

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE OBSTETRICIA**



“Relación entre la objeción de conciencia y el acceso de las mujeres a las prestaciones otorgadas en el contexto de la Ley 21.030 de interrupción voluntaria del embarazo en Chile”

TESIS PARA OPTAR AL TITULO PROFESIONAL DE MATRONA/MATRON

MICHELLE ARAYA CORREA

MATIAS REYES LABBÉ

PROFESORA GUIA

PROF. ASOCIADA LORETO PANTOJA MANZANAREZ

CO-TUTORES/AS

PROF. TITULAR ADELA MONTERO VEGA

PROF. ASOCIADO GABRIEL CAVADA CHACÓN

MATRONA DANIELA VARGAS GUZMÁN

Diciembre 2021

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la objeción de conciencia y el acceso de las mujeres a las prestaciones otorgadas en el contexto de la Ley N° 21 030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo, en tres causales en Chile. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal cuantitativo. Se analizaron datos del número de profesionales, del personal médico obstetra, anestesista y del personal de matronería, objetores de conciencia por cada causal entre el año 2018 y 2019, además del número de casos de mujeres que invocaron la Ley N° 21 030 entre esos mismos años, así como también los egresos hospitalarios por anencefalia registrados en ese mismo periodo de tiempo. Los datos fueron obtenidos de fuentes secundarias del Ministerio de Salud. Se analizaron las variables mediante regresión binomial negativa. **Resultados:** Entre el año 2018 y 2019 se registraron un total de 1 361 casos de mujeres que invocaron la Ley 21 030. Se pudo apreciar una relación estadísticamente significativa (p value= 0,006) entre el porcentaje del personal médico obstetra objetor para la causal 1 y el número de mujeres que accedieron a las prestaciones de la Ley. No se obtuvo resultado significativo en el resto de las variables analizadas. **Conclusión:** Existe relación entre el porcentaje del personal médico obstetras que objeta para la causal 1 y el número de mujeres que acceden a las prestaciones de la ley 21 030 en el periodo estudiado. Es importante seguir monitoreando y estudiando este fenómeno para que la OC no represente una barrera en el acceso a las prestaciones.

Palabras claves: Objeción de conciencia, Accesibilidad a los servicios de salud, Interrupción voluntaria del embarazo, Derechos Sexuales y Reproductivos.

INTRODUCCIÓN

Desde los inicios de la historia del ser humano, las mujeres se han enfrentado a la necesidad de interrumpir su gestación, ya sea, por motivos biológicos, psicológicos e incluso por razones socioeconómicas. The Center for Reproductive Rights en el año 2015 haciendo un análisis global de 200 países concluyó que el 57% de ellos considera al menos las causales de, riesgo para la salud de la madre, inviabilidad del feto o en caso de violación como razones para interrumpir un embarazo, mientras que un 41% de los países establecen sólo el riesgo de muerte materna para interrumpir una gestación y el 2% prohíbe su interrupción bajo cualquier circunstancia (1). La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es un tema íntimamente ligado a los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSSyRR), ya que estos se entienden como aquellos derechos “*que permiten a todas las personas, sin discriminación ni violencia o coerción, ejercer y decidir autónomamente sobre la sexualidad y reproducción, contando para ello con la información, los medios y servicios que así lo permitan*” (2) en ellos se estipula explícitamente el derecho a decidir tener o no hijos, el número y espaciamiento entre cada uno de ellos, el derecho a gozar la salud sexual y reproductiva libre de interferencias (3) y a tener acceso a información y servicios en materia de anticoncepción y planificación familiar (4).

Hasta hace un tiempo atrás, Chile integraba la acotada lista de países pertenecientes al 2% con una legislación que prohibía la IVE bajo cualquier circunstancia (en conjunto con países como El Salvador, Malta y Nicaragua). Con el ánimo de cambiar esta realidad, se presentaron alrededor de 28 proyectos de ley desde 1991 hasta el año 2013 (5), sin embargo, los esfuerzos comienzan a ser efectivos en el año 2015, cuando se presenta el proyecto de ley para despenalizar la IVE, culminando el 23 de septiembre del 2017 con la publicación en el Diario Oficial de la Ley N° 21 030 que regula la IVE bajo tres causales: 1. Por riesgo vital de la mujer, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida, 2. Cuando el embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal y 3. Cuando la gestación sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. Tratándose de una niña menor de 14 años, siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas de gestación (2).

La promulgación de la Ley 21 030 representó sin duda una victoria y un avance en el reconocimiento y reivindicación de los DSSyRR de la mujer, sin embargo, otro de los conflictos que trajo la puesta en marcha del protocolo IVE fue la Objeción de Conciencia (OC), reconocida según lo dispuesto en el artículo 119 TER del Código Sanitario. La OC se entiende como “*el incumplimiento de una obligación de naturaleza personal, cuya realización produciría en el individuo una lesión grave de la propia conciencia o, si se prefiere, de sus principios de moralidad*” (3). En la práctica clínica, la OC ha sido un debate presente en temáticas que ponen en conflicto principios bioéticos fundamentales, contraponiendo el derecho del prestador a la libertad de conciencia, y el derecho del/la usuario/a a recibir prestaciones de salud que por Ley le corresponden. Si bien, existen autores rupturistas que recomiendan que la OC debiera restringirse, ya que se basa en creencias personales difíciles de comprobar (6,7), el consenso internacional apunta a reconocerla como un derecho de excepción del profesional tal como lo señalan organismos como la Organización Mundial de la Salud

(OMS) (8) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) (9). Aun cuando la OC es una materia que puede ser objeto de largos debates desde lo ético, moral y deontológico, ésta es un hecho y como tal, se hace indispensable regular su ejercicio y definir sus limitaciones y requisitos de manera de hacer posible que ambos derechos, tanto el del profesional de salud como el de las usuarias, coexistan en armonía, cautelando que esta objeción de conciencia no se transforme en una barrera para el acceso a las prestaciones legalmente aceptadas (10,11,12).

De los 25 países pertenecientes a la Unión Europea (UE) que contemplan prestaciones para la IVE entre sus sistemas sanitarios, en 21 de ellos es posible invocar la OC por ley, y solo países como Suecia, Finlandia, Bulgaria y República Checa no contemplan la OC en su legislación. En aquellos donde se proporciona la garantía a objetar, se ha observado un aumento sostenido de la tasa de objetores, llegando a cifras insospechadas en países como Italia y Portugal con 70% y 80% respectivamente de OC del total del personal médico habilitados para realizar procedimientos de IVE, llegando incluso a cifras sobre el 90% en algunas provincias (13,14).

Es admisible, entonces, cuestionarse si la presencia de un segmento, en algunos casos no menor, de profesionales objetores instalados en los diferentes equipos de salud del sector público, representa en sí mismo un problema y una barrera que dificulta el acceso a las prestaciones garantizadas por ley, como así lo ha evidenciado una revisión documentada de casos en diversos países como Argentina, Brasil, Colombia, México, Perú, Polonia, Rumanía y Estados Unidos (15). Por esto, la OMS en sus recomendaciones para el aborto seguro ratifica que la OC de los profesionales no debería interferir en el acceso de las mujeres a los servicios (20), algunos autores plantean que la *“OC pone a las mujeres en una situación de desigualdad en función de su lugar de residencia, estado socioeconómico, ingresos y su capacidad para viajar”*, lo que *“ha dado lugar a limitantes en el acceso al aborto en varios países europeos”* (13).

Para analizar el impacto que genera la OC resulta imperativo observar cómo interactúan los diferentes factores asociados al contexto de cada país. En Chile debido a que el transcurso del tiempo desde que se promulgó la Ley es acotado, los estudios para determinar el impacto y prevalencia de los OC, son muy escasos. Si bien resulta complejo diferenciar en qué proporción la reducción del acceso a la IVE es atribuible a la OC y no a otros factores como la limitación de recursos, organización del sistema de salud y otras barreras (16), parece perentorio aplicar esfuerzos para comenzar a desentrañar y dilucidar el impacto que pueda generar esta garantía estatal invocada por los profesionales de salud de manera tal de salvaguardar los DSSyRR de las mujeres dentro del Sistema de Salud asegurando una atención digna, oportuna, segura y de calidad. Es por esto que este estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la OC y el acceso de las mujeres a las prestaciones otorgadas en el contexto de la Ley N° 21 030 de IVE en Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal cuantitativo, para explorar la asociación entre la invocación de la OC por parte del personal médico obstetra, anestesistas y personal de matronería con el acceso de mujeres adultas y adolescentes a las prestaciones estipuladas en la Ley 21 030 de IVE.

Para cumplir con el objetivo se recogieron los datos por medio de fuentes secundarias de información, correspondiente a la base de datos disponible en el sitio web oficial del Ministerio de Salud (MINSAL) desde donde se obtuvo el número de profesionales, del personal médico obstetra, anestesista y del personal de matronería, objetores por cada causal en los 29 servicios de salud (SS) públicos de Chile entre el año 2018 y 2019; y al Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) desde donde se recogió la información de las 1 361 mujeres que accedieron a las prestaciones de la Ley 21 030 entre los años 2018-2019, la población asignada de mujeres en edad reproductiva (10-44 años) por cada SS y los egresos hospitalarios por anencefalia en el mismo periodo de tiempo.

En una primera instancia se realizó un análisis descriptivo de los casos de IVE según causal, SS y año, y del personal objetor según causal, estamento profesional y SS. Se estimó el porcentaje de profesionales objetores por causal y la incidencia de casos IVE por año (2018-2019) a través de intervalos de confianza de Poisson. Para evaluar la asociación entre la proporción de objeción según causal, se utilizó una correlación de Pearson por estamento profesional. Para evaluar la asociación de la objeción y el acceso a las prestaciones, se utilizó una regresión binomial negativa. Se utilizó una significación del 5% y los intervalos de confianza fueron de nivel 95%. Los datos fueron procesados en el programa estadístico Stata 14.1.

En un primer análisis, se explicó el número de mujeres que accedieron a las prestaciones de la Ley 21 030 entre 2018 y 2019 a través del porcentaje de profesionales objetores en cada SS. Dicha regresión se aplicó para cada una de las causales, por cada estamento profesional y población asignada.

En un segundo análisis, se utilizó el mismo modelo estadístico, relacionando el porcentaje del personal objetor de cada estamento de profesionales para la causal 2 y el número de egresos hospitalarios por anencefalia registrados entre el año 2018 y 2019. Este análisis se limitó solo a la segunda causal debido a que se cuenta con una base de datos de fácil acceso y de dominio público sobre los casos registrados anualmente de anomalías congénitas de mal pronóstico vital contempladas para invocar la ley 21 030. Se seleccionó la anencefalia, dentro de la lista de patologías contempladas en el protocolo IVE, para invocar la segunda causal, debido a que ésta corresponde a la patología con la mayor incidencia a nivel nacional. (17)

Si bien los datos analizados corresponden a información de dominio público y, por lo tanto, las implicancias éticas se reducen al mínimo, este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (acta de aprobación N° 234-2019). Cabe mencionar que toda la información utilizada no contempló

en ningún caso los datos personales, ya sea de los profesionales de salud como de las usuarias involucradas en este análisis.

RESULTADOS

Entre el año 2018 y 2019 se registraron un total de 1 361 casos de mujeres que invocaron la Ley 21 030 (645 en 2018 y 716 en 2019), de estos, un 36,4% corresponden a la causal 1, 44,9% a la causal 2 y 18,7 % a la causal 3. Los SS con mayor número de casos corresponden a Viña del Mar-Quillota con 105 casos (7,7%), Metropolitano norte con 101 casos (7,4%) y Valparaíso con 76 casos (5,6%), mientras que la Región Metropolitana con sus 6 SS representaron el 33,4% (455) del total de casos.

En el gráfico 1 se describe la distribución de OC por estamento profesional en el período estudiado. Se observa una tendencia a objetar mayormente la tercera causal en todos los estamentos de funcionarios. Además, al comparar las cifras por año se aprecia una disminución en el porcentaje de objeción para la causal 1 y 2 y un aumento en el porcentaje de objeción para la causal 3 en todos los profesionales.

Por su parte, la mayor prevalencia de personal médico obstetra objetor se obtuvo en la causal 3, en el SS de Osorno con un 100% de objetores en 2018 y un 89,4% en 2019. La mayor prevalencia de personal anestesista objetor se obtuvo en el SS de Atacama en el 2018 con 69,2% en las tres causales y en el 2019 en el SS de Arica con 63,6% para la causal 3. La mayor prevalencia de personal de matronería objetor se obtuvo en la causal 3 en el SS del Maule con un 66,3% de objetores en 2018 y un 88,6% en 2019. (18)

La tabla 1 y 2 muestra la correlación aplicada a los porcentajes de objeción en los años 2018 y 2019 respectivamente, para cada causal y cada estamento de profesionales. Esta evidenció una estrecha asociación entre el porcentaje de objeción para las causales 1 y 2 en el personal médico obstetra, pero una correlación baja entre ambas causales con la causal 3, esto quiere decir, que, al momento de objetar, los profesionales tienen un comportamiento diferente frente a la causal 3. La alta correlación entre las causales 1 y 2 y la menor correlación de éstas con la causal 3 es tendencia observada también en el personal médico anestesista y de matronería en ambos años, pero la menor asociación con la causal 3 es menos acentuada en estos profesionales, es decir, presentan un comportamiento más uniforme en la decisión de objetar una u otra causal, sobre todo en el personal de matronería en ambos años.

El número de mujeres que accedieron a las prestaciones de la Ley 21 030 entre 2018-2019 y el porcentaje de personal objetor, se pudo apreciar una relación estadísticamente significativa (p value= 0,006) entre el porcentaje de personal médico obstetra objetor para la causal 1 y el número de mujeres que accedieron a las prestaciones de la Ley para dicha causal, mostrando un IRR de 0.97 (tabla 3). No se obtuvo un resultado estadísticamente significativo entre el porcentaje de anestesistas y personal de matronería que objetan para la causal 1 y el número de mujeres que accedieron a las prestaciones de dicha causal (p value=0,27 p value=0,32 respectivamente). Siguiendo esta misma tendencia, para el resto de las causales, inviabilidad

fetal de carácter letal y violación, no se obtuvo una correlación estadísticamente significativa entre el porcentaje de personal médico obstétrico, anestesistas y personal de matronería objetor y el número de mujeres que accedieron a las prestaciones de la Ley (tabla 3).

En cuanto al análisis que se aplicó al porcentaje de objetores para la causal 2 y el número de egresos hospitalarios por anencefalia registrados entre el año 2018 y 2019, no se obtuvo una relación estadísticamente significativa en ninguno de los estamentos de profesionales analizados (tabla 4).

DISCUSIÓN

La muestra utilizada en este estudio contempla el universo completo de SS públicos en Chile, así como también el total de profesionales sanitarios habilitados en la realización del procedimiento, esto permite obtener una visión panorámica del comportamiento de la OC en todo el territorio nacional.

En un primer análisis de la información, se pueden apreciar diferentes porcentajes de objetores para diferentes causales. Esta tendencia es observable en todos los grupos de profesionales analizados tanto en 2018 como en 2019. Resulta lógico que exista fluctuación entre el número y porcentaje de objetores año a año debido a que el pool de profesionales contratados va cambiando en los diferentes SS. Es por esto que se requiere de una constante y rigurosa monitorización del número de objetores para pesquisar una excesiva tendencia al alza de la OC en alguna causal o en alguna región específica del país. En el análisis es la causal 3, embarazo producto de violación, la que presenta la mayor prevalencia de personal objetor en los tres estamentos. Esto hace pensar que la tendencia a objetar una u otra causal podría no siempre estar determinada por el conflicto ético que se presenta en el profesional cuando se le impone realizar maniobras para interrumpir un embarazo, sino que la decisión de objetar queda condicionada por el contexto que acompaña dicho embarazo (16,19). Resultados similares se han observado en otros estudios, como los obtenidos en una muestra aleatoria estratificada de obstetras y ginecólogos de la Asociación Médica Estadounidense (American Medical Association, AMA)(20) y otro realizado a una muestra aleatoria de 555 consultores obstetras no académicos en Inglaterra y Gales (16).

La tendencia a objetar más la causal de embarazo por violación y el aumento de objetores del 2018 al 2019 debe tener especial atención por el riesgo de utilización política de la OC como mecanismo para entorpecer, dilatar y dificultar el acceso oportuno de las mujeres a las prestaciones contempladas en la legislación, transformando a esta en una forma de desobediencia civil que pretende cambiar las normas establecidas (21,22,23). Pareciera que cuando la decisión de interrumpir un embarazo no está determinada por una afección biológica concreta en la madre o el feto, que implique un diagnóstico biomédico, sino que ésta recae directamente sobre la mujer que ejerciendo su autonomía reproductiva ratifica el reconocimiento de sus DSSyRR, es cuando se observa mayor reticencia a practicar la interrupción; esto porque dicho escenario estaría cuestionando y limitando la idea de poder que ha poseído el personal médico sobre los cuerpos gestantes, tal como lo refiere un estudio que

analizó los relatos de objetores de conciencia para aborto legal en Argentina, Uruguay y Colombia, en donde se concluyó que aquellos profesionales se caracterizan por un incuestionado apego al control de los cuerpos con capacidad de gestar, entendido a las mujeres como inherentemente madres que sólo podrían eximirse de su rol, aquellas embarazadas a quienes el personal médico autorice (23,25,26).

El hallazgo de una asociación significativa en la causal 1, aun cuando la causal 3 es la que presenta el mayor porcentaje de objeción, podría explicarse porque la incidencia de los casos de embarazo por violación es menor que la incidencia de casos en los que existe riesgo de vida de la mujer durante el embarazo, haciendo que incluso un porcentaje de objeción discretamente elevado, en el caso de la causal 1, ya pudiese generar obstáculos para que las mujeres accedan de forma expedita a las prestaciones de la ley para dicha causal. Por otra parte, que solo se obtenga una asociación estadísticamente significativa en el personal médico obstetra pudiese tener relación con el poder que recae sobre estos profesionales a la hora de la toma de decisiones en los procesos obstétricos considerando el rol omnipotente, heredado desde su formación académica, que estos profesionales tienen en el sistema jerarquizado de salud (27,28).

En el análisis aplicado donde no fue posible aseverar un efecto del personal objetor sobre los egresos hospitalarios por anencefalia, podría ser explicado debido al estrecho rango en el número de egresos por anencefalia (entre 0 y 1 casos por servicio de salud al año), por ende, la existencia de al menos un equipo de profesionales no objetores sería suficiente para cumplir con las prestaciones. Otro punto a destacar, es que en este estudio se contempló sólo una patología incompatible con la vida, aquella de mayor prevalencia. Se estima que anualmente en el país se registran alrededor de 500 casos que pudiesen invocar la segunda causal (29), por lo que se sugiere realizar estudios que contemplen adicionalmente otras patologías congénitas o adquiridas, independiente en todo caso, del carácter letal que permitan la aplicación de otros modelos de estudios. Dejando de lado las limitaciones proporcionadas por los datos, otro factor que podría explicar este resultado podría ser que, los mecanismos para suplir la falta de profesionales, que brindan prestaciones en el contexto de la IVE aplicados por los SS están siendo efectivos en su labor de asegurar una atención oportuna, incluso en aquellos lugares en que la OC es altamente prevalente. Hay autores que señalan que no es la OC, sino que es la forma en que los Sistemas de Salud organizan las prestaciones de servicios de IVE lo que determina su acceso, por lo que mujeres que viven en contextos de mayor vulnerabilidad, situadas en países generalmente subdesarrollados, tienen mayor probabilidad de ver restringido su acceso a la prestación que aquellas que gocen de vivir en contextos con un mejor progreso socioeconómico (16). Por ejemplo, en Noruega se ordena a las municipalidades de condado que organicen los servicios hospitalarios para que cada mujer en su lugar de vivienda pueda obtener la terminación del embarazo en cualquier momento, teniendo en cuenta las limitaciones que impone la presencia del personal objetor (30). Diferente es la experiencia Sudafricana, en donde la alta tasa de personal objetor de conciencia, disminuye el número de prestadores dispuestos a proporcionar el servicio, lo que ha provocado que, a pesar de la despenalización del aborto en 1996, persista la práctica de abortos no seguros entre su población (16). Respecto a esto, en un escenario en donde la OC es una potestad otorgada por Ley, es de vital importancia que los mecanismos de derivación oportuna sean realmente efectivos tal como lo señala el

reglamento del MINSAL, para la manifestación de OC personal y para la OC invocada por instituciones en el marco de lo dispuesto en el artículo 119 tercero del Código Sanitario, en este se propone que los establecimientos de salud deben disponer de al menos un equipo para realizar la IVE además de asegurar una derivación de forma inmediata a otro centro de salud para la realización del procedimiento en caso de que por alguna razón no se cuente con el equipo de profesionales necesario para brindar la atención. También señala que los establecimientos tienen la obligación de “*siempre procurar los medios para salir de la imposibilidad*”, y adoptar “*todas las medidas que sean necesarias para que el ejercicio de la objeción de conciencia no afecte de modo alguno el acceso, la calidad y la oportunidad de la prestación médica de interrupción del embarazo*” (31). Sin embargo, en este documento no existe un procedimiento específico descrito para asegurar tales garantías. En la práctica algunas de las estrategias que han adoptado algunos centros de salud para asegurar las prestaciones han sido orientadas a organizar estratégicamente los turnos del personal de salud de modo que siempre se pueda contar con un equipo de no objetores y en algunos casos se ha visto la necesidad de ejercer presión directamente sobre el centro de salud con alta prevalencia de objetores para emplazar a contratar personal no objetor (25). Considerando esta situación, se requiere mayor regularización en estos procesos, para asegurar una prestación oportuna y asegurar además que, en caso de necesitar derivación, ésta en ningún caso implique que la mujer deba trasladarse a otra región del país para recibir finalmente las prestaciones requeridas. Se reitera entonces que idealmente debería asegurarse la presencia de personal médico siempre dispuesto para realizar los procedimientos en cada SS o bien disponer de un equipo que se traslade al centro asistencial que lo requiera (21). Por otro lado, es preciso señalar que, la declaración de OC por parte de ciertos profesionales puede resultar en una sobrecarga laboral para aquel personal no objetor en la red asistencial (16,21), en dicho caso y teniendo en consideración la alta prevalencia de objetores en Chile (cercana a la mitad en el caso de los médicos obstetras) se debe cautelar que la referencia de los procedimientos no genere este efecto en los profesionales no objetores.

Finalmente, el estrecho margen de tiempo que se tiene desde la puesta en marcha de la Ley (septiembre 2017) hasta la fecha, podría considerarse como una limitante para generar evidencia sobre el efecto de la OC, es por esto que se hace necesario realizar estudios extendiendo el periodo de análisis y complementar hallazgos con investigación cualitativa.

Otra limitante en este estudio, fue la disponibilidad de los datos de los diferentes organismos dependientes del Estado. La norma técnica de acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030, señala expresamente que se debe contar con un sistema de información nacional que permita monitorear todo lo relacionado a la implementación de la Ley IVE (17). Sin embargo, la información que estuvo disponible en estas plataformas durante gran parte de la realización de este estudio se presentó de forma parcializada y desactualizada. Esto hizo necesario recurrir a la Ley de Transparencia de la Función Pública y de Acceso a la Información de la Administración del Estado de Chile (Ley 20 285), resultando ser un proceso extenso y burocrático, sin resultados exitosos. Si bien en etapas posteriores los canales destinados a brindar la información actualizaron sus sistemas, este obstáculo limitó la cantidad de información disponible en la primera etapa del estudio. Por esto, es preciso destacar que, es necesario redoblar los esfuerzos para que la obtención de

información sobre la IVE y la objeción de conciencia, se encuentre debidamente sistematizada y se proporcione de manera, oportuna, expedita y sin barreras para así aportar en la construcción del conocimiento científico y consolidar el rol de seguimiento del Estado sobre la implementación de políticas públicas que mejoran la salud reproductiva de las mujeres. Considerando todo lo anteriormente expuesto, y sumado a la escasez de estudios complementarios al respecto, hacen difícil dilucidar hasta el momento el real efecto que tiene la OC de los profesionales sobre el acceso a las prestaciones.

CONCLUSIÓN

Existe relación entre el porcentaje del personal médico obstetra que objeta para la causal 1 y el número de mujeres que acceden a las prestaciones de la Ley 21 030 en el periodo de años estudiado (2018-2019). La causal 3, embarazo producto de violación, es la que presenta la mayor prevalencia de personal objetor en los tres estamentos. Es importante seguir monitoreando el comportamiento de la OC, teniendo un registro de datos actualizado y de fácil acceso, así como también continuar estudiando el fenómeno con metodología cualitativa de investigación para descubrir otro tipo de dificultades y de experiencias vividas por las mujeres que invocan esta garantía, todo esto con el fin de cautelar que la OC no interfiera en el acceso a las prestaciones de las leyes que regulan las interrupciones voluntarias del embarazo en Chile y América Latina asegurando un servicio digno, oportuno y de calidad para todas las mujeres.

ANEXOS

Gráfico 1: Prevalencia de objetores de conciencia según estamento funcional y por cada causal. Chile 2018-2019.



Fuente: Elaboración propia a partir de: Funcionarios objetores de conciencia por Servicios de Salud. Ministerio de Salud de Chile. <https://www.minsal.cl/funcionarios-objetores-de-conciencia-por-servicio-de-salud/>

Tabla 1: Correlación de Pearson aplicada a los porcentajes de objeción año 2018

Personal médico obstetra 2018	Personal médico obstetra objetor causal 1	Personal médico obstetra objetor causal 2	Personal médico obstetra objetor causal 3
Personal médico obstetra objetor causal 1	1.0000		
Personal médico obstetra objetor causal 2	0.8480 0.0000	1.0000	
Personal médico obstetra objetor causal 3	0.5394 0.0025	0.7150 0.0000	1.0000
Personal médico anestésista 2018	Personal médico anestésista objetor causal 1	Personal médico anestésista objetor causal 2	Personal médico anestésista objetor causal 3
Personal médico anestésista objetor causal 1	1.0000		
Personal médico anestésista objetor causal 2	0.8437 0.0000	1.0000	

Personal médico anestesista objetor causal 3	0.6981 0.0000	0.9045 0.0000	1.0000
Personal de matronería 2018	Personal de matronería objetor causal 1	Personal de matronería objetor causal 2	Personal de matronería objetor causal 3
Personal de matronería objetor causal 1	1.0000		
Personal de matronería objetor causal 2	0.8990 0.0000	1.0000	
Personal de matronería objetor causal 3	0.9259 0.0000	0.9899 0.0000	1.0000

Tabla 2: Correlación de Pearson aplicada a los porcentajes de objeción año 2019

Personal médico obstetra 2019	Personal médico obstetra objetor causal 1	Personal médico obstetra objetor causal 2	Personal médico obstetra objetor causal 3
Personal médico obstetra objetor causal 1	1.0000		
Personal médico obstetra objetor causal 2	0.8016 0.0000	1.0000	
Personal médico obstetra objetor causal 3	0.4002 0.0315	0.6444 0.0002	1.0000
Personal médico anestesista 2019	Personal médico anestesista objetor causal 1	Personal médico anestesista objetor causal 2	Personal médico anestesista objetor causal 3
Personal médico anestesista objetor causal 1	1.0000		
Personal médico anestesista objetor causal 2	0.7424 0.0000	1.0000	
Personal médico anestesista objetor causal 3	0.6032 0.0005	0.8609 0.0000	1.0000
Personal de matronería 2019	Personal de matronería objetor causal 1	Personal de matronería objetor causal 2	Personal de matronería objetor causal 3
Personal de matronería objetor causal 1	1.0000		
Personal de matronería objetor causal 2	0.9028 0.0000	1.0000	
Personal de matronería objetor causal 3	0.7962 0.0000	0.9287 0.0000	1.0000

Tabla 3: Regresión binomial negativa entre el número de mujeres que accedieron a las prestaciones de la Ley 21 030 entre 2018 y 2019 y el porcentaje de profesionales objetores en cada SS, por causal.

N° de casos por causal	Porcentaje de objetores por estamento profesional	IRR	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
N° de casos Causal 1	Año	1.010654	0.197676	0.05	0.957	.6888333	1.482828
	Personal médico obstetra 6	0.978119	0.0078475	-2.76	0.006	0.9628591	0.9936219
	Personal médico anestesista	1.009431	0.0086002	1.10	0.271	0.9927144	1.026428
	Personal de matronería	1.011113	0.0114331	0.98	0.328	0.9889509	1.033772
N° de casos Causal 2	Año	1.136828	0.1271403	1.15	0.252	0.9130579	1.415439
	Personal médico obstetra 3	0.994592	0.0037165	-1.45	0.147	0.9873347	1.001903
	Personal médico anestesista 7	0.998588	0.0044473	-0.32	0.751	0.9899101	1.007343
	Personal de matronería	1.005904	0.003873	1.53	0.126	0.9983416	1.013524
N° de casos Causal 3	Año	1.207652	0.1991888	1.14	0.253	0.874069	1.668546
	Personal médico obstetra	1.006037	0.0039676	1.53	0.127	0.9982908	1.013844
	Personal médico anestesista	1.002042	0.0046055	0.44	0.657	0.9930561	1.011109
	Personal de matronería 8	0.990632	0.0048488	-1.92	0.055	0.9811748	1.000182

Tabla 4: Regresión binomial negativa entre el número de mujeres que accedieron a las prestaciones de la segunda causal entre 2018 y 2019 y el porcentaje de profesionales objetores en cada SS en dicha causal.

	Objetores para causal 2	IRR	Std. Err.	z	P> z 	[95% Conf. Interval]	
N° egresos por anencefalia	Año	0.5606966	0.4710275	-0.69	0.491	0.1080574	2.909387
	Personal médico obstetra	1.013254	0.024897	0.54	0.592	0.9656133	1.063245
	Personal médico anestesista	0.8525434	0.0746194	-1.82	0.068	0.7181489	1.012088
	Personal de matronería	0.9849494	0.0402843	-0.37	0.711	0.9090753	1.067156

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Interrupción Voluntaria del Embarazo: definición, proyectos de ley y legislación extranjera [Internet]. [cited 2019 May 27]. Available from: <http://www.guttmacher.org/pubs/Abortion-Worldwide.pdf>.
2. Ley 21030 23-sep- 2017 Ministerio de Salud - Ley Chile - Biblioteca del Congreso Nacional [Internet]. [cited 2019 May 27]. Available from: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1108237>
3. Angela Aparisi Millaris, José Lopez Guzmán. El derecho a la objeción de conciencia en el supuesto del aborto. ISSN 0123 3122 P & B Vol.10 Rev N°1 (26) Pág. 35-51. 2006. Disponible en: [file:///C:/Users/HpNote/Downloads/Dialnet-ElDerechoALaObjecionDeConcienciaEnElSupuestoDelAbo-2118167%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/HpNote/Downloads/Dialnet-ElDerechoALaObjecionDeConcienciaEnElSupuestoDelAbo-2118167%20(1).pdf)
4. Fernández Jiménez, Paula; Llanos Silva, Andrés; et al. Percepciones de los futuros profesionales de la salud, sobre la Ley de aborto 21.030 y objeción de conciencia. Universidad Miguel de Cervantes. Escuela de Trabajo Social Malvina Ponce de León. [tesis en Internet]. 2018, diciembre. Disponible en: <https://www.umcervantes.cl/wp-content/uploads/2019/06/PERCEPCIONES-DE-LOS-FUTUROS-PROFESIONALES-DE-LA-SALUD-SOBRE-LA-LEY-DE-ABORTO-21.030-Y-OBJECI%C3%93N-DE-CONCIENCIA.pdf>
5. Violencia sexual Primer Informe Salud Sexual Salud Reproductiva y Derechos Humanos En Chile [Internet]. [cited 2019 May 28]. Available from: <http://venezuela.unfpa.org/>
6. Fiala C, Arthur JH. There is no defence for “Conscientious objection” in reproductive health care. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2019 May 28];216:254–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28757115>
7. Montero Vega, Adela; Ramirez-Pereira, Mirliana. Noción y argumentos sobre la objeción de conciencia al aborto en Chile. *Rev. Bioética y Derecho*, Barcelona , n. 49, p. 59-75, 2020. [accedido en 19 jul. 2021.] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000200005&lng=es&nrm=iso.
8. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems Second edition technical and policy guidance for health systems [Internet]. [cited 2019 May 28]. Available from: www.who.int/reproductivehealth
9. ETHICAL ISSUES IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY by the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women’s Health [Internet]. 2012 [cited 2019 May 28]. Available from:

<https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/Spanish Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology.pdf>

10. Montero V, Adela et al . La objeción de conciencia en el debate sobre la despenalización del aborto por tres causales en Chile. *Rev. chil. obstet. ginecol.*, Santiago, v. 82, n. 4, p. 350-360, oct. 2017. [accedido en 19 jul. 2021] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000400350&lng=es&nrm=iso.
11. Montero Vega, Adela. La objeción de conciencia de los profesionales y su relación con la atención en salud sexual y reproductiva de adolescentes en Santiago de Chile. *Acta bioeth.*, Santiago , v. 20, n. 2, p. 197-206, nov. 2014. [accedido en 19 jul. 2021] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2014000200007&lng=es&nrm=iso.
12. Gonzales-Velez, Ana-Cristina. Conscientious Objection, bioethics and human rights: A perspective from Colombia. *Rev. Bioética y Derecho*, Barcelona , n. 42, p. 105-126, 2018. [accedido en 19 jul. 2021] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872018000100008&lng=es&nrm=iso.
13. Heino A, Gissler M, Apter D, Fiala C. Conscientious objection and induced abortion in Europe. *Eur J Contracept Reprod Heal Care*. 2013;18(4):231–3.
14. Bo M, Zotti CM, Charrier L. The no correlation argument: can the morality of conscientious objection be empirically supported? the Italian case. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2017 Nov 21 [cited 2019 May 28];18(1):64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29157253>
15. Tavara Orozco, Luis. Objeción de conciencia. *Rev. peru. ginecol. obstet.*, Lima , v. 63, n. 4, p. 581-590, oct. 2017. [accedido en 19 jul. 2021] Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400010&lng=es&nrm=iso.
16. Chavkin W, Leitman L, York N. La objeción de conciencia y la negativa a brindar atención de salud reproductiva: un informe que examina la prevalencia, las consecuencias de salud y las respuestas normativas Polin; a para Global Doctors for Choice a Global Doctors for Choice, GDC Global [Internet]. [cited 2019 May 28]. Available from: <https://mileschile.cl/cms/wp-content/uploads/2019/01/La-objeción-de-conciencia-y-la-negativa-a-brindar-atención-de-salud-GDFC.pdf>
17. Ministerio de Salud, Chile. 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 [Internet]. 2018 [citado 19 jul. 2021]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/NORMA-IVE-ACOMPANAMIENTO_02.pdf

18. Ministerio de Salud, Chile. Funcionarios objetores de conciencia por Servicios de Salud [Internet]. 2019 [citado 26 agosto 2021]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/funcionarios-objetores-de-conciencia-por-servicio-de-salud/>
19. Lisa H Harris, Alexandra Cooper, Kenneth A Rasinski, Farr A Curlin, Anne Drapkin Lyerly. Obstetrician–Gynecologists’ Objections to and Willingness to Help Patients Obtain an Abortion. [Internet]. Manuscrito del autor; disponible en PMC 2014 Oct 4. Publicado en forma editada final como: *Obstet Gynecol.* 2011 Oct; 118 (4): 905–912. doi: 10.1097 / AOG.0b013e31822f12b7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4185126/>
20. Harris LH, Cooper A, Rasinski KA, Curlin FA, Lyerly AD. Obstetrician-gynecologists' objections to and willingness to help patients obtain an abortion. *Obstet Gynecol.* 2011 Oct;118(4):905-12. doi: 10.1097/AOG.0b013e31822f12b7. Erratum in: *Obstet Gynecol.* 2011 Dec;118(6):1424. PMID: 21934455; PMCID: PMC4185126.
21. Marshall, Pablo; Zuñiga, Yanira. Objeción de conciencia y aborto en Chile. *Derecho, Lima* , n. 84, p. 99-130, enero 2020 . Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0251-34202020000100099&lng=es&nrm=iso.
22. Alvarez Galvez, Iñigo. Algunas notas sobre el concepto de objeción de conciencia. (2017). *Atenea*, (516), 121-134. Disponible en: <https://revistas.udec.cl/index.php/atenea/article/view/429>
23. Montero A, Villarroel R. A critical review of conscientious objection and decriminalisation of abortion in Chile. *J Med Ethics.* 2018 Apr;44(4):279-283. doi: 10.1136/medethics-2017-104281. Epub 2018 Jan 6. PMID: 29306873.
24. Botero, Sonia Serna; Cárdenas, Roosbelinda; Zamberlin, Nina. ¿De qué está hecha la objeción? Relatos de objetores de conciencia a servicios de aborto legal en Argentina, Uruguay y Colombia. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 33, p.137-157. Sep-Dec 2019. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sess/a/By3q4CZDGfM33g7wWhXgdyC/?lang=es>
25. Informe de Monitoreo Social. Implementación de la ley de interrupción del embarazo en tres causales. 2019, junio. Disponible en: <http://oge.cl/wp-content/uploads/2019/06/Informe-Monitoreo-Social-Mesa-Aborto-Chile.pdf>
26. Ramírez-Pereira, M., & Montero Vega, A. (2021). Representaciones sociales sobre género en actores relevantes, vinculadas con la despenalización de la interrupción del embarazo en Chile. *Atenea*, (523), 331-346. Disponible en: <https://doi.org/10.29393/AtAt523-424MRRS20424>

27. Tobeña, Verónica. Relaciones de poder al interior de un equipo interdisciplinario de salud. ISSN-e 1514-9331, N°. 17, 2006. [citado 19 jul. 2021] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7267515>
28. Acuña, B.; Buffone, I.R.; et al. Control Social y las relaciones de poder en la interacción equipo de salud- usuario. Revista de Medicina Familiar y General. Vol. 9 Núm. 1 (2012). [citado 19 jul. 2021]. Disponible en: <https://www.cienciasdelasalud.uns.edu.ar/docs/trabajos/vanesa%20fuks/Control%20Social%20y%20las%20relaciones%20de%20poder%20en%20la%20interaccion%20equipo%20de%20salud.pdf>
29. Casas Becerra, Lidia; Maira Vargas, Gloria. Aborto en tres causales en Chile. Lecturas del proceso de despenalización. Santiago de Chile: Gráfica LOM; 2019. ISBN 978-956. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/34070.pdf>
30. Carino, Giselle; González Vélez, Ana Cristina; Durán, Juanita. Aborto Legal: Regulaciones sanitarias comparadas, un análisis en América Latina y algunos países de Europa y África [Internet]. ISBN: 978-9974-7717-5-8. 2008. [citado 19 jul. 2021] Disponible: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4096>
31. Ministerio de Salud, Chile. Reglamento para ejercer Objeción de Conciencia según lo dispuesto en el artículo 119 TER del Código Sanitario [Internet]. 2018 [citado 16 octubre 2020]. Disponible en: <http://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2018/10/23/42187/01/1482452.pdf> Última consulta 30/04/2021.