

INFORME DE MONITOREO SOCIAL

*Acceso a la Ley de Interrupción
Voluntaria del Embarazo*



Mesa Acción
por el
Aborto
en Chile



CONTENIDOS:

PRÓLOGO

5

INTRODUCCIÓN

7

ANTECEDENTES DE LA LEY IVE

10

RESULTADOS

18

Caracterización general de la muestra

20

Los factores que favorecen o dificultan la implementación de la ley

29

La falta de capacitación y desinformación de los/as profesionales

30

La desinformación por parte de las usuarias

34

La falta de disposición

37

La objeción de conciencia

39

CONCLUSIONES

42

REFERENCIAS

46

PRÓLOGO

Las organizaciones de la sociedad civil deben jugar un rol clave en el seguimiento de las políticas públicas en cualquier sociedad democrática. En efecto, los procesos de vigilancia social no solo tienen un carácter asociado a la rendición de cuentas o la vigilancia en torno a la implementación de las intervenciones públicas, sino especialmente en sugerir y mejorar la manera en que estas llegan a la ciudadanía, sobre todo cuando comprometen derechos tan relevantes, y muchas veces postergados, como es el caso de los derechos sexuales y reproductivos, en especial, de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

Por eso, la **Mesa de Acción por el Aborto** ha tenido, y tiene, un profundo compromiso con las mujeres y personas con capacidad de gestar de nuestro país, con el fin de asegurar que las garantías establecidas por el Estado de Chile sean efectivamente cumplidas en condiciones de calidad, seguridad y bienestar, sin ningún tipo de discriminación.

En ese marco, presentamos este nuevo monitoreo sobre la implementación de la Ley 21.030, que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, cuyo objetivo ha sido reconocer los factores que a juicio de los equipos médicos han favorecido o dificultado la aplicación de esta ley. Se trata de un estudio que recoge la percepción que tienen los y las profesionales de la salud sobre un tema en el cual se entrecruzan tanto sus visiones personales, valóricas y profesionales, como de las usuarias que acuden diariamente a los servicios públicos de salud. De ahí el aporte de este nuevo monitoreo, que se sitúa en una perspectiva que no había sido abordada con anterioridad.

Como **Mesa de Acción por Aborto** -a través de este estudio realizado por **APROFA**- renovamos nuestro compromiso con las mujeres y personas con capacidad de gestar de Chile, esperando que los resultados que aquí se presentan sean un aporte para alcanzar una sociedad más justa, democrática y respetuosa de los derechos sexuales y reproductivos.

Mesa Acción
por el
Aborto
en Chile


Fundación
Derecho
a Decidir

APROFA
TU DECISIÓN, TU LIBERTAD

INTRODUCCIÓN

En septiembre del año 2017, y luego de dos años de intensa discusión en el parlamento, se promulgó la Ley 21.030 que modifica el Código Sanitario para **garantizar la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en tres causales (en adelante la Ley o Ley IVE)**. Esta ley constituye un hito relevante y significativo en la lucha de las mujeres de Chile por alcanzar mayores grados de autonomía en relación al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, toda vez que este derecho fue conculcado en 1989 por la dictadura, lo que implicó la criminalización de una garantía históricamente establecida en nuestra normativa sanitaria.

En concreto, la Ley no solo busca despenalizar el aborto en tres causales, sino **ampliar el acceso a la salud de las mujeres, asegurando condiciones sanitarias desde una perspectiva médica y biopsicosocial**¹.

En efecto, además de permitir la interrupción del embarazo cuando la vida de la mujer se encuentre en riesgo, cuando el feto no tenga posibilidades de sobrevivir fuera del útero y/o cuando el embarazo sea producto de una violación, la Ley contempla un servicio de acompañamiento de una dupla profesional para dar apoyo y facilitar la toma de decisión de la mujer sobre si continuar o no con el embarazo ².

Por otro lado, la Ley establece como opción la objeción de conciencia para los/as profesionales que integran los equipos médicos, dado que se otorga la opción

de abstenerse de llevar a cabo los procedimientos a quienes -por diferentes razones- no estén de acuerdo con realizarlos. Los/as objetores/as de conciencia deberán en forma previa informar por escrito su decisión al/a director/a del establecimiento.

Desde la aprobación de la Ley se han realizado por parte de la **Mesa Acción por el Aborto y el Fondo Alquimia**, tres monitoreos que han apuntado a observar el proceso de implementación de la ley, a constatar el acceso de las mujeres al aborto legal y a la salud sexual y reproductiva durante la pandemia en diversas regiones y comunidades.

Los monitoreos realizados develaron un conjunto de barreras que han afectado el acceso de las mujeres al aborto legal. Entre otros aspectos, surge el hecho que las prestaciones de salud sexual y reproductiva, incluida la IVE, no han sido priorizadas en la atención a la emergencia sanitaria vivida por el país debido a la pandemia de Covid-19, toda vez que se generó un déficit institucional estructural en materia de servicios de salud sexual y reproductiva en la red de atención de salud pública y privada.

Sin embargo, otro de los temas surgidos a propósito de estos monitoreos, y que no ha sido pesquisado a través de estudios actualizados al cierre del levantamiento de información (mayo 2023), es lo relativo a los factores que, desde la perspectiva de los equipos médicos, han

favorecido o dificultado la implementación de la ley. Por tanto, hay una brecha de conocimiento en torno a la experiencia de los equipos médicos y las duplas psicosociales, quienes tienen un rol protagónico en la garantía de este derecho.

En ese marco, desde la Asociación Chilena de Protección de la Familia, APROFA, organización vinculada a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (desde 1965), nos hemos hecho cargo de realizar un monitoreo centrándonos en la perspectiva que tienen los y las profesionales de la salud en torno a la implementación de la ley.

Conocer la visión de los/as profesionales médicos es fundamental, toda vez que son los responsables de asegurar el ejercicio de un derecho tan relevante para las mujeres de nuestro país. De hecho, su opinión es clave para la formulación de sugerencias de política o estrategias que aporten a instalar y consagrar este derecho. De ahí el valor de este nuevo monitoreo, que busca aportar a la discusión respecto de los derechos sexuales y reproductivos en nuestro sistema de salud.

El objetivo de este estudio fue identificar, desde la perspectiva de los equipos de salud del programa IVE, los factores y variables que favorecen o dificultan el proceso de implementación de la Ley y el acceso de las mujeres a este derecho en servicios de la red pública en tres territorios del país, con el fin de generar

propuestas que aporten a favorecer el ejercicio de sus derechos.

El estudio se llevó a cabo desde una perspectiva mixta, a través de la aplicación de una encuesta y de entrevistas en profundidad a los/as profesionales de la salud, en tres territorios del país. En concreto, el estudio se realizó en los hospitales de la red pública de las regiones de Coquimbo, Metropolitana y el Maule, y se consideraron dimensiones como los imaginarios en torno al aborto, los factores más relevantes que explican las posturas de los equipos en relación a esta temática y la valoración acerca de las políticas y la legislación existente.

En los hospitales seleccionados se aplicó una encuesta al conjunto de profesionales que intervienen en la aplicación de la IVE y, luego, una entrevista en profundidad a las personas encargadas de la implementación de la ley, con el fin de profundizar en sus relatos y en los factores que, desde el punto de vista personal, favorecen o dificultan la implementación de esta norma legal.

1 Ley 21.030, Artículo N°1

2 Sobre este punto es importante señalar que si bien la ley se limita expresamente a la palabra “mujer”, creemos que, atendido el objetivo de la ley y la prestación de salud proporcionada, la interpretación correcta debiera apuntar a cualquier persona con capacidad de gestar, siendo este último el hito relevante a la hora de acceder a una interrupción voluntaria del embarazo. Por otro lado, actualmente existen proyectos de ley que buscan incorporar expresamente a la expresión “personas gestantes”, en atención a lo señalado anteriormente.

ANTECEDENTES DE LA LEY IVE

Luego de casi 30 años donde el aborto estuvo completamente prohibido, y gracias a una larga lucha del movimiento de mujeres y feminista, Chile vuelve a contar con una ley de interrupción voluntaria del embarazo. La Ley 21.030 modificó el Código Sanitario para permitir que en Chile las mujeres puedan decidir sobre si continuar o no un embarazo en tres circunstancias: si la vida de la mujer corre peligro (primera causal), si el feto es inviable fuera del útero (segunda causal), y si es producto de una violación (tercera causal).

Sin embargo, el camino fue largo. Además de una intensa discusión tanto en la Cámara de Diputados y Diputadas como en el Senado de la República, la oposición de los sectores más conservadores, la intervención del Tribunal Constitucional -organismo que impugnó algunas de las normas establecidas en el proyecto original, aunque finalmente refrendó la constitucionalidad de esta iniciativa- se logró su aprobación con un estrecho margen.

Finalmente, el día 14 de septiembre de 2017, en una ceremonia en el Palacio de la Moneda, la entonces Presidenta Michelle Bachelet promulgó la ley, señalando en esa ocasión que:

“Hoy, por fin, firmamos la ley que consagra el derecho a que toda mujer decida sobre su cuerpo y sobre su embarazo, en tres casos sumamente precisos y humanamente difíciles...Estamos saldando una deuda enorme con las mujeres de Chile y poniendo a tono con legislaciones del mundo.”

Además de saldar una deuda histórica, tal como señaló la Presidenta Bachelet, la posibilidad de contar con esta nueva legislación permitió que Chile saliera de un reducido grupo de países a nivel mundial (cinco), en que el aborto está completamente prohibido, incluso cuando la vida de la madre corre peligro. De ahí que esta ley pone al país en la corriente principal de la garantía de derechos para las mujeres, dialogando con las propias convenciones internacionales que el país ha ratificado, tales como la Convención Internacional contra todas las Formas de Discriminación hacia la Mujer, cuyo comité (CEDAW), recomendó al país en reiteradas ocasiones despenalizar el aborto bajo ciertas causales, además de aplicar criterios estrictos frente a la objeción de conciencia, de forma tal que el derecho de las mujeres no se viera conculcado. En concreto, el Comité señaló en el informe del año 2012, punto 35, letras d) y e), que el país³:

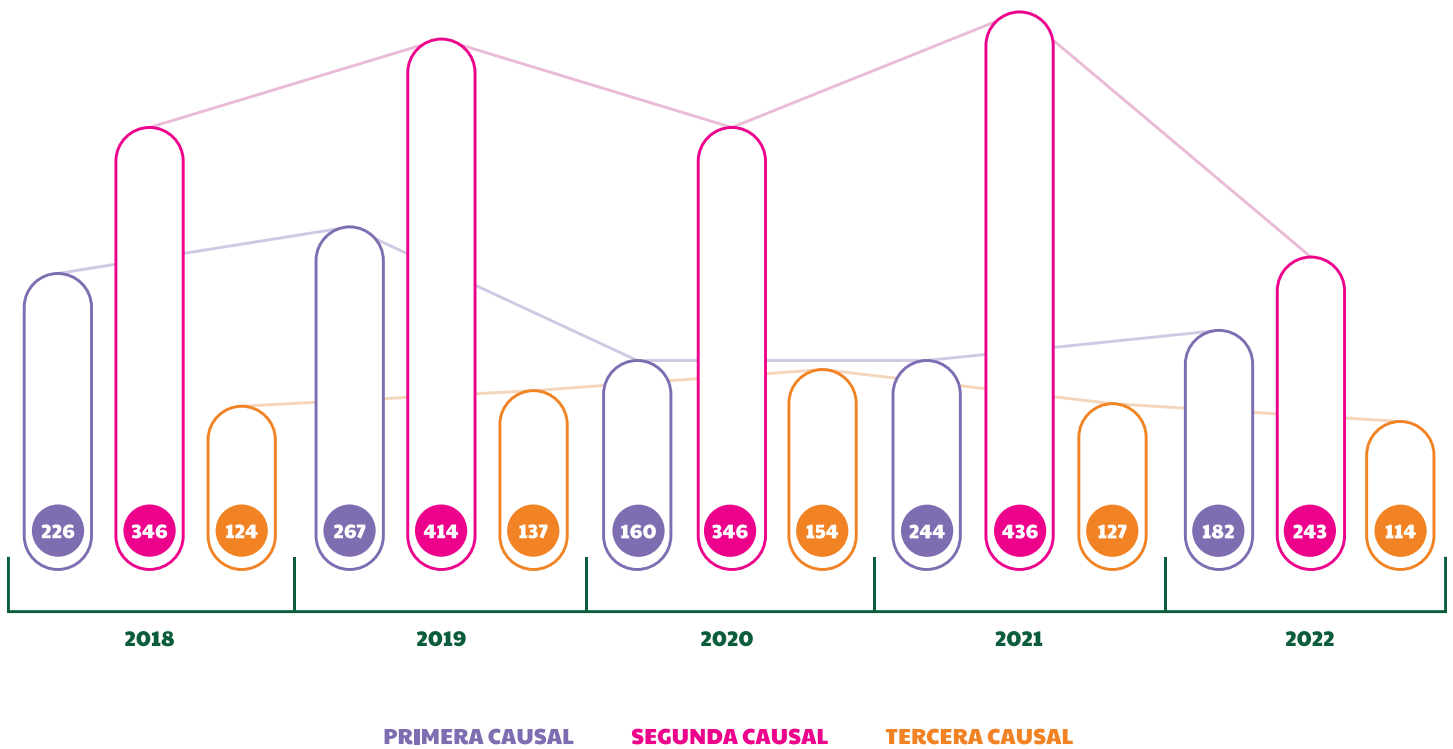
“Revise la legislación vigente sobre el aborto con miras a despenalizarlo en los casos de violación, incesto o riesgo para la salud o la vida de la madre”.

“Realice un estudio exhaustivo, con datos estadísticos, de los abortos ilegales y practicados en condiciones de riesgo y de sus consecuencias para la salud y la vida de las mujeres, particularmente cuando se produzcan casos de mortalidad derivada de la maternidad, y considere la posibilidad de utilizar ese estudio como base para adoptar medidas legislativas y en materia de políticas”.

De esta forma, a casi seis años de la promulgación de esta Ley, sin duda son muchos los desafíos que surgen, en especial cuando se analizan los datos y los estudios que se han realizado al respecto. En efecto, en casi todos ellos se pone de relieve la necesidad de fortalecer el proceso de implementación, toda vez que, por ejemplo, la incidencia de abortos realizados al margen del sistema de salud continua siendo alta en el país, y el acceso de las mujeres a los servicios de salud para abordar esta temática, mucho más reducida.

³ Cfr. CEDAW (2012) Informe de observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto de Chile, adoptado por el Comité en su 53º periodo de sesiones.

Concretamente, hasta el año 2022, gracias a esta Ley, alrededor de 3.520 personas accedieron a un servicio de interrupción del embarazo, tal como presenta el siguiente gráfico:



Fuente: MINSAL (2022)

De acuerdo a los datos expuestos, el año 2019 se alcanza el mayor número de interrupciones voluntarias, sin embargo, los años 2020, 2021 y 2022 se produce una reducción, presumiblemente debido a la pandemia y la prioridad otorgada por los servicios de salud a la emergencia sanitaria, tal como fue señalado en el apartado anterior.

Sin duda esto constituye una señal de alerta, dado que pone en evidencia la afectación vivida por el sistema de salud en cuanto a su capacidad para dar respuesta a las diversas situaciones que debe enfrentar, incluidos la implementación de la ley IVE o las garantías GES.

Por otro lado, como muestra el gráfico, la tercera causal (violación) para todos los años que considera la línea temporal es la menos recurrida, mientras que la segunda (inviabilidad de feto), es la que presenta la mayor frecuencia.

El dato respecto de la tercera causal es relevante y paradójico, toda vez que, de acuerdo a información de la Policía de Investigaciones de Chile, los delitos de connotación sexual aumentaron en casi 30% entre el primer semestre del año 2020 y el mismo periodo del 2021. Del mismo modo, hubo en el mismo periodo 1154 denuncias por abuso sexual a menores de 14 años y 365 por violación.

Al respecto, la Presidenta de Ginecólogas Chile⁴, señala que

“En el caso de la tercera, yo creo que no llegan (las mujeres), porque sigue, en el fondo, tanto como el estigma social y el miedo. Y además, bueno, siempre está como la presión de padres, de familia, pero también está muy, como metido y yo creo que justamente, o sea, no es una mala percepción, está muy metido en las personas que en los sistemas de salud te van a tratar mal, te van a retar, te van a decir cuestiones.”

De esta forma, los datos permiten configurar la forma en que las mujeres han ido accediendo a este derecho, además de las causales más recurridas en el periodo de implementación de la Ley.

Sin embargo, si bien esto implicó un avance importante para los derechos reproductivos de las mujeres y personas con capacidad de gestar en Chile, lamentablemente es aún insuficiente. Y no solo por el hecho que abarca únicamente a un 5% de quienes abortan en el país, sino también porque desde su aprobación han existidos múltiples y diversos obstáculos que han coartado el acceso libre a este servicio, generando muchas veces que las mujeres deban o continuar el embarazo a pesar de sus implicancias, o interrumpir al margen del sistema de salud⁵.

⁴ Ginecólogas Chile es una asociación que trabaja por la promoción del enfoque de género en el estudio y ejercicio de la ginecología y obstetricia.

⁵ Lamper, M. y Fernández, G. (2021). Interrupción voluntaria del embarazo. Cifras penales y estadísticas de casos. Biblioteca del Congreso.

En efecto, respecto de los datos, resulta contradictorio que, según la información de diversas estimaciones, en Chile se producirían entre **60.000 a 300.000 abortos** al margen del sistema de salud al año, lo que es muy superior a las cifras informadas en relación a la utilización de la Ley IVE.



De acuerdo a Lampert y Fernández (2021), esto pone en evidencia que la política de penalización y criminalización del aborto es ineficaz en un contexto de alta prevalencia de interrupciones clandestinas, cuya incidencia no se reduce en los periodos en los cuales existe información. Los mismos autores señalan la necesidad de contar con una política de salud sexual y reproductiva, que incorpore contenidos de educación sexual y cuyo aporte tendría efectos, por ejemplo, en la reducción del embarazo adolescente.

En cuanto a los obstáculos que han existido en el acceso de las mujeres a la Ley IVE, el primer monitoreo realizado por la Mesa de Acción por el aborto el Chile identificó tres grandes problemas.

1. DESINFORMACIÓN

Por un lado, se encontraba **la desinformación y falta de capacitación** por parte de los profesionales de salud, quienes no contaban con el conocimiento necesario respecto a temas técnicos, como el uso de medicamentos o de la aspiración manual endouterina (AMEU), así como tampoco sabían cómo aplicar la ley en relación a lo administrativo-burocrático. Sumado a lo anterior se encontraba la **desinformación por parte de las usuarias**. Hasta el día de hoy existe muy poca difusión sobre la ley, sobre todo en lo que respecta a su funcionamiento, solicitud e implicancias en general.

2. PENALIZACIÓN SOCIAL

A esto se suma la **penalización social que todavía tiene el aborto en el territorio**, por lo cual muchas de las mujeres y personas con capacidad de gestar todavía no saben que pueden acceder a este derecho, o lo sienten una carga difícil de llevar debido al estigma social asociado al aborto.

3. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

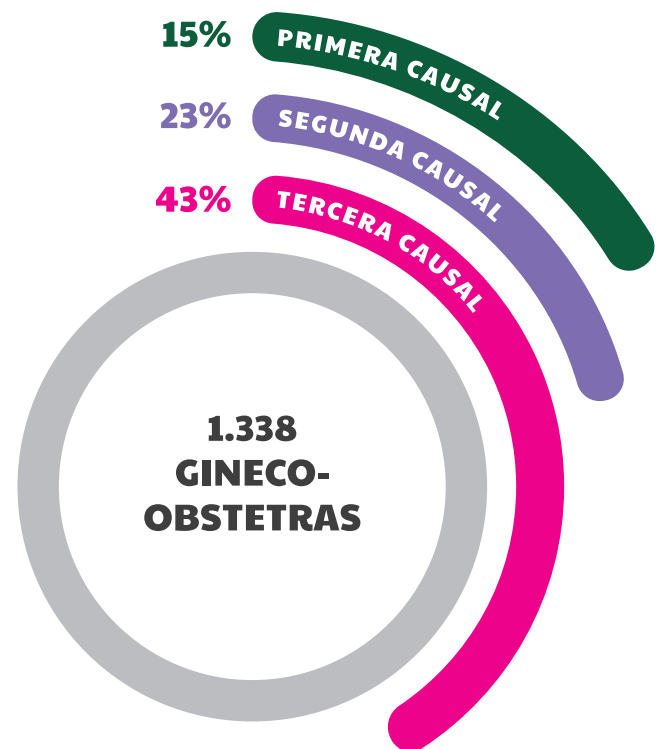
Finalmente, el tercer obstáculo encontrado hacía referencia a la **objección de conciencia personal e institucional**. Este “derecho” para los profesionales, establecido en la misma ley, permite no realizar abortos en caso que vaya en contra de las creencias del profesional miembro del equipo que interviene, es decir, no está sujeto solo al médico gineco-obstetra, sino a toda especialidad involucrada, desde el/la matrn/a, hasta el/la anestesista.

Según el último informe realizado por Corporación Humanas el año 2022 sobre objeción de conciencia en establecimientos públicos, de los/as 1.338 gineco-obstetras contratados/as, un 43% era objetor/a en la tercera causal, un 23% en la segunda y un 15% en la primera.

La cantidad de objetores dentro de los hospitales es particularmente grave cuando no existen médicos dispuestos a realizar un aborto o, en otras palabras, cuando todos los médicos del establecimiento son objetores. Si bien existe un protocolo de derivación para estos casos, en los establecimientos en zonas rurales e

incluso urbanas el traslado a otro lugar suele ser muy complejo, debido a la dificultad de salir del lugar propio o las labores de cuidado, lo que genera que muchas mujeres o personas con capacidad de gestar no logren finalmente interrumpir, viendo así coartado su derecho y su decisión personal.

En el caso de las instituciones objetoras, un hospital privado en línea con su propuesta ética-ideológica, puede negarse a realizar procedimientos de interrupción dentro de sus establecimientos.



Respecto a los otros monitoreos, el segundo pudo vislumbrar cómo fueron dejados de lado los servicios de salud sexual y reproductiva, en especial el de aborto, en la pandemia del COVID-19. De hecho, en una de las entrevistas realizadas en uno de los hospitales para el actual monitoreo, se señala:

“Tuvimos que aumentar número de camas (en la pandemia). Y que finalmente hasta ahora tampoco las hemos podido recuperar. O sea, tenemos salas designadas, sí, pero ya no con las comodidades ni con la infraestructura que tenían al inicio. Yo creo que eso es, es algo que, que también es complejo porque depende de cada hospital cuáles son las dependencias que puede destinar y eso no es muy manejable.”

A pesar de las recomendaciones mundiales respecto a que este tipo de atención correspondía a servicios esenciales, muchas mujeres y personas con capacidad de gestar no pudieron acceder a interrupciones debido a la falta de personal disponible o bien dispuesto a realizar abortos. Esto fue más notorio para el caso de la tercera causal, donde la espera para contar con profesionales afectó al plazo que tenían para intervenir, quedando fuera de lo estipulado por la ley. Por otro lado, este tipo de afectación es mucho más significativa para el caso de mujeres jóvenes.

Así, este cuarto monitoreo tiene como objetivo conocer las dificultades, obstáculos y percepciones en general de la ley, pero ahora desde la percepción de los equipos de salud de los hospitales, tomando en cuenta también el factor de objeción de conciencia. En lo que sigue se presentan los resultados de este cuarto monitoreo.

RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados generales del estudio para todas las dimensiones y variables que consideró el instrumento aplicado. Como se indicó antes, el estudio se concentró en los/as profesionales de los equipos IVE, por lo cual los resultados son representativos de quienes se desempeñan en ese rol y no necesariamente de todas las personas que trabajan en los hospitales que formaron parte de la muestra.

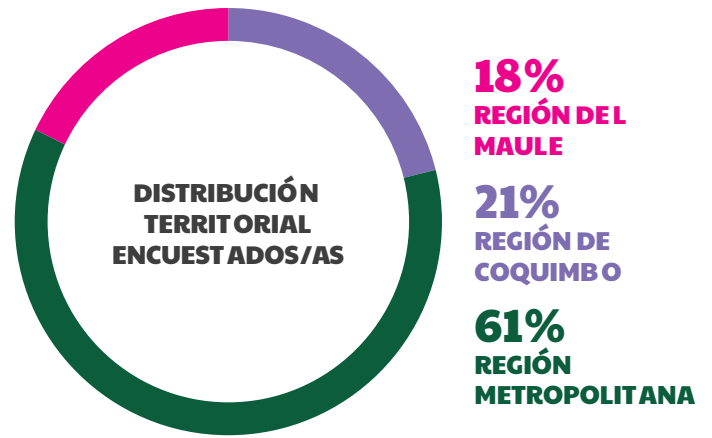
En primer término se presentará una caracterización general de la muestra (N=124), para luego profundizar en otras dimensiones relevantes para el proceso de implementación de la Ley IVE. En forma adicional, se irán incorporando algunos de los relatos obtenidos en las entrevistas provenientes de la fase cualitativa del estudio, lo que permitirá tener visiones más integrales acerca de los temas abordados⁶. Al tratarse de un estudio mixto, algunas de las dimensiones del diseño fueron trabajadas en forma complementaria (cuali y cuanti) lo que a juicio del equipo investigador asegura mejores formas de aproximación a la realidad de estudio.

Por otro lado, las encuestas en algunos hospitales fueron respondidas a través de un link que se generó para esos efectos, mientras que en otros casos se aplicaron en papel. Para el caso de las entrevistas, algunas se realizaron por zoom y otras en forma presencial. Todas las entrevistas fueron grabadas con la autorización de las personas entrevistadas.

⁶ Con el fin de asegurar el anonimato y la confidencialidad, quienes emiten los relatos serán identificadas como Encargada Ley IVE, sin señalar el hospital o región de procedencia.

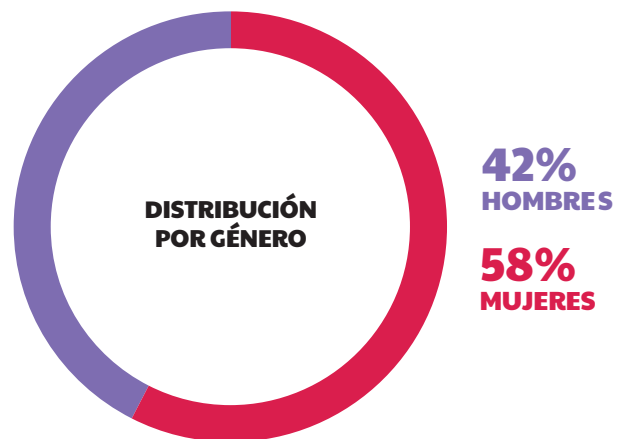
CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LA MUESTRA

En el estudio participaron profesionales de la salud vinculados a la implementación de la Ley IVE de tres territorios del país (Región de Coquimbo, Región Metropolitana y Región del Maule). En relación a la distribución territorial, los datos con los siguientes:

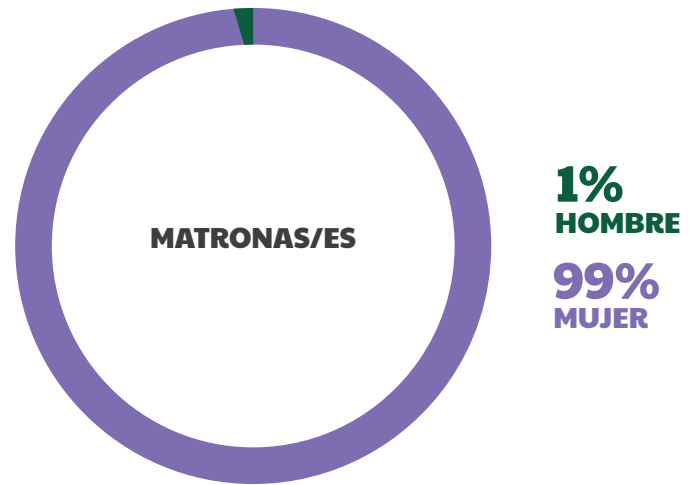
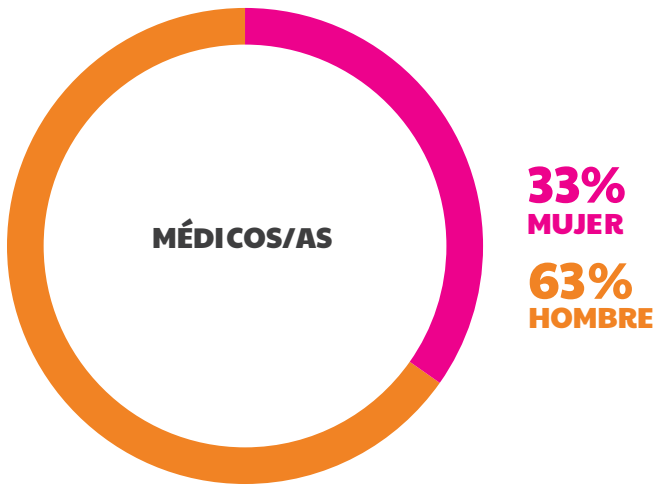


La Región Metropolitana tiene la más alta presencia en el estudio, toda vez que consideró la aplicación de encuestas en varios hospitales (Luis Tisné, Félix Bulnes, San Juan de Dios, Peñaflor y Melipilla), seguido de la Región de Coquimbo (Hospital de La Serena y Hospital de Coquimbo) y, finalmente, la Región del Maule que incluyó fundamentalmente el Hospital de Talca.

En cuanto a la distribución por género, como se aprecia en el gráfico, del total de la muestra un 42% corresponde a hombres, mientras que un 58% a mujeres. Ningún encuestado/a se identifica con algún género no binario.



En relación a la profesión de los/as encuestados/as, el 67% corresponde a médicos/as obstetras (79) y anestesistas (6), mientras que el resto a matronas/es (39). Resulta interesante que para el caso de todas las regiones estudiadas, tal como se observa en el siguiente gráfico, la mayor presencia de hombres está asociada al rol de “médico” (obstetra y anestesista), mientras que en caso de las mujeres se corresponde con la de “matrona”, lo que da cuenta de una segregación horizontal y vertical por género que ubica a las mujeres en profesiones altamente feminizadas, como es el caso de las matronas y, por otro lado, en un rol jerárquico secundario en cuanto a la estructura de toma de decisiones dentro de los equipos de salud.



Respecto del rango etario de la muestra, para el caso de las mujeres la mayor parte se ubica en el intervalo de 31 a 40 años, por lo que se trata de profesionales mayormente jóvenes, mientras que el caso de los hombres la mayoría se ubica en el rango de 51 a 60 años. Un dato interesante es que el rango que tiene la segunda mayor frecuencia es de 61 a 70 años, lo que se da para el caso de médicos obstetras (hombres, 46 en total).



A lo anterior se asocian los años de ejercicio de la profesión, que para el caso de las mujeres la mayor frecuencia se obtiene en el rango comprendido entre los 6 y 10 años y, para el caso de los hombres, la opción “más de 20 años”, lo que se corresponde con los rangos etarios señalados en el punto previo.

De esta forma, la muestra tiene características claramente diferenciadas entre hombres y mujeres para todas las variables consideradas en esta primera aproximación, lo que tiene incidencia, como se verá más adelante, en algunas de las percepciones y valoraciones asociadas a la Ley IVE.

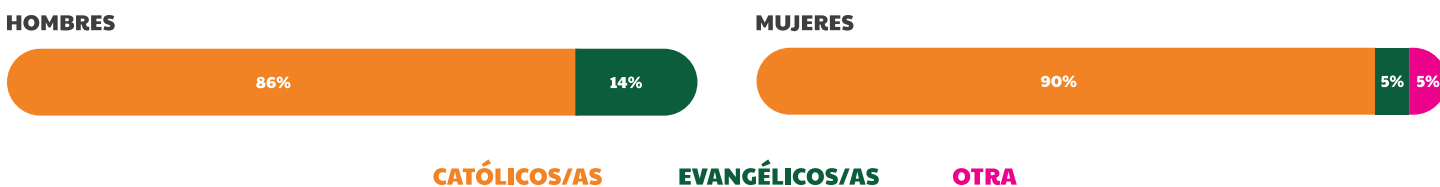
En lo que sigue se presenta una caracterización más precisa por profesión de los/as encuestados/as.

CARACTERÍSTICAS DE LOS/AS MÉDICOS/AS

Como se indicó antes, la mayor parte de los/as profesionales médicos-obstetras son hombres (67%). Por otro lado, y para el caso de las mujeres, la mayor frecuencia se ubica en el rango etario de 31 a 40 años, mientras que en el caso de los hombres es de 51 a 60 años, dando cuenta de una mayor experiencia en la especialidad.

Un tema interesante, como se verá más adelante -dada su correlación con la objeción de conciencia- es la adscripción a una religión. En efecto, para el total de la muestra de médicos/as, el 51% se declara perteneciente a una religión, siendo la católica la que tiene la mayor prevalencia. Como contrapartida, llama la atención la alta presencia de quienes declaran no pertenecer a ninguna religión, que además se distribuyen en forma homogénea en los todos rangos etarios declarados por los/as participantes del estudio.

Respecto de quienes declaran pertenecer a alguna religión, se presenta el siguiente comportamiento:



Al desagregar por género, se observa la alta presencia del catolicismo que alcanza un 86% y un 90% en hombres y mujeres, respectivamente. Luego, vienen los/as evangélicos/as. Esto es similar con los datos a nivel nacional que señalan, en el último censo, que un 17% de la población se declara perteneciente a esta religión. Solo en algunos casos de la muestra estudiada se menciona como religión el judaísmo

La mayor parte de los/as médicos/as participantes del estudio se formaron en la Universidad de Chile, seguido por la Pontificia Universidad Católica de Chile, la Universidad de Concepción y, por último, la Universidad Católica del Maule y del Norte, lo que es coherente con la regiones incluidas en este estudio.

- 1. UNIVERSIDAD DE CHILE**
- 2. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE**
- 3. UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN**

Aunque la Universidad de Chile tiene una mayor mención, no deja de ser relevante la presencia de las universidades regionales, que claramente tienen un rol relevante en los procesos formativos a nivel nacional, en especial de quienes se desempeñan profesionalmente en las regiones del país.

Por otro lado, el dato acerca de la formación es relevante, dado que todas las casas de estudio señaladas tienen sellos formativos claros y definidos, que van desde opciones laicas y valores humanistas, como el caso de la Universidad de Chile y la de Concepción, hasta principios religiosos asociados al catolicismo, como ocurre con las universidades confesionales.

Interrupción voluntaria del embarazo en el proceso formativo

En esa línea, un **80% de los/as encuestados/as** declara que en su proceso formativo tuvo asignaturas de ética, sin embargo, un alto porcentaje señala que entre los contenidos no hubo mención a la interrupción voluntaria del embarazo.

Para quienes sí tuvieron en su proceso formativo alguna mención a la interrupción voluntaria del embarazo, la

forma de referirlo por parte de las casas de estudio fue, en forma mayoritaria, “sin tomar partido por una u otra opción”, lo que da cuenta de una cierta “neutralidad” en torno a esta temática.

También se les consultó a los/as médicos/as participantes acerca de si hubo (o no), un pronunciamiento claro de parte de sus universidades acerca de cuándo se inicia la vida. Un 51% señala que no.

El contexto formativo de los médicos a nivel inicial es relevante, dado que incide en su desempeño profesional, sin perjuicio de los espacios de especialización que hayan cursado en forma posterior. Por lo mismo, se indagó sobre si hubo algún tipo de instancia que abordara lo relativo a las leyes, normas o políticas relativas a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Como se desprende del gráfico, la gran mayoría, al margen de la universidad en la cual se formó, declara que no tuvo ninguna instancia académica, o al menos algún módulo dentro de alguna asignatura, que se hiciera cargo de estos temas, lo que puede ser indicativo de la escasa relevancia que las universidades le otorgan a los ámbitos normativos y de política pública en la formación de los/as médicos/as.

EN TU PROCESO FORMATIVO, ¿TUVISTE ALGÚN CURSO, MÓDULO O ASIGNATURA EN QUE SE REVISARAN LAS LEYES, NORMAS O POLÍTICAS ASOCIADAS A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS?



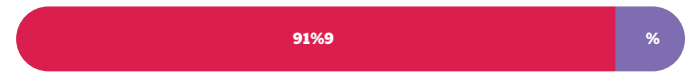
Por cierto, esto está cruzado por la variable edad, dado que los/as médicos/as, al tener un rango etario mayor, tal como fue señalado antes, fueron formados/as en un contexto en el cual estos temas no estaban en la agenda pública ni eran probablemente discutidos en las universidades. En efecto, no se puede obviar el hecho de que la Ley IVE entró en vigencia el año 2017 y las normas y orientaciones al respecto son posteriores. Este dato abre la necesidad de estudiar la forma en que se abordan estos temas en la formación inicial actual de los futuros médicos, con el fin de determinar si existe mención a las leyes o las políticas formuladas al respecto.

Como sea, es claro que existe un déficit en ese sentido. Sin embargo, sobre lo que sí existe un amplio consenso es en torno a la idea que estos temas sean sujetos de política pública:

HOMBRES



MUJERES

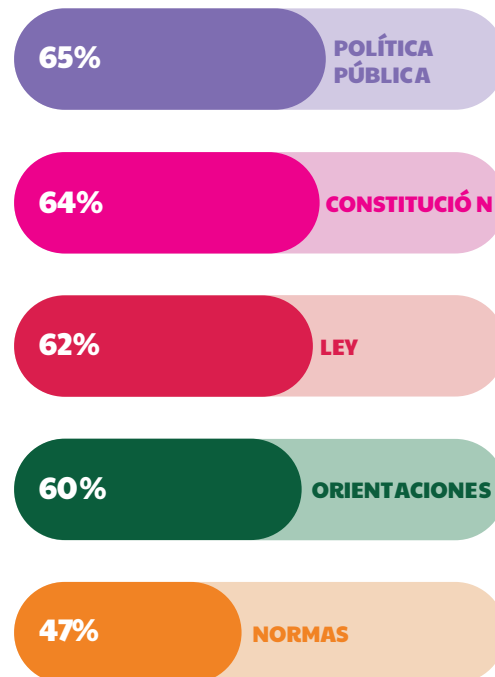


SI NO

Aunque tanto en hombres como mujeres se da un amplio acuerdo en torno a la necesidad que estos temas sean abordados por la política pública, existe un mayor desacuerdo en los hombres, lo que puede atribuirse a una cierta distancia con demandas que se asocian tradicionalmente a “temas de género”.

De cualquier manera, lo relevante es la importancia que otorgan los/as médicos/as al hecho que exista una cierta regulación y una responsabilidad del Estado sobre cuestiones que son de salud pública, y que involucran a las mujeres de nuestro país.

Al consultar acerca del instrumento público en el cual debiera materializarse esta intervención, la mayor parte de los/as involucrados/as señala lo siguiente⁷:



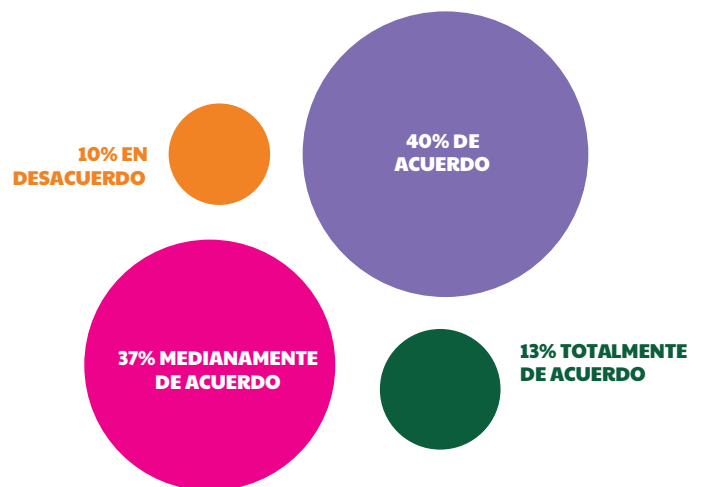
⁷ La pregunta se formuló pidiendo que señalaran todas las opciones que, a juicio de los encuestados, eran relevantes para incluir los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

La opción que tiene más menciones es la política pública, seguido por el rango constitucional que, a juicio de los/as encuestados/as, debiesen tener los derechos sexuales y reproductivos. Como es sabido, la propuesta constitucional que fue rechazada en septiembre del año 2022, señalaba en el artículo N° 61, que:

“Toda persona es titular de derechos sexuales y reproductivos. Estos comprenden, entre otros, el derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre el propio cuerpo, sobre el ejercicio de la sexualidad, la reproducción, el placer y la anticoncepción”.

Claramente, la propuesta consagraba los derechos sexuales y reproductivos, entre otros, la interrupción voluntaria del embarazo, la maternidad voluntaria y la educación sexual integral. Más allá del acuerdo o desacuerdo en torno al texto en su conjunto, es relevante destacar que por primera vez en la historia de Chile eran elevados a rango constitucional tales derechos, instalando la posibilidad que las mujeres decidieran en forma autónoma en torno a su cuerpo y que esa decisión fuese respetada y protegida por el Estado. Sin perjuicio de eso, hoy se cuenta con políticas, normas y orientaciones técnicas para la implementación de la Ley IVE.

En ese marco, se consultó a los/as participantes si conocían las **Normas del Ministerio de Salud en torno a la interrupción voluntaria del embarazo**: la totalidad respondió de forma afirmativa. En ese sentido, también se consultó respecto del grado de acuerdo con la normativa del Ministerio de Salud en torno a estos temas.



Aunque existen variaciones, hay una tendencia a validar lo que indica el Ministerio de Salud en torno a estas temáticas, lo que es un punto positivo si se considera que se trata de profesionales que se desempeñan en el servicio público. En efecto, quienes están de acuerdo y totalmente de acuerdo suman el **53% de la muestra**. Sin embargo, es llamativo el **37% de quienes señalan estar medianamente de acuerdo**, lo que es indicativo de reparos o distancias en torno a las políticas o pronunciamientos oficiales del MINSAL.

Quienes **están en desacuerdo son el 10%**, lo que es coherente con la objeción de conciencia, dado que la totalidad de quienes señalan estar en desacuerdo, se declaran, a su vez, objetores de conciencia (25).

Respecto del total de la muestra, 25 profesionales son objetores, 18 de ellos hombres y 7 mujeres. Entre todas las mujeres profesionales sólo un 23% se declara objetora de conciencia, todas ellas médicas, cifra inferior respecto de los hombres, toda vez que alcanza al 34%.

La mayor parte de los/as encuestados se identifica como no objetor de conciencia, lo que sin duda es relevante para la garantía de los derechos de las mujeres consagrados en la ley.

La mayor parte de quienes se declaran objetores/as de conciencia lo son para la tercera causal, y un bajo porcentaje para las otras dos. Sin perjuicio de lo anterior, ante la pregunta *“frente a un caso específico, urgente y/o complejo, ¿accederías de igual forma a practicar*

una interrupción?”, la casi totalidad de los objetores/as

Un dato importante, como se verá más adelante, es que a los objetores/as de conciencia se les preguntó si habían sentido o experimentado algún tipo de presión por la decisión que habían tomado, un amplio 92% señaló que no, lo que es indicativo que ese tipo de decisiones son respetadas al interior de los hospitales.

¿ERES ACTUALMENTE OBJETOR/A DE CONCIENCIA?

SI



NO



CARACTERÍSTICAS DE LAS/OS MATRONAS/ES

El grupo de matronas/es corresponde al 33% del total de profesionales que participaron del estudio. Y como es de esperar, se trata de una profesión altamente feminizada que, al menos en el caso de la muestra considerada, alcanza al 99% de mujeres.

En promedio, el rango de edad de las matronas se sitúa entre los **31 y 40 años**, lo que denota que se trata de profesionales jóvenes cuyo promedio de años de experiencia laboral es de 6 a 10 años. Por otro lado, un dato interesante es que **la mayor parte (72%) declara no profesar ninguna religión**. Esto es significativo, considerando el contraste con los/as médicos, dado que el 51% de ellos/as señalaba pertenecer a alguna religión, siendo la católica la que tiene la mayor frecuencia. Esta diferencia puede tener una explicación generacional, considerando que el grupo de matronas que participa del estudio es mayormente joven.

La mayor parte se formó en la Universidad de Chile. También se mencionan algunas universidades regionales como la de Concepción, Antofagasta, Tarapacá y la Frontera, además de particulares como la Universidad Mayor y Diego Portales.

Interrupción voluntaria del embarazo en el proceso formativo

En ese mismo sentido, al consultar acerca de los principios que rigen a tales casas de estudio, la mayor parte declara haber recibido una formación laica y basada en valores humanistas. El 95% señala haber tenido clases de ética, aunque de quienes tuvieron ese tipo de asignaturas un significativo 68% indica que no hubo mención a la interrupción voluntaria del embarazo, lo que es relevante considerando que se trata de una profesión que se enfoca en temáticas asociadas a los temas sexuales y reproductivos.

Del mismo modo, casi un 70% de las encuestadas

indica que en su proceso formativo tampoco hubo un pronunciamiento claro acerca de cuándo se forma la vida. Lo que sí aparece con claridad es lo relativo a alguna instancia en la que se abordaran las leyes, normas o políticas sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, lo que fue respondido de forma afirmativa por el 59% de las matronas. El contraste con los/as médicos/as es significativo, considerando que el 65% respondió de forma negativa la misma pregunta, lo que pone en evidencia brechas de conocimiento procedimental y normativo entre profesionales que abordan temáticas similares en los servicios de salud

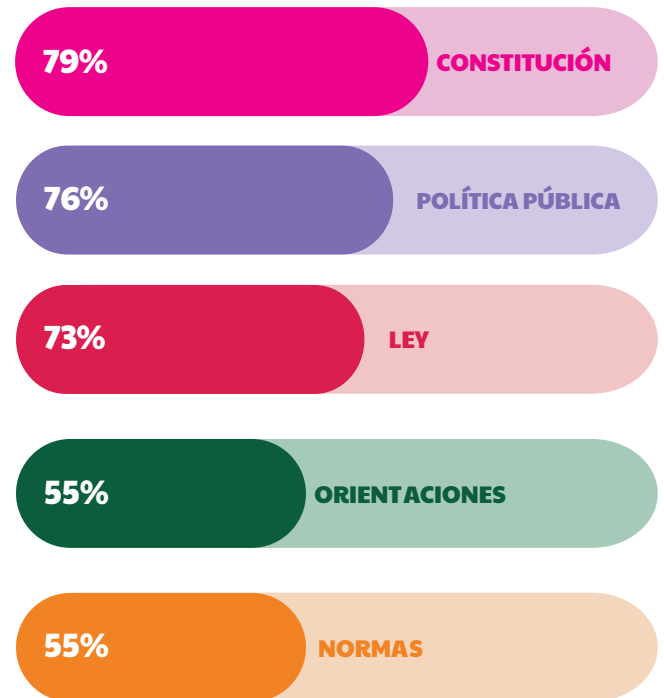
Por otro lado, sobre lo que existe un amplio consenso es en torno a la idea que estos temas sean sujetos de política pública:

Tal como en el caso de los/a médicos/as, hay un **amplio acuerdo entre las matronas** para que haya una cierta regulación y una responsabilidad del Estado sobre cuestiones que son de salud pública, y que involucran a las mujeres de nuestro país.

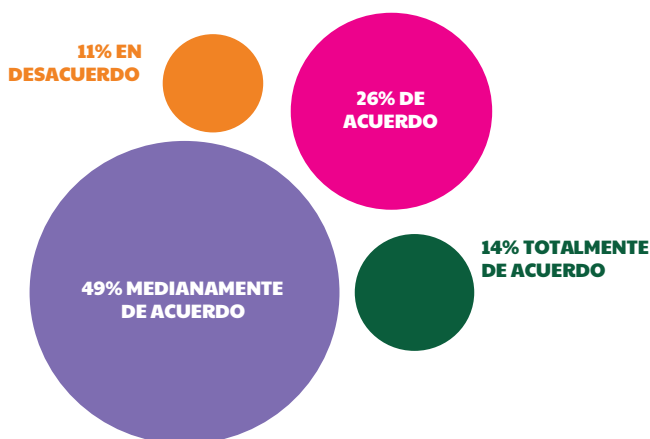


Al consultar acerca del **instrumento público en el cual debiera materializarse esta intervención**, la mayor parte de los/as involucrados/as señala lo siguiente:

La opción que tiene más menciones es el **rango constitucional**, seguido por la **política pública, leyes** y, con el mismo porcentaje de menciones, **las normas** y **las orientaciones**. Esto es interesante dado que para las matronas es relevante otorgarle un estatuto de relevancia, dentro del ordenamiento jurídico del país, a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.



Al consultar si conocían las normas del Ministerio de Salud en torno a la interrupción voluntaria del embarazo, un 92% señaló que sí. También se consultó por su grado de acuerdo:



Tal como en el caso de los/as médicos/as, en las matronas hay una tendencia a validar lo que indica el Ministerio de Salud en torno a estas temáticas. En efecto, solo un **11% declara estar en desacuerdo**, aunque un importante **49% señala estar medianamente de acuerdo**, lo que puede sugerir algunos reparos o distancias a la forma en que son abordados.

Un tema interesante es que para un porcentaje significativo de las matronas, al ser consultadas sobre qué piensan del aborto en general, la mayoría declara estar de acuerdo con la idea que es un tema de salud pública y un derecho de las mujeres.

Finalmente, del total de la muestra consultada, **el 100% se declara no objetora de conciencia**, lo que marca algunas diferencias con los/as médicos/as, toda vez que un **34% de los hombres** señalaba serlo en alguna de las causales consideradas, mientras que las **mujeres lo era el 24%**.



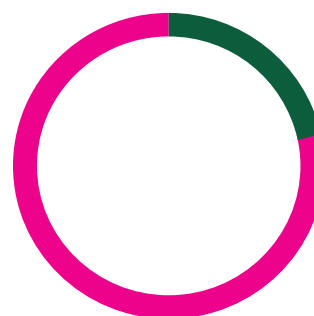
LOS FACTORES QUE FAVORECEN O DIFICULTAN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY

Uno de los focos de este monitoreo estuvo en los factores que a juicio de los equipos médicos favorece o dificulta la implementación de la ley IVE. La percepción que tienen los y las profesionales de la salud en torno a un tema tan relevante en el marco de la acción del Estado, es clave para comprender la forma en que llega a la ciudadanía y la configuración que adquiere en la práctica el ejercicio de un derecho fundamental para las mujeres de nuestro país.

En ese marco, se les consultó a los/as médicos/as y matronas acerca de **cómo consideran que ha sido el proceso de implementación de la ley en los hospitales**. Para el caso de los/as médicos, los resultados son los siguientes:

La opción que alcanza la mayor frecuencia da cuenta de complejidades asociadas al proceso, lo que pone en evidencia una conciencia clara en torno a **obstáculos y resistencias** que han existido desde la promulgación de la ley.

Para el caso de las matronas, existe una percepción similar, toda vez que, al igual que los médicos, el 77% considera que la implementación ha sido “lenta y compleja, con muchos obstáculos y resistencias”.

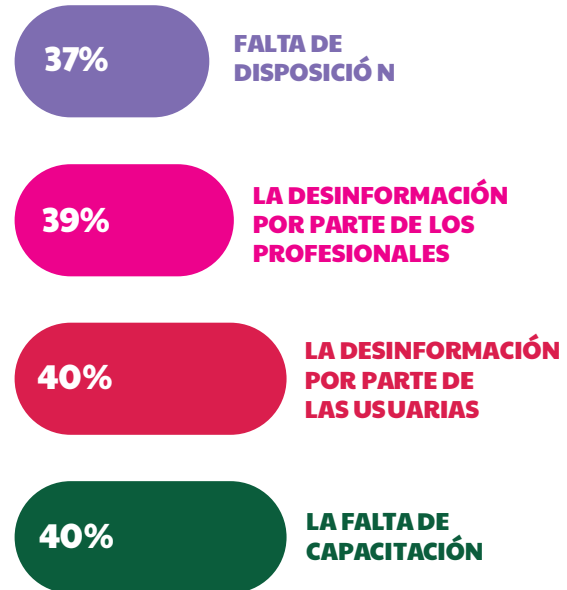


23%
FÁCIL Y SENCILLO, CON BUENA DISPOSICIÓN POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN Y PROFESIONALES

77%
LENTA Y COMPLEJA, CON MUCHOS OBSTÁCULOS Y RESISTENCIA

Al profundizar en torno a los **obstáculos y resistencias que identifican los equipos**, tanto médicos/as como matronas, aparecen los siguientes con un número significativo de menciones:

Como se desprende del gráfico, las principales menciones están asociadas a la falta de capacitación y a la **desinformación de las usuarias**. Luego, aparece la **desinformación por parte de los propios equipos médicos** y, finalmente, la falta de disposición por parte de los mismos equipos. Resulta interesante explicitar que la opción ofrecida acerca de la “objección de conciencia institucional” y “objección de conciencia personal”, no son señalada o identificadas como obstáculos relevantes tanto para médicos/as como matronas.



LA FALTA DE CAPACITACIÓN Y DESINFORMACIÓN DE LOS/AS PROFESIONALES

La falta de capacitación de los equipos y la falta de información que tienen en torno al proceso de implementación de la ley IVE, son temas que van de la mano, tal como se verá en este apartado. En relación con lo primero, en las entrevistas realizadas a las encargadas IVE en los hospitales que participaron del estudio, se señala que hubo este tipo de instancias pero que han sido insuficientes:

“Yo creo que faltó.... Nosotros como hospital participamos de, hicimos una capacitación para el Minsal. Nosotros elaboramos los contenidos, finalmente, pero esa capacitación fue mucho después de que se implementó la ley. Entonces yo creo que a lo mejor una capacitación de ese estilo faltó también para los equipos al inicio de la ley” (Encargada IVE Hospital).

Esto daría cuenta de la necesidad de seguir realizando este tipo de iniciativas de forma permanente, en especial si se considera que existe rotación al interior de los equipos, además del hecho que -como se mostró anteriormente- no hay entrega de contenidos en temas de política pública y normas en la formación profesional de médicos/as y matronas que otorgan las universidades. De esta forma, este es un obstáculo que debe ser superado a partir de la iniciativa de los propios servicios de salud. Esto es corroborado por otras de las encargadas IVE, que señala que:

“Aparecen algunas brechas también y dentro de eso, tiene que ver con capacitar y actualizar la información constantemente a los equipos clínicos completos, no solo a los equipos IVE, sino que al equipo clínico completo que pueda hacer pesquisa o atención a las pacientes IVE. También como capacitar o reactualizar la información a los ginecólogos respecto a las causales propiamente tal, porque como que ellos... todavía hacen mucha diferencia en la ley, por ejemplo, cómo actúan frente a una situación y no constituyen⁸ a las pacientes IVE, quitándoles la posibilidad de recibir el acompañamiento, porque cuando una paciente no es constituida y no es atendida a través de la ley IVE no va a recibir el acompañamiento después” (Encargada IVE Hospital).

Como se desprende de este relato, el problema de la capacitación y acceso a información es clave, lo que plantea la necesidad de realizar formaciones de forma permanente, sobre todo en el proceso de incorporación de usuarias de acuerdo a los procedimientos administrativos establecidos en la ley, lo que determina el acceso posterior a las garantías, tales como el acompañamiento psicosocial. En este caso, se trata que los equipos médicos asuman la importancia de “constituir” a una usuaria como IVE, precisamente para que pueda continuar con el proceso y recorrido que ha definido la ley.

⁸ La idea de “constituir al paciente” supone el proceso de ingresarla bajo los procedimientos administrativos propios de la Ley IVE, y cumplir con lo señalado en la Norma Técnica Nacional de Acompañamiento y Atención Integral a la Mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regulan la Ley 21.030

En ese mismo sentido, otra de las encargadas IVE a nivel de los hospitales, señala lo siguiente:

“Y además yo creo que igual hay algo importante: nosotros, cuando empezó la ley, hicimos una capacitación para la APS (atención primaria en salud), para toda la red de APS, por lo tanto, para que cualquier colega detectara. Porque finalmente la ley es ley y uno tiene que cumplirla. Pero al estar dentro de otras áreas, que no sean de hospitalización, que fue el foco que se le dio a la ley, no necesariamente las colegas o los equipos estaban internalizados con lo que incluye”. (Encargada Ley IVE Hospital).

A partir de este relato aparece otro tema relevante, cual es el foco de las capacitaciones, toda vez que en este caso fueron realizadas en la red de atención primaria, que es el espacio de la detección, sin embargo, los procedimientos propios que contempla la ley se realizan en los hospitales de la red, es decir, en la atención secundaria.

Ahora bien, otro tema que se instala desde estos relatos, es lo referido a quienes promueven y quienes reciben estas capacitaciones. En efecto, para una de las encargadas IVE, lo relevante es:

“Porque allá hay un equipo motor que movilizan las capacitaciones, donde hemos capacitado a los funcionarios administrativos, ¿cierto? a la persona que te recibe en la ventanilla cuando vai’ a consultar y que no debe hacerte ninguna pregunta más que remitirse a, a poner tu rut ¿cierto?...Y hacer la inscripción, hasta el técnico que las recibe o la persona que le va a hacer la ecografía, a no revictimizar, a no tomar los relatos. Pero eso tiene que ver con capacitación y actualización de la información permanente, porque los equipos, además, van rotando” (Encargada IVE Hospital).

Un tema importante que aparece destacado acá, es lo referido al rol de los “equipos que movilizan”, es decir, quienes asumen un rol de liderazgo para promover capacitaciones, difusión de información, además de diseñar de forma estratégica este tipo de procesos al interior de los hospitales. Este es un tema señalado en todas las entrevistas con las encargadas IVE de los hospitales: el rol de los liderazgos. En efecto, al existir una jefatura que sostenga su compromiso y se haga cargo del proceso en su totalidad, se favorece la implementación de la ley:

*“Yo creo que, mira, lo que más ha favorecido la implementación ha sido, primero que nada, una buena recepción por parte de los directivos. Yo creo que en eso ha sido esencial contar con el apoyo de los superiores en términos de cómo se instruyó esto”
(Encargada Ley IVE Hospital).*

Aunque parezca un tema obvio, el apoyo y la capacidad de bajar la información, involucrar a los equipos y lograr la adhesión del personal respetando sus diferencias, es determinante en el éxito de este tipo de iniciativas. Por tanto, debe ser un factor a considerar. Por otro lado, al señalar que no solo los equipos médicos son formados en la ley, sino también el personal administrativo, el personal de la ventanilla y de primera acogida, se está visibilizando que estos tienen una importante función en la recepción de las usuarias, en especial para no re-victimizarlas.

LA DESINFORMACIÓN POR PARTE DE LAS USUARIAS

Otra de las menciones relevantes en torno a los obstáculos asociados al proceso de implementación de la ley, es lo relativo a la desinformación de las usuarias. En efecto, es señalado como un aspecto fundamental que sitúa la responsabilidad en quienes acceden a los servicios de salud. En ese sentido, una de las entrevistadas señala:

“Como política pública yo creo que hay que educar mejor a la población, creo también educar mejor, a hacer más participativa a las personas en términos de objetos [sic] de derecho, donde efectivamente exista esta cosa de yo tengo un derecho ¿no es cierto? y lo voy a solicitar, que se me respete como tal y se pueda dar la atención que requiere y para eso efectivamente creo yo que el respeto de los dos lados siempre va a poder existir, siempre se va a poder cumplir” (Encargada IVE Hospital).

Como se desprende de este relato, es una necesidad educar mejor a la población, en especial en torno a la concepción y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, lo que implica exigir el respeto de estos y un tratamiento adecuado cuando se es usuaria de los servicios de salud.

En ese mismo sentido, otra de las entrevistadas señala lo siguiente:

“Y, por este otro lado, que tenemos un poco ya casi cinco años de que se implementa la ley, tenemos así muy poca información que tienen algunos establecimientos y también un tema bien cultural como esto de que “donde comen dos, comen tres”, donde las guagüitas son bendiciones, no importa si la niña tiene doce, trece años, la maternidad viene igual” (Encargada IVE Hospital).

El acceso a la información y el ejercicio de los derechos sin duda tiene que ver con aspectos culturales. En concreto, en algunos sectores de la población no hay información en torno a las garantías que ofrece la ley, por lo cual es claro que debe existir un proceso de difusión mayor, focalizado y preciso en torno a su implementación. Por otro lado, también aparecen lógicas culturales profundamente arraigadas, lo que pone en valor el acceso a la educación integral de la sexualidad en el sistema educativo y de salud, que opere como herramienta de conocimiento, autocuidado y prevención de embarazo adolescente, toda vez que las evidencias dan cuenta de la prolongación de la pobreza, exclusión y violencia cuando este ocurre. De esta forma, vale la pena preguntarse e indagar si el nivel educacional de la población usuaria es clave en torno al ejercicio de los derechos.



Entonces, como te decía, yo creo que falta la ley, que esta implementación de salud pública baje hacia la población que es más vulnerable aún. Esta ley fue pensada y fue hecha precisamente para la población más vulnerable, porque sabemos ¿no es cierto? aunque no le guste a la gente, que la persona que tiene acceso a la salud privada, va a tener acceso a muchas cosas que no tiene la persona que está en la salud pública.



Es interesante señalar que algunas pacientes de ISAPRE acuden al servicio público, para el uso de la Ley IVE:

“Nuestras pacientes tienen un nivel educacional mucho más alto que, por ejemplo, no sé, el mismo San José, el San Juan o el San Borja. El Padre Hurtado, o El Pino, inclusive. Y también hemos recibido muchas pacientes que no son Fonasa. Porque las pacientes para que no les quede en el registro de la Isapre, y que, generalmente, estas pacientes viven en el sector oriente, se vienen acá para el hospital” (Encargada Ley IVE Hospital).

Las pacientes descritas en este relato, forman parte de un segmento de la población más educado y con mayores recursos, lo que determina un mejor acceso a la información para el uso de las garantías establecidas en la ley. En efecto, algunas usuarias de los servicios privados de salud acuden a los hospitales de la red pública cuando se trata de la interrupción voluntaria del embarazo, en especial en la tercera causal, lo que en parte explicaría el bajo número de pacientes IVE que informan las clínicas privadas, en especial por la objeción institucional que estas instituciones declaran. Sin embargo, lo que queda claro es que el acceso a la información, lo que muchas veces está mediado por el nivel educacional y nivel socioeconómico de la población, opera como un facilitador para el uso de la Ley IVE.

Por último, la falta de información de las usuarias también se vincula con la disposición a informar por parte de los servicios públicos, lo que muchas veces se ve afectado por la importancia que los equipos directivos le dan a este tema:

“El rol directivo es clave, es clave completamente. O sea, yo te digo que acá en el hospital cuando yo llegué nos enviaron un montón de afiches. El MINSAL envió afiches a los hospitales y trípticos informativos que había que distribuir y acá el director no dejó que eso, que esa información se difundiera, que no se pusieran los afiches ni que se difundieran los trípticos, por tanto, están ahí, acumulando polvo” (Encargada Ley IVE Hospital).

De esta forma, una acción relevante es la difusión de información a las usuarias en torno a la ley, y la incorporación de los principios de la educación integral de la sexualidad en la atención primaria, además de la fiscalización por parte de MINSAL en torno a las acciones de difusión, tales como la distribución de material informativo.

LA FALTA DE DISPOSICIÓN

Finalmente, otro de los obstáculos señalados como relevantes y significativos por los equipos médicos, es lo relativo a la falta de disposición por parte de los/as profesionales involucrados en la implementación de la Ley IVE.

Aunque se trata de una idea que exige ciertas precisiones, se puede sostener que alude, la mayor parte de las veces, a dos temas: la ausencia de un liderazgo comprometido con estas temáticas y, en segundo lugar, a las dificultades que expresan algunos equipos para realizar los trámites burocráticos de incorporación de usuarias a las garantías que establece la Ley. No se trata en ningún caso de no realizar los procedimientos que requieren las pacientes, sino de no registrarlas como usuarias IVE, lo que afecta la posibilidad del acompañamiento posterior.

En relación con lo primero, en los puntos anteriores se comentó que el acceso a información, así como otras acciones asociadas a la ley, dependen en buena medida del rol directivo. En efecto, los hospitales son organismos públicos jerarquizados, por lo cual el jefe/a de servicio, director/a u otro cargo propio de la orgánica del servicio de salud, es determinante para el quehacer y la aplicación de las normas. En ese sentido, en uno de los hospitales que formó parte de este estudio, se señala lo siguiente:

“Yo te digo que la jefa, la encargada del IVE en el hospital era objetora de conciencia en causal tres y la doctora más seca que yo he conocido para que se cumpla la ley. Y ella se movió para que se capacitaran, ella capacitó a la gente conmigo, capacitamos a las personas, a los equipos, la ley se cumple, esto dice la ley. Y entonces es distinto que un médico que en verdad no le interesa” (Encargada Ley IVE Hospital).

El caso relatado es interesante, porque pone en evidencia el compromiso con el cumplimiento de la ley de la doctora que, además, era objetora de conciencia en la causal tres. Por tanto, se trata de una apertura y disposición que tuvo en su rol de jefa y encargada IVE, de capacitar a los equipos, difundir la información y asegurar los derechos consagrados en la norma legal, al margen de su condición de objetora.



En este hospital no hay muchos objetores, como en otros hospitales donde no hay nadie que pueda hacer el proceso, pero el equipo médico propiamente tal siempre es como el más obstaculizador. Distinto es en los otros equipos de matronería o de técnicos, donde no ponen obstáculos. Yo siempre, un poco lo que yo siempre les voy diciendo, una cosa es ser objetor de conciencia y otra cosa es ser obstaculizador del proceso.



Claramente, la decisión de ser objetor/a de conciencia es reconocida y aceptada al interior de los hospitales, tal como arrojaron los datos de la encuesta comentados páginas atrás, sin embargo, el hecho de ser objetor/a no significa, ni debe dar pie, a obstaculizar el proceso.

Por otro lado, el relato presentado es coherente con los datos de la muestra, toda vez que en el caso de las matronas que participaron del estudio no hay objetoras de conciencia, como sí ocurre con los médicos hombres, que son quienes mayormente se acogen a esta decisión en alguna de las causales. Como sea, lo importante es separar la legítima decisión de los médicos, del acto mismo de facilitar el acceso de las mujeres a este derecho.

En efecto, la decisión de las mujeres debe ser totalmente respetada, y sujeta a la voluntad autónoma e informada de llevar a cabo los procedimientos que sean necesarios:

*“Entonces yo creo que eso fue un punto crucial acá, en términos de hacerles ver a los diferentes actores que esto primero que nada se trata de respetar la decisión de los pacientes, los valores de los pacientes, así como también los valores de cada uno de nosotros que trabajamos en esto; y no son situaciones impuestas que vayan en contra de los principios personales, ni de las personas involucradas como pacientes, ni de nosotros como ejecutores, de entregar salud”
(Encargada Ley IVE Hospital).*

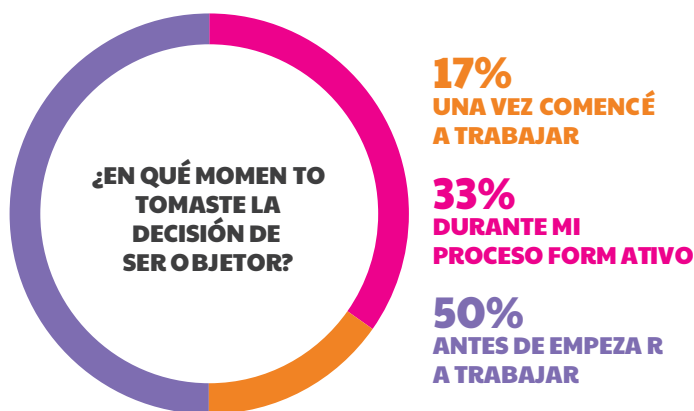
Al tratarse de un tema que conjuga aspectos médicos, legales y valóricos, es importante reconocer que la decisión radica siempre en las usuarias, en especial en la tercera causal que ofrece las mayores resistencias. Por lo mismo, reconocer como sujeto de derechos con capacidad de decisión autónoma e informada a las mujeres, es de vital importancia, al margen de la condición profesional y objetora de los equipos médicos.

De esta forma, podremos avanzar en la construcción de un país y una sociedad más justa, democrática e inclusiva en que los derechos sexuales y reproductivos de las personas, en especial de las mujeres usuarias de los servicios de salud público, son respetados y garantizados por el Estado y por todos los actores que forman parte de él.

LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Como se mostró en las páginas precedentes, de la muestra estudiada, un 23% de las mujeres y un 34% de los hombres se declara objetor de conciencia. Al profundizar en torno a las causales a las cuales aplica esta decisión, el 100% señala serlo para la tercera, es decir, casos de violación.

En el estudio se buscó profundizar en torno a esta opción, consultando acerca de **cuándo se tomó la decisión:**



Como se observa en el gráfico, la mayor parte de los/as objetores/as de conciencia toman la decisión *antes de empezar a trabajar*, por lo cual el proceso formativo o el vínculo y experiencia con el mundo del trabajo en los hospitales no son del todo relevantes para esta opción.

Por otro lado, ni la familia, ni la religión son factores relevantes o con una incidencia significativa en la decisión. Podría levantarse la hipótesis, lo que debe ser analizado por ejemplo en otros estudios similares, que para los/as médicos/as, el hacerse cargo del papeleo y los temas burocráticos asociados a la ley, sea un elemento clave para explicar esta decisión.

Asociado a este punto, se les consultó si su decisión era respetada en el hospital en el cual trabajaban: el 92% señaló que sí, mismo porcentaje que señala que no hubo presión en el centro de salud para tomar la decisión de ser o no ser objetor/a. Como sea, a los/as encuestados/as objetores/as de conciencia, se les consultó si “frente a un caso específico, urgente y/o complejo, accederían de igual forma a practicar una interrupción”. El 84% señaló que sí.



SU DECISIÓN ES RESPETADA EN EL HOSPITAL EN EL CUAL TRABAJAN



ACCEDERÍAN DE IGUAL FORMA A PRACTICAR UNA INTERRUPCIÓN EN UN CASO URGENTE

La objeción de conciencia como tema relevante en el contexto de implementación de la ley, fue también abordado en las entrevistas, destacando como aspecto más significativo, el hecho que todos los centros de salud “se las arreglaban” para cubrir los turnos con profesionales no objetores, de forma tal que no se viese afectado este derecho.

“ Por lo tanto, se programa su llegada, se programa su ingreso, se le espera. Nadie la va a exponer a una segunda consulta. Llegan directo a la unidad donde están las salas IVE, que son salas que cuentan con el espacio para que estén acompañadas y vienen con la dupla psicosocial. Por tanto, nunca se va a ver vulnerado el derecho, porque siempre va a haber un equipo disponible incluso para la tercera causal. (Encargada Ley IVE Hospital).



En otro de los hospitales que participaron de este estudio, la profesional encargada IVE señaló lo siguiente:

“La verdad es que tenemos bastante pocos objetores de conciencia. Y se fueron adecuando los turnos tanto de ginecólogos como de anestesistas para que siempre hubiera uno no objetor” (Encargada Ley IVE Hospital).

Como se desprende de este relato, la estrategia a seguir es adecuar los turnos con el fin de lograr que siempre hubiera un no objetor, de forma tal que los procedimientos que establece la ley no se viesen afectados.

Sin embargo, otro elemento que surge como facilitador en el marco de las instituciones estudiadas, es que en todas ellas existen pocos/as objetores/as, lo que sin duda favorece la implementación de la ley y, por otro lado, el acceso a los derechos para las mujeres que lo requieran. Por cierto, resta por conocer qué ocurre en hospitales donde existe una mayoría de objetores/as o incluso instituciones que se declaran objetoras en su totalidad.

En definitiva, lo relevante siempre será velar por los derechos conquistados y su implementación en condiciones de respeto, calidad y seguridad para las mujeres de nuestro país.

CONCLUSIONES

La discusión en torno a los derechos sociales se ha instalado en el país y en las agendas políticas. En efecto, en los últimos años, desde el estallido social y la posterior discusión constitucional, la propia ciudadanía ha establecido entre sus prioridades la ampliación de sus derechos en distintos ámbitos y el rol del Estado como garante de ellos. Sabemos que en ese campo todavía queda mucho por avanzar. Sin embargo, eso no debe obstar para que aquellos derechos ya establecidos y asegurados por ley, como es el caso de la Ley IVE, sean fortalecidos o mejorados en cuanto a su implementación.

De ahí que como se dijera en la introducción a este estudio, las organizaciones de la sociedad civil juegan un rol fundamental en los procesos de contraloría social y, sobre todo, en la propuesta de mejoras en torno a las políticas públicas que llegan a la ciudadanía con el fin de asegurar determinados derechos. Tal es el caso de este informe.

En efecto, la Mesa de Acción por el Aborto, en su rol de articulación que vela por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, se ha planteado como objetivo monitorear el proceso de implementación de ley con el fin de sugerir mejoras que vayan en beneficio de las usuarias.

Con ese mandato, este informe de investigación se enmarca en ese objetivo, dando cuenta de la

percepción que, desde los equipos profesionales, existe en torno a la ley IVE y los factores que favorecen u obstaculizan su despliegue en los hospitales de nuestro país. Aunque el estudio se acota a tres regiones, es una señal respecto de realidades compartidas en otros contextos y territorios, toda vez que la formación de los/as médicos/as, su vínculo con las políticas públicas o la presencia de la objeción de conciencia, son factores comunes y presentes en la realidad nacional.

Desde ahí el aporte de este estudio y las principales sugerencias que surgen para mejorar la aplicación de la ley. Sin embargo, no puede eludirse la referencia a los monitoreos previos que han sido mencionados en este informe, en especial porque persisten dificultades o problemáticas que ya habían sido documentadas y que aluden, lamentablemente, a las dificultades existentes para asegurar el ejercicio de un derecho tan relevante para las mujeres de nuestro país.

Como sea, nos parece fundamental seguir insistiendo en:

1

La mejora de los procesos de formación y capacitación a los equipos médicos en torno a lo que implica la ley, su implementación, su tramitación y los aspectos administrativos que conlleva.

2

En ese mismo sentido, tal vez sea el momento de simplificar los procesos administrativos que implica la calificación de una paciente como IVE.

3

Mejorar la difusión de la ley, los derechos que garantiza y sus implicancias para el trabajo que llevan a cabo los equipos médicos.

4

Concientizar en torno a este derecho a los equipos médicos, toda vez que eso puede incidir en la disposición que se tenga hacia las usuarias o hacia la puesta en práctica de los procedimientos que supone la ley.

5

Mejorar los procesos de difusión de información hacia la población, en especial en aquellos sectores más vulnerables, considerando las características específicas y los patrones culturales profundamente arraigados que, muchas veces, naturalizan situaciones que deben ser abordadas y, también, modificadas.

6

De este último punto, aparece el valor que como país debemos otorgar a la educación integral de la sexualidad, no solo como mecanismo para la prevención del embarazo adolescente o de infecciones de transmisión sexual, sino especialmente como estrategia para promover el respeto entre todos y todas.

Desde APROFA sabemos -porque nuestra experiencia lo ha demostrado- que la educación integral de la sexualidad es una herramienta útil como ejercicio cotidiano de ciudadanía sexual, entendiéndola como un concepto alusivo a nuestra capacidad de reconocernos como agentes activas, conocedoras y conocedores de nuestros derechos sexuales y reproductivos. Comprender la EIS como un derecho es clave para superar los desafíos que presentan nuestras sociedades hoy en día, tales como la desigualdad de género, la violencia, los femicidios, homofobia, xenofobia, alzas en ITS, VIH y embarazos no deseados.

Desde estas convicciones, y con la evidencia generada en este estudio, esperamos ser un aporte para la implementación de la Ley IVE, no solo porque tenemos la convicción que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres deben ser respetados y mejorados, sino también ampliados. Solo de

esta forma, podremos avanzar hacia una sociedad más equitativa, en que la igualdad de género y los derechos de las mujeres sean una realidad, y no una esperanza.

Al cierre de este informe se discute otra vez una nueva constitución para Chile. Desde los sectores más conservadores se ha generado una arremetida contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, lo que nos parece un retroceso para las victorias que el movimiento feminista y las organizaciones de la sociedad civil han logrado. No podemos permanecer indiferentes a este tipo de acciones políticas. Por eso, reafirmamos nuestro compromiso con las mujeres y personas con capacidad de gestar de Chile y su capacidad de decidir sobre sus cuerpos, por la memoria de las que lucharon, por las que luchan y por las que vendrán.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- **Corporación Humanas** (2022) Objeción de conciencia en establecimientos públicos de salud, Santiago, Humanas.
- **CEDAW** (2012) Informe de observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto de Chile, adoptado por el Comité en su 53º periodo de sesiones.
- **Instituto Nacional de Estadísticas** (2018) Reporte CENSO 2017.
- **Lamper, M. y Fernández, G.** (2021). Interrupción voluntaria del embarazo. Cifras penales y estadísticas de casos. Biblioteca del Congreso.
- **Mesa de Acción por el Aborto**
 - (2019) Informe de Monitoreo Social: implementación de ley de interrupción del embarazo en tres causales.
 - (2020) Segundo Monitoreo Social Ley IVE: Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la salud sexual y reproductiva en tiempo de Coronavirus 2020.
- **República de Chile** (2017) Ley 21.030, que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales.

Julio, 2023