

CORPORACIÓN



Informe nacional sobre la IVE en Chile

Estudio de seguimiento de la iniciativa sobre la salud reproductiva es vital, insertado en un estudio regional de américa latina.

Informe final investigación jurídica

Corporación Miles, es una organización sin fines de lucro dedicada al estudio y prestación de servicios sobre la salud sexual y reproductiva en Chile. Desde el año 2017 ha estado monitoreando la implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en 3 causales, también conocida como la ley 21.030, en este contexto, participamos del estudio regional sobre la salud reproductiva es vital, en el año 2020 y el presente informe da cuenta de un seguimiento a dos regiones específicas en Chile.

En nuestro país la ley 21.030 sobre interrupción voluntaria del embarazo en 3 causales, tiene un poco más de 4 años de vigencia, con muchísimas falencias de implementación, ya que fue promulgada por el gobierno de la presidenta Michelle Bachelet a tan solo 7 meses de dejar el gobierno y a su vez, fue recibida por el gobierno de Sebastián Piñera, quien fue un férreo opositor en la tramitación del proyecto de ley.

Así las cosas, la implementación ha estado a cargo principalmente en manos de un gobierno opositor a la política pública, lo que ha arrojado un bajo n° de capacitaciones a nivel procedimental como de la legislación vigente, números muy bajos en torno a la constitución de causales; un exacerbado número de objeción de conciencia individual y una falta de fiscalización a la objeción de conciencia institucional.

El informe final da cuenta sobre el contexto regulatorio del aborto en regiones de Chile (subnacionales) cuyos monitoreos que hemos desarrollado en Miles Chile han dado resultados medianamente buenos, como lo es la Región de Valparaíso y la Región de Atacama, cuyo panorama es deficiente tanto en el acceso a la prestación como en los insumos, n° de objetores de conciencia individuales, recursos disponibles y su adecuación al enfoque de derechos humanos y a las directrices fijadas por la OMS

Principales Hallazgos:

Para el análisis pragmático de los resultados, decidimos utilizar el esquema de preguntas que se desarrollan a continuación:

1. ¿Reconoce al aborto como un derecho en el marco de los derechos humanos?

En Chile el aborto no se reconoce como un derecho humano, puesto que, ni siquiera la el derecho a la salud es justiciable (susceptible del derecho a reclamación) en nuestra actual constitución y marco normativo, por ende, los derechos sexuales y reproductivos no se encuentran consagrados a rango de ley, y existe algunas normativas de carácter administrativo que regulan su ejercicio, como lo es, la Norma Nacional de Regulación de la Fertilidad, adicional a la ley sobre interrupción voluntaria del embarazo que se encuentra regulada en el Código Sanitario.

2. ¿Tiene un abordaje interseccional? ¿Contempla el modelo social de la discapacidad, perspectiva intercultural y étnica, considera particularidades de la atención de niñas y adolescentes?

No contempla un abordaje interseccional, ni perspectiva intercultural y étnica. Solo existe una norma especial en caso que no cuenten con autorización de su tutor o curador para la realización del aborto, se denomina el procedimiento “autorización judicial sustitutiva” en donde el juez o jueza de familia puede valorar los antecedentes para autorizar a la niña menor de 14 años o la adulta que se ha declarado interdicta por demencia judicialmente.

3. ¿Cómo se entiende el derecho a la salud en las normas de aborto? ¿Se entiende desde una perspectiva biopsicosocial en línea con lo dicho por la OMS?

Se entienden desde una perspectiva biopsisocial con recomendaciones de la OMS.

Se ofrece un programa de acompañamiento de psicóloga y trabajadora social, y la mujer o la persona con capacidad de gestar lo toma de forma voluntaria.

4. ¿Cómo se enmarca el derecho a decidir de las usuarias?

La posibilidad de decidir de las mujeres y las personas con capacidad de gestar se da únicamente luego de la constitución de la causal, que es privativo de los profesionales médicos, que, a su vez, se enmarcan en la ley que exige una serie de requisitos:

- (1) 1 informe médico de un médico general de la causal 1, que corresponde a riesgo de vida de la madre;
- (2) 2 informes médicos de 2 médicos especialistas en la segunda causa, que corresponde a la inviabilidad fetal extrauterina en todo caso que sea de carácter letal,
- (3) 1 informe del equipo médico de la tercera causal que corresponde a violación.

Por tanto, es muy limitada la posibilidad de decidir de las mujeres.

5. ¿La normativa refiere al derecho a gozar de los avances científicos?

Sí, sin perjuicio en términos prácticos en Chile sigue existiendo mucha resistencia a las nuevas tecnologías, entre ellas el AMEU, dilatación y evacuación en edades gestacionales avanzadas. En la normativa se recomienda el uso de AMEU sin embargo, a nivel subnacional vemos como se utilizada el legrado o curetaje en abortos sobre 15 semanas.

6. ¿Hay un aseguramiento de la confidencialidad y del secreto profesional? ¿el secreto profesional impide a personal de salud denunciar legítimamente posibles abortos ilegales?

Hay aseguramiento sobre la confidencialidad de la paciente, respecto de que la ficha clínica se establece como dato sensible, sin embargo, no hay una cobertura al secreto profesional y está muy instalada la denuncia por parte de los profesionales de salud. Vemos la necesidad de capacitar en esta perspectiva.

El deber de denuncia se encuentra en términos amplios recogido en el estatuto administrativo (ley 18.834, Artículo 61) y el código penal (art. 175 Código Penal).

7. ¿El deber y el derecho a la información cumple los estándares de derechos humanos relacionados con la transparencia activa y la veracidad, pertinencia y claridad de la información?

No. En la normativa técnica no hay obligación de sistematización de información y está regulado solamente a nivel subnacional en los protocolos internos, por tanto no queda claridad sobre el proceso de recolección de datos. Adicionalmente el artículo 119 quáter del código sanitario instruye prohibición de difusión de información y promoción de las prestación señaladas por el artículo 119 del mismo cuerpo legal, esto es, la interrupción voluntaria del embarazo en causales.

8. ¿Las normas sobre aborto contemplan la obligación del Estado y otros actores de difundir información sobre la política pública? ¿Existen mecanismos de rendición de cuentas sobre la implementación de las normas de aborto?

No, tal como se señaló en la respuesta anterior, existe prohibición de difusión de información. Y respecto de la rendición de cuentas, queda solamente al criterio de la sociedad civil en utilizar los mecanismos ordinarios, esto es, solicitud de acceso a la información mediante transparencia pasiva.

9. ¿Las normas sobre aborto contemplan instancias de participación de la sociedad civil para la implementación del aborto legal o las políticas públicas de aborto?

No. Sin perjuicio de la existe una mesa de sociedad civil del Ministerio de Salud, denominado consejo consultivo, en donde se agrupan en el 5ºto. De género y DDHH y cada dos meses existen reuniones periódicas, aunque éstas no son vinculantes con la creación de la política pública.

Directrices de OMS

La nueva Guía de OMS aporta cambios sustantivos en, por lo menos, cuatro dimensiones:

Modelos de regulación del aborto: despenalización total. Las directrices son enfáticas en recomendar que se elimine la criminalización del aborto y se aborde en todos los casos desde la política sanitaria. En este sentido, también recomienda que mientras se adopta este modelo de regulación los países que aún mantiene una despenalización parcial por causales, las interpreten de forma amplia y desistan de criminalizar efectivamente a las personas que interrumpen o ayudan a interrumpir un embarazo usando las herramientas que provea el sistema local como el principio de oportunidad, entre otras.

Ampliación de ámbitos. Reconoce la autogestión del aborto (abortos fuera del sistema de salud) como una práctica que puede ser segura y que debe ser legitimada por los Estados para asegurar las condiciones necesarias para que la práctica sea segura. Asimismo, reconoce el rol de los ámbitos comunitarios o de la sociedad civil en los cuales, con la información y entrenamiento adecuado se pueden acompañar abortos seguros fuera del sistema de salud.

Compartir funciones para la ampliación de equipos de provisión de aborto seguro. Reconoce que parteras y personal médico de todas las especialidades pueden ser proveedores de abortos seguros si tienen el entrenamiento adecuado.

Criterios de atención. Se recomienda eliminar todos los requisitos que no resulten clínicamente necesarios para la seguridad de la práctica del aborto. En ese sentido puntualmente se insta a los Estados a eliminar: períodos de espera o reflexión, internación compulsiva para la práctica de un aborto, consentimiento de progenitores, cónyuges o representantes legales, incluso en el caso de adolescentes y personas con discapacidad, autorizaciones administrativas o por comités de ética, recetar con requerimientos excepcionales, entre otras.

Guía de preguntas para evaluar el contexto regulatorio de acuerdo con los estándares de la OMS:

- 1. ¿Se reconoce que la penalización del aborto no es la mejor estrategia para abordar la situación de salud pública y derechos humanos involucrada en esta práctica?**

No. La normativa técnica n° 197 que regula la práctica de la IVE del Ministerio de Salud es del año 2017, no regula aspectos de los nuevos estándares de la OMS.

- 2. ¿Se permite el aborto domiciliario o fuera del sistema de salud?**

No. Se realizan en su mayoría (a excepción de buenas prácticas, como el caso del Hospital San José) la internación en el tercer nivel de complejidad todos los abortos, indistintamente la edad gestacional o el procedimiento a utilizar (medicamentoso o quirúrgico).

- 3. ¿Se reconoce el acompañamiento comunitario como una opción segura para el aborto?**

No. Las redes de acompañamiento de aborto pueden eventualmente ser perseguidas como asociación ilícita.

- 4. ¿Se contempla asistencia para la formación y promoción de calidad en organizaciones que acompañan abortos seguros?**

No. Lo único que tenemos regulado es que organizaciones de la sociedad civil puedan acreditarse, ante el Ministerio de Salud, como programas de acompañamiento psicosocial para las personas que accedan a la interrupción voluntaria del embarazo en el marco de las causales. Actualmente en Chile solo existen 2 bajo este programa: APROFA y MILES.

- 5. ¿Se reconoce las tareas compartidas – ampliación de profesionales o personal sanitario habilitado para servicios de aborto- en los equipos de provisión para ampliar la disponibilidad de personal entrenado?**

No, los procedimientos solo pueden realizarlos desde un médico general, según señala la ley 21.030. Ahora bien, cuando el procedimiento es medicamentoso, eventualmente puede intervenir un o una matrona en la entrega del medicamento a la paciente y enseñarle como utilizarlo en caso de ser bucal o sublingual, en el recinto hospitalario, sin embargo esa regulación se da con ocasión de sus protocolos internos y opera a nivel subnacional.

6. ¿Se reconoce la rectoría de la OMS en materia de estándares clínicos y de atención del aborto seguro? ¿Se establecen mecanismos de actualización de las guías y procedimientos para ajustarse a la mejor evidencia disponible?

Si, se reconoce a la OMS en términos de regulación y rectoría. Existe una Norma de atención clínica para el aborto en 3 causales, del año 2018. No obstante, la documentación general, referida a la atención clínica del aborto y no solo en 3 causales, se encuentra desactualizada y no sigue las recomendaciones de la OMS (2015 y 2022)

7. ¿Se incorporan los métodos recomendados por la OMS para la provisión de abortos seguros?

Solo en la normativa correspondiente a la legislación de la interrupción voluntaria del embarazo en 3 causales, pero anteriores a la actual guía. Los métodos que recoge son: procedimiento medicamentoso, legrado o curetaje, AMEU, dilatación y evacuación.

8. ¿Se reconoce la interpretación amplia de las causales habilitadas para el aborto legal?

No. Respecto de la causal de riesgo de vida para la madre e inviabilidad fetal extrauterina se señala un listado de patologías, pero en ambas causales se incorpora la posibilidad de “otras patologías” en las que hemos instado a la ampliación de interpretación, pero con poco éxito y harta resistencia.

9. **¿Se imponen requisitos que no son clínicamente necesarios para la seguridad de la práctica del aborto?**

No, pero la mayoría de los establecimientos sigue realizando el legrado como primera opción frente al vaciamiento uterino.

Conclusiones finales:

La ley 21.030 sobre interrupción voluntaria del embarazo y su normativa técnica n° 197 del año 2018 evacuada por el MINSAL, se encuentran muy alejadas de los estándares actuales de la nueva guía de la OMS, siendo un reflejo de la implementación en manos de un gobierno conservador y opositor a la adecuada prestación de los servicios en torno a la salud sexual y reproductiva.

Ante el análisis de los datos recopilados, podemos ver una fuerte resistencia a la transparencia de éstos, en donde la página web del Ministerio no actualiza sus fuentes hace más de 2 años, pese a tener la obligación legal de transparencia activa. Adicionalmente, existe resistencia en la entrega de los datos mediante la transparencia pasiva. Hemos tenido que realizar diferentes solicitudes de información y en ciertos casos judicializar alguna de ellas ante la resistencia de entrega.

También podemos ver la perspectiva adultocentrica y falta de interseccionalidad para el tratamiento de la prestación en niñas, mujeres rurales, migrantes o con discapacidad. No existe un tratamiento diferenciado respecto de las condiciones referidas, dando como resultado la falta de la debida protección a los derechos de éstas, llegando a casos críticos; las niñas menores de 14 años, que, muchas veces sin contar con las autorizaciones pertinentes son abandonadas por los prestadores de salud, sin iniciar algún procedimiento judicial en su protección para obtener la autorización judicial sustitutiva. Resultado de lo anterior son los 647 casos de niñas menores de 14 años que fueron madres en el año 2020 y en el mismo período solo 27 constituyeron causal y solo 21 interrumpieron efectivamente

el embarazo, pese a que todas eran candidatas para la prestación en causal violación, por la edad de las niñas y ¹la legislación vigente en Chile.

Respecto de los procedimientos recomendados por OMS para la prestación del aborto, vemos que en Chile no existe una política de Estado para capacitar a los y las profesionales de salud en técnicas más avanzadas del legrado o curetaje, y aunque la guía técnica n° 197 del ministerio de salud recomienda ir abandonando esta practica, es la más utilizada en el sector público, sin contar aun con un programa eficiente de capacitaciones mantenida en el tiempo en torno a otras prácticas como la aspiración manual endouterina y la dilatación y evacuación. Adicionalmente la legislación solo permite a los médicos cirujanos a realizar la prestación, marginando a las matronas y matrones, profesionales aptos para realizar las prestaciones que implique menor riesgo (principales edades gestacionales).

En consecuencia de lo anterior, existe una sobre patologización del aborto como fenómeno en donde más del 90% de los hospitales públicos internan en un tercer nivel de atención a las mujeres que han consentido para realización del aborto, independiente de la edad gestacional y del procedimiento a realizar.

¹ Artículo 362 del Código penal chileno: “el que accediere carnalmente, por vía vaginal, anal o bucal, a una persona menor de catorce años, será castigado con presidio mayor en cualquier de sus grados, aunque no concurra circunstancia alguna de las enumeradas en el artículo anterior”.