complementariedad y acercamiento entre las perspectivas metodológicas. Sin embargo, en el campo de la salud, la jerarquía del positivismo suele imponerse con fuerza sobre una aproximación más holística. Para quien viene desde una formación en ciencias sociales, como es mi caso, el desafío más importante es resguardar la coherencia en la mirada epistemológica sobre los fenómenos. En este tránsito entre ciencias sociales y salud, las prácticas investigativas en la salud pública han hecho más tangible para mí la distancia en el *cómo conocer*, entre una mirada más pragmática-cuantitativa, y otra más interpretativa-cualitativa; que muchas veces, en la profundización de lo particular presenta el riesgo de perder la mirada más estructural sobre los fenómenos. Esto precisamente es una de las fortalezas del enfoque epistemológico de la salud pública al tener el foco puesto sobre los fenómenos poblacionales. La aproximación cualitativa cobra relevancia al aportar profundidad a la interpretación de los fenómenos, más allá de su magnitud.

El interés de desarrollar este trabajo no descansa en reafirmar un favoritismo por los métodos cualitativos, sino intentar mostrar que –cuando es pertinente a un objeto de investigación– tiene una gran potencia para dar cuenta del fenómeno estudiado.

Un aspecto distintivo de las ciencias sociales es el hecho de que es intrínseca y extrínsecamente ideológica (51). Nadie osa negar hoy en día que toda ciencia es comprometida. Vehiculiza intereses y visiones de mundo históricamente construidos, aunque sus contribuciones y sus efectos teóricos y técnicos sobrepasen las intenciones de su desarrollo. No obstante, las ciencias físicas y biológicas participan de forma diferente del compromiso social, por la naturaleza misma del objeto que coloca al investigador. En la investigación social, la relación entre el investigador y su campo de estudio se establecen definitivamente. La visión de mundo de ambos está implicada en todo proceso de conocimiento, desde la concepción del objeto, hasta los resultados del trabajo y su aplicación. En las ciencias “duras” (ésta sola distinción es un ejemplo) como la biología y la medicina, dada la organización jerárquica de las escuelas hasta los lugares donde se practica, se deja muy poco margen para el diálogo y la entrada de “otros” conocimientos que no sean los “legítimos”, que no estén “comprobados” por la ciencia, en sus propios términos y con sus propios métodos. Cabe preguntarse, ¿cómo la salud pública (que se encuentra a medio camino entre ambos mundos) ha dejado entrar las voces de aquellos/as/es que debido a la asimetría de la biomedicina no han logrado hacerse escuchar?

Tal como señala Sautu (52), la investigación no se da en abstracto, sino en circunstancias históricas determinadas, es un proceso socio - histórico. Esto implica que la selección de los objetos de estudio, así como los diseños y la utilidad de sus resultados están en función de los intereses institucionales, sociales y/o personales; ello sugiere que los resultados de las investigaciones tengan un uso socio-político y no se trate simplemente de investigar por investigar. Hoy es posible investigar la ruta de acceso y proceso de atención de las mujeres que decidieron abortar un embarazo que fue producto de una violación, porque en Chile tenemos una ley que entrega esa posibilidad. No existe desde siempre, muchas mujeres lo saben bien. La importancia de abordar este tema radica no solo en el seguimiento a la implementación que cualquier política pública merece, sino a un punto ético, donde una prestación de salud que devuelve la autonomía a las mujeres debe estar vigente como una práctica accesible, disponible, oportuna, de calidad, con enfoque de género y respeto a la decisión de las personas. La elección por lo cualitativo responde a la posibilidad de profundizar en la temática del aborto y la violencia sexual, de la mano de quienes protagonizan el fenómeno. Comprender cuáles han sido sus experiencias en el marco de la habilitación de la causal violación, así como los desafíos y obstáculos que viven.

La investigación cualitativa favorece el estudio de los procesos en tanto inseparables de su contexto, enraizando su comprensión en las características y experiencias de los actores del mismo. Es por esto que, en el caso de este tema de estudio, en el que se ha privilegiado el discurso de los actores y las actoras, nos es de utilidad la aproximación metodológica cualitativa. La cual, según Hernández Sampieri: “se basa en un esquema inductivo, es expansivo y por lo común no busca generar preguntas de investigación de antemano ni probar hipótesis preconcebidas, sino que éstas surgen durante el desarrollo del estudio... su método de interpretación es interpretativo, contextual y etnográfico” (53). Este modelo se ciñe de mejor manera a las características de la presente investigación en la medida que requiere de herramientas flexibles que posibiliten la modificación de temáticas, diseños, técnicas de investigación e incluso el replanteamiento de problemas y objetivos.

En términos formales, la presente investigación se configuró como un estudio de tipo exploratorio-descriptivo, ya que se trata de un tema emergente que ha sido poco estudiado en este contexto en particular y desde este enfoque. Esto implicó acercarse a los contextos para realizar entrevistas semiestructuradas a usuarias y funcionarios/as de salud, para -en una fase paralela- sistematizar los datos y obtener conclusiones de tipo analíticas en diálogo con el marco teórico y conceptual. Por lo tanto, a través del análisis e interpretación de los datos que se logra construir con las técnicas designadas para ello, se elaboraron los resultados y conclusiones. Las técnicas de construcción de datos se aplicaron en un momento único, cuyo propósito fue caracterizar las temáticas de interés, dotarlas de contenido para comprender el fenómeno.

4.1 Proceso de investigación

Se realizó un estudio de corte cualitativo con un enfoque exploratorio-descriptivo respecto de las percepciones y prácticas de los y las profesionales de la salud sobre el aborto, particularmente, del acceso al aborto inducido en tercera causal, violación, así como la experiencia y percepciones para el acceso y proceso de las mujeres.

Siguiendo el principio de la flexibilidad se consideró relevante incorporar la mirada de otros actores involucrados en el proceso no contemplados en primera instancia: otros profesionales de salud que potencialmente derivan a las usuarias (atención primaria de salud) y otros profesionales del intersector. La investigación cualitativa es flexible y va respondiendo a lo que emerge en el proceso de investigación. Producto del dinamismo en la interacción de quien investiga con aquello que va emergiendo en los datos y el diálogo con los actores involucrados en el fenómeno, el proceso de investigación se compuso de dos momentos.

Un primer momento donde se comienza a cubrir las temáticas propuestas en el diseño inicial de investigación, y un segundo momento donde surge una nueva arista de la temática principal, no considerada previamente, pero atingente con el objetivo de estudio. Tras las primeras entrevistas, se configuraron nuevas dimensiones claves en las rutas y experiencias de acceso a la atención de las mujeres. La necesidad de iluminarlas implicó ampliar los perfiles de participantes inicialmente considerados.

En el segundo momento entonces, se decide ampliar la muestra para entrevistar a: referente IVE del SSMN; profesionales de las 2 instituciones acreditadas para acompañar a mujeres que abortan en el marco de la ley (APROFA y Miles); asistente social experta en violencia sexual infantil-juvenil, abogada experta en DDHH, aborto y violencia sexual, participantes de 2 organizaciones de acompañantes de abortos fuera de la ley⁵, con esto se apuntó a cumplir el objetivo de caracterizar el acceso y el proceso de atención apuntando a dar una panorámica general de lo que sucede con el aborto en tercera causal.

4.2 Técnica de producción de datos

Se utilizó la entrevista semi-estructurada, en formato cara a cara toda vez que fue posible, en su defecto se realizó en formato virtual a través de la plataforma zoom. La elección de esta técnica se

⁵ Se intentó entrevistar a funcionarios/as del Servicio Médico Legal, pero luego de 4 meses de gestiones resultaron infructuosas.

justifica porque permite explorar y comprender la subjetividad, los sentidos y representaciones de los individuos sobre hechos, procesos y acontecimientos que forman parte de su vida, en un contexto social en el cual priman la diversidad de adscripciones y referencias, muchas veces contradictorias entre sí. Permite conocer el discurso de los actores protagonistas de un proceso - definido como *“un conjunto de prácticas lingüísticas que mantienen y promueven ciertas relaciones sociales”*(54). La propuesta realizada por Hernández Sampieri, también ha sido considerada como pertinente a nuestros objetivos de investigación y consistente en torno a la visión anteriormente expuesta: *“Las entrevistas semi-estructuradas se basan en la guía de asuntos o preguntas para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados”* (53). El propósito de las entrevistas fue obtener respuestas sobre el tema, problema o tópico de interés en los términos, el lenguaje y la perspectiva de los y las entrevistados y entrevistadas (*“en sus propias palabras”*), el experto es el entrevistado.

La entrevista contó con un guion temático (Anexo 1) definido a partir de los objetivos, preguntas de investigación, insumos teóricos y antecedentes disponibles en la literatura en relación con el objeto de estudio.

Sobre lo realizado, las entrevistas del personal de salud del Hospital San José fueron llevadas a cabo mayoritariamente en dependencias del mismo hospital; dos entrevistas se realizaron en dependencias de la Escuela de Salud Pública, y otra en el lugar de trabajo de la persona entrevistada en otro Hospital. En el caso de la única usuaria entrevistada la técnica fue aplicada de forma presencial en el lugar donde manifestó sentirse más cómoda. Solo una de las entrevistas a profesionales del Hospital San José fue llevada a cabo a través de una plataforma de videollamada (zoom) y se debió a que la persona entrevistada se encontraba con cuarentena por covid-19. Las entrevistas con profesionales y expertas fueron realizadas mayoritariamente a través de la plataforma virtual zoom. Las entrevistas duraron entre 31 a 92 minutos. Previo al comienzo de cada entrevista se procedió a la lectura del consentimiento informado, respuesta a preguntas de los/as entrevistados/as sobre los objetivos y alcance de la investigación, y firma del documento; entregando una copia firmada por la investigadora a cada participante, en el caso de las entrevistas virtuales se solicitó además un consentimiento verbal al inicio de la grabación. Todo el material fue grabado y transcrito textualmente para su posterior análisis. El trabajo de campo se extendió desde enero a mayo de 2022.

Respecto a la entrevista de la usuaria, se decidió utilizar el formato de relato de vida. Al tratarse de un material único (tanto en lo singular de la experiencia, como por haber podido realizar una entrevista a solo una usuaria), sobre el cual no es posible establecer comparaciones, recurrencias ni diferencias, el relato de vida aparece como una opción metodológica que permite aproximarse al

material construido desde una lógica distinta y pertinente. Ésta tiene un carácter instrumental: es una técnica que puede ser utilizada con diversas finalidades. Como sucede en toda práctica, su sentido como “técnica” aparece sólo en referencia a los principios que orientan su utilización. El enfoque biográfico constituye justamente un “enfoque”, una mirada orientada, en la cual cobra sentido la utilización del relato de vida: lo sitúa en un determinado marco conceptual, ético y epistemológico, que lo diferencia de su utilización bajo otra orientación. Un ejemplo de esta orientación ética se recoge a través del título de este capítulo “5.3 La experiencia de hacerse un aborto” que posiciona en primera persona la narrativa de dicha experiencia. Al utilizar el relato de vida en investigación, trabajando analíticamente sobre el relato de una persona sobre sí misma o sobre un aspecto de su vida, situamos un segundo nivel de interpretación: interpretamos una producción del narrador, que, a su vez, es una interpretación que hace de su propia vida. Es lo que se ha llamado “doble interpretación” (55). El relato de vida corresponde a la enunciación -escrita u oral- por parte de un narrador, de su vida o parte de ella. En este caso, de la experiencia de hacerse un aborto por causal violación.

Solicitando un relato de vida, se brinda la posibilidad que el narrador o narradora elija o no asumirse a sí mismo/a, en tanto producto, productor/a y actor/a de su historia (56). Permite reconocerse producto de una historia material (familiar, social, política, cultural) que determina su vida, condiciones en las cuales ha sido arrojado, en términos existenciales. Reconocerse productor/a de su historia, a través de sus propias elecciones, responsabilizándose por aquel margen de libertad que le ha permitido decidir, y a partir de estos reconocimientos, se abre la posibilidad de situarse como actor/a de una historia, de la cual se busca ser el o la protagonista.

La realización de esta entrevista fue particularmente desafiante, como señala M. Cornejo (57): *“Trabajar con relatos de vida conlleva que los participantes se impliquen y se comprometan fuertemente con sus historias, re-observándolas, examinándolas, conmoviéndose y reactualizando sus sufrimientos, respecto a momentos particularmente difíciles y dolorosos. Esto determina momentos muy fuertes desde el punto de vista afectivo”*. Se insistió en que ella, la usuaria, decidiría por dónde comenzar, qué elementos tocar y hasta dónde profundizarlos. La ética de trabajo presente imponía una situación de respeto absoluto e irrestricto de su elaboración de la experiencia vivida. El resultado es un capítulo distinto a los demás, donde se da espacio a la palabra de la usuaria y la labor de investigadora se limita a darle fluidez al relato, para terminar con algunas reflexiones analíticas de su experiencia. Elementos que surgen de la experiencia narrada serán retomados en otros puntos del análisis y, sobre todo, como insumos para la discusión de los resultados.

4.3 Muestra y participantes.

En congruencia con la metodología cualitativa de investigación se utilizó una muestra de carácter no probabilístico o dirigida, de carácter teórico (53). Las personas que participaron de la investigación fueron seleccionadas según criterios establecidos de antemano, privilegiando la profundidad y riqueza de los datos por sobre la representatividad o directa proporcionalidad en relación al universo de la población en estudio. En este caso se decidió considerar los perfiles de todos los profesionales involucrados, de acuerdo a la Norma técnica de acompañamiento integral a mujeres que deciden interrumpir un embarazo (58) en particular en causal violación: dupla psicosocial; ginecobstetras, psiquiatra. Además, se incorporaron otros miembros del equipo del Hospital de estudio; así como, en el segundo momento, se amplía a otros profesionales de salud y del intersector.

Criterios de inclusión:

- Mujer mayor de 18 años, que haya solicitado IVE en tercera causal en un hospital público de la RM, en el caso de menores de edad se accede a la experiencia solo a través de familiares o acompañantes de la menor.
- Profesionales de salud de un establecimiento de salud de alta complejidad, vinculados a procesos IVE en tercera causal.
- Profesionales de salud de atención primaria correspondiente al territorio del hospital público, vinculados a procesos IVE en tercera causal; en particular, matrón/as, psicólogo/a, trabajador/a social, entre otros.
- Profesionales o funcionarios del intersector (organizaciones e instituciones que trabajan el aborto, dentro y fuera de la ley).

Criterio de exclusión:

No se tomaron a priori, ni surgieron durante el proceso de investigación, situaciones que ameritaran la utilización de criterios de exclusión.

Participantes

En total, la muestra está conformada por 22 personas entrevistadas, como muestra la tabla resumen a continuación:

Se aplicó la técnica de entrevista semiestructurada a:

- 9 funcionarios/as de salud de un hospital público de alta complejidad de la Región Metropolitana (Hospital San José) y 1 mujer que interrumpió un embarazo por causal violación en dicho

dispositivo. Solo fue posible entrevistar a una usuaria, dado que las cifras de interrupciones son tan bajas este objetivo fue muy difícil de alcanzar; como veremos en los resultados, las usuarias no quieren regresar al hospital y el equipo pierde contacto con ellas. La usuaria que aceptó fue contactada a través de una organización de acompañantes de abortos fuera de la ley, fue la misma organización la que guio a la usuaria para acceder al hospital.

- 5 funcionarios/as de salud de la red del SSMN, al que pertenece el Hospital San José. La referente IVE del servicio de salud metropolitano norte, y 4 matronas/es de diferentes cesfam de las comunas, 3 de ellos a cargo del programa de salud sexual de la mujer (también a cargo de IVE en el nivel primario).

- 7 profesionales expertas en aborto y violencia sexual.

INSTITUCIÓN U ORGANIZACIÓN	PROFESIÓN	N
Hospital San José	Matrona	2
	Ginecobstetra	3
	Psicóloga	2
	Trabajadora social	1
	Psiquiatra	1
	Usuaría	1
Servicio de Salud Metropolitano Norte	Matrona referente IVE	1
Atención Primaria	Matrón/a	4
APROFA	Socióloga / Trabajadora social encargada plataforma Tienes opciones	2
MILES	Abogada	1
Centro DDHH UDP	Abogada	1
Varias instituciones infancia/juventud	Trabajadora social	1
Organizaciones acompañantes aborto fuera de la ley	Acompañantes	2
	TOTAL	22

Tabla 5: Participantes del estudio. Fuente: Elaboración propia.

4.4 Análisis de datos

A partir de los datos obtenidos mediante la aplicación de la técnica de entrevista semiestructurada, se realizó el proceso de análisis cualitativo. El tipo de análisis utilizado fue *análisis narrativo de contenido* con el fin de extraer el significado relevante desde el material construido en las

entrevistas. Este procedimiento implicó la utilización de las transcripciones literales de cada entrevista, así como las notas y el cuaderno de campo. Luego se realizó la identificación y codificación abierta de categorías que organizan y dan sentido a los discursos permitiendo la descripción y análisis de los discursos y prácticas de los profesionales de salud involucrados en el proceso de una IVE; los conocimientos y discursos de informantes clave en relación al aborto y de la usuaria en relación a su experiencia sobre la IVE. El análisis fue apoyado con el uso del programa Atlas Ti 7.0. Como lógica de análisis se privilegió en un primer momento la singularidad y la particularidad de cada entrevistado(a). En un segundo momento, se adoptó una lógica transversal, que permitió, a partir de ciertas continuidades y discontinuidades de la fase singular, determinar ejes temáticos-analíticos relevantes y la emergencia de hipótesis comprensivas transversales (57).

La definición de los códigos asignados se realizó en base a la utilización de “criterios temáticos (consideración de unidades en función del tema abordado)” (53) en dos niveles: códigos previamente definidos en base a la operacionalización de los objetivos de investigación y códigos elaborados mediante la identificación de temáticas no contempladas en la investigación y que guardan relevancia analítica, también llamados códigos emergentes, el detalle a continuación:

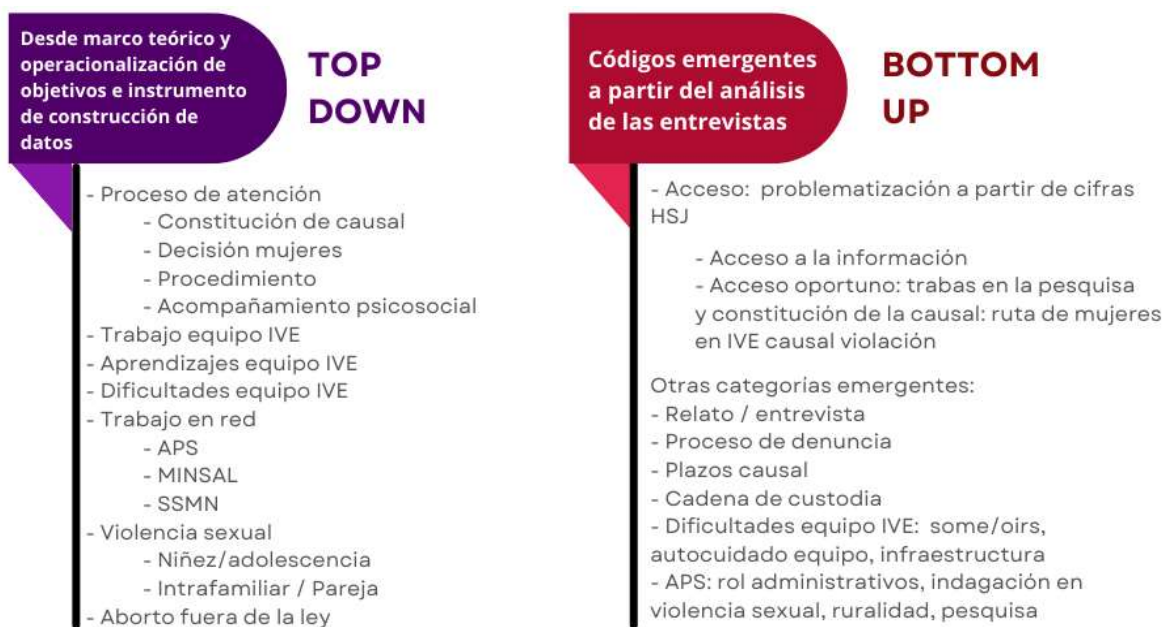


Figura 3. Códigos utilizados en el proceso de análisis cualitativo. Fuente: Elaboración propia a partir del proceso llevado a cabo en el marco del análisis del material cualitativo.

Como último paso los códigos fueron agrupados en categorías o “clasificaciones conceptuales de las unidades que son cubiertas por un mismo tópico”(53) de acuerdo a su concordancia temática para dar lugar a la definición de los grandes ejes para analizar. De esta manera la interpretación de los datos obtenidos se realiza a partir de su triangulación con la experiencia y observación en el campo

y los antecedentes recopilados en el marco teórico, de modo tal que pudiera dar cuenta de las tensiones, encuentros y desencuentros de acuerdo a cómo las personas, a través del discurso, expresan sus concepciones y un modo particular de entender los mismos procesos.

El siguiente esquema profundiza en el detalle de cada paso en el proceso de análisis de la información, que ocurrió de forma paralela al trabajo de campo:



Figura 4. Proceso de análisis cualitativo. Fuente: Elaboración propia a partir del proceso llevado a cabo en el marco del análisis del material cualitativo.

El avance en el análisis simultáneo al avance en el trabajo de campo, tal como se aconseja en los diseños cualitativos, permitió ajustar el perfil de participantes que conformaron la muestra (ampliar para comprender la ruta de acceso y sus dificultades). Como se señaló previamente, se desplegó el trabajo de investigación en dos momentos, respondiendo a la flexibilidad de los diseños cualitativos; el trabajo en paralelo de realizar entrevistas, codificar y analizar permite identificar otra arista relevante, no considerada inicialmente. Al mismo tiempo, cada nueva entrevista se enriquece con el aprendizaje de la entrevista previa.

4.5 Limitaciones

La profundización en un solo establecimiento de atención de salud constituye una limitante en el alcance del análisis del material, sin embargo, este recinto asistencial es un punto muy importante debido a que se encuentra el equipo que ha sido pionero en la atención de interrupciones voluntarias del embarazo; las falencias que encontremos en este lugar serán menores en

comparación a la situación país, y los puntos positivos probablemente sean respuestas ad hoc, no extensibles al resto del territorio nacional. De esta manera, debemos considerar para el análisis la situación privilegiada de este establecimiento, lo que, a su vez, constituye una fortaleza, pues lo avanzado para este equipo puede servir de ejemplo a otras unidades del país.

Interesa particularmente destacar el trabajo de un equipo de salud en un hospital de alta complejidad de la RM, que cuenta con una vasta trayectoria y compromiso con los derechos sexuales y reproductivos: no siendo la práctica más común, importa justamente debido a ser un caso único del cual se pueden extraer aprendizajes y desafíos, así como reconocer la labor de profesionales que realizan un trabajo tan importante con las víctimas de violencia, el que muchas veces no es reconocido por sus pares.

4.6 Resguardos éticos

La propuesta de investigación fue presentada al Comité de ética de la investigación del Servicio de Salud Metropolitano Norte, correspondiente al Hospital de estudio en la Región Metropolitana. El caso del contacto con la usuaria del mismo hospital fue realizado a partir de una invitación mediada por la organización que la acogió en su proceso. Se contó con un consentimiento informado para ser entrevistado/a en dos copias idénticas, una para la persona participante y otra para la investigadora, en el cual se explicitó el tipo y contenido de la indagación, sus objetivos, además de potenciales beneficios, riesgos y el contacto con la investigadora responsable. En el caso de realización de una entrevista vía virtual, se solicitó además un consentimiento verbal, que quedó registrado en el audio grabado.

Fueron tomados los debidos resguardos de confidencialidad y protección de la información cualitativa producida desde la codificación de las entrevistadas, donde no se utilizan datos personales ni otras informaciones sensibles que pudieran desembocar en la identificación de personas concretas. Para ello cada entrevista fue etiquetada bajo un código que será conocido solo por la tesista a cargo, este código de identificación se puede apreciar en la tabla 6.

Como parte del estudio se contempla una devolución del trabajo realizado por medio de una presentación a las instituciones pertinentes (Hospital San José, SSMN y otros interesados), además de la entrega escrita de un documento de trabajo donde se presenten los resultados/recomendaciones de la investigación. Esta actividad tendrá como destinatarios a personal de salud. Sin embargo, se espera producir algún material en formato taller que pueda acercar la temática a las usuarias del territorio, así como estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Capítulo 5: Resultados

El material recopilado durante el trabajo de campo es extenso y rico en profundidad. Para desarrollar la construcción de datos y el análisis, la guía utilizada fue responder adecuadamente a los objetivos propuestos para esta investigación, por lo cual este apartado está estructurado en torno a cinco grandes ejes: en primer lugar (apartado 5.1) se dará cuenta del perfil de quienes participaron como informantes en esta investigación, lo que servirá como guía para comprender las distinciones que siguen a lo largo de este análisis. En segundo lugar, (5.2) se describe el proceso de atención en el marco de una IVE en causal violación, caracterizando este proceso desde el punto de vista del equipo de atención. En el tercer apartado (5.3) se da cuenta de la experiencia de una usuaria que accede a una IVE en causal violación. El apartado 5.4 profundiza en los aprendizajes y desafíos del equipo de atención en el Hospital San José. Para finalizar (apartado 5.5) se realiza un análisis de las dificultades en relación al acceso a la causal violación, principal hallazgo como punto débil de la implementación de la ley.

Tratándose de material cualitativo, los resultados contienen citas textuales que son parte de las entrevistas realizadas. Cada cita va acompañada de una referencia al final, la cual indica el rol, profesión y/o cargo de la persona entrevistada, la institución u organización, y la fecha en que fue llevada a cabo.

5.1 Participantes.

En total se realizaron 22 entrevistas semiestructuradas. Las entrevistas fueron desarrolladas entre diciembre de 2021 y mayo de 2022, 10 fueron realizadas vía zoom y 12 fueron en modalidad cara a cara. En cuanto a sexo, 3 participantes son hombres y 19 son mujeres. En relación a sus roles: 10 personas son funcionarios/as del Hospital San José y participan de las diversas tareas que implica la interrupción voluntaria del embarazo (matronería, dupla psicosocial, ginecobstetricia, salud mental, etc.), 1 persona es usuaria del Hospital y se acogió a la IVE en causal violación, 4 personas participan como informantes desde su rol como matrones/as en atención primaria (en establecimientos de comunas rurales y urbanas que pertenecen a la red del SSMN), 1 persona como referente IVE del mismo servicio. Otras siete personas participaron como informantes debido a su experticia profesional en relación a violencia sexual y aborto, de éstas, 3 personas pertenecían a instituciones acreditadas por el Estado para acompañar mujeres que decidieron acogerse a la ley bajo alguna de las tres causales y 2 personas participaban de redes clandestinas de acompañamiento de aborto fuera de la legislación. A continuación, se presenta una tabla resumen con las principales características de los y las participantes en la investigación.

CÓDIGO	PROFESION	ROL EN IVE	INSTITUCION/ ORGANIZACIÓN	TIEMPO EN LA INSTITUCION	Modalidad entrevista
EG1.03.01.22	Ginecobstetra	Atención clínica	Hospital San José	5 años	Presencial
ETS1 06.01.22	Trabajadora social	Dupla psicosocial	Hospital San José	5 años	Presencial
EP1 11.01.22	Psicóloga clínica	Dupla psicosocial	Hospital San José	6 meses	Presencial
EG2 12.01.22	Ginecobstetra	Atención clínica	Hospital San José	13 años	Presencial
EM1 18.01.22	Matrona	Matrona gestora, registro	Hospital San José	4 años	Zoom
EG3 20.01.22	Ginecobstetra	Atención clínica	Hospital San José	8 años	Presencial
EP2 24.01.22	Psicóloga clínica	Dupla psicosocial	Hospital San José	3 años	Presencial
EM6 12.04.22	Matrona	Matrona urgencia	Hospital San José	3 años	Presencial
EPQ1 10.05.22	Psiquiatra	Psiquiatra	Hospital San José	5 años	Presencial
EU 10.05.22	----	Usuaría	Hospital San José	IVE abril 2022	Presencial
EM2 26.01.22	Matrón	Coordinador SSR	Cesfam 1	< 1 año	Presencial
EM3 27.01.22	Matrona	Coordinadora SSR	Cesfam 2	8 años	Presencial
EM4 03.02.22	Matrona	Coordinadora SSR	Cesfam 3 rural	2 años	Zoom
EM5 03.03.22	Matrona	Atención ecografías APS	Cesfam 4	14 años	Zoom
EI1 01.02.22	Abogada	Capacitación a equipos jurídicos y de salud	Directora Centro DDHH UDP	6 años	Zoom
EOS1a 02.02.22	Socióloga	Capacitación a equipos jurídicos y de salud	APROFA	2 años	Zoom
EOS1b 04.02.22	Trabajadora social	Atención en consejería SSR	APROFA	2 años	Zoom
EOS2 09.02.22	Abogada	Capacitación a equipos jurídicos y de salud; acompañamiento mujeres	MILES	5 años	Zoom
ERSS 25.02.22	Matrona	Referente IVE de la red	SSMN	4 años	Zoom
EOS3 02.03.22	Actriz	Acompañante aborto fuera de la ley	----	5 años	Zoom
ETS2 04.03.22	Trabajadora social	Atención social SSR niñez y adolescencia	Instituciones públicas privadas	14 años	Zoom
EOS4.05.04.22	Psicóloga	Acompañante aborto fuera de la ley	-----	5 años	Presencial

Tabla 6: Caracterización de participantes en el estudio.

Como se ha señalado anteriormente, el Equipo IVE del Hospital San José tiene características particulares que forman parte del contexto de estudio y que se reflejan en sus testimonios y prácticas. En el transcurso del trabajo de campo fue visible la existencia de un modelo local de atención en el equipo IVE del Hospital San José, este modelo está relacionado con ciertas nociones respecto del objetivo y foco del propio trabajo por parte del equipo de atención, que se muestra cohesionado.

“Bueno, yo también he tenido la oportunidad de conocer a gente de otros hospitales y creo que la de acá es muy particular en el sentido que, primero, somos un equipo como... que está como con lazos muy unidos”. (Ginecóloga equipo IVE, Hospital San José, 20 enero 2022)

“Este trabajo ha sido súper motivante... cuando egresé no sabía muy bien a que me iba a dedicar, y ... empecé ... en ese minuto recién había empezado a trabajar en esto la unidad y quise intentar ver como trabajaba, que eran los proyectos, y vi que había algo que me interesaba, que me motivaba, y después, tiempo después salió lo de la ley IVE, implementarla fue muy motivante, un desafío, intentar como dar todas las respuestas, un aprendizaje también, con muchas pruebas y errores, como muchas oportunidades de conversar y de intentar mejorar, y eso es muy rico, como ver que puedes trabajar en equipo” (Ginecóloga equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)

En el caso de los y las funcionarios/as que formaron parte de esta investigación, al narrar su experiencia laboral señalan que hicieron una opción para trabajar en salud pública, y en la atención hospitalaria. Esta preferencia estaría motivada en la asociación con este espacio como un lugar de despliegue para el ejercicio de sus profesiones y de cercanía con las personas que más necesitan de la atención de salud. En los relatos hay un fuerte énfasis hacia la comprensión de la vulneración social y el entramado de factores que la cruza.

“A mí me parece que este equipo tiene una comprensión súper particular. Y en esto hablo de todo el equipo, ¿no? De los ginecólogos, de las ginecólogas, de las matronas... tiene una comprensión súper particular y súper enriquecida de cómo funciona Chile, digamos. Bueno, también trabajar acá te obliga a darte cuenta, de alguna manera, de que la violencia es una cuestión sistemática, ¿no cierto? Que viene atravesando las relaciones de las personas. La violencia y la pobreza. Son ambas cosas que están todo el rato encontradas la mayoría de las veces acá. La migración, la dependencia económica, un montón de cosas, ¿no? Que van juntas. Yo creo que este equipo, en ese sentido, es un equipo que se ha dado la pega de poder pensar los casos un poco más, sí. Y eso me parece muy interesante también de este lugar. (...) Es una cuestión súper relevante en un hospital (...) yo, en lo personal, siempre he tenido una cierta sensibilidad con lo social. Por eso estoy aquí también. O por eso me interesa el trabajo de la Salud Pública. Me interesa seriamente, no como un espacio de caridad. Quizá una de las cosas tiene que ver con eso, con volver a cierta discusión que, en general, se da por zanjada sobre las condiciones como socio-materiales, culturales, ¿no cierto? De las personas. Y una cuestión que, en el fondo, es una convicción, que la Salud Mental tiene un lugar pequeño respecto de eso. Uno puede acompañar, puede pensar ciertas cosas, habilitar tal vez algunos movimientos, pero esta cuestión... son determinantes de género, de clase, no se agota en la posibilidad de un acompañamiento psicológico de ninguna manera. Creo que es algo siempre abierto a pensar cuál es el lugar que puede tener un agente de la llamada Salud Mental en esto... En

*esto que no se agota ni en lo que implica, como decíamos, **la violación como parte de una violencia estructural hacia la mujer**, ¿no cierto?”. (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 24 enero 2022)*

Para los y las profesionales entrevistadas, el lugar que tiene el funcionario público de salud es un lugar de responsabilidad no sólo con el desempeño laboral sino con la sociedad en general. La mayoría de los y las entrevistadas estudiaron en universidades públicas, situación que piensan clave en la formación respecto a la ciudadanía, derechos humanos y género y el rol de sus profesiones en la salud pública.

*“Somos todos casi de la misma generación, nos formamos en la misma universidad, hemos trabajado acá, en el mismo lugar. Y eso ha hecho también que, además... bueno, no por estudiar en la misma universidad, pero uno tiene a veces como la **línea de pensamiento muy parecida, y la gente que llega a trabajar con nosotros concuerda con el equipo**”. (Ginecóloga equipo IVE, Hospital San José, 20 enero 2022)*

Se concibe a la salud pública como un punto estructural de acceso a condiciones mejores de existencia, donde se puede hacer promoción de la salud y de cuidado de procesos naturales que viven los sujetos, como la gestación, el puerperio, el aborto, la salud sexual y reproductiva, entendidos de manera integral, esto es, considerando las situaciones socioeconómicas, culturales y de salud mental de las personas. Consideran al espacio hospitalario como un lugar donde se privilegia la proactividad y el bien común; además de tener un marcado énfasis social al realizar las prestaciones de salud a los sectores más excluidos de la sociedad.

*“Y eso se transmite, yo creo, a las pacientes, cuando llegan acá por cualquier interrupción del embarazo. Ya sea la primera causal, segunda o tercera causal. Siempre va a ser una situación muy difícil para la paciente, pero, el hecho que esta unidad esté así, como tan bien conformada y sea evaluada como... no en forma invasiva, **pero sí según la necesidad de la paciente, que tenga toda esta red de apoyo. Tanto psicológica, médica, y social... ha derivado a que tengamos como muy buenos resultados en todos los sentidos**”. (Ginecóloga equipo IVE, Hospital San José, 20 enero 2022)*

Por otra parte, se concibe el espacio laboral como una oportunidad de crecimiento y aprendizaje colectivo, además de un lugar de apoyo mutuo. Esto es clave para las personas entrevistadas que componen el equipo de salud mental, considerando la complejidad técnica y emocional de abordar la situación de mujeres, adolescentes y niñas que vivieron violencia sexual y que desean interrumpir una gestación que es producto de esa violencia. Desde su conformación el Equipo IVE mantuvo reuniones regulares de discusión de los casos, como forma de aprendizaje conjunto. Debido a la pandemia debieron suspenderse durante un tiempo y este año 2022 se volvieron a retomar.

*“De las particularidades que puede tener este lugar, lo que a mí me llama mucho la atención y creo que es una característica, es que **aquí no se trabaja por las distintas unidades. No es la psicóloga IVE, la psicóloga de maternidad, o psicólogo... los psicólogos de... sino que se trabaja todo como un equipo. Ahora nosotros somos tres psicólogos y una practicante y entre todos hacemos todo, que...***

*eso yo creo que lo hace bien dinámico el trabajo respecto a eso que comentabas al principio, cómo sucede en otros hospitales... fue algo que a mí me llamó la atención de acá y por qué querer trabajar acá en el hospital. Tengo otras amigas psicólogas que ellas trabajan en otras unidades, en IVE, específicamente una. Y ella sola ve esos casos. **El desgaste y lo complejo que puede ser se incrementa mucho más cuando uno no tiene un equipo...**" (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 11 enero 2022)*

La unidad de salud mental trabaja para todas las mujeres que se atienden en la maternidad y en ginecología, no solamente la IVE en sus 3 causales. Bajo la ley 21.030 se contratan 22 horas de psicólogo/a, sin embargo, se destaca en las entrevistas que el trabajar como equipo hace posible la disponibilidad de al menos un/a profesional del equipo en caso que se requiera. Este arreglo lo hacen al complementar horas con otros programas. Lo mismo sucede con el profesional contratado por psiquiatría en el marco de la IVE, que tiene solamente 11 horas por contrato y la trabajadora social que, por contrato tiene 22 horas, sin embargo, al igual que sucede con los otros cargos, trabaja 44 horas complementando con otras funciones dentro del Hospital.

*"Todos los que trabajamos en el equipo, respecto de Salud Mental Mujer, somos psicólogas y psicólogos clínicos, las funciones que tenemos están estipuladas de manera bien particular respecto de cómo funcionan otros equipos de salud mental en la red porque lo que hemos hecho es como, justamente, **en pro de poder extender la labor que hacemos, trabajamos todas y todos juntos, aun cuando nos paguen, digamos, de distintos programas. Hemos armado un equipo que trabaja indistintamente de los casos, ¿no?** Si bien, yo, por ejemplo, particularmente, estoy contratada por la Ley IVE, también en estas horas hago trabajo respecto de otras dificultades de la maternidad y el embarazo, que es el lugar en el cual estamos insertos acá. (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 24 enero 2022)*

Como se recoge en la descripción de las cifras, el número de causales es más bien bajo, y en los relatos de los/as profesionales emerge que es posible cubrir las necesidades de las mujeres, bajo estos arreglos y con esta cifra de causales. Con respecto a la matrona gestora que se ocupa del registro de los casos y envío de información a MINSAL, no están contempladas sus funciones con horas contratadas bajo la ley IVE; en este dispositivo en particular se le considera parte del equipo y parte activa dentro del trabajo de la unidad. Al presente, es posible cubrir todos los días de la semana de 8 a 13.00 horas, en el caso de los profesionales médicos, de tal forma que siempre se pueda atender a las mujeres a tiempo:

*"Si siempre hay, en algún minuto, pero eso ya hace dos años, tres años ya que es así, y antes era casi todos los días, ¿ya? **Ahora es todos los días entonces por lo menos por la parte ginecología y salud mental y asistentes social igual, o sea el equipo completo se puede conformar al día siguiente de que tomamos conocimiento de un caso, la podemos citar para el día siguiente de saber de la situación**" (Ginecóloga equipo IVE, Hospital San José, 04 enero 2022)*

El Equipo IVE en este hospital trabaja en conjunto de manera coordinada para atender los casos de las 3 causales, no obstante, son parte de un contexto mayor, el Hospital San José y sus diversas unidades, y más estructuralmente el Servicio de Salud Metropolitano Norte. Este contexto no está

exento de dificultades; las cifras y testimonios recogidos reflejan en parte un problema mayor que configura un escenario donde podemos afirmar que las mujeres, niñas y adolescentes que llegan por la causal son acogidas y se da respuesta integral a su necesidad; sin embargo, muchas no llegan. En el siguiente apartado donde se describe el proceso de atención de la IVE en causal violación se describe cómo interactúan los diversos actores que componen el Equipo que hacen parte de la atención a las mujeres.

5.2 Proceso de atención de la IVE causal violación

En este apartado el análisis se basa en la mirada de funcionarios/as de salud del Hospital San José (mayormente del Equipo IVE, pero también otros actores) sobre el proceso de atención de una mujer que desea abortar bajo la causal violación. Veremos cómo se despliega en este dispositivo de atención sanitaria, donde, de partida, nos situamos desde un modelo de acompañamiento y atención integral (así también se llama la norma técnica (45) que concretiza cómo debe ser llevada a cabo la atención en las IVE) que resguarda el derecho de las mujeres que producto de una violación quedaron embarazadas y desean interrumpir la gestación, por lo tanto, no se trata de una condición patológica, no ingresan al hospital por una enfermedad o en el marco de un control sanitario, sino como parte del ejercicio de un derecho que restituye la autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos y sus vidas.

Una tendencia marcada en la biomedicina es despersonalizar a las personas que concurren a los centros de atención de salud, concibiéndolos como pacientes (sujetos *pasivos* que *reciben* una atención) despojándoles de su carácter de personas *partícipes* y *protagonistas* de la atención: en la jerarquía que se establece fruto de este modelo, el personal médico se encuentra en la cúspide de la pirámide pues son ellos/as quienes poseen los conocimientos técnicos para llevar a cabo la atención. En los relatos de funcionarios/as y usuaria se percibe que la atención está encaminada a la segunda forma de concebir a las personas: como protagonistas fundamentales, decisoras últimas de la interrupción del embarazo. En esta línea, se reconoce en una buena parte de los y las funcionarias entrevistados/as un esfuerzo consciente por superar la tecnicidad del modelo. Con todo, este esfuerzo no impide que dentro de la cultura organizacional de un dispositivo persista el esquema del modelo tecnocrático de atención, lo que se reconoce como un desafío a seguir trabajando por parte del Equipo IVE, sobre todo en relación a los derechos sexuales y reproductivos en el marco de la atención de salud.

Para describir el proceso de atención se ha construido, a partir del relato colectivo, la figura 5 que viene a continuación, que caracteriza los hitos centrales que deben ocurrir durante el proceso según la información proporcionada por los funcionarios del Hospital San José:

Proceso de atención IVE causal violación, Hospital San José



Figura 5. Fuente: Elaboración propia en base al proceso de análisis cualitativo realizado sobre el material del trabajo de campo.

En la figura se esquematiza el proceso de atención que atraviesan las mujeres en el marco de una interrupción voluntaria del embarazo en tercera causal. Un primer punto, que inicia el proceso, es el acceso o la forma en que las mujeres llegan al Equipo IVE para comenzar la trayectoria de atención donde interviene el equipo especializado en el Hospital. Este apartado se ocupará específicamente del proceso en lo que compete al equipo IVE, es decir, desde que las mujeres toman contacto con la dupla psicosocial, punto de primer contacto con el Equipo, hasta el acompañamiento posterior al aborto. El papel que juegan otras unidades del Hospital dentro de la IVE será abordado como parte del capítulo siguiente, y el acceso en lo que compete a la red del SSMN e intersector se profundizará en el apartado 5.5.

➤ 5.2.1 Primera atención: dupla psicosocial y ginecobstetra

Independientemente de la ruta de acceso de la mujer (urgencias, derivación desde atención primaria, derivación desde ARO, etc.) la puerta de entrada a la atención para una interrupción voluntaria del embarazo en la causal violación es a través de la dupla psicosocial. Ésta se compone de dos profesionales: psicólogo/a y trabajadora social. La primera atención es coordinada por uno de ellos, ya sea porque el caso fue derivado desde atención primaria y llega al correo de la USSM (unidad de salud mental de la mujer) o al correo, teléfono o whatsapp de la trabajadora social; en otras ocasiones son los ginecobstetras los que conocen del caso en primer lugar. Cuando esto ocurre también derivan para la coordinación conducida por la dupla psicosocial. Esta coordinación consiste en identificar a los profesionales que serán parte de la atención, agendar una cita donde puedan estar presentes y luego contactar a la usuaria para comunicarle el día, lugar y hora donde se realizará la primera atención, así como el objetivo de la misma.

El Equipo IVE comparte un grupo de WhatsApp, para mantenerse comunicados y coordinados de forma expedita; cuando llega un caso enseguida se utiliza este medio para confirmar quién puede tomarlo y agendar lo más pronto posible una cita con la usuaria.

“- ¿Y, en general, es fluido ese contacto con la mujer?

*- **Con la paciente es muy inmediatamente. Nosotros tratamos de contactarnos inmediatamente y avisar al equipo IVE, a todos...** que ahí estamos los psicólogos, están los ginecólogos, está la trabajadora social, está el psiquiatra, está la gestora... “Paciente IVE 3”, por ejemplo, “necesitamos realizar entrevista”. “Cuándo...” “¿Quiénes...? ¿Cuándo pueden?” “Perfecto. Necesitamos un psicólogo, trabajador social y ginecólogo” “ya, perfecto, mañana 9 de la mañana, citarla”.*

(Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 11 enero 2022)

Luego se toma contacto con la usuaria para comunicarle la cita. Este proceso puede dificultarse cuando es referida desde atención primaria debido a que, a veces, se informa la situación, pero no

el contacto directo, por lo que toma un tiempo llegar a la comunicación directa con la mujer, la que no siempre puede ir al día siguiente, a veces está al cuidado de hijos u otras personas.

*“En general **si podemos citar al día siguiente, la principal dificultad a veces es contactar a la usuaria, o sea, como coordinar con la usuaria, a veces APS manda los teléfonos y llamar a la usuaria que no contesta, que no puede venir**, entonces como de parte de la disponibilidad de nosotros sí porque al principio no teníamos médico todos los días, era como día por medio, pero ahora hace ya un buen rato ya tenemos médico todos los días, entonces se puede, y salud mental también está todos los días. Si el tema es ese, a veces hay algún retraso en ubicar a la usuaria, que esa es la pega que hacen los psicólogos como de comunicarse con el consultorio, o que el consultorio la ubique o que nosotros la ubiquemos”. (Ginecóloga equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)*

En este primer contacto telefónico se le pregunta disponibilidad para acceder a la entrevista, se le cuenta quiénes van a estar presentes, la hora y lugar de la cita. Las profesionales de la dupla IVE están conscientes de lo adverso que puede ser para las mujeres acudir al hospital para la realización de la entrevista y el procedimiento. En este sentido, toman todas las previsiones posibles para hacer más fácil el camino para las usuarias. Una de las trabas que puede ocurrir es que les pregunten en el ingreso del hospital a dónde van y con qué motivo; se instruye a las usuarias para que digan que tienen cita con las profesionales de Chile crece contigo, pues es la oficina donde está ubicado el equipo de salud mental de la mujer.

*“En general, lo que les... mira, **nosotros llamamos de nuestros teléfonos. En ese sentido... hacemos lo que... lo que podemos, ¿no? “Si no te dejan entrar, avisa”. “Háblame a este número. O dí que llamen los de la OIRS, abajo, recepción... que llamen a Chile Crece”**. Nosotros tenemos la oficina en Chile Crece, claro. Entonces ahí, eh, claro, pero a veces es complejo... La Maternidad como lugar físico y lo que conlleva...” (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 11 enero 2022)*

La primera atención tiene como objetivo en primer lugar acoger a la usuaria y explicarle en qué consiste el proceso de constitución de una IVE en causal violación, cuáles son sus opciones (continuar la gestación, dar en adopción, interrumpir), se le presenta a quienes acompañarán su proceso: trabajadora social, psicólogo/a y ginecobstetra.

“[Cuéntame en qué consiste esa instancia].

*- **La preside el psicólogo, ¿ya? va comentando un poco cómo llegó acá, cómo se enteró de la ley, que igual es importante saber, ¿ya? Cómo se enteran de la ley... Quién los derivó, por cuánto pasaron antes que nosotros... porque a veces pasan consultorios, carabineros, fiscalía, servicio médico legal... y llegan acá recién. Hay otras que llegan antes de pasar por todo eso.***

*Entonces, para... **un poquito la ruta, conocer red de apoyo, y ahí nos van contando qué les sucedió. A grandes rasgos. No preguntamos específicamente, pero sí que nos digan que fue violación, que hubo penetración. Eso es lo que importa”**. (Trabajadora social equipo IVE, Hospital San José, 24 enero 2022)*

Algunas integrantes mujeres del Equipo, manifiestan que ven más cómodas a las usuarias con profesionales mujeres que con hombres, sobre todo en caso de adolescentes:

“Yo creo que sí, yo creo que las adolescentes se incomodan, yo creo que se incomodan en general. También creo que las adolescentes se incomodan si son hombres. Una percepción personal, pero encuentro que con los psicólogos a veces hombres como que se ponen más nerviosas. Cuando son adolescentes en general las veo yo (mujer). El profesional médico hombre del equipo entiende que se pueden sentir más cómodas con una mujer, pero los psicólogos en general, ellos a veces son hombres”. (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)

En este equipo para la instancia de entrevista (acogida y toma de relato) se encuentran presentes idealmente tres profesionales del equipo, para lograr una atención más integral donde cada profesional tiene sus competencias y se ponen a disposición de las necesidades de la mujer, adolescente o niña, estos son: psicóloga/o, trabajadora social y ginecobstetra. Esta entrevista es dirigida por la o el psicólogo.

“Acordamos que fuera dirigida por los psicólogos, ellos dirigen la entrevista, la usuaria relata libremente lo que ha ocurrido, después entonces uno ya le hace preguntas más dirigidas de lo que es de cada especialidad. El psicólogo le hace sus preguntas de salud mental, servicio social sus preguntas de ellos, generalmente les preguntan sobre su Fonasa, con quien viven, que se yo, y nosotros ya los temas como más técnicos, o sea cuál es su fecha de la última menstruación, ese tipo de cosas. Dentro de lo que nos interesa escuchar en el relato es que haya sido una relación no consentida, o no consentida en su completo conjunto digamos, y que desea interrumpir, y si en algún minuto eso no es tan explícito -que desea interrumpir- porque generalmente en el relato sale que quiere interrumpir, si necesitamos como que lo diga explícitamente”. (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)

La atención se realiza en una pequeña sala que está destinada para tales efectos, mujeres menores de 18 años pueden entrar acompañadas de una persona adulta si así lo desean, pero siempre se les pide que la dejen a solas en algún momento de la cita, para ratificar su consentimiento y asegurarse que no haya sido obligada a interrumpir.

“[¿Y en esta instancia de entrevista, ¿qué pasa con las menores de edad? ¿Siempre todas entran solas o pueden entrar con compañía?]
- Siempre se pregunta. Se pregunta. Vemos que estamos... nos presentamos, vemos que están acompañadas: “¿quieres entrar sola? ¿Quieres entrar acompañada?” Pero, claro, menores de catorce también tienen ciertas particularidades. Pero también se les pregunta. También creemos mucho en el derecho de ella de poder... ¿cuánto se puede o no decir con otra figura? Mayoritariamente una madre... alguien así...” (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 11 enero 2022)

Luego se procede con la toma del relato de la usuaria, siempre y cuando ésta no lleve consigo la declaración escrita en el marco de una denuncia hecha previamente en carabineros o policía de investigaciones o sea menor de 14 años, donde cualquier actividad sexual es, por definición legal, no consentida.

“A menos que traiga el documento de denuncia, con el documento de denuncia, nosotros vemos. A menos que no tenga fecha y diga que... no salga la fecha...pero se le pregunta la fecha, no es necesario lo otro. No es necesario revivir esa situación. Y hay solamente un momento dentro de toda la trayectoria, digamos, donde la persona hace relato, que es en ese momento de constitución

de causal. Inicial solamente, después no, a menos que ella empiece a contar y te hable de alguna situación que le... o está reviviendo... relatos que se van dando en la entrevista. Claro, ahí se toca, pero, si ella no lo menciona, no tienes por qué volver a mencionar la violación..." (Trabajadora social equipo IVE, Hospital San José, 24 enero 2022)

Una reflexión hecha por varios miembros del Equipo IVE respecto al relato, es que, si bien el equipo hace todo lo posible por levantar relato solo cuando es necesario y evitar que la usuaria tenga que revivir la experiencia de la violación y narrarla varias veces, es claro que previamente, antes de tener contacto con este equipo, la usuaria ha debido pasar por otros profesionales, familiares, instancias. En carabineros, por ejemplo, no entregan una copia de la denuncia; esto implica tener que relatar nuevamente la situación. La complejidad de la narración de la experiencia de violencia sexual aumenta cuando se trata de situaciones donde la persona estaba privada de conciencia, lo que puede ser un momento de gran estrés para la usuaria:

*"Entonces, claro, esta es una cuestión que es tan transversal que, en el fondo, yo creo que seguimos al debe en la capacitación y en la información de, no sólo los equipos que ven a la paciente, sino que, en el fondo, de todo el hospital. **Al final la paciente pasa igual por muchos lugares. No sólo por los equipos de salud. Entonces, sí, yo creo que es súper fuerte, en verdad, estar como narrando una y otra vez.** Cuando hay casos en los que, también como te decía, no es tan fácil precisarlo o donde hay casos, no sé, **donde las violaciones han sido en contextos de fiesta o en contextos de sustancias, donde no hay mucho relato. O donde hay una cuestión tan traumática que no permite que se pueda elaborar un relato**". (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 24 enero 2022)*

Al respecto, la investigadora en violencia sexual aporta que, si bien, existen las reformas que respaldan la importancia de no re-victimizar, en particular con niñas y adolescentes, y que se tome un relato único, no existen los protocolos cruzados entre sector salud y justicia que permitan que esta política pública se pueda hacer realidad en los dispositivos de atención, al punto que ni siquiera Carabineros entrega un respaldo escrito de la denuncia:

*"Hay como reformas que se han llevado a cabo, algunas que tienen impacto en el sistema de justicia, y otras que tienen, y que están cruzadas por el sistema de salud, pero sin un diálogo de cómo esto va a funcionar; o sea, esto me lo preguntaron, me acuerdo, con mucha claridad, ¿cómo lo vamos a hacer? Llega la niña, tenemos instrucciones de que es un solo, la única entrevista, entrevista única, quién la hace, cuándo la hace, **qué efecto tiene esto para la IVE, no deberíamos hacer qué. Nunca quedó nada claro, por supuesto, que después no hubo ningún trabajo, eso te lo doy por segura, entre la unidad, la Fiscalía Nacional, para trabajar este tema, porque no es como, no parece como prioritario...**" (Investigadora abogada, Centro DDHH UDP, 01 de febrero 2022)*

La instancia de toma del relato es el punto central de la entrevista, y uno de los requisitos centrales para acceder a la IVE. Los profesionales de la dupla comparten la importancia de la preparación del equipo con respecto a la acogida de la usuaria, el respeto y el tiempo que se tome para la realización del proceso, se enfatiza en que se pide la información suficiente, lo indispensable para la configuración de una agresión sexual plausible, sin solicitar detalles ni información adicional a lo necesario. Las profesionales de salud mental reflexionan sobre cómo los tiempos de un evento

reciente (5 a 12 semanas, en general) impactan en la posibilidad de elaborar un relato, por lo traumático de la experiencia para algunas mujeres. También se les ofrece acompañamiento psicológico, desde esa instancia en adelante, y se les explica también que pueden acceder luego de la interrupción del embarazo, si es su decisión.

*“Es bien curioso porque la ley pone en la tercera causal esto de que no es obligación la denuncia, como que se desmarca un poco de eso. Pero, que igual hay que decirlo a otro. **Yo creo que es bien importante cómo acoja el equipo esa entrevista. Qué es lo que... Con respeto, con... dando tiempos, tal vez puede que no sea... simple. Pero, claro, la ley lo exige. Nosotros tenemos que hacer después un documento escrito con eso. Y eso es algo que tiene que... se chequea desde el MINSAL. Eso lo hace todo la matrona gestora de IVE... pero es súper complejo, es súper complejo pedir “cuéntanos qué te pasó, cuál fue la agresión”... Por ejemplo, el caso que acompañé yo... nosotros tratamos, en general, también como han hecho los otros, es que sea la información suficiente. No más, si ella no quiere entrar. Sí, el día, más o menos cómo se configura, ella sabe, no sabe... tal vez la relación... eso igual es algo que se dice, pero, pero no vamos a pedir detalles, no, nada de eso. **Tratamos ahí, en ese sentido, de ser lo más respetuosos en el proceso**” (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 11 enero 2022)***

Cuando se piensa en las mujeres que eventualmente pueden solicitar el acceso a un aborto por causal violación, sus edades, nacionalidades, circunstancias particulares, es posible dimensionar la diversidad de experiencias, caracteres y formas de enfrentar el proceso. La instancia de la entrevista es particularmente desafiante con mujeres menores de 18 años, niñas y adolescentes. Esto tiene un impacto en el equipo, y es recogido por los mismos profesionales que no han sido formados en salud mental y cuentan con menos herramientas o recurren más a estereotipos sobre *cómo debiera* presentarse una niña, adolescente o mujer al haber sufrido violencia sexual. Este ámbito constituye un punto importante de aprendizaje para el equipo en su conjunto, y es la razón por la cual la instancia de acogida y entrevista es conducida por un/a profesional de la dupla, no por un/a ginecobstetra:

*“No, claro, esa caricatura no existe. **Hay mujeres que ya se pensaron esto una semana y vienen muy decididas y ya lo trabajaron, ya lo pensaron, que no significa, insisto, que les duela menos, que sea menos terrible. Pero que vienen súper decididas, con un relato claro, que ya le han contado esto a otras personas, ¿no? Pero hay mujeres que no pueden decir una palabra de lo que les pasó, ¿sí? que, efectivamente, hay que hacer como arreglos, como te decía yo, con el equipo y a veces como bueno, pedirle al equipo “pucha, salgan ahora de la sala, primero vamos a entrevistar nosotros, voy a estar yo con la paciente”. Porque hay que partir de antes aún, como poder contener algo para poder decir algo de eso**” (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 24 enero 2022)*

*“**Llega gente muy conmocionada** que da el relato pero que se nota que ha sido muy difícil estar hablando de eso, si gente muy conmocionada y **otras a veces con algunas reacciones que son poco habituales, como poco esperables, también nos ha tocado. Para una en general es súper fuerte el escuchar relatos cuando están muy conmocionadas o cuando hay reacciones como medias desarmónicas, o sea, recuerdo muy bien una señora haitiana que un poco se reía, que debe ser como una respuesta emocional frente a situaciones difíciles, pero como para una, que no sabe tanto de psicología era como raro ver a alguien dando un relato de algo fuerte con una disociación emocional**” (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)*

Respecto a las niñas y adolescentes hay un camino hecho por el Equipo en relación al manejo de la situación de entrevista, un aprendizaje entre los integrantes, en particular, incitado desde los profesionales de salud mental. Por otro lado, varios funcionarios destacan que, cuando no necesitan tomar relato pues las personas llevan consigo la denuncia, sobre todo de Fiscalía, les remiten declaraciones extensas y pormenorizadas de la violencia sexual, innecesarias para el Equipo IVE.

*“Y en adolescentes a veces cuesta un poco mas, porque cuesta que den un relato fluido, como que hablen, sino que hay que ir a veces como preguntando, como dirigidamente, ¿Cuándo fue? ¿Cómo ocurrió? En los adolescentes es un poquito mas complicado creo, porque en niñas no es tan difícil, pero las que son adolescentes cuesta un poco más. Y a veces cuando están muy conmovionadas da lata a veces... pero como te digo nosotros necesitamos que nos digan dos cosas clave, **no necesitamos detalles ni jamás preguntamos como detalles de que fue lo que sucedió, muchas veces ellas como que lo dicen, pero y cada vez menos, o sea, también ha habido un aprendizaje de la entrevista, que los que mas nos han dado feedback han sido los psicólogos. Yo creo que antes preguntábamos mucho más que lo que preguntamos ahora, creo que cometíamos el error de preguntar más de lo que necesitábamos saber, entonces ahora por eso la comandan ellos (los psicólogos) la entrevista, como para que uno no caiga en el error de preguntar más de lo que debería y de saber cómo dirigir de la mejor forma la entrevista”.** (Ginecobotetra equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)*

Un punto relevante que surge en el discurso de los/as profesionales del equipo IVE es el objetivo para el cual se debe recoger el testimonio, como parte de la constitución de la causal. Se recogen los aspectos medulares para proceder a la IVE: fecha y falta de consentimiento de las relaciones sexuales que produjeron el embarazo, sin indagar en otros aspectos de la agresión a menos que la usuaria quisiera relatarlos. Los profesionales son críticos respecto a la función que tienen que cumplir como Equipo de atención de una mujer, adolescente o niña en situación de aborto por causal violación. Se remarca la idea de que, siendo profesionales de salud, el objetivo no puede ser de ninguna manera hacer juicios sobre el relato o tratar de confirmar la veracidad de los hechos relatados, reafirmando la idea de que no se debe cuestionar a la mujer, por el contrario, se trata de prestarle ayuda frente a una situación que puede ser muy difícil para ella. Surge también la opinión que esta forma de concebir la toma de relato pudiera no ser compartida por otros equipos en otros hospitales, y que, efectivamente, exista una aproximación subjetiva que de cabida a una cierta noción de peritaje, de intentar distinguir si la usuaria está diciendo la verdad.

*“Me parece a mí que **hay que ser súper cuidadosos en el aproximamiento a eso, ¿no? Cómo nos aproximamos a escuchar un relato. Por eso te decía al principio, cómo yo creo que este margen que deja la ley permite que los equipos sean o muy respetuosos o muy policíacos, muy periciales.** Y esa cuestión a mí me parece tremendamente problemática. Yo, cuando recibo una paciente, la recibo, por supuesto, considerando que todo lo que me está diciendo es verdad. **No me interesa aproximarme desde el lugar de distinguir una verdad de una mentira. Ese no es un trabajo clínico.** Yo... nosotros, no nos aproximamos así desde un relato. Más bien utilizamos este espacio como un espacio de contención, de elaboración de algo, ¿no? Como... **muchas veces no hay relato tampoco. Te encontrái con eso. Sobre todo, donde hay una violencia sexual sistemática, ¿no? O sea, una mujer te dice bueno, yo, la verdad, no sé exactamente cuándo me embaracé porque mi pareja me***

viola todas las noches. Me viola todos los días. Ahí no hay nada que distinguir de la verdad o la mentira, ¿no? No hay nada, o sea, no hay ningún aproximamiento, aproximación pericial que pueda contener algo. Yo creo que, en ese sentido, es súper delicado ese espacio. Deja a criterio clínico de cada psicólogo, de cada psicóloga... quisiera pensar que todos nos aproximamos desde el respeto y desde el cuidado y no desde el cuestionamiento. Pero no lo sé en otros hospitales. También me consta que no siempre es así, que muchas veces se parte desde una duda que, lamentablemente, es una cuestión que pasa mucho en salud..." (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 24 enero 2022)

La complejidad del relato, de poder verbalizar la agresión, no estriba solamente en la narración fluida de los hechos. Intervienen otros elementos como la vergüenza, la culpa, la sensación de tener que rendir cuentas aún siendo la víctima, la relación con las figuras de apoyo pero también la imagen que se proyecta frente a otros significativos. Esto es particularmente relevante en el caso de las adolescentes. Un caso comentado por uno de los profesionales muestra estas dificultades: una adolescente llega con sus padres, quiere que estén presentes y entrega un relato que no parece verosímil, se les pide a los padres que salgan y ella relata entonces que conoció a una persona en una aplicación y fue forzada a tener relaciones sexuales, se le explica que eso también es violación. Proceden entonces a realizar la ecografía, ésta muestra que no está embarazada.

*"[Ella pensó que estaba embarazada y al final no estaba embarazada]
- Sí, exacto, no estaba embarazada, pasó por un calvario por nada. Entonces... a nosotros nos puso la luz de alerta este tema de que... **que no coincidía... este relato ficticio que es muy como de película, de haber sido violada en un sitio eriazo, no, no nos terminaba de cerrar mucho.**
[Claro. ¿Y ahí cuando hacen el relato y son menores de edad entran con la persona adulta que las acompaña?]
- Sí, primero les preguntamos si quieren entrar solas o quieren entrar acompañadas. Generalmente, entran acompañadas con la persona significativa. Y después igual les pedimos que nos den un tiempo para estar solos con ella. Para, **efectivamente, ver si el... la necesidad de interrumpir no está siendo coaccionada**". (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 12 enero 2022)*

En este caso es clave el tiempo a solas con la adolescente, en principio está pensado como resguardo básico de la autonomía de la niña o adolescente, sin embargo, la vergüenza frente a los padres impide que ella pueda contar realmente lo que sucedió, y muestra, además, la dificultad en relación al concepto de violencia sexual, del cual no tiene conciencia y se reduce a un lugar común.

Luego de la entrevista, el relato recogido debe consignarse por escrito y ser firmado en conformidad por la mujer, con el debido resguardo que permita la confidencialidad de los antecedentes en el establecimiento. Para ello, según señala 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 (45), se dispone de un archivo anexo a la ficha clínica, de responsabilidad del director/a del establecimiento, el que sólo podrá ser entregado al Ministerio Público de ser requerido según lo regulado en el artículo 13 de la Ley 20.584. En este equipo, la matrona gestora, parte del Equipo IVE, es quien se ocupa de este archivo y su resguardo.

Otro tema que emerge en la situación de entrevista es la **denuncia**. La mayoría de las usuarias mayores de 18 años no hacen una denuncia previa a acudir al Hospital. Caso contrario sucede con las menores de 18 años, una gran parte de ellas cuenta con una denuncia hecha antes de tomar contacto con el Equipo IVE.

*“Para menores de edad generalmente hay una denuncia antes de llegar al sector salud. Lo que de alguna manera igual nos facilita un poco las cosas. Porque también nos han planteado este tema de que... como ya está la denuncia hecha, como que nosotros **ya hemos asumido mucho el tema de no indagar más en el relato... Entendemos que, si hay una denuncia, solamente escuchamos muy superficialmente el relato.** Y nos... lo único importante que nos hemos planteado es que coincida la fecha del abuso con el embarazo” (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)*

La denuncia es un acto jurídico que consiste en poner en conocimiento, de un posible delito, a la autoridad correspondiente. Los profesionales a cargo de las IVE en los ARO, y en este caso también el Equipo IVE, puede interponer la denuncia ante funcionarios de Carabineros o PDI que se encuentren más cercano al servicio de salud o destinado al recinto asistencial, o bien dentro de las dependencias del Servicio Médico Legal. Conforme a lo dispuesto en artículo 175 del Código Procesal Penal, están obligados a denunciar:

- Los jefes de establecimientos hospitalarios o de clínicas particulares.
- En general, los profesionales en medicina, odontología, química, bioquímica, farmacia y de otras ramas relacionadas con la conservación o el restablecimiento de la salud.
- Los que ejercieren prestaciones auxiliares de ellas.

El plazo para realizar la denuncia, conforme al artículo 176 del mismo código es de “veinticuatro horas siguientes al momento en que tomaren conocimiento del hecho”. Cabe señalar, en torno a este punto, que quien omita realizar la denuncia -conforme lo dispone el artículo 177 del Código Procesal Penal- incurre en las sanciones señaladas en el artículo 494 del Código Penal o en aquellas que señalen disposiciones especiales, si correspondiere. La denuncia debe hacerse cuando existan elementos que sugieran la existencia de un delito. Es suficiente la sospecha de la ocurrencia de un delito sexual respecto de la víctima para llevar a cabo la denuncia, debido a que la comprobación o no del hecho, es función propia de la investigación dirigida, de manera exclusiva, por el Ministerio Público y no es competencia de los profesionales de salud.

Cuando la víctima de violación es menor de 18 años, el delito es de acción penal pública (artículo 53, inciso II, Código Procesal Penal), por lo que el Ministerio Público puede perseguir el delito de oficio, y cualquiera que tome conocimiento del hecho debe denunciarlo para que se proceda a investigar. La Ley N° 21.030 no innovó en esta materia. En el caso de mujeres mayores de edad, de acuerdo con el artículo 369 inciso I del Código Penal, se trata de una acción penal pública previa instancia particular, ello implica que no se puede proceder a la persecución del delito si la víctima

no denuncia o ratifica la denuncia presentada por otro. Sin embargo, la Ley N° 21.030 establece una norma especial en caso de la mujer embarazada víctima de violación. En los casos en se invoque la tercera causal y la víctima no haya realizado denuncia previa, el jefe del establecimiento de salud deberá comunicar este hecho al Ministerio Público, quedando este habilitado para iniciar la investigación de oficio. En este equipo la matrona gestora es quien realiza la gestión enviando la información por vía reservada al director del Hospital, siguiendo los pasos que ella relata. Todas las IVES son reportadas al Ministerio Público, la diferencia es que las mayores de 18 años pueden desistir de la investigación de la causa:

*“Se hace un memo donde yo le informo al director, porque es el director el responsable de hacerlo, le informo al director que se hizo ese procedimiento en la causal 3... que va todo esto **por vía reservada. Llega al director** y el director manda a Jurídica, y Jurídica... lo que a mí me llega, es la copia del Ordinario que se **manda al Ministerio Público**”.* (Matrona equipo IVE, Hospital San José, 18 enero 2022)

De acuerdo con la Ley N° 21.030, una vez que se toma conocimiento de los hechos y no consta que se haya presentado previamente una denuncia, el obligado a realizarla o a comunicar la invocación de la causal, según corresponda, es el jefe del establecimiento hospitalario o clínica particular. En ese sentido, no corresponde que se solicite a la víctima o a su representante legal, que realice la denuncia o comunicación y regrese con posterioridad al recinto de atención.

*“Uno les explica que puede hacer la denuncia, pero eso no es como... algo que vaya a interferir en hacer el procedimiento, ¿ya? **Eh, yo creo que como el 50% tiene denuncia y el 50% no tiene denuncia. Y, de todas maneras, como por ley uno deja la muestra guardada en cadena de custodia por si la paciente en ese momento quisiese posteriormente hacer la denuncia** porque hay muchas pacientes que no desean... uno igual les aconseja que hagan la denuncia, siempre. Pero, también hay pacientes que desconocen quién fue como el agresor, entonces a quién voy a denunciar si no sé quién es. Ya cuando es conocido, cosas así, a veces se hace la denuncia y siguen con el proceso hasta el final. **Por eso es bien importante que en el equipo tenemos las trabajadoras sociales que orientan a la paciente con respecto a eso. Cómo hacer la denuncia, qué hacer, cómo hacer el seguimiento...** porque, la verdad, médicamente, más o menos nomás me manejo en eso. Yo sé que hay que hacer la denuncia, pero no sé como todos los protocolos que siguen. Por eso lo hace la... todo ese detalle lo hace la trabajadora social. Y es la que más que como se preocupa y hace el seguimiento”* (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 20 enero 2022)

Todos quienes trabajan en un establecimiento de salud deberían tomar conocimiento de estas directrices, sin embargo, se sabe que funcionarios/as del Hospital San José han solicitado denuncias previas para poder llegar al Equipo IVE, estas situaciones puntuales han obligado al Equipo a realizar llamados de atención y capacitaciones a los funcionarios administrativos, en particular de admisión de urgencias. Se profundizará en ello en el capítulo sobre desafíos y aprendizajes.

*“Pareciera ser que nos pasó en el SOME, que había una persona que... una mujer, supimos de una mujer que **acudió a la Urgencia y en el SOME le mandaron a hacer una denuncia primero**”.* (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)

Cabe aclarar que, si bien de acuerdo con la Ley, el Ministerio Público siempre tomará conocimiento de los hechos que fundan la causal, ya sea por denuncia o comunicación de ellos, esto **no es requisito para practicar la interrupción voluntaria del embarazo**, por lo que dichos procesos pueden realizarse de forma paralela o con posterioridad a la intervención. El deber del equipo de salud se agota con la denuncia o la comunicación, debido a que la comprobación o no del hecho, es función propia de la investigación dirigida de manera exclusiva por el Ministerio Público. No obstante, existe la posibilidad de que el Ministerio Público o el Tribunal respectivo, solicite la declaración de integrantes del equipo o la solicitud de todo o parte de la información de la ficha clínica o documentos anexos conforme al artículo 13 de la Ley N° 20.584.

Además, en los casos en que la solicitante sea una mujer menor de 18 años, los jefes de establecimientos hospitalarios y clínicas particulares deben notificar al Servicio Nacional de Menores.

El momento de comunicar a la usuaria los pormenores respecto a la denuncia, es complejo. Para las menores de edad no es un tema tan relevante, toda vez que, la mayoría de ellas llega habiendo ya hecho una denuncia (la persona significativa que las acompaña), o vienen con una decisión ya tomada después de haber ido a un Tribunal de familia, o Fiscalía. Desde la experiencia del personal que las atiende, las personas adultas que acompañan comprenden y apoyan la necesidad de referir legalmente la situación, porque se trata de un delito contra una menor de 18 años. Para las mayores de 18 años, en cambio, donde queda abierta la posibilidad de no continuar con la acción penal una vez abierta la causa, pensar en la denuncia puede contener elementos tan diversos como el abanico de situaciones que pueden estar viviendo las mujeres; que el agresor sea un familiar, una pareja, el marido; que sea el sostén económico de la familia, un compañero de trabajo, un jefe, un arrendador, etc.

Las razones por las que una mujer no quisiera continuar con la denuncia –desde las experiencias de trabajo de los y las profesionales que las atienden- tienen como elementos principales quién es el agresor, la re-victimización del aparato jurídico durante la persecución penal, y las represalias/consecuencias por hacer público el hecho. Es capital, entonces, que la usuaria mayor de 18 años comprenda a cabalidad que: no está obligada a seguir con la denuncia, que ésta no constituye un requisito para el acceso a la IVE, y que el establecimiento de salud custodiará el resguardo del ADN del feto que comprueba la participación del violador en el embarazo si ella decide, en un tiempo máximo de 2 años a partir de la IVE, iniciar una persecución penal de su agresor.

*“Yo creo que **quienes denuncian lo hacen antes de pensar en el IVE, me ha tocado pensar que lo hacen más como por el tema legal, ahora yo creo que sí, la gente en general con el tema legal se***

asusta mucho, creo que de entrada es algo medio violento, los temas de la denuncia, de hecho a mí me parece que cuando uno en la entrevista habla de este tema de la denuncia es medio... es un momento delicado, a muchas les asusta si se llega a saber que fueron violadas, más aun si se sabe que denuncian, por estigma, por juicios, por represalias, etc.”. (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)

No se registran casos, en el período a la fecha⁶, de mujeres que hayan constituido causal, es decir, cumplan con los requisitos de acceso, y rechacen realizar el aborto. Es decir, el temor a la denuncia, no inhibe a las usuarias de terminar el embarazo de forma legal a través de la IVE, en este Hospital. Sin embargo, no se sabe cuántas mujeres y sobretodo niñas no acuden al sistema de salud por no querer, en este caso la familia o tutores, realizar una denuncia legal sobre la violación, profundizaremos en esto en el capítulo sobre Acceso a la IVE.

Una dificultad que surge respecto a la denuncia para las mujeres mayores de 18 años que han decidido no ratificarla, es comentada por varios miembros del Equipo IVE. Semanas posteriores a la interrupción del embarazo son contactadas por funcionarios de Fiscalía, quienes debieran preguntar por la aprobación de la víctima para continuar con el proceso de investigación de la denuncia. Sin embargo, la interacción no se termina con la negativa de las mujeres, sino que continúa con preguntas muy específicas sobre el delito. Tampoco se respeta que sea solo una llamada, sino que son contactadas más de una vez, lo que provoca molestia, incomodidad, frustración e imposibilidad de trabajar bien la reparación de la mujer. Muchas de las usuarias no continúan en contacto con el Equipo IVE, así que éste solo cuenta con la retroalimentación de las mujeres que mantienen una relación con la dupla psicosocial que hace acompañamiento, de estos casos al menos un par refieren haber vivido esta situación.

*“Y fue muy hostigante y al final fue como “ya, sabes qué, por favor, déjenme tranquila” y les cortó y nunca la volvieron a llamar. (...) “que sí, pero necesitamos pruebas, dónde es el lugar, dime...” “no, no, no” ... y al final cortó. **Me parece pésimo. Encuentro que es abrir una herida que quizá está sanando. No corresponde, ¿ya? Pasas a llevar a la mujer. O sea, si ya fue doloroso tomar la decisión porque, aunque no crean, a una persona le cuesta mucho decidir pasar por una interrupción de embarazo, peor si es que te hostigan para... como diciendo “estás mintiendo porque si no me dices nada... es porque me estás mintiendo”. Sobre todo, yo he escuchado que... cuando las mujeres están bajo el efecto del alcohol... entonces ahí no les creen mucho...Y en ese caso fue así, estaba bajo los efectos del alcohol, ella no se acuerda de nada, y no sabe ni quién es. Entonces... “Pero cómo, algún nombre, dirección...” Te empiezan a hostigar, no creyéndote que tú... como que bajo los efectos del alcohol no es violación. Claramente lo es” (Trabajadora social equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)***

De acuerdo a lo señalado por la abogada experta en violencia sexual que fue entrevistada en el marco de este trabajo, se produce un contrasentido: el interés del Ministerio Público de perseguir los delitos en relación a violencia de género, y en particular en IVE, donde se impuso la persecución

⁶ Datos recabados a través de solicitud de transparencia, ingresada vía OIRS al Hospital San José, respondida el 9 de junio 2022.

obligatoria del delito, por sobre el respeto a la decisión de la víctima de iniciar o no la investigación. Podría haber incluso un interés indagatorio particularmente dirigido a cuestionar si se trató o no de una violación:

“Es que, en el marco de la IVE, la ley impuso la persecución obligatoria y, por lo tanto, si uno fuera, digamos, fiel a aquello, tendrían que asegurar ese rol. (...) Puede haber perfectamente fiscales que están más interesados por una cuestión personal. Yo no sé si hay instructivo, porque, incluso, en las otras causas es poco, no es habitual que anden llamando tanto a las usuarias, salvo que entiendan, que como es violencia de género, fijate la contradicción, que ellos sí tienen que insistir con la víctima para la persecución penal. Para que el perpetrador no ande libre. O sea, en la última investigación que hice (violencia de género), es cuando empieza alguien de la Fiscalía a llamar a llamar a la víctima, entonces, yo tengo pedacitos, digamos, de lo que la víctima dice, y le dice al fiscal había una, una o varias, digamos, a usuarias que le decían “sabe qué, no me joda más, yo no quiero seguir con esto. Usted, no, no, yo ya le dije, le dije a la otra señorita, me llamaron de aquí, me han llamado de allá y yo ya no quiero saber más”. Entonces, puede haber ahí también una contradicción vital, en el sentido de sentir que tienen que perseguir el delito.(...) pero no sabemos cuánta capacitación tienen. Y puede ser exactamente lo mismo si es violencia sexual de mujer mayor cuando en el contexto de pareja; yo no quiero seguir adelante, y no le voy a decir quién es. Habría que saber quién llama. Para saber si aquí hay algún fiscal que tiene una especial predilección para tratar de alguna manera de develar que esa denuncia era una violación falsa por así decirlo así”
(Abogada, Investigadora en violencia sexual y aborto, 01 febrero 2022)

➤ 5.2.2. Ecografía: determinación de la edad gestacional

Una vez se ha realizado la primera acogida: presentarle a los/as profesionales, explicarles en qué consiste el proceso de constitución de causal, el proceso de denuncia, responder las dudas de la usuaria y escuchar su decisión de abortar, como punto central recoger relato -en particular la fecha y la plausividad de la agresión-, se procede a la realización de la ecografía, que en consideración a la persona víctima de violencia sexual, se realiza vía abdominal siempre que sea posible (en el primer trimestre la vía preferida es transvaginal).

“Por lo tanto, ¿tu deseas interrumpir? si yo deseo interrumpir, o sea, si necesitamos que esas dos cosas salgan en el relato, que fue producto de una relación no consentida y que desea interrumpir y después de eso le hacemos la ecografía, y con la ecografía -que tratamos de hacerla vía abdominal siempre que sea posible-, cotejamos como la, a pesar de que fijate, que como de experiencia me ha tocado que, que la vía transvaginal no molesta mucho fijate, como que antes decíamos, uy sí, pero a veces uno les consulta y no parece ser un motivo de perturbación, entonces hacemos la eco vemos que el relato sea concordante con la ecografía y se realiza la ficha se piden los exámenes y se programa según lo que la usuaria quiera el día de la interrupción”
(Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)

Los profesionales a cargo de realizar el examen son los ginecobstetras. Durante la entrevista, cualquiera de los 3 ginecobstetras del Equipo IVE que haya tomado el caso, está presente desde el principio; es quien explica el procedimiento médico para efectuar un aborto, cómo es la recuperación y cualquier duda que tenga la usuaria o su acompañante. Este/a mismo/a profesional

es quien conduce al box a la niña, adolescente o mujer para hacer un ultrasonido obstétrico. Si la usuaria lo desea pueden participar otras personas, como su acompañante o el/la psicólogo/a o trabajadora social:

“Se explica a las pacientes cómo se hace este procedimiento y cómo... cómo va a ser como, en el fondo, su vida reproductiva futura porque igual hay pacientes que a veces tienen un poco de miedo... como “¿qué va a ser? ¿Cómo va a ser? ¿Voy a estar hospitalizada?” Entonces uno les trata de explicar eso” (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 20 enero 2022)

En la situación de ecografía se le pregunta a la usuaria si quiere ver la pantalla, la gran mayoría no quiere observar el feto. Esta decisión hace sentido al Equipo IVE, también se baja el volumen para que la usuaria no escuche latidos cardíofetales.

“Y, en general estas personas no han hecho ecografía antes, es la primera que hacen... Algunas vienen con ecografía y otras, no. Y depende también la ecografía... se les baja el volumen, no escuchan latidos, no ven monitores, nada. Es como... rapidito, cosa que sea lo menos invasivo posible. [Y, en esta instancia, ¿hay alguna consideración particular con menores de edad?] Eh, sí, acompañan... cuando ellas quieren, acompañan los padres. Si dice “no, mira, yo quiero que me acompañe mi mamá”, la mamá tiene permitido entrar. A veces piden que acompañe uno... “En la ecografía quiero que entre tal persona” o “no quiero que entre nadie...” (Trabajadora social, Hospital San José, 06 enero 2022)

➤ 5.2.3. Constitución de la tercera causal

Después de recoger el relato y haber obtenido la fecha de la edad gestacional del feto mediante un ultrasonido, los participantes del Equipo IVE que hayan sido convocados para el proceso de cada usuaria se reúnen sin la presencia de la mujer. El objetivo de este momento es arribar a la convicción, como equipo, respecto a la configuración de la causal. Como ya se ha señalado, la concurrencia de esta causal es evaluada por los equipos de salud sobre la base de las siguientes consideraciones (45):

- Análisis de la plausibilidad del relato.
- Idoneidad de los hechos relatados para producir un embarazo.
- Concordancia estimada entre la fecha de la violación relatada y la edad gestacional informada.

Además, en el caso de la tercera causal existe una definición de plazos diferenciados para la realización de la Interrupción del embarazo, hasta 12 semanas en caso de mujeres mayores de 14 años y hasta 14 semanas en caso de adolescentes y niñas menores de 14 años. Teniendo en consideración todos estos antecedentes las tres personas que participan de la situación de entrevista deben arribar a una conclusión: si concurre o no la causal. Se le comunica entonces la

decisión a la usuaria, y se agenda en conjunto con ella una fecha próxima (entre 24 a 48 horas) para la realización del aborto.

La constitución de la causal presenta mayor complejidad en los casos en que la persona no puede decir una fecha probable de embarazo, no puede aportar una fecha exacta, sino un período. Estos casos ocurren cuando la violencia sexual es recurrente y la mujer no puede identificar un episodio en particular. También presenta dificultad cuando la persona tiene una pareja sexual estable y es agredida por un tercero, pero no sabe en cuál relación sexual quedó embarazada, que conlleve a que, finalmente, la fecha aportada no sea coincidente con la fecha de la edad gestacional. Para estas situaciones en particular, se considera un período de tiempo plausible, que esté siempre dentro del margen de los plazos legales para acceder al aborto.

*“Entonces, ella nos dice una fecha, se hace una ecografía, esperan afuera y nosotros adentro empezamos así **“ya, ¿alcanzan, califican? ¿Sí, ¿no? ¿Las fechas concuerdan? ¿Sí, ¿no?”** Y, claro, independiente que tenga pareja, haya sido una violación, si coincide el día... Igual es difícil, por ejemplo, cuando son parejas y ella manifiesta una violación... no se puede clarificar la fecha exacta. Pero, si es una violación, ella te puede decir fechas cercanas... igual eso constituye la causal porque, como es algo constante, no te puede decir una fecha exacta. Entonces hay criterios que uno va tomando. Que sea cercana, sí” (Trabajadora social, Hospital San José, 06 enero 2022)*

La violencia sexual, para este equipo, no tiene relación con el sometimiento por la fuerza de la víctima, se incorporan otros elementos como la manipulación, y una definición de lo que es el consentimiento sexual. Bajo esa interpretación este equipo ha posibilitado el acceso a mujeres que afirman haber consentido una relación sexual pero el agresor se quita el preservativo masculino, sin consentimiento de la mujer, por lo cual se produce el embarazo.

*“El retiro de los anticonceptivos, el retiro del condón. Sin consentimiento. Nos pasó un caso que ella dijo **“no, yo accedí a tener relaciones sexuales, pero él se quitó el preservativo sin mi consentimiento y quedé embarazada producto de eso. Eso es violación”**. Venía... y también vino a este hospital por la misma situación... porque en otros hospitales no lo hubiesen aceptado”. (Trabajadora social, Hospital San José, 06 enero 2022)*

Sin embargo, hay ocasiones en que, efectivamente, el relato no es plausible o no coinciden las fechas o el período establecido no concuerda. Esto implica que no se establezca la causal y, por lo tanto, se le comunica a la mujer que no es posible acoger su solicitud de acceso a un aborto por causal violación. En estos casos se le explica a la usuaria todos los elementos que se pusieron en la balanza y por qué no es posible configurar la causal, sin poner en entredicho su relato y el hecho de la agresión sexual.

*“Sí, ha pasado. Poco, sí. Pero igual ha pasado que no... por lo menos en mis casos, yo creo que ha pasado como dos veces. Que no coincide nada. **Y les explicamos a las pacientes y ellas entienden perfecto. Y las mandamos a control a APS, para que les hagan el seguimiento.***

*[Y ahí, ¿qué te pasa a ti con eso? Con esos casos porque, eventualmente, podría haber habido violencia sexual, pero podrían haber quedado embarazadas antes, de una relación] Consentida, claro. Claro, eso les explicamos a las pacientes, o sea, ahí me toca a mí decirles “mira, en realidad, quizás tú tuviste actividad sexual en tal fecha”, porque igual uno ahora, como existen muchos programas... entonces uno... te dice como la fecha de la fecundación... Entonces, con lo que mide, te calcula más o menos. **Uno le dice “mira, en realidad, lo que nos indica es que quedaste embarazada en este periodo y no en este periodo”. Entonces es como “ahhh, ya...”. Ahí... uno les tiene que explicar nomás... como el aborto no es libre. Acá uno tiene que apegarse a la ley. Entonces uno les dice “mira, en realidad no coincide. O sea, nosotros te creemos, pero no coincide, lo más probable es que este embarazo es producto de otra cosa. No de este evento que pasó”. Y ellas, “ya”. Las veces que ha pasado, sí, a veces como que ha sido del pololo o del ex pololo, en ese entonces... claro. Me produce un poco como sentimientos encontrados, pero... como por la ley, el hospital, yo no puedo hacer nada más al respecto, porque igual es una mujer que sufrió violencia sexual y está embarazada y no quiere estarlo, solo que ese embarazo no es producto de la agresión sexual”. (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 20 enero 2022)***

Las causales constituidas en este Equipo, como revisamos en cifras, han sido situaciones excepcionales (el año con mayor cantidad de IVEs, primer año de pandemia, fueron 23, el año pasado solo 5). Los/as profesionales del Equipo no cuentan con información que permita reflexionar sobre qué está pasando en el nivel primario que impide que las mujeres lleguen a tiempo.

*“El plazo es muy acotado, o sea a las 12 semanas. Muchas veces en los consultorios como tienen plazo hasta las 14 el primer control, fuera de eso, es fuera de eso. Si yo creo que las que hemos tenido han sido pesquisadas en APS, ahora eso es seguramente lo que falta, **yo no sé cómo, qué preguntas harán en el primer control, o sea lo que yo me acuerdo es que les preguntaban haber visto, ¿este embarazo es deseado? O sea ¿es planificado? Ya, no y... ¿es aceptado? Si o no. Sé que hacían esas preguntas, pero no sé si cuando les dicen no es aceptado si se indagará más y si se dará ahí la comunicación, a mi si me cuesta extrapolar donde está, que pasa, porque no llegan, como que tengo algunas ideas vagas, pero no sé qué pasa que no llegan, no se sinceramente. Tenemos varias que han sido rechazadas por exceder el plazo y una que fue rechazada por no cumplir con el relato... Y otra que fue esta que te digo que después cambió como de opinión, pero copiando lo que decían sus padres. Que fue muy raro esto de que cambió, y la otra no concordaba el relato y las otras pasadas de semanas, esas son las que no han concurrido”. (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)***

Para el equipo que participan de los procesos de aborto es evidente que se derriba el mito, muy presente durante la discusión legislativa para la aprobación de esta ley, que afirmaba una cantidad gigantesca de mujeres que querían acogerse a esta causal, mintiendo respecto a la violencia sexual solo para poder abortar.

*“Sobre todo, este prejuicio de que iban a llegar las mujeres diciendo “me violaron” y no es. [¿Tú cómo evalúas ese juicio ahora, sería posible que alguien llegue como...?] No. No. **No. Yo te digo que no es posible.** Porque uno... mira, yo, empecé... esto no me lo has preguntado, pero... empecé leyendo los relatos, pero no pude seguir leyéndolos. Entonces, si tú caracterizas en tu mente a una mujer que ha sido violentada. O a una niña. Con un entorno tremendo, con un entorno que la ha victimizado toda la vida. O que ha estado encerrada como en trata de blancas, o sea, en trata de personas. Una mujer con esas características yo creo que nadie*

puede fingir el dolor. O sea, yo creo que, absolutamente, no". (Matrona gestora equipo IVE, Hospital San José, 18 enero 2022)

Respecto al plazo establecido por ley, solo una de las profesionales cree que es adecuado y responde cabalmente a las necesidades de las mujeres, niñas y adolescentes que viven violencia sexual. En esta opinión está presente la idea del riesgo médico que tendrían las mujeres al ampliar el plazo, en una edad gestacional más avanzada.

*"Sí, yo creo que sí. O sea, por lo menos de violación, sí, con respecto a la tercera causal, **yo creo que está acorde, o sea, doce semanas es suficiente para que una mujer tome una decisión, se haga el diagnóstico de embarazo.** O sea, son cuatro meses. Tres meses y medio. No es poco. Yo sé que en algún momento quizá lo querían como extender y ahí quizás ya no estoy de acuerdo porque ahí es más difícil todavía saber. En cambio, **yo creo que es adecuado y, además que, como se puede hacer... entre menos semanas, es menos riesgoso el procedimiento, menos riesgoso el sangrado que pueda tener, entonces... menos complicaciones. Menos tiempo de hospitalización también.**" (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 20 enero 2022)*

Para los demás profesionales, aunque sea en pocos casos, el plazo impuesto por ley restringe el acceso a usuarias que deberían haber podido interrumpir. Probablemente al equipo le cuesta dimensionar la cuestión de los plazos, porque la mayoría de las usuarias llegan dentro de él; puede ocurrir que no se les derive a las mujeres sobre la cantidad de semanas estipuladas en la legislación, así como que las mismas usuarias al buscar información sobre la ley se enteren que ya no están a tiempo; los/as profesionales de salud mental relevan los plazos como una restricción para el acceso y a la posibilidad de hablar de la experiencia, incluso de pedir ayuda. Otro factor a considerar es la relación con el cuerpo, ya que la violencia sexual podría significar una cierta desconexión consigo misma, que dificulte (sobre todo para niñas y adolescentes) el percatarse "a tiempo" de los síntomas del embarazo.

"Hay que asumir el contexto de lo que implica comentarle a alguien que este embarazo es producto de una violación, ¿no? O sea, no es una cuestión que pasa tampoco como... no es en el cotidiano... una mujer no se va a acercar a alguien y decirle "oye, en verdad este embarazo es producto de una violación" (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 24 enero 2022)

El plazo acotado implica que el Equipo IVE esté disponible a ser conformado para acoger a la usuaria siempre, lo que también es desafiante en términos logísticos, como se ha planteado este Equipo sí cuenta con profesionales todos los días de la semana, pero si pensamos en las horas contempladas en la ley, eso está muy lejos de ser la realidad para la gran mayoría de los dispositivos de salud.

*"Si no es una discusión que se tiene en los equipos... yo creo que...y hemos sabido de pacientes que llegan acá, desde otros equipos, que les ha ido mal, que se han sentido juzgadas, ¿no? Que se han sentido violentadas, derechamente, eh, entonces, claro, siempre me ha llamado la atención como la dificultad que plantea la tercera causal. Y a propósito de que también, **o sea, plantear una cuestión que no es libre, ¿no cierto? En ningún sentido. Que plantea semanas gestacionales que son pocas***

*igual, si pensamos como respecto de, en general, cómo vemos nosotros que las pacientes llegan a consultar por un embarazo, incluso en un embarazo deseado, ¿no? Doce y catorce semanas son pocas semanas de embarazo, en general, muchas veces hay pacientes que no se han percatado del embarazo con esas semanas gestacionales. Entonces, claro, **nos plantea esa dificultad de poder también acoger eso lo más rápido posible porque, efectivamente, la paciente puede quedar inscrita en la ley y no quede fuera, con todo lo que eso implica**". (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 24 enero 2022)*

Uno de los casos comentado por integrantes del Equipo IVE, es la situación de una mujer mayor de 18 años, con problemas cognitivos y físicos producto de una ataxia que ha ido progresando con el paso del tiempo después de un parto hace 5 años. La mujer tiene como única red de apoyo a su madre, quien se encuentra en silla de ruedas, y debe cuidar de un hijo. No se percata del embarazo hasta la semana 18 y tampoco logra explicar quién la agredió, probablemente un familiar fuera del círculo próximo. Lo excedido del tiempo impide que se configure la causal, tampoco puede interrumpir por causal 1, porque no se interpreta como riesgo de salud, sino vital.

***"No se podía... porque no estaba en riesgo su vida. No se iba a morir por esto. Iba a seguir con daño, sí... si es que seguía deteriorándose, que ya se seguía deteriorando... Pero la ley no lo... no permitía ni siquiera que pudiéramos entrar a jugar o a pelearnos para darle coto, no sé, al comité de ética... porque no cabía dentro de la ley... no cabía. Esta ley queda corta, quedó chica. Yo creo que fue algo que lo sentimos mucho, que fue uno de los últimos casos y que fue muy duro tener... ¿qué va a hacer? (...) En este caso, sí, puede ser un caso extremo, poco frecuente... pero era un caso real. De una mujer real que le estaba sucediendo esto y quién se iba a hacer responsable de una situación así. Que esta chica tuviera que vivir toda esta vivencia, cómo iba a llegar a un parto si era una mujer que no podía... no podía ya hacer mucho (...) muchas veces los que están en contra de la ley... comentan y lo digo yo también porque yo trabajé en adopción... "no, es que está otro camino, nosotros sí creemos en la vida"... pero, ¿en serio hay que hacer pasar a una mujer nueve meses sintiendo, viviendo todo lo que conlleva un embarazo a nivel biológico, neurológico, psicológico, emocional, social... para esta situación? Y que también la ley... entiendo que a la ley también le falta bastante, la ley de adopción. Y es bien estricta a la hora de cómo esta mujer se habla de que tiene que... la mujer estar en su sano juicio, consciente. Lo más probable es que tengan que entrevistar a la madre de esta chica. Porque ella sería la que sería responsable y todo. Pero también se complica mucho a esta mujer. ¿Qué pasa con las condiciones físicas? Tal vez continua su deterioro, cuál va a ser su calidad de vida... qué es lo que el sistema y la sociedad le ofrece a esta mujer. Que básicamente es no querer hacerse cargo, no querer mirar lo que ocurre. Las expectativas también sobre eso. Entonces es súper complejo... ¿y también uno qué hace? Como... qué... ¿qué se le puede ofrecer? Seguimiento, visitas domiciliarias, que pueda seguir en control acá... pero... ella necesita muchas otras cosas, que no se le están dando. Ni siquiera el hospital, sino que el cómo está configurado este sistema..."** (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 11 enero 2022)*



5.2.4 Decisión de la mujer

Una vez configurada la causal, se le ofrece a la usuaria la posibilidad de interrumpir el embarazo si así lo desea. Cuando el plazo lo permite, se les da la posibilidad de tomarse más tiempo para decidir y no agendar tan rápidamente la IVE, si así lo quisiera la usuaria. Esta decisión, se le vuelve a explicar, puede ser recusada en cualquier momento, incluso en el mismo pabellón. Ninguna de las usuarias que ha sido habilitada para tomar la decisión de abortar en este Hospital, se ha

arrepentido antes de llevarla a cabo. Es también la mujer la que consiente el día en que ingresará para la interrupción.

Respecto a la decisión, los profesionales de salud plantean que muchas veces ocurre antes de acudir al Hospital, es decir, que las usuarias ya han decidido abortar antes de buscar ayuda para poder concretar el proceso. Algunas de ellas, o sus familias (sobre todo en caso de menores de 18 años) nunca habían pensado abortar, no cabía en sus cánones morales, pero enfrentadas a la situación cambian de opinión.

*“Bueno, en general, **las pacientes que ya llegan acá están como súper decididas.** O sea, como que ellas quieren, en general, salir de ese proceso lo más rápido posible y olvidar todo. Entonces, las pacientes como que saben que llegan acá y uno también trata como de hacer todo como lo más rápido posible, o sea, que no pasen... ojalá si consultan día lunes, y ella está cien por ciento de acuerdo, se hace la reunión... más o menos que de aquí al miércoles esté listo. Como dentro de las 72 horas si la paciente está cien por ciento segura. O al día y medio. **Lo más inmediato posible, según la necesidad de la paciente. Pero yo creo que el 80% de las pacientes llegan muy decididas, como que esta situación ya la tuvieron que haber analizado, seguramente.** Y ya con la decisión cien por ciento hecha...” (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 20 enero 2022)*

La posibilidad de decidir frente a la violencia sexual vivida, de alguna manera, restituye en parte la agencia, la autonomía de la mujer, adolescente o niña, frente a su vida. Decidir ser madre o no, en esas circunstancias en particular, es algo que a todo el equipo le hace sentido, y que intentan transmitir en esa dignidad a las usuarias, que se trata de su derecho, comprendiendo la complejidad de muchas de ellas para llegar a tomar la decisión de abortar.

*“**No son decisiones fáciles que pueda tomar una mujer.** La circunstancia, la historia que conlleva... pero algunas, en este caso, pensando en mi paciente, y en las que no pudieron ser, **daba algún alivio, daba algo de calma. Sentir que podían tomar tal vez la decisión de algo, de algo en su historia, sí.** De no continuar o tratar de que no continuara esa violencia. Porque también muchas veces de las agresiones sexuales se termina culpabilizando a las mujeres. Hasta el día de hoy. Entonces, sí, creo que tal vez desde ahí poder terminar eso... **sentir que alguien les cree, y ese alguien somos nosotros, los profesionales de salud, pero nosotros representamos algo más grande, o sea, un reconocimiento del Estado sobre esa violencia que ella vivió.** Pero tampoco verlas como víctimas, ¿ah? Sí, pasó una situación, fue agredida, sí, el lugar de víctima, pero no significa que lo tenga que ser y que deba ser tratada de esa manera, para siempre digamos”. (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 11 enero 2022)*

Una vez ratificada la decisión de la mujer, resueltas todas las dudas sobre la IVE, y habiendo dado los tiempos necesarios para la reflexión de la usuaria, se firma la documentación de consentimiento informado cumpliendo la obligación impuesta en la Ley N° 21.030, donde se señala que “...la mujer deberá manifestar en forma expresa, previa y por escrito su voluntad de interrumpir el embarazo”. Esta Ley contempla distintas situaciones particulares de las mujeres, ya sea de tipo etarias, por discapacidad y condición de interdicción por demencia, a tener en consideración para la solicitud voluntaria de la interrupción del embarazo (rige para todas las causales). De esta manera se puede

distinguir: Mujeres menores de 14 años; Mujeres mayores de 14 y menores de 18 años; Mujeres de 18 años y más; Mujeres con discapacidad no sometidas a interdicción; y Mujeres con discapacidad sometidas a interdicción. Como último paso se agenda el proceso, entre 24 a 48 horas después de la atención.

El proceso hasta aquí toma entre 1 a 3 horas continuadas, es decir, son acciones dentro de una misma cita con la usuaria.

➤ 5.2.5 Procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo

El proceso de aborto propiamente tal, comienza con el ingreso de la usuaria al Hospital, a través del servicio de Urgencias de maternidad el día y hora en que fue citada. La mujer, adolescente o niña, debe acercarse (previa ayuna de preparación) a primera hora de la mañana a la ventanilla de Admisión de dicho espacio, y comunicar al funcionario/a administrativo que se encuentre presente, que está citada por un profesional (del Equipo IVE) para un procedimiento. En algunas ocasiones el mismo día de la entrevista, si van a volver al día siguiente, se les entrega medicación de preparación para el proceso (mifepristona), una matrona de urgencias comenta al respecto:

*“Yo las recibo después de que ya la vio el equipo multidisciplinario, **ya firmó todos los papeles, ya tiene claro todo lo que va a pasar y por lo general hasta le dieron la mifepristona** el día anterior o a veces me ha pasado que los doctores bajan la ficha antes, me piden con la usuaria, me pide “por favor, anda a darle mife” entonces, yo voy cobro la mifepristona, que es la que se les tiene que dar el día anterior o dos días antes, y eso se las entrego. Yo siempre aprovecho, yo **siempre trato de, sobre todo a estas pacientes que les dan mucha información, les entregan mucho que a lo mejor no pueden simplemente retener, si tienen alguna duda, alguna consulta, dejarles claro que la mifepristona no les va a causar ningún dolor, ninguna molestia y se van para la casa tranquilas**” (Matrona urgencias, HSJ, 12 abril 2022)*

Algunas veces es necesario previamente que la usuaria se inscriba en el SOME del hospital, ya que algunas usuarias no contaban con regularización de su territorio, ni FONASA, o no cuentan con previsión de salud por estar indocumentadas. Cabe señalar que, para la tercera causal, es posible excepcionalmente admitir a usuarias que no registran domicilio en el territorio del SSMN. Los trámites administrativos que conlleva la atención hospitalaria hacen necesaria la relación de la usuaria con personal administrativo, fuera del Equipo IVE. A raíz de dificultades surgidas en estos espacios, la trabajadora social comenta que despliega diversas estrategias para “proteger” a las usuarias de interacciones donde se las cuestione de alguna manera: desde prevenir al personal sobre la llegada de una usuaria, acompañar la mayor parte de estos procesos de forma presencial, y entregar capacitaciones sobre trato y la situación de las usuarias IVE a personal de SOME y OIRS.

*“Hubo problemas con los recepcionistas de la Urgencia, que uno les decía a las pacientes “venga tal día a las 8 de la mañana”, ¿no cierto? Para la interrupción. **Y los recepcionistas le preguntaban “pero a qué viene, pero a qué viene, pero cuénteme a qué viene”**. Imagínate lo difícil también que es para una mujer tener que estar contándole eso a medio mundo, ¿no?” (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 24 enero 2022)*

*“También con OIRS porque **cuando viene alguien yo igual a veces aviso “mira, va a venir una persona, no le pregunten, por favor, nada...” “y... a tal hora, tal día”**. Y perfecto. Avisas y nadie le pregunta nada. Ahora lo estamos haciendo así, después de esa capacitación que hicimos en OIRS” (Trabajadora social equipo IVE, Hospital San José, 06 enero 2022)*

También existe un papel entregado por ginecobstetras a cada usuaria, para que ella no deba justificar por qué procedimiento y situación debe ser ingresada. Sin embargo, como muchas de ellas, sino la totalidad, no cuentan con un historial de atención, con citas previas, los/as funcionarios/as administrativos en ocasiones han actuado de forma violenta frente a estas situaciones que les parecen fuera de la norma:

*“Se requiere el acompañar, de hecho, hasta la inscripción en el SOME de las pacientes porque **ellas no tienen por qué decir a qué vienen. Sobre todo, si es tercera causal**. Es muy difícil decir “no, mira, sabes que me violaron y vengo a interrumpir mi embarazo” O que venga a decir “no, vengo a una interrupción del embarazo” igual es chocante para ella. Por lo tanto, le entregan un papel, así como... hospitalizarse y ta ta ta, pero... igual te preguntan, así como “¿y por qué viene a hospitalizarse?” “No, por un procedimiento” “¿y qué procedimiento?” Y le empiezan a preguntar y a preguntar y a preguntar... entonces, **es más fácil que vayan con uno y a ti no te hacen problema**. Lo mismo que estas pacientes IVE antes no se les agenda la hora. Ellas vienen a veces con correos que envían o espontáneos...” (Trabajadora social equipo IVE, Hospital San José, 06 enero 2022)*

Una vez ingresan a la Urgencia, ya sea solas o acompañadas de una persona significativa (en particular las menores de 18 años), un matrnón o matrona de ese espacio las recibe y las conduce al piso de ginecología (si han logrado reservarle una cama); a veces también algún integrante del Equipo IVE cumple esta función. Esta es la situación ideal, pues en ese lugar la usuaria puede estar protegida, solo con su acompañante. Cuando no es posible tener cama en ginecología, debe esperar junto con las demás usuarias que llegan a maternidad, la mayor parte de ellas gestantes (Cabe recordar que Urgencia de maternidad atiende en realidad a todas las personas con urgencias tanto obstétricas como ginecológicas, es decir, no hay solamente mujeres embarazadas).

Una vez ubicada en una cama se le toman exámenes, se le entrega medicación para la preparación necesaria para la realización del proceso, la dilatación del cuello uterino (misoprostol) si fuera necesaria, hasta que comienza sangrado y/o se observa que el cuello está permeable, se ingresa a pabellón para la anestesia y se realiza la técnica de aspiración manual endouterina o AMEU. Luego la usuaria pasa a recuperación y posteriormente pasa a la sala, idealmente la de ginecología pues ahí no hay gestantes ni recién nacidos. Aquí el relato de una matrona de urgencias:

“Cuando llegan las pacientes yo trato de ingresarlas lo más rápido que se pueda, cosa que no estén mirando a las mamás embarazadas o, y el proceso tratemos de hacerlo lo más rápido posible.

*Cuando no tenemos cama, bueno, he tenido distintas situaciones, primero, la primera situación es que la cama está guardada en ginecología, en algún lugar donde ella va a estar protegida, con nadie más que con su acompañante y todo bien, y suben a ginecología y ahí se les hace el resto del proceso, **le entregan los misos, le toman exámenes cuando entran, pero ella puede estar tranquila, tranquila en la camita hasta que comienza el sangrado, se ve que el cuello ya está permeable, se hace el procedimiento, se baja a la recuperación, y ella vuelve a la sala donde estaba, en ginecología yo creo que es un lugar más protegido porque no hay latidos, no hay embarazadas, no hay guagüitas de por medio”** (Matrona urgencias, HSJ, 12 abril 2022)*

Respecto a la colaboración del personal de salud fuera del Equipo IVE, la apreciación de esta matrona es que existe conciencia en relación al proceso de la usuaria, y lo compleja que puede ser la situación para ella. También hace presente que se ha extendido entre el personal de salud la utilización de acrónimos en relación al proceso de interrupción voluntaria del embarazo, lo que opera como una etiqueta para que los/as funcionarios/as pongan más atención en el trato con estas usuarias.

*“En estos casos por lo menos yo no he visto que se cumpla con los IVE, con el resto de las pérdidas reproductivas es distinto, pero **cuando hablamos de los IVE de por sí, se cumple el que estén solitas en una pieza, pero hay situaciones donde hay que ingresarlas a la recuperación y ahí, bueno, lo bueno es que dentro de nosotros la jerga del IVE tercera causal ya está clarito, entonces si uno dice IVE tercera causal TODOS, siento que sacan un poquito de sus buenas personas, de su carisma por dentro y de los que yo he visto se llevan bien y colaboran con el dolor de la paciente, harto. En la recuperación tratan de siempre dejarlas en un lugar donde no esté a la vista de todos, porque la recuperación está a la vista de las guaguas, las mujeres recién paridas, y llegan las guagüitas bonitas (tono de ternura), hay contacto con la guagua, entonces igual es complejo, hay un lugar al final, final de la recuperación donde poniendo las cortinas que hay entre medio de las camillas quedaría un poquito más aislada y por lo general es ahí en donde dejan a las pacientes en los IVE o en los abortos (espontáneos) también”.** (Matrona urgencias, HSJ, 12 abril 2022)*

El método de evacuación uterina utilizado preferentemente en este Hospital es el AMEU, de acuerdo a 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 (45) es posible utilizar también el método farmacológico o MAM (método de aborto médico). Para elegir el método de interrupción del embarazo el equipo médico debe considerar la edad gestacional, estado de salud de la mujer – adolescente o adulta-, condiciones de acceso a los servicios de salud, y otros determinantes sociales que puedan interferir en una adecuada atención (lugar de residencia lejano a un centro asistencial, ruralidad, dificultades para entender indicaciones, entre otros). En este caso, en consideración a la experiencia previa de violencia sexual se prefiere la utilización de la aspiración, pues la utilización de anestesia durante el procedimiento posibilita que la usuaria sienta lo menos posible en su cuerpo los síntomas de un aborto, y permite que se resguarde de mejor manera la cadena de custodia del ADN del feto. Para efectos de la toma de muestras fetales el procedimiento realizado por AMEU permite revisión inmediata de la muestra y selección de los restos ovulares. En

caso de que éste sea realizado con medicamentos, se debe colocar una bandeja estéril bajo las nalgas que permita recoger los fluidos y restos, con bandeja disponible para intercambiar. Al verificar la expulsión de restos embrionarios o fetales, éstos se deben depositar en el frasco seleccionado, separándolos del resto de los fluidos, al ser un procedimiento menos supervisado la muestra podría tener eventuales objeciones para constituir una prueba en el marco de un proceso penal.

El método farmacológico, que tendría la ventaja de ser auto administrado por la mujer en un contexto extra hospitalario, pierde esa cualidad debido a la necesidad impuesta por ley de cumplir con la protección del ADN del feto, lo que implicaría que todo el proceso se realice en el hospital; un proceso que puede tomar varias horas además del malestar físico y emocional que conlleva. De todas maneras, es una conversación reflexiva y permanente del equipo, el poder entregar la opción a la mujer, que ella elija cuál procedimiento prefiere.

*“Nosotros también, bueno, protocolizamos el tema que ojalá todas las mujeres, en ese proceso estén... primero, **sea ambulatorio, ojalá que no... segundo, a todas les hacemos aspiración endouterina porque, al menos para nosotros, es muy importante el tema del resguardo del tejido del aborto como una eventual... Prueba frente a un proceso judicial**” (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 12 enero 2022)*

Otra consideración es que la hospitalización a primera hora del día permite que el proceso sea ambulatorio si no presenta ninguna complicación (lo que es muy poco frecuente). A todas las usuarias se les ofrece si desean utilizar un método anticonceptivo, si se trata de un dispositivo que requiera inserción se les deja puesto durante el procedimiento.

*“Tratamos también que sea todo ambulatorio, o sea, que la paciente llegue en la mañana, en conjunto con el equipo de anestesia, se le da un medicamento, luego se hace el procedimiento, que es bastante cortito. Y luego se puede ir a su casa. Y **lo más importante también es dejar... tratar de dejarla con algún método anticonceptivo en forma inmediata ¿ya?** a todas. Evidentemente, no es obligación. Depende de lo que la paciente quiera, pero a todas las pacientes les ofrecemos para que se vayan con anticoncepción del día uno. Y, posteriormente, después las controlamos acá en el poli y siguen control con salud mental, tienen un par de controles y luego ya siguen en APS” (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 20 enero 2022)*

En el procedimiento de pabellón, del cual pueden eximirse de participar quienes hayan objetado de conciencia frente a la causal, participan ginecobstetra, pabellonera y matrona, y un/a anestesista que coloca la sedación o anestesia, según el caso lo requiera.

La anestesia utilizada varía en función de la necesidad de la usuaria, el o la ginecobstetra que lleva el caso es quien sugiere al especialista cuál opción podría ser la más adecuada, resguardando en lo posible la propia decisión de la mujer, quien algunas veces expresa querer una anestesia general para evitar estar consciente durante el procedimiento, u otras veces, que prefiere una anestesia

raquídea o una sedación superficial que permitía una recuperación más pronta y, por ende, un alta hospitalaria más rápida. En general los procesos, desde que la usuaria llega a Urgencias hasta que egresa suelen tomar una mañana completa.

*“Ella ingresa al otro día (de la entrevista) en la mañana y esas las hacemos con, según nuestro protocolo con anestesia, con anestesia digamos por el anestesista y ahí si quiere una sedación o una raquídea, eso depende mucho del anestesista. **Si la vemos muy nerviosa a veces la sedan, otras veces si quiere irse rápido, le ponen solamente la raquídea o una sedación superficial, eso es como conversado con el anestesista.** En general la anestesia anda bien, uno igual más o menos sabe cuáles son los anestesistas que uno quiere que le pongan la anestesia, entonces, uno ya les dice mira yo la noto media ansiosa, a lo mejor podrías pensar en sedarla, y después de una hora del procedimiento, bueno se hace todo lo de la cadena de custodia, y después de una hora del procedimiento se va de alta” (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)*

La recuperación es uno de los momentos críticos según quienes conforman el Equipo IVE, pues de no contar con una cama en ginecología la usuaria debe compartir el espacio con usuarias gestantes o púerperas con recién nacidos.

*“Puede ser una situación muy traumática tener que escuchar guaguas porque es un puerperio muy grande. Habrán... creo que son como cincuenta camas. O más. Estarán ocupadas, en general, ¿20 ó 30 camas? En la mayoría hay guaguas. Hay piezas de seis, hay piezas de tres, entonces, **se escucha mucho. Entonces cómo tratar de resguardar también el proceso para ellas, que es como, al final, lo más importante, que sea lo más rápido y cómodo dentro de todo.** Pero, claro, en el IVE 3 se tiene como... está esa posibilidad, que el equipo también se la jugó para que eso existiera, el equipo MUSA, de poder realizar los AMEU, que, si se realizan, se van el mismo día de alta” (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 11 enero 2022)*

En la recuperación se resguarda la confidencialidad de la atención de salud de la usuaria, sobre todo en relación a la entrega de información a terceros, aunque sean acompañantes de la mujer, quienes podrían no estar enterados/as del aborto. Luego siguen controles en el policlínico (CDT) y acompañamiento psicológico si así lo desean. El Equipo IVE comenta que han tenido buenas experiencias en la recuperación, sin ningún caso que presente una complicación del procedimiento.

*“Y después los controles también. Después ya sigue ambulatorio. Muchas pacientes también, claro, buscan también que nadie sepa, que sea como... entonces el secreto médico está también. Tratamos de **hacer como que no tengan visitas, que sea así, llegan y se van. Si la paciente no lo desea.** Incluso hay pacientes que uno les pregunta “mira, ¿quieres acompañada?” “Si alguien pregunta, ¿damos la información, o no?” Si ella dice no, no se le entrega información a nadie. Si ella dice sí, a tal persona. Por ejemplo, va a venir, no sé, mi hermana o mi papá, **uno le dice como ya solamente a esta persona le vamos a entregar información porque la paciente lo desea.** Y, en general, habitualmente siempre vienen las pacientes acompañadas, raramente que venga una paciente sola. Siempre vienen acompañadas por alguien. Y, bueno, vienen y después se van. **Después uno las ve en control súper bien, tranquilas, ya, así como de ánimo bien, físicamente súper bien... no, no hemos tenido tampoco como complicaciones como de procedimiento”.** (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 20 enero 2022)*

Luego del procedimiento el/la médica ginecobstetra junto a la matrona se encargan del proceso referido a la cadena de custodia. El artículo 198 del Código Procesal Penal, en el caso de los delitos sexuales señala que *“los hospitales, clínicas y establecimientos de salud semejantes, sean públicos o privados, deberán practicar los reconocimientos, exámenes médicos y pruebas biológicas conducentes a acreditar el hecho punible y a identificar a los partícipes en su comisión, debiendo conservar los antecedentes y muestras correspondientes”*. Se debe distinguir la toma de muestra de restos fetales, que es obligatoria de acuerdo al artículo 198 del Código de Procesal Penal, la cual será informada a la mujer, pero no requiere expresamente su autorización, de aquella muestra de sangre que se requiere para cotejar el ADN de la víctima, se rige por el artículo 197 del Código Procesal Penal, por lo que se le debe requerir autorización a la víctima para realizarla, informándole que tiene derecho a negarse, pero que eventualmente, en el transcurso de la investigación el juez, a instancias del Fiscal, podrá ordenar que se le practique el examen igualmente.

Por su parte, la Ley N° 19.970 que crea el Sistema Nacional de Registros de ADN, dispone que toda persona que intervenga en la toma de muestras, deberá mantener la reserva de los antecedentes y la integridad tanto de la muestra biológica como de la cadena de custodia, de acuerdo con las exigencias que imponga el reglamento (Decreto N° 634 del 2009 del Ministerio de Justicia). Este sistema de cadena de custodia tiene el propósito de garantizar la trazabilidad, integridad de la muestra, conservación e inalterabilidad de los elementos materiales de prueba, desde el momento que son obtenidos en el centro de atención, hasta que son incorporados como prueba en un tribunal, para así obtener, los resultados periciales correspondientes.

El profesional médico/a debe tener clara la importancia de este hecho en la atención de una paciente que concurra por la tercera causal, para evitar que el material biológico se extravíe o sufra alguna alteración afectando la posterior investigación y la administración de justicia. Es de suma importancia conocer a cabalidad el procedimiento de cadena custodia el cual valida la muestra obtenida como prueba válida en el peritaje ordenado por el o la Fiscal.

En este equipo, como ya se ha relevado, existe mucha conciencia sobre lo fundamental que resulta resguardar la cadena de custodia de las muestras. Sin embargo, de 57 IVEs en tercera causal realizadas a la fecha (principios de junio 2022) solo se ha solicitado una muestra por parte de Fiscalía.

“Sí, solo una. Y todas las demás no han pedido. Entonces, ahí no sabemos si el tema tiene que ver con que no sé... es más una aprensión nuestra el tema de la obtención del tejido, como prueba irrefutable de una violación. O es porque los procesos no se han llevado a cabo, porque es muy lento el sistema judicial. Sí, a mí me parece también que hay una sensación... hay muchas mujeres que se les pregunta en algunos casos si hicieron denuncia. No con un afán de preguntarles... o sea, como de pensar que necesariamente debían hacerlo. Pero, lo que han planteado siempre, un poco, es

la desconfianza en el sistema judicial. Plantean que efectivamente no sacan nada con hacerlo, y al parecer no están equivocadas, porque si hubiéramos cumplido con el tiempo estipulado para el resguardo de muestras ya deberíamos haber desechado ese material genético. Como son tan pocas causales, nos sobra refrigerador y no lo hemos hecho". (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 12 enero 2022)

Justamente en relación a la función de Fiscalía, cobra mayor relevancia la contradicción entre el interés persecutorio que algunas usuarias han manifestado a las integrantes de la dupla psicosocial y la escasa, prácticamente nula, solicitud de muestras de ADN, que demuestra que no siguen adelante con la persecución penal en aquellos casos en que las mujeres ratifican la denuncia.

Otro proceso administrativo posterior a la interrupción es el registro que se envía al Ministerio de Salud, del cual se ocupa, en este equipo, la matrona gestora IVE. El sistema de registro al comienzo de la implementación de la ley 21.030 se hacía de forma manual, en papel. Debía ser enviado escaneado cada semana a MINSAL. El sistema se informatizó y prácticamente mantuvo todos los campos presentes en el sistema original, así como la periodicidad en el envío de información, contiene información clínica y psicosocial; si falta completar información en la plataforma cada IVE queda registrado con un número de caso y se contactan desde el Ministerio para solicitar la información. En relación al llenado de este registro, la persona a cargo manifiesta que no presenta mayores inconvenientes más que el tiempo que implica ocuparse de esta tarea. Respecto a las dificultades ella apuntó que han tenido algunos problemas en detalles administrativos que han podido ser clarificados:

*"Puntualmente, en el caso de la causal tres lo que nos pasaba era que, cuando la causa estaba ya judicializada, tenía un número de RUC, que es el número de la causa. Entonces la plataforma no... si tú ponías que estaba ya hecha la denuncia, **no te permitía avanzar el caso si es que no ponías ese número de RUC. Y ese número de RUC, no lo sabía nunca, nadie. Hasta meses después. Entonces, hicimos la consulta a MINSAL y a Jurídica. Y lo que hacemos es notificar al Ministerio Público de todos los casos IVE 3, estén o no denunciados. Porque, en el fondo, va por diferente camino. O sea, puede hacer la denuncia la persona o podemos hacer el aviso al Ministerio Público nosotros. Dos caminos y llega finalmente a uno solo. Entonces ahí ya pudimos avanzar más rápido con las causales tres.** (Matrona equipo IVE, Hospital San José, 18 enero 2022)*



5.2.6. Acompañamiento psicosocial

Como se describió en el primer apartado, el equipo de salud mental de la mujer está conformado por psicólogos/as y psiquiatra (figura 5), más la trabajadora social son quienes están a cargo del acompañamiento de las mujeres que acuden al Hospital San José por una interrupción voluntaria del embarazo. La trabajadora social está involucrada en todos los casos, en cambio solo uno o una de los/as psicólogos/as toma cada caso. La atención psiquiátrica es el último eslabón de la cadena terapéutica y solo se presta cuando el equipo de psicólogos lo evalúa necesario.

El acompañamiento, como se ha ido caracterizando a lo largo del proceso de atención, en este equipo IVE, no parte con la pregunta posterior al aborto de si la mujer quiere o no continuar con apoyo en salud mental, sino desde su ingreso. La dupla psicosocial tiene a cargo la acogida y evaluación de la mujer, niña o adolescente, acompañamiento en su decisión; y a cargo de la trabajadora social, orientación y gestión de la activación de mecanismos de apoyo de la red de protección intersectorial del Estado, así como orientación en los trámites intrahospitalarios y el proceso de denuncia. Este rol es clave en la construcción de autonomía y protección de la usuaria. El acompañamiento ocurre también, si la mujer lo desea, durante su hospitalización para el aborto.

“Las acompañamos a la ecografía, en general, nos quedamos conversando un rato después, les entregamos los datos de contacto, nos mantenemos conversando por teléfono, dependiendo de la necesidad. Hay mujeres que también en verdad dicen como “bueno, yo no necesito apoyo” o “no quiero apoyo en salud mental en este momento”. Y nuestro trabajo es un poco más como... más lejano... Hacemos entrevista de ingreso, y luego, estamos como en el proceso, por si nos necesitan. Depende mucho de cuál sea como el requerimiento de cada mujer, en este caso. Pero, cuando una mujer lo desea, acompañamos todo el proceso, ¿no? Incluso nos ha tocado en algunas ocasiones como participar o acompañar y estar en un AMEU o en una interrupción, sí. Si la mujer lo necesita, nosotros estamos dispuestos a acompañar en eso, digamos. Y después, durante la recuperación, que, en general, es breve también” (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 24 enero 2022)

Además, en este equipo él o la psicóloga que tome el caso está a cargo de la situación de entrevista, conduciendo la conversación entre el equipo y la usuaria.

“Me parece a mí que, en ese sentido, lo particular que le toca al equipo psicosocial, nosotros acá somos los encargados de hacer la primera acogida de las mujeres que llegan por esta causal. Y es un desafío, en ese sentido, siempre lo he pensado. Permite como también poder ir discriminando cada caso. A veces toca que hay mujeres a las que les ha costado mucho venir, se enteran del embarazo a las muy pocas semanas, pero les cuesta muchas semanas decidirse en venir, ¿no? y eso es un trabajo súper como pormenorizado que hay que hacer para decidir incluso como intervenir en ese primer momento. Si vale la pena o no que estén las figuras de los médicos, por ejemplo. O es mejor intervenir en una cuestión más personal, más... ¿no cierto? Como más acogedora. Creo yo que es súper particular ese espacio que le da a los agentes de salud mental, la ley... sobre todo, en la tercera causal”. (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 24 enero 2022)

Las usuarias que aceptan el acompañamiento post aborto comienzan un proceso de contención en salud mental, que en realidad parte con la primera acogida que brinda el Equipo IVE. Este proceso terapéutico contempla sesiones que pueden ser presenciales o virtuales (sobre todo en contexto de pandemia por covid-19) y la derivación oportuna y pertinente a la red de atención primaria que corresponda a su territorio. Una buena parte de las usuarias no desea continuar con acompañamiento posterior. De todas formas, se le ofrece la posibilidad de comunicarse más adelante si lo requieren.

Respecto al trabajo psicoterapéutico las psicólogas entrevistadas recalcan la importancia de comprender las diferentes maneras en que las mujeres, niñas o adolescentes, pueden vivir y

significar la violencia sexual y el aborto. Muchas veces aún no están listas para hablar de la violencia vivida, para otras dentro de sus historias de vida hay situaciones más traumáticas. Coinciden en que el aborto como tal, no es tema en salud mental, probablemente porque viene a ocurrir en un lugar temporal que permite una re-significación de la toma de decisión frente a la agresión vivida, en un momento que les permite volver a recuperar el curso de vida, es probable que si una mujer está en contra del aborto con tal fuerza y convicción moral (ya sea por creencias familiares o religiosas) no se permita tomar la decisión de interrumpir el embarazo. El habla, entonces, de las mujeres en la situación terapéutica, no está situada en el evento específico de la violencia sexual, que muchas veces tampoco es único, sino un período de la vida donde fueron reiteradamente agredidas, sino que se abre a lo que sea necesidad de la paciente poner como espacio de conversación y trabajo en salud mental:

*“Para algunas está **muy puesto todavía (la violación); para otras, no, puede que lo bloqueen, puede que lo vivan de otra manera.** Pero, en general, cómo... yo creo que, bueno, desde la orientación que todos tenemos como... ya pensando como en el rol del psicólogo, el lugar del psicólogo, su quehacer acá... A veces, muchas veces, y pasa en muchas sesiones, que no se habla de lo que ocurrió, se habla de otras cosas... De otros eventos, de otros momentos, de otras relaciones que han vivido... porque a veces, claro, **este acontecimiento, una agresión sexual, puede ser muy difícil. Pero, a veces han tenido otras vivencias que también han sido más traumáticas o que desencadenan vivencias previas.** Tal vez un abandono, un dolor, algo... y que de eso quieren hablar. Y nosotros, en ese sentido, somos como, bueno, habla de lo que tú... lo que tú quieras. O sea, no tenemos que estar hablando ni dándole constantemente solo espacio a esto. Porque sería también estar re-victimizando constantemente a la paciente que tenga que hablar de eso. **A veces hablar de eso puede ser muy reparador, o poder hablarlo desde otro lugar, de otra manera...**” (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 11 enero 2022)*

Comprendiendo la diversidad de maneras de aproximarse, de reaccionar frente a la violencia sexual, es que la noción de trauma no se presenta para todos los casos. Hay mujeres, sobre todo entre quienes rehúsan el acompañamiento posterior que, por diversos motivos, llegan ya habiendo procesado la situación y la decisión, relativamente tranquilas. Esto es desafiante para los profesionales que pudieran tener el estereotipo de la víctima perfecta, que fue agredida con violencia, que está traumatizada y al momento de relatar los hechos se quiebra y expresa conmoción, para los profesionales de salud mental es más fácil de concebir y manejar.

El acompañamiento post-aborto se extiende todo lo que la mujer requiera, debido a que no todas las usuarias deciden esta opción, y en general, son pocos casos los que interrumpen por esta causal, por lo que, en términos logísticos, es posible contar con el recurso humano para que las mujeres estén acompañadas si lo precisan.

*“Y si se instala como el acompañamiento, continuamos viendo a las pacientes un tiempo. Es súper variable. **La ley establece una cantidad de sesiones, pero... en general, lo que hemos hecho es acompañar lo que sea necesario. Es muy variable.** Hay mujeres que hemos visto dos veces y luego nos comentan como “bueno, no, en verdad, yo prefiero dejar esto atrás”. Es algo que se escucha*

harto. “Prefiero que esto se acabe”. Y esto también implica no seguir de ninguna manera relacionada con el hospital, y las vemos dos veces y les dejamos la invitación abierta a que, **si ellas necesitan en un tiempo más, pueden contactarnos** o hay procesos que han durado un montón de tiempo: un año, incluso... O un poco más. Depende mucho también de lo que rodea esto. Asumimos que, si bien, se instala en una causal tres, **por violación, un abuso nunca está sólo particularizado en eso, la mayoría de las veces son situaciones de abuso súper transversales. Y de repetición**” (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 24 enero 2022)

Más allá de la necesidad de la mujer, lo que se intenta cautelar es que logre arribar a un punto de estabilidad en su salud mental, que permita como objetivo mínimo, que pueda continuar un proceso terapéutico con otros profesionales en su propia red de atención local, ya sea COSAM o CESFAM cercano a su domicilio, o bien, lugar de trabajo si contara con otras redes:

“La ley contempla un número estipulado de sesiones porque también la idea es que eso pueda como... que es un poco nuestro trabajo, como servicio terciario de atención, ¿no cierto? **Que pueda ir a la red y que esa paciente, si lo necesita, pueda continuar con un proceso**” (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 24 enero 2022)

La derivación a los otros niveles de atención es una derivación asistida. Es decir, ocurre por la vía formal con una contrarreferencia, pero además se abre un canal de comunicación paralelo, entre profesionales de atención de cada nivel, donde se transmite de manera confidencial la situación de salud de la usuaria, de tal manera que se pueda continuar un proceso de atención de la mejor manera posible, y que los profesionales, en este caso del nivel hospitalario (terciario) tengan la seguridad de que la usuaria será atendida en un breve lapsus de tiempo. Esta es la situación ideal, sin embargo, no siempre es posible debido a la enorme carga asistencial en salud mental y les obliga a sostener ciertos ajustes para no desatender a la paciente.

Respecto a la atención psiquiátrica, como ya se ha señalado, son muy pocas usuarias las que la requieren y es una derivación hecha desde los/as psicólogos/as del equipo, el psiquiatra entrevistado para este trabajo comparte la visión entendiendo que se trata de una atención especializada y que, en la mayoría de los casos, no es necesaria su intervención:

“Yo estoy en una última parte de una posible evaluación, digamos, por qué, porque en general cuando hay casos de interrupción del embarazo, el equipo de psicólogos está súper bien formado, es decir, yo entiendo que tienen una excelente, una excelente formación y **cuando hay un caso psiquiátrico es porque ellos lo han evaluado, ¿ya?, y es porque han pesquisado ciertos síntomas o ciertas características del caso que requerirían una evaluación, una evaluación psiquiátrica**, entendiendo, por ejemplo, una paciente que está profundamente deprimida, o una paciente con estado de estrés postraumático, o cuadros disociativos o eventualmente una psicosis, entonces uno en una interrupción de embarazo no es algo de todos los días, digamos pero sí, no es una cosa infrecuente tampoco, pero **para que cumpla esas características en verdad son aún menos, entonces, siempre llega como, primero fue como una evaluación del equipo de psicólogos y, después llego yo, digamos, qué si me preguntan “oye xxx te llevamos, tenemos este caso, que pasó esto o estamos sospechando tal cosa”, ahí recién entro, no, no antes, ¿ya?, [como un último eslabón de la cadena], sí, sí ha sido así, cierto, como eso un último, un último eslabón de la cadena**” (Psiquiatra equipo IVE, Hospital San José, 10 mayo 2022)

Asimismo, este profesional opera en la lógica de los demás equipos, a pesar de contar con solo 11 horas, hay otros psiquiatras de enlace que pueden atender a una usuaria si él no coincide en los tiempos con la paciente, y también se atiende a la usuaria todo el tiempo que sea necesario hasta su derivación. Destaca la importancia del trabajo en red para derivar cuando corresponda.

Otra particularidad propia del área de la salud mental es el vínculo terapéutico que se construye en la relación entre profesional y paciente, pieza clave del proceso en terapia. Es un elemento que se debe considerar, que tiene un peso en la derivación:

*“Sí, muchas veces, muchas veces representa una dificultad, a lo menos, diría yo, sino un problema, que implica que **muchas veces incluso haya una discontinuidad entre el trabajo que uno viene haciendo y el que podría retomar otra colega, otro colega.** Y también a propósito del vínculo, ¿no? Sabemos que también **no es sólo la disponibilidad del recurso humano, sino también la relación que se establezca.** Entonces, efectivamente, es un problema a veces, y **a propósito de eso es que muchas veces tratamos como de estirar un poco los procesos. O de habilitar algo, ¿no? Como dejar a la paciente al menos instalada en una pregunta, en una pequeña, en una pequeña afirmación tal vez, ¿no? Para que pueda proseguir ese proceso o continuar otro, pero a propósito de algo que está un poquito más armado tal vez”.** (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 11 enero 2022)*

Varios profesionales mencionan como dificultad para optar y permanecer en la atención de acompañamiento, el que ocurra en el espacio físico del Hospital. Algunas usuarias desean alejarse lo más posible de este lugar, y, comprensiblemente, ver niños, recién nacidos y mujeres embarazadas. Con quienes aceptan continuar un proceso terapéutico se hace un trabajo también de re significación, donde los profesionales de salud mental se sitúan en un espacio intermedio entre la salud biomédica, física, y un espacio distinto:

*“Para otras **el trabajo también implica resignificar el espacio, ¿no cierto? Nosotros siempre trabajamos, me da la impresión a mí, como equipo de Salud Mental, insertos en una cuestión biomédica, en un hospital general, ¿no cierto? Siempre el trabajo también tiene que ver con cómo participar de esto. Ser parte del equipo, pero también ser un poco más liminal, como también representar otra figura, otro espacio.** Así hemos pensado, al menos, el trabajo, como equipo”.* (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 11 enero 2022)

5.3 La experiencia de hacerse una IVE en causal violación.

A la luz de todo el proceso relatado previamente desde el punto de vista de los profesionales de salud que atienden a las mujeres, se comprende la dificultad de acceso a los relatos de las usuarias que interrumpieron un embarazo por causal violación. Muchas de ellas expresan el deseo de no continuar con el acompañamiento posterior y dar término a la experiencia vivida. Por eso, en este apartado se recoge, con mucha gratitud hacia ella, el valiente testimonio de Gabriela, una usuaria del Hospital San José que decidió participar de esta investigación a través de una entrevista, donde va relatando cómo fue su proceso de atención y su experiencia como usuaria de la tercera causal. Algunos datos, como su nombre, serán cambiados para resguardar su identidad.

Gabriela tiene 24 años, vive junto a su familia; padre, madre y hermanos. Ella es la mayor de los tres. Acaba de terminar sus estudios en la universidad, no ha encontrado trabajo en su área, así que mientras tanto está trabajando en otra cosa. Vive en una comuna del sector sur de la Región Metropolitana. Gabriela es una mujer profesional, egresada universitaria, se declara feminista. Decidió abortar un embarazo que fue producto de una violación, durante el año 2022.

En la entrevista no profundizamos en la violencia sexual que antecede a su proceso de atención, respetando la elaboración que ella misma fue construyendo de su propia experiencia, partimos con su proceso de toma de decisión respecto al aborto, donde emerge centralmente la dificultad de poner en palabras lo que le ha ocurrido, de poder confiar en otras personas debido a la mirada crítica y detractora que podría encontrar en vez del apoyo que necesitaba en ese momento:

*“La verdad es que **igual fue una decisión difícil de mi parte**, porque este embarazo no se dio para nada de una forma planeada, o sea, y siempre hay como un estigma de la sociedad y de cómo uno se va enfrentar a esto y de que si uno le cuenta a alguna amiga o no porque **uno sabe qué tipo de juicio pueda poner sobre ti la otra persona, entonces, para mí igual fue una decisión bien difícil. Pensé en no comentárselo a nadie y tomar totalmente yo sola la decisión** porque obviamente es mi cuerpo y en este caso tampoco el, como que él, el progenitor, por así decirlo, estaba de una manera presente por lo tanto tampoco influía, no influía su opinión en este caso...”*

Le toma un tiempo de varias semanas, de mucha angustia, decidirse a hablar de su situación con sus amistades más íntimas, semanas en las cuales ya había tomado la decisión de no continuar adelante con la gestación. *Comunica la decisión* para tener una red de contención, un soporte a su decisión, no para buscar consejo ni que *la ayuden a decidir*. Comenta respecto a su decisión que no es su deseo ser madre *de esta forma*, en relación a la violencia sexual:

*“La cosa es que yo lo tomo, lo, o sea, ya, **lo pensé en decidirlo sola, pero al final igualmente me di cuenta que tenía una red de apoyo con mi gente cercana, mis amigos, y me pude apoyar igualmente en ellos en esta decisión**, porque al final la verdad es que siento que era como lo mejor que yo podría hacer por mí en estos momentos. No, no me parece, bueno, **no es mi opción en estos**”*

momentos ser madre, y menos de esta forma, donde la verdad es que yo iba a estar sola, porque al final no me sentía capacitada para, en estos momentos, como para llevar ese tipo de responsabilidad, no de esta forma”.

Gabriela recurre a sus amigas más cercanas y con las cuales tiene una amistad de más años. Una de estas amigas le recomienda una organización feminista, donde podría buscar ayuda. Escribe un correo y le responden rápidamente. Durante este tiempo de búsqueda de información ella no comunica lo que le sucede a su familia, teme que le pregunten detalles, que cuestionen su decisión. Sabe que la van a apoyar, pero también sabe que son de otra generación y que no podrá evitar conversaciones incómodas. Una vez que falta poco para concretar el aborto le cuenta a su madre, y, de hecho, ésta le dice que está preocupada por el procedimiento y que para otra ocasión debía usar un método para no correr ella con los riesgos, Gabriela trata de situar este comentario como el de una persona mayor, que no comprende lo que significa la violencia sexual.

*“A mí me cuesta hablar como de mis cosas personales con ellos... entonces, **esto igualmente me costó contárselo a mi mamá, pero de alguna u otra forma ella igual me entendió y me pudo, no sé si decirlo ayudar, pero me pudo dar esa protección al momento de, de tomar esta decisión. Sí, pero se lo conté, por ejemplo, dos días antes del aborto (ríe) como para que no me pudiera, no tuviera tanto tiempo de decirme cosas (ríen ambas), porque yo igualmente ya estaba decidida”.***

Gabriela comenta que durante la conversación telefónica con las personas de la organización feminista fue posible para ella hablar con fluidez de lo que había ocurrido. Previamente había buscado por internet información sobre el aborto por violación, siendo usuaria PRAIS sabía que podía atenderse en un dispositivo de atención pública, pero el Hospital que le correspondía era objetor de conciencia (Hospital Parroquial de San Bernardo) y sentía que no tenía fuerza para “tocar puertas y recibir portazos”. Por eso al acudir a la organización está en busca de un aborto clandestino.

*“Mandé una breve descripción de mí y de lo que había ocurrido, y la verdad es que fue como solicitando ayuda y la verdad es que me respondieron súper rápido, me contactaron a las horas vía teléfono para poder, **se pudo dar una conversación más fluida y ahí se pudo dar como la opción de contar como todo y que fuera de una forma más fluida y se entendiera todo más... porque yo estaba con la urgencia, o sea, supongo que todas las mujeres que no quieren ser mamás están urgidas, pero yo estaba con una situación como... insostenible (se quiebra) y... con las herramientas de ellas me pudieron guiar como, en este caso, como qué era lo mejor para mí, como lo que yo podía hacer y me ofrecieron como dos opciones la, el aborto con pastillas desde mi casa o poder ir a atenderme a un Hospital, me explicaron que siendo PRAIS podía acudir a otro hospital si quería esa opción, sin el problema de la derivación del parroquial”***

La opción de un aborto por vía legal, en un hospital, hace sentido a Gabriela. No estaba totalmente segura que su situación entrara en la causal -segundo motivo para no acercarse al sistema de salud- sin embargo, en la conversación con la persona de la organización emerge esta convicción compartida de que sí se trata de una violación y tiene derecho de interrumpir el embarazo por la causal. Calculan su FUR (fecha de última regla) y está alrededor de la semana 8 de gestación. Ella

dice sobre la vía legal **“me alegró saber que tenía esta opción, pensé que ya no se podría, por eso estaba buscando un aborto ilegal”**.

Gabriela no ingresa ni por derivación de atención primaria, ni por Urgencias, por Salud Responde, ni derivada desde Fiscalía, Servicio Médico Legal o Tribunales, que son las vías contempladas en la Norma Técnica de Acompañamiento integral a mujeres dentro de las 3 causales (45), sino a través de una organización feminista que orienta su ruta y que envía su caso a la USMM (unidad de salud mental de la mujer), el punto de entrada que organiza la primera atención de la ruta IVE en el Hospital San José.

La primera atención con el Equipo IVE ocurre 3 días después del contacto con la organización. Sobre esta atención Gabriela comenta:

*“Allí me recibió una psicóloga, del área de la, del área de las mujeres del hospital, y luego tuvimos una, una mini reunión con la asistente social. Yo, en ese momento fui sola. Ahí tuve que hablar con la psicóloga y con la asistente social y luego, posterior a eso tuve la cita con la ginecóloga. Ahí, en esos momentos me preguntaron cómo... cómo había ocurrido esto, la fecha, la situación en la cual había ocurrido, pero **no fueron como de una manera intrusivas conmigo, no fue algo que se dio como a la fuerza, sino que también se dio como en conversación, en la cual yo igual estaba como un poco asustada... porque no, no sabía cómo tenía que ir haciendo esto, pero se dio todo de una manera natural y me ayudaron súper bien, o sea, en ningún momento fue como algo malo”**.*

Profundizando respecto al momento del relato y su impresión sobre el primer contacto con la red de salud, relata diversas emociones en este proceso inicial pasando desde el miedo a la confianza en las profesionales que hacen la primera acogida:

*“**Sí igual fue difícil para mí, sí porque yo, igual como que en ese momento, o sea, durante todo ese proceso igual me sentía como vulnerable, y estaba, así como, pucha, no sabía en verdad qué me iban a decir, si me iban a creer.***

[¿Ese era tu miedo?]

*Ese, se podía decir, **sí era uno de mis miedos que, que quizás la gente como que quizás no me creyeran o algo así y, porque igualmente yo creo que toda la gente puede poner en duda lo que uno pueda decir, pero... la verdad es que como me sentí con ellas después ya confiada y me dieron ese como ese confort para yo poder, para yo poder darles toda la información que ellas necesitaban en ese caso”***

De su experiencia destaca el temor al cuestionamiento, a poner en entredicho la veracidad de su relato. Plantea lo importante que es la relación que se establece con las profesionales de salud, quienes le dan la confianza para poder aportar la información y sentirse escuchada, sostenida y contenida en la decisión de abortar. En esta situación se siente vulnerable, expuesta, va con miedos a la primera atención, ella piensa en cómo podrán enfrentarlo otras mujeres y lo complejo que puede ser:

*“Es bueno saber que te creen, que te quieren ayudar, pero al mismo tiempo, tienes esa sensación de **“por qué tengo que estar haciendo esto, si yo soy la víctima”**, como... muchas ganas que no necesitemos la causal, **dar explicaciones, ni nada, solo abortar sin más, pero de forma segura, cuidada, no ilegal”***

Durante esa primera atención se hace la entrevista y luego le hacen la ecografía. La atención con una médica ginecobstetra es clave para poder aclarar todas las dudas que tenía respecto al procedimiento. En relación con sus dudas ella cuenta que había buscado información en internet, pero no le había permitido hacerse una idea cabal del proceso, en conversaciones con amigas emerge la idea de un “raspaje” o legrado, como un procedimiento doloroso de vivir, por eso al tener la oportunidad de dialogar con la médica ginecobstetra esto fue un punto central. También solicita información sobre un método anticonceptivo que pudiera colocarse durante la atención de aborto.

*“Sí, ahí estuve esperando como, no sé, como quince minutos después de la cita con la psicóloga y con la asistente social, y ahí **me atendió una ginecóloga** la cual me hizo una ecografía para verificar, me habló del proceso que íbamos a hacer, de si yo me quería poner algún, o sea **yo le pregunté la verdad de si me podía poner algún tipo de, de tratamiento, un método anticonceptivo, el cual allí ella pudo, me guió, y me, me dio como toda la información**, me aclaró mis dudas respecto a lo que íbamos a hacer, así que en ese sentido **fue súper también ella clara con lo que me estaba entregando**. Tenía dudas... no, no sabía más allá de cómo iba a ser esto. Y ahí **ella me indicó como, bueno cuánto iba a durar aproximadamente, qué eran como los pasos que iban a, o sea como, las cosas que iban a ir pasando, lo que se iba ir haciendo y en qué consistía en verdad**, en qué consistía y claro igualmente me dejó, también su información mucho más tranquila. Sí, me dio confianza porque igualmente, cuando quizás uno comenta esto te pueden, la gente la mayoría te va a decir **“ah, te van a hacer como un raspaje”** (con tono agresivo) o algo así, [que suena como brutal, ¿no?] que suena (ríe) como, de verdad suena como un poco como de miedo, así como, pero ahí en medio ella me entregó mucho mayor información”*

Frente a sus temores la información de la profesional la ayuda a enfrentar el proceso con más tranquilidad. Incluso ella expresa que fue liberador, así es como lo explica:

*“Para mí por lo menos no fue, no fue un proceso, **el proceso médico, no fue traumático, fue algo... en sí, igualmente fue como liberador por así decirlo.***

[¿En qué sentido liberador?]

*Liberador porque al final, yo estaba ya, ya había tomado la decisión de, de no seguir con mi embarazo, entonces ya terminar todo este proceso médico o ya, que quedara finiquitado, **me dio como esa, ese como respiro de decir “ya, hice lo que, lo que creí que tenía que hacer”** y ya está listo, ya está”.*

En relación con la constitución de la causal, Gabriela comprende y es capaz de explicar cada paso que se dio, y luego de arribar a la convicción de que entraba en causal dejó firmado el consentimiento informado y toda la documentación necesaria para proceder al aborto. Releva la celeridad con que se atendió su situación y el compromiso de las profesionales (psicóloga, trabajadora social y ginecobstetra), las mismas personas se mantuvieron durante todo su proceso.

*“Luego me dijeron que ya tenía, que estaba como citada para el miércoles a las ocho y media para ingreso ahí en el hospital [ya], entonces en ese sentido también fue súper, **fue súper rápido. La atención de ellos me gustó, no tengo nada que decir porque me atendió la psicóloga, la asistente social, la ginecóloga y todas comprometidas, ninguna, en ningún momento recibí como un maltrato o algo así, netamente fue como comprensión de parte de ellas y después, posteriormente, ya a los, esto yo fui, por ejemplo, un lunes al día miércoles yo ya me estaba haciendo procedimiento en el hospital**”*

El procedimiento de aborto comienza con su ingreso por Urgencias de maternidad, ella llegó sola a hospitalizarse, pero sabiendo cuánto duraría el proceso designó a su hermano menor (de 20 años) como acompañante, para que la fuera a buscar.

Ingresa en ayunas, como vive en una comuna al otro extremo de la ciudad, le dieron la posibilidad de llegar un poco más tarde. Sin embargo, ella estaba ansiosa y nerviosa y se levantó muy temprano, al punto que llegó mucho antes de la hora convenida. En su nerviosismo no llevó su carnet de identidad, pero no fue un obstáculo. En el ingreso a Urgencias de maternidad opera la estrategia del papel entregado por la ginecobstetra, que facilita el proceso de admisión y evita que ella tenga que dar explicaciones, una vez ingresada la matrona que la recibe en la Urgencia está enterada de su situación y la acoge con premura:

*“Yo cometí el error de no llevar, me dijeron que no llevara nada de valor entonces no llevé ni mi billetera, y no llevé carnet, igualmente me hicieron el ingreso, pero no llevé mi carnet y me, ya y tuve que conversar un poco, pero lo solucioné, y ahí entré ya a las ocho y media, ocho y media, nueve, a la maternidad, o sea, a la urgencia de maternidad. Ahí **en admisión, bueno a mí la doctora que me atendió me entregó un papel, me dio como un papel de que estaba, de que tenía que ingresar a esa hora para una hospitalización, entonces yo la verdad es que no dije mucho, sí, no dije mucho porque igualmente yo tenía como un poco, estaba como un poco desinformada, por mí parte, no porque la organización no me hubiera entregado la información o los doctores sino que, porque no sabía cómo referirme, o sea, no sabía cómo decir así “vengo a hacerme tal cosa”** [ya, o sea, esa duda te surgió en ese momento] sí [claro], en ese momento porque no sabía qué decir de vengo a hospitalizarme por un aborto, vengo a hospitalizarme por tal cosa, la cosa es que le **entregué el papel y me dijeron “no, allá, no sé qué, te va a llamar la matrona”** [O sea, ellos con el papelito cacharon de qué se trataba] Sí, por ese papelito que decía como hospitalización, tanto, creo que salía el nombre del doctor y la fecha y hora en la cual yo tenía que llegar, y ahí luego, dentro de ya el hospital me di cuenta que le decían como apnea, algo así al, como ella viene a hacerse una apnea (ríe un poco) no me acuerdo [un AMEU] (ríen ambas) UN AMEU eso, sí un AMEU, algo así, y ahí ya entendí cómo era que le llamaban al aborto. Sí, las siglas médicas son un temazo (ríen un poco ambas), sí hay siglas para todo (ríe). Y ahí ya entendí como, cómo les llamaban... solamente me preguntaron en el ingreso, en la ventanilla, después ya como que, **después la matrona que me atendió ella ya sabía que yo iba a ir, como que me comentó “ah tú eres la niña que viene por la IVE, ya, te vamos a hacer pasar al tiro”**”*

Sobre el procedimiento en sí, destaca la rapidez y la comodidad con que la hicieron sentir durante todo el transcurso del aborto.

*“ Sí, y ahí, bueno **el ingreso a pabellón fue súper rápido, o sea, el estar ahí en el pabellón fue súper rápido, los doctores, las matronas, o sea, todos los que estaban ahí fueron súper amables conmigo,***

me iban comentando como todo lo que ahí me iban, como a mí en ese momento me pusieron una anestesia, eh, ¿raquídea?, sí, me adormecieron la mitad de mi cuerpo, entonces yo siempre estuve consciente de lo que me estaban haciendo, por lo tanto, [¿y a ti te dijeron que iba a ser esa anestesia?], sí, esa me la comentaron desde el principio, o sea bueno, la doctora cuando me hizo la charla, me dijo que podía ser quizás una anestesia general o una anestesia raquídea y de ahí eso lo iban a ver con el anestesista en el momento de hacerme el procedimiento, entonces, cuando estaba ahí me, me, me pusieron la anestesia raquídea y, igualmente por un lado fue bueno porque **yo estaba consciente todo el rato, entonces me iban comentando lo que iban a hacer, me preguntaban cómo estaba, como me sentía. Duró como quince minutos, media hora a lo más debe haber durado, que quizás eso fue por el cambio de, no sé, del cambio de pabellón a la sala de recuperación, todo lo que te ponen, como el proceso previo, pero en sí fue súper rápido el... [AMEU], sí, fue súper rápido todo, sí fue súper rápido y eso fue también cómodo”.**

Al preguntarle a Gabriela sobre cómo se sentía previo al momento del aborto ella comenta que cosas la ayudaron a sentirse más segura y tranquila en esa situación: la información y la certeza de que estaba tomando una decisión libre.

“Tenía un poquito de ansiedad, tenía hartos pensamientos en ese momento, pero igualmente traté de tranquilizarme y de sentirme segura con la decisión que estaba tomando, porque igualmente ahí cuando yo tuve la charla con la doctora, me indicó que también yo podía decir que no o cambiar de opinión en cualquier momento del procedimiento, o sea, en ningún momento si yo cambiaba de opinión ellos me iban a forzar a algo, no, era totalmente mi consentimiento en ese caso, entonces yo igualmente estaba como segura de la decisión que estaba tomando. Así que por lo menos en ese sentido me, pude tener, sí tenía un poco de quizás de temor o ansiedad por algún tipo de, no sé, de complicación que podía pasar o cosas así pero no fue el caso y me, me sentí también segura de lo que yo estaba haciendo”.

Luego del procedimiento es llevada a recuperación donde permanece una hora y media, hasta que va pasando el efecto de la anestesia. Con respecto a ese momento y el alta hospitalaria ella comenta:

“Era una sala con harta, como con espacio para varias camillas y había como tres tens, yo creo que eran, tres tens viéndonos a mí y otras pacientes que estaban ahí, que éramos pocas, éramos como tres o cuatro. No, yo estaba como alejada igual, estaba como al frente, ellas estaban como en los boxes, frente a mí y yo estaba como al otro lado.

[Y durante ese tiempo escuchaste algo o más bien estuviste bien tranquila].

No, en ese, durante ese tiempo estuve bien tranquila, de hecho, hasta me quedé dormida un rato, como esperando, ahí éramos como, era un ambiente igual relajado, no era como un ambiente así de estrés, por así decirlo, entonces eso igualmente daba relajo, daba como bienestar, una sensación de bienestar, de estar ahí así en tranquilidad, sin tanta bulla, ni nada. Luego pasó la anestesia. No, no sentí ningún tipo de dolor, eh, pero sí, después de la hora y media ya podía mover mis piernas, me temblaban un poquito pero ya estaba bien, ya estaba bien y podía regresar a mi casa. Me dieron un carnet del alta y, como las recomendaciones que yo tenía que tener conmigo y cómo iba, cómo me tenía que cuidar post al procedimiento”.

Otro punto que Gabriela destaca y que aporta a su proceso de recuperación es la entrega de licencia médica. En su trabajo ella había tenido que solicitar permiso para acudir a la entrevista con el Equipo IVE y sabía que podía tardar más que una hora, a su jefatura le dijo que tenía un embarazo ectópico, no se atrevió a confiar para decirles la verdad y dijo algo que de alguna manera

se acercaba, para poder obtener el permiso para acudir a la cita, luego la licencia electrónica decía solamente “ginecológica” así que no tuvo mayores cuestionamientos:

*“Yo hablé con la doctora el día de la charla si es que me podía, o sea, ella me preguntó, o yo le comenté, no me acuerdo bien, **si es que ella me podía entregar licencia, y me dijo que sí, que me podía dar siete días, lo cual, igualmente fue, fue bueno para mí, fue bueno tomar ese mini break, justo esto cayó para la semana santa, por lo tanto igualmente habían, estaban los feriados de por medio, y yo la verdad es que como que todos esos días estuve en mi casa, no salí, como de, de yo igual poder recuperarme de una manera física y mentalmente, una recuperación en la cual yo me pudiera sentir mejor con todo, porque igualmente quizás esto, fue algo como físicamente que yo no tuve, no, no, no, no tuve tanto dolor por así decirlo, pero sí igualmente fue algo bien fuerte de forma mental, entonces, que me dieran esta licencia fue como un descanso y un break de todo lo que tenía, de todo lo que tenía en mente la verdad, sí, me sirvió totalmente”.***

Luego del procedimiento no ha regresado al hospital, aceptó el acompañamiento, pero está pendiente la coordinación, sigue comunicada vía WhatsApp con la psicóloga del Equipo IVE, dice que prefiere seguir con ella porque le acomoda el hospital, pues queda cerca del lugar donde trabaja.

Reflexionando sobre lo que ha significado para ella acceder a un aborto legal destaca lo que implicó poder hacerlo de una forma segura para su salud.

*“Fue mucho más satisfactorio, de partida, porque una, no estaba sola en mi casa o en la casa de otra amiga, por ejemplo, si a mí me hubiera dado, no sé por ejemplo una hemorragia o algo. El hecho de que, claro, pudiera estar como bajo la ley, también eso fue como, satisfactorio, porque **te entrega otras herramientas po, son otras formas de hacer las cosas, y eso igualmente es mejor, quedar con método anticonceptivo intrauterino, eso fue como un agradecimiento extra de poder quedar al tiro con un método anticonceptivo que me pudiera, no me va a ayudar de enfermedades de transmisión sexual, uno igualmente tiene que seguir usando condón, pero sí ya va a prevenir este tipo de situaciones en un futuro, la licencia para recuperarme, la posibilidad de hablar con psicóloga de lo que me pasó, todo eso, no es solo el aborto”***

Sobre recomendaciones de mejora, elementos que pudieran incorporarse en el proceso de la IVE, ella comenta en primer lugar el acceso a la información; luego, limitar la extensión de la objeción de conciencia que impide el acceso de las mujeres.

*“Yo creo, de partida yo creo que podría mejorar la información que se le entrega a la mujer, los canales de información para que la mujer, **nos podamos, informar de una manera oportuna, de una manera rápida, de una manera clara, que se pueda, que se entreguen estas como, estas pequeñas herramientas y así la mujer sepa a dónde puede ir, o dónde puede dirigirse al momento de quizás hacer la denuncia, como todo los protocolos que se tienen que ir haciendo, entonces, que haya como una información como más, más grande, más extensa sobre qué, o sea, sobre en qué consisten estas tres causales y dónde, cuáles son los pasos a seguir de las mujeres que tengan que pasar por esto, que se sientan, para que se sientan también ellas acompañadas y viendo que la cosa no es como que se va a quedar así y punto, que también ellas pueden tomar una decisión y haya un tipo de ayuda, porque igualmente, por ejemplo, a mí la persona de la organización me indicaba que no todos los hospitales respetaban esta causal, y obviamente, por ejemplo, si todos los hospitales o todos los centros públicos respetaran en sí todo esto, sería mucho también, mucho más fácil el acceso. Yo***

creo que a mí me hubieran derivado porque claro, o sea, Parroquial ya tiene como una iglesia afuera de su recinto [se ríen] así que no, ni por donde, pero, por lo menos ahí en el San José no tuve problemas con el tema del territorio, me pudieron ayudar, y eso lo agradezco mucho”.

Respecto a la atención entregada por el Equipo IVE en el Hospital San José, Gabriela destaca la calidad de la atención y que el equipo estaba conformado solo de mujeres, comenta:

“Yo lo evaluó con una nota buena, como no tenemos rango de notas (ríen un poco ambas) yo lo evaluó con una nota buena, muy buena, porque de verdad que yo me sentí cómoda, en ningún momento me sentí como enjuiciada o discriminada o que me estuvieran como, como, me estuvieran como quizás, no sé, tratando de mentirosa o algo así, no, no sé si porque el equipo, o sea, el que me atendió a mí sea de mujeres, que entre mujeres igualmente hay, ya hay más conciencia de género y nos entendemos y nos apañamos mejor o porque de verdad ellas son profesionales y hacen su trabajo de manera profesional también, o sea, sin que se puedan interferir juicios morales, o que uno tenga como ya de crecimiento o ideas de uno, entonces, yo la verdad es que yo sí lo calificaría de una forma muy buena, porque yo recibí una buena atención y me gustó, me sentí cómoda dentro de todo, y en todo momento ninguno fue, no tuve en ningún momento una mala atención”.

En el cierre de la entrevista Gabriela hace una reflexión que se transcribe aquí íntegramente:

“Quizás una reflexión por así decirlo podría decir, dentro de lo traumático que fue enterarme de que estaba embarazada, porque eso fue como bien traumático, o sea, yo hasta llegué a pensar así en algún momento hablando con amigas que, pucha que quizás hasta prefería yo interrumpir mi (llora) mi vida, con el hecho de, porque me sentía igual, o sea, como que toda, con todo lo que conlleva la sociedad, o sea, me sentía culpable yo también por tomar esta decisión, por interrumpir como el crecimiento de, de no sé, de alguien más, pero, la verdad es que como reflexión, yo siento que, bueno, en mi caso fue como una, **no estoy arrepentida de mi decisión: me saqué las culpas que tenía porque al final yo en este caso tomé la decisión por mí y por mi contexto de vida en el cual yo estoy, entonces no me voy a sentir mal, o sea, ¡no me voy a sentir más mal por esto!**, y bueno, si en otro momento se da un embarazo deseado que es lo más importante, yo creo que para traer a alguien al mundo uno tiene que quererlo porque al final si uno no quiere... **cuando sea mi momento y sea de una manera deseada lo voy a tener y voy a ser una persona feliz con mi decisión**, pero en este caso agradezco que se me haya dado la oportunidad y la, y la manera rápida, por así decirlo más favorable de haber interrumpido mi embarazo, entonces yo por lo menos me siento bien con esto, o sea, **con la decisión que tomé, que no me traumatizó más, todo lo contrario, me liberó de una carga que yo ya no podía sostener**, agradezco de corazón a las mujeres de la organización y las mujeres del Hospital San José”

El relato de Gabriela está muy acorde a lo que los y las profesionales del Hospital San José aportan desde su punto de vista. En su testimonio emergen elementos clave para la atención de las usuarias en causal violación: acceso e información, miedos, acogida/acompañamiento durante todo el proceso.

La situación que vive Gabriela, con respecto a la objeción de conciencia institucional, es una situación que usuarias inscritas en el sistema público de salud no deberían vivir. Ella no quiere ser cuestionada en su decisión, ni quiere ser referida mientras sigue pasando el tiempo cuando su decisión ya está tomada. Desde el personal de salud afirman que han recibido casos donde, desde

distintos dispositivos de salud, incluida atención primaria, las usuarias son referidas en forma inoportuna, tardía o se les niega la derivación. También emerge la relevancia de contar con organizaciones de la sociedad civil que puedan orientar a las usuarias en sus derechos:

*“Nos ha pasado eso, por un lado, que, por desinformación o desinterés, no lo sé, nos han mandado los casos tardíamente o no los han mandado. Nos hemos enterado porque hay mujeres que persisten en esto, ¿no? **Ante la dificultad y no encontrar respuesta en APS, buscan en otro lugar. Por suerte, ahí tienen un papel súper relevante también muchas asociaciones de la sociedad civil que participan dando información, ¿no cierto? Como orientando también y ahí es que llegan acá las mujeres, como con ese relato. Pero también nos ha pasado que, que hay sectores u otros hospitales donde derechamente el hospital se declara casi como objetor de conciencia. Y las mujeres saben también, yo creo que con los años ha ido pasando eso, que cada vez más se sabe a quién recurrir, ¿no? Hay hospitales que... derechamente las mujeres no van”.** (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 24 enero 2022*

No se relatan en este testimonio detalles de la agresión sexual sufrida por Gabriela, y tampoco son necesarios para construir una imagen de la ruta que hizo ella para llegar a un aborto. La violencia sexual se puede dar en contextos muy diversos, a personas de diversas condiciones sociales, edades, géneros. Gabriela pudo hablar, pudo pedir ayuda a sus amigas y juntas llegaron a un espacio seguro donde pudieron orientarla. Ella contaba con apoyo familiar, no fue perfecto, pero fue suficiente. Contaba con recursos económicos para movilizarse, con recursos cognitivos para comprender información y con recursos emocionales para agenciar su proceso.

Una buena parte de las usuarias del sistema público de salud no cuentan con todos estos elementos. De su testimonio se desprende lo complejo que puede ser buscar ayuda, decidirse a hablar, golpear una puerta y que no se abra, los temores y miedos que atraviesan a las mujeres en el proceso. El acceso, así como la calidad de la atención durante el proceso de atención de una IVE son dos elementos centrales para el bienestar de las mujeres. A la luz de esta experiencia, podemos palpar la importancia que tiene cada detalle que se toman los y las profesionales de salud para la comodidad y dignidad de la usuaria, que en este Equipo, dan muestra del compromiso con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

En los próximos dos capítulos se abordarán los desafíos y aprendizajes de Equipo IVE en estos casi 5 años de implementación de la ley, y la ruta de acceso de las mujeres, que, como ya se ha visto a través de la experiencia de Gabriela y el número de causales realizadas en el hospital, es de una complejidad mayor.

5.4 Desafíos y Aprendizajes del Equipo IVE en causal violación.

En los capítulos anteriores se muestra el recorrido que hacen las usuarias en el proceso de atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en causal violación, desde la visión de los profesionales que las atienden y también desde la experiencia de una usuaria. Emergen elementos muy valorados en el manejo de los casos, así como algunas dificultades que se han hecho presentes en los relatos de quienes participaron de las entrevistas. En este apartado se sistematizan, en primer lugar, los aprendizajes que ha hecho este Equipo, mostrando aquellos elementos que se destacan como positivos y son fruto de la experiencia de estos casi 5 años de implementación de la ley, en particular, de la tercera causal violación. En segundo lugar, se abordarán los desafíos o cuestiones pendientes de trabajar en la perspectiva del Equipo IVE y profesional de urgencias de maternidad del Hospital San José.

5.4.1 Aprendizajes del Equipo IVE

Coordinación y conducción de entrevista al ingreso

Uno de los elementos que se destaca como aprendizaje del equipo es la conducción de la situación de entrevista, en la que ocurre la primera atención de la mujer, adolescente o niña, que solicita un aborto. En la Norma técnica no está estipulado quién debe conducir la situación, solo que deben participar dos profesionales. El Equipo IVE, luego de varias experiencias de atención, decide que sean los/as profesionales de salud mental (psicólogos/as) quienes guíen la primera atención, en distinción a la experticia necesaria para comprender y acoger las diferentes reacciones que pueden presentar las mujeres. La complejidad del relato que éstas, si no existe denuncia escrita, deben aportar para poder constituir la causal se considera como un factor importante a considerar en la conducción de la situación.

Se reconoce, por lo tanto, algo que pudiera parecer de sentido común, pero que en el entramado jerárquico de la biomedicina (más aún intrahospitalaria) no es menor; que cada profesión tiene su campo de acción, y que la multidisciplinaria e integralidad de los equipos de salud implica dar espacios adecuados de acción a quienes son más idóneos para una tarea, más allá de las jerarquías laborales en las que, en general, los médicos especialistas están por sobre las demás profesiones. La decisión también tiene que ver con el espacio de Equipo IVE, el que se concibe como un lugar de aprendizaje mutuo, de desarrollo profesional, de reconocimiento y valoración de lo que cada integrante del Equipo puede aportar al colectivo.

*“Y efectivamente yo creo que **se necesita algo de expertise en ese campo, ¿no? Los colegas han recibido muy bien eso también, ¿no cierto? De que seamos nosotros quienes hacen la entrevista. Y una vez pudiendo determinar algo de eso, sean ellos quienes entren a preguntar las cuestiones más concretas: semanas, explicar cuál es el procedimiento... Y nosotros también colaboramos en eso,***

como... comprenderás que la información médica a veces es un poco compleja para el paciente. Y ahí también participamos un poco con eso, ¿no? Como volviendo a conectar el canal, si los pacientes necesitan de nuevo tener la información, solicitando a los médicos que se la puedan dar de nuevo, etcétera, etcétera". (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 24 enero 2022)

Mejora de acciones vía protocolo

La experiencia en el tiempo ha hecho posible que el Equipo pudiera ir mejorando sus propios protocolos. Un ejemplo de esto es la continuidad de atención del médico/a ginecostetra, que en lo posible, es la misma persona que hace la ecografía pre aborto, y está presente durante la toma de relato, la que posteriormente practicará el aborto. Otro ejemplo es la administración de anestesia o sedación durante el procedimiento:

*"Bueno, siempre fue ambulatorio. O sea, al inicio, quizás no tan ambulatorio... éramos más cuidadosos: que ingresara, se hospitalizara, que la viera el anestesista, que se hiciera sedada a la paciente, dormida... Y, como... cuando uno deja ese tipo de anestesia, tiene que quedarse después un poco más. No es como... ahora ya como que trabajamos mejor, entonces los anestesistas saben que es algo muy cortito, entonces, se hace una sedación que sea cortita. Todo cortito, chiquitito, **para que ingrese la paciente en la mañana y se pueda ir en la tarde. Y no se tenga que quedar hospitalizada. A menos que haya alguna complicación"**. (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 20 enero 2022)*

Protección de la usuaria

El cuidado y respeto hacia las usuarias, a pesar de la precariedad en infraestructura adecuada hace que integrantes del equipo y otros profesionales conscientes de lo que implica acogerse a la tercera causal, tomen muchísimos resguardos que puedan hacer más comfortable el proceso de atención de las mujeres, como quedó plasmado en el relato de la usuaria entrevistada. La matrona de urgencias comenta como ejemplo:

*"En el caso de las IVE me pasa más que tenemos que recibirlas, y a mí me gusta e intento hacerlo, recibirlas yo en la urgencia para poder preguntarles si están acompañadas, para que puedan estar acompañadas si es posible, en estos momentos de pandemia es un poco más complejo porque si tengo mucha gente en el pasillo el aforo no se cumple, entonces, **mientras yo tenga la oportunidad de poder tenerla con su acompañante lo hago, también lo otro que me gusta e intentar concientizar a mis colegas de hacerlo, es que cuando vayamos a poner un monitor, y tengamos a una paciente en proceso de aborto o sobre todo en los IVE, no poner los monitores tan fuerte por los latidos cardiorfetales porque lamentablemente la urgencia maternal sigue siendo la misma urgencia para la ginecológica también y para lo obstétrico"** (Matrona urgencias, Hospital San José, 12 de abril 2022)*

Aprendizaje laboral y personal de quienes integran el Equipo IVE

Algunos de sus integrantes, antes de hacer parte del equipo, estaban involucrados en la temática o trabajaban con mujeres respecto a maternidades; para otros el poder trabajar con mujeres en situación de aborto fue algo que se presentó en sus trayectorias laborales sin haberlo buscado,

todos señalan un crecimiento importante en su experticia y un aprendizaje en el desafío del acompañamiento de casos, en particular de violencia sexual, porque en en las otras dos causales el equipo de salud mental de la mujer sí contaba con años de experiencia. Los espacios de reunión del Equipo, a la vez que nutrir las prácticas, funcionan para retroalimentar las acciones y poner énfasis en ciertos cuidados particulares, que se van percibiendo con el tiempo, por ejemplo, cómo y en qué momento ofrecer la anticoncepción postaborto.

*“Es un lugar de reflexión constante. Por eso yo también te decía, con toda la praxis clínica tiene que ser así, con la praxis psicológica, ¿no? Como **poder pensar qué se está haciendo con cada paciente**. Creo que no es una cuestión que se resuelva ahora y ya. Sino que constantemente hay que repensar esa práctica, pero sí, **creo que los aprendizajes pasan como desde la posibilidad también como de armar con lo que tenemos un lugar lo menos desagradable para una paciente**, ¿no? De poder armar redes de cuidado con los mismos equipos, como te decía antes. **Contactar ya con quien le interesa esto, con quien sabemos que es respetuosa, respetuoso. En vez de pelearnos todavía con quienes no están en eso**. Fue una discusión mucho tiempo. A propósito de que quien puede ser objeto que lo sea, ¿no cierto? Pero que nos permita trabajar a quiénes sí nos interesa colaborar en esto. (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 24 enero 2022)*

Mutuocuidado del Equipo IVE

El equipo de salud mental de la mujer destaca por su trabajo colectivo, donde también está presente el mutuocuidado:

*“Sobre todo, los casos más complicados. Siempre está en supervisión, **siempre estamos pensando en los casos en conjunto. Cómo los repartimos depende de muchas cosas**. Está lo contingente, como “bueno, yo ya estoy llevando tres procesos IVE en este momento y una colega lleva uno o ninguno”. Entonces, claro ella lo toma. Los repartimos también **cuidándonos de lo difícil que es acoger, sobre todo, la causal tres, ¿no cierto? y bueno, todas las causales porque tienen distinta relación con la muerte y con el sufrimiento que también es una carga personal para cada integrante del equipo**, entonces, también lo repartimos en consideración de eso, ¿no? Ha pasado, no sé, que, por cuestiones contingentes, vacaciones o permisos, lo que sea, le ha tocado mucho a alguien ver muchos IVE tres, ponte tú, y es como, “bueno, hay que descansar un poco ahí” y le toca a otra persona, ¿no? Y también por interés. Como habemos distintos intereses más particularizados también en el equipo, sí... Pero es a propósito de eso, como **tratando de cuidarnos y de cuidar el trabajo que podemos ofrecer también. Estamos súper claros de que cuando uno se desgasta mucho en algo ya no puede ofrecer un trabajo tan bueno**”. (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 24 enero 2022)*

Aprendizaje sobre el trato y el respeto a las usuarias

Uno de los elementos de aprendizaje se ha dado en la relación con las usuarias. El conocimiento de tan diversas realidades y formas de enfrentar una experiencia de gran complejidad emocional, ha permeado en la sensibilidad de los integrantes del Equipo IVE, al respecto una ginecobstetra reflexiona sobre las características de quien quiera asumir este trabajo:

“Empatía cien por ciento. Empatía y asumir que no todas las personas pueden vivir una situación de la misma forma, porque también creo que hay que estar dispuesta a pensar que esto no tiene que ser

un evento traumático, entonces creo que **andamos súper bien o medianamente bien cuando hay alguien súper afectado con esto, sabemos cómo responder, pero también creo que el personal tiene que entender que esto también puede ser un evento no traumático, y ahí, para ese otro lado de la curva es que creo solemos dramatizar siempre cuando puede ser que no necesariamente sea dramático y obligamos a la gente a que sientan cosas que no necesariamente están sintiendo y que creemos que es normal que sientan, ¿Me entiendes? Entonces también creo que tiene que ser alguien capaz de darse cuenta en qué escenario esta esa mujer, y que son escenarios tan diversos, que como con historias de atrás tan diversas que creo que tiene que ser alguien muy dispuesto a escuchar y aceptar como distintas vidas, reacciones, formas de entender como lo que está pasando”.** (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 20 enero 2022)

El no juzgar las experiencias ajenas, sino situarse desde la comprensión se convierte en el principal aprendizaje para varios integrantes.

“A lo mejor tu evento traumático sea el evento del abuso sexual pero que a lo mejor el IVE no sea un evento traumático, ¿me entiendes? Si no que sea una solución a un problema que se te presento y que pudiéramos focalizarnos como en el evento traumático del abuso. O para alguien pueden ser ambos eventos traumáticos, pero para otra puede ser solamente el abuso, o para otra algo que ya superó también. Y ahí como que siento que **hay que entender que hay distintas respuestas, también hay gente que accede al IVE estando en contra del aborto, hemos tenido más de alguna usuaria que están contra el aborto y está llegando a un IVE o está llevando a su hija a practicarse una interrupción siendo que está en contra del aborto, por ejemplo. Entonces también creo que hay que tener como una mirada amplia para entender distintas reacciones, historias”** (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)

Aquí se recoge la experiencia de una integrante del Equipo, que no había tenido bagaje previo en el tema y que estaba en contra del aborto antes de trabajar en esto:

“Para mí ha sido complicado, suena súper cliché, pero desafío también porque, en el fondo, muy complicado porque... me costó tiempo entender que esto no se trataba de lo que yo creyera, sino de respetar la voluntad de la mujer. Me costó tiempo... y dolor, ver las historias. Y ponerme desde otra visión que no era la mía.

[¿Y cuál era la tuya, personal?]**la mía personal es no al aborto. Yo no, no, no soy partidaria de que haya aborto libre.**

[Esta experiencia, estos años que llevas trabajando en esto, ¿ha cambiado de alguna manera tu visión?]

Absolutamente. Eso es lo que te digo, de alguna manera. Porque... lo que cuesta es tomar la distancia necesaria para entender lo que yo te decía: no es mi visión, es la visión de otra mujer a la cual yo le debo respeto. En una visión de no juzgar porque...y yo creo que pasa mucho, sobre todo en la gente que trabaja en el ámbito privado, que uno trabaja y se desenvuelve así, como... como bien pájaro en el mundo. Y, la otra cosa es que, además, estos veintidós años que yo trabajé en la Clínica xxx, yo fui matrona en Neonatología. Yo... O sea, mi expertise es en la Neonatología, en la UCI Neonatal. Entonces, mi visión era esto de recibir guagüitas muy pequeñas por las cuales nosotros luchábamos turno a turno para que salieran adelante. Con padres que amaban mucho a estas guaguas... hay mucha fertilización asistida, de gente que no podía tener hijos y que valoraba tanto el poder tener un hijo después de seis procesos de fertilización asistida... Entonces, es una dicotomía súper grande. Muy grande. Por otra parte, sí, tengo hijos grandes con los cuales converso mucho, y, de alguna manera, ellos tienen una visión súper actualizada. Entonces, es como... claro, **ponerse desde otro... desde la vereda de enfrente a mirar una situación muy humana. Sin sesgo y sin juzgar”. (Matrona equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)**

Notoriedad del trabajo realizado por este Equipo

La forma de trabajar de este Equipo ha alcanzado cierto renombre informal entre personas ligadas al mundo de la salud sexual y reproductiva, y entre pares del mismo recinto hospitalario y otros, que reconocen en el equipo el compromiso y respeto hacia las mujeres en situación de aborto, incluso médicos/as objetores o que sin serlo no están involucrados en la atención, de manera que nunca han recibido malos tratos de parte de colegas o jefatura. De alguna manera, las mujeres que buscan atenderse después de haber intentado en sus propios centros de referencia públicos o privados encuentran en este equipo, tal como sucedió con la usuaria entrevistada, un espacio donde se cautela su derecho. Esta situación muestra, por un lado, la dificultad de acceso a una atención adecuada y por otra, que este equipo destaca en su forma de aproximarse a los casos, cuestión que también es percibida por sus integrantes.

*“Nosotros igual como que tenemos la impresión de que el **hospital también se ha convertido como en un centro de referencia también de mujeres que buscan atención**. Y así lo hemos entendido también. En algún momento también... eso también ha sido importante... al principio también vimos mujeres que eran fuera de nuestra área y que, en algún momento, se nos cuestionó este tema de que viéramos mujeres fuera del área. Pero porque **hemos visto mujeres del sector privado que les negaron la atención en el sector privado o que sintieron de que estaban siendo... que no se les estaba dando una atención adecuada** y llegaron a nuestro hospital producto como de, naturalmente, de esta como fama que se ha hecho. Y... pero después de eso, probablemente eso ha disminuido también, quizá ahí también esté reflejado en el aumento de las partes anteriores... en que quizás los otros hospitales, en los otros centros, se empezaron a hacer cargo de esas mujeres. Quiero pensar eso” (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 12 enero 2022)*

Cabe destacar que el Hospital San José es un hospital docente y los becados de ginecobstetricia pasan un mes rotando con en la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva, aprenden métodos de evacuación uterina, etc., por lo que la experiencia que puede transmitir este Equipo es de suma importancia para la formación de nuevos médicos/as especialistas, quienes valoran el aprendizaje. En este sentido, afirman que cuando los internos conocen, por ejemplo, cómo se realiza un AMEU, se derriban muchos mitos respecto a lo que implica concretamente practicar un aborto, pues se trata de un procedimiento seguro, eficaz, rápido y fácil de llevar a cabo. De parte de los profesionales se destaca el cambio generacional entre los/as estudiantes, cómo en la generación bajo los 30 años hay menos tabú y más apertura respecto a la libertad de decidir sobre un aborto y por supuesto el compromiso con los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas.

5.4.2 Desafíos en el Hospital San José.

Hasta ahora se ha caracterizado el proceso de atención, en relación a las acciones que habitualmente ocurren durante el trayecto de una usuaria en el Hospital San José. Sin embargo, han quedado fuera las reflexiones sobre las necesidades y desafíos, como cuestiones pendientes de

resolución o desarrollo que surgen desde el equipo de salud que atiende a las mujeres, niñas o adolescentes.

Desinformación, falta de compromiso, u obstaculización de los derechos sexuales y reproductivos por parte de funcionarios/as del Hospital San José

Una de las cuestiones que emerge en las opiniones de los/as entrevistados/as es la preocupación respecto a las competencias y nivel de compromiso de otros profesionales, técnicos y administrativos dentro del mismo hospital. Si bien, se ha destacado que el Equipo IVE logra resolver el 100% de los casos que llegan a atenderse en el Hospital San José, las usuarias pasan por diversos puntos dentro del recinto, entrando en contacto con personas ajenas al Equipo. En esas interacciones se han dado situaciones que no corresponden: informaciones erróneas e incluso maltrato. Por otro lado, al ser un equipo afiatado ha logrado el reconocimiento de sus pares, lo que es positivo, pero tiene un punto de gran complejidad: que los demás funcionarios/as descansan en el Equipo IVE para resolver la atención y no se involucran en las implicancias de la atención a usuarias en situación de aborto. Esto ocurre en prácticamente todos los estamentos, siendo más citados los /as ginecobstetras y los/as matronas.

*“Si, o sea, como que **la gran fortaleza siempre ha sido la gran debilidad nuestra, o sea que el personal está acostumbrado a que los casos IVE los resuelven aquí tres personas**, entonces por lo tanto no se obligan a tener un conocimiento más allá, porque total hay alguien que lo resuelva, entonces como no saben mucho les han a veces dicho cosas como que no corresponden”.*
(Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)

El desconocimiento o desinformación aparece como un elemento clave de la conducta equívoca de otros profesionales o como razón para declararse objetores de conciencia.

*“La otra experiencia que yo tuve, yo fui a hacer la inducción al Hobar, es el alto riesgo obstétrico, y ese día estaba ingresando una paciente por la IVE de segunda causal, entonces yo agarré a la señora, la llevamos a la pieza, estaba con el marido, acuéstese, quédese tranquila y todo, y le digo a mi colega como “ya, yo voy a preparar las cosas para que la veamos”, le puse la vía, le tomé los exámenes, todo, y de ahí tocaba darle los misos, y yo “hay que darle los misos” y la colega (matrona) que estaba ahí conmigo me dice “yo no le voy a dar, yo no quiero ver a la paciente porque yo soy objetora de conciencia” y yo le dije “tú no puedes hacer eso, eso está mal”, y me miro así con cara de sorpresa, “¿cómo no?”, me dice “pero si yo soy objetora de conciencia”, **“tú no puedes ser objetora de conciencia AQUÍ, tú puedes ser objetora de conciencia en el pabellón si quieres, pero tú no le puedes negar la atención a la paciente”**, y una doctora, que estaba en el mesón como en diagonal, atrás mío me acuerdo que le dijo “Sí, ella tiene razón, porque yo también soy objetora de conciencia”, uff, y ahí yo le digo “si tú quieres, o sea, yo en este minuto no tengo ningún problema en que yo lo haga, pero tú no puedes negarle la atención a la paciente”, y ella dijo “ah, pero es que a mí no me gusta, que yo no estoy de acuerdo, es que yo soy provida”, “nadie te ha preguntado nada”, y ahí yo sólo agarré los misoprostol y le dije “lo voy a hacer yo”, y fui yo quién lo hizo. La usuaria no escuchó. No, menos mal que no y de hecho, después traté de que mi colega ni siquiera hablara con ella, me trate de interponer mucho en su atención porque yo no quería que se notara que mi colega no lo estaba haciendo, como que estaba haciéndolo de mala gana en el fondo, y... igual fue como súper*

*shockeante igual, como escuchar a la colega decir eso, una cabra que tiene la misma edad que yo, que estudió al mismo tiempo que yo y todo, entonces, y ahí yo dije aquí **lo que hace falta es información, sea, no puede ser que no tengan, no puedan tener claro y anden diciendo TAN libremente yo soy objetora de conciencia** entonces no voy a tomarle la presión a la señora en la sala, no tiene nada que ver po". (Matrona urgencias, Hospital San José, 12 de abril 2022)*

Uno de los espacios más complejos es el de Urgencias de maternidad. El Equipo está todos los días (al menos uno de los ginecobstetras) pero solamente en las mañanas, en los turnos de tarde/noche o fin de semana es cuando se han presentado dificultades en el acceso de las mujeres a la atención en la causal violación. Por ejemplo, situaciones donde se ha enviado a la usuaria a hacer una denuncia para poder atenderse en el hospital. Se releva la necesidad de capacitación a todos los profesionales que trabajan en atención clínica en el espacio de Urgencias de maternidad.

*"Entonces recuerdo un caso en que la mandaron a hacer denuncia, y que viniera al otro día, pero con la denuncia hecha. Y ese caso fue súper penca porque fueron a las 3 de la mañana, **era una menor de edad más encima, entonces fueron a las 3 de la mañana a hacer la denuncia y después tuvieron que venir al otro día**, entonces eso no ha sido muy cómodo". (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)*

Otro espacio que se releva es el de Admisión, SOME y OIRS, lugares donde trabaja personal administrativo. Surge la dificultad de capacitar y educar a estos funcionarios y funcionarias, pues existe una alta rotación, en este caso, los errores en la admisión fueron: que se envió a una usuaria al Servicio Médico Legal; insistencia en que la usuaria entrara en el detalle de su diagnóstico para poder ser admitida, y la entrega de información privada a familiares sin consentimiento de la usuaria. Esta última situación fue de suma gravedad por las repercusiones para la mujer afectada.

*"Una vez la OIRS informó a un familiar como que le dijo algo como "está, ya se produjo, ya está listo, resuelto el aborto" por ejemplo, y ese familiar no sabía, entonces fue una situación muy terrible porque, o ponte tú era el marido pero el marido que no tendría por qué enterarse entonces se hacía una situación familiar, que al final nosotros lo tomamos con una gravedad muy grande porque aquí podría salir alguien muerto también, como **aquí podría ocurrir hasta un femicidio por entregar información que no corresponde**" (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)*

Un punto a favor es la buena disposición de las jefaturas para resolver los problemas, y en primer, reconocerlos como tal. Sin embargo, cada tanto tiempo, continúan ocurriendo. Cabe señalar que para esta investigación ninguna de las dos jefaturas (SOME y OIRS) respondió para ser entrevistada.

*"Entonces ahí **empezamos a buscar como distintas formas de poder resguardar la información de la OIRS, pero no es fácil** fíjate no es fácil, no es fácil, pero insistir una y otra vez en OIRS que no, no entreguen informaciones, si en algún minuto pensamos ponerle como hasta un timbre, porque al final esto ocurre para estos casos, pero también ocurre para todas las usuarias. **Como ponerle un timbre entonces se nos ocurría, que dijera si la usuaria quiere o no que se dé información y a quién, por ejemplo, pero no ha sido como, no hemos logrado la implementación**". (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)*

*“Lo que me tiene más convencido es que, generalmente, si uno le pone más personal, más profesionales, como que... genera mucho más problema. Se generan más dificultades, más trabas. Para la atención. **Por eso estoy muy de acuerdo, ojalá de la manera más autónoma y desvinculada de... porque necesitas, si no, un paso de tener un personal de salud y gente administrativa que esté muy sensibilizada. Si no, es muy difícil**” (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 12 enero 2022)*

Falta de capacitación y respeto en el trato a las usuarias

Otro espacio que aparece como desafío, es el de otros profesionales que participan de algunos procesos previos y posteriores a la IVE, los que si bien, no han objetado de conciencia, tampoco tienen las consideraciones de trato y respeto a las usuarias, en particular, en causal violación:

*“Recuerdo una situación en las primeras IVE, una chica joven, que había sido abusada en un contexto de un carrete, que no sabía quién había sido el violador. **Estamos en pabellón y este anestesista va y pone música. Pone música, así como reggeaton, y la usuaria quedó como paralizada, impotente, porque tampoco le podía decir nada, se le pidió que apagara la música**”. (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 11 enero 2022)*

Frente a estos desafíos, la estrategia que más ha generado mejoras es la de asumir la falta de capacitación y compromiso de otros profesionales y, de alguna manera, vigilar, supervisar, estar pendientes de las usuarias en todo el proceso de atención, esto lo hacen en particular las profesionales de la dupla psicosocial.

*“Y el trato hacia ellas ha mejorado muchísimo... porque creo que **nosotros igual estamos como encima de ellos. Las vamos a ver, estamos pendientes, hacemos todo como para que no empiecen a... sí que no haya problema**” (Trabajadora social equipo IVE, Hospital San José, 06 enero 2022)*

La capacitación entonces, surge como un gran tema pendiente, y que sea ampliada a todo el personal de salud y administrativo, incluyendo protocolos de objeción de conciencia y acompañamiento. Surge la idea de actualizar y/o crear protocolos, porque quienes no están comprometidos pueden hacer más concreta la disposición si aparecen reglas que se deban cumplir:

*“Yo creo que de primeras, primeras, primeras es la **capacitación del personal y no estamos hablando sólo de profesionales, del personal completo, desde la auxiliar de servicio hasta el médico, el becado, los internos, TODOS, debieran estar al tanto de toda esta información, y dentro de esta capacitación creo que debiera estar muchísimo más claro el tema de la objeción de conciencia, no puede ser que mis colegas o las técnico en enfermería o los profesionales médicos no sepan de qué se trata y estén abusando, en el fondo, de esto. Debiera haber una regularización mejor si ellos son objetores de conciencia que hagan el trámite que corresponde, el trámite completo, firmar, y que se hagan responsables, ahí creo que me suena más a que se están haciendo responsables de lo que están haciendo, porque es muy fácil “¿pero hiciste algo al respecto?” porque eso también significa pensarlo más. Eso, por un lado, el tema de regularizar la objeción de conciencia, la capacitación de todes**” (Matrona urgencia, Hospital San José, 12 abril 2022)*

Emerge la dimensión del trato, como una gran esfera que abordar para mejorar la calidad de atención a las usuarias. El buen trato implica entrar en una relación honesta y horizontal con las

usuarias, fuera de los estereotipos sobre cómo debiera verse alguien que pasó por una violación, por ejemplo.

*“Yo pienso que nos falta mucha... no sé si es capacitación, ¿sabes? Me lo pregunto. Creo que, por un lado, es capacitación respecto de la información, de que existe esto, que se hace de tal forma, que el conducto regular o flujo tiene que ver con esto y esto... pero, por otro lado, también **pienso que hay una cuestión que se juega en la relación humana nomás, ¿no? Como de no suponer, por ejemplo. Y suponer, comprenderás que no permite la posibilidad de preguntar.** Si como profesional, asumo, no alcanzo a preguntar nada. Y si la paciente no viene como muy afectada, como visualmente afectada, no pasa nada po’... no tiene cómo saberlo. Yo creo que ese es nuestro principal problema. Qué pasa con las pacientes que pasan piola”. (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 24 enero 2022)*

Infraestructura inadecuada

Un tema que prácticamente todos los profesionales integrantes del Equipo IVE comentan, es el de la falta de una infraestructura adecuada a las necesidades de las usuarias, sobre todo para la acogida y la recuperación. También surge el espacio en urgencias, la sala de acogida a víctimas de violencia que no funciona para ese propósito.

“Acá la urgencia no tiene sala de acogida, que es algo que está en las normas de violencia, la sala de acogida está puesta en las normativas, y acá lo que se supone era la sala de acogida, que incluso tiene el cartel de sala de acogida, es donde las tens toman los signos vitales, entonces no hay sala de acogida, así que hay que buscarse un box, el espacio físico yo pensaría que es algo tampoco muy resuelto. Lo mismo la recuperación que están con todas las mujeres con guata o con recién nacidos, no debiera ser”. (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)

La estrategia desarrollada por el Equipo es comentarles previamente a las mujeres de las dificultades que presenta el Hospital en términos de espacios inadecuados, las que se traducen en imposibilidad de aislarlas de la maternidad, que vean y/o escuchen recién nacidos y mujeres con gestaciones avanzadas.

*“Uno les explica, cuando vienen, que lamentablemente **somos un hospital sobre-colapsado donde no hay camas aisladas**, nosotros tratamos de propiciar, sí, aislamiento, que no escuchen guaguas, que sea lo más tranquilo para ellas... su hospitalización o su procedimiento, pero también eso se hace en el pabellón de maternidad [se ríe]. Después la recuperación de maternidad o ginecología. **Entonces uno les explica que... y las deja lo más aisladas posible, pero que puede ser que ella en algún momento escuche un llanto de guagua y se les pide disculpas, que es súper importante.** De antemano. Igual entran por la urgencia cuando se vienen a hospitalizar. Y están todas ahí con los monitores... igual es chocante, sobre todo si estás queriendo interrumpir por una violación. Entonces, se les explica todo el proceso: “mira, tú vas llegar a la urgencia, vas a ver mamás con guatita, vas a escuchar latidos fetales cuando pases por ahí... pero, no tenemos otra opción en este momento...” Y lo entienden. Lo entienden” (Trabajadora social equipo IVE, Hospital San José, 06 enero 2022)*

Frente a la falta de espacios adecuados para atender a las mujeres en situación de aborto por la causal violación y algunas situaciones de las otras dos causales, surgen diferentes ideas para responder al desafío de brindar una atención más confortable, fuera de los espacios de maternidad,

como hacer el ingreso de las IVE por el CDT y no urgencias, o contar con un lugar que resuelva exclusivamente los abortos.

Autocuidado del Equipo IVE

Otro desafío que la gran mayoría de los profesionales releva, es el autocuidado del Equipo y de los/as profesionales de urgencias que están sometidas a un gran estrés emocional y laboral al tener contacto frecuente con usuarias que están atravesando momentos difíciles, y en el caso específico de las IVE tercera causal, por haber sido agredidas sexualmente con resultado de embarazo. Se han solicitado la liberación de tiempos contemplados desde el Hospital y a MINSAL, sin embargo, no están estipulados y no han tenido una respuesta positiva.

*“Yo creo que como primer punto te voy a hablar del autocuidado de los equipos. **El autocuidado se menciona, se dice la palabra, pero finalmente no existe. Para un equipo que emocionalmente es súper exigido.** Entonces, desde la realidad de que los funcionarios de salud debemos cuidarnos para poder cuidar, no existe. En el hospital ni siquiera me permiten tener una media jornada para que nosotros hagamos alguna actividad. El único autocuidado pudiera ser un poco de catarsis que se hace en el equipo. Entonces, finalmente y a la vuelta de los años, si esta situación sigue así, van a ser equipos quemados, ultra quemados. O va a haber gente que no quiera trabajar en eso. Por el nivel de exigencia emocional” (Matrona gestora equipo IVE, Hospital San José, 18 enero 2022)*

Una acción que, si bien no resuelve el tema del autocuidado, funciona en la línea de construcción conjunta de capacidades y fortaleza interna del Equipo IVE, son las reuniones periódicas, las que tuvieron que dejar de realizarse durante los primeros años de la pandemia por covid-19.

*“El desafío yo creo es **volver un poco a retomar más reuniones de equipo. Antes como estábamos aprendiendo, estábamos mucho más interesados en reunirnos como equipo.** Y ahora creo que mecanizamos más el asunto, entonces ya nos hemos vuelto mucho más mecánicos en esto, entonces este feedback que antes era como muy periódico ya se ha espaciado bastante, en el tiempo de pandemia nada, **como el feedback de pasillo nomas, pero más reuniones de equipo, hay que retomarla, este año seguro lo hacemos**” (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)*

Las y los integrantes del Equipo IVE despliegan estrategias individuales en la línea del autocuidado, desde el cambio de ropa para “dejar” en el trabajo lo que, simbólicamente, atañe a ese espacio, la conversación con pares (vaciamiento), entre otras. De todas maneras, en sus discursos se refleja la dificultad del manejo de las experiencias que acompañan habitualmente:

*“Lo que trato de hacer es **conversar el caso con el psicólogo que la vio, con la asistente, conversar más el caso, que me pareció... esos han sido mis esfuerzos, conversarlos hablarlos.** De hecho, en algún tiempo me complicaba harto que... antes yo manejaba bien todos los casos, sabía las pacientes de que era, que había pasado, cuál era su historia, y **después ya todos los casos se me olvidaban, ¿me entiendes? Entonces a veces me sentía un poco como culpable, como de no respetar la memoria del caso.** Como que ya es tan cotidiano que es un caso más de la estadística... Pero bueno es que al final es así nomás también. Al final del día termina siendo un caso más de la estadística, y hay que también profesionalizar. Las funciones que nosotros hacemos la unidad, vemos el 100% de*

las pérdidas reproductivas. Los IVE en tercera causal además tienen como otros temas más fuertes, pero todos son casos terribles” (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)

La maternidad como espacio real y simbólico

Un tema que surge como desafío es el nombre del espacio dentro del Hospital. Si bien no es el espacio más idóneo para la llegada de las mujeres, la Urgencia de Maternidad no recibe solo a mujeres gestantes, también se atienden todos los temas relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva, agudos o que requieran ingresar a hospitalización, incluyendo la de personas trans. Por eso para varios profesionales el nombre de Urgencia Maternidad invisibiliza la atención que se entrega y, en el caso de las usuarias IVE, complejiza más aun su paso por la atención hospitalaria.

*“Siempre nosotros pensamos que debería ser “Salud Sexual Reproductiva” Claro, porque está todo el tiempo “Maternidad y mujeres”. Y se ven muchas otras cosas, incluso, no sé, en el consultorio fue a hacerse una ecografía, no le encuentran latidos: FMIU, feto muerto in útero. ¿La vamos a hacer pasar por Urgencia de Maternidad con muchas otras mujeres embarazadas? **Los nombres tienen efecto también. Y pueden generar mucho. Y si po’, qué pasa si llega hoy en día, no sé... alguien no binario, un hombre trans... porque... ¿es un lugar que permite como... también...que se genere espacio para ellos/ellas/elles?” (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 11 enero 2022)***

Coordinación de la red asistencial

Un tema pendiente que emerge como un gran desafío a trabajar es la coordinación del trabajo en red, internivel, en particular con la atención primaria, espacio clave para la pesquisa y derivación oportuna de los casos, y posterior al aborto, la contra referencia de las usuarias para continuar acompañamiento en sus territorios.

*“La coordinación con la APS. O sea, al principio se hicieron estas reuniones que organizó el Servicio de Salud, pero **después como que no hemos hecho más esfuerzos a lo mejor, como de ir a visitar consultorios, ir a visitar lugares como específicos, esa coordinación con APS, no la hemos hecho básicamente**, como que está el canal abierto y todo, pero no hemos ido, así como de repente a terreno o citar a alguien para conversar”. (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)*

El lugar del gestor de red figura como ausente en los relatos del Equipo, si bien ha respondido a las demandas de articulación entre niveles de atención, son iniciativas que surgen desde el propio Equipo del Hospital. Queda el desafío entonces de tener una relación más proactiva desde el Servicio de Salud Metropolitano Norte, donde existe un cargo de referente IVE, y con las comunas también, a nivel de atención primaria de salud.

*“El servicio **ha respondido cuando lo hemos requerido solamente**, si nosotros hemos pedido una reunión o hemos dicho sabes que queremos ver juntarnos con el director de Til-Til, porque ocurrió este problema entonces queremos hablarlo directamente con él, el Servicio ha coordinado, ¿me entiendes? Como que ha dado respuesta siempre que se le haya solicitado. **A veces dan ganas que hubiera iniciativas que partieran desde el nivel más central” (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)***

Retroalimentación con MINSAL

Otro punto reconocido por el Equipo IVE como pendiente es la capacitación y relación con el nivel central, el Ministerio de Salud. Se destaca que la relación ha sido asimétrica, de “bajada” de contenidos, sin considerar la experiencia que los propios equipos que están llevando adelante la ley pudieran aportar. No han existido reuniones entre equipos IVE ni otras acciones de reconocimiento del trabajo realizado, en post de la mejora del servicio que se entrega a las mujeres.

*“Hacen unas video conferencias donde bajan información del Ministerio, yo igual lo que encuentro del **Ministerio que en general suelen ser bien autoritarios en bajar la información, como esto es y poco recogedores de experiencia, poco recogedores como de lo de terreno**, en general mandan lo que hay hacer y preguntan poco. Hacen video conferencias que básicamente son eso, informarte cual es la nueva modificación que hay, pero por ejemplo reuniones de equipo, juntarnos con otros equipos IVE como para intercambiar experiencias, por ejemplo, ver que están haciendo, que han aprendido, que errores han podido superar” (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)*

A nivel ministerial, se releva también la falta de sensibilidad frente a las peticiones de tiempo protegido para autocuidado del equipo, presupuestos para compra de insumos y el pago de remuneraciones a los profesionales que tienen parte importante en el proceso. Existen funciones que constituyen una carga completamente ignorada en el presupuesto asignado como es el rol de una matrona gestora de casos, que no está considerado.

*“Con el presupuesto asignado... **No es una cosa que nos permita, ponte tú, comprar equipos, comprar un ecógrafo, no te permite eso**. Permite, con suerte, costear los insumos, los medicamentos, y las pocas horas que hay de profesionales. Si nos quedamos al debe con una matrona que pueda gestionar de manera más eficiente cada caso, no hay presupuesto asignado para esa labor. El hospital es un hospital tremendo... Pero sabes que, en el fondo, **la operatividad del programa ha sido en base a voluntades. Y eso es lo que no puede pasar. Porque la operatividad debe estar en base a funciones delimitadas**. Entonces, pasa que si yo, ponte tú, ahora no estoy... parte de mi pega la asume una, parte la otra, parte, parte, parte... ¿te fijai? Entonces, eso es lo que no debe pasar. Debe haber una continuidad en un proceso que es tan delicado”. (Matrona gestora equipo IVE, Hospital San José, 18 enero 2022)*

Como reflexión final del Equipo IVE respecto al valor de la ley y los desafíos pendientes, se recogen las palabras de una integrante, quien destaca la intersección de género, etnia, migración, clase, y la complejidad de dar cuenta de las particularidades de cada usuaria, de una respuesta integral a la situación de violencia que les atraviesa. Esta observación permite mantener presente que, si bien se trata de una política pública nacional, su aplicación se trabaja caso a caso, con personas concretas que precisan un abordaje situado:

*“**Siento que nos falta un montón**, creo que... bueno, creo que trabajos como el tuyo, por ejemplo, justamente, aportan a poder pensar algo de lo particular de la experiencia que, en general, no logra plasmarse en las leyes. Ni tampoco en las indicaciones ni en los manuales que se construyen a propósito de la ley. **Creo que nos falta mucho y es una brecha que todavía... es algo a pensar, entre un manejo clínico, como tú decías, versus las implicancias psicológicas, subjetivas que tiene esto. La ley provee, cierto, un marco regulatorio que yo siento que no alcanza de ninguna manera a***

considerar las experiencias particulares, ¿no? Cuando, además, esas experiencias particulares están atravesadas por un montón de otros determinantes, de clase... o sea, una cuestión es el género, pero, además, la clase, la migración, la generación... un montón de cuestiones que se están todo el rato jugando. No es lo mismo para una paciente interrumpir y luego tener que ver... que esto nos ha pasado un montón de veces, ¿no? Interrumpir un embarazo producto de una violación de su pareja y luego tener que ver dónde va a vivir o donde va a poder irse con otros hijos, además, porque efectivamente, vive en la casa de esta pareja porque es migrante, por ejemplo, y no tiene más red de apoyo. O no es lo mismo eso que una paciente que interrumpe un embarazo, también producto de una violación, pero que tiene una familia que la acompaña, que la apoya, etc., etc. La ley de ninguna manera... bueno, **como ley también, no logra, no logra dar cuenta de eso. O sea, no alcanza a encarnarse esas particularidades**". (Psicóloga equipo IVE, Hospital San José, 24 enero 2022)

A continuación, en la figura 6, se ha construido un esquema que organiza los aprendizajes y desafíos señalados en las entrevistas por el Equipo IVE:



Figura 6: Aprendizajes y desafíos del Equipo IVE del Hospital San José. Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del trabajo de campo.

5.5 La ruta de acceso a la causal violación.

Uno de los pilares que sostiene el derecho de las mujeres a decidir, en las tres situaciones excepcionales que contempla la actual legislación del aborto, es que puedan llegar de manera oportuna y expedita a los servicios de salud. Sin este piso mínimo, la ley se convierte en letra muerta, o, tal como hemos visto en relación a las cifras actuales, a nivel nacional y también local, se reduce a un número muy inferior el de las mujeres que están accediendo al aborto por una violación. En este capítulo se profundiza en los resultados respecto a cómo acceden las mujeres, niñas y adolescentes a una Interrupción Voluntaria del Embarazo bajo la tercera causal. A la luz de las cifras que se entregaron en el primer capítulo de los resultados, en el Hospital de estudio (Hospital San José) de solo 57 IVES por la tercera causal desde que se implementa la ley, y solo 5 el año pasado, alcanzando solo 3 interrupciones entre enero - junio de 2022; la pregunta sobre la llegada de las usuarias al equipo que realiza los abortos cobra vital importancia.

Tal como se ha definido en el marco teórico, el acceso tiene relación con múltiples aristas cuyo resultado es la llegada de las mujeres a poder interrumpir un embarazo en causal violación. Una primera dimensión del acceso es la accesibilidad administrativa, habilitada a través de normas y protocolos que permiten que el sector salud y otros cuenten con objetivos y acciones claras que hagan posible una llegada oportuna de las mujeres. Para abordar este aspecto se describe la Ruta de acceso como se presenta en el Hospital San José, desde el punto de vista de los y las profesionales que trabajan en este Hospital y en la red del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

Un segundo aspecto clave de la accesibilidad es el que tiene relación con la disponibilidad de información oportuna y comprensible para la usuaria y la(s) persona(s) que la acompañen; y con la existencia o no de trabas que impliquen dilatar los procedimientos, hacer engorrosa la comprensión de la ley o de los aspectos clínicos del proceso acceso a la información. Para abordar esta dimensión se describirán las problemáticas que emergen en la ruta de acceso, incorporando reflexiones de la atención primaria, urgencias, la referente IVE del SSMN, informantes clave expertas en violencia sexual y aborto, del intersector y organizaciones de la sociedad civil. A lo largo de este capítulo también se abordará lo que implica contar con una visión profunda sobre la violencia sexual, ya que, de acuerdo a lo que emerge en los discursos y el análisis, tiene un gran impacto en el acceso a la causal violación.

En el Hospital San José el equipo de salud se encuentra, a diferencia de otros dispositivos de atención, en el 3er nivel de atención, hospitalización (piso de ginecología del Hospital). De acuerdo al nivel de complejidad de la atención de salud, las usuarias del sistema público no pueden simplemente agendar una cita con los profesionales de esta Unidad. Deben ser derivadas desde

otros servicios de menor complejidad (1er o 2º nivel, desde el servicio de Urgencias de maternidad, o desde otras instituciones del intersector). De manera formal la usuaria puede ser derivada de forma asistida (a través de un correo electrónico) a alguno de los integrantes de lo que se ha denominado aquí Equipo IVE (Unidad de Salud Mental de la Mujer –compuesta por psicólogos/as y psiquiatras-; trabajadora social, matrona gestora IVE o alguno de los tres ginecobstetras). También podría ser derivada de manera informal por medio de una llamada o whatsapp por otros profesionales de salud de la red (SSMN, Alto Riesgo Obstétrico, COSAM, Urgencias psiquiátricas, Urgencias pediátrica -si tiene menos de 15 años-) o desde dispositivos del intersector: escuelas, liceos, casas de acogida de VIF, organizaciones que trabajan con niñas y adolescentes, SENAME, red de protección de la infancia, cavas, etc., así como organizaciones de la sociedad civil que trabajan con mujeres.

La figura 7, que se muestra a continuación, considera las vías formales e informales por las cuales las mujeres están accediendo a la prestación de salud, así como las unidades, servicios, instituciones u organizaciones que participan (o debieran participar) de cada paso, en la ruta de atención de una usuaria en causal violación. Los puntos 3, 4 y 5 del esquema han sido objeto de análisis en el capítulo 5.2 y 5.3 donde se reconstruye el proceso y la experiencia de atención en el Hospital San José. A continuación, se concentra el foco en el punto 1 y 2 del esquema, el punto de contacto y la sospecha que constituyen la entrada de una usuaria al proceso de atención en el Hospital San José. Este esquema apunta al deber ser, la expectativa a cumplir para las usuarias. Como se manifiesta a través de los resultados de esta investigación, en la realidad, existe una gran brecha en relación al acceso a la tercera causal.

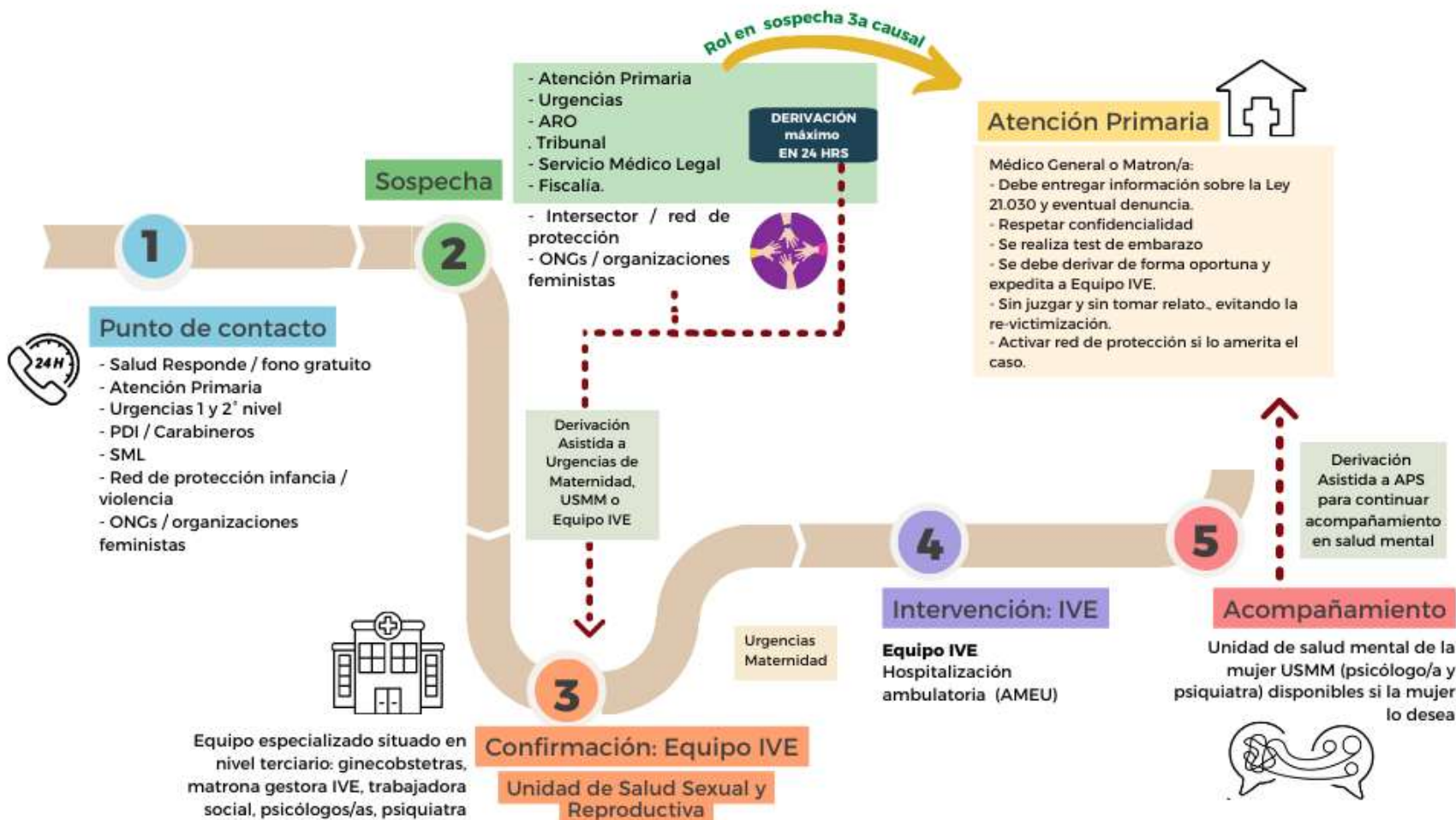
El punto de contacto es el primer acercamiento de la usuaria con respecto a la ley. De acuerdo a la experiencia de usuaria, y las opiniones del personal de salud y otros profesionales relacionados con el tema, éste es un tema crítico, pues no ha existido difusión que permita a las personas informarse sobre las 3 causales que se contemplan en la ley de aborto.

En este apartado, entonces, se dará cuenta de la información que se entrega en general a la población, principal objetivo del Punto de Contacto; a continuación se abordarán los objetivos respecto al punto 2 Sospecha, dando cuenta de las complejidades respecto a la violencia sexual en los distintos espacios que participan en esta parte de la ruta: atención primaria, urgencias, servicio médico legal, y ONGs y organizaciones de acompañantes fuera de la ley.

Figura 7, Ruta de acceso a la causal violación en el Hospital San José.

Fuente: Elaboración propia en base a resultados y 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.

Ruta de Acceso Interrupción Voluntaria del Embarazo HSJ CAUSAL VIOLACIÓN



5.5.1. Punto de contacto: Obstáculos en el acceso a Información



En este apartado se problematiza el rol e actores involucrados como puntos de contacto y las dificultades en el acceso a información que inciden fuertemente en el acceso a la causal violación.

Una de las opiniones compartidas por casi todas las personas entrevistadas, tanto del Equipo IVE del Hospital San José, como personal de salud de atención primaria, investigadoras, profesionales de otras instituciones u organizaciones y profesionales de organizaciones acreditadas para realizar acompañamiento en el marco de ley 21.030, es

que, desde el año 2017, inicio de la implementación de la ley, no ha habido una estrategia real de difusión e información hacia la población, y que ésta, es una de las razones significativas detrás del escaso número de causales constituidas para abortar por violación. Se trata de un primer obstáculo en la ruta de acceso a la causal, porque, a diferencia de las otras dos causales (riesgo de vida de la mujer y la inviabilidad fetal extrauterina) no es mediada por un diagnóstico médico, sino que depende en gran medida, de la misma mujer. Que ésta sea consciente de haber vivido violencia sexual y que busque ayuda en el sistema de salud. Por supuesto, existen otros obstáculos que ya se han ido describiendo en particular para el Hospital San José, y muchos otros fuera de ese establecimiento de salud, como se señalan en el testimonio entregado por la usuaria para esta investigación.

La falta de información disponible a las usuarias se señala como una de las principales causas en la baja cifra que ha accedido al aborto. La escasa información disponible repercute incluso en las mujeres que, sabiendo que existe la ley, llegan después de los plazos límite para establecer la causal (12 semanas para mayores de 14 años, y 14 semanas para menores de 14 años; o en la falta de información clara de parte del personal de salud en urgencias u otros puntos de entrada que las hace desistir:

*“Como no están los afiches, y como no está la información... bueno, como no está NINGUNA información, en el fondo, del Ministerio, puesta en circulación constante, ¿no cierto? si esta mujer no va decidida porque sabe que existe la ley, a consultar, que necesita hacerse una interrupción... que también nos ha tocado, que llegan directamente acá, a la Urgencia. Y si no les comentan... nos ha pasado que, efectivamente, **no les comentan o les comentan de manera un poco confusa. Las mujeres quedan ahí, como te digo, demorándose un poco y llegan o al límite o derechamente***

llegan cuando ya no se puede hacer la interrupción, por los plazos legales. Nos ha pasado eso, nos ha pasado que nos informan también muy tardíamente de una paciente que vieron antes, ¿no? (Psicóloga, Hospital San José, 24 de enero 2022)

En el Hospital San José recibieron material impreso (folletería y afiches) para ser ubicados en lugares estratégicos, a la vista de las usuarias que acuden al hospital. Hoy, sin embargo, no se observa ningún afiche en la sala de recepción de urgencias, por ejemplo. Los profesionales entrevistados comentan que como Equipo intentaron realizar una estrategia informativa, sin embargo, fue cuestionada y restringida la cantidad de material que podían entregar:

*“Yo recuerdo, no sé, cuando recién estábamos como tratando de, de poder dialogar y de poder extender un poco la información, nosotros mandamos a hacer afiches, ¿no cierto? Como cuestiones de ese tipo, algunos trípticos, y nos comentaron en ese momento que teníamos una cantidad limitada de archivos que podíamos imprimir y entregar. No por una cuestión de la cantidad de papel disponible, sino porque **había que tener cuidado, así lo recuerdo, en que esto no se volviera una propaganda, ¿te fijas? Como informar sin que esto se volviera una propaganda, ¿no? Porque, probablemente, hay mucha gente aún que trabaja en los Servicios que piensa que esto es una cuestión no de Salud Pública, sino de valores. Cuando esto es una cuestión de salud. Más allá de lo que ellos quieran o no. Al final queda a decisión de cada quien qué es la propaganda. Y sabemos, por lo que conocemos, digamos, sabemos que informar es propagandear pa’ mucha gente. Y a propósito de eso, justamente, es que podíamos hacer una cantidad limitada de afiches, porque más afiches era incitar al aborto [se ríe] Hacer propaganda”.*** (Psicóloga, Hospital San José, 24 de enero 2022)

Emerge la convicción de que no basta con que la información se encuentre a través de canales digitales, instagram o páginas web, por el sesgo de clase y accesibilidad frente a discapacidades que pueden estar presentes en estas plataformas:

*“En general, la información es una cuestión de difícil acceso en este país, lamentablemente, ¿no cierto? Hay una cuestión que siempre **tiene que ver con la clase, que dificulta quien se informa y quién no. Más allá de que uno diga “bueno, está todo en internet”.** Es la respuesta que se da ahora. Sí, efectivamente está todo, pero el acceso ya no pasa por eso, ¿no? Tiene que ver con otras cosas, por ejemplo, **la radio o en la televisión que es donde adultos, adultos mayores tienen como el mayor acceso, en el fondo, no hay como una masificación de lo que es la ley IVE”.*** (Psicóloga, Hospital San José, 24 de enero 2022)

La información no debiera ser entregada solamente a las usuarias o a la población en general, sino también a los profesionales de salud. Entre las percepciones de los/as profesionales, impacta el que sienten que existe falta de información entre sus propios pares; incluso entre algunos/as entrevistados/as, al profundizar en aspectos clave de la ley, solo manejaban los titulares y no información suficiente para orientar de forma adecuada.

*“Puede ser que las usuarias tengan la información, muy importante, **pero ¿si los equipos tampoco saben? Que equipos hoy en día no sepan respecto al... no se tienen que saber la ley al revés y al derecho... Pero sí que... lo que tienen que saber”.*** (Psicóloga, Hospital San José, 11 de enero 2022)

Respecto a la entrega de información en los centros de salud de atención primaria, las/os matronas/es entrevistadas/os señalan que es muy escasa. Si bien hay iniciativas, éstas fueron llevadas adelante al entrar en vigencia la ley, y se limitaron a la estrategia desplegada por el Ministerio de Salud, (entrega de folletos y afiches); en ningún centro de salud –de entre los 4 entrevistados- han hecho alguna acción propia. Tres de las cuatro personas entrevistadas son actualmente encargadas del Programa de Salud de la Mujer, punto de referencia y enlace con la referente del Servicio de Salud Metropolitano Norte SSMN) y solo una de ellas señala haber recibido material desde el SSMN, mismo material de MINSAL. Dos personas entrevistadas afirmaron que iban a incorporar la tarea a la programación de este año, al percatarse que no existía ninguna iniciativa en línea informativa en el centro de atención primaria.

“[¿Y, propaganda aquí en el CESFAM, o sea, algún cartel, o algún informativo?]

*- Mira, yo me acuerdo cuando llegó esto, debió haber llegado un afiche más grande y debimos haberlo tenido pegado por ahí, pero **después ya no tuvimos más, y no hemos hecho más propaganda, la verdad.***

*[¿Y tú crees que sería necesario? porque también muchas mujeres no saben que existe las 3 causales] Sí po, puede ser que algunas no sepan, **sobre todo las que vienen llegando. Tenemos un alto número de inmigrantes, y que llegan hace una semana a Chile y ya vienen a la matrona; que llevan un mes en Chile y ya están viniendo acá. Entonces... sí, hace falta, no lo teníamos ni como pendiente”** (Matrona, Atención primaria, 27 de enero 2022)*

Emerge también la falta de convicción de las usuarias para exigir o solicitar el acceso a la causal, fruto también de la falta de información, que traduce, de alguna manera, la relación entre usuarias y personal de salud:

*“Todavía no, no, no se ha interiorizado, no se ha expandido mucha información, entonces la gente no cree que nosotros podemos, de alguna forma, encarrilarles, apoyarles, derivarles, no, es como falta de información, no llegan por eso, yo creo, porque no creo que no existan casos, hay muchos, **pero no nos llegan a la atención primaria, porque saben, a lo mejor tienen miedo de que uno vaya a ir en contra, porque no tienen conocimiento de que en verdad estarían bajo una ley, yo creo que es más desconocimiento de la gente, porque lo mismo pasaba con la píldora del día después pasaba lo mismo, en la farmacia compraban, y había mucha, mucha venta por debajo de la píldora, pero ahora, RECIÉN como que en este tiempo yo creo que la usuaria ya viene empoderada, [vienen a pedir] y vienen y piden, y saben que en este momento pueden estar con mil pacientes, pero ellas saben que [es prioridad], que le vamos a dar, pero ahora, pero antes igual, cuando partió y todo. Yo creo que en este caso es más como desconocimiento, porque conmigo, por lo menos, no han llegado”.** (Matrona, Atención primaria, 03 de marzo 2022)*

Desde la atención primaria, en varios dispositivos que fueron parte de esta investigación, se había pensado en una estrategia de información más allá de la folletería que distribuye el Ministerio de Salud a través del SSMN, sin embargo, ninguna tenía definido un plan con fechas para concretarse. Algunas de estas acciones tenían relación con incluir información IVE en la información entregada a adolescentes en espacio amigable, o en charlas de colegios. Se subraya aquí la necesidad de profundizar la entrega de información, debido a la experiencia con la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE) y cómo, el saber que existe, no es suficiente para que las personas la utilicen de

forma adecuada, y por lo tanto, efectiva. Mismo caso podría darse en la ley IVE en esta causal, que tiene un plazo acotado para poder acceder a un aborto por violación.

“Mira, no lo sé si habría espacio (para hacer una propaganda o difusión propia en el Cesfam) en el sentido de tiempo, porque estamos súper agobiados con el tiempo siempre; pero sí nosotros teníamos programado a partir de febrero, Educación de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes. Por lo menos, desde los 10 hasta los 19 años. Y lo teníamos programado qué sé yo, pero con el tema esto que se reactivó lo de la pandemia, lo suspendimos y se retomaría en marzo. Y una de las ideas que tenemos, es que de normalizarse entre comillas un poco este tema de la pandemia, ir a los colegios, y hacerlo en los colegios; y esa sería como una forma como de garantizar por lo menos, porque lo pensamos bien, que ellos vengan acá, a una educación, a una charla, es más difícil; pero ir a los colegios, están allá, no tienen como no acudir, y ahí promoverlo, ya sea una, es un buen lugar donde se puede promover, que está, que existe, que existe la alternativa. Nosotros siempre promovemos primero que usen anticonceptivo, pero sí, o sea, es como, por ejemplo, cuando salió la píldora del día después, mucho adolescente que no sabía mucho de qué se trataba, y venían mucho el día después que no les llegó la regla, o sea si no vas y explicas bien no sirve de nada tampoco”. (Matrona, Atención primaria, 27 de enero 2022)

Desde el Servicio de Salud Metropolitano Norte, consultados al respecto, la referente IVE afirma haber repartido material a las comunas, y que éste existe, sin embargo, en el trabajo de campo no se encontró ninguna información (ni afiches, ni volantes) disponibles ni en APS ni en el Hospital San José, solo una matrona contaba con volantes (guardados, que le costó encontrar en su box); la referente enfatiza que no se ha entregado material en otros espacios de importancia, como la oficina de la mujer en los municipios:

*“El material de alguna manera existe, se repartió a las comunas, pero lo más probable y lo que yo he podido observar, es que generalmente están en alguna sala de espera o en algunos carteles fuera de las salas de espera de la matrona o en el box de la matrona en general. Pero lo que yo he podido observar, lo mismo en la maternidad, pero, por ejemplo, **no sé si están esos materiales en la oficina de la mujer en la municipalidad, por ejemplo. Pudiese ser un buen lugar.** Porque no necesariamente está focalizado. Material hay, pero la distribución y el lugar donde está, yo creo que ahí uno pudiese hacer un poco más” (Matrona, Referente Servicio de Salud Metropolitano Norte, 25 de febrero 2022)*

En relación a la responsabilidad del Ministerio de Salud de informar a la población, se hace notar la ausencia de espacios informativos permanentes y orientados a las mujeres y población en general. No se cuenta con mayor información respecto al funcionamiento del fono gratuito “Salud Responde” más que un testimonio entregado por una ginecobstetra, que comenta el caso de una usuaria: primero acude al hospital, en informaciones le señalan que “aquí no se hacen abortos”, luego al llamar a Salud Responde es derivada a APS; en el cesfam le dan una cita con matrona para 3 meses después, buscando opciones finalmente llega a Equipo IVE luego de ir a un profesional de forma particular, y éste al preguntarle por su seguro de salud (fonasa) consigue por su cuenta comunicarse directamente con un colega en el Hospital, y de esa manera, llega al Equipo IVE. Esta trayectoria muestra la ruta de una usuaria que se encuentra con obstáculos en prácticamente todos los puntos donde debiera haber recibido información. Si Salud Responde simplemente deriva al

territorio en atención primaria, pero en éste no existe una información básica al ingreso de la usuaria, la ruta queda cerrada.

En cuanto al espacio que existe en la página web⁷ del Ministerio de Salud, contiene las normativas, orientaciones técnicas, y acceso a las cifras a través del tablero abierto DEIS, en la pestaña de atención ciudadana no cuenta con una bajada que permita a las usuarias saber cómo acceder de forma efectiva al equipo de salud que pueda atenderlas (solo contiene las direcciones y teléfonos de los hospitales), no cuenta con información sobre qué es considerado violencia sexual. Tampoco explica en forma simple y comprensible para cualquier persona cuáles son los pasos del proceso de atención, cómo se realiza un aborto. No existe información sobre qué hacer cuando se niega acceso a la causal o el/la profesional se declara objetor de conciencia. La página web ministerial funciona en términos de lo que *debe hacerse* (para un profesional de salud) y no de *cómo acceder* desde el punto de vista de una usuaria.

*“Claro, debiese haber también como una página web, que las pacientes puedan llamar, así como a un teléfono... Sería súper bueno. Y, claro, bueno, por suerte, los ginecólogos, como trabajamos siempre en muchas partes, siempre hay un conocido de un conocido. Pero tiene que ser **alguien muy resiliente para recibir todos esos portazos y seguir buscando y seguir buscando cuando su hospital o clínica les niega la atención**” (Ginecóloga, Hospital San José, 20 de enero 2022)*

En la figura 7, como punto de entrada se agregó a la Policía de investigaciones y Carabineros de Chile. No se encuentran en la Norma Técnica que restringe esta función a la Atención primaria y Salud Responde, sin embargo, se trata de espacios estratégicos. Los lugares donde se realiza una denuncia luego de una agresión (ya sea inmediata o diferida en el tiempo), no solo en razón de violencia sexual, sino por violencia intrafamiliar, en contexto de pareja o cualquier otra situación que involucre violencia de género, deberían ser puntos de entrada a la ley. Como se ha venido enfatizando, la violencia sexual puede ocurrir a niñas, adolescentes y mujeres de todas las edades y condiciones sociales, y es de especial dificultad, abrir el relato respecto a este tipo de agresiones. Una mujer podría manifestar violencia física, psicológica, económica, de parte de una pareja o ex pareja, sin llegar a relatar que ha sufrido (aunque sea altamente probable) violencia sexual. Una mujer podría no saber, aun, que se encuentra embarazada. Por esto, es de perogrullo, pensar que deben ser espacios informativos:

*“Y que claro, la información debiera estar presente en otros dispositivos, pero cuáles, o sea, porque... O sea, no, **mi experiencia con carabineros es que nada. La PDI pudiera, eventualmente, estar mucho más, comillas, mucho más entrenada, pero he sabido de muy cerca que, en la situación, no tienen herramientas. Niveles de rotación son altísimos, las capacitaciones son nada, cero, son muy, muy apegadas siempre al texto de lo que la ley dice, entonces, no, no. Ese no es un dispositivo, debiera, pero no lo es**”.* (Investigadora abogada, Centro DDHH UDP, 01 de febrero 2022)

⁷ [Página web MINSAL IVE / 3 causales, video](#)

Como señala investigadora en violencia sexual, hoy en día, estos dispositivos no son espacios donde se pueda entregar información. Una vez más, la falta de capacitación y herramientas hacen muy compleja una tarea tan básica como la disponibilidad de información a la ciudadanía.

“Pero al menos uno diría donde van a atender a mujeres fruto de violencia sexual, tener al menos a la mano el afiche aunque sea, digo yo, porque lo que pasa a una no se le pasa por la mente que, además, de haber sufrido una agresión sexual, eventualmente, podrías quedar embarazada ¿no? o sea, el hecho de que tu acompañante, si es que estás muy choqueada, por ejemplo, la persona que te acompañe vea esto o se le entregue un folletito para que esté atenta a que sí le va a llegar o no le va a llegar la menstruación, a que esto tiene un plazo” (Investigadora abogada, Centro DDHH UDP, 01 de febrero 2022)

En relación al Servicio Médico Legal, no se pudo recabar antecedentes sobre la entrega de información a usuarias. Baste señalar, que consultados sobre la posibilidad de realizar entrevistas con profesionales de la institución, se enfatizó que no tenían ningún papel que cumplir en el marco de la ley, que era tarea exclusiva de los hospitales. Al preguntar sobre entrega de información se abrió la puerta a conversar con profesionales de primera acogida, sin embargo, durante 4 meses no se dio respuesta para llegar a concretar las entrevistas.

Un tema que emerge en el discurso de distintos profesionales entrevistados, tiene relación con el punto 4 de la ley 21.030:

Incorpórase el siguiente artículo 119 quáter:

“Artículo 119 quáter. Queda estrictamente prohibida la publicidad sobre la oferta de centros, establecimientos o servicios, o de medios, prestaciones técnicas o procedimientos para la práctica de la interrupción del embarazo en las causales del inciso primero del artículo 119.

Lo anterior no obsta al cumplimiento de los deberes de información por parte del Estado ni a lo dispuesto en el párrafo 4º del título II de la ley N° 20.584.” (Ley 21.030, BCN)

La incorporación de este artículo ni siquiera fue polémica en su minuto. Durante la discusión parlamentaria fue presentada a último minuto, entre muchas otras indicaciones, y se aprobó sin ser discutida a fondo. Como se ha señalado en citas anteriores, se ha convertido en un gran obstáculo para que la población, en general, y en particular, las mujeres, puedan acceder a información. Las informantes comentan que –citando dicho artículo- en algunos cesfam del territorio se ha impedido la entrega de folletería o se ha limitado la cantidad (a 50 por ejemplo, que no alcanzan a durar un día); se cita en capacitaciones, de parte de profesionales objetores diciendo que no pueden hacer propaganda; se ha impedido la difusión de información a población en general, durante el gobierno anterior fue citado ante un organismo internacional de DDHH como fundamento para no entregar información sobre el estado de la ley 21.030 en Chile; fue citado también para negar la medida compensatoria en la demanda interpuesta por las mujeres que quedaron embarazadas producto de

la entrega de anticonceptivos orales defectuosos⁸, donde ellas solicitaban –entre otras cosas- que se disponibilizara la información sobre IVE; entre otros usos que se han hecho de este artículo.

*“Sí. Hay un artículo, también, que quedó puesto en la ley, que **en la práctica creo que complica el acceso a la información, el artículo 119 4. Lo que hace más grave ese artículo, es, claro, habla de publicidad, pero de información respecto a los procedimientos de aborto, y eso es muy muy muy grave, porque nosotras, por ejemplo, no podemos decir “esto es vital”, “hace un regio trabajo, y ocupa la última tecnología”, no podemos, también, hacer como información de transparencia activa diciendo “el aborto se hace de esta forma”, “se ocupan tales medicamentos”, sabemos que hay información disponible, pero, por ejemplo, en la Universidad de Chile, cuando se sacaron las famosas agendas, y la Federación de Estudiantes puso ahí la dosificación de los medicamentos, lo llevaron al Tribunal Constitucional y tuvieron que retirarlo, a propósito de este artículo”.** (Abogada, MILES Institución acreditada en acompañamiento, 09 de febrero 2022)*

La gran mayoría de profesionales de salud comprometidos con los derechos de las mujeres no cuentan con la argumentación para hacer frente a este artículo, quedando de manifiesto, que de no existir un compromiso de la jefatura del dispositivo de atención (ya sea en APS o en el nivel hospitalario) difícilmente podrán llevar adelante alguna estrategia informativa. Distinto es el caso de profesionales de la sociedad civil organizada y que trabajan en derechos sexuales y reproductivos, éstas si cuentan con la fundamentación jurídica y en sus capacitaciones a personal de salud ponen en conocimiento a los y las profesionales.

*“Obviando, el Tribunal Constitucional que tenemos que es un operador político y que funciona como una tercera sala del Congreso, **nosotras entregamos esa información, o sea, les decimos, a propósito de eso, de que bajo el marco de la ley sobre derechos y deberes de los y las pacientes, no hay ningún problema y más aún, que ellos son profesionales de la salud, o sea, lo hacen desde esa posición, no como activistas, no como personas individuales, lo hacen desde un espacio donde es deber entregar la mayor cantidad de información posible para que las personas puedan tomar decisiones informadas, porque ese es el espíritu de la ley de derechos y deberes de los y las pacientes”** (Abogada, MILES Institución acreditada en acompañamiento, 09 de febrero 2022)*

Desde las organizaciones de la sociedad civil, tanto las que están acreditadas para acompañar, como organizaciones que acompañan a mujeres fuera de las 3 causales, afirman que las mismas mujeres manifiestan sus dificultades para llegar a información sobre la causal.

*“**Nunca, en más de 5 años, ha llegado un correo –que es por donde nos llegan los casos a nosotras- a solicitar información de la ley, jamás. Teniendo entre 400 a 500 casos al año, siendo una agrupación chiquitita, nos llegan muchas solicitudes de información y acompañamiento, pero fuera de la ley, y hemos derivado varias IVE porque nosotras les planteamos que existe la ley y les contamos en qué consiste y cómo acceder, porque una pesquisa... y una le dice mira, esto existe, sino, no hubiera sido opción”.** (Acompañante, organización aborto fuera de la ley, 05 de abril 2022)*

*“Eh... sí, sí me llegan consultas sobre la Ley... son las menos la verdad, porque la gente directamente quiere información sobre cómo hacer el aborto con medicamentos, **creo que ni se plantean acceder a***

⁸ <https://www.elmostrador.cl/braga/2022/01/19/corporacion-miles-demandara-al-estado-por-rechazar-propuestas-de-reparacion-para-las-200-mujeres-embarazadas-por-la-entrega-de-anticonceptivos-defectuosos/>

la ley, pero sí me han llegado consultas sobre la Ley. Creo que... que este mismo artículo de la Ley que indica que no puede difundirse la Ley... es la que está como... haciendo que las mujeres no puedan acceder y es muy terrible la verdad, las chicas que han llegado la verdad, es que de verdad no saben nada, ni siquiera a dónde ir, cómo hacerlo, entonces creo que es una brecha que se está generando como desde la política pública con las mismas usuarias, yo creo que probablemente si hubiera conocimiento real... accederían muchas más. Porque también está el tema... es que en tercera causal se cree que, para acceder, tal vez, tiene que ser un incidente de violación con violencia, y no se considera también que el no consentimiento también puede estar dentro de la Ley. (Trabajadora social, APROFA Institución acreditada en acompañamiento, 04 de febrero 2022)

En el caso de las organizaciones acreditadas, realizan acciones de información diversas: información digital a través de sus canales de instagram, facebook, página web; una plataforma digital que cuenta con asistencia remota de una persona formada a cargo de manejar un chat confidencial. En este último caso, se entrevistó a la profesional detrás de “Matilda”, la asistente virtual de la plataforma Tienes Opciones de APROFA⁹, que también cuenta con difusión radial; además realizan talleres y charlas presenciales en centros comunitarios de diversa índole, así como capacitación a personal de salud:

***“Es necesario innovar también en cómo llegar a más mujeres o más personas y tenemos ahora tanto el ámbito clínico de atención con matronas, lo que es la orientación comunitaria, que estos son principalmente mujeres porque no han llegado hombres nomas, y que se forman como orientadoras comunitarias y ellas van al territorio a hacer, puede ser desde una atención domiciliaria hasta a una plaza para entregarte información y también tenemos desde hace dos años lo que es el... la página tienes opciones que es una página de internet con un chat gratuito que también se entrega esta mismo tipo de orientación”.* (Socióloga, APROFA Institución acreditada en acompañamiento, 02 de febrero 2022)**

Los resultados respecto a la información conducen a la lectura de una situación extremadamente grave en relación a la circulación del contenido de la ley de aborto en 3 causales. Tanto la usuaria entrevistada quien también apuntó, como flanco de mejora, a la disponibilidad de la información para todas las personas, como los y las profesionales de salud entrevistados/as, y las profesionales de otras instituciones u organizaciones son críticas al respecto. Al mismo tiempo se destaca la falta de acción a nivel central (MINSAL, SSMN) y la existencia del artículo 119 4 en la ley 21.030, que está socavando fuertemente el derecho a la información.

5.5.2 Sospecha: Obstáculos en la pesquisa y derivación

El punto de sospecha tiene como principal objetivo la acogida de las mujeres que solicitan información por encontrarse en situación de embarazo producto de una violación. La primera acción es de carácter informativo, tanto respecto a la ley como a la denuncia, manteniendo una actitud que brinde seguridad y un espacio adecuado para que la mujer pueda ser orientada de

⁹ <https://tienesopciones.cl/>

forma correcta y oportuna. Una segunda acción es la derivación asistida; para las instituciones contempladas 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 ésta debe realizarse en un plazo máximo de 24 horas.



Como se aprecia en la figura, a los espacios contemplados en la Norma técnica, se han añadido otros dos espacios clave -según lo que emerge en las entrevistas- que deberían también estar realizando esta tarea (la acogida y derivación de usuarias), estos son: el intersector y la red de protección de infancia y mujeres víctimas de violencia (Escuelas, Liceos, Centros de formación técnica, Universidades, Sename, Sernameg, CAVAS más todos los dispositivos asociados a las redes de protección), y ONGs y organizaciones feministas, que realizan una labor de acompañamiento a las mujeres víctimas de violencia y/o en situación de aborto.

En este capítulo se caracterizará el papel desarrollado por los diferentes dispositivos que hacen (o deberían hacer parte) de este paso en la ruta de acceso a la causal violación, pero antes, se sistematiza el perfil de mujeres que han accedido a la IVE, desde las diversas miradas de profesionales involucradas en la IVE, la pesquisa y expertas en violencia sexual. Esta entrada aportará en complejizar y dar cuenta de la importancia, los obstáculos y desafíos que presenta este paso en la ruta de acceso de las mujeres.

Usuaris que son derivadas en la red de salud del SSMN

A continuación, se sistematizan los perfiles señalados por los/as entrevistados/as, problematizando los aspectos que surgen de cada uno. Uno de los grupos que han accedido son mujeres migrantes:

“Mujeres en situación de migración que tienen una alta precariedad laboral y donde está esta idea de que, si habían sido violentadas sexualmente, habían sido violadas, está muy presente el relato de “yo estoy acá en Chile, estoy fuera de mi país, no tengo redes, nadie me va a creer” o “tengo que pensar que esto es sólo una mala experiencia”. Esos son otro grupo de mujeres, hay algunas

venezolanas que tienen historias particularmente complicadas en esta travesía o en esta... venida masiva a Chile: mujeres que, por ejemplo, tenían una ex pareja muy violenta que se quedó en Perú. Ella, por ejemplo, escapa de esta persona cruzando el desierto... Y en Chile se entera de que está embarazada. Viviendo en una situación de violencia que se mantuvo durante todo este proceso.”
(Ginecóloga, Hospital San José, 12 de enero 2022)

La precariedad económica y desprotección de una red de apoyo, son aspectos críticos que empujan a las mujeres migrantes a buscar ayuda por una causal violación con resultado de embarazo.

Un segundo grupo son niñas y adolescentes violadas en un contexto intrafamiliar de desprotección y violencia. Estos casos, de especial vulnerabilidad, no son materia de discusión de las matronas en atención primaria, ninguna derivó casos de ésta índole. Según profesionales del Hospital San José la mayoría es derivada desde tribunales o llega a través de Urgencias. Para estas usuarias es capital que exista una figura significativa, adulta, que vincule su situación con los canales de ayuda existente, no es de extrañar, entonces, que sean pesquisadas en esas instancias, pero sí, que la atención primaria, lamentablemente, no es el lugar –cercano, a la mano y resolutivo- donde las personas acuden a solicitar ayuda en el marco de la ley. Las dificultades de acceso de las menores de 18 años son evidentes: percibir el embarazo, comunicar la situación a alguien de confianza cuando se trata de un entorno donde existe vulneración, encontrar alguien que acoja su situación y la acompañe en su decisión, y que llegue en el plazo adecuado para entrar en la causal, es tan complejo, que no sorprende el bajo número de causales constituidas para menores de edad.

*“Si el acceso a ley IVE, que ya es restringido, depende del empoderamiento, el nivel de sensibilización que yo tenga con el tema o yo efectivamente haya decidido interrumpir el embarazo, independientemente de las resistencias que pueda encontrarme, en el caso de las adolescencias, es el caso **que tengan la suerte de encontrarse con algún adulto, adulta que pueda orientarse con el tema o que, por abc motivo, de alguna manera puedan entregar el relato en el momento oportuno e ideal que les permita acceder, o sea, que no se permita infantilizar a las adolescentes diciendo que no son capaces de decir lo que les pasa sino que en el fondo ellas puedan decirlo, pero otra cosa es que alguien te escuche y te colabore en llegar a la instancia que corresponda, además del plazo, que era la lucha eterna de la edad gestacional en el caso de las adolescentes. Si el embarazo, en general, de las adolescentes se da cuenta de manera tardía siempre por una cosa de la edad misma, por una cosa de las barreras de acceso, etcétera, etcétera, con mayor razón se requeriría ampliar el plazo”.*** (Experta atención social SSR niñez y adolescencia, 04 de marzo 2022)

Más allá de la disposición de la profesional para acoger la inquietud de la usuaria, existen otras trabas relacionadas con la idea de la maternidad, las que repercuten directamente en el abordaje de las niñas y adolescentes. La falta de formación sobre la violencia sexual y la maternidad adolescente hace que el escenario de atención esté saturado de estereotipos de género ligados a la maternidad, y estereotipos respecto a la voluntad de la usuaria de llevar adelante el embarazo, muchas veces pasando a llevar el espíritu de la ley al no recabar en profundidad el sentir de esa niña o adolescente, haciendo primar la visión de las figuras de apoyo o inclusive, la visión de la

propia profesional de salud. En la problematización que hacen las expertas en violencia sexual resalta la figura de la víctima ideal, de cierto estereotipo que las niñas y mujeres debieran cumplir para acercarse a lo que se piensa como una víctima, afectada emocionalmente, con claridad respecto a la agresión y a su decisión de abortar:

*“Suponen cosas y listo, me quedé con esta idea, y tiene que ver también un poco mucho, diría yo, con la idealización de la maternidad porque en el fondo es lo que el profesional, la profesional ve, es una adolescente TIERNA, porque así tal cual lo he escuchado, y con un apoyo familiar, una adolescente tierna, **está feliz, sonríe, tiene un pololo con un apoyo familiar, por ejemplo, o al revés, una adolescente muy poco empoderada, muy silenciosa y que su madre o un familiar habla por ella**, pero no estamos seguros realmente que ese familiar representa necesariamente lo que la adolescente quiera decir. Me ha tocado escuchar relatos de profesionales de distintos ámbitos con comentarios como, “me tocó atender a una adolescente embarazada pero **se NOTABA que quería quedarse con la guaguaita**” y ese profesional, esa profesional, desde mi punto de vista, del punto de visto ético, e incluso del cumplimiento de la normativa vigente **DEBIESE haber ahondado, por ejemplo, en algunos aspectos que podrían llegar a ser sensibles respecto al tema de la ley y de darse cuenta que están dentro de esos criterios, por así decirlo, INFORMARLE, cierto, a esta adolescente que existe esta ley** y que eventualmente puede conversar con algún profesional, si es que no tiene la información, que pudiera entregársela, etcétera, pero ESA barrera no se pasa. Eso yo he visto, creo que al igual que en otro tipo de atenciones, sobre todo en salud sexual y reproductiva, todo lo que tiene que ver con las mujeres, disidencias, cuerpos gestantes, etcétera, que en el fondo se **asumen cosas sin preguntar, cierto, por temor a involucrarse en temas que pueden llegar a ser sensibles al interior de los equipos más que dedicarse, probablemente, a lo que es el cumplimiento de la normativa** para el beneficio directo para las mujeres, en el fondo es como “**no le pregunté porque tampoco me preguntó**” (Experta atención social SSR niñez y adolescencia, 04 de marzo 2022)*

*“Ella estaba feliz con la guaguaita, y en la medida en que la niña, comillas, **está feliz, entonces, eso borra de la cabeza del profesional la violación**. Entonces, hay como una suerte ¿no es cierto? de que el embarazo sublima, que creo que nosotros lo dijimos también en esta investigación que hicimos hace mucho tiempo, que como que suerte, como que sublima la violación, y, por lo tanto, la pregunta es, por qué no están, ¿dónde están las niñas en la ley IVE? No están, no están” (Abogada, Investigadora en violencia sexual y aborto, 01 febrero 2022)*

Los obstáculos en la ruta de atención y el acceso de las niñas a la causal violación muestran que el empoderamiento y conocimiento de los funcionarios públicos sobre la IVE y sobre el manejo de los casos es clave para pesquisar y hacer valer la voluntad de la niña o adolescente; tiene que ver con el reconocimiento de la violencia sexual, del respeto a la decisión y el manejo de los tiempos, que impidan que la niña sea coaccionada o manipulada a torcer su voluntad.

*“Uno de los primeros casos es el de una niña que llega a salud por una cistitis, supuestamente, o un dolor de guata, con la abuela. Y, cuando le hacen el examen advierten que ella tiene además una infección de transmisión sexual; y, por lo tanto, inmediatamente, colocan a la abuela al lado, era una menor de 14, y empiezan a interrogar a la abuela, y la abuela dice “no, nada”, y la niña finalmente señala que es un yerno, o sea, una suerte de tío que vive en la misma casa. El equipo interviene y **la niña desea interrumpir; creo que era una niña de 12, desea interrumpir. Sin embargo, la abuela que niega saber qué es lo que ha pasado, la abuela insiste, rechaza la idea del aborto; entonces, la decisión la tiene que tomar el tribunal**. El caso es remitido a un tribunal de familia, y ahí se produce una gran pelotudez, y por eso este caso fue materia de discusión. La abuela se opone, el tribunal de familia, en vez de inmediatamente resolver cita a una audiencia, ponle tú, el caso había llegado, por*

*decirlo, el 15 de diciembre, y cita a audiencia el 2 de enero; y cuando llega ya la niña con la abuela, la niña ya ha cambiado de opinión. Entonces, ante el tribunal de familia la niña dice “yo me quiero quedar”, ahora, se imputó, porque la niña identifica al sujeto, y en el proceso posterior, ya con iniciado el proceso judicial en contra del sujeto, la niña, luego, entrevistada por la unidad de víctimas y testigos, termina señalando que no solamente este sujeto abusaba sexualmente de ella, sino que otro también, y esto lo dicen muchas fiscales que han trabajado en delitos sexuales, que las niñas algunas veces son facilitadas a otras personas, como una suerte de intercambio por bienes materiales, por mantención, que para ellos como fiscales es súper fuerte, **porque el entorno familiar está súper comprometido y consciente, y perfectamente es posible que en ese contexto nadie quiera acercarse al sistema**” (Abogada, Investigadora en violencia sexual y aborto, 01 febrero 2022)*

La ruralidad es otro eje que aparece también en los relatos del Equipo IVE. Incluso llegaron a pensar que había una derivación importante en número de casos desde esas comunas, sin embargo, al revisar las cifras lo que queda patente es que no era mayor que la zona urbana, sino que los casos enviados tenían una cuota de dificultad mayor, por lo que, quedaron más fuertemente en la retina de los profesionales del Equipo. Tomaron la determinación de solicitar al SSMN que coordine una reunión con la comuna de Til-til, para conversar respecto a los casos, también porque aparecía la figura de una médica objetora de conciencia (practicante de una religión) que estaba obstaculizando la derivación oportuna de los casos pesquisados.

*“Se empezó a explicitar una situación que pareció bastante complicada, particularmente porque el área norte de Santiago tiene un área que tiene un componente rural que no es menor, que es Colina, Lampa, Batuco, Til Til... empezamos a ver una situación que se repetía, que era **embarazos adolescentes producto de relaciones incestuosas en este contexto, en el contexto de ruralidad**. Y, fue bastante chocante porque los relatos son bastante explícitos y gráficos de un problema de violencia importante con, sobre todo, con las adolescentes, con alta violencia intrafamiliar. A mí me parece que el contexto, sobre todo de adolescencia, niñez, adolescencia... ese contexto de violencia que... no es que no haya en la parte más urbana, pero como que nos empezó a llamar la atención que se repetía mucho Til Til, Colina”, (Ginecóloga, Hospital San José, 12 de enero 2022)*

Un tercer grupo de usuarias, son mujeres mayores de 18 años, víctimas de violencia sexual en un contexto recreativo bajo el consumo de sustancias (alcohol o drogas).

*“Claro, a mí, 2 que han llegado por la puerta, “señorita, por favor”, porque ya las conozco de años, era porque fueron a una fiesta y les dieron algo, y ya después no se acuerdan más, y saben que después se dieron cuenta que estaban embarazadas, y las 2 así, pero las 2 en períodos distintos, son totalmente personas lejanas, y un grado de conmoción y angustia que tenían. Angustia, y que su familia lo supiera, que estaban muy muy muy, y con otros hijos y que tenían más hijos, tampoco en niñas como de 15 años ni 18. Una tendría, las 2 yo creo más de treinta y tantos. Y yo creo que fue así, que fue así efectivamente. Que fueron a un lugar, les dieron algo para tomar y que se embarazaron. Y por último si no hubiera sido así, o sea, **no tengo por qué ponerlo en duda. Por último, si no era así, son mujeres adultas, que toman la decisión y me vienen a pedir ayuda. Entonces, está la opción y si se puede tomar, que la tomen**”. (Matrona, Atención primaria, 27 de enero 2022)*

En estos casos, incluso puede ocurrir que la mujer no sea consciente de que se trata de una violación. Se evidencia una falta de conocimiento sobre el consentimiento, y, por ende, la percepción de la usuaria de que será juzgada y que no entra en la tercera causal de la ley de aborto.

“Y también otra persona que vino por causal uno [riesgo de vida de la mujer] porque ella se quería matar producto de que estaba embarazada y en el relato cuenta que ella estaba bajo los efectos del alcohol. Y ella no entendía que producto de estar bajo los efectos del alcohol... era violación.

[¿Y logró hacer el camino para...?]

Logró, sí. Conversando con ella, explicándole qué era una violación. Ahí como que hizo click: “me violaron”, dijo, así. Ahí se puso a llorar, pero... terriblemente. O sea, ahí entendió y le hizo click que eso era producto de la violación.

[¿Y logró constituir? ¿Estaba dentro del plazo?]

De la semana, sí. Pero fue heavy para ella darse cuenta que la habían violado. Ella pensó “claro, yo, loca, con alcohol...quizás con quién me metí ...y producto de mi locura estoy embarazada”. Y realmente se dio cuenta que ella no tenía la culpa... y tampoco hubiera podido abortar por causal 1, porque no considera salud mental” (Trabajadora social, Hospital San José, 06 de enero 2022)

También se percibe un aumento, de parte del Equipo IVE, durante el año 2020 y 2021, de usuarias violentadas en contexto intrafamiliar, probablemente ligado a la situación de confinamiento que mantuvo a toda la población en cuarentena durante largos períodos de tiempo.

“La mayoría de estas mujeres tampoco accedieron a una profilaxis post relación sexual, ni una PAE, porque si es una situación cotidiana, al interior de tu vínculo familiar... no vas todo el tiempo a hacer una. Creo que hay vacíos que son relevantes a pensar. Como las experiencias son tan variadas... y efectivamente, una cosa es la dificultad de información y otra es la consideración de lo que cuesta poder acercarse. Cuando sabemos, además, que es cierto que no siempre es bien recibido. Entonces, imagínate, una mujer que le cuesta acercarse, narrar lo que le pasó, pa’ que además la juzguen, le hagan sentir muchas veces que es culpa de ella. Pienso que el 2020... efectivamente la pandemia sacó a la luz algo muy evidente, que no existe el viejo del saco, que los abusos ocurren intrafamiliarmente. O en las relaciones de pareja. Lo vemos hartito, en general está súper, la idea, el imaginario social de la causal tres tiene que ver con una cuestión contingente, como con una violación que ocurrió en un momento, en la calle, como ...el imaginario social de las violaciones, ¿no? Pero, claro, lo que uno ve acá es que efectivamente la causal tres... lo más sostenido, lo que más se ve son relaciones de pareja violentas, ¿no? Donde hay abuso sexual, donde hay abuso emocional, económico, todo. Por eso también te decía antes esto de que una violación abre y se enmarca en muchas otras problemáticas” (Psicóloga, Hospital San José, 24 de enero 2022)”. (Psicóloga, Hospital San José, 24 de enero 2022)

Cuando la violencia sexual es parte del día a día de una mujer, sobretodo en un contexto, intramarital o de violencia de pareja la usuaria ingresa, por lo general, a través de Urgencias o de atención primaria. Se trata de las situaciones más comunes, más recurrentes, y al mismo tiempo, las menos visibilizadas. Muchas usuarias siguen creyendo que existe el débito conyugal, el deber de mantener relaciones sexuales en un contexto de compromiso afectivo. Para ellas, así como las demás usuarias, se mezclan en sus relatos sentimientos profundos de culpa, si es que logran darse cuenta y dar el paso para reconocer que han vivido violencia sexual. Como se ha venido relevando,

es crucial que el personal de salud pueda implicarse e indagar en estas situaciones para posibilitar el acceso a la causal. El uso del plural en esta cita es muy significativo:

*“Uno no utiliza la palabra “violación” en la anamnesis. Las usuarias no lo relatan así tampoco. Como... sobre todo, en este contexto que fue por su pareja, no, no me lo relató como que fue una violación. Yo tuve un caso y lo pude derivar al San José. Yo, obviamente, después, generándole más preguntas a la entrevista... es que **llegamos a la conclusión de que así fue**. Ella no me lo relató como que fue una violación, sino que ella quedó embarazada, me dijo, pero **ella no quería** quedar embarazada. Yo le fui preguntando “ah, pero, a ver, usted no quería quedar embarazada, entonces...” Y ahí ella como que después eran preguntas muy... cerradas. Me decía “sí”, “no”, “sí”, “no”, porque estaba conmocionada. A través de muchas preguntas es como que **llegamos a la conclusión**. Y que el camino que ella quería, era abortar” (Matrona, Atención primaria, 03 de febrero 2022)*

Un paso previo al poder hablar, es reconocer que se ha vivido violencia sexual. Como se venía afirmando a lo largo del análisis, esto no es simple. Al estereotipo de un perpetrador desconocido en un sitio eriaz, se suma la normalización y naturalización de la violencia de género; y de que la víctima debe siempre oponer resistencia física. La noción de consentimiento sexual es una de las claves que, sin haberla integrado, es prácticamente imposible reconocer que se está frente a una situación de violencia sexual, reconocer bajo qué condiciones se puede o no dar un consentimiento.

*“Hay lo que uno podría llamar la **falta de conciencia en el sentido de darle nombre a una vivencia, que nosotros como mujeres podemos tener, experimentar, pero que no la queremos necesariamente nombrar de una manera determinada**. En la medida que no la nombremos o no la entendamos como tal, es difícil transmitirla como algo que se vive y que la otra persona, sea quien sea, **pero en este caso hipotético de salud, también lo entienda como una forma de violencia**. Una jueza me comentaba hace un tiempo atrás, la señora del aseo en el tribunal le señalaba que su marido tenía problemas para eyacular, entonces, ella tenía que masturbarlo por mucho rato o ella tenía que hacer ciertas cosas, y ella le preguntó a la magistrada **si eso estaba bien**. Entonces, **cuando una mujer siente que algo le incomoda, siente que ella puede estar por mucho rato teniendo que vivir, tener que satisfacer al otro, donde ella, además, siente que está siendo obligada, ella no logra, o sea, solo ahí se logra preguntar si acaso eso que ella vive es normal o no**. Por otro lado, uno piensa también, y le doy mucha vuelta a esto, cuando uno tiene que leer fallos, es esta sensación de **dónde está el cruce con el consentimiento**. Cuando esa noción de rechazo es entendida por el otro como un rechazo, y suponiendo que se accede, eventualmente, si se convierte o no en una suerte de consentimiento viciado; ya sea por coacción, por vergüenza, y si eso, yo a eso le puedo llamar violencia o no. Está **la idea de violencia mucho más marcada, creo yo, hacia formas de violencia física, formas de violencia psicológica, pero muy invisible y no se la proyecta hacia el ámbito de la violencia sexual**”. (Abogada, Investigadora en violencia sexual y aborto, 01 febrero 2022).*

La falta de conocimiento sobre violencia sexual alcanza a las usuarias, pero también al personal de salud, que es clave en la constitución de la causal como se relata en la situación de la usuaria que acude por intento suicida, donde el Equipo IVE es quien identifica la situación de violencia sexual. Para este grupo, en el Hospital estudiado no ha habido problemas de acceso, sin embargo, se señala que en otros dispositivos sí es motivo de cuestionamiento, debido a la idea de la ley de que exista coincidencia o concurrencia entre edad gestacional y fecha de la agresión.

*“Tengo algunos casos recogidos que ha sucedido, que no constituye causal, porque la persona da una cierta fecha y al hacer ecografía no era la fecha, pero, claro, el perpetrador era su pololo, su pareja habitual ¿no? y ella da una fecha pensando en que en x días sí había quedado embarazada y en realidad fue anterior y todavía entraba en la causal, pero como era otra fecha no constituye. Por lo mismo, podría pasar en mujeres, digamos, en relaciones, claro, el pololo, la pareja, el marido ¿cuándo fue? no sé, porque está pensada muchas veces, esta idea del ataque sexual no dentro de relaciones estables. [Claro, como algo excepcional] **Como que es el evento. No de la reiteración**”.*
(Abogada, Investigadora en violencia sexual y aborto, 01 febrero 2022)

La ruta de acceso comprende distintos puntos de entrada, a continuación, revisaremos el lugar de Atención Primaria, Urgencias y lo que se reporta desde las ONGs y organizaciones que acompañan abortos fuera de la ley.

Atención Primaria: estereotipos sobre violencia sexual y embarazo

Para tener una visión más profunda de las opiniones y dificultades que enfrenta la atención primaria se recogió la percepción y experiencia de 4 matronas/es de diversos dispositivos de atención, 3 de ellas/os estaban a cargo del Programa de salud de la mujer, que implica a su vez, ser referentes IVE de los CESFAM. En este apartado se da cuenta del rol de la atención primaria, desde la visión de las entrevistadas.

Una primera labor clave es la acogida de las usuarias que llegan solicitando información debido a cursar un embarazo producto de violencia sexual. La actitud con que se recibe la comunicación de la mujer, niña o adolescente, es fundamental para entablar una comunicación que permita a la persona expresar su necesidad. En palabras de las matronas entrevistadas para este estudio, hay conciencia respecto a la importancia de generar un espacio de contención positivo, donde se pueda señalar que existe la opción de un aborto legal. Solo dos de las 4 personas entrevistadas han derivado casos de 3ª causal al Hospital San José, para ambas profesionales la experiencia de atención (recepción y proceso de atención) en ese dispositivo fue positiva y oportuna, y han podido transmitir esa seguridad a las usuarias que han debido derivar:

*“Claro, y aquí es donde se le informa que **está la opción, que el ingreso es súper expedito, que no hay mayor cuestionamiento**. Yo generalmente les digo eso. Porque si les empezara a decir, sí, es que va a ir allá, va a haber un comité, te van a entrevistar, te van a poner bajo unos focos, también con eso es atemorizarla, y quizás eso sería fomentar que ellas buscaran otro tipo de ayuda, con el riesgo que eso significa. Entonces, siempre hacerlas sentir que está esa posibilidad, **que es factible, que le dan todas las facilidades, y que la van a recibir; y porque también ha sido así, si tampoco es que le esté inventando, así ha sido la experiencia**”.* (Matrona, Atención primaria, 27 de enero 2022)

Un segundo punto relevante en la atención a usuarias que podrían acogerse a la IVE, luego de la recepción y acogida, es la apertura de la usuaria a tomar conciencia de que su situación se enmarca dentro de la violencia sexual. Muchas usuarias, niñas o adolescentes, y también mayores de 18

años, así como profesionales de salud, mantienen el estereotipo de que la violación ocurre fuera de los hogares, es perpetrada por un desconocido y la víctima debe oponer resistencia. Esta idea configura un escenario donde la mayoría de las situaciones habituales en las que se enmarca la violencia sexual quedan fuera, aunque se vivan en primera persona, lo que complejiza la demanda de atención en el nivel primario. Desde los demás actores (Equipo IVE y profesionales expertas) se señala que es impensable que las usuarias acudan a solicitar una derivación por 3ª causal, salvo casos muy excepcionales (en general, menores de 18 años, o delitos de flagrancia)

*“Creo que **muchas veces se desconoce la posibilidad, no se sabe que se puede acceder a una interrupción por violación, muchas veces también creo que piensan que no es una violación, por ejemplo, estos casos que hay alcohol de por medio, o en realidad yo si consentí, pero después me arrepentí. Puede que crean que no constituye una violación y que tampoco lleguen a consultar, o por verse involucradas en algo judicial, por ejemplo, a las extranjeras les complica mucho verse implicadas en temas judiciales, o sea no les conviene para el tema laboral, pienso que puedan preferir hacerlo de forma como fuera del hospital”.** (Ginecóloga, Hospital San José, 03 de enero 2022)*

Como señala una profesional del intersector, la pesquisa de esta situación debiera desembocar en la implicación del personal en las situaciones que viven las usuarias, de tal manera que, juntas, usuaria y profesional, puedan arribar a una conclusión que permita detectar la violencia sexual y entregar a la mujer la posibilidad de decidir respecto al embarazo. Durante el transcurso de las entrevistas, en la mayoría de las profesionales de salud, existía la clara intención de hacer cumplir la ley. Sin embargo, al indagar en cómo ellas abren la conversación sobre eventual violencia sexual, no existía la apertura a ese diálogo con la usuaria.

Una de las tensiones presentes es el detalle de información que se entrega, pues el proceso en sí de la confirmación de la causal, puede significar la activación de temores en las usuarias, en particular, lo que concierne a la denuncia, que muchas veces complejiza el escenario para la usuaria y su entorno, ya sea por temas migratorios, o porque el agresor es parte del círculo familiar, incluso el sostén económico del grupo. Comenta una matrona respecto a una derivación que realizó:

*“Ella tenía temor a la denuncia. Sí, totalmente. Totalmente, porque ella no tenía conocimiento previo de la ley, **su escolaridad no era completa... al tiro, uno se da cuenta de que educación sexual tampoco es que ella tuviese. Cuando le relaté que ella podía denunciar el hecho, que esto podía pasar a tribunales, ahí es cuando... como que empezó a cambiar su relato. Que ya no quería. Probablemente hubo manipulación de por medio, precisamente quizás por un tema judicial. A mí ella me comentaba que tenía miedo que algo le pasara a su pareja porque se iba a quedar sola con los hijos y no iba a saber qué hacer. Porque ella no tenía independencia económica. Logró comprender que la denuncia dependía de ella al final, sí, pero le daba miedo llegar al hospital y que algo hicieran con su pareja. Ahí es donde le daba miedo. Conmigo no tenía ese rechazo. Pero al hospital, ya como una entidad quizás mayor, claro, ahí es donde ella no quería acceder. Al principio no quería, incluso faltó a una primera cita, y al final cuando se animó, llegó justo, justo, a las 12 semanas”.** (Matrona, Atención primaria, 03 de febrero 2022)*

En el período de vigencia de la ley hasta la fecha, no existen casos en el Hospital San José de mujeres que hayan constituido causal, es decir, cumplan con los requisitos de acceso, y rehusen realizar el aborto. Es decir, el temor a la denuncia, no inhibe a las usuarias de terminar el embarazo de forma legal a través de la IVE, en este Hospital. Sin embargo, se desconoce cuántas mujeres y sobretodo niñas no llegan al nivel secundario debido a no querer, ellas, su familia o tutores, realizar una denuncia legal sobre la violación.

*“Escuché de una familia de San Antonio... que la niña había sido violada por el hijo de un narco. Querían interrumpir el embarazo. **Siendo una menor de edad, existía obligatoriedad de denuncia. Y ellas decían que, si ellas hacían la denuncia, les quemaban las casa, les mataban a los familiares.** Y bueno, les dijeron que podían poner medidas de protección. Ellas dijeron que... no creían en eso. Eso es una cosa. Y también me acuerdo de algún caso de una mujer, no, de una adolescente, que había sido violentada sexualmente por alguien muy cercano del entorno familiar. Y **que la denuncia ponía el problema... esto de que la familia no quería hacer la denuncia porque esta persona cercana al entorno familiar podía verse involucrada, eventualmente eso también es una barrera de acceso. Sí, de todas maneras**”. (Ginecobstetra equipo IVE, Hospital San José, 03 enero 2022)*

La familia o los adultos de referencia cumplen un rol clave en el caso de niñas o adolescentes. Desde las profesionales de atención primaria este rol es de cuidado, de pesquisa y contención. Sin embargo, desde profesionales expertas en violencia sexual y del intersector, además del Equipo IVE la imagen de la familia tiene múltiples facetas: puede existir –y en los casos del Hospital San José la mayoría es así- al menos una persona que pueda apoyar y sostener el proceso de la niña vulnerada, pero también se problematiza el caso contrario, donde no existe una red de apoyo. Estos son los casos menos numerosos, y al mismo tiempo, se piensa que pueden ser los más frecuentes:

*“Cuando hay conocimiento y facilitación de esa misma situación de violencia, que se perpetúa además en el tiempo, es muy complejo pensar que esa misma red, que finalmente no es una red de apoyo. Es todo lo contrario. Va de alguna manera facilitar que se desmantele la red ¿no? que quede expuesta toda esa red de maltrato, de abuso contra la menor. Y, por eso yo creo que es como, en tratar de entender, con las niñas, particularmente, es complejo; y con las adolescentes, a mí me gustó este imaginario de si te quedaste embarazada responsabilízate por lo que te pasó, porque culpa tuya nomás es, y eso aparece también en estas otras, estas otras reflexiones que hacían algunas de las matronas, diciendo, “bueno, le pasa por ser suelta”, “le pasa por...”. **De alguna manera hay un discurso del castigo, y, por lo tanto, asumir la maternidad, es asumir la responsabilidad por no haberte cuidado**” (Abogada, Investigadora en violencia sexual y aborto, 01 febrero 2022)*

Otra tensión relevante tiene relación con cómo se concibe la atención primaria y el sistema de salud en general, en relación a la maternidad. Ya se ha dado cuenta de cómo los símbolos y los nombres de los espacios significan y enfatizan representaciones sociales, como decir Maternidad (al espacio de atención de ginecología y obstetricia). En atención primaria, el espacio para una mujer gestante está concebido para llevar a término de ese embarazo.

“Cuando la paciente llega acá, ella ya llega a hacerse su ingreso de embarazo, generalmente es porque ella decidió no abortar. Es para controlar el embarazo. Y en el sistema público, en todos los consultorios públicos, en general es así. Son pocas las pacientes, nunca me ha tocado que una paciente llegue a hacerse el ingreso, y que por más que esté sufriendo, y por más que no deseaba este embarazo, es porque ya se va a hacer el control. Entonces ya aceptó. Aceptó y asimiló su embarazo. Y, generalmente, llegan acá como desde las 8 semanas de embarazo para arriba. Como, generalmente, las 8 semanas”. (Matrona, Atención primaria, 27 de enero 2022)

Las usuarias que buscan acceder a una IVE en el primer nivel de atención no ingresan entonces como embarazadas, pues en ese espacio no existe el imaginario que comprenda al aborto. En los relatos de las matronas entrevistadas la vía escogida por las usuarias es solicitar una consulta directa con matrona, que de alguna manera, se manifiesta como una situación urgente. En algunos dispositivos es posible acercarse directamente a las profesionales, en otros hay sistemas de triage para comunicarse con ellas. Esto implica que la usuaria debe saber de antemano cuál es su situación y la decisión que la compele a buscar ayuda; esto muestra lo crítico que es la indagación de las profesionales cuando hacen un ingreso de embarazo:

“Las que me han llegado han sido en otras instancias, han venido por consulta matrona, porque me piden hablar, han sido, por ejemplo, 2 que estoy recordando, que me conocían de años, vienen a hablarme así, sin hora, que tienen tal problema, y que yo las mandé, las derivé al San José. Y, generalmente así, consultas espontáneas, son porque están con angustias en el momento, entonces, vienen a contar su situación y uno no les puede dar hora para unas semanas más”. (Matrona, Atención primaria, 26 de enero 2022)

Es contraproducente lo que sucede en atención primaria, porque según los datos entregados por las matronas, la atención siempre disponible y con mayores tiempos asignados por rendimiento, es la atención de ingreso a control de embarazo. La dificultad es que las usuarias, y a veces también las profesionales de matronería, no lo conciben como un espacio para un embarazo que no va a llegar a término. Algunas matronas ven el control de ingreso de embarazo como una oportunidad en la pesquisa, pues en este contexto se aplica la Pauta EPsA que contiene elementos psicosociales como la deseabilidad de la mujer respecto de la gestación y si está viviendo violencia. No obstante, la aplicación depende de cómo la profesional la efectúe, como cuestionario cerrado o a modo de indagación; incluyendo también otras preguntas que permitan profundizar en el consentimiento sexual y el uso de anticonceptivos, por ejemplo.

“Después del uso de anticonceptivos viene el tema de ya, pero, este embarazo es producto de que quería tener actividad sexual con su pareja o tenía como actividad sexual consentida o la obligaron a tener actividad sexual sin algún método de protección. Y ninguna me ha respondido que no, si en verdad fue que me obligaron a tener actividad sexual [Y este tipo de preguntas que tú me estás comentando, consentimiento, actividad sexual... ¿son parte de la pauta?] No, no están dentro de la pauta. Dentro de la pauta es el tema de si ha pensado en interrumpir la gestación. Y viene el tema de la violencia de género”. (Matrona, Atención primaria, 26 de enero 2022)

Es clave en este contexto –tanto sí se utiliza el primer control gestacional en APS para pesquisa de IVE causal violación, como sí la usuaria llega directamente a la matrona por ginecología o consulta

espontánea- la relación de los/as matrones/as con los funcionarios administrativos, en particular de SOME, ya que en éste espacio, puede bloquear o permitir esa entrada. Se trata de espacios donde difícilmente una usuaria va a relatar el motivo de fondo de su búsqueda de ayuda, solamente que se encuentra embarazada.

“El SOME toma las horas, pero basta con que una usuaria relate que tiene un test de embarazo positivo y le dan una hora para ingreso prenatal. No es necesario que las pacientes le cuenten a la administrativa del SOME por lo que está pasando... que ella no acepta su embarazo o qué es lo que le pasó. No. Pero, alguien... uno se podría imaginar que una usuaria no va a hacer ingreso prenatal porque piensa que va a interrumpir. O sea, podría no pensar que puede tener disponibles esas horas, ¿no? Porque no le va a dar continuidad a ese embarazo, cómo va a ir a hacer un ingreso. Pero, por ejemplo, si ella tampoco lo quiere relatar al SOME, generalmente a uno la buscan. Uno se lleva... hay mucha conexión con SOME. Entonces, si la usuaria no lo quiere decir “no, es que prefiero hablar con la matrona”. Ahí es donde entramos nosotros como en el rol, como de triage, que del SOME nos consultan “hay una usuaria que quiere hablar con usted”. No es necesario que revelen más información y ahí después hablan con una”. (Matrona, Atención primaria, 03 de febrero 2022)

Todas las personas entrevistadas señalan que sí cumplen con los requerimiento de la ley, aunque en la entrevista se percibe que algunas de ellas no la manejan a cabalidad. Al mismo tiempo señalan que otras colegas puede que no sigan los lineamientos. Esta forma de abordar la atención de salud, aceptando que finalmente la atención queda a criterio de la persona que atiende a cada usuaria, es compartida por las 4 matronas de atención primaria que fueron entrevistadas. Las deficiencias en la atención pueden tener múltiples causas, desde falta de formación y capacitación, a diferencias morales/valóricas o religiosas en relación a la IVE. Uno de los puntos que se releva desde otros profesionales que han compartido espacios con funcionarias de salud es la dificultad de hacerse cargo de una atención que no es meramente clínica, sino que intervienen habilidades y tiempos que son de otra complejidad, para los cuales no tienen competencias, pero tampoco motivación, ni obligación para incorporarlas en el quehacer diario. Emerge desde otros profesionales, en particular, desde quienes investigan la respuesta del sistema de salud frente a la violencia sexual, la idea de que debe existir un cuestionamiento y un seguimiento a estas conductas de desidia, de no hacer el trabajo de manera adecuada o completa, que incide en sobrecarga de otros profesionales y la desatención de las necesidades de las mujeres:

“Entonces, nadie sabe de quién como literalmente “esta pega no es mía”, este cacho, además, este cacho no es mío. Uno de los problemas que uno advierte con los personales de salud, es que sienten que cada vez que tienen que abrir la compuerta a cualquier cosa que suene a judicial, para ellos es un cacho. Es pérdida de tiempo, de horas, de estar sentado en tribunales, de la citación, y, por lo tanto, le quitan, le hacen el quite a tener que enfrentarse a una situación. Debiera indagarse de alguna manera”. (Investigadora abogada, Centro DDHH UDP, 01 de febrero 2022)

Entonces, ¿cómo llegan las usuarias derivadas a la atención especializada? Una vez más aparece con fuerza la imagen de profesionales excepcionales, comprometidos con los derechos de las

mujeres, y no un compromiso transversal en la atención primaria con el rol que les compete en la ley IVE:

*“En general son las matronas las que realizan la acogida de esto en los CESFAM, hay chicas que están muy preocupadas y muy atentas que esto se cumpla y que se les pueda ofrecer, **imagínate en lo que estamos, en que se les pueda ofrecer la posibilidad a las pacientes. Porque a veces no se les ofrece.** Pero, sí, hay harta gente en distintos CESFAM que está trabajando en esto como bien entusiastas. Y, en el fondo, sacan adelante que exista la posibilidad que se conozca la ley, que las pacientes lleguen efectivamente acá, hacen derivaciones más particularizadas, no sólo le dicen a la paciente que venga, sino que nos informan a nosotros” (Psicóloga, Hospital San José, 24 de enero 2022)*

Varios de los profesionales consultados son conscientes de las dificultades. Ven como barrera principal en la atención los propios prejuicios del personal de salud. Una de las entrevistadas remarca que no se ha empoderado a la atención primaria en el rol de acogida y pesquisa:

*“O sea, (refiriéndose a esos profesionales) que no me he leído la ley, o sea, en el fondo, si no me he leído la ley es porque no me la quiero leer tampoco, porque me produce un conflicto personal o el tema en sí mismo me complica o supe de alguna profesional que hablando de este tema fue estigmatizada, entonces prefiero no estar dentro de ese mismo saco, digamos (...) y no se dan cuenta, como oye, esta adolescente, este embarazo, está llorando en la ecografía, por qué estaba llorando, como ese tipo de cosas que tienen que ver con dejar fuera la dimensión emocional, hay harto rechazo, cuestionamiento, no lo sé, sobre todo desde el punto de vista biomédico de involucrar esa dimensión, **de APS sobre todo pienso que son, que está tan mencionado la normativa, como la acogida pero también como que se le ha dejado tan, tan de LADO, o sea, un equipo empoderado como a nivel de atención secundaria y terciaria puede ser muy bueno pero si no hay un “primer filtro” que te ASEGURE** que vas a llegar a ese equipo tú igual puedes tener un caso que, al no haber sido bien recibido se pierde o llega a otro lugar y quizás no recibe el asesoramiento adecuado”. (Experta atención social SSR niñez y adolescencia, 04 de marzo 2022)*

En relación a la formación y herramientas entregadas por el Servicio de Salud Metropolitano Norte, la referente IVE al ser consultada por la alta rotación de profesionales en atención primaria y la necesidad de mantener capacitación frecuente, señala que no han habido iniciativas de este tipo solo destaca el flujo de atención, pero no la acogida y la pesquisa.

*“No, no ha habido. Yo creo que ahí de alguna manera debiésemos tener, claro, porque yo, generalmente, actualizamos los flujos en nuestras reuniones de matronas en red, asumiendo que ellas pudiesen bajarlo, pero desde mi referencia propia a lo mejor, **hacer reuniones en las comunas de IVE, de alguna manera, no; y yo creo que eso es súper importante.** Más allá de la referencia de que yo me pueda aliar, a lo mejor, como ya cuáles son, como tú dices, cuáles son las características, en qué caso, a dónde tienen que acudir, actualizar como esa parte, no. Pero yo creo que es muy necesaria, sí, tenemos que ver esa parte este año”. (Referente IVE SSMN, 25 de febrero 2022)*

También destaca en su visión que le IVE en 3ª causal no debiera ser el foco, sino la prevención de la violencia sexual. Esta opinión contrasta con la de todos los demás profesionales, que en su gran mayoría, asumen la existencia de la violencia sexual y que, como fenómeno presente, debe ser abordado en respuesta a las mujeres.

*“Para abordar esto en conjunto **no se tiene que poner al IVE en el foco, el foco es la prevención de la violencia, el por qué llegan a**, ojalá no tuvieran que llegar a constituir la causal, y si es que está, que no sea sub registrada; entonces, creo que el foco y la importancia que tiene que tener el referente de violencia es importante, y **nosotros como IVE somos una patita de esto**. Pero la importancia también está en la dupla que podamos generar y formar. Creo que con un equipo armado con ese enfoque en APS, las cosas van a ir fluyendo más” (Matrona, Referente IVE SSMN, 25 de febrero 2022)*

La falta de actualización se percibe incluso en este pequeño grupo de matronas consultadas para la investigación, por ejemplo, una de ellas no tiene conocimiento de la existencia de la USSR, del Equipo IVE, ni que la entrada se hace vía USMM, o a través de urgencias, ambas de manera asistida. Se trata de una coordinación que ha asumido cargo hace más de 6 meses. En ese CESFAM no ha habido ninguna derivación por IVE tercera causal en estos casi 5 años.

*“Tengo entendido que se deriva a nivel terciario o secundario, dependiendo también de la causal. Que eso es **directamente a Urgencia Gineco-obstétrica del San José o al HOPAR del San José**. Eso es lo que tengo entendido respecto a una derivación en cualquiera de las tres causales. En especial de la tercera causal, que es algo en lo que hay que actuar con cierta rapidez o premura”. (Matrona, Atención primaria, 26 de enero 2022)*

Ante la ausencia de espacios para desarrollar promoción de la salud, algunos profesionales manifiestan sentirse desilusionados y frustrados con cómo se concibe la atención primaria, desde indicadores que reflejan muy poco las tareas que son esenciales para el bienestar de las usuarias, como el conocimiento de sus derechos en salud sexual y reproductiva.

*“Yo creo que en la APS nos falta mucho. Yo siempre reclamo. Desde el 90 que venimos instalando un modelo de salud familiar y hasta el día de hoy todavía estamos en fase de implementación. Salud familiar o los **CESFAM se siguen comportando mucho como un consultorio o un policlínico más que realmente una institución que haga promoción o prevención**. La pandemia de por medio, arrasó un poco con... todo. La participación comunitaria, yo siento, y es uno de mis grandes como pesares o desilusiones del trabajo en APS, no podemos, casi no podemos hacer. Porque nos piden números. Mientras nos sigan pidiendo números, es bastante difícil poder acceder a actividades grupales, que son de promoción, pero que no necesariamente se van a reflejar en los indicadores que actualmente se miden”. (Matrona, Atención primaria, 27 de enero 2022)*

Urgencias: dificultades en la información, capacitación e infraestructura

El servicio de urgencias está presente en el nivel terciario, en los recintos hospitalarios de la red (Hospital San José, Hospital Roberto del Río y Hospital Psiquiátrico Horwitz) pero también en el nivel primario a través de los diversos SAPU y SAR, a los que en teoría, no llegan embarazadas (la maternidad se encuentra exclusivamente en el Hospital San José, aunque existe como servicio para menores de 15 años en el Hospital Roberto del Río). Sin embargo, como producto de violencia sexual para una primera atención, o simplemente de un malestar asociado a un embarazo sin saber aun que se está gestando, de una crisis de salud mental, de un episodio de violencia física, o de una derivación desde el intersector, la usuaria puede ingresar a cualquiera de estos puntos a una

consulta aguda. En los discursos solo se piensa en el Hospital San José, lo que muestra un primer flanco de brecha en el acceso. Luego, emerge nuevamente la dificultad de contar con personal de salud capacitado y con herramientas para manejar los casos IVE, en primer lugar, que sea capaz de entregar información clara y oportuna, de contener a la usuaria, brindarle tranquilidad y derivarla rápidamente al Equipo IVE. Al respecto la psicóloga de la USSM comenta que cuando se logra identificar una situación en general es porque está de turno una ginecóloga o ginecólogo del Equipo IVE, que tiene mayor sensibilidad frente a las mujeres en este tipo de situaciones.

“Es muy variable, ¿no? En algunas ocasiones es una pesquisa inicial. No sé, pienso en mujeres que han venido a propósito de un sangrado, ponte tú, estoy pensando en un caso como particular, que también ha ocurrido varias veces. Y justo les tocó, como te digo, no es siempre así. No es quien está de turno, justo le tocó, por ejemplo, una gine del Equipo IVE. Y ella que, efectivamente, tiene una sensibilidad más importante con la paciente, les pregunta, ¿no? “¿Qué pasó con este embarazo? ¿es planificado, es deseado?” Y a veces aparece eso, “no, este embarazo es producto de una violación”. Y nada más, sin información. Y es ahí donde también se entrega la posibilidad “oye, existe esto”. Y ahí nos ponemos en contacto de nuevo todos”. (Psicóloga, Hospital San José, 24 de enero 2022)

La posibilidad de atención en Urgencias es muy relevante, en particular, si se piensa que se derivan aquí a las usuarias que recibieron una primera atención luego de denuncia (o previa a la denuncia) en el Servicio Médico Legal.

*“Y en los momentos antes de las fiestas, se nota harto, es que yo reviso esas planillas todos los días, y me voy dando cuenta de cómo va aumentando y a veces en un fin de semana hay 6 más y ahí yo digo (tono de pena) chuta. Entonces, podrían ser (calculando) entre 16 y 28, **entre 16 y 30 al mes**. [Claro, son hartas], y esas cifras son las que llegan QUE DENUNCIARON porque de las que no denunciaron no sabemos, esas son las que se quedaron hasta el final del proceso, porque hacer la denuncia con carabineros, que te lleven al Servicio Médico Legal, te examinen, te saquen foto y que después te lleven al San José a que te den los medicamentos, una señora puede que lleve toda la noche despierta, no ha comido nada, no ha dormido nada... entonces es complejo” (Matrona Urgencias, Hospital San José, 12 de abril 2022)*

También llegan usuarias como consulta espontánea, derivadas informalmente de organizaciones de la sociedad civil. La coordinación de admisión (SOME/OIRS) y las matronas de turno en urgencias es sumamente relevante para la pesquisa y la entrega de información oportuna hacia las mujeres que pudieran entrar en la tercera causal. La urgencia, entonces, aparece como uno de los puntos clave de entrega de información a potenciales usuarias; las mujeres que llegan luego de una agresión sexual por profilaxis post exposición para Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y/o a buscar una píldora anticonceptiva de emergencia (PAE), que se sabe, no es efectiva para el 100% de los casos. Para estas usuarias no existe entrega de información; emerge la falta de folletería (vital cuando la información es valiosa pero cuantiosa, y una usuaria en shock no podrá retener todo lo que se le señale), también surge la dificultad de profesionales de salud para manejar el contacto con la usuaria más allá de lo técnico/clínico. La falta de capacitación es evidente en el relato de esta matrona de urgencias:

*“Posibilidad de informar existe. Cuando llegan pacientes, porque todas las mujeres de la Región Metropolitana que sean abusadas y vayan al Servicio Médico Legal hagan la denuncia, **llegan a San José, TODAS, todas las agresiones sexuales, y nosotros tenemos que darle los medicamentos** [la profilaxis], la profilaxis de ITS, la PAE, inyectar la extracción intramuscular y todo, para que se vaya para la casa y le hagamos la inter consulta y las indicaciones de lo que tienen que hacer.*

[Ya, dentro de esa información, ¿se les instruye también en la IVE?]

*Claro, a eso es lo que yo iba, **NO, porque de hecho se les da muy poca información, mis colegas en vez de tratar de contener a la paciente, para no causarles más daño y no re-victimizar, esa es como la excusa, casi ni hablan con ella.** Yo creo que les da mucho miedo cagarla, en el fondo, como decir algo mal, causarle re-victimización a la paciente, a la usuaria, pero yo igual trato de educarlas en ese sentido, como si tú le preguntas cómo está, cómo se siente, si le duele algo, no la estás re-victimizando y si tú vas después y llevas a la acompañante, porque yo siempre les pregunto “con quién andas, ¿es de tú confianza? ¿quieres que le contemos a él o ella lo de tus medicamentos?” porque es importante porque es harta información, porque la terapia antiretroviral que tienen que tomar es distinta a los antibióticos, tienen que entender que es un tratamiento de 30 días, no sólo de 3 que les estoy dando yo, lo importante es que VAYA a la UNACESS, entonces yo hablo todas esas cosas con ella y dentro de esas cosas cuando no tienen métodos anticonceptivos es lo mismo, si de aquí, de esto sale, o sea la PAE es para esto, y si esto no resulta, **ENTREGAR toda la información, que sería la IVE..***

[Y, hay algún tipo de folletería o algo que se puedan llevar escrito para que, o sea porque estás en shock y más encima tienes que retener un montón de información.]

*Tal cual, pero hay alguno de los médicos en donde la receta de los medicamentos viene escrita en una hoja y cuando viene, cuando ellos lo hacen así, ahí yo les entrego la hoja para que vean lo que son los medicamentos y todo, o trato de escribírselo en las indicaciones, porque **hay otros que ni las indicaciones les escriben, entonces cuando no vienen escritas las indicaciones,** vienen en los paquetitos de la farmacia, entonces yo les muestro los paquetitos “viste que aquí dice tanto, tanto, tanto”, “sí” “¿se entiende?” y si no se entiende se los vuelvo a escribir y así cosa que les quede lo más claro posible porque de eso depende que ella continúe el tratamiento. Así que **no, no hay folletería, ni para profilaxis, ni IVE”** (Matrona urgencia, Hospital San José, 12 abril 2022)*

En Urgencias, como en otros espacios, surge la dificultad de comunicación con usuarias extranjeras, que no hablan español, como otro flanco abierto a incorporar como parte de la necesidad de las usuarias en salud sexual y reproductiva, y en particular, en situación de aborto bajo la causal violación. Surge también la dificultad de la infraestructura, del espacio físico en que se encuentra la Urgencia del Hospital San José, donde no se ha resguardado la existencia de una sala de primera acogida.

*“Y quizás no es porque uno no pueda pesquisar, sino que las pacientes quizás no lo van a expresar porque... por ejemplo, en la Urgencia, no sé, hay muchas pacientes, muchas. No voy a estar ahí diciendo ahí quizás mi problema. Vienes para acá, así como... la atención, a veces hay muchas pacientes afuera... como que estás muchas horas esperando, después llegas acá, te ven y es como que no... quizá no le da como el tiempo. Claro, es medio difícil, pero no es porque... **yo creo que es como la estructura más que nada, de todos los hospitales, acá tú ves, es chico, se escucha todo, es difícil”.** (Ginecóloga, Hospital San José, 12 de enero 2022)*

ONGs y Organizaciones acompañantes de aborto fuera de la ley

Las ONGs acreditadas para acompañar (APROFA y MILES) cumplen un rol fundamental en la información, pero también en otras tareas relativas al acceso a la IVE, en particular en causal

violación. Desde APROFA se señala que no han recibido ninguna solicitud de acompañamiento formal como organización acreditada. Como acciones de difusión de información cuentan con la Plataforma Tienes Opciones, difundida a través de redes sociales y radioemisoras, en la que orientan a mujeres de todo el país en el acceso y el contenido de la ley, también cuentan con capacitaciones a personal de salud. No es de extrañar que no hayan recibido ninguna derivación, ya que al ser muy bajo el número de causales constituidas las mujeres cuentan con los recursos de acompañamiento disponibles en los Hospitales. Respecto a las mujeres que deciden no seguir la vía legal y que, igualmente, acompañan en relación a lo psicosocial, comentan:

*“También nos pasa mucho, cuando ingresan a acompañamiento psicosocial por causal violación, es tanto el trámite que le dan en los servicios de salud, que a veces **prefieren abortar por fuera, comprando medicamentos, con las redes de acompañamiento, porque no quieren hablar de lo que les pasó, porque hablar de lo que les pasó y que el servicio de salud ponga en conocimiento del Ministerio Público, las puede poner en una situación de riesgo más alta de la que ya se encuentran; puede ser su cónyuge, puede ser su familiar directo, y no tienen dónde ir. Tienen hijos e hijas mayores de 14 años, entonces, no son candidatas para ir a las casas de acogida, por ejemplo, del Sename. Entonces, por multifactores terminan siendo acompañadas del área psicosocial con nosotras, pero no abortando en los servicios de salud”.** (Trabajadora social, APROFA Institución acreditada en acompañamiento, 04 de febrero 2022)*

La organización MILES cuenta también con acreditación legal para acompañar, y en esta vía si han recibido numerosas solicitudes de acompañamiento, pero de tipo jurídico, se trata sobre todo de personas a las que se les ha negado el acceso (tanto en sistema público como privado de salud). En ambas organizaciones hay un especial interés en aquellos grupos de mujeres más desprotegidos, como son niñas y adolescentes:

*“Intentamos **empezar a vincularnos con dispositivos de explotación sexual infantil, porque sabíamos que las niñas no llegan a los servicios de salud, no son como las mujeres adultas, las niñas derechamente si alguien no las lleva, no llegan a los servicios de salud. Entonces, buscando alternativas para poder vincularnos con ellas es que llegamos a estos distintos dispositivos. Y también la otra forma de vincularnos con los profesionales del área de la salud, es como te digo, con las capacitaciones, eso enfocado para la unidad de alto riesgo obstétrico y para las unidades de atención primaria desde legislación y de acompañamiento psicosocial”** (Abogada, MILES Institución acreditada en acompañamiento, 09 de febrero 2022)*

Para estas profesionales, que tienen la experiencia de atender mujeres dentro y fuera de la ley, es evidente la necesidad de trabajar en capacitaciones para que los profesionales de salud integren la violencia sexual fuera de los estereotipos de género con que se han venido abordando históricamente.

*“Tenemos consejería en violencia sexual, y un número muy importante de las mujeres llegan y de jóvenes, particularmente, adolescentes, que **llegan a la consejería sin saber si fueron violadas o no, llegan PARA saber si fueron violadas o no. Llegan, incluso, un poco relativizando su vivencia, diciendo “es que no sé si esto es tan importante, o no sé si, quizás, ustedes ven casos más tristes o***

casos más grandes”, disculpándose, “disculpe por molestarla”, los correos son así “pero no sé, quiero tener claridad, me hablaron de ustedes”. Y también pasa en los servicios de salud, en los servicios de salud creen que las personas, las niñas y las adolescentes van a llegar diciendo “me violaron”. Entonces, una niña llega diciendo “no, si yo fue consentido” o “fue mi pololo”, “tengo 12 años y mi pololo tiene 27”. La niña no sabe que fue violada, y, probablemente, lo sepa el próximo año, y el próximo año, y se va a dar cuenta cuando tenga 18, 20 años, y esa es la labor que tienen también los profesionales que abordan a estas niñas, y eso es lo que nosotras también intentamos sensibilizar a los profesionales, pero ahí uno se da cuenta que esta ley vino a develar una falta de conocimiento gigantesco relativo a género y a la violencia... tampoco ha habido un interés por parte de los últimos gobiernos, de sentarse, que estas personas entiendan de que esto es importante” (Abogada, MILES Institución acreditada en acompañamiento, 09 de febrero 2022)

Las acompañantes de abortos clandestinos sostienen, al igual que el personal de salud de atención primaria, que las mujeres acuden a la institucionalidad cuando deciden continuar un embarazo, pero no cuando deciden interrumpirlo, en ese sentido evidencian una mirada errada de lo que, en realidad, sucede respecto al aborto. Quien no es parte, no logra dimensionar su magnitud, ni respecto a las cifras de aborto, ni a las de violencia sexual. Relevan asimismo los temores de las mujeres a ser cuestionadas y re-victimizadas, esto se encuentra en consonancia con el relato que una usuaria entregó como testimonio y parte de esta investigación:

“Lo primero es miedo ¿no?, miedo a ser discriminadas, miedo a que te convenzan de que no lo hagas, miedo a que puedan ser criminalizadas o expuestas ante, no sé, sus familias, sus amigos o digamos como toda la red que engloba a las mismas chicas, y también creo que muchas, y esto también, yo la, de hecho los últimos casos que me he encontrado que han llegado por violación tienen que ver con este argumento que es la re victimización, ¿no?, poder acceder a la ley, eh, por una causal, sugiere tantas etapas y pasos evaluativos que eso hace que las mujeres no quieran prestarse digamos para aquello, y prefieren realizar un aborto de manera autónoma, acompañada por organizaciones feministas y que, y que eso las hace sentir más tranquilas ¿no? aquí no hay nadie que te va evaluar. Yo creo que el principal argumento, justamente es la re-victimización. Porque el tener que recordar, el tener que volver a, a recordar, ¿no? a revivir y todo eso es como una tortura ¿no?”. (Acompañante, organización aborto fuera de la ley, 02 de marzo 2022)

Respecto a los casos recibidos por la organización, las acompañantes de aborto clandestino comentan los casos que han acompañado, aun cuando hay casos que, si logran enviar a la red de salud, hay muchos otros en que las mujeres deciden abortar fuera de la ley. Emergen diversos motivos: temor a la falta de respeto a la confidencialidad, el temor a que se sepa la violencia de la que fueron víctimas y que las expulsen del círculo familiar y/o la vivienda, temor a la denuncia, a represalias del victimario, vergüenza, maltrato y negligencia de profesionales de salud, re victimización y, en los casos en que sí acceden, está presente fuertemente la desinformación y la falta de confianza en la institucionalidad. La diversidad de casos relatados es muy amplia. En la clase alta destacan la vergüenza familiar y la protección del violador del mismo círculo familiar; así como situaciones donde las jóvenes no logran relatar la experiencia vivida ni identificar a un agresor, circunstancias de entretenimiento entre adolescentes, o con un círculo de hombres jóvenes agresores, quedando todo inmerso en un manto de silencio.

*“Se les explica que deben realizar la denuncia y activar red de protección, la madre se niega rotundamente, dice que lo enviarán –como familia- a una casa al sur, pero que **no lo pueden denunciar porque sería “un escándalo”, y por eso no acudieron a la ley.** Es difícil para nosotras, porque sabes que anda un pedófilo suelto, pero, ¿qué haces? ¿Qué la niña tenga la guagua o que sea estafada en cualquier lugar? Ayudamos a la niña después de habernos reunido y asegurarnos que ella sí quería abortar, tampoco una conoce los nombres ni nada como para hacer una denuncia por cuenta propia”. (Acompañante, organización aborto fuera de la ley, 02 de marzo 2022)*

Emerge la ruralidad y el asilamiento como un factor decisivo de desigualdad en el acceso a la IVE, debido al temor al quiebre de la confidencialidad de la atención. También como lugares de extrema complejidad en relación a la normalización de la violencia sexual, en particular, intergeneracional pero también el temor al estigma en personas adultas:

*“Tenía mucha vergüenza, mucha pena, quería incluso acabar con su vida; y luego logra relatar la situación. Se le comenta la posibilidad de interrumpir por la ley, pero lo rechaza porque vive en un **pueblo chico**, y todos se conocen, le aterra la posibilidad de que alguien de su entorno se entere, así que aborta por fuera, la culpa hace que sienta que no es una violación realmente, se le explica y refuerza que **NO** es su culpa, acepta ayuda psicológica, de hecho la chica es psicóloga, mira lo que te cuento, ella es psicóloga y estaba totalmente anulada por esta situación... aborta en su casa y toma terapia después...” (Acompañante, organización aborto fuera de la ley, 05 de abril 2022)*

Otras situaciones de mujeres migrantes, que temen a represalias, a la deportación. Una de ellas violada por su jefe, otra por su arrendador que, además, es policía de investigaciones. Se pone sobre la mesa la violencia que viven mujeres trabajadoras sexuales (que sí han derivado a hospital) y mujeres en situación de calle, que no quieren tomar ningún contacto con la institucionalidad. En el extremo de clase baja se comenta el caso de una niña que no logra interrumpir, ni bajo la ley ni fuera de ella:

*“Niña de 12 años, Bajos de Mena, la psicóloga del colegio es quien escribe. Al sentirse mal **la niña la llevan a Cefsam, matrona decide llamar a la madre sin siquiera haber escuchado a la niña, que sí quería interrumpir. Madre llega y celebra el embarazo, la psicóloga le dice a matrona que debían respetar la voluntad de la niña, pero matrona se opone “porque la mamá está de acuerdo y porque la relación es consentida”,** el “pololo” tiene 28 años y las sostiene económicamente. Psicóloga desesperada y sin herramientas nos escribe, se le dice cómo funciona la ley y que pueden ir directamente al hospital del territorio, Sotero del Río, pero la niña obviamente no puede ir sola, la madre **NO** la quiere llevar. **Cuando se logra pasó un fin de semana entre medio, y la madre ya había quebrado completamente su voluntad, en la situación dijo que quería continuar el embarazo.** El Cefsam actuó pésimo, y la psicóloga tampoco sabía realmente cómo conducirse, todo estuvo mal en este caso” (Acompañante, organización aborto fuera de la ley, 05 de abril 2022)*

En relación a la percepción de la importancia de la ley, las acompañantes destacan que es necesario informar a la población y que la ley tiene relevancia. Todo lo que acompaña el acceso a salud y que no es posible tener cuando se realiza un aborto clandestino hace una diferencia sobre todo con las mujeres más desprotegidas:

*“Es fundamental, en primer lugar, **que las mujeres SEPAN que existe la ley, en este caso, en la tercera causal es fundamental que conozcan cómo se accede, y cuáles son los requisitos, porque eso es lo que asusta a las mujeres, el hecho de denunciar, o de decir, eso va a ser anónimo o no, yo creo que esos temas son temas que realmente podrían hacer a alguien decir “no, yo busco mi solución por fuera” y no pensar que el sistema de salud es una alternativa viable para ellas, ¿no?, y ya sabemos que, además, es TERRIBLE porque cuando una mujer lo hace por fuera no queda con métodos anticonceptivos tampoco [no], tampoco se hace un screening de ITS, no, no va a hacer profilaxis, no va a ser NADA que realmente la proteja, activación de protección, salud mental, entonces ese tipo de situaciones yo creo que son las más complejas, o sea, lo que tenemos que pensar es que **hay que darle protección a las mujeres que sufren violencia sexual, ¿no?, una por fuera trata pero obviamente no tienes las herramientas que sí tiene el sector salud y no las ponen a disposición de quienes las necesitan”** (Acompañante, organización aborto fuera de la ley, 05 de abril 2022)***

También está de fondo la pregunta sobre las restricciones de acceso, que, de no mediar la causal, habiendo un aborto por plazos y no causales, borraría gran parte de los temores que tienen las mujeres.

*“Igual una se pregunta, qué sentido tiene todo, la constitución de la causal, de comunicar una denuncia, de tener que relatar. **Si realmente hubiera una ley más amplia nada de eso sucedería**, y quizá fuera el caso de tener más acompañamiento para que si se devela que hubo violencia sexual se oriente a la mujer que quiera denunciar y se inicie su reparación con terapia y punto, si al final, si piensas que el objetivo es que las mujeres puedan vivir mejor sus vidas, libres de violencia, no ponerles más trabas y dramas, esto podría ser mucho más simple. Es fuerte la violación, **pero hay otras situaciones igual dramáticas que no entran**, cuando alguien se cuidó y le falló el método, cuando alguien no sabía cómo cuidarse, no tenía plata para cuidarse, en fin, no quiero comparar la violación con esto, a lo que me refiero es que: para cualquier mujer que no quiere ser madre estar embarazada sin quererlo es una experiencia difícil y **debería ser considerada su libertad para decidir**. Una puede decidir tener sexo, no estás consintiendo ser mamá, son dos cosas absolutamente distintas” (Acompañante, organización aborto fuera de la ley, 05 de abril 2022)*

Capítulo 6: Discusión

Este trabajo ha tenido como objetivo *Caracterizar el proceso de atención y la ruta de acceso en casos/situación de interrupción voluntaria del embarazo en causal violación, considerando la propia experiencia de las mujeres en la RM; y del personal de salud que las atiende en un establecimiento de alta complejidad de la red pública de la RM, y de funcionarios públicos del intersector involucrados en la IVE*. El diseño teórico y metodológico se orientó a producir un marco que permitiera acercarse a este tema desde un paradigma cualitativo y un enfoque fenomenológico, esto es, a través de las experiencias de sus propios protagonistas. Se incorporó también la mirada de profesionales expertas en aborto y violencia sexual, considerando la experiencia de organizaciones feministas que acompañan abortos fuera de la ley.

Cabe resaltar que se estudió un contexto local de atención. Si bien en este sistema médico, la biomedicina (59), se sostiene un modelo normativo definido podemos apreciar culturas organizacionales particulares, donde las directrices son reapropiadas por parte de sus actores, lo que nos podría llevar incluso a cuestionar su carácter inflexible y estático, y comprender mejor cómo las valoraciones forman parte del quehacer biomédico. La biomedicina, entonces, actuaría como un marco operativo mediado por culturas organizacionales particulares, dentro de las cuales las praxis difieren. Es lo que se puede apreciar en el trabajo de este Equipo de salud, que cuenta con un compromiso profundo de sus integrantes con su labor en salud pública en la atención de salud sexual y reproductiva de las mujeres.

El proceso de atención de la IVE en causal violación cuenta con el respaldo de la Norma técnica nacional de acompañamiento y atención integral a las mujeres que se acogen a la IVE (45), la cual señala con un importante nivel de detalle cuáles son los pasos, los énfasis y los cuidados que se deben tener en el manejo de una usuaria en esta situación. En este Hospital, como se ha descrito, se realizan todas las acciones contempladas en la Norma técnica, pero, además, han podido ir protocolizando y/o consensuando a nivel de establecimiento hospitalario y Equipo IVE, decisiones o acciones que van en post del bienestar de la usuaria y el mejor manejo de la causal. En el análisis se evidencia que el Equipo se encuentra alineado en estos objetivos, encontrándose coincidencia en la perspectiva acerca de la atención del aborto entre sus integrantes. De acuerdo a la literatura, se trataría de una experiencia singular. Datos del monitoreo de la ley IVE de la Mesa de Acción por el aborto y Fondo Alquimia, muestran que la constitución de los profesionales en los ARO del país es problemática, y se presenta como obstáculo importante el que, a menudo, las duplas psicosociales trabajan solitariamente (37,46).

A la luz de la experiencia de este Equipo de trabajo, se releva la falta de una mirada hacia quienes realizan el Acompañamiento integral de mujeres en situación de aborto, pues la Norma técnica solo hace hincapié en la atención que se debe entregar a la usuaria, donde cada profesional tiene un rol definido, pero si estos roles no son reconocidos y puestos al servicio de un trabajo mancomunado donde se valoren las capacidades y experticias de cada profesional, no llega a producirse un esfuerzo conjunto. Esto implica roles en la coordinación, en la acogida, en el seguimiento, en cómo los/as profesionales llevan cada caso: retroalimentación constante y mirada crítica y de aprendizaje sobre la propia labor, es decir, trabajo y aprendizaje colectivo. Otro punto que la Norma técnica no considera, es el autocuidado del equipo de salud, fundamental en profesionales que están sometidos a un alto nivel de carga emocional. En la normativa sobre violencia sexual (36), en cambio, sí es ampliamente considerado, tanto a nivel individual como colectivo. Desde el equipo de salud es una de las demandas más sentidas.

No existe literatura en Chile que dé cuenta de la organización interna de los ARO para la provisión de la IVE, sin embargo, referencias de implementación de una ley que permite el aborto por causal violación en otros países de Latinoamérica (60,61) muestra una dificultad común: que no se crean equipos de trabajo, sino más bien, los/as profesionales comprometidos van contracorriente en solitario, en ambientes más o menos adversos donde existe una cantidad importante de profesionales objetores de conciencia, declarados y no declarados. Sobre este punto, en nuestro país, la objeción de conciencia ha mostrado mantenerse en el tiempo, con la mayor proporción de objetores en la causal violación (46,48), haciendo evidente que, aun sin conocer el detalle, existen dispositivos de salud que no cuentan con equipos comprometidos para efectuar la prestación.

A pesar que en este dispositivo de atención sí existe un grupo de trabajo, en el Hospital San José, no logra extenderse a personal de salud que no participa directamente de la IVE, ni a funcionarios que cumplen un rol administrativo, como Urgencias de maternidad, SOME u OIRS, quedando a voluntad individual el buen manejo de las usuarias. Surge como desafío, entonces, generar alguna estrategia que pudiera involucrar a estos funcionarios, que son, literalmente, la puerta de entrada al sistema hospitalario y de los cuales depende el ingreso de las mujeres, lo que está en línea con las recomendaciones de la sociedad civil organizada que ha problematizado el acceso a la IVE (37,46,49,50).

Los resultados muestran que existe un desarrollo propio de este Equipo IVE, que marca un sello distintivo en el trabajo con las usuarias. Una de las diferencias sustanciales con lo propuesto en la normativa, es justamente que funciona como Equipo; cuenta con una coordinación, opera resguardando los tiempos, intereses y autocuidado de sus integrantes, así como una retroalimentación permanente de los casos. Esto ha permitido que se hicieran ajustes al proceso de

atención en beneficio de las usuarias, haciendo arreglos para resguardar la trayectoria de las mujeres en tercera causal (desde la disponibilidad del equipo para conformarse rápidamente cuando llega un caso, hasta la comunicación a otros profesionales del hospital para prevenirles y alinear la atención). En este equipo se considera cada integrante fundamental para brindar una atención integral y de calidad, están presentes: el equipo de salud mental de la mujer (psicólogos/as, psiquiatra), trabajadora social, ginecobstetras (3) y matrona que realiza registro de los casos y reporte a director de establecimiento y a MINSAL, cuya labor no está consignada en la normativa (45).

En cuanto al proceso de atención del aborto en causal violación, los resultados resaltan 3 aspectos centrales y críticos: 1) lo relativo a la denuncia, 2) la constitución de la causal y 3) los plazos que limitan el acceso.

1) **Denuncia.** Cabe destacar que la normativa señala, y así se realiza en este establecimiento, que no se requiere denuncia previa para acceder a la IVE. Cuando la usuaria es menor de 18 años la violación es un delito de acción penal pública, (artículo 53, inciso II, Código Procesal Penal), por lo que el Ministerio Público puede perseguir el delito de oficio, y cualquiera que tome conocimiento del hecho puede denunciarlo para que se proceda a investigar, en este caso debe ser denunciada por los profesionales de salud si no se ha realizado la denuncia previamente (sin embargo, no condiciona la atención, en los casos que sucede se realizan las acciones en paralelo o con posterioridad a la IVE), teniendo un plazo de 24 horas para realizar la denuncia desde que se toma conocimiento del delito.

Cuando la usuaria es mayor de 18 años, según la Norma técnica (45) de acuerdo con el artículo 369 inciso I del Código Penal, se trata de una acción penal pública previa instancia particular, ello implica que no se puede proceder a la persecución del delito si la víctima no denuncia o ratifica la denuncia presentada por otro. Sin embargo, la ley N° 21.030 establece una norma especial en caso de la mujer embarazada víctima de violación. En los casos en se invoque la tercera causal y la víctima no haya realizado denuncia previa, el jefe del establecimiento de salud deberá comunicar este hecho al Ministerio Público, quedando éste habilitado para iniciar la investigación de oficio; quien está a cargo de realizar la denuncia es el/la directora/a del establecimiento de salud. En este caso la matrona gestora realiza la gestión de los antecedentes de forma confidencial y desde la dirección se pone en conocimiento al Ministerio Público. Sin embargo, la mujer es quien decide posteriormente si desea iniciar o no la investigación de la causa.

La norma supone que las usuarias serán contactadas por Fiscalía; sin embargo, la mayoría de las usuarias no son contactadas (desde lo que refieren a los profesionales de salud cuando continúan

en acompañamiento) y entre aquellas que sí son contactadas por Fiscalía la gran mayoría declina participar en la persecución del delito, con excepción de aquellas que desde primera instancia pensaban en la posibilidad de sí iniciar el proceso penal. Uno de los problemas relevados por este equipo es la insistencia de personal de Fiscalía en la entrega de antecedentes sobre el delito, aunque la usuaria haya rechazado continuar con la causa.

La decisión de innovar en materia legal, a través de la norma que establece la información obligatoria de parte de la dirección del establecimiento de salud de todas las causales 3 realizadas a mujeres mayores de 18 años, en la práctica, puede ser una traba para el acceso de las mujeres a la IVE. Desde la visión del equipo de salud, a las mujeres les causa temor que se inicie una investigación, aunque se les explique que deberán ratificar si desean o no que se persiga el delito. A la vez, para el Equipo IVE representa una grave falta el que se hostigue a las mujeres requiriendo antecedentes cuando ya han rechazado iniciar la persecución del agresor. Es aún más grave cuando estas situaciones han ocurrido a usuarias que desconocen la identidad del agresor por haberse encontrado privadas de consciencia durante la comisión del delito, abriendo la duda respecto a si lo que se quiere indagar en realidad es la fundamentación de la causal violación.

Cabe preguntarse si tiene sentido una norma adicional, cuando ya se trataba de un delito de acción penal pública previa instancia particular. Las mujeres reciben información sobre la posibilidad de denunciar y se resguardan las pruebas genéticas para ser utilizadas en ese proceso. La llamada de Fiscalía, que ocurre en forma posterior a la IVE (meses, años, inclusive hay usuarias que en casi 5 años no fueron contactadas y sí querían iniciar el proceso penal) contraviene el proceso de reparación psicosocial de la víctima. Así lo señalan las profesionales que realizan el acompañamiento posterior. La falta de sincronía de los procesos impacta fuertemente en las usuarias. La mayoría manifiesta un fuerte deseo por dejar atrás la experiencia de la violencia sexual. La pregunta es si la investigación de oficio contribuye al aumento en la tasa de causas investigadas, o finalmente, la usuaria que no manifestó querer denunciar previamente mantiene su decisión posteriormente. Un camino respetuoso con las definiciones y convicciones íntimas de cada mujer debería considerar la entrega completa de información y el respeto a lo que, cada una, decida realizar en consecuencia, como afirma Bergallo (5), las decisiones respecto a la denuncia y el aborto, son dos decisiones distintas, que no corresponde vincular.

En cuanto al requisito de denunciar la violación, algunos países como Colombia (62), Uruguay (10) y Bolivia (63) tienen como obligación para el acceso a la IVE en causal violación que las mujeres presenten una copia de la denuncia. En otros países, en cambio, solo se exige una declaración jurada de la mujer, que no solicita detalles de la agresión sexual, tal es el caso de la ley vigente actualmente en Argentina (64). La situación chilena se encuentra en un punto intermedio, donde si

bien no se requiere denuncia previa, se informa igualmente al Ministerio Público. Si la decisión tiene su fundamento en no obstaculizar el acceso, pareciera suficiente el abordaje de ley Argentina, donde la norma aclara que ante una duda sobre la veracidad de la violación es prioridad no negar bajo ninguna circunstancia el acceso al servicio de ILE, puesto que el riesgo derivado del irregular obrar de determinados individuos no puede ser nunca razón suficiente para imponer a las víctimas de delitos sexuales obstáculos que vulneren el goce efectivo de sus legítimos derechos o que se constituyen en riesgos para su salud (65) .

En vista a la posibilidad de iniciar una persecución penal del delito se resguarda el ADN del feto en cadena de custodia por un tiempo de 2 años. En este hospital se ha solicitado de parte de Fiscalía, en los casi 5 años de vigencia de la ley, solo una muestra. A pesar que los profesionales tienen conocimiento de usuarias que sí deseaban que se investigue el delito.

2) **Constitución de causal.** Los/as profesionales presentes en cada caso se reúnen a solas, para llegar a un acuerdo sobre la constatación de los hechos: que se trate de un episodio de violencia sexual, que la fecha de la agresión sea coincidente con la edad gestacional según la ecografía, y que se encuentre en el plazo determinado por ley: 14 semanas para menores de 14 años y 12 semanas para mayores de 14 años (46).

La valoración de la violencia sexual, significa una inmensa responsabilidad en los y las profesionales de salud. Si bien este equipo tiene un indudable compromiso con los derechos sexuales y reproductivos, esta situación podría ser muy distinta en otros dispositivos de atención. Uno de los pilares de la valoración de la causal es la toma de relato, este momento, clave para la posterior constitución de causal se realiza solo si la usuaria no cuenta con una copia de la denuncia hecha (ya sea porque, por ejemplo, porque Carabineros de Chile no entrega ninguna documentación a la usuaria o porque ésta no ha realizado una denuncia previa), de lo contrario, solo se pide que ratifique la fecha de la agresión sexual. Cuando es necesario contar con relato, éste busca obtener un relato de hechos plausibles de producir un embarazo sin el consentimiento de la mujer, sin ahondar en mayores detalles respecto del episodio.

Para autorizar la interrupción Brasil (66) y Chile (45) exigen un informe en base al relato de los hechos. En el primer caso, un informe técnico confirmatorio es realizado por un/a médico/a, requiriendo una detallada descripción de la agresión y la firma de 3 profesionales distintos, incluido/a el/la director/a de la institución. En Chile un equipo multidisciplinario debe tomar el relato a la mujer y evaluar su plausibilidad, el informe señalará la concordancia temporal de los hechos con la EG y deberá ser aprobado y firmado por al menos dos profesionales. En Argentina (65) no se exige pronunciamiento de los equipos clínicos sobre la veracidad o plausibilidad del

relato de las mujeres, especificando además que no es necesaria la intervención de más de una/un médica/o para la constatación de la causal. Chile cuenta con una alternativa distinta a otros países de la región.

En nuestro país, un equipo psicosocial de un ARO (65) ha descrito la complejidad que impone la norma técnica (45) sobre ciertos elementos en los antecedentes que los equipos de salud debiesen considerar en el análisis de la plausibilidad del relato, y que respaldarían la sospecha fundada de violación, tales como: características de la memoria y el recuerdo; el contexto en que se da la develación; correlato conductual y emocional frente a la experiencia traumática; actitud frente a la denuncia y momento del ciclo vital y etapa del desarrollo en que sucede la violación. Señalan Muñoz et al, los autores del estudio, “según entendemos, lo que se le solicita al equipo psicosocial en la constitución de causal evidencia una profunda contradicción: si bien la norma intenta distinguir la constitución de causal de un peritaje, exige, por otro lado, una evaluación exhaustiva del relato para discriminar si constituye o no una violación. A nuestro parecer la constitución de causal es una situación insoluble en la práctica clínica y obliga al equipo psicosocial a tomar una decisión y elaborar un informe que está poco sustentado científicamente y que se asemeja a un peritaje”. En dicho artículo se cuestiona, además, que la dupla psicosocial está tensionada por una doble función: constituir causal y realizar acompañamiento. Frente al relato, el equipo pudiese verse enfrentado al dilema de tener que hacer preguntas o aclaraciones en la entrevista que no cumplen una función terapéutica. En la literatura internacional no existe un ejemplo similar a la constitución de causal como requisito para un aborto.

En este Equipo se construye una opción de sus integrantes por no aproximarse desde punto de vista pericial al proceso de constitución de causal. Se problematizan aspectos como la performance de la usuaria, la memoria, el recuerdo y la correlación de la conducta, pues se comprende que la diversidad de experiencias y formas de enfrentarse a la violencia sexual no permiten considerar una visión única de *cómo debiera* actuar una persona durante el proceso de atención de una IVE. Las aclaraciones o preguntas se dirigen a los aspectos medulares de plausibilidad de la violencia sexual, básicamente relacionadas con el consentimiento de la actividad sexual penetrativa. La ambigüedad de la norma técnica, como señalan Muñoz et al (65) deja al arbitrio y criterio del equipo de salud la interpretación del relato, más aun, cuando entrega elementos que, en la práctica, no constituyen evidencia alguna de la veracidad de la experiencia, sobre todo considerando que no es ese el objetivo de la instancia. Como se ha descrito en este trabajo, existe un enorme margen de interpretación de esta disposición de la norma técnica, mientras un equipo de salud puede optar por no re-victimizar y contar con los elementos fundamentales de la violencia sexual, otro equipo podría requerir detalles y expresar sus dudas sobre la puesta en escena, la experiencia y la forma de participar de una usuaria en la misma situación. Cabe destacar la necesidad de la capacitación de

los equipos que realizan esta función, pero al mismo tiempo, surge la pregunta respecto a la necesidad de elaboración de un relato que se utilice como parte de la constitución de la causal, considerando esta complejidad y la re-victimización de la cual puede ser objeto la mujer.

Develar, poder hablar sobre la violencia sexual no es fácil, en la literatura respecto al tema se registra que muchas víctimas pueden hablar recién después de años (15,67,68). Desde el ámbito de la psicología existe abundante teoría respecto del acto de enunciación como un proceso. En lo central, es relevante comprender que, cuando la violencia sexual ha devenido en experiencia traumática, la imposibilidad del habla se debe a que la vivencia ha excedido la capacidad de simbolización del sujeto (69). Al mismo tiempo, la mujer puede ser silenciada por otros explícitamente, mediante la imposición de secreto por parte del agresor, o por la negación de la experiencia por parte del núcleo familiar y/o el entorno social (70). Y de manera implícita a través la internalización de sentimientos como la estigmatización, la culpa y la vergüenza que la mantienen acallada (70), actuando como violencia simbólica (71) sobre las víctimas.

En la posibilidad de hacer pública una experiencia de agresión sexual, no sólo la dificultad de la palabra se pone en juego, sino también aparece la dificultad sociocultural para dar escucha a estas vivencias dolorosas, habiendo una escasez de espacios donde estos tipos de relatos puedan ser vertidos, acogidos y validados, además del miedo a la incredulidad (72). Trabajos como el de González et al (73) que, desde un relato ficticio, descontextualizado y desprovisto de un criterio ético y de realidad, piensen en las mujeres como artífices de relatos, son incomprensibles desde este punto de vista teórico, pero también desde las experiencias prácticas del Equipo IVE que ha subrayado esta investigación.

A esta dificultad para oír la violencia, se le debe añadir una imposibilidad social anterior para hablar sobre sexualidad (67). Esta esfera en sí misma ha sido confinada históricamente al territorio de lo íntimo, por lo que la experiencia de violencia sexual es doblemente confinada al silencio y distanciada del espacio público. La diferenciación entre lo privado y lo público trae consigo consecuencias políticas que están ligadas a la sexualidad. Las mujeres han sido históricamente relegadas al espacio doméstico a propósito de su posibilidad de procrear (20). Así, las mujeres junto con la sexualidad han sido restadas de los asuntos que tienen lugar en el espacio público, que son de interés del estado, de la política y del diálogo colectivo, privándolas de ciudadanía, de derechos, de voz legal propia, de salario, etc. (74).

La complejidad de la violencia sexual implica enfrentar los estereotipos de la violencia sexual. La víctima ideal está lejos de ser la víctima frecuente, así como el perpetrador más recurrente no es un desconocido, sino quien puede convivir con la mujer o niña, ser parte de su familia, su pareja o su

marido (7,13,61). Como señala Palma (4) la violencia sexual está imbricada con la explotación amorosa. Al ocurrir en lazos próximos complejiza la develación porque afecto y violencia no deberían, teóricamente, ir unidos. La violencia de género, de la cual la violencia sexual forma parte, debe ser comprendida desde la interseccionalidad: en ella se cruzan el género con la edad, la etnia, la clase, la migración, las relaciones asimétricas al interior de una sociedad (7). La probabilidad que una mujer -cursando un embarazo producto de una violación- pueda acceder a las medidas concretas que articula la ley en estos casos, es distinta según los componentes que articulan su existencia.

Las mujeres violentadas sexualmente se demoran en denunciar el delito de que fueron víctimas. Esta situación ha empujado la reciente ley de imprescriptibilidad de los delitos sexuales contra menores de 18 años (Ley 21.160 promulgada en julio de 2019). Dado que la sexualidad es un ámbito de la vida en que se desarrollan relaciones afectivas, donde se obtiene gratificación y placer, se acompaña, adicionalmente, de un sentimiento de especial vulnerabilidad e injusticia. Los efectos inmediatos de la violencia sexual incluyen angustia, rabia, hostilidad, vergüenza y culpa (4,5,67). Un estudio realizado en 121 mujeres por Londoño y cols. (14) muestra el impacto que significa un embarazo en la vida de las víctimas de violación, el que puede llegar a simbolizar una nueva forma de violación, esta vez contra la autonomía reproductiva, que puede violentar profundamente el proyecto de vida de una niña, adolescente o mujer. En ese estudio el momento de constatar el embarazo, acarreó sentimientos de dolor, angustia y desesperación en estas mujeres, debiendo enfrentarse a una nueva y difícil situación relacionada con la decisión respecto de continuar o no con la gestación. Igualmente, se pone en evidencia que las víctimas de violación que interrumpen el embarazo no contaban con la capacidad ni con las condiciones para ser madres. Además, la intensidad del rechazo a esta gestación era tan fuerte que estaban dispuestas a correr los riesgos que fueran necesarios para acceder a la interrupción.

Un estudio cualitativo realizado en Sao Paulo con experiencias de mujeres que abortan en causal violación, muestra que el personal de salud mantiene una actitud de sospecha frente a las usuarias, haciéndoles sentir que estaban tratando de dilucidar si mentían o no, en las experiencias el temor a no ser acogidas como víctimas es uno de los principales factores que las detiene al momento de acudir a los servicios de salud (75), otra investigadora brasileña apunta, trabajando con opiniones de ginecobstetras a través de un cuestionario, que éstos verificaban la declaración de violación por parte de las mujeres, pidiéndoles que repitieran su historia a varios profesionales de salud; el 43.5% de éstos invocaron objeción de conciencia cuando no estaban seguros de que la mujer estuviera diciendo la verdad (76).

Luego del relato se procede a la realización de la ecografía, segunda clave para la constitución de causal pues determina la edad gestacional feto, la que debe coincidir con la fecha de la agresión sexual. Al mismo tiempo la edad gestacional determina si la mujer se encuentra en los plazos estipulados para la causal. Durante la ecografía se le pregunta a la usuaria si desea ver la pantalla y escuchar latidos, y se respeta su decisión. La gran mayoría de las usuarias, desde la experiencia de los/as ginecobstetras, no desean ver ni oír. La decisión del Equipo IVE de no obligar a ver el feto, ni escuchar latidos, hacen compatible la ecografía con la decisión de abortar de la mujer (77). El ultrasonido ha sido representado como una forma “objetiva” de conocimiento sobre el feto –puede ser de esta manera para los profesionales médicos, no así para la mujer, para quien puede representar o iniciar un proceso de representación de otro orden (afectivo, emocional) (78).

La ecografía supone procesos situados de construcción de imágenes (79–81), cuestión que queda habitualmente velada, como señalan varias autoras que han profundizado en este tema, la ecografía como técnica médica es indisociable de su efecto socio-emocional, la labor de los profesionales de salud puede instigar o no ciertas emociones, con cierta direccionalidad. Esto es evidente cuando a una mujer se la felicita y se la trata como “madre” y al feto como “hijo”. Podría afirmarse que este Equipo IVE opera en línea con la ley, en los términos de Lamm (82), sobre la base del derecho a no ver –“se consultará a la mujer si desea ver y escuchar la ecografía, explicándole que es su derecho, pero no su obligación hacerlo” (58) prescribe la manipulación de los dispositivos para asegurar no ver ni oír, y advierte sobre la violencia que puede imponérsele a la mujer: “no se transforme en un elemento que violenta su estado emocional”. Dicha norma se orienta a evitar que opere como una “herramienta disuasiva” por los médicos en los términos que ha señalado Lamm (82), cuyo propósito sea constreñir una subjetividad que se cree ambivalente en el proceso de decisión (83–85), ni imponer una forma de violencia normativa de género sobre las mujeres al obligarlas a situarse como madres en la situación de ecografía (77).

3) **Plazos de la causal.** Sobre el límite del plazo impuesto por ley, no en todos los países se requiere un límite de edad gestacional como requisito para acceder a la IVE en esta causal. En Brasil (66) y Bolivia (63) también hay un límite en la edad gestacional (para la causal violación) sin embargo, este límite coincide con la viabilidad fetal (alrededor de las 22 semanas de gestación). En Uruguay (10) rige el límite hasta las 14 semanas; en Argentina (64), y Colombia (62) no se expresa un límite de edad gestacional en la legislación para esta causal, en México (86) algunos estados cuentan con plazos, hasta las 12, 14, 18, 22 semanas, mientras que otros no limitan la edad gestacional, en Ecuador (87) en febrero de este año se reguló el aborto por violación hasta las 12 semanas de embarazo y hasta las 18 cuando se trate de niñas, indígenas y mujeres de áreas rurales; sin embargo, la ley fue vetada en 64 de 68 artículos por el actual Presidente (católico y conservador), quedando sin normativa vigente que la ponga en práctica. Si se observa la realidad

actual del aborto en causal violación, Chile tiene una de las legislaciones más restrictivas en términos de plazo, en la región.

Este equipo IVE subraya algunas situaciones, poco frecuentes, pero significativas (más aun considerando el pequeño número de solicitudes de causal) en que fue rechazada la causal por encontrarse fuera de plazo. Se sostiene el argumento que algunas condiciones de vulnerabilidad debieran ser de mayor atención en relación a los límites temporales de la causal: ruralidad (que muchas veces desaparece en la RM, olvidando que existen comunas periféricas que presentan un alto índice de población rural), condición migratoria, edad, discapacidad, entre otras.

Más allá de las cifras en torno a si la ley cubre los requerimientos de la población del territorio nacional con respecto al aborto por violación, cada mujer que no puede interrumpir debido a los plazos es una mujer o niña víctima de violencia sexual y a la cual se la fuerza a ser madre o a abortar (en segundo o tercer trimestre, con mayor riesgo para su salud y su vida) en la ilegalidad. Solo una de las personas del equipo de salud está de acuerdo con el límite de edad gestacional impuesto en la legislación, es probable que el desconocimiento de las mujeres respecto a la IVE o la conciencia sobre la cantidad de semanas de gestación (de ellas o de los/as profesionales de salud que le atendieron en primer lugar) incida en que muy pocas mujeres acudan a los servicios con más de 12 semanas de gestación, y se transforme así en un elemento difícil de visualizar para los mismos profesionales de salud, como señala el monitoreo de Corporación Miles (50).

Volviendo a la constitución de causal, ésta finaliza comunicándole a la usuaria si se configura o no la causal. Una vez ratificada la decisión de la mujer, se procede a la firma del consentimiento informado para el acceso a una IVE por 3ª causal. Cabe señalar que el consentimiento informado se trata mucho más que la firma de un documento legal. El consentimiento informado supone la garantía de que el acto de voluntad de las mujeres de interrumpir o no interrumpir el embarazo es autónomo y se encuentra libre de influencias y presiones de cualquier tipo. Tal como señala Bergallo (5) esto es particularmente relevante en contextos en los que se ha vivido una violación, dado que un alto porcentaje de las mujeres que han sido violadas conocen a su agresor o éste forma parte de su entorno familiar, lo que puede conllevar fuertes presiones para tomar una decisión en un sentido u otro. El camino hacia el consentimiento informado se va construyendo desde el inicio de la relación que establece el Equipo IVE con la usuaria, resguardando su posibilidad de palabra y su autonomía, con acciones tan significativas como escuchar a la mujer sin su acompañante u observar su gestualidad. El momento de la firma del consentimiento es la culmine de este proceso de información y construcción de autonomía durante su proceso, el que se extiende incluso al momento del pabellón, tal como lo relata la usuaria entrevistada.

El proceso de atención, en este Hospital, se muestra como una situación donde se resguardan los derechos de las mujeres, proveyendo acceso a información, medios adecuados y profesionales capacitados para la situación de aborto, configurando así una experiencia positiva para la mujer que decide interrumpir un embarazo. Así lo señala el testimonio de la usuaria entrevistada, revelando que el proceso de aborto puede ser una experiencia acogedora y digna para las mujeres. Sin embargo, el número de causales violación que fueron constituidas y terminaron en un aborto por decisión de la mujer en este dispositivo es de solo 57 casos, desde inicios de la implementación de la ley hasta junio de 2022. El año pasado solo se realizaron 5 interrupciones (1 menor de 14 años y 4 mayores de 18 años). Las cifras país no son mucho más alentadoras, 127 IVEs el año 2021, 37 de ellas en la RM. La cifra del HSJ representa el 13,5% del total del RM para el año 2021. Las cifras desmitifican la idea que las mujeres accederían en masa a abortar bajo esta causal, mostrando que la complejidad de las restricciones impuestas en la ley, entre otras variables, podrían estar afectando el acceso.

Uno de estos elementos clave, es el **acceso a información**. La ley 21.030 comenzó su implementación hace casi 5 años. Durante el gobierno de S. Piñera, las iniciativas de difusión de la interrupción voluntaria del embarazo fueron prácticamente nulas (37,46,50). Según los estándares internacionales, en materia de derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos, la provisión de información completa, clara, veraz y oportuna sobre todo lo relacionado con el servicio de IVE y con la atención de la violación es un mínimo en las garantías de acceso para las niñas, adolescentes y mujeres (5). La información debe incluir conocimiento sobre los procedimientos necesarios para acceder, la posibilidad de aplicar otras causales y las consecuencias derivadas de esas diversas opciones; los procedimientos disponibles para garantizar la verdad, la justicia y la reparación de la violencia sexual, y todos los aspectos asistenciales y administrativos relacionados con la provisión del aborto y con los demás servicios necesarios para la atención integral de la mujer que ha sido violada (12).

No obstante, en nuestro país, existen barreras en la misma legislación para el acceso a información. El artículo 119 4, se ha erigido como un obstáculo importante para dar a conocer la ley, como se muestra en diversas aristas del acceso a información; tanto como una excusa para el sector salud, como una barrera para la sociedad civil organizada y, concretamente, se traduce en un desconocimiento enorme en relación a los requisitos y procedimientos de la ley IVE.

Otro elemento esencial para el acceso a la IVE es el funcionamiento de la red de salud, integrada al intersector. Es necesario comprender que el fenómeno de la violencia sexual puede y debe ser abordado por diversas instituciones del Estado; desde el sector salud, educación, redes de protección de infancia y de violencia hacia las mujeres, entre otras; desde la Justicia y las policías.

Todos los actores debieran participar del conocimiento, información y sospecha/pesquisa de casos de violencia sexual con resultado de embarazo. Esta mirada intersectorial no se ha incorporado en la Norma técnica en relación a la IVE, ni a la implementación de la ley, como queda patente en los resultados de esta investigación.

Un punto relevante, es el diseño de la implementación de la causal en relación a una mirada de red. Si bien la atención primaria tiene, en la normativa, un rol en cuanto a la acogida y derivación de las mujeres, se invisibiliza el fundamental rol de sospecha que debe traducirse en la acción de profundización respecto a las situaciones de violencia que viven las mujeres. Los casos, tanto de las mujeres que fueron parte de la ley, como aquellas que decidieron utilizar redes ilegales de acceso al aborto, muestran que existen complejidades en la comprensión de la violencia sexual. Las brechas en relación al concepto de violencia sexual y su aplicación, no solo conciernen a las mujeres. También son una clave en la falta de capacitación del personal de salud –fuera del Equipo IVE-, esto es: Hospital San José en su conjunto, otros dispositivos de atención de urgencias y atención primaria.

En Chile, la provisión de la atención solo está situada en el nivel secundario (ARO); sin embargo, el rol de derivación no puede concebirse como si se tratara de una patología ampliamente reconocida y reconocible. La violencia sexual no cumple ninguna de estas dos condiciones: las mujeres pueden no saber que aquello que vivieron (o continúan viviendo) se puede llamar violación; la dificultad de rotular la experiencia impide tanto a las usuarias como a profesionales de salud la identificación oportuna de la posibilidad de acogerse la ley. Esto se vuelve más crítico si algunos/as profesionales opinan que solo pueden derivar, pero no ofrecer la prestación. No tiene sentido ético conducir de esta manera la provisión de la atención a las mujeres, es necesario implicarse en la atención a la usuaria.

Por otra parte, eventualmente esta causal podría ser gestionada por la atención primaria, así como una eventual ley de aborto por plazos, en la que se utilice mayoritariamente medicamentos auto-administrados para la realización del aborto, fuera del centro de salud como se realiza en otros países de la región (Uruguay, Argentina, México). Esta investigación abre la pregunta sobre la preparación del primer nivel de atención para realizar la provisión de servicios de salud, haciendo hincapié en la falta de capacitación de los y las profesionales sobre la salud sexual y reproductiva y el respeto a las decisiones de las mujeres.

Surgen elementos que, el abordaje de la causal violación, ilumina respecto de las otras dos causales de la ley IVE (riesgo de vida de la mujer y la inviabilidad fetal incompatible con la vida extrauterina). Un primer punto es que, en esta causal, intervienen mayormente integrantes del Equipo IVE. Sin

embargo, en las otras dos causales, al requerir la certificación de otros profesionales (especialistas) de la medicina, implican una mayor interacción con personal de salud que, no necesariamente, está vinculado/a con la temática y puede entorpecer la trayectoria de una usuaria. Al mismo tiempo, el rol de APS frente a las otras dos causales, efectivamente puede comprenderse fundamentalmente como derivación a un mayor nivel de complejidad. No es el caso para la causal violación. Para este establecimiento de salud, no cabe profundizar en la objeción de conciencia, se vuelve irrelevante toda vez que el Equipo IVE logra proteger el recorrido de la usuaria, sin embargo, sí aparecen funcionarios/as fuera del equipo, desinformados y obstaculizadores. Dados los reportes (46,48,50) es muy posible que en otros hospitales la objeción de conciencia sea uno de los mayores obstáculos en la implementación de la causal violación.

Todos los obstáculos para el acceso a la IVE pueden ser perfectamente invisibles tanto para quienes están legislando y promoviendo políticas públicas de respuesta a la violencia sexual, como para los mismos profesionales que, día a día, ven a mujeres en los box de atención. Esta investigación muestra que es posible rozar el fenómeno y no abrir la puerta. Las excusas pueden ser interminables y los/as entrevistadas han ahondado en ello. Sin embargo, en la otra vereda, los y las profesionales comprometidas con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres muestran que no se requiere ser eruditos en la materia, sino sobre todo y, en primer lugar, la comprensión de aspectos esenciales de la violencia y los derechos de las mujeres, y la voluntad de actuar en pos del bienestar y respeto de las usuarias. La mujer entrevistada destaca el trato como la dimensión más significativa en la calidad de su experiencia; éste tiene relación con la escucha, la información, la contención, el no poner en tela de juicio su experiencia y con brindarle apoyo durante todo el proceso de atención; luego destaca el tiempo en que fue resuelta su situación, sin dilaciones.

No es de extrañar, frente al panorama expuesto, que se estén utilizando vías ilegales para acceder al aborto por parte de mujeres que podrían haberse acogido a una causal violación. No solo se trata de desconocimiento sobre la existencia de la ley, sino de obstáculos de diversa índole, como el relato y la posibilidad de ser cuestionadas y re-victimizadas, la desconfianza en la confidencialidad de la atención de salud, la comunicación de la denuncia, los plazos acotados y la realización del proceso intrahospitalario. En los testimonios de profesionales y acompañantes de abortos fuera de la ley, se percibe congruencia con gran parte de las reflexiones de expertas en violencia sexual respecto de las dificultades y obstáculos de mujeres, niñas y adolescentes para acceder a la ley. Un elemento central es la falta de herramientas conceptuales, pero también habilidades psicosociales de los profesionales de salud para indagar, pesquisar, reconocer y manejar situaciones donde existe violencia sexual; la labor de estas organizaciones viene a cubrir, en parte, la labor del sector salud; tienen la ventaja de instalarse en una relación menos asimétrica, más cercana, de mayor confianza con las usuarias, sin embargo, de ninguna manera pueden sustituir el rol del Estado, y la protección

que se debe a las personas que viven situaciones de violencia. La dignidad de las mujeres en la interacción de salud, la contención, no cuestionar ni deslegitimar sus relatos, son claves para establecer relaciones de confianza que permitan a las mujeres recibir atención.

En relación al aporte metodológico de este trabajo, el uso de métodos cualitativos de investigación en salud, muestra su potencia heurística, su capacidad para profundizar en las problemáticas, más allá de la magnitud de los fenómenos (lo cual no es su objetivo). En temas como la violencia sexual y el aborto, es crucial contar con marcos comprensivos, que puedan dar cuenta de aquello que constituye las prácticas y el sentido de las mismas para los actores que las viven, así como la interpretación desde quienes investigamos. La mirada fenomenológica sobre las experiencias de los sujetos aporta al reconocimiento de la importancia de otras racionalidades fuera de la técnica-científica, que tienen que ver con la experiencia y la reflexividad, y está enraizada en componentes socioculturales. La formación de profesionales de la salud debiera considerar estos aspectos, tanto para reflexionar sobre sí mismos como sobre la población a la que dirigen su trabajo.

El desafío metodológico de acercarse a este fenómeno se expresó en la dificultad para poder entrevistar a las mujeres que han vivido en primera persona un aborto por causal violación. Más allá del escaso número de mujeres que han decidido interrumpir un embarazo en esta circunstancia –de forma legal-, la violencia sexual y la violación, que una vez fueron considerados como asuntos privados (asuntos familiares) y que transgredían el orden moral, son ahora ampliamente reconocidos como parte de un sistema de dominación y un asunto de asimetría de poder –del orden de género- que afecta a las mujeres. Este proceso de reconocer como problema social y sistémico, algo que previamente era percibido como aislado e individual, si bien ha ido haciendo mella en las políticas públicas y las miradas institucionales, todavía parece encapsularse en un orden discursivo/normativo, más que relacional, de las prácticas y del sentido común. Esto se expresa en la dificultad de hablar de las experiencias de violencia.

Las mujeres y los/as profesionales de salud, aún mantienen la violencia sexual como un asunto “valórico”, del que se habla en voz baja; “complejo”, “difícil” son adjetivos que se utilizaron con frecuencia durante el trabajo de campo, como si la vergüenza y la humillación que a menudo experimentan las mujeres, debieran extenderse al trato que se le da al fenómeno. En esta investigación, en muy pocos pasajes se habla de las mujeres como víctimas. Es una opción personal por destacar que, a pesar de vivir una experiencia que constituye una de las formas más ominosas de violencia, una mujer podría vivir este hecho desde otro punto de vista: sin culpa, sin vergüenza, sin autodenominarse víctima más que para efectos jurídico-legales, sin que la violencia se transforme en una marca indeleble con la que deba convivir por el resto de su vida, ¿acaso no

aspiramos a esto como sociedad? Probablemente, mujeres jóvenes, impregnadas de una mentalidad pro derechos, feministas, al verse expuestas a violencia sexual tengan más herramientas para enfrentar la violencia. De aquí surge la necesidad de problematizar la violencia sexual, el aborto, y el respeto a la diversidad de experiencias, tan infinitas como diversidad de mujeres existen en nuestra sociedad.

Capítulo 7: Conclusiones.

La caracterización realizada y el análisis de los procesos de atención desde las distintas voces llevan a las siguientes conclusiones.

- La ley 21.030 de interrupción voluntaria del embarazo, en causal violación, es un mínimo ético para las mujeres en nuestro país, fruto de una lucha colectiva por la dignidad de las mujeres. Sin embargo, su sola existencia no garantiza su puesta en práctica. A la luz de este estudio resulta claro que las particularidades de esta causal y las disposiciones normativas a las cuales quedó sujeta conforman un entramado complejo, que presenta múltiples desafíos y dificultades. Tanto usuarias como equipos de salud deben enfrentar diversos obstáculos para un acceso efectivo.
- La caracterización del proceso de atención del aborto en 3ª causal en el Hospital San José destaca diversos hitos desde la primera atención y la acogida de la usuaria hasta el acompañamiento postaborto. Como aspectos positivos, emergen la celeridad del proceso de atención (1-3 horas para la constitución de causal, y 24-48 horas después la realización de la IVE, es ambulatoria); el relevamiento de la conducción de la entrevista por el equipo de salud mental; las garantías a la continuidad de los/as profesionales durante todo el proceso, y los esfuerzos para proteger el trato y acogida, garantizando en todo momento el respeto a la decisión de la usuaria. Queda claro lo relevante que resulta garantizar el compromiso, formación y sensibilidad de los Equipos IVE, con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; sin el cual la experiencia analizada no sería posible con las características que quedaron expuestas para la provisión de la atención. El trabajo colectivo y el aprendizaje que develan sus integrantes, va más allá de la composición interdisciplinar del Equipo; existiendo elementos que permiten hablar de un espacio transdisciplinar, donde el quehacer común pero también el de cada uno/a se ve permeado por la labor de los demás.
- Entre las dificultades destacan lo relativo a la denuncia, la constitución de la causal (el relato, desde la verbalización de la experiencia como el análisis de plausibilidad requerido) y los plazos acotados de 12 semanas para mayores de 14 años y 14 semanas para menores de 14 años. La objeción de conciencia no declarada de profesionales, la falta de información y/o compromiso con la atención de mujeres en situación de aborto son temas a explorar; la calidad de la atención no puede quedar sujeta a la voluntad del profesional de turno. Este estudio muestra que también profesionales y administrativos/as externos al Equipo IVE requieren información, capacitación y sensibilidad para disminuir las barreras de acceso. Resaltan particularmente funcionarios administrativos y profesionales de Urgencias de maternidad.

- Otro elemento sustancial es la necesidad de integración de la atención primaria. En el rol de derivación ha mostrado ser poco efectivo, porque no existe el trabajo previo de pesquisa o sospecha de las situaciones de violencia. Es patente la falta de formación y compromiso con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Por otra parte, si el aborto pudiera realizarse (a voluntad de la mujer) por medio del método de aborto farmacológico, perfectamente podría ser indicado desde la APS y realizado en un lugar de la elección de la usuaria, incluyendo un dispositivo de atención de salud si no cuenta con un espacio seguro. Esto cobra mayor relevancia si nos encaminamos a una futura ley de aborto por plazos y no por causales.
- Los relatos de los profesionales muestran situaciones especialmente complejas en algunos grupos de mujeres, abriendo nuevas preguntas. De especial interés sería analizar lo que ocurre con niñas y adolescentes. Ya que no existe consentimiento sexual para las menores de 14 años, este grupo podría haber entrado a causal sin mediar la constitución de la misma. Sin embargo, un grupo importante de ellas han sido madres, muchísimo mayor a la exigua cantidad de IVEs en este grupo etario. No sabemos cuáles son las razones: si no se percatan de la gestación antes de las 14 semanas, si la familia o la red de cuidado (que también puede ser la misma red que la desproteja) no realiza las gestiones para saber si está embarazada, -por abandono o porque implicará siempre una denuncia al agresor-, o si en el mismo sistema de salud no se la derivó oportunamente.
- Aunque la ley está formalmente al alcance de todas las mujeres, los términos en los que se establece hacen que sea, de hecho, inaccesible para algunas de ellas. Las mujeres inmigrantes, rurales, discapacitadas, niñas o adolescentes, sin ciertos privilegios sociales, culturales o económicos tendrán menos probabilidades y serán menos capaces de reunir los recursos necesarios para cumplir con los requisitos de la ley. La homogeneización de estándares hace oídos sordos a la existencia de diferentes necesidades y se desentiende de la necesidad de establecer prioridades diferenciadas. Consecuentemente, estos estándares dificultan que pueda enfrentarse las necesidades de las mujeres. El hecho que las mujeres pertenecientes a ciertos grupos sufran los efectos de múltiples subordinaciones, unido a las expectativas institucionales basadas en contextos no interseccionales e inapropiados, modelan y finalmente limitan las oportunidades para poder realizar una intervención adecuada.
- Las invisibilizaciones de las cuales pueden ser objeto las mujeres, no son siempre consecuencias directas de la discriminación o la falta de una perspectiva de género, sino que frecuentemente son el fruto de estrategias retóricas y políticas que no cuestionan simultáneamente los órdenes de discriminación y de género. Como muestran las experiencias de aborto ilegal, comentadas por las acompañantes de abortos fuera de la ley, no existe una mujer violentada típica o estándar. Lo que importa aquí no es que la Ley incluya términos que atienden a particularidades, sino si se reparará

conscientemente en por qué se ignora la violencia. La pregunta no es si las mujeres se ajustan al estereotipo de usuaria, la pregunta es sí la política no considera la interseccionalidad (de clase, territorio, edad, género, etc.) como forma constitutiva de la sociedad. La invisibilización de la trama compleja de la violencia, tiene consecuencias también para el personal de salud. Comprender las dinámicas interseccionales de la intervención en el marco de esta ley, podría explicar los altos niveles de frustración y de burnout que experimenta el personal que trata de cubrir las necesidades de las mujeres de grupos más excluidos.

- Un documento técnico tiene sus límites; no es suficiente para llevar a la práctica una política de estas características, precisa ser trabajada con profesionales de salud y del intersector para avanzar hacia una red de protección adecuada para las mujeres que viven violencia sexual. Se destaca la importancia de la mirada crítica, formación y sensibilidad sobre las experiencias de las mujeres, los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos, el género, la violencia y sus efectos. Elementos de la violencia sexual como la manipulación, coerción y el concepto de consentimiento sexual son asuntos complejos, porosos, no del todo asibles, toda vez que van incorporando nuevas aristas, y se van construyendo en conjunto con nuestras sociedades. Una ley de estas características implica la aplicación de criterios en situaciones complejas. Se subraya entonces la necesidad de abrir espacios de formación a todo nivel, desde el pregrado hasta los y las profesionales que trabajan en los dispositivos de atención, así como la difusión de información a toda la población.
- La incorporación en las investigaciones sobre aborto de los testimonios y experiencias de usuarias y organizaciones (tanto legales como clandestinas) es, no solo pertinente, sino clave para ampliar la mirada frente a un fenómeno donde justamente el acceso está en entredicho. En esta investigación dicha opción metodológica ha permitido profundizar en la información, aportando dimensiones propias. En particular, resulta iluminadora la experiencia brindada por la usuaria entrevistada, quien contribuye con un correlato muy significativo confirmando la relevancia del trabajo de este grupo de profesionales.
- Los desafíos que emergen del análisis de los datos no se limitan en su alcance al Hospital San José, se trata de desafíos país, toda vez que la problemática en el acceso es una brecha pendiente a lo largo del territorio nacional. Es muy posible que el escenario configurado en este dispositivo de atención sea más positivo en relación al proceso de atención, no extensible a otros territorios, pero las dificultades relativas al acceso no son un problema aislado. Desde esta perspectiva, el conocimiento sobre las experiencias y aprendizajes locales de los actores que se encuentran en la provisión de la atención, es clave para la retroalimentación de la política pública. Desde el Equipo

IVE se plantea la relevancia de contar con espacios de diálogo con el Ministerio de Salud, donde se recoja la riqueza del trabajo desarrollado.

- El análisis desarrollado en esta investigación respalda la necesaria problematización de una ley de aborto por causales. Gran parte de las dificultades relevadas por los actores implicados en el proceso de atención y en el acceso a la IVE por causal violación podrían omitirse si las mujeres no estuvieran sujetas a las limitaciones impuestas por una ley que, de fondo, está intentando resolver la existencia o no del delito de violación. Una ley por plazos, sin que tuviera que mediar la constitución de una causal, sin duda habilitaría mayor confianza de las mujeres en la atención de salud y mayor oportunidad de pesquisa de la violencia sexual y de otras formas de violencia, en la medida que existieran equipos formados para un acompañamiento integral. La implementación de la ley vigente muestra que violación (delito) y aborto (prestación de salud) son dos asuntos que deben comprenderse y resolverse por separado; la IVE no puede supeditarse a la denuncia, ni a la demostración de la violencia vivida. Es re-victimizante para las mujeres y es una carga desproporcionada para los equipos de salud.

6. Bibliografía

1. Alan Guttmacher Institute. Aborto inducido en Chile. 2013.
2. Ley 21.030. Regula la despenalización voluntaria del embarazo en 3 causales. Chile; 2017.
3. Casas L, Maira G. Aborto en tres causales en Chile: lecturas del proceso de despenalización. 2019;296.
4. Palma I, Moreno C, Álvarez A. Violación y aborto: historia, justicia y derechos en Chile. 2016.
5. Bergallo P, González Vélez AC, Ramos, Silvina (secretaría técnica); Ramón Michel (secretaría técnica) A, Ramos (secretaria tecnica) S. Interrupción legal del embarazo por la causal violacion: enfoques de salud y juridico. 2012. 1–206 p.
6. Corporación Humanas. Realidad del aborto en Chile. Santiago; 2018.
7. Red Chilena Contra la Violencia Doméstica y Sexual. Violencia sexual y aborto: conexiones necesarias [Internet]. 2008. 127 p. Available from: <https://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/wp-content/uploads/2015/11/Violencia-sexual-y-aborto.-Conexiones-necesarias.compressed.pdf>
8. Casas L, Vivaldi L. Abortion in Chile: The practice under a restrictive regime. *Reprod Health Matters*. 2014 Nov 1;22(44):70–81.
9. Casas L. Los efectos de la Violencia sexual contra niñas y mujeres. Los casos de la violación con resultado de embarazo. 1a ed. Centro de Derechos Humanos U, editor. Santiago; 2018.
10. Uruguay R oriental del. Ley N° 18.987 Interrupción Voluntaria del Embarazo. 2012 p. 11–4.
11. Asensio R, Penal Violencia de Género J, Stella Maris Martínez D, Azzi P, Marina Bruera M, Saúl Santos Giordano A, et al. Discriminación de Género en las Decisiones Judiciales: Justicia Penal y Violencia de Género [Internet]. Vol. 142. 2010. 23–15 p. Available from: [http://campusvirtual.justiciacordoba.gob.ar/moodle/pluginfile.php/3458/mod_resource/content/4/Discriminación de género en las decisiones judiciales.pdf](http://campusvirtual.justiciacordoba.gob.ar/moodle/pluginfile.php/3458/mod_resource/content/4/Discriminación_de_género_en_las_decisiones_judiciales.pdf)
12. CEPAL. Consenso de Montevideo: Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son derechos humanos. 2013.
13. De Bruyn M. La violencia, el embarazo y el aborto Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública La violencia, el embarazo y el aborto Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública Un estudio de los datos mundiales y recomendaciones para la acción Un e [Internet]. IPAS, editor. Chaper Hill; 2003. Available from: <http://www.ipas.org>
14. Londoño Echeverry M, A. O, B GC., Jaramillo J. A, Castro R, Londoño P. Embarazo por violación: la crisis múltiple. ISEDER. Mujer. FSI para la M “SI-M/ F para la E en S y DR de la, editor. Cali: Fundación Servicios Integrales para la Mujer “SI-MUJER” / Fundación para la Educación en Salud y Derechos Reproductivos de la Mujer.; 2000.
15. Chiarotti S, Aucía A, Barrera F, Berterame C, Paolini A, Zurutuza C. Grietas en el silencio. Una investigación sobre la violencia sexual en el marco del terrorismo de Estado. CLADEM, editor. Buenos Aires; 2011. 310 p.
16. Silverman JG, Gupta J, Decker MR, Kapur N, Raj A. Intimate partner violence and unwanted pregnancy, miscarriage, induced abortion, and stillbirth among a national sample of Bangladeshi women. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2007;114(10):1246–52.
17. Shepard BL, Casas Becerra L. Abortion policies and practices in Chile: ambiguities and dilemmas. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2007 Nov;15(30):202–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17938085>
18. Espinoza Ortiz AK. Factores causales asociados a polivictimización de violencia intrafamiliar en mujeres participantes de la ENVIF-VCM año 2020 a través de grafos acíclicos dirigidos y modelos de ecuaciones estructurales. Universidad de Chile; 2022.
19. Firestone S. La Dialectica Del Sexo. En Defensa de la Revolucion Feminista. Barcelona: Editorial Kairós; 1976. 309 p.
20. Lamas M. Aborto, derecho y religión en el siglo XXI. *Debate Fem*. 2003;27:139–64.
21. Lagarde M. Género y feminismo Desarrollo humano y democracia. 1996.
22. Palma I, Moreno C. Prohibición y tolerancia al aborto en el discurso de actores del debate público en Chile. Prohibición y Toler al Abort en el discurso actores del debate público en Chile. 2016;(20):51–74.
23. Follegati L. Violencia estructural y feminismo: apuntes para una discusión. Vol. 1, Violencia Estructural

- y Feminismo: apuntes para una discusión. 2019. 17–24 p.
24. Segato RL. La guerra contra las mujeres. *Traficantes de Sueños*. 2016. 188 p.
 25. Contreras JM, Guedes A, Dartnall E. Violencia sexual en Latinoamérica y El Caribe: Análisis de datos secundarios [Internet]. OPS, editor. 2010. 1–100 p. Available from: http://www.oas.org/dsp/documentos/observatorio/violencia_sexual_la_y_caribe_2.pdf
 26. Pan American Health Organization, World Health Organization. Intimate partner violence against women in the Americas data and action. 2018;6. Available from: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.26>
 27. Russo N, Denious J. Understanding the relationship of violence against women to unwanted pregnancy and its resolution. In: Beckman LJ, Harvey M, editors. *The new civil war: The psychology, culture, and politics of abortion*. Washington: APA; 1998.
 28. Russo NF, Zierk KL. Abortion, Childbearing, and Women's Well-Being. *Prof Psychol Res Pract*. 1992;23(4):269–80.
 29. Heise L, Pitanguy J, Germain A. *Violence Against Women. The Hidden Health Burden*. Washington (DC): The World Bank; 1994.
 30. Ministerio de Salud. Protocolo para la manifestación de OC. Minsal. 2018.
 31. Langer A. Temas de actualidad / Current topics El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe EL EMBARAZO NO DESEADO: CONCEPTOS Y SITUACIÓN REGIONAL. Vol. 11, *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2002.
 32. Subsecretaría de Prevención del Delito. IV Encuesta de Violencia contra la Mujer en el Ámbito de Violencia Intrafamiliar y en Otros Espacios (ENVIF-VCM). Resultados País Antecedentes y modificaciones. 2020.
 33. Subsecretaría de Prevención del Delito. Tercera encuesta nacional de violencia intrafamiliar contra la mujer y delitos sexuales. 2019;1–52.
 34. UNICEF. Chile. Informe anual 2011. 2012;
 35. Távara-Orozco L. II Taller Latinoamericano del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG “Aborto legal por causales de salud.” *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2009;69(2):130–41.
 36. MINSAL, SML, Fiscalía, UNICEF. Norma general técnica para la Atención de víctimas de violencia sexual. 2016. 131 p.
 37. Mesa Acción por el aborto en Chile y Fondo Alquimia. Informe de monitoreo social. Implementación de la ley de interrupción del embarazo en tres causales. 2019.
 38. Subsecretaría de Salud Pública. Reglamento para ejercer Objeción de Conciencia según lo dispuesto en el artículo 119 ter del Código Sanitario [Internet]. *Diario Oficial de la República de Chile* 2018. Available from: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2018_chi_reglamento_para_ejercer_objecion_de_conciencia_segun_lo_dispuesto_en_el_articulo_119_del_codigo_sanitario.pdf
 39. Asamblea General de las Naciones Unidas. ACNUDH | Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Internet]. Resolución 1966 p. 1–10. Available from: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
 40. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res*. 1974;9(3):208–20.
 41. Andersen R. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *J Health Soc Behav*. 2013;36(1):1–10.
 42. Maia Sanchez R, Mesquita Ciconelli R. Conceitos de acesso à saúde. concepts Heal access [Internet]. 2012;31(3):260–8. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=85389304&lang=es&site=eds-live>
 43. Ministerio de Salud de Chile; Subsecretaría de Salud Pública. Ley 20.584 [Internet]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile 2021 p. 1–15. Available from: <http://bcn.cl/2p897>
 44. Ministerio de Salud. Reporte Balance de la ley IVE 3 causales a dos años de su implementación. 2020.
 45. Ministerio de Salud. 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.
 46. Chile MA por el aborto en, Alquimia F. Informe de monitoreo [Internet]. 2020. Available from: http://www.osinergmin.gob.pe/seccion/centro_documental/mineria/INFORMES/MONITOREOS-

- PARTICIPATIVOS/MP-05/1-IRL_CORIHUAMI.pdf
47. Zamberlin N, Raiher S. Revisión del conocimiento disponible sobre experiencia de las mujeres con el uso del misoprostol en América Latina. Buenos Aires; 2010.
 48. Montero A, Ramírez-Pereira M, Robledo P, Casas L, Vivaldi L, Molina T, et al. Prevalence and characteristics of conscientious objectors to Law 21.030 in public institutions. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2021;86(6):521–8.
 49. Mesa Acción por el aborto en Chile MAACH, APROFA AC de P de la familia. Acompañándonos en nuestras decisiones. Guía para informar y orientar sobre el acceso al aborto en 3 causales. 2022.
 50. Miles C. Monitoreo Interrupción Voluntaria del Embarazo, agravado por la Pandemia del Covid-19. Santiago de Chile; 2021.
 51. De Souza Minayo MC. Investigación Social. Teoría, método y creatividad. Buenos Aires: Lugar; 2004.
 52. Sautu R. Manual de metodología. Todo es teoría [Internet]. Vol. 5. 2005. 1–12 p. Available from: http://joi.jlc.jst.go.jp/JST.Journalarchive/materia1994/44.24?from=CrossRef%250Ahttps://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/MT_Globalization_Report_2018.pdf%250Ahttp://eprints.lse.ac.uk/43447/1/India_globalisation%25
 53. Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación [Internet]. Vol. 7, MC Graw Hill. 2014. 37–72 p. Available from: https://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civilwars_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625
 54. Lupicinio Iñiguez. Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales. Barcelona; 2003.
 55. Ricœur P. Teoría de la interpretación: discurso y excedente de sentido. Veintiuno S, editor. México DF; 1995.
 56. De Gaulejac V. Historias De Vida Y Sociología Clínica. *Temas Soc.* 1999;22:1–8.
 57. Cornejo M, Mendoza F, Rojas R. La Investigación con Relatos de Vida: Pistas y opciones del diseño metodológico. 2008;17:29–39.
 58. Ministerio de Salud (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. Gob Chile [Internet]. 2018;200. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/NORMA-IVE-ACOMPANAMIENTO_02.pdf
 59. Menéndez EL. El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arx d'Etnografia Catalunya* [Internet]. 1984;(3):84–119. Available from: <http://antropologia.urv.cat/revistarxiu>
 60. Bankole A, Singh S, Haas T. Characteristics of Women Who Obtain Induced Abortion: A Worldwide Review. *Int Fam Plan Perspect.* 1999;25(2):68–77.
 61. Gherardi N, Hoyos C, Gebruers C. Violencia sexual en las relaciones de pareja: el derecho al aborto y la aplicación de estándares internacionales de derechos humanos. *Ser Doc REDAAS.* 2015;N°1.
 62. República de Colombia CC. Sentencia C-055-22, declara exequible la tipificación del aborto consentido, cuando se practique antes de las 24 semanas de gestación. 2022.
 63. Bolivia. Ley n° 1005. 2017;
 64. República de Argentina. Ley 27.610 Acceso a la Interrupción Voluntaria Del Embarazo [Internet]. 2020 p. 1–7. Available from: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>
 65. (Argentina) CS de J de la N. Caso “F.A.L. s/medida autosatisfactiva”, expediente 259/2010, tomo 46, letra F, sentencia del 13/3/2012. 2012 p. 1–147.
 66. Brasil STF. APDF 54 - Arguição de descumprimento de preceito fundamental considerada. *Adi 2213/Df.* 2006;1–171.
 67. Maira G. Violencia sexual en la vida de las mujeres. Naturalización y silencio. In: *Violencia de Género e Institucionalidad Laboral en Chile : 1990-2009.* 2016. p. 24–31.
 68. Leme C, dos Santos A, Duarte MJ, Makuch MY. Embarazo tras actos de violencia sexual: experiencias de mujeres en búsqueda de interrupción legal. *Cad Saude Publica.* 2015;31(2):345–53.
 69. Aceituno R. Clínica y testimonio. In: *Los retornos de Freud.* 2006. p. 80–7.

70. Perrone R, Nannini M. Violencia y abusos sexuales en la familia. Una visión sistémica de las conductas sociales violentas. Vol. 7, Paidós Terapia Familiar. 2011. 248 p.
71. Casas L. Mi cuerpo no es realmente mío. 2008.
72. Chiantaretto JF. El testimonio y la figura del testigo sobreviviente: una aproximación plural. *Praxis* (Bern 1994). 2003;(5):88–96.
73. González-Wilhelm L, Moreno L, Carnevali R. Consideraciones médico-legales sobre causal de violación contenida en el proyecto de Ley de Aborto actualmente en trámite. *Rev Med Chil*. 2016;144(6):780–6.
74. Femenías ML. Identidades esencializadas/violencias activadas *Essencialized Identities/Activated Violences* MARÍA LUISA FEMENÍAS. *ISEGORÍA Rev Filos Moral y Política*. 2008;(38):15–38.
75. Gomes AG, Piccinini CA. Impressões e Sentimentos de Gestantes em Relação à Ultra-Sonografia Obstétrica no Contexto de Normalidade Fetal *Impressions and Feelings of Pregnant Women Concerning Obstetric Ultrasound in the Context of Fetal Normality* [Internet]. Available from: www.scielo.br/prc
76. Diniz D, Madeiro A, Rosas C. Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: A study among physicians in Brazil. *Reprod Health Matters*. 2014;22(43):141–8.
77. Palma I, Moreno Standen CM, Álvarez Carimoney A. El ultrasonido anterior al aborto en contexto de ilegalidad: un estudio sobre las prácticas discursivas de profesionales desde la experiencia de las mujeres. *Saude e Soc*. 2020;29(4):1–13.
78. Beynon-Jones SM. Expecting Motherhood? Stratifying Reproduction in 21st-century Scottish Abortion Practice. *Sociology* [Internet]. 2012 Nov;47(3):509–25. Available from: <http://soc.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0038038512453797>
79. Bajos N, Ferrand M. L'Interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Soc Contemp*. 2006;61(1):91–117.
80. Pollack Petchesky R. Fetal Images: The Power of Visual Culture in the Politics of Reproduction. *Fem Stud*. 1987;13(2):263–92.
81. Layne L. A Women's Model Health for Pregnancy Loss: A Call for a New Standard of Care. *Fem Stud* [Internet]. 2006;32(3):573–600. Available from: <http://www.jstor.org/stable/20459106>
82. Lamm E. La imposición legal de una ecografía como requisito del consentimiento informado de la mujer en materia de aborto: otra restricción al aborto; otra violación a los derechos de las mujeres. Abeledo Pe. Buenos Aires; 2012.
83. Palmer J. Seeing and knowing: Ultrasound images in the contemporary abortion debate. *Fem Theory*. 2009;10(2):173–89.
84. Becker A, Hann L. "It Makes It More Real": Examining Ambiguous Fetal Meanings in Abortion Care. *Soc Sci Med*. 2021;272:0–34.
85. Mills C. Seeing, feeling, doing: Mandatory ultrasound laws, empathy and abortion. *J Pract ethics*. 2018;3(2):1–14.
86. GIRE G de I en RE. *Violencia sin interrupción*. 2a edición. GIRE, editor. GIRE, Grupo de Información en Reproducción Elegida. México DF; 2017.
87. Ecuador AN de la R del. *Ley Orgánica que garantiza la Interrupción Voluntaria del Embarazo para Niñas, Adolescentes y Mujeres en caso de Violación* [Internet]. 2022. Available from: <https://derechoecuador.com/proyecto-de-ley-organica-que-garantiza-la-interrupcion-voluntaria-del-embarazo-para-ninas-adolescentes-y-mujeres-en-caso-de-violacion/>

7. ANEXOS.

7.1 Guion temático entrevistas.

1. INTRODUCCIÓN DEL TEMA GENERAL.

- Encuadre: Leer consentimiento en conjunto con la persona, o explicar detalladamente sus términos: objetivos del proyecto, de su participación –contar con su experiencia para aportar a la mejora de la respuesta del sistema de salud frente a la situación de IVE-, de confidencialidad y anonimato. FIRMA DE CONSENTIMIENTO (asentimiento verbal en caso de video llamada, firma posterior)
- Caracterización de la persona (usuaria, funcionario/a): Brevemente quién es: cuántos años tiene, cuál es su ocupación o cargo según corresponda.

Usuaris:

2. TEMÁTICAS A SER ABORDADAS SOBRE SU ACCESO Y EL PROCESO DE ATENCIÓN EN EL MARCO DE LA LEY DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

- Descripción de la trayectoria de llegada hasta el hospital para iniciar el proceso de atención por la solicitud de interrupción voluntaria del embarazo.
- Profundización de aspectos más específicos del proceso relacionados a la constitución de la causal 3.
- Decisión: ¿le ofrecen la IVE o ella la solicita? Cómo se le entrega información, en qué consiste esta comunicación.
- Descripción del proceso de atención y su percepción del mismo.
- Percepción de facilitadores y dificultades a lo largo del proceso.

Funcionarios/as:

2. TEMÁTICAS A SER ABORDADAS SOBRE EL ACCESO Y EL PROCESO DE ATENCIÓN EN EL MARCO DE LA LEY DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

- Descripción de la trayectoria de llegada hasta el hospital para iniciar el proceso de atención para la solicitud de interrupción voluntaria del embarazo. Obstáculos, barreras, capacidades, desafíos.
- Profundización de aspectos más específicos del proceso relacionados a la constitución de la causal 3.
- Decisión y autonomía de las mujeres en el proceso de IVE.
- Descripción del proceso de atención y su percepción del mismo.
- Percepción de facilitadores y dificultades a lo largo del proceso.

3. CIERRE

- Dejar puerta abierta para una futura sesión, de temas que hayan quedado pendientes o se quiera profundizar, o si la persona recordara algo que quisiera contar.
- Agradecimientos de la tesista a cargo de la investigación.

7.2 Acta de aprobación Comité de ética de la investigación SSMN



Dirección:
 Centro de Cuidado de la Embarazada y Parto y Neonato
 Salud Metropolitana Norte
 Calle N° 2022221
 P.O. Box 1000

Santiago, diciembre 13 de 2021

Andrea Álvarez Carimone
 Becaria ANID 2019
 Candidata a Magister de Salud Pública
 Investigadora Principal
Presente

Ref.: Proyecto de Investigación: "Ley 21.030 de Interrupción voluntaria del Embarazo en causal violación, exploración de la ruta de acceso y el proceso de atención"

Estimada Srta. Álvarez:

Habiéndose recibido su carta de fecha 17 de noviembre de 2021 y en respuesta a lo solicitado por este Comité se procede a entregar Aprobación al proyecto de la referencia y a los siguientes documentos:

1. Proyecto de Tesis, para optar a Magister en Salud Pública
2. Consentimiento Informado Funcionarios/as
3. Consentimiento Informado Usuaris
4. Invitación a proyecto de Investigación "Ley 21.030 de Interrupción voluntaria del Embarazo en causal violación, exploración de la ruta de acceso y el proceso de atención".

Esta aprobación es válida por un plazo de 12 meses a contar de esta fecha. En caso de requerir tiempo más allá de ese plazo, se deberá solicitar una extensión del mismo.

El CEI-SSMN solicita al Investigador Responsable presentar un informe final sobre el estudio.

Adjunto a la presente sírvase encontrar documentos de Consentimientos Informados e Invitación a participar timbrados, fechados y firmados por el suscrito y del cual hemos conservado copia en nuestros archivos.

Asimismo, se adjuntan Listado de Integrantes del CEI-SSMN y Declaración de Buenas Prácticas Clínicas.

Se listan los integrantes presentes en la sesión virtual del día 08 de julio de 2021:

Dr. Juan Jorge Silva Solís

Dr. Marco Clavero Pérez

Dra. María de los Ángeles Avaria Benaprés

Dra. Katherina Llanos Parra

Dra. Carolina Heresi Venegas

Abogada Carolina Carvajal Tadres

E.U. María Solari Verdugo

E.U. Alejandra Cura Capurro

La saluda atentamente,



A handwritten signature in black ink, appearing to read "J. Solís", is written over the printed name.

DR. JUAN JORGE SILVA SOLÍS
PRESIDENTE - CEI-SSMN

7.3 Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO FUNCIONARIOS/AS.

"Ley 21.030 de Interrupción Voluntaria del Embarazo en causal violación, exploración de la ruta de acceso y el proceso de atención"

Nombre de la Investigadora: Andrea Álvarez Carimoney (tesista), becaria ANID 2019.

Institución: Escuela de Salud Pública Salvador Allende G., Universidad de Chile.

Servicio o Departamento: Magister en Salud Pública

Profesora guía: Dra. Pamela Eguiguren Bravo. Correo Electrónico: peguiguren@u.uchile.cl

Servicio o Departamento: Ginecología y Obstetricia

Información del patrocinador: proyecto "Evaluación de la red de atención en salud a víctimas de violencia sexual en Chile", proyecto ganador del fondo de investigación de la Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende de la Universidad de Chile año 2020, a cargo de la Dra. María Francisca Crispi.

Invitación a participar: En su calidad de funcionario/a de salud del Hospital San José, vinculado/a a procesos IVE en tercera causal, le invitamos a participar en el estudio titulado "Ley 21.030 de Interrupción Voluntaria del Embarazo en causal violación, exploración de la ruta de acceso y el proceso de atención".

Objetivos del proyecto: el estudio busca Caracterizar la ruta de acceso y el proceso de atención en casos/situación de interrupción voluntaria del embarazo en causal violación, considerando la experiencia del personal de salud que los atiende en el HSJ.

Participación: Si acepta participar en este estudio, su participación consistirá en hablar sobre su experiencia, en una entrevista o conversación con una entrevistadora. La entrevista consiste en un número acotado de preguntas, referidas al proceso, las características del procedimiento y su experiencia vivida en los casos de IVE en tercera causal. La entrevista tiene una duración aproximada de una hora.

El lugar y hora de realización de la entrevista será elegido por usted. Para poder efectuar el análisis en forma rigurosa, solicitamos su autorización para grabar la entrevista, la cual será luego transcrita para ser utilizada sólo por la investigadora del Proyecto.

Confidencialidad y protección de los datos: La investigadora a cargo se compromete a proteger su identidad y cualquier otra información sensible que pudiera hacer reconocible su persona, para ello la información se transcribirá bajo un código que identifique la entrevista, eliminando la información sobre su

CEL-SSM NORTE
 Sistema Asesor de la Juventud
 Servicio de Salud
 Metropolitana Norte

13 DIC 2021

Sheel

identidad. La grabación, ya sea de audio y/o video, será utilizada solo con fines de transcripción, y se eliminará luego de 6 meses a partir de la realización de la entrevista. Durante este tiempo la investigadora almacenará la información en su computador personal.

Como personal de salud, y en concordancia con la Ley Ud. no está autorizado/a divulgar información confidencial de sus pacientes. Cualquier experiencia importante relacionada a su rol en la atención de casos debe ser relatada sin identificación alguna de la(s) usuaria(s).

Riesgos: No existen riesgos en la realización de esta investigación.

Beneficios: El estudio no tiene beneficios directos para usted. Sin embargo, su contribución permitirá obtener información que puede ser usada en el diseño de políticas públicas, para que sean más cercanas y pertinentes para las usuarias del sistema público de salud, así como relevar tanto las dificultades como los aprendizajes que existen en este equipo de atención.

Conclusión:

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, **otorgo mi consentimiento libre y voluntario** para participar en el proyecto "Ley 21.030 de Interrupción Voluntaria del Embarazo en causal violación, exploración de la ruta de acceso y el proceso de atención".

_____ Nombre del sujeto Run,	_____ Firma	_____ Fecha y Hora
_____ Nombre de la Investigadora Run,	_____ Firma	_____ Fecha y Hora
_____ Nombre del director del establecimiento o delegado asignado Run,	_____ Firma	_____ Fecha y Hora

13 DIC 2021

[Firma manuscrita]



Cualquier duda contactar a:
Andrés Álvarez Corimoney
Investigadora Principal del Proyecto
Teléfono: +56951968480

CONSENTIMIENTO INFORMADO USUARIAS

"Ley 21.030 de Interrupción Voluntaria del Embarazo en causal violación, exploración de la ruta de acceso y el proceso de atención"

Nombre de la Investigadora: Andrea Álvarez Carimoney (tesista), becaria ANID 2019.

Institución: Escuela de Salud Pública Salvador Allende G., Universidad de Chile.

Servicio o Departamento: Magister en Salud Pública

Profesora guía: Dra. Pamela Eguiguren Bravo. Correo Electrónico: peguiguren@u.uchile.cl

Servicio o Departamento: Ginecología y Obstetricia

Información del patrocinador: proyecto "Evaluación de la red de atención en salud a víctimas de violencia sexual en Chile", proyecto ganador del fondo de investigación de la Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende de la Universidad de Chile año 2020, a cargo de la Dra. María Francisca Crispí.

Invitación a participar: En su calidad de usuaria, atendida recientemente en este Hospital para una interrupción voluntaria del embarazo, le invitamos a participar en el estudio titulado "Ley 21.030 de Interrupción Voluntaria del Embarazo en causal violación, exploración de la ruta de acceso y el proceso de atención".

Objetivos del proyecto: el estudio busca conocer las experiencias de las mujeres que acceden a la IVE en tercera causal y describir sus procesos y sus trayectorias de atención en el Hospital San José.

Participación: Si acepta participar en este estudio, su participación consistirá en hablar sobre su experiencia, en una entrevista o conversación con una entrevistadora. La entrevista consiste en un número acotado de preguntas, referidas al proceso mediante el cual se informó y tomó la decisión, las características del procedimiento y de su experiencia vivida. La entrevista tiene una duración aproximada de una hora y media.

El lugar y hora de realización de la entrevista será elegido por usted. Para poder efectuar el análisis en forma rigurosa, solicitamos su autorización para grabar la entrevista, la cual será luego transcrita para ser utilizada sólo por la investigadora del Proyecto. También existe la posibilidad de una entrevista vía zoom.

Confidencialidad y protección de los datos: La investigadora a cargo se compromete a proteger su identidad y cualquier otra información sensible que pudiera hacer reconocible su persona, para ello la información se transcribirá



13 DIC 2021

Alvarez

bajo un código que identifique la entrevista, eliminando la información sobre su identidad. La grabación, ya sea de audio y/o video, será utilizada solo con fines de transcripción, y se eliminará luego de 6 meses a partir de la realización de la entrevista. Durante este tiempo la investigadora almacenará la información en su computador personal.

Riesgos: Puede que algunas mujeres se sientan afectadas por el hecho de recordar algunas de las experiencias vividas en ese momento. Si es el caso, usted puede negarse a responder algunas de las preguntas, o terminar la entrevista si así lo desea.

Beneficios: El estudio no tiene beneficios directos para usted. Sin embargo, algunas mujeres valoran el espacio de conversación que se abre durante la entrevista. Su contribución permitirá obtener información que puede ser usada en el diseño de políticas públicas, para que sean más cercanas y pertinentes para las vivencias de las mujeres.

Conclusión:

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, **otorgo mi consentimiento libre y voluntario** para participar en el proyecto "Ley 21.030 de Interrupción Voluntaria del Embarazo en causal violación, exploración de la ruta de acceso y el proceso de atención".

Nombre del sujeto
Run.

Firma

Fecha y Hora

Nombre de la Investigadora
Run.

Firma

Fecha y Hora

Cualquier duda contactar a:
Andrea Álvarez Carimoney
Investigadora Principal del Proyecto
Teléfono: +56951568480

13 DIC 2021

Alma

