

ACCESO A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN CHILE

Un análisis comparado entre 2018 y 2020

Corporación Miles presenta este informe con el fin de analizar y comparar el acceso de las mujeres y personas gestantes a la interrupción voluntaria del embarazo, según se establece en la Ley 21.030, entre enero 2018 y diciembre 2020.

En específico, se presenta una descripción de la constitución de causales, número de interrupciones realizadas, comparando entre años y desagregando por edad, procedencia territorial, nacionalidad, sistema de salud, entre otros. También se incluye información respecto a las semanas de gestación en las que se realizaron las interrupciones.

Los datos estadísticos utilizados son los reportados públicamente por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) en su página web y actualizados por última vez en febrero de 2021. Es importante mencionar que las cifras del 2017 no se encuentran disponibles, pues si bien la ley comienza a ser implementada desde septiembre del 2017, el sistema de información IVE empezó oficialmente y de forma estandarizada en 2018 a través de la tributación en formulario de papel y desde enero 2019 a través de plataforma en línea.

El propósito de este levantamiento es aportar al monitoreo de la ley e identificar, a partir de un análisis desagregado, brechas y posibles barreras que desincentivan u obstaculizan el acceso de las mujeres y personas gestantes al ejercicio de su derecho de interrumpir un embarazo dentro de las 3 causales. Finalmente, a partir del análisis se ofrecen algunas recomendaciones para robustecer esta normativa y mejorar no solo su accesibilidad, sino también la calidad de la prestación.

ANÁLISIS GENERAL DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN CHILE ENTRE ENERO 2018 Y MARZO 2020

Durante este periodo se han registrado 2.192 constituciones en alguna de las 3 causales despenalizadas en la ley. De ellas, 1.827 mujeres o personas gestantes han efectivamente interrumpido su embarazo, es decir un 83% del total.

La causal que más se ha constituido durante este período ha sido la causal 2¹ con 1.093 casos, lo que corresponde al 49,9% del total. En segundo lugar, se encuentra la causal 1 con 682 casos y un 31,1% del total. En último lugar, se encuentra la causal 3 con 414 casos y un 18,9% del total.

Se observa la misma tendencia respecto del número total de interrupciones por causal. La causal con mayores interrupciones es la C2 con 883 procedimientos efectuados, seguido por la C1 con 573 casos y, en último lugar, las interrupciones por C3 con 371.

ANÁLISIS COMPARADO ENTRE 2018 Y 2020 SOBRE CONSTITUCIÓN DE CAUSALES E INTERRUPCIONES REALIZADAS

Entre 2018 y 2020, se registró un aumento en las constituciones y en las interrupciones tanto para la C1 como para la C2. Sin embargo, en el año 2020 se observó una disminución importante en ambas causales, llegando a las cifras más bajas desde la vigencia de la ley. Durante el año 2020, la constitución de C1 disminuyó en un 40% respecto del 2019, y la C2 también bajó casi en un 18%. La diferencia de interrupciones también fue importante entre ambos años: en la C1 disminuyeron casi un 43% de los procedimientos y la C2 en 14% aproximadamente. La única causal que no presentó disminución durante el 2020 respecto del año 2019, fue la C3. Esto puede aludir al efecto de la pandemia en el incremento de la violencia de género.

Respecto de la relación entre constitución de causal e interrupciones se evidencia que entre 2018 y 2020 las mujeres que han constituido la C3 han sido quienes más han interrumpido voluntariamente su embarazo, con un 92% del total. La C1 fue la segunda causal con mayor interrupción, con un 83,2% de interrupciones del total de constituciones. Finalmente, la C2 fue la que menor porcentaje de interrupciones con un 80%.

¹ En adelante la causal 1 será abreviada C1, causal 2 como C2 y causal 3 como C3.

	2018 – 2019		2019 – 2020	
	Variación % concurrencia	Variación % interrupciones	Variación % concurrencia	Variación % interrupciones
C1	+ 1,9%	- 3,1%	- 40%	- 42,7%
C2	+ 19,7%	+ 19,8%	-17,8%	- 13,5%
C3	+ 10,5%	+ 4,3%	+ 3,6%	+ 8,2%

	2018		2019		2020	
	Nº total concurrencia	Nº total interrupciones	Nº total concurrencia	Nº total interrupciones	Nº total concurrencia	Nº total interrupciones
C1	262	227	267	220	160	126
C2	346	273	414	327	340	283
C3	124	117	137	122	142	132
TOTAL	732	617	818	669	642	541

En detalle, durante el 2019 la constitución de C1 aumentó en 1,9% respecto del año anterior. No obstante, esta cifra durante el 2020 disminuyó en un 40% respecto de lo alcanzado durante el 2019. En relación con las interrupciones realizadas en esta misma causal, durante el 2019 se registró una disminución de 3,1% respecto del 2018. Durante el 2020 esa brecha se intensificó, disminuyendo el número de interrupciones en un 42,7%.

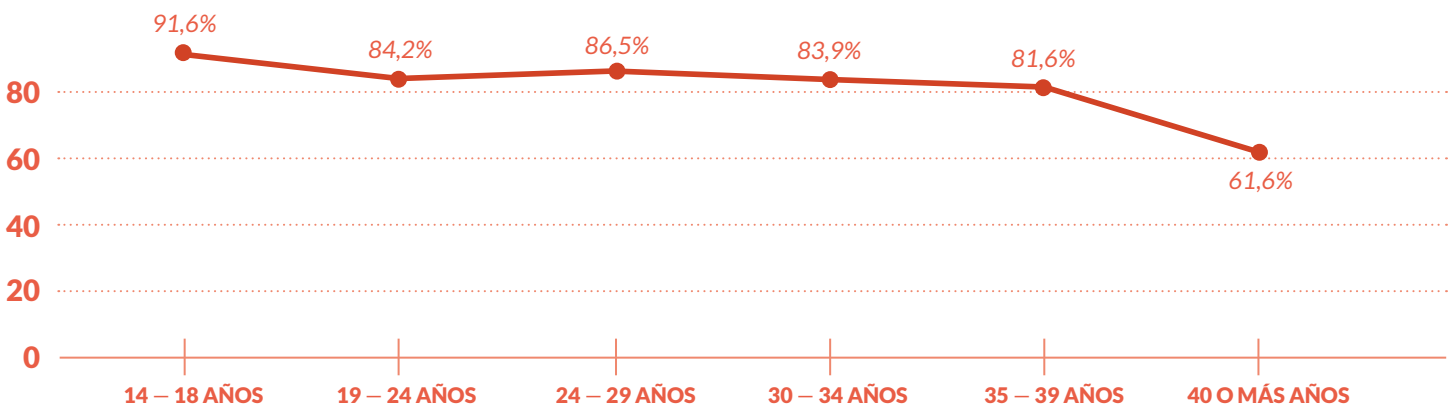
En relación con la constitución de C2, del año 2018 al 2019 se produjo un aumento de un 19,7% en esta causal. Sin embargo, durante el 2020 esta también sufrió una caída de 17,8%. En cuanto a las interrupciones por C2, la variación porcentual de interrupción entre el año 2018 y 2019 aumentó en un 19,8%, mientras que del año 2019 al 2020 disminuyó considerablemente en un 13,5%.

En relación con la concurrencia a la ley IVE según C3, del año 2018 al 2019 ésta aumentó en un 10,5%, y entre el 2019 al 2020 aumentó en un 3,6%. La variación porcentual de interrupción entre el año 2018 al 2019 fue de un 4,3%, mientras que del año 2019 al 2020 aumentó en un 8,2%; es decir al doble. En esta causal es importante considerar factores como el confinamiento en pandemia y el aumento registrado en la violencia de género y construir su posible efecto en el aumento de los delitos sexuales.

ANÁLISIS DEL TOTAL DE CONCURRENCIAS E INTERRUPCIONES POR TRAMOS DE EDAD

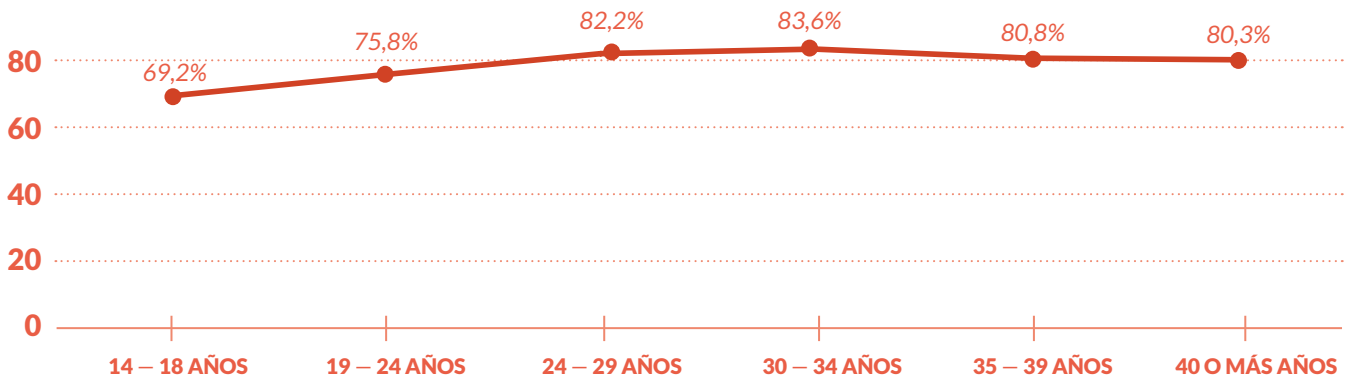
El tramo de edad que presenta mayores casos tanto de concurrencia como de interrupción en casi todas las causales es el tramo entre los 25 y los 29 años, teniendo un número de 506 concurrencias y 435 interrupciones.

GRÁFICO 1: PORCENTAJE TOTAL DE INTERRUPCIONES POR TOTAL DE CONCURRENCIAS A LA CAUSAL 1, SEGÚN TRAMO DE EDAD



En detalle, en la C1, el rango etario que más interrumpió su embarazo fueron las mujeres entre los 14 y los 18 años (91,6%). El segundo lugar corresponde al tramo entre los 25 y 29 años de edad; el 86,5% de las mujeres que constituyeron causal 2 en este tramo de edad, decidieron interrumpir. En tercer lugar, el grupo entre los 19 y 24 años con un 84,2% de los casos interrumpidos. En cuarto, el tramo entre los 30 y 34 años, con un 83,9% de los casos interrumpidos, seguidas por las mujeres en 35 y 39 con un 81,6% de interrupciones. El grupo de edad que menos interrupciones realizó en la C1 fue aquellas de 40 años y más.

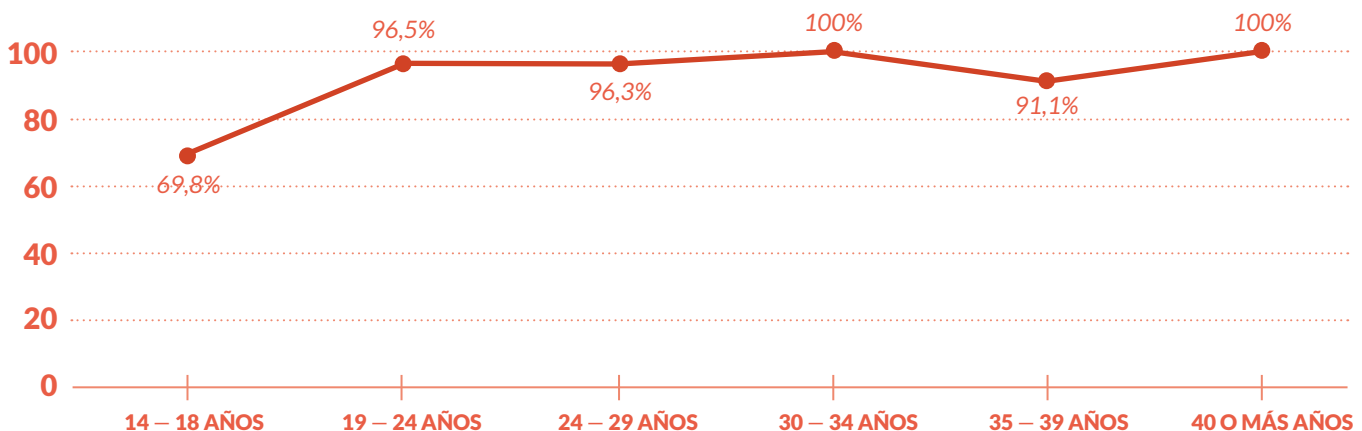
GRÁFICO 2: PORCENTAJE TOTAL DE INTERRUPCIONES POR TOTAL DE CONCURRENCIAS A LA CAUSAL 2, SEGÚN TRAMO DE EDAD



En el caso de la C2, la distribución es diferente. El grupo de edad que más interrupciones realiza (según total de concurrencias) son las mujeres entre 30 y 34 años (83,6%). En segundo lugar, se encuentra el tramo entre 25 y 29 años (82,2%), seguidas por las mujeres entre 35 y 39 años (80,8%) y las mayores de 40 años (80,3%). Luego, los grupos que menos interrumpen en esta causal son las de 19 y 24 años (75,8%) y las menores de edad entre 14 y 18 años (69,2%).

En la C3 fueron las niñas y adolescentes entre 14 y 18 años quienes menos porcentaje de interrupción por concurrencia han tenido en los 3 años e implementación de la ley (69,8%). Esto significa que 19 de ellas continuaron con su embarazo, un número muy alto que puede deberse a que no son ellas quienes toman esta decisión, si no que recae en la persona a cargo de la menor y sus propias creencias. El resto de los grupos de edad presentan tasas de interrupción por sobre el 90%, como se indica en el siguiente gráfico:

GRÁFICO 3: PORCENTAJE TOTAL DE INTERRUPCIONES POR TOTAL DE CONCURRENCIAS A LA CAUSAL 3, SEGÚN TRAMO DE EDAD



ANÁLISIS DE LAS CONCURRENCIAS E INTERRUPCIONES POR ZONA DEL PAÍS

Para organizar los datos se realizó una división territorial en cuatro zonas:

- Zona Norte (ZN): Arica, Tarapacá, Antofagasta, Atacama y Coquimbo
- Zona Centro (ZC): Valparaíso, O'Higgins, Maule, Ñuble
- Región Metropolitana (RM)
- Zona Sur (ZS): Biobío, La Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, Aysén y Magallanes.

TABLA: NÚMERO TOTAL DE CONCURRENCIAS POR CAUSAL SEGÚN ZONA

	C1	C2	C3	TOTAL
Zona norte	95	155	72	322
Zona RM	239	405	168	812
Zona centro	184	252	78	514
Zona sur	164	258	89	511
TOTAL	682	1.070	407	2.159

TABLA: NÚMERO TOTAL DE INTERRUPCIONES POR CAUSAL SEGÚN ZONA

	C1	C2	C3	TOTAL
Zona norte	82	127	64	273
Zona RM	190	367	157	714
Zona centro	161	200	67	428
Zona sur	137	186	81	404
TOTAL	570	880	369	1.819

Al cruzar los números totales de concurrencias e interrupciones de cada zona con el número de habitantes mujeres de dichos territorios, se encontraron algunas diferencias:

	CONCURREN	INTERRUMPEN
Zona norte	29 de cada 1.000	24 de cada 1.000
Zona RM	22 de cada 1.000	19 de cada 1.000
Zona centro	23 de cada 1.000	19 de cada 1.000
Zona sur	25 de cada 1.000	10 de cada 1.000

Este cruce refleja que la zona norte presenta más concurrencia como interrupciones efectivas y la zona sur la mayor diferencia entre concurrencias e interrupciones. Estas diferencias merecen ser estudiadas con mayor profundidad para identificar cuáles son las barreras que las mujeres, especialmente de la zona sur, presentan a la hora de constituir causal y de interrumpir finalmente su embarazo.

La objeción de conciencia, tanto personal como institucional, corresponde a una de las posibles barreras para la implementación, encontrándose gran parte de lo/as objetores en la RM y en la región del Biobío. Se vuelve necesario, entonces, monitorear el impacto de la objeción de conciencia en el acceso a la ley 21.030 e identificar otras posibles dificultades para acceder a esta presentación a lo largo del territorio nacional.

ANÁLISIS DE LAS CONCURRENCIAS E INTERRUPCIONES SEGÚN PREVISIÓN DE SALUD

GRÁFICO 4: CONCURRENCIAS SEGÚN SISTEMA DE SALUD

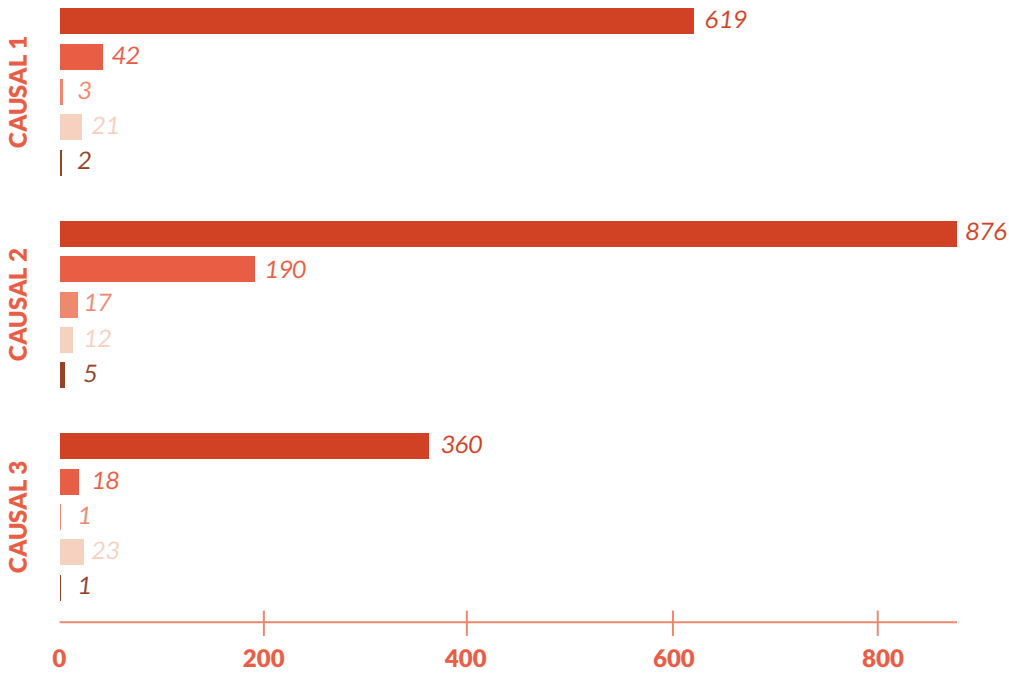
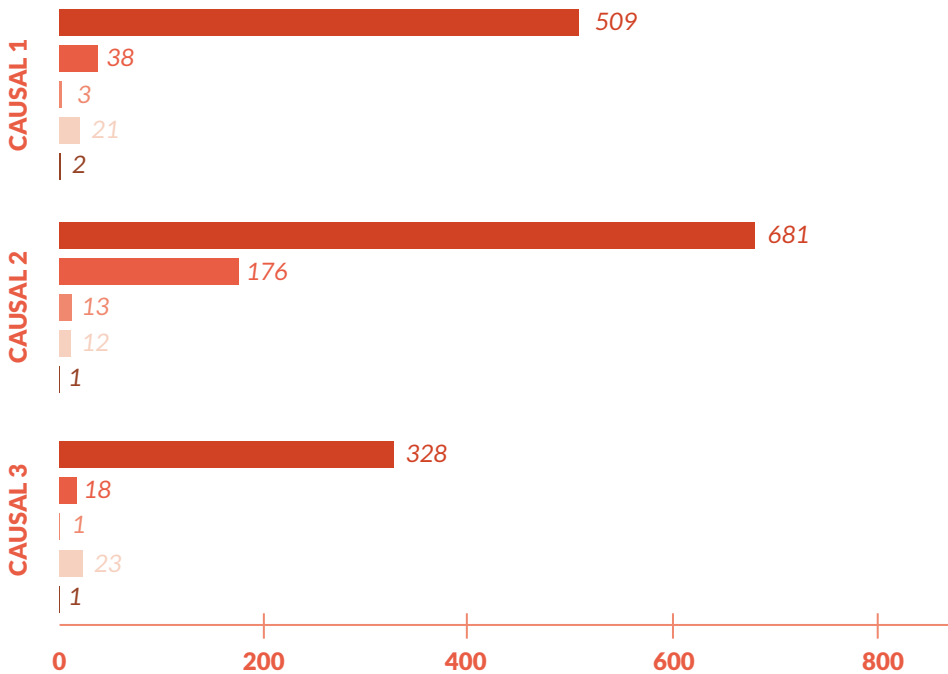


GRÁFICO 5: INTERRUPCIONES SEGÚN SISTEMA DE SALUD



● FONASA
 ● Isapre
 ● FFAA
 ● Ninguna
 ● Sin información

Del total de personas que constituyeron cualquier de las 3 causales, un 85% pertenece a FONASA y un 12,3% a alguna Isapre. Esto puede guardar relación con que más de un 80,5% de la población de mujeres pertenece al sector público de la salud². No obstante, se vuelve necesario acceder a mayor información para saber cuán factible es para las mujeres que pertenecen a las entidades privadas constituir causales e interrumpir sus embarazos si así lo desean.

Respecto del total de casos registrados entre el 2018 y el 2020, FONASA tuvo una variación porcentual entre las concurrencias y las interrupciones de -18% para la C1 y las Isapre de -10%. En la C2 FONASA tuvo una variación porcentual de -22%, Isapre de -7%. Por último, en la C3, FONASA tuvo una variación porcentual de -9%, y el resto de las previsiones presentó una variación porcentual de 0%, lo que indica que todas aquellas mujeres que constituyeron dicha causal, efectivamente interrumpieron su embarazo. Sin embargo, lo preocupante es el bajo número de concurrencias a la causal 3 en el sistema previsional privado. Del total de personas que constituyeron la causal 3 entre 2018 y 2020, sólo el 4,5% lo hizo por una Isapre. Al respecto, es importante conocer las causas de esta diferencia tan significativa e identificar obstáculos de índole estructural y/o cultural que puedan estar a su base.

TOTAL DE CASOS QUE CONCURREN E INTERRUMPEN POR CAUSAL SEGÚN NACIONALIDAD (DESDE EL AÑO 2018 AL 2020)

Se consideraron en el análisis aquellas nacionalidades que presentaban al menos un mínimo de 10 casos, con el fin de poder visualizar la nacionalidad de quienes concurrieron o interrumpieron con una mayor frecuencia.

Las nacionalidades incluidas en el análisis fueron: Haití (95), Venezuela (89), Bolivia (63) y Perú (47). En específico, luego de Chile, en la C1 Haití es el país que presenta mayor cantidad de casos tanto en concurrencia como en interrupción. En el caso de la C2, tanto en concurrencia como en interrupción el país con mayor frecuencia fue Venezuela, y en la C3, tanto en concurrencia como en interrupción, la nacionalidad con mayor frecuencia fue la boliviana.

Respecto a la C3, los casos de concurrencia por violación de nacionalidad haitiana, boliviana y peruana solo una persona

GRÁFICO 6: CONCURRENCIAS SEGÚN NACIONALIDAD

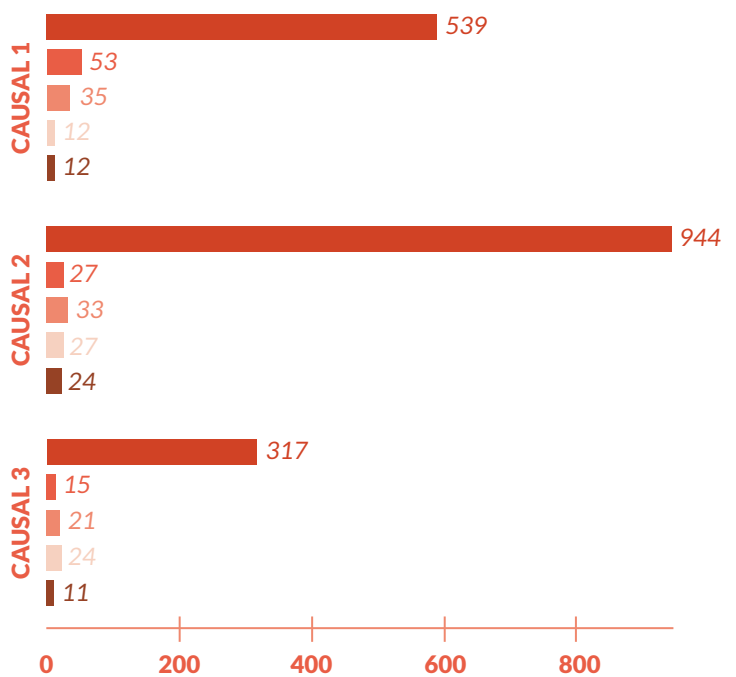
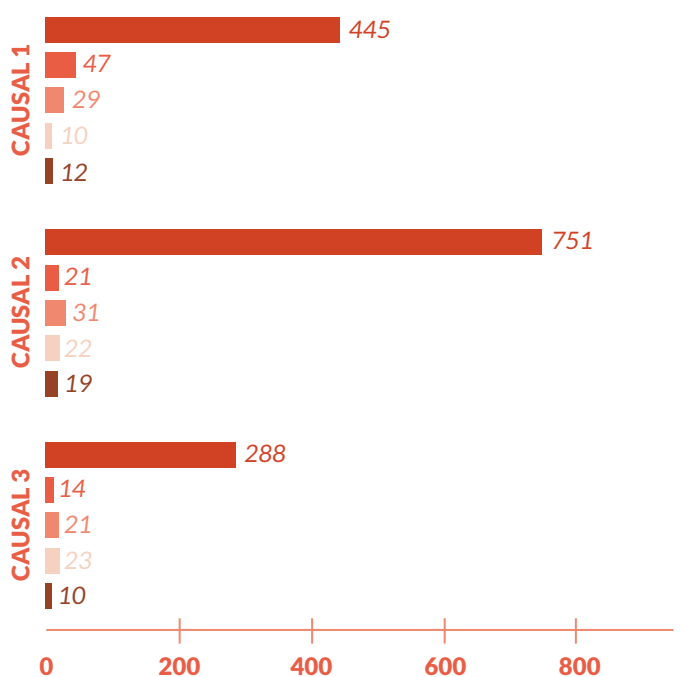


GRÁFICO 7: INTERRUPCIONES SEGÚN NACIONALIDAD



² Casen (2017). Resultados Salud Encuesta Casen 2017. Ministerio de Desarrollo Social.



de cada nacionalidad decidió no interrumpir su embarazo. En el caso de Venezuela, las 21 mujeres que concurrieron a la interrupción del embarazo en la tercera causal decidieron interrumpirlo.

Comparando las concurrencias con las interrupciones registradas entre el 2018 y el 2020, respecto a la C1, Chile tuvo una variación porcentual de -17%, Haití de un -11%, Venezuela de -17%, Bolivia -17% y Perú de 0%. En esta causal la nacionalidad que presenta menos variación entre la concurrencia y la interrupción es Perú, y la que presenta mayor variación es Chile, Venezuela y Bolivia, es decir, en la primera hubo menor diferencia entre las concurrencias y las interrupciones y el resto son las que tuvieron mayor diferencia.

De acuerdo con la C2, Chile tuvo una variación porcentual de -20%, Haití de -21%, Venezuela de -6%, Bolivia de -19%, y Perú -21%. En este caso la nacionalidad que presentó menor variación fue Venezuela y la que presentó mayor variación fue Perú.

De acuerdo con la C3, Chile tuvo una variación porcentual de -9%, Haití de -7%, Venezuela de -0%, Bolivia de -4%, y Perú -9%. En este caso la nacionalidad que presentó menor variación fue Venezuela y la que presentó mayor variación fue Chile y Perú.

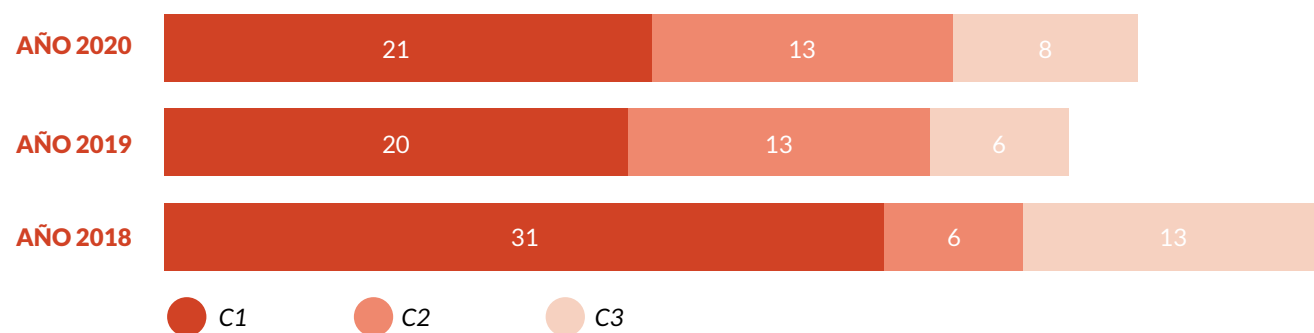
Si bien las cifras son aún pequeñas es importante relevar información desagregada respecto de la nacionalidad de quienes acceden a esta prestación. Las tasas de migración se encuentran al alza y los sistemas de salud deben asegurar que todas las personas, independientemente de su nacionalidad, puedan acceder a estas prestaciones.

En términos generales, en relación con la concurrencia de interrupción al embarazo según causal, la C1 tiende a concurrir en semanas más avanzadas que las demás causales. Mientras que la C3 es la causal que menor semanas de gestación alcanza, comprendiendo que solo es posible concurrir a esta hasta las 12 semanas y en el caso de mujeres menores a 14 años hasta las 14 semanas³.

Las semanas gestacionales en las que se constituyen las causales ha tendido a variar durante los 3 años de implementación de la ley. En términos generales, la concurrencia ha ocurrido en etapas anteriores del embarazo; por ejemplo, pasando de las 31 semanas para la causal 1 durante el año 2018 a 21 semanas en el año 2020. En la causal 3 también se percibe esta misma tendencia, pasando de las 13 semanas durante el 2018 a las 8 semanas en el 2020. Sin embargo, la causal 2 ha evidenciado un retraso; pasando de la semana 6 a la semana número 13.

³ Norma Técnica Nacional; Acompañamiento y Atención Integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la ley 21.030. MINSAL (2018).

MODA CONCURRENCIA A INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO SEGÚN SEMANAS DE GESTACIÓN



CONCLUSIONES

Los registros obtenidos en tres años de la implementación de la ley 21.030 deja en evidencia una preocupante realidad. Según las cifras oficiales, en promedio cada año se hospitalizan 16.510 mujeres, con embarazos de menos de 22 semanas, que cumplen con criterios para las dos primeras causales⁴. Sin embargo, en promedio, se registran sólo 298 constituciones en la causal 1 y 2 al año. Si se tiene por referencia la cantidad de nacidos vivos, la relación entre las ocurrencias a cualquier causal y el número de nacimientos no supera el 0,3%⁵.

En relación a la constitución de las causales, se evidencia que la causal con más interrupciones efectivas es la C3, siendo la C2 la que presenta mayor número de ocurrencias. No obstante, preocupa la variabilidad que presentan las cifras en un trienio, con variaciones de hasta un 42% para la C1 entre el 2019 y el 2020. Se requiere indagar en mayor profundidad en los factores causales de esta variación, como por ejemplo cambio en criterios para constituir causal, problemas de acceso, el impacto de las medida de afrontamiento a la pandemia, u otras que podrían estar interfiriendo.

Las cifras también permiten desmitificar algunas concepciones respecto de la IVE, y quizás también para el aborto legal. Una de las mayores preocupaciones ha sido respecto de la edad de quienes se realizarían estos procedimientos, argumentando que serían las personas menores, sin un adecuado criterio o consentimiento. Se evidencia que el grupo etáreo donde se presenta mayor interrupción son las mujeres entre 25 y 29 años, lo cual desmitifica que la mayoría de las interrupciones serían de mujeres adolescentes, siendo este grupo (14-18 años) quienes presentan el menor porcentaje de interrupción. Al respecto, es necesario indagar las razones del por qué las adolescentes menores de 18 años que constituyen C3 interrumpen menos que las mujeres mayores. Es fundamental identificar las posibles obstáculos que las adolescentes presentan a la hora de manifestar su deseo de interrumpir, la existencia de requerimientos extraordinarios no conforme a las orientaciones técnicas, o un descubrimiento tardío (y fuera de los plazos) del embarazo.

⁴ MINSAL (2018) Norma Acompañamiento IVE, disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/NORMA-IVE-ACOMPANAMIEN-TO_02.pdf

⁵ Cálculo realizado sobre los 210,367 nacidos vivos durante el 2019 publicado por el INE en su página web, utilizando las concurrencia a c1, c2 y c3 reportadas en el DEIS para ese mismo año.

Si bien estas cifras desmitifican preconcepciones respecto del aborto, la diferencia en el casos de las mujeres jóvenes es una realidad que debe estudiarse y atenderse, pues esta prestación debe realizarse libre de cualquier discriminación. Tal es el caso, por ejemplo, de la constitución de la causal 3 en las menores de 14 años. Del total de casos en la 3era causal, un 16% corresponde a niñas de hasta 14 años; esto es 63 casos. Esta cifra es preocupante pues es sólo un 8,7% de los nacidos vivos de madres entre 10 y 14 en un año⁶. Además, el porcentaje de interrupción en este tramo de edad también es mucho menor a edades superiores. Se vuelve urgente, entonces, indagar en mayor profundidad las causas de estas brechas y levantar información oportuna para erradicar cualquier discriminación u obstáculo innecesario que estén atravesando las niñas para interrumpir oportunamente sus embarazos si así lo desean.

Finalmente, en relación a la realidad observadas por región, si bien los números contrastados con la población femenina en cada territorio no arrojó grandes brechas, sí es importante visibilizar algunas situaciones. En la Región de Arica no se registró ningún caso para la causal 2 durante el 2019 ni el 2020; lo anterior alerta respecto de si acaso los servicios de salud de dicha región cuentan con lo necesario para realizar oportunamente estos diagnósticos (por ejemplo, número de especialistas suficientes).

Un segundo hallazgo relevante es que en la Región de Magallanes durante el 2020 no se registró ningún caso para la causal 3, en contraste con los 10 casos registrados en los años anteriores. Chile es un país diverso en su dimensión cultural, pero también estructural. No todos los territorios cuentan con los mismos recursos ni condiciones para proveer los servicios y/o prestaciones, por lo que es responsabilidad del Estado monitorear oportunamente para identificar y subsanar estas brechas.

La interrupción voluntaria del embarazo es una prestación de salud, alojada en una ley que garantiza su adecuada implementación. Sin embargo, a más de 3 años desde su implementación desde septiembre de 2017 aún no existe un monitoreo

⁶ Estimación realizada a partir del total de nacidos vivos de madres entre 10 y 14 años, 717 casos, reportado por el INE durante el 2015.

profundo por parte de la autoridad sanitaria, quedando esta tarea en manos de las organizaciones de la sociedad civil. Se debe avanzar en un monitoreo sustantivo que permita conocer en profundidad la realidad de esta prestación. No solo en términos de acceso, sino también capacitando al personal de la salud (que directa e indirectamente participan), asegurando insumos suficientes para una atención conforme a estándares, calidad de la atención y experiencia de las usuarias, entre otros.
