

**Primer Informe
Salud Sexual
Salud Reproductiva y
Derechos Humanos
En Chile**



V.

Aborto

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que eliminar el aborto inseguro es uno de los componentes claves de su estrategia de salud reproductiva que se fundamenta en los tratados internacionales de derechos humanos y en declaraciones globales de consenso que demandan el respeto, la protección y el cumplimiento de todos los derechos humanos, en especial el derecho a acceder al mayor estándar de salud posible².

La actual legislación que prohíbe el aborto en Chile restringe la libertad de las mujeres, adolescentes y niñas, reflejando grandes inequidades y desigualdades que viven en materia de derechos reproductivos afectando sus derechos fundamentales, tales como la libertad, dignidad humana así como su integridad psíquica y física.

Aún cuando el Estado de Chile se ha comprometido internacionalmente con la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos y Degradantes; El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Convención Belén do Pará; Convención sobre los Derechos del Niño que incluyen a los derechos reproductivos como derechos humanos, no se ha logrado avanzar en la despenalización del aborto.

Diversas entidades e instituciones internacionales como la OMS, OPS, ONU Mujeres, IPPF, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la Corte Europea de Derechos Humanos, Amnistía Internacional, Catholics for Choice CFC, han considerado que penalizar el aborto es un atentado contra los derechos humanos de las mujeres.

Se estima un 17% de muertes maternas por aborto en condiciones clandestinas en el mundo. La OMS en el 2016, calcula que cada año se realizan unos 22 millones de abortos peligrosos en todo el mundo, casi todos ellos en países en desarrollo

Cada año, 5 millones de mujeres ingresan en hospitales como consecuencia de un aborto peligroso y más de 3 millones de mujeres que han sufrido complicaciones a raíz de un aborto peligroso no reciben atención médica.

Fuente: OMS (2016). Prevención del aborto peligroso. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/>

La Oficina Regional para América del Sur del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en Chile (OPS/OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas en Chile (UNFPA) recordaron el compromiso del Estado de Chile, en el marco del Examen Periódico Universal del Consejo de Derechos Humanos de la ONU en 2014, a “revisar y modificar la legislación actual que criminaliza la interrupción del embarazo en todas las circunstancias, y a adoptar medidas para reforzar y proteger los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres;”³.

La penalización total del aborto en el país data del año 1989 en plena dictadura militar. Pese a no estar en la agenda política de los gobiernos de la Concertación, sí se presentaron 26 proyectos de ley desde 1991 hasta el 2010. El año 2010 se discutió la idea de legislar en la Sala del Senado perdiendo la votación. Durante el 2013 se presentaron dos proyectos más para despenalizar el aborto en tres causales, y el 2015 el ejecutivo ingresó el proyecto

1 Claudia Dides, Socióloga, Magister en Estudios de Género y Cultura, Universidad de Chile. Directora Corporación Miles. Constanza Fernández, Socióloga, Diplomada en Universidad Diego Portales, Coordinadora Área de Investigación Corporación Miles.

2 OMS (2012). Aborto sin riesgos: Guía Técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda Edición.

3 Chile: declaración de ACNUDH, OPS/OMS Y UNFPA sobre proyecto de ley de despenalización del aborto en tres causales. SANTIAGO (25 de junio de 2015). Disponible en: http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=639:chile-declaracion-de-acnudh-opsoms-y-unfpa-sobre-proyecto-de-ley-de-despenalizacion-del-aborto-en-tres-causales&Itemid=1005

que actualmente se discute⁴. El proyecto de ley actual modifica el Artículo 119 del Código Sanitario y está planteado por causales limitadas de aborto: riesgo de vida de la mujer, inviabilidad fetal extrauterina y en casos de violación. Para esta última causal existe un límite de temporalidad, por tanto la propuesta de ley tiene una mezcla entre causales y límite de tiempo⁵.

Tal como lo señalan Dides, C. Benavente, C. Saez, I. (2011)⁶, las únicas ventanas de oportunidades que se han dado respecto a la revisión legal vigente desde 1989 han sido mociones emanadas desde el parlamento. Desde el año 1991 se han presentado proyectos de diversa índole y que las autoras clasifican como: “1. Por un lado las iniciativas legales que permiten introducir el aborto terapéutico o aborto por indicación o que fortalecen el secreto profesional frente al aborto inducido; 2. Las iniciativas que buscan asegurar la penalización, es decir, que la pena sea mayor o que la persecución penal sea más drástica o que se establezcan nuevos delitos vinculados al aborto, y 3. Las iniciativas que buscan crear simbología cultural y social de protección al no nato y que condenan el aborto”.

La mayoría de las ciudadanas y ciudadanos en Chile están a favor de legalizar el aborto en las tres causales propuestas en el proyecto de ley que regula la interrupción voluntaria del embarazo. Según distintos estudios de opinión pública, entre los años 2009 y 2016, alrededor del 70% de la población chilena está de acuerdo con las 3 causales: riesgo de vida de la mujer, inviabilidad fetal y violación. Cabe mencionar que las encuestas pertenecen a centros de investigación, organizaciones e instituciones de diversas tendencias ideológicas y políticas; entre ellas es posible mencionar el Instituto Nacional de la

Juventud (INJUV), Centro de Estudios Públicos (CEP), Adimark, CADEM, Programa Género FLACSO-Chile, Universidad Diego Portales, Corporación Humanas, entre otras. Estas encuestas de opinión pública han sido realizadas con muestras probabilísticas y representativas de la población chilena.

Estado de la Situación

Mortalidad materna y aborto

La mortalidad materna en Chile es baja respecto a los otros países latinoamericanos. Entre 1990 y 2003 hubo una disminución de la mortalidad materna para luego mantenerse constante entre el 2004 y el 2011, tal como se describe en el gráfico N°1⁷.

Gráfico N°1: Mortalidad Materna en los últimos 20 años.

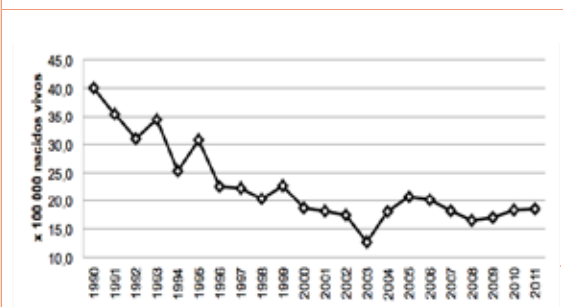


Figura 1.2. Tendencia de la mortalidad materna, Chile 1990-2011. (Datos no publicados. Donoso cols, 2014).

Fuente: Ministerio de Salud, 2014.

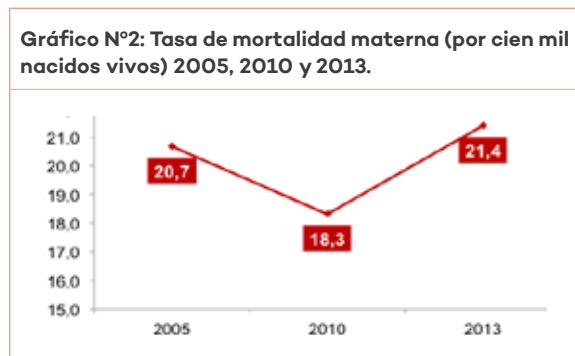
4 Op. Cit, Dides et al (2015)

5 En el año 2015 la presidenta de Chile Michelle Bachelet presentó al Parlamento un Proyecto de Ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Mensaje de S.E la presidenta de la República con el que inicia un Proyecto de ley que regula la despenalización voluntaria del embarazo en tres causales. Mensaje 1230/362 Santiago, 31 de enero 2015. <http://www.mileschile.cl/documentos/proyectos/Proyecto%20Ley%20Aborto%20Chile%20enero%202015.pdf>

6 Dides, C. Benavente, C. Saez, I. (2011) Dinámicas Políticas sobre Aborto en Latinoamérica: Estudio de Casos. Segunda parte: Marco situacional del aborto en los cuatro países: Brasil, Chile, México y Nicaragua. FLACSO-Chile.

7 La tasa de mortalidad materna corresponde al número de defunciones de mujeres, debido a complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio por cada 100.000 nacidos vivos en un determinado periodo de tiempo

Según el INE, entre el año 2010 y 2013, la tasa de mortalidad materna ha aumentado de un 18,3 en el año 2010 a un 21,4 en el 2013, tal como se señala en el gráfico N°2:



Fuente: INE, Estadísticas Vitales. 2005, 2010 y 2013.

En Chile entre el siglo XIX y XX, con el decrecimiento demográfico y el control de la natalidad, la cuestión reproductiva pasó a ser pública y política. Entre 1960 y 1973 ocurrió una declinación importante de registros de aborto, lo cual se correlaciona con el aumento de coberturas de anticonceptivos en el marco de las actividades realizadas por el antiguo programa de planificación familiar, hoy llamado regulación de la fertilidad. Durante este periodo Chile fue uno de los países más avanzados de América Latina en materia de salud reproductiva. Tal como señala el Ministerio de Salud, en los años 60 más de 1/3 de la mortalidad materna era causada por abortos, por ejemplo en el año 1960 hubo 302 muertes maternas por aborto, siendo el grupo más vulnerable mujeres que tenían más de tres hijos y pertenecían al estrato socioeconómico bajo. Además hay que considerar que existía una baja cobertura hospitalaria del parto.

Conforme a datos del MINSAL, el aborto ocupa el tercer lugar del total de defunciones y mortalidad en el embarazo, parto y puerperio, según grupos de causa entre el 2000 y 2012, con un 14% al igual que las complicaciones predominantes relacionadas con el embarazo y el parto. Por su parte, las muertes obstétricas indirectas son un 29%; edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo para y el puerperio alcanzan un 24%;

complicaciones relacionadas con el puerperio (7%); hemorragia en el embarazo, parto y puerperio (5); sepsis puerperal y otras infecciones (4%), muerte materna debido a cualquier causa obstétrica que ocurra después de 42 días pero antes de un año del parto (2%); muertes obstétricas de causas no específicas (1%)⁸.

De acuerdo al MINSAL, los egresos hospitalarios por embarazo terminado en aborto en el año 2012 corresponden a 30.434 casos. Un total de 26.802 casos se ubican en el tramo de edad 20-44 años, seguido por 3.070 del tramo de edad 15 a 19 años y 130 casos en el grupo etario de 10 a 14 años⁹.

Las categorías con mayores registros corresponden a “otros productos anormales de la concepción” con 12.791, concentrado en el tramo de edad 20 a 44 años. Le sigue “aborto no especificado” con 7.952 registros y el “aborto espontáneo” registra 5.219 casos.

Conforme a datos entregados por el Ministerio de Salud, durante 2012 los egresos hospitalarios por aborto fueron 30.434 casos; de ellos, un total de 26.802 casos se ubican en el tramo etario entre 20-44 años, seguido por 3.070 casos del tramo etario entre 15 a 19 años. Las categorías de acuerdo a la CIE-10¹⁰ con mayores registros corresponden a “otros productos anormales de la concepción” con 12.791, concentrado en el tramo etario entre los 20 a 44 años. Le sigue “aborto no especificado” con 7.952 registros y el aborto espontáneo registra 5.219 casos¹¹.

En relación a la morbilidad por aborto, tal como señala Troncoso y Soto¹² (2016), aunque en número absolutos disminuye desde 34.383 en el

8 Presentación Programa Nacional Salud de la Mujer, Ministerio de Salud. Temuco, noviembre, 2014. Departamento Ciclo Vital a partir de datos DEIS 2000-2012, Ministerio de Salud.

9 Datos obtenidos del Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de Chile, disponible en: http://intradeis.minsal.cl/egresoshospitalarios/menu_publica_nueva/menu_publica_nueva.htm

10 Décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, OMS.

11 Óp. Cit. Dides, et. al.

12 Troncoso, P. Soto, E. (2016) Morbimortalidad materna por aborto en Chile: análisis críticos de las estadísticas nacionales. En: Sala, Segres, Figueroa (2016) Aborto y Derechos Reproductivos. Implicancia desde la ética, el derecho y la medicina. Universidad Diego Portales, The University of Edinburgh. Colección Pensamiento Contemporáneo.

Tabla N° 1: Egresos Hospitalarios según edad y causa, 2012

Egresos Hospitalarios según embarazo terminado en aborto (000-008)		Grupos de Edad (en años)									
		Total	Menor de 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 44	45 a 64	65 a 79	80 y más
Servicios	Total	30.434	-	-	-	130	3.070	26.802	432	-	-
	Embarazo Ectópico (000)	3.713	-	-	-	5	200	3.483	25	-	-
	Mola Hidatiforme (001)	243	-	-	-	2	44	174	23	-	-
	Otros productos anormales de la concepción (002)	12.791	-	-	-	43	1.046	11.511	191	-	-
	Aborto espontáneo (003)	5.219	-	-	-	28	650	4.465	76	-	-
	Otro aborto (005)	295	-	-	-	2	41	249	3	-	-
	Aborto no especificado (006)	7.952	-	-	-	48	1.069	6.723	112	-	-
	Intento fallido de aborto (007)	2	-	-	-	-	-	2	-	-	-
Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar (008)	219	-	-	-	2	20	195	2	-	-	

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, Minsal, 2015.

año 2001 a 30.432 en el año 2012 la proporción de egresos por aborto del total de egresos obstétricos se mantiene en torno al 10% y corresponde alrededor del 2% de los egresos totales.

Por otra parte, existen estimaciones de aborto de acuerdo a las tres causales del proyecto de ley que regula la interrupción voluntaria del embarazo según datos del MINSAL del 2012. Para la causal de riesgo de vida de la mujer se estiman 9.991 casos anuales; la segunda causal, que se refiere a la inviabilidad fetal con diagnóstico de menos de 22 semanas representan entre 304 y 543 casos y, por último, para la causal violación se estima 1.035 casos.

Tabla N°2: Egresos Hospitalarios por aborto y razón de mortalidad por aborto

Año	Egresos hospitalarios por aborto	Número de muertes por aborto	Razón por 10.000 egresos hospitalarios
2006	32.969	7	2,12
2007	32.708	4	1,22
2008	33.428	5	1,50
2009	33.772	3	0,89
2010	31.933	6	1,88
2011	30.860	8	2,59
2012	30.432	4	1,31

Fuente: Elaboración propia, Corporación Miles. A partir de datos entregados por Ley de Transparencia del Ministerio de Salud.

Embarazo y Violación

El embarazo producto de una violación es una de las violencias de género más graves ejercidas contra la mujer. Afecta a la víctima en su integridad psíquica, física, social, sexual y existencial. De los múltiples impactos de la violación, sin duda el embarazo es uno de los más críticos, por todas las crisis que conlleva en momentos de gran fragilidad emocional. Más aún cuando la víctima no quiere continuar su embarazo, y se le prohíbe su interrupción producto de la penalización total del aborto en Chile, siendo esta una decisión obligada que va a repercutir en el proyecto de vida de la víctima como también de su hijo/a. Por otra parte el someterse a un aborto de manera ilegal puede implicar grandes inseguridades, riesgos para la víctima y hasta sanciones legales¹³.

El acto de la violación tiene múltiples repercusiones de tipo psicológico, físico, emocional y existencial para la mujer, incluidas las consecuencias en su salud sexual como la presencia de ITS y/o VIH, o en su salud reproductiva al presentar un embarazo no deseado. Entre las consecuencias de salud que no son mortales se encuentran: afeción de estrés postraumático, depresión, humillación, vergüenza, baja autoestima, miedo, ansiedad, dificultades del

sueño, comportamiento suicida, trastorno de pánico, lesiones físicas- como fístula traumática (desgarre)-, además de suprimir su práctica sexual y amorosa.

En la mayoría de los casos, las niñas sometidas a violencia sexual, desconocen que se encuentran embarazadas hasta que en ocasiones son llevadas a un centro de salud por malestares, lo que ocurre frecuentemente después del plazo de 14 semanas previsto por el proyecto de ley interrupción del embarazo por tres causales que se discute actualmente. Particularmente en el caso de las niñas víctimas de violación, resulta muy difícil diagnosticar el embarazo resultado del abuso en el plazo propuesto.

Esta situación genera múltiples crisis emocionales y físicas en la mujer; las consecuencias psicológicas que repercuten sobre la maternidad por violación son reacciones ambivalentes de parte de la víctima al feto, como rechazo a la lactancia, síndrome postraumático, recuerdos recurrentes de la experiencia abusiva, sentimientos de culpa, vergüenza, rabia, etc., lo que puede ocasionar complicaciones en el tiempo, como depresión, inestabilidad, o tendencia autodestructiva¹⁴.

Tabla N°3: Comparación de egresos hospitalarios totales, egresos hospitalarios obstétricos y egresos hospitalarios por aborto. Chile 2006-2012

Año	Todas las causas	Embarazo, parto y puerperio 000-099	Aborto	% egresos por aborto del total de egresos obstétricos	% egresos por aborto del total de egresos
2006	1.637.920	317.912	32.969	10,37	2,01
2007	1.632.888	321.679	32.708	10,17	2,00
2008	1.608.540	319.856	33.428	10,45	2,08
2009	1.682.056	340.348	33.772	9,92	2,01
2010	1.623.875	329.202	31.933	9,70	1,97
2011	1.648.687	322.479	30.860	9,57	1,87
2012	1.659.654	323.441	30.432	9,41	1,83

Fuente: Troncoso, P. Soto, E. (2016) Morbimortalidad materna por aborto en Chile: análisis críticos de las estadísticas nacionales. En: Sala, Segres, Figueroa (2016) Aborto y Derechos Reproductivos. Implicancia desde la ética, el derecho y la medicina. Universidad Diego Portales, The University of Edinburgh. Colección Pensamiento Contemporáneo.

13 Corporación Miles, (2015) Minuta “Embarazo Forzado por Violación. El Estado no puede ser cómplice”. Argumentos para la Discusión sobre la Interrupción Legal del Embarazo. Santiago, Chile.

14 SENAME (2014) Minuta “Embarazo Adolescente fruto de Violación”. DEPLAE 2012-2013. Área Desarrollo de Oferta; ACO, Santiago, Chile.

Si bien no hay datos estadísticos que reflejen el total de embarazos por violación, es posible inferir estos datos a través de los registros de servicios públicos a los que han recurrido mujeres, niñas y adolescentes víctimas de violación sexual, como es el caso de los datos de atenciones médicas asociadas a violencia de género del Ministerio de Salud. De acuerdo a los registros de prensa, en el año 2014 una niña de 13 años fue violada por su hermano en Carahue, Región de la Araucanía. La menor de edad quedó embarazada tras la violación, siendo detectado su embarazo luego de la 30 semana de gestación, además de presentar una inviabilidad fetal y ser obligada a llevar a término su embarazo hacia las 36 semanas de gestación. La niña fue trasladada al Hospital Luis Tisné en Santiago donde se realizó el trabajo de parto, dando a luz a una criatura que murió a las 72 horas después¹⁵. Este y otros casos de mujeres y niñas han remecido distintos sectores del país, producto de la situación tortuosa que enfrentan niñas, jóvenes y adolescentes y el cuestionamiento a los derechos humanos de distintas organizaciones e instituciones que han puesto estos debates en la voz pública.

Según el Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales- CAVAS Metropolitano de la Policía de Investigaciones de Chile¹⁶, de un total de 1.347 casos ingresados por violación durante los años 2001 a 2003 donde se estableció el vínculo de la víctima con el agresor, un 89% son personas cercanas a la víctima - conocido o familiar - mientras que sólo un 11% serían personas desconocidas por la víctima.

De acuerdo a estadísticas publicadas por el Servicio Médico Legal en el año 2011, en Chile, cada 25 minutos una mujer es violada. Diariamente en Chile al menos 17 personas son víctimas de violación y 34 de abusos sexuales, según un informe del año 2011 de la Unidad de Delitos Sexuales de la Fiscalía Nacional¹⁷.

Según el Servicio Nacional de Menores (SENAME), en 2013 se registró un total de 72 niñas y adolescentes embarazadas por violación ingresadas a su red de protección. El mayor grupo se concentra entre los 14 y 15 años con 36 casos de niñas embarazadas; seguido de 17 embarazos de niñas que tienen entre 12 a 13 años; 14 casos de adolescentes entre 16 a 17 años y 5 adolescentes que tienen 18 años y más que resultaron embarazadas producto de una violación. Sólo hay un registro de 5 niñas que están siendo atendidas en Residencias especializadas. Para madres Adolescentes (RPA) en el SENAME.

En la Tabla N°2, se observa el registro de atenciones médicas asociadas a violación entre el periodo 2010-2014. Al respecto, es posible señalar que se atendieron en los servicios públicos de salud un total de 5.110 casos por violación, de los cuales se entregó Anticoncepción de Emergencia a 3.059. Los restantes 2.051 casos no recibieron anticoncepción de emergencia por encontrarse fuera de los plazos requeridos.

El 2012 fue el año que registra mayores atenciones médicas por violación, alcanzando 1.143 casos. Cabe señalar que a los 2.051 casos no se les ofreció la posibilidad de elegir un aborto como medida de solución terapéutica, dado el contexto de penalización y criminalización del aborto en Chile.

15 “Caso de niña de 13 años violada y con embarazo inviable revela urgencia de acelerar discusión sobre aborto terapéutico”. El Mostrador. 3 de noviembre, 2014. Disponible en: <http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2014/11/03/caso-de-nina-de-13-anos-violada-y-con-embarazo-inviable-revela-urgencia-de-acelerar-discusion-sobre-aborto-terapeutico/>

16 Policía de Investigaciones de Chile (2003) “Informe del Centro de Asistencia a Víctimas de Atentados Sexuales CAVAS de la Policía de Investigaciones de Chile”. Recuperado en 9 de Enero 2015, en: http://www.policia.cl/jenafam/cavas/downloads/Libro_CAVAS.pdf

17 El Mercurio: “Estudio revela que en Chile se cometen 17

violaciones diarias y 34 abusos sexuales”, Diario El Mercurio, disponible en: <http://www.emol.com/noticias/nacional/2011/09/23/504699/analisis-revela-que-en-chile-se-cometen-17-violaciones-diarias-y-34-abusos-sexuales.html>. Recuperado el 5 de febrero 2015.

Tabla N°4: Atenciones médicas por violación, con entrega (o no entrega) de anticoncepción de emergencia, periodo 2010-2014.

Año	Glosa prestación		Total
	Con entrega de AE	Sin entrega de AE	
2010	516	478	994
2011	763	336	1.099
2012	774	369	1.143
2013	390	397	787
2014	616	471	1.087
Total general	3.059	2.051	5.110

Fuente: Elaboración propia, Corporación Miles, 2016. A partir de datos entregados por Ley de Transparencia del Ministerio de Salud.

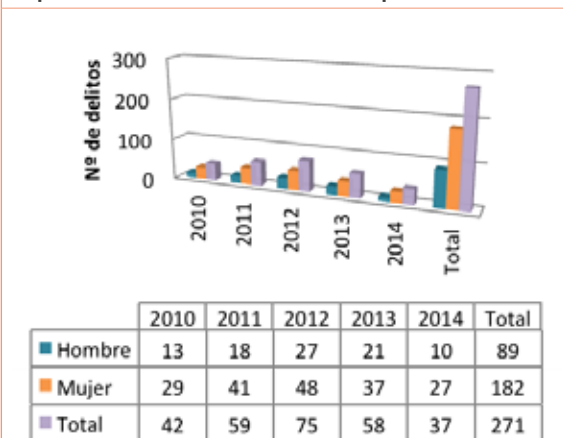
Mujeres procesadas por aborto en Chile

Se han realizado escasos estudios sobre mujeres procesadas en Chile. El primero de ellos data de 1998 del Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas y del Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos¹⁸ donde se señala que el mayor denunciante institucional fue el hospital público donde fueron atendidas las mujeres que abortaron, siendo los médicos quienes denunciaron obligando a la mujer a una serie de confesiones¹⁹.

Según el Informe de Derechos Humanos de la Universidad Diego Portales, “solo existe un estudio reciente sobre la criminalización del aborto en Chile de personas formalizadas y judicializadas. Lo realizó la Defensoría Penal Pública respecto de sus defendidas y defendidos entre 2001 y 2009. La Defensoría considera que ante este delito muchas personas optan por una defensa privada, por lo

cual los resultados del estudio tendrían un sesgo socioeconómico, es decir, la información que recoge tendería a reflejar los casos de personas imputadas con menores recursos”²⁰.

De acuerdo a los datos entregados por la Fiscalía de Chile²¹ entre los años 2010 al 2014 la mayoría de las personas imputadas por delito de aborto son mujeres. Tal como se evidencia en el gráfico N°4, se han procesado 182 mujeres por delito de aborto y 89 hombres bajo esta misma sentencia, existiendo un total de 271 delitos de aborto asociados a “causa-imputado”. El año 2012 es el que mayor registro de delitos de aborto asociados a “causa-imputado(a)”.

Gráfico N°4: Delitos de aborto asociados a causa-imputado terminadas, 2010 a 2014 por sexo.

Fuente: elaboración propia Corporación Miles 2016 a partir de datos de Fiscalía, mayo 2015.

Los datos estadísticos de delitos de aborto asociados a “causa-imputados” terminadas por región entre los años 2010 al 2014 ascienden a un total de 271 delitos de aborto: 46 de ellos corresponden a la Región Metropolitana Norte y 43 a la Región Metropolitana Sur. En el gráfico N°5, se observa el número de delitos por aborto según

18 Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas y del Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos (1998) “Encarceladas, leyes contra el Aborto en Chile. Un análisis desde los Derechos Humanos”. Santiago, Chile.

19 Ibíd.

20 Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile. 2013. “La penalización del aborto como una violación a los derechos humanos de las mujeres”. Capítulo preparado por Lidia Casas y Lieta Vivaldi, con la colaboración de María Cristina Silva, María Constanza Bravo y Consuelo Navarro y Fernanda Sandoval. Universidad Diego Portales.

21 Datos entregados por Ley de Transparencia; Fiscalía, 19 de mayo de 2015.

región que se han dado a conocer en Antofagasta (31), Libertador Bernardo O'Higgins (27), Valparaíso (23), Bío Bío (22), La Araucanía (19), otras regiones zona Norte (Tarapacá, Atacama, Coquimbo) (18), otras regiones zona Sur (Los Ríos, Los Lagos, Aysén, Magallanes y Antártica Chilena) (16), Maule (15), Arica y Parinacota (11)²².

Las condenas por aborto entre el 2010 y 2014 ascienden a un total de 73 imputados. Los abortos procesados como delito y condena aumentaron hasta el 2012, y luego disminuyen hacia el año 2014, tal como se observa en la tabla N°3.

Tabla N°5: Condenas de aborto asociados causa-imputado terminadas, 2010 a 2014

Año	Condena Delitos Aborto
2010	14
2011	13
2012	19
2013	17
2014	10
Total	73

Fuente: elaboración propia, Corporación MILES 2016, a partir de datos Fiscalía, mayo 2015.

Respecto a las personas que están privadas de libertad por delito de aborto, son solo hombres entre los 20 y 80 años que tienen un periodo de condena que varía de 2 a 25 años tal como se señala en la Tabla N°4. Los hombres con mayores condenas se sitúan en las siguientes comunas: Los Andes, con 25 años de condena, le siguen dos hombres en Talcahuano con 24 y 19 años de condena y otro de 19 años de condena en Salamanca. De acuerdo a las edades declaradas de los hombres condenados, el de menor edad tiene 21 años con 3 años de condena y comuna declarada en Porvenir, y el mayor 77 años con dos años de condena declarado en la comuna de Viña del Mar.

No obstante, según los datos entregados por Gendarmería, no es posible especificar quiénes

son los hombres que se encuentran hoy en día condenados por aborto, cuáles son sus características como por ejemplo: profesionales de salud, el tipo de relación de parentesco con la mujer procesada, entre otras. Sólo es posible inferir que son hombres que han ayudado a la mujer a abortar, siendo cómplices o ejecutores del acto.

Tabla N°6: Hombres condenados por delito de aborto en la actualidad, año 2015.

	Edad Actual	Comuna Declarada	Años de Condena
1	50	Talcahuano	24
2	44	Talcahuano	19
3	52	Salamanca	19
4	66	San Carlos	11
5	71	Ñuñoa	8
6	30	Osorno	19
7	45	Los Andes	25
8	22	San Felipe	12
9	21	Porvenir	3
10	77	Viña del Mar	2
11	36	Pudahuel	5
12	24	Romeral	2

Fuente: elaboración propia, Corporación MILES 2016, en base a datos obtenidos por Ley de Transparencia Gendarmería, marzo 2015.

Si bien son hombres los que están condenados hoy en día, las mujeres han tenido que vivir experiencias difíciles y tortuosas debido a los efectos que conlleva el proceso de formalización y la respectiva condena. En general se espera para la formalización alrededor de un año luego de la denuncia, sin saber si ella va a ser procesada o está en riesgo de condena, lo que pone en tensión su proyecto de vida, su salud psíquica y física y su situación judicial. A lo largo de este tiempo, se crea un clima de estrés constante para la mujer y su entorno familiar, así como un estigma social y moral. Ser procesada durante un tiempo largo dificulta el proceso emocional de superación ante la tensa situación a la que se enfrentan, obligándolas a vivir en un pasado que puede ser doloroso. Un trastorno

²² Datos entregados por Ley de Transparencia; Fiscalía, 19 mayo de 2015.

mental puede caracterizarse como la angustia o los trastornos psicológicos asociados con la pérdida de integridad personal y de autoestima²³.

Según investigación desarrollada en el 2015 (Dides, et. al.)²⁴, la discrepancia entre la definición de aborto dada por la medicina y la jurisprudencia produce en los médicos/as un sentimiento de inseguridad frente a la legalidad de muchas intervenciones que realizan, dado que existe una tensión entre tener que denunciar, el secreto profesional y la confidencialidad de la información.

La denuncia es una exigencia legal para el personal médico en Chile, pero viola el principio de confidencialidad que está definido en el artículo 10 del Código de Ética del Colegio Médico de Chile²⁵, que señala que la confidencialidad de la relación médico-paciente es un derecho de éste último y a su vez un deber del profesional, incluso cuando el paciente no está a su cuidado. Por su parte la ley implica la obligación de denuncia a la mujer que se hubiera practicado un aborto; estas denuncias se siguen efectuando en hospitales del país.

En muchos casos, el personal médico, acatando el marco legal existente, denuncia a estas mujeres. Según investigación de 1998²⁶, la mayoría de los procesos penales contra las mujeres que han abortado se han iniciado por denuncias en los hospitales públicos donde ingresaron por

complicaciones médicas derivadas de abortos clandestinos. Esto sigue ocurriendo al año 2015; ejemplo de ello es que a principios de este año un ginecólogo de turno del Hospital Carlos Cisterna de Calama llamó a Carabineros para denunciar un aborto realizado por una joven de 25 años, al detectar el uso de Misotrol.²⁷ Otro caso de prensa denunciado fue en el año 2014 en el Hospital Luis Tisné en la Región Metropolitana, cuando un médico de turno denunció a una menor de edad que llegó con lesiones producto de un aborto²⁸.

Pese a que se ha estipulado el aborto como una conducta ilícita, no corresponde ni resulta legal condicionar la atención médica u obtener confesiones, pues constituyen una transgresión a los derechos humanos consagrados y ratificados en los Pactos y Convenios internacionales aplicables penalmente en Chile. La mujer procesada tiene el derecho a la defensa, lo cual se encuentra consagrado en la Constitución de Chile y en los tratados internacionales sobre derechos humanos de los cuales Chile es parte. La defensa judicial de las personas se provee a través de dos vías: la Corporación de Asistencia Judicial y la Defensa Pública. Esto conlleva a que el derecho esté vulnerable en la mayoría de las ocasiones, sea porque no hay intervención de un defensor o porque la defensa que se obtuvo es de mala calidad. Las mujeres se encuentran desprotegidas por el Estado, ya que se ha reportado que más de la mitad de los casos que han sido procesados por aborto no cuentan con profesionales judiciales que actúen en su defensa²⁹.

23 Cook, R. J., Ortega-Ortiz, A.; Romans, S. & Ross, L.E. (2006) "Legal Abortion for mental health indications". 95 international Journal of Gynecology and Obstetric 185. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Publicado por Elsevier Ireland Ltd. Disponible en: <http://www.law.utoronto.ca/documents/repohhealth/SP20-MentalHealth.pdf> Recuperado el 19 de febrero 2015.

24 Dides, C.; Fernández, C.; Peltier, G. (2015). "Aborto en Chile: cifras y testimonios que respaldan la exigencia de la legalización del aborto en tres causales". Publicado en Revista Nomaditas, Universidad de Chile.

25 TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES, ARTÍCULO 10°: "Guardar el secreto profesional constituye un deber y un derecho del profesional. Respecto del cliente un deber que perdura en lo absoluto, aún después de que haya dejado de prestar sus servicios. El secreto profesional incluye el nombre del cliente. Llamado a declarar como testigo, debe concurrir a la citación, y con toda independencia de criterio, debe contestar las preguntas de modo que no lo lleven a violar el secreto profesional o lo exponga a ello. El profesional, sin consentimiento del confidente, no puede aceptar ningún asunto relativo a un secreto que se le confió por motivo de su trabajo, ni utilizarlo en su propio beneficio". Código de Ética del Colegio Médico, 2008. Colegio Médico de Chile A.G.

26 Encarceladas. Leyes contra el aborto en Chile. Un análisis desde los Derechos Humanos" (1998). Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos. Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas. Santiago, Chile.

27 "Médico denunció a paciente de Hospital de Calama por inducirse un aborto", Biobío Chile. 24 marzo, 2015. Disponible en: <http://www.biobiochile.cl/2015/03/24/medico-denuncio-a-paciente-de-hospital-de-calama-por-inducirse-un-aborto.shtml>

28 "Caso de adolescente grave por aborto reabre debate por legislación en Chile" Diario Universidad de Chile. 14 mayo, 2014. Disponible en: <http://radio.uchile.cl/2014/05/14/adolescente-grave-por-aborto-urge-debate-por-legislar-en-chile>

29 Ibid.

Leyes, normas y reglamentos

El aborto terapéutico ha sido una práctica que estaba bastante “naturalizada” por mujeres de distintas épocas, desde la Colonia hasta nuestra época en nuestro país. De hecho, en el año 1874 se aprobó la primera norma jurídica en relación al aborto. Desde 1931 hasta 1989 el aborto terapéutico fue normalizado en situaciones en que corría riesgo la vida o la salud de la mujer, en virtud del Decreto Fuerza Ley N° 2226 del 15 de mayo de 1931. La disposición exigía la opinión de tres facultativos más la documentación correspondiente. Sólo en caso de urgencia y ante la ausencia de dos facultativos, se permitía que el aborto fuera ejecutado por el médico teniendo dos testigos.

Luego, en 1989 el aborto ha sido una práctica oprimida por la legislación hasta nuestros días, estando penalizado bajo todas sus circunstancias. La ley N° 18.826 implementada por la dictadura militar que sustituye el artículo 119 del Código Sanitario y penaliza el aborto en los artículos 342 a 345 de la Constitución bajo el título de “Crímenes y Delitos contra el Orden Familiar y la Moralidad Pública”, castiga severamente “la mujer que causare su aborto o consistiere que otra persona se lo cause”, o al “facultativo que abusando de su oficio causare aborto o cooperase a él”. En este sentido, el Código Penal castiga todo tipo de aborto intencional, así como los abortos causados por un acto violento contra una mujer cuyo embarazo es evidente, sin importar la intención del agresor.

La pena por el delito es de tres a cinco años por obtener un aborto, y de 541 días a tres años por proveer un aborto³⁰, conlleva varios efectos a

30 Código Penal, 1874, Título VII Crímenes y Delitos contra el orden de las familias, contra la moralidad pública y contra la integridad sexual. 1 Aborto:

“Art. 342. El que maliciosamente causare un aborto será castigado: 1°. Con la pena de presidio mayor en su grado mínimo, si ejerciere violencia en la persona de la mujer embarazada. 2°. Con la de presidio menor en su grado máximo, si, aunque no la ejerza, obrare sin consentimiento de la mujer. 3°. Con la de presidio menor en su grado medio, si la mujer consintiere.

Art. 343. Será castigado con presidio menor en sus grados mínimos a medio,

nivel social e individual. Las penas legales asignadas oscilan dependiendo de si el tercero que realizó el aborto contaba o no con el consentimiento de la mujer, por una parte, y si el aborto fue realizado con o sin violencia³¹.

La penalización del aborto atenta contra los derechos fundamentales establecidos en la Constitución: derecho a la dignidad, derecho a la libertad y el derecho a la información. El Estado, garante del derecho universal a la salud integral de todos y todas en su artículo 19, N°9, pone en riesgo la vida y la salud de las mujeres, niñas y adolescentes chilenas, sometiéndolas a tratos crueles, inhumanos y degradantes. La ley actual entra en contradicción con el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona que tiene rango constitucional, tal como lo establece el Artículo 19, N° 1 de la Constitución Política de Chile. Si bien el aborto es una conducta ilegal para la legislación del país, (art. 342 Código Penal), no corresponde extraer confesiones de mujeres que requieren atención médica como resultado de un aborto.

Durante los últimos 28 años de democracia se han presentado un total de 28 mociones de ley que van desde la despenalización total, la despenalización por causales hasta la sobre penalización. En el año

el que con violencia ocasionare un aborto, aun cuando no haya tenido propósito de causarlo, con tal que el estado de embarazo de la mujer sea notorio o le constare al hechor.

Art. 344. La mujer que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será castigada con presidio menor en su grado máximo. Si lo hiciere por ocultar su deshonra, incurrirá en la pena de presidio menor en su grado medio.

Art. 345. El facultativo que, abusando de su oficio, causare el aborto o cooperare a él, incurrirá respectivamente en las penas señaladas en el artículo 342, aumentadas en un grado.” Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1984>

31 Las diversas hipótesis de aborto son:

El aborto realizado por un tercero con violencia y sin el consentimiento de la mujer (art. 342 N°: “el que maliciosamente causare un aborto será castigado con la pena de presidio mayor en su grado mínimo, si ejerciere violencia en la persona de la mujer embarazada”).

El aborto realizado por un tercero sin violencia y sin el consentimiento de la mujer (342 N° 2) “con la pena de presidio menor en su grado máximo, si, aunque no la ejerza sin el consentimiento de la mujer”.

El aborto realizado por un tercero con el consentimiento de la mujer (art. 342 N° 3): “el maliciosamente causare un aborto será castigado con la pena de presidio menor en su grado medio, si la mujer consintiere”.

El aborto que la propia mujer se provoca (art. 344) “la mujer que causare su aborto, o consintiere que otra persona se lo cause, será castigada con presidio menor en su grado máximo..”

5. El que ocasione violencias en contra de una embarazada y provoque el aborto, sin propósito de causarlo (art. 343)

2012 se votó la idea de legislar en la Sala del Senado sobre la base de 3 proyectos³²; se votó la moción presentada por el senador Rossi y senadora Matthei que despenalizaba la interrupción del embarazo por razones médicas cuando hay riesgo vital de la madre o inviabilidad del feto. El resultado de la votación fue 12 votos a favor y 19 en contra³³.

El día 30 de abril del 2013 se ingresó el proyecto de ley de interrupción legal del embarazo por tres causales desarrollado por Miles Chile y patrocinado por diputadas y diputados de la Cámara baja³⁴. En las elecciones presidenciales del 2013 varios/as candidatos/as a la presidencia se plantearon a favor del aborto terapéutico (Marco Enriquez Ominami, Marcel Claude, Roxana Miranda, Michelle Bachelet, Alfredo Sfeir, Tomás Jocelyn-Holt). La Nueva Mayoría, coalición actualmente gobernante, consideró esta demanda ciudadana e integró en su programa, en el capítulo de Equidad de Género, la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en caso de peligro de vida de la mujer, violación o inviabilidad del feto³⁵.

En el 2015, la Presidenta Michelle Bachelet ingresa a la agenda ejecutiva y legislativa el proyecto de ley que regula la interrupción del embarazo en tres causales. El proyecto de ley aborto tres causales ha sido aprobado en la Comisión de Salud, Constitución, y Hacienda de la Cámara de Diputados y en la actualidad se encuentra en discusión en la Comisión de Salud del Senado.

32

a) proyecto de Senador Escalona (partido socialista, PS) que planteaba la reposición del artículo 119 sobre aborto terapéutico que había hasta 1989.
b) proyecto de Senador Girardi (partido por la democracia PPD) y ex senador Ominami (PS) que incluía las tres causales: salud de la mujer, violación e inviabilidad fetal, (fue acusado de aborto eugenésico).
c) proyecto de Senador Rossi (PS) y ex Senadora Matthei que planteaba dos causales salud de la mujer e inviabilidad fetal

33 Ver: (2012) http://www.senado.cl/apps Senado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=6522-11#

34 Ver: <http://mileschile.cl/?p=3482> El proyecto entra a la Cámara de Diputados bajo el Boletín 8925-11 el 7 de mayo del presente. Los firmantes del proyecto fueron los siguientes Diputados y Diputadas: María Antonieta Saa (Partido por la Democracia-PPD); Adriana Muñoz (Partido por la Democracia-PPD); Acorssi (Partido por la Democracia-PPD); Marco Antonio Nuñez (Partido por la Democracia-PPD); Denisse Pascal (Partido Socialista-PS); Juan Luis Castro (Partido Socialista-PS); Gabriel Silber (Partido Demócrata Cristiano-DC); Gabriel Ascencio (Partido Demócrata Cristiano-DC)

35 Programa de Gobierno Michelle Bachelet 2014-2018 Pág. 169. En: <http://michellebachelet.cl/programa/>

Tabla N°5: Hitos tramitación proyecto de ley aborto

Año	Hito
2010	Se debate la idea de legislar en Comisión Salud del Senado. Se pierde en sala por dos votos.
2013	Ingresa a la Cámara de Diputados proyecto elaborado por Miles Chile y apoyado por 15 diputadas/os. Proyecto por causales: riesgo de vida y salud de la mujer, inviabilidad fetal extrauterina y violación. Boletín Legislativo N° 8925-11
2013	Senador Gómez, Senadora Allende, Senador Lagos, Senador Rossi y Miles Chile presentan proyecto de ley sobre Aborto por causales de riesgo de vida y salud, inviabilidad fetal, violación e incesto. Boletín N° 8.862-11
2015	Gobierno de M. Bachelet ingresa proyecto de Ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Boletín legislativo N° 9895-11
	Mensaje presidencial presentado el 31 de enero de 2015 ante Cámara de Diputados.
	Discusión y aprobación en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados (mayo a septiembre).
	Debate en Comisión Constitucional. Urgencia Simple. (septiembre a enero de 2016)
2016	Aprobado en primer trámite constitucional por Cámara de Diputados, 17 de marzo de 2016.
	Discusión general en segundo trámite constitucional ante la Comisión de Salud del Senado de la República.
	Aprobada la idea de legislar en la Comisión de Salud del Senado, 6 de septiembre de 2016

Fuente: Elaboración propia, Corporación Miles, 2016.

En relación a la Ley N° 20.584 sobre Derechos y Deberes de los Pacientes, se refuerzan aspectos de confidencialidad y respeto de la relación entre médico y paciente, ambos centrales al momento de revisar la atención del aborto en los servicios públicos de salud. Dentro de los planteamientos más relevantes de dicha ley en relación a la atención médica se establece que “Artículo 2º: Toda persona tiene derecho, cualquiera que sea el prestador que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su rehabilitación, a que ellas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la Constitución y las leyes.”³⁶; Artículo 8: respecto al derecho a la información “los prestadores deberán adoptar las medidas necesarias para asegurar la adecuada confidencialidad durante la entrega de esta información, así como la existencia de lugares apropiados para ello”³⁷.

Acuerdos internacionales

Hoy en día, desde un enfoque del derecho internacional de los derechos humanos, la penalización sin excepciones de la interrupción del embarazo, tal como está regulado en Chile, constituye un incumplimiento de las obligaciones que el Estado de Chile ha adquirido en materia de derechos humanos de las mujeres. Chile es un Estado miembro de la Organización de las Naciones Unidas y de la Organización de Estados Americanos. Además, ha ratificado diversos instrumentos internacionales de Derechos Humanos.

En el marco más amplio, la Declaración Universal de Derechos Humanos, firmada en 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas reconoce que “todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y seguridad de su persona”³⁸.

36 Pg. 1, Ley 20.584. “Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”.

37 Pg. 4, Op cit.

38 Artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, DDHH, 1948, “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y seguridad de su persona”. Disponible en http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml

Desde los principios de la bioética y la perspectiva de los derechos humanos, establecidos por la Convención de las Naciones Unidas en 1968, se destacan los principios de: equidad y justicia; de beneficencia y no maleficencia; de autonomía y respeto por las personas.

Existen dos acuerdos jurídicamente vinculantes de las Naciones Unidas hace más de 40 años, que obligan al Estado chileno a “incorporar la diversidad de opciones disponibles y perspectivas valóricas en sus políticas públicas de sexualidad y reproducción”. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, también de 1966, establecen derechos humanos básicos como el derecho a la salud y a la libertad de pensamiento, conciencia y religión, de los que se derivan los derechos sexuales y reproductivos³⁹.

En 1968, la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos realizada en Teherán (Resolución XVIII de la Asamblea General de las Naciones Unidas) señala que: “Las parejas tienen el derecho humano fundamental de decidir el número y espaciamiento de sus hijos y el derecho a obtener la educación y los métodos necesarios para hacerlo”. Este principio ha sido ratificado en las diversas Conferencias Internacionales que la ONU ha realizado en materias de Población y Desarrollo, de Derechos Humanos y sobre la Mujer⁴⁰.

Otro instrumento internacional importante sobre estas materias que comprometen a nuestro país es la Convención para la Eliminación de toda forma de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979.

Se debe asegurar el artículo 19 n°9 de la Constitución Política de Chile, como también el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12 N° 2 y 2 letra d), ratificado a través del Decreto N° 326 de 1989, en su recomendación

39 Ministerio de Salud. 2014. Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad.

40 Ibid.

General N° 14 plantea: “El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva”⁴¹.

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo 1994), el concepto de salud sexual y salud reproductiva reemplazó el concepto de control demográfico del crecimiento de la población. Esta Conferencia, plantea la necesidad del acceso universal de servicios de salud reproductiva y sexual para el 2015; remarca la urgencia de ofrecer servicios de planificación familiar, educación y asesoramiento postaborto, a fin de impedir la repetición de aborto. Además establece que “en todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos” (art. 8.25)⁴². El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD 94) estableció “el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva” (párrafo 7.3)⁴³.

El artículo 15° de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos y Degradantes, fue ratificado por Chile el 30 de septiembre de 1988 y por ello es obligatoria para todos los habitantes de la República. Establece que “ninguna declaración que se demuestre que ha sido hecha como resultado de tortura pueda ser invocada como prueba de ningún procedimiento”. En el marco de dicha obligación es fundamental recordar que no corresponde obtener confesiones bajo coerción. Especialmente en casos de mujeres

que requieren atención médica por complicaciones de salud asociadas a la realización de abortos. Siendo una recomendación del Comité contra la Tortura de Naciones Unidas dirigida a Chile⁴⁴.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará, 1994), establece que los Estados Partes deben tener en especial consideración la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón de un embarazo no deseado (muchas veces impuesto con violencia).

La Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), ratifica el concepto de Salud Sexual y Salud Reproductiva aprobado en El Cairo. La Resolución WHA 55.19 de la Asamblea Mundial de la Salud 2002 declara que “aumentar el acceso a información y servicios de calidad suficiente, incluyendo los de salud reproductiva, es clave para el cumplimiento de las Metas del Milenio, particularmente referidos a la disminución de la mortalidad materna e infantil y el control de la diseminación del VIH / SIDA”⁴⁵.

En conjunto con el no cumplimiento de sus compromisos (vinculantes) internacionales, varios comités de las Naciones Unidas han expresado su preocupación sobre la total penalización del aborto en Chile. Para citar un ejemplo, se ha expresado el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, quien en sus observaciones finales sobre el Estado de Chile; en los exámenes de sus informes en los últimos años; ha manifestado en forma consistente que la actual legislación sobre la interrupción del embarazo es deficitaria y que requiere de una modificación por parte del Estado⁴⁶.

De acuerdo a los principios generales del Consenso de Montevideo (2013), obtenidos del Programa de Acción de la Conferencia sobre la

41 Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000). Disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>

42 Ordinario A15/ 1675. Ministerio de Salud a Directores de servicios de salud. 24 abril, 2009

43 United Nations. Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, September, 1994. New York, United Nations, 1994.

44 Ordinario A 15 n° 1404 del Ord. A15/1675 de fecha 24 de abril, 2009, del Ministerio de Salud, Reitera directrices sobre materia que indica. 20 de mayo 2014.

45 Op. Cit. Minsal, 2014.

46 Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Chile, 36º Período de sesiones, 2 agosto 2006, CEDAW/C/CHI/CO/4, Párrafos 19 y 20. Disponible en : <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw36/cc/chile/0647950S.pdf>

Derechos que deben ser respetados en las normativas, protocolos y guías técnicas sobre atención de regulación de la fertilidad y mujeres en situación de aborto:

- Derecho a la vida
- Derecho a la integridad física y psíquica
- Derecho al cuidado de la salud
- Derecho a la autonomía
- Derecho a la libertad individual
- Derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión
- Derecho a elección de formar una familia, tener hijos/as o no tenerlos
- Derecho a la equidad y a la dignidad
- Derecho a la privacidad y confidencialidad
- Derecho a vivir libre de maltrato o tortura.
- Derecho a los beneficios del progreso científico
- Derecho a la información y educación
- Derecho a la seguridad
- Derecho a la comodidad
- Derecho a la continuidad del seguimiento
- Derecho de opinión sobre la calidad del servicio

Población y Desarrollo, se adopta como medida prioritaria el acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, y recomienda (42.) “(...) Instar a los Estados a considerar la posibilidad de modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos”⁴⁷.

⁴⁷ Consenso de Montevideo.2014. I conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Uruguay.

Los países de la Región que participaron en el Consenso, acuerdan: “Eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando en el conjunto de prestaciones integrales de los servicios de salud sexual y salud reproductiva medidas para prevenir y evitar el aborto inseguro, que incluyan la educación en salud sexual y salud reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado y, asimismo, la atención integral después del aborto, cuando se requiera, sobre la base de la estrategia de reducción de riesgo y daños”⁴⁸.

En la última revisión realizada por el Comité de Derechos Humanos en el año 2014 ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, se recomendó al Estado chileno “revisar la legislación vigente sobre interrupción del embarazo con miras a despenalizarlo en casos de violación, incesto o riesgo para la salud o la vida de la madre”.⁴⁹ “Cuando se pone en peligro la vida de una mujer estando embarazada, cuando se pone en peligro por una violación, deberíamos primero tomar medidas para proteger la integridad de la mujer. En temas de salud de la mujer deberían poder ellas tomar la decisión y el Gobierno tiene la responsabilidad de respetar esto”.⁵⁰

En el Tercer Informe Periódico de Chile respecto al cumplimiento de sus obligaciones como Estado parte, manifestó su preocupación por que se estaría condicionando “la atención médica a las mujeres cuya vida está en peligro por las complicaciones derivadas de abortos clandestinos, a que las mismas proporcionen información sobre

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Chile. 13 de agosto de 2014, párrafo 15; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto de Chile del 1º a 19 de octubre de 2012, párrafo 35.

⁵⁰ En efecto, en este sentido, el Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas, Ban Ki Moon, en el marco del foro “Las Mujeres en el Poder y en la Toma de Decisiones: Construyendo un Mundo Diferente”, organizado por ONU Mujeres en Chile en febrero de 2015, señaló que:

Declaraciones en el foro “Las Mujeres en el Poder y en la Toma de Decisiones: Construyendo un Mundo Diferente”, que organiza ONU Mujeres en Chile y en el que la Presidenta Bachelet tuvo participación como expositora. Nota publicada el 27 de febrero del 2015.

quienes practicaron dichos abortos. Esas confesiones se utilizarían posteriormente en causas instruidas contra ellas, y terceras partes, contraviniendo así lo preceptuado por la Convención”. (CAT/C/CR/32/5)⁵¹.

El Comité de la ONU para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su recomendación general Nº 24, pidió a los Estados erradicar las barreras para conseguir objetivos en materia de salud y acceder a una atención médica adecuada. Específicamente el Comité recomendó abolir medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos, e instó al gobierno chileno a que se despenalice el aborto en casos de violación, incesto o peligro para la salud o vida de las mujeres y a reproducir evidencia estadística sobre abortos ilegales e inseguros en el país.

Según un informe de 2014 publicado por el Centro de Derechos Reproductivos, 35 países han modificado sus leyes para ampliar el acceso a servicios de aborto seguros y legales en los últimos 20 años, una tendencia que ha marcado un progreso increíble hacia la mejora de los derechos y las vidas de las mujeres, incluyendo la reducción de manera significativa de las tasas de mortalidad materna por aborto inseguro.

La Declaración sobre la Violencia contra las Mujeres, Niñas y Adolescentes y sus Derechos Sexuales y Reproductivos, emitida por el Comité MESECVI en 2014, señala que el aborto sigue siendo criminalizado en todas sus formas. El Estado informa que, hasta 1989, el Código Sanitario establecía solo una situación de excepción. Está calificado como delito contra la orden de las familias y la moralidad pública⁵².

Esta misma declaración manifiesta la importancia de garantizar la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres y su derecho a la vida, eliminando el aborto inseguro y estableciendo leyes

y políticas públicas que permitan la interrupción del embarazo en casos de riesgo de vida de la mujer, de presentar alguna inviabilidad extrauterina en el embarazo, y por violación. Asimismo resaltó la importancia de implementar servicios de aborto en hospitales y centros de salud y establecer protocolos o guías de atención para garantizar el acceso de las mujeres al procedimiento.

De acuerdo al MESECVI, (109) “La penalización absoluta del aborto no solo constituye una violación al derecho a decidir de las mujeres, sino también vulnera su derecho a la autonomía, a la privacidad, a la seguridad y a la confidencialidad. Penalizarlo de manera absoluta, afecta de manera particular a las mujeres de escasos recursos o las que viven en otras condiciones de vulnerabilidad”⁵³.

En el último informe país MESECVI se manifiesta la importancia de garantizar la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres y su derecho a la vida, eliminando el aborto inseguro y estableciendo leyes y políticas públicas que permitan la interrupción del embarazo en casos de riesgo de vida de la mujer, de presentar alguna inviabilidad extrauterina en el embarazo y por violación. Asimismo resaltó la importancia de implementar servicios de aborto en hospitales y centros de salud y establecer protocolos o guías de atención para garantizar el acceso de las mujeres al procedimiento.

51 Ordinario A15/ 1675. Ministerio de Salud a Directores de servicios de salud. 24 abril, 2009

52 Comité de expertas del mecanismo de seguimiento de la implementación de la convención de Belém Do Pará (CEVI) Declaración sobre la Violencia contra las Mujeres, Niñas y Adolescentes y sus derechos sexuales y reproductivos del año 2014.

53 Segundo Informe de Seguimiento a la Implementación de las Recomendaciones del Comité de Expertas del MESECVI. Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI).

Normativas, protocolos y guías técnicas

La OMS presta asistencia técnica y normativa global en lo concerniente al uso de métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados, el aborto seguro y el tratamiento de las complicaciones derivadas de abortos peligrosos. Pueden encontrarse recomendaciones de la OMS acerca de la seguridad del aborto en las siguientes publicaciones⁵⁴:

- Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud (2012).
- Manual de práctica clínica para un aborto seguro (2014).
- Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto (2015).

En el año 2014, la OMS publicó un manual de práctica clínica para el aborto seguro, y en conjunto con PNUD, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana, realizan estudios sobre atención en salud para prevenir abortos peligrosos.

A nivel nacional, el Estado de Chile reconoce que todas las personas tienen derecho a la salud y ha suscrito, ante la comunidad internacional, múltiples compromisos en el ámbito de la atención de las mujeres que presentan complicaciones de una pérdida reproductiva.

En las actuales políticas del Ministerio de Salud, la atención en salud sexual y reproductiva implica el acceso oportuno a un continuo de servicios que respondan a las necesidades de cada etapa de su ciclo vital. La pérdida de una gestación en curso es una condición que se presenta en algunas mujeres, por lo tanto, es importante asegurar la calidad de estos servicios en sus aspectos técnicos e incorporar en éstos las consideraciones éticas, interculturales y de género que aseguren el respeto a los derechos de las personas.

La Norma General Técnica N°119, denominada “Orientaciones técnicas para la atención de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas en el 2011”⁵⁵, fue aprobado por Resolución Exenta N°264, de 2011, de la Subsecretaría de Salud Pública. En ella se da cuenta que el concepto de pérdida reproductiva comprende no sólo aquella que no culmina en el nacimiento de un nuevo ser humano por su interrupción prematura, sino que también, cuando el feto muere antes, durante el parto y post parto. Por lo tanto, es aplicable a la atención de las mujeres que están viviendo una pérdida reproductiva en cualquier edad gestacional: las que presentan un aborto (antes de las 22 semanas de gestación), aquellas en las que se comprueba la muerte fetal antes del término y quienes son madres de un/a recién nacido que fallece poco después del parto.

Específicamente, existe una orientación técnica para profesionales de la salud que deban tratar una amenaza de aborto; síntomas de aborto; aborto inevitable; aborto en evolución; aborto incompleto; aborto retenido, aborto con DIU; aborto inducido; aborto séptico, tratamiento de histerectomía, embarazo ectópico y muerte fetal. Así también se incluyen recomendaciones para el alta de una paciente con pérdida reproductiva, que contempla la anticoncepción después de un aborto. No obstante, esta norma general no se condice con el artículo N°19 del Código Sanitario que prohíbe el aborto.

Los principios a continuación, se basan en el reconocimiento de los derechos, creencias, valores, percepciones, actitudes individuales y las características propias de la cultura a la que pertenecen las mujeres que son atendidas por una pérdida reproductiva⁵⁶:

1. Respeto a la autonomía y el derecho de las personas a tomar decisiones en salud sexual y reproductiva. Esto implica por parte del equipo médico no emitir juicios ni opiniones valorativas acerca de los comportamientos de la paciente y por otro, entregar toda la información, actualizada e imparcial que le permita en el

54 Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención del aborto peligroso. Nota descriptiva, mayo 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/>

55 Ministerio de Salud, 2011. Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas.

56 Ibid.

futuro tomar las mejores decisiones para el autocuidado de su salud y no verse nuevamente en la misma condición de riesgo. La persona debe percibirse y ser percibida como protagonista del proceso de atención.

2. Respeto a la dignidad, privacidad y confidencialidad que requiere todo acto médico. Asumir que la entrega de información de parte de las personas atendidas es siempre voluntaria. Debe preguntarse aquello que es necesario para el diagnóstico y manejo clínico del problema de salud que presenta la persona y respetar la negativa a entregar información, explicando la importancia clínica de contar con ésta. La confidencialidad está respaldada por el ordinario N° 1675 de abril de 2009 dirigido a los Directores de Servicios del País y firmado por el Ministro de Salud.

3. Derecho a una atención profesional en que exista competencia técnica de los y las proveedores/as de servicio. Quienes prestan atención deben tener los conocimientos necesarios y manejar técnicas correctas y actualizadas relacionadas con todos los procedimientos que realizan o que planean incluir en la atención. Deben conocer y manejar técnicas de comunicación que les permitan entregar en forma óptima la información y tener una comunicación efectiva con las personas que atienden. De no haber dichas competencias en algunas áreas, se deberá solicitar la concurrencia de personas con más conocimiento y habilidades, es decir, se debe optimizar la competencia con un trabajo en equipo.

4. La atención de mujeres que han presentado una pérdida reproductiva debe ser oportuna, integral y multidisciplinaria en lo que respecta a salud sexual y reproductiva, debe incluir atención post-parto, consejería en salud sexual y reproductiva, regulación de la fertilidad, prevención de enfermedades de transmisión sexual y ginecológica.

5. Condiciones de infraestructura y tiempo que permitan entregar una atención que cumpla con las condiciones anteriores.

Estos principios no se estarían aplicando cada vez que una mujer es denunciada o mal atendida en caso de llegar con un aborto a un centro hospitalario. Por otra parte, existe el Ordinario A15 del Ministerio de Salud de 2009⁵⁷ donde se establece que la atención médica debe ser incondicional y cualquier confesión obtenida en la atención de urgencia a mujeres que requieren un aborto, es completamente ilegal. Los médicos y personal de salud no deben vulnerar el secreto profesional derivado de la relación de confidencialidad médico-paciente.

En el año 2014, El Ministerio de Salud reiteró las directrices del Ordinario A15 N°1675, del 24 de abril de 2009⁵⁸, para velar por la armonía y coordinación de los servicios de salud y de los establecimientos que integran sus respectivas redes asistenciales, respecto de las atenciones médicas otorgadas a mujeres derivadas de complicaciones de salud asociadas a la realización de abortos. Ello se condice con la Norma General Técnica N°119, denominada Orientaciones técnicas para la atención integral de las mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas⁵⁹.

El Ministerio remarca la importancia de otorgar confidencialidad en este tipo de atenciones, velando por una adecuada relación médico-paciente, de manera libre y espontánea, mediante una observancia y respeto a los principios promulgados en la Convención ratificada por Chile contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, la cual establece en su Artículo n°15 que “Ninguna declaración que demuestre que ha sido hecha como resultado de tortura pueda ser invocada como prueba en ningún procedimiento”, lo cual implica rechazar toda forma de condicionamiento en la atención médica a mujeres cuya vida está en peligro por complicaciones derivadas de abortos clandestinos.⁶⁰

57 Ordinario A15 Ministerio de Salud a Directores de servicios de salud. 24 abril, 2009

58 Ordinario A 15 n° 1404 del Ord. A15/1675 de fecha 24 de abril, 2009, del Ministerio de Salud, Reitera directrices sobre materia que indica. 20 de mayo 2014.

59 Ordinario A 15 n° 1404 del Ord. A15/1675 de fecha 24 de abril, 2009, del Ministerio de Salud, Reitera directrices sobre materia que indica. 20 de mayo 2014.

60 Ibid.

Tabla N°6 : Acuerdos Internacionales relacionados con Aborto

Nombre	Descripción
Conferencia Internacional de Derechos Humanos (Teherán, 1968)	Los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos. (párrafo 16 Proclamación de Teherán).
Conferencia Mundial de Población (Bucarest, 1974)	Todas las parejas e individuos tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para ello. (Principio f, Plan de Acción Mundial sobre Población).
Conferencia Mundial del año Internacional de la Mujer (México, 1975)	Toda pareja y todo individuo tiene el derecho de decidir libre y responsablemente si habrá o no de tener hijos, y de determinar su número y espaciamiento, así como de recibir información, educación y medios para hacerlo. (Principio 12, Declaración de México sobre la Igualdad de la Mujer y su Contribución al Desarrollo y la Paz).
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (Nueva York, 1979)	Hombres y mujeres tienen el mismo derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos (Artículo 16.e, CEDAW).
Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz (Copenhague, 1980)	Pide a los gobiernos que tomen todas las medidas adecuadas, incluso legislativas, para proporcionar información, educación y medios para que hombres y mujeres puedan ejercer libremente el derecho a determinar la dimensión de su familia. (Capítulo 1.1, Resoluciones y decisiones aprobadas por la Conferencia).
Conferencia Mundial de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz (Nairobi, 1985)	Las cuestiones relacionadas con las tasas de fecundidad y de crecimiento de la población deben abordarse en un contexto que permita a la mujer ejercer efectivamente sus derechos en cuestiones de interés para la población, incluido el derecho fundamental de regular su propia fecundidad, que es básico para el disfrute de otros derechos. (Párrafo 29, Estrategias de Naorobí).
Conferencia de Población El Cairo (1994)	Plantea la necesidad del acceso universal de servicios de salud reproductiva y sexual para el 2015.
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)	Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (Comité de la CEDAW)
Convención sobre los Derechos del Niño	Comité de los Derechos del Niño (CCN)
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PICP) (1966)	Comité de Derechos Humanos (CDH). Protege el derecho a la vida privada, a la familia y a la igualdad y la no discriminación.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC)
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial	Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD)
Convención contra la Tortura y Otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes	Comité contra la Tortura (CCT)
Resolución WHA 55.19 de la Asamblea Nacional de la Salud (2002)	Declara que para el cumplimiento de las Metas del Milenio, es clave aumentar el acceso a información y servicios de calidad suficiente, incluyendo los de salud reproductiva.
Consenso de Montevideo. I Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe (2013)	Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014.
Fuente: Elaboración propia. Corporación Miles, 2016.	

Tabla N°7: Normas relacionadas con Aborto

Año	Número	Materia
1898	Decreto N°789	Convención para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer. Ministerio de Relaciones Exteriores.
2006	Decreto Supremo N°48	Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad.
2009	Ordinario A15/1675	Directrices a Directores de Servicios de Salud. La Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes fue ratificada por Chile el 30 de septiembre de 1988, es obligatoria para todos los habitantes de la república. Esto es especialmente relevante en los casos que las mujeres que requieren atención médica por complicaciones de salud asociadas a la realización del aborto. Aunque requieran atención, sobre todo cuando dicha confesión se solicitase como condición de prestación de salud.
2010	Ley N°20.418	Fija las normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en Materia de Regulación de la Fertilidad.
2011	Ley N°20.533	Modifica el código sanitario, con el objetivo de facultar a las matronas para recetar anticonceptivos.
2012	Ley N°20.584	Sobre Derechos y Deberes del Paciente, que establece cuales son los Derechos y Deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud.

Fuente: elaboración propia. Corporación Miles, 2016.

A modo de reflexión

La problemática del aborto en Chile ha instalado diversos debates desde los derechos humanos, así como también desde una perspectiva científica, política, de género, religiosa y moral. No obstante, por un largo período el tema permaneció en la trastienda y salió a la palestra puntualmente en las siguientes situaciones: frente a los casos médicos de mujeres que han requerido aborto, en escenarios electorales y de incidencia en los que se ha intentado establecer posiciones frente al tema, e indirectamente en los distintos episodios de debate por la anticoncepción de emergencia⁶¹. Actualmente, como se ha descrito, se está debatiendo el proyecto de ley de aborto tres causales, que ha sido apoyado y promovido por el ejecutivo así como por Ongs, organizaciones sociales, gremiales, la academia, investigadoras y la opinión pública que apoya las tres causales con un 70% promedio.

La actual legislación que penaliza el aborto en todas sus circunstancias esconde un grave problema de salud pública y de derechos humanos, en particular de los derechos reproductivos, reflejando grandes inequidades y desigualdades lo cual afecta los derechos fundamentales de dignidad, libertad, seguridad, integridad física y psíquica.

En esta perspectiva, el derecho a la vida debe considerar, además, un estado de salud que permita a la mujer vivir en condiciones dignas y tener total derecho de decidir sobre su salud, su vida y su cuerpo. Algunas condiciones de vida de las mujeres se asocian a la probabilidad de presentar pérdidas reproductivas y también sufrir complicaciones, e incluso morir a causa de un aborto.

Resulta contradictorio que pese a los avances en salud reproductiva, aún existan graves problemas y hasta retrocesos en materia de políticas públicas y de legislación. En nuestro país la ley que

penaliza el aborto se encuentra ineficaz y sobretudo contra-productiva, ya que no está cumpliendo su rol de protección de las mujeres, niñas y adolescentes que enfrentan situaciones muy complejas y traumáticas, lo que puede significar que en muchos casos ellas se vean obligadas a recurrir a un aborto clandestino y por tanto, se verán expuestas a situaciones de criminalización. Por tanto, la ilegalidad no conlleva a la desaparición de la práctica del aborto si no que lo vuelve clandestino, inseguro y peligroso. El aborto ilegal, mayoritariamente clandestino en su ejecución, no ha desaparecido en Chile por simple decreto. Si las causas que obligan a la mujer a hacerse un aborto continúan existiendo, no hay ley que logre bajar sus índices de frecuencia, lo que demuestra la poca efectividad que posee la ley restrictiva y punitiva actual.

La ley acentúa la discriminación hacia las mujeres de estratos socioeconómicos más bajos, ya que profundiza la gran brecha de inequidad que se reproduce en la sociedad chilena frente al aborto. Por su parte, las mujeres que pertenecen a los estratos socioeconómicos más altos, cuando se realizan abortos, cuentan con los recursos y redes necesarias para realizarlo en circunstancias más seguras. Además, pueden tener la opción de realizarse un aborto fuera del país. Cuando la mujer embarazada en alto riesgo se hospitaliza, debe ser tratada en las mismas salas de atención de mujeres con trabajo de parto, haciendo pasar a la mujer por una situación de tortura cuando se está en contra de su voluntad y sabe que su embarazo no va a llegar a término, o va a ser con sumas complicaciones para su salud. Así relataron algunas mujeres en su testimonio, quienes no tenía acceso a un servicio de salud privado y por una condición económica, además de la legalidad actual, se vieron obligadas a esperar a tener un aborto espontáneo o natural⁶².

Resulta paradójico que en esta situación la mujer tenga la obligación de acceder a un servicio de salud que pueda atender su urgencia, para lo cual debe cubrir un gran costo hasta esperar que “la naturaleza actúe” ya que se encuentra en

61 Op. Cit. Dides, et. al, 2015.

62 Op. Cit. Dides, et. al, 2015..

una situación sumamente riesgosa que requiere medicamentos y atención especializada a diario. También se da el caso que hacen esperar a la mujer más allá de las 22 semanas, para poder realizarle una inducción del parto, ya que desde un punto de vista legal, la extracción de un feto vivo inmaduro después de las 22 semanas o más de gestación no constituye a un aborto, así, el feto pasa a cuidado en la Unidad de Tratamiento Intensivo Perinatal.

La exigencia legal que obliga a los profesionales de salud a notificar casos de mujeres que se han sometido a un aborto y que buscan atención médica, demoran la atención y aumentan los riesgos de salud y vida de las mujeres. En este marco, las normas de derechos humanos de las Naciones Unidas piden a todos los países que proporcionen tratamiento inmediato y sin reservas a toda persona que solicite atención médica de emergencia.

Con este tipo de denuncia, se constata que la ley actual que penaliza el aborto en Chile infringe los derechos fundamentales de las mujeres. El Ministerio de Salud recuerda en su instructivo Ordinario A15 N°1675, del 24 de abril de 2009, que la Convención de Belem Do Pará compromete al Estado Chileno a garantizar que la mujer no sufra violencia “que sea perpetrada o tolerada por el estado o sus agentes, donde quiera que ocurra”⁶³. No obstante, es fundamental que el Ministerio de Salud tenga un rol más fiscalizador sobre la confidencialidad del personal médico en casos de abortos, respaldada por la Ley de Derechos y Deberes del Paciente, versus la obligación de denunciarlos dado los diferentes casos de denuncias en hospitales como el de Calama, Los Angeles, entre otros.

No se puede poner en descuido la salud de la mujer desde la conceptualización de salud que define la OMS como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente

la ausencia de afecciones o enfermedades”⁶⁴. Es importante abrir la discusión sobre la interrupción legal voluntaria del embarazo si la continuación de la gestación pone en riesgo la vida o la salud física, mental o social de la mujer. El proyecto de ley que envió el ejecutivo no contempla el riesgo de salud de la mujer sino solo el riesgo de vida, dejando de lado el concepto acuñado por la OMS. Las políticas públicas en salud debieran incorporar la visión de salud física, psicológica y social, ya que el derecho a la salud es comprendido en Chile netamente desde el acceso, lo cual potencia una mayor inequidad y desigualdad en las condiciones en que se enfrenta un aborto. Quienes tienen mayores recursos pueden acceder a un aborto médicamente más seguro, pero bajo un contexto de penalización que conlleva grandes consecuencias psicológicas producto de la recriminación social, moral y judicial. Por otra parte, de acuerdo a la calidad del servicio, es un deber ético, moral y legal de los profesionales de la salud informar, apoyar y guiar a la mujer cuando presente un diagnóstico que pueda afectar su salud física y psicológica. Para cumplir con un acceso adecuado a servicios sociales y de salud debe existir un vínculo entre la información, difusión y educación para que la mujer tome la mejor decisión⁶⁵.

Se requiere mayor resguardo de los derechos de las mujeres en los distintos niveles de atención, considerando la distinta realidad de las mujeres, niñas y adolescentes que acceden al servicio de salud. Para ello, se debiese capacitar a los profesionales de salud que se relacionen con atención en salud reproductiva para que sean los encargados de hacer el acompañamiento de mujeres embarazadas que decidan abortar, cuyas intervenciones incluyan apoyo y preparación psicológica para el manejo inicial del impacto emocional. El aborto es seguro cuando lo realizan personas con la capacitación adecuada y emplean técnicas correctas. Es de vital importancia difundir estas directrices dentro de la red asistencial a su cargo para que las usuarias tengan plena confianza

63 Minuta de trabajo: Argumentos para la Discusión sobre la Interrupción Legal del Embarazo. Derechos Reproductivos. Son Derechos Humanos. Elaborado por Alejandra Zuñiga Fajuri. Doctora en Derecho, profesora de Derecho Constitucional, Universidad de Valparaíso. Corporación Miles, Santiago 2015.

64 Definición de salud según la Organización Mundial de la Salud, disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>. Última revisión de la página Junio 2015.

65 Op. Cit. Dides, et. al. 2015.

en la atención de los profesionales y técnicos de salud, y que esta atención se realice conforme a la dignidad humana, respetando los derechos fundamentales de las personas. Cabe señalar que existe un déficit de formación en personal de salud en las nuevas tecnologías para practicar un aborto seguro, como por ejemplo vía medicamentosa o la aspiración manual; en general se utiliza la técnica de legrado.

Se debiese prevenir el aborto inseguro mediante la educación sexual, el uso de métodos anticonceptivos eficaces, el acceso a servicios de aborto seguro provocado, y la atención oportuna de las complicaciones.

Las normas y protocolos considerados para atender complicaciones por aborto son de suma importancia para que los agentes de salud estén capacitados y preparados para atender complicaciones derivadas del aborto difíciles de diagnosticar. Estas orientaciones deben asumir que cada mujer vive con un significado diferente cada una de sus gestaciones y cada pérdida reproductiva, y, por lo tanto, reacciona a ella de forma diferente y la integra de forma distinta a su proyecto de vida y su existencia, así se refieren tanto al manejo de los aspectos biomédicos como de los aspectos psicosociales involucrados en una pérdida reproductiva⁶⁶. El Ministerio de Salud se debe encargar de ordenar la adopción de protocolos de atención y seguimiento en los centros de salud.

Información estadística a nivel mundial, evidencia que los países que tienen penalizado el aborto presentan mayores tasas de abortos al año. Se ha comprobado que las cifras de aborto van disminuyendo cuando este se despenaliza. Las proyecciones estadísticas estiman que sólo subirán entre un 2,1 a 3,7% del total de egresos hospitalarios por aborto, luego estos irán disminuyendo abruptamente, tal como se ha demostrado en otros países de América Latina que implementaron su despenalización⁶⁷. Sin embargo, estos datos no

evidencian un diagnóstico total, y encubren los casos de aborto clandestino como también una alta cantidad de egresos de aborto que no registra la red pública ni la privada, siendo abortos “no especificados”. Hoy en día no existe una ley que regule las causas y la información epidemiológica muestra lo contrario en la práctica institucional.

Las mujeres viven una situación de gran trauma pero no por el hecho de realizarse un aborto, sino por el proceso que el Estado de Chile y su legislación obliga a pasar a la mujer; una situación tortuosa, de gran humillación, criminalización y de altos costos económicos. Además, el temor a la denuncia puede ser nefasto. Sus consecuencias pueden ser varias, tales como que las mujeres no lleguen al hospital a tiempo, o que se fuguen o suiciden. En estos casos, el síndrome de stress post-aborto como un diagnóstico psiquiátrico no es válido. De acuerdo a un estudio realizado por Sarah Schmiede & Nancy Russo, publicado en el British Medical Journal, aquellas mujeres que se practican un aborto de modo voluntario no tienen más riesgos de padecer trastornos psicológicos que aquellas que deciden llevar a término su embarazo y ser madres. Debido a la falta de evidencia científica, la Asociación Psiquiátrica Americana no reconoce al “síndrome postaborto” como un diagnóstico de salud mental⁶⁸. Este síndrome se explica más bien por la violación de los derechos humanos que conlleva consecuencias en salud mental, social, psíquica y física. Todas las mujeres que han sido entrevistadas han comparado su experiencia a una verdadera situación de tortura. Estas mujeres viven con secuelas físicas y psicológicas que requieren tratamiento y rehabilitación, y eso puede presentarse a lo largo de toda su vida.

66 Op. Cit. Minsal, 2014.

67 La Tercera: “Isapres cubrieron 32 mil embarazos que terminaron en aborto en siete años”, disponible en: <http://www.latercera.com/noticia/nacional/2015/02/680-615209-9-isapres-cubrieron-32->

[mil-embarazos-que-terminaron-en-aborto-en-siete-anos.shtml](#). Última revisión enero 2015.

68 Asociación Psicológica Americana, Comisión Especial sobre Salud Mental y Aborto, 2008. Report of the task force and mental health and abortion. Washington D.C.: Asociación Psicológica Americana.

