



Monitoreo
Interrupción
Voluntaria
del Embarazo,
Agravado por
la Pandemia
del Covid-19

CORPORACIÓN MILES

CONSORCIO CONTRA EL ABORTO INSEGURO – CLACAI

MONITOREO INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO, AGRAVADO POR LA PANDEMIA DEL COVID-19

Corporación Miles

Dirección Ejecutiva Corporación Miles:

Javiera Canales Aguilera

Área de Investigación Corporación Miles:

Stephanie Otth Varnava

Equipo de pasantes Área de Investigación:

Natalia García Canceco

Francisca Muñoz Agramunt

Daniela Valenzuela

Edición:

Macarena Gallo Fuenzalida

Diseño y diagramación:

Viviana Díaz Fuica

Santiago, Chile

Julio, 2021

Está permitida la reproducción total o parcial, distribución, comunicación pública y la creación de obras derivadas de esta publicación siempre y cuando se cite la fuente.

Contacto:

Stephanie Otth Varnava

sotth@mileschile.cl

www.mileschile.cl

Facebook: Miles Chile

Twitter: @mileschile

Instagram: @mileschile



Monitoreo Interrupción Voluntaria del Embarazo, Agravado por la Pandemia del Covid-19

www.mileschile.cl
Julio 2021

08

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

<i>Ley 21.030 en Chile: Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres causales</i>	08
<i>Monitoreo a la implementación de la Ley IVE</i>	08
<i>Información disponible sobre la implementación de la Ley IVE</i>	11

16

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

<i>Objetivo general del estudio</i>	16
<i>Objetivos específicos</i>	16
<i>Marco Metodológico</i>	17

18

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

<i>Disponibilidad de insumos de SSR necesarios para realizar la IVE en hospitales ARO</i>	18
<i>Misoprostol</i>	19
<i>Mifepristona</i>	23
<i>AMEU</i>	29
<i>Análisis de las experiencias que han tenido mujeres en Chile al querer interrumpir voluntariamente un embarazo durante la pandemia</i>	34
<i>Características de usuarias entrevistadas</i>	34
<i>Características de la gestación</i>	35
<i>Experiencia con equipo de profesionales</i>	37
<i>Facilitadores, irregularidades y obstructores del proceso</i>	39
<i>Efectos para la persona gestante por irregularidades u obstrucciones en el proceso</i>	44
<i>Vivencias en torno al aborto</i>	45
<i>Recomendaciones y sugerencias</i>	46

<i>Análisis comparado entre Protocolos IVE de los hospitales y la Norma Técnica Nacional</i>	47
<i>Causal 1: La mujer se encuentra en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida</i>	48
<i>Causal 2: Patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal</i>	50
<i>Causal 3: Embarazo resultado de una violación</i>	51
<i>Acompañamiento psicosocial</i>	55
<i>Objeción de conciencia</i>	55
<i>Análisis sobre los Objetores de Conciencia en los Hospitales con ARO en el 2020 en relación a la Ley 21.030 (IVE)</i>	56
<i>Objetores de Conciencia Por Causal: Según Equipo de Salud</i>	57
<i>Objetores de conciencia: por funcionarios</i>	58
<i>Objetores de Conciencia: por Región</i>	60
<i>Objetores de Conciencia: por Zonas</i>	63
<i>Objetores de conciencia por Hospitales</i>	64

66 SÍNTESIS Y RECOMENDACIONES

69 DESAFÍOS A FUTURO

Antecedentes de la Investigación

LEY 21.030 EN CHILE: INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES

El Estado chileno, mediante la dictación de la Ley N° 21.030 el año 2017, reguló la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales (IVE): 1) en caso de riesgo de vida de la persona gestante, 2) en caso de inviabilidad fetal, y 3) en caso de un embarazo como resultado de violación. Esta Ley constituyó un paso significativo en la historia de políticas públicas para mejorar la salud reproductiva de todas las personas. En 2018, el Ministerio de Salud (Minsal) publicó la Norma Técnica Nacional de Acompañamiento y Atención Integral, con el objetivo de hacer operativo lo dispuesto en la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, que tiene como propósito promover una atención con estándares uniformados tanto en la intervención psicosocial como en los procedimientos médicos para las personas que lo requieran. Esta norma incluye elementos epidemiológicos clínicos y los requisitos para la constitución de cada causal, el proceso de atención, la articulación entre el acompañamiento psicosocial y la interrupción del embarazo y la continuidad de la atención¹.

Al establecer los lineamientos normativos, junto a los procedimientos clínicos y de acompañamiento, se busca evitar irregularidades y disminuir una implementación discrecional de la ley por parte de los centros de salud que acojan un caso por IVE.

¹ Ministerio de Salud. (2018). *Norma Técnica Nacional de Acompañamiento y Atención Integral Ley 21.030*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/NORMA-ACOMPAÑAMIENTO-Y-ATENCION-INTEGRAL-LEY-21.030.pdf>

Según el Ministerio de Salud, la norma contribuye al ejercicio del derecho al acompañamiento y una atención integral, tanto en el proceso de discernimiento, como durante el período siguiente a la toma de la decisión, que comprende el tiempo anterior y posterior al parto o a la interrupción del embarazo, propiciando la continuidad de los cuidados.²

Los hospitales en Chile, como prestadores institucionales de salud, deben cumplir con la normativa vigente y, por tanto, facilitar el acceso a la salud sexual y reproductiva de las personas. Algunos, al promulgarse la Ley 21.030, han decidido formular sus propios protocolos IVE, que deben estar ajustados a la norma técnica, para entregar una atención integral a las/os usuario/as que decidan acogerse a la ley. No obstante, no es obligatorio para todos los centros de salud. En caso de no redactar sus propios protocolos, deben guiarse por lo señalado en la Norma Técnica Nacional de Acompañamiento y Atención Integral (NT).

MONITOREO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY IVE

La Norma Técnica (NT) alude a la importancia de contar con un sistema nacional de salud público y privado que esté unificado y permita monitorear todos los aspectos relevantes de la implementación de esta política. Para ello, se deja consignado el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) que los servicios de salud deben registrar e informar para la realización del monitoreo.

Los datos que componen el CMBD son los siguientes y deberán ser obtenidos mediante la ficha clínica de la paciente:

- Datos relativos al proceso de atención: puerta de entrada al sistema, cumplimiento de criterios de concurrencia de cada causal, causal de interrupción del embarazo, cartera de servicios otorgados, decisión de la mujer, puntos del flujo y lugar donde se toma la decisión, seguimiento clínico y administrativo de la mujer y del feto.
- Prestaciones realizadas: Tanto las prestaciones biomédicas como las psicosociales protocolizadas.
- Resultados del proceso de atención: resultados en torno a la mujer, condi-

²Ministerio de Salud. (2018). *Norma Técnica Nacional de Acompañamiento y Atención Integral Ley 21.030*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/NORMA-ACOMPA%3%91AMIENTO-Y-ATENCI%3%93N-INTEGRAL-LEY-21.030.pdf>

ción del producto de la gestación (según signos vitales y edad gestacional).

- Esta información alimenta el contenido para realizar la evaluación de la política. Según la NT dicha evaluación contempla los siguientes indicadores:

Indicadores orientados a la medición de la implementación de la política

- • Cuantificación y caracterización sociodemográfica de los casos por cada causal
- • Distribución de casos por tipo de causal
- • Caracterización de los casos por diversas variables del proceso de atención (aceptación de la IVE, latencia del procedimiento, tipo de procedimiento, tipo de acompañamiento, etc.)
- • Resultados por cada causal:
 - *Mortalidad Materna*
 - *Mortalidad Perinatal*
 - *Sobrevida de las mujeres*
 - *Sobrevida del producto de la gestación*
 - *Tasa de derivaciones*
 - *Tasa complicaciones*
 - *Tasa hospitalizaciones*
- • Adhesión a protocolos por cada causal (cumplimiento de las recomendaciones y plazos de atención)
- • Calidad de la atención (acceso, oportunidad, aceptabilidad, cobertura, satisfacción usuarias)

Mediciones para identificación de mejoras del sistema de información (recopilación, almacenamiento, procesamiento y producción de información)

- • Precisión de datos
- • Precisión de registros

Como se observa, la NT ofrece un marco de indicadores y componentes con los cuales evaluar la implementación de la ley de manera sustantiva. No obstante, en la práctica no se lleva a cabo de tal manera, limitándose exclusivamente a los

tres primeros puntos: cuantificación y caracterización sociodemográfica de los casos por cada causal, distribución de casos por cada causal, y caracterización de los casos por diversas variables del proceso de atención.

Lo anterior no permite ofrecer evidencia suficiente para conocer cómo efectivamente se está llevando a cabo esta prestación de salud, no pudiendo identificar sus puntos críticos y realizar las mejoras necesarias. A la fecha no se realiza una evaluación estandarizada que contemple todos los puntos anteriormente señalados, permitiendo que existan diferencias significativas entre lo que puede vivir una persona que acude a un hospital u otro.

INFORMACIÓN DISPONIBLE SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY IVE

Si bien el MINSAL dispone en la Norma Técnica una serie de indicadores a medir en relación a la implementación de la Ley 21.030, junto con los procedimientos a seguir por los centros de salud en el reporte de los casos atendidos, existen dificultades para acceder a los resultados del monitoreo realizado. Por ejemplo, no se ha monitoreado la adhesión de los servicios de salud a los protocolos y/o recomendaciones, no se ha consignado los tiempos de latencia y se ha desconsiderado los indicadores de calidad de la atención. Esto ha imposibilitado el conocimiento real de las barreras para las mujeres y las irregularidades que deben ser corregidas. Ante esto, la opción disponible es el análisis de los datos estadísticos reportados públicamente por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), dado que no existe un reporte consolidado y sustantivo sobre la implementación.

Entre enero de 2018 y diciembre de 2020, se han registrado 2.192 constituciones en alguna de las tres causales despenalizadas y, de ellas, 1.827 mujeres y personas gestantes efectivamente interrumpieron su embarazo, correspondiendo a un 83% del total³.

La causal más constituida durante este período ha sido la causal 2⁴ con 1.100 ca-

³ Corporación Miles (2020). *Acceso a la Interrupción del Embarazo en Chile: Un análisis comparado entre 2018 y 2020*.

⁴ En adelante, la causal 1 será abreviada C1, causal 2 como C2 y causal 3 como C3.

sos que corresponde al 49,9% del total. En segundo lugar, se encuentra la causal 1 con 689 casos y un 31,1% del total. En último lugar, se encuentra la causal 3 con 403 casos y un 18,9% del total. (Ver tabla 1⁵)

En relación a lo anterior, se observa la misma tendencia respecto del número total de interrupciones por causal, siendo la C2 aquella con mayores interrupciones con 883 procedimientos efectuados, seguido por la C1 con 573 casos y, en último lugar, las interrupciones por C3 con 371.

TABLA 1: NÚMERO DE CASOS TOTALES CONSTITUIDOS E INTERRUPCIONES REALIZADAS ENTRE 2018 Y 2020 EN CHILE

	CASOS CONSTITUIDOS	INTERRUPCIONES	DIFERENCIA % ENTRE CASOS E INTERRUPCIONES
C1	689	573	-17%
C2	1.100	883	-20%
C3	403	371	-8%

Tabla de elaboración propia a partir de los datos publicados por el DEIS en deis.minsal.cl

Al analizar en detalle la constitución de casos por cada causal, se observa que, tanto en la C1 como en la C2, se registró un alza en los casos de concurrencias y de interrupciones entre 2018 y 2019. Sin embargo, el año 2020 presentó una disminución importante, llegando a las cifras más bajas desde la vigencia de la ley. Pese a esta tendencia, la C3 ha tenido un aumento progresivo incluso en el 2020 (Ver Tabla 2). Esta disminución en la concurrencia a las causales se puede relacionar con el efecto de la pandemia en la situación sanitaria del país y un escaso aseguramiento de esta prestación durante la crisis.

⁵ Datos presentados en “Acceso a la Interrupción del Embarazo en Chile: Un análisis comparado entre 2018 y 2020”. Pueden existir variaciones según ajustes realizados por DEIS en reporte de información.

TABLA 2: NÚMERO DE CASOS CONSTITUIDOS E INTERRUPCIONES REALIZADAS ENTRE 2018 Y 2020 EN CHILE

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

Tabla de elaboración propia a partir de los datos publicados por el DEIS en deis.minsal.cl

Por último, el panorama zonal de la implementación de la Ley IVE a nivel nacional, presenta algunas diferencias al analizar los números totales de concurrencias e interrupciones de cada zona con el número de habitantes mujeres de dichos territorios:

TABLA 3: ANÁLISIS ZONAL DE CONCURRENCIAS E INTERRUPCIONES REALIZADAS ENTRE 2018 Y 2020 EN CHILE

ZONA	NÚMERO CAUSALES	NÚMERO INTERRUPCIONES
Norte	29 de cada 1.000	24 de cada 1.000
RM	22 de cada 1.000	19 de cada 1.000
Centro	23 de cada 1.000	19 de cada 1.000
Sur	25 de cada 1.000	19 de cada 1.000

Tabla de elaboración propia a partir de los datos publicados por el DEIS en deis.minsal.cl

Esto refleja que la zona norte presenta más concurrencias e 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 y personas gestantes, especialmente de la zona sur, presentan a la hora de constituir causal e interrumpir finalmente su embarazo.

Este panorama se ha visto afectado producto del contexto sanitario actual. La pandemia del Covid-19 ha tenido un impacto incalculable en la vida de las personas y comunidades. El esfuerzo por responder oportunamente a la crisis sanitaria ha significado, entre otras cosas, una redistribución de recursos y prioridades en el sistema de salud chileno. Durante 2020, Corporación MILES realizó un monitoreo a las políticas de salud sexual y reproductiva (SSR) durante la pandemia que evidenció que el acceso a este tipo de prestaciones se vio considerablemente afectado producto de la crisis sanitaria⁶.

En primer lugar, el acceso a la anticoncepción en Chile se ha visto menoscabado de manera considerable. Comparando las atenciones de SSR del año 2020 con las del 2019, estas disminuyeron de 2.648.000 controles a 1.311.150, cayendo casi en un 51%. Los controles del programa de regulación de la fertilidad también disminuyeron en un 43% respecto al año anterior.

Por su parte, el acceso a la Ley IVE también se ha visto afectado durante la pandemia (TABLA 4). En comparación con el año 2019, en el 2020 la constitución de causal (para cualquiera de ellas) bajó un 21%. Las interrupciones igualmente disminuyeron en relación con el año 2019; 40% menos de personas interrumpieron su embarazo por causal 1 y 17,8% menos por causal 2. En cuanto a las interrupciones por la causal 3 de violación, estas aumentaron en un 3,6%, lo que se condice con el aumento de la violencia de género percibida durante la pandemia.

TABLA 4: VARIACIÓN PORCENTUAL EN CONSTITUCIÓN CAUSALES E INTERRUPCIONES 2018–2020 EN CHILE

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%

Tabla de elaboración propia a partir de los datos publicados por el DEIS en deis.minsal.cl

⁶ MILES (2020) Monitoreo de Políticas de salud Reproductiva. Disponible en; https://issuu.com/corporacionmiles/docs/informe_clacai

Algunas de estas barreras a considerar son⁷⁸:

1. *Elevado número de objetores de conciencia.*
2. *Desinformación respecto de la ley de parte del personal médico.*
3. *Falta de stock de medicamentos que permiten interrumpir un embarazo.*
4. *Desconocimiento del marco legal, de parte de usuarias, personal médico y funcionarios del sector judicial.*
5. *Interpretación restrictiva del marco legal para la constitución de las causales, limitando las prestaciones por edad gestacional del feto, elevando requisitos adicionales, usando inconstitucionalmente la objeción de conciencia (institucional e individual)*

Además, en diversas investigaciones también se han identificado otras dificultades transversales que afectan la implementación⁹:

1. *La falta de protocolos internos ajustados a la Norma Técnica de la Ley 21.030.*
2. *Inconvenientes en el sistema de referencia/contrarreferencia entre médicos para la obtención de los diagnósticos que permiten constituir causal.*
3. *Falta de capacitación de los profesionales para realizar los procedimientos.*
4. *Aplazamientos injustificados de la interrupción y manejo inadecuado del dolor.*
5. *Estigmatización respecto de la mujer que realiza una IVE, pero también hacia los profesionales que pudieran realizar este procedimiento.*

En base a lo anterior, durante el año 2021 Corporación Miles, junto al Consorcio Latinoamericano contra el aborto Inseguro (CLACAI), realizó un estudio para conocer el estado de la implementación de la Ley 21.030 agravado por la crisis sanitaria del Covid-19. A continuación, se presenta el marco metodológico y los principales resultados obtenidos en esta investigación.

⁷La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (s/f). TOP 7: BARRERAS MÁS COMUNES QUE ENFRENTA UNA MUJER QUE DESEA INTERRUMPIR VOLUNTARIAMENTE SU EMBARAZO. abril 19, 2021, de La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres Sitio web: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/top-7-barreras-mas-comunes-que-enfrenta-una-mujer-que-desea-interrumpir-voluntariamente-su-embarazo/>

⁸La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (2020). INFORME TÉCNICO: Barreras de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el contexto de la pandemia por COVID-19. Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 15 de abril de 2020. Sitio web: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2020/07/Inf-tecnico-Covid19-v8-1.pdf>

⁹Valenzuela, Cecilia. (2020). Investigadoras estudiarán las barreras que deben enfrentar las mujeres que requieren interrupción voluntaria del embarazo por tres causales. abril 21, 2021, de Universidad de Chile Sitio web: <https://www.uchile.cl/noticias/164914/estudiaran-las-barreras-para-el-aborto-en-tres-causales>

Presentación de la Investigación

OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO

El presente estudio busca identificar y caracterizar las posibles razones que subyacen la variación en las causales constituidas e interrupciones voluntarias de los embarazos en Chile durante el año 2020.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Explorar la experiencia que han tenido las mujeres en Chile al buscar interrumpir voluntariamente un embarazo durante la pandemia.
2. Identificar las dificultades (en el acceso y en el proceso) que las mujeres en Chile han presentado al decidir interrumpir su embarazo durante la pandemia del Covid-19.
3. Revisar el stock disponible de insumos necesarios para ejecutar el proceso de interrupción voluntaria del embarazo en Chile.
4. Comparar el número de objetores de conciencia respecto de la plantilla de profesionales disponibles para conducir una interrupción del embarazo.
5. Examinar la disponibilidad de profesionales y especialistas necesarios para la ocurrencia de las causales IVE.

MARCO METODOLÓGICO

Para el levantamiento de la información, se utilizó una metodología mixta que contempla las siguientes fuentes de información:

- 4 entrevistas en profundidad a mujeres que durante el 2020 buscaron interrumpir su embarazo conforme a la Ley 21.030 en Chile. El propósito de estas entrevistas fue analizar sus experiencias de IVE, identificando irregularidades, obstaculizadores y buenas prácticas.
- Mediante el uso de la Ley de Transparencia se solicitó información a los hospitales con Unidad de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) respecto del stock disponible de Misoprostol, Mifepristona y AMEU. En específico se consultó por:
 - *El porcentaje de cumplimiento en la entrega de Misoprostol, Mifepristona y AMEU para Ley 21.030 por parte de CENABAST*
 - *Stock disponible en bodega de los Servicios de Salud de Misoprostol y Mifepristona y AMEU para Ley 21.030*
- Se realizó un análisis comparativo entre el número de objetores de conciencia y plantilla de profesionales de SSR contratados por los hospitales con ARO a diciembre de 2020.
- Se realizó un análisis comparado entre protocolos IVE de los hospitales con ARO y la Norma Técnica Nacional, para identificar procedimientos que no se ajusten a los estándares propuestos por el Minsal.

Resultados de la Investigación

A continuación, se presentan los resultados obtenidos tras el procesamiento de la información obtenida en el levantamiento. Para facilitar su comprensión se presentarán en función de las siguientes categorías: I) Disponibilidad de insumos de SSR necesarios para realizar la IVE en hospitales ARO, II) Análisis de protocolos internos de los hospitales ARO, III) Análisis de los objetores de conciencia y IV) Análisis de las experiencias de quienes han vivido una IVE.

I. DISPONIBILIDAD DE INSUMOS DE SSR NECESARIOS PARA REALIZAR LA IVE EN HOSPITALES ARO

Según la edad gestacional en que proceda, la interrupción de un embarazo puede realizarse mediante un procedimiento médico, a través de fármacos o mediante una intervención quirúrgica (realizado por un profesional capacitado). Los métodos más utilizados para realizar un aborto son:

- *La aspiración por vacío: utiliza succión para vaciar el contenido del útero mediante una bomba manual (AMEU) o eléctrica. Esta técnica puede realizarse hasta las 12 semanas.*
- *El aborto con medicamentos (AM): técnica que utiliza para causar que se vacíe el contenido del útero. Los medicamentos pueden ser una combinación de mifepristona y misoprostol, o misoprostol solo. Esta técnica es segura para abortos durante el primer y segundo trimestre.*
- *Dilatación y evacuación: se usa para abortos durante el segundo trimestre.*
- *Legrado o curetaje: si bien es un método obsoleto, se sigue utilizando en Chile. Pero no es recomendado por la OMS para ningún tipo de aborto, pues conlleva mayores riesgos producto del uso de la cureta.*

Fruto de lo anterior, se identifica que el Misoprostol, la Mifepristona (idealmente) y la AMEU son algunos de los insumos de SSR mínimos requeridos para llevar a cabo un aborto por IVE. Es por ello que se solicitó la programación y entrega de estos medicamentos en los 68 hospitales del país con ARO. En complemento a la programación de Misoprostol, Mifepristona y AMEU, realizada durante el 2020 a CENABAST, también se les solicitó información respecto del stock de cada uno de estos insumos a diciembre de 2020.

Del listado de 68 hospitales con ARO, se le solicitó información a 66 de ellos. Se recibió respuesta de 62 de ellos.

El análisis de la información obtenida arrojó los siguientes hallazgos:

Misoprostol

Via transparencia se consultó por la cantidad programada a Cenabast y cantidad recibida de Misoprostol 200 mg para la Ley 21.030. El Misoprostol 200 mg es un fármaco usado para inducir contracciones, siendo utilizado para abortos, inducción del trabajo de parto y otros casos clínicos. En términos generales, los 62 hospitales consultados programaron 52.668 unidades de Misoprostol 200 mg y, de acuerdo a sus respuestas, recibieron 48.300 unidades. Esto es un 92% de lo programado durante el 2020.

Ahora bien, un análisis en detalle permite identificar que dicha entrega no ha sido homogénea y que la realidad específica de los hospitales varía caso a caso. Como se observa en la TABLA 5 hay 9 hospitales que recibieron menos de un 40% de su solicitud de Misoprostol 200 mg durante el 2020, 16 hospitales recibieron entre un 50 y un 99% y 24 recibieron todo o más de lo programado. También destaca que 10 hospitales no solicitaron Misoprostol durante el 2020. No obstante, el hospital de Tomé refiere que no realiza las IVE y que estos procedimientos son derivados.

Finalmente, se registró que 3 hospitales no informaron adecuadamente su programación, no pudiendo incluirse en este análisis.

TABLA 5: PROGRAMACIÓN, RECEPCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE MISOPROSTOL 200 MG POR CENABAST DURANTE EL 2020

REGIÓN	NOMBRE HOSPITAL	PROGRAMADO	RECIBIDO	CUMPLIMIENTO
Coquimbo	Hospital de Coquimbo	60	0	0%
Biobío	Hospital de Los Ángeles	6.000	0	0%
Valparaíso	Hospital de Quillota	440	0	0%
La Araucanía	Hospital de Temuco	504	0	0%
Metropolitana	Hospital Clínico de la Florida	1.680	450	27%
Metropolitana	Hospital San Juan de Dios	24	8	33%
Metropolitana	Hospital Félix Bulnes	24	10	42%
La Araucanía	Hospital de Victoria	448	196	44%
Valparaíso	Hospital de Los Andes	924	420	45%
Metropolitana	Hospital de San Ramón	1.008	560	56%
Metropolitana	Hospital de Puente Alto	2.952	1.652	56%
Atacama	Hospital Regional de Copiapó	1.200	762	64%
Metropolitana	Hospital Clínico San Borja	2.100	1.400	67%
La Araucanía	Hospital de Lautaro	84	56	67%
Coquimbo	Hospital de la Serena	2.016	1.484	74%
Metropolitana	Hospital de Melipilla	504	374	74%
Biobío	Hospital de Lota	336	252	75%
La Araucanía	Hospital de Angol	648	508	78%
Los Ríos	Hospital Clínico Regional de Valdivia	648	508	78%
Atacama	Hospital Provincial del Huasco (De Vallenar)	1.344	1.120	83%
Metropolitana	Hospital de Peñalolén	200	172	86%
Valparaíso	Hospital de Viña del Mar	1.652	1.428	86%
La Araucanía	Hospital de Villarica	224	196	88%
O'Higgins	Hospital de San Fernando	1.344	1.288	96%
Maule	Hospital de Linares	1.680	1.616	96%

REGIÓN	NOMBRE HOSPITAL	PROGRAMADO	RECIBIDO	CUMPLIMIENTO
Los Lagos	Hospital Base de Osorno	336	336	100%
Ñuble	Hospital Clínico de Chillán	400	400	100%
Biobío	Hospital Clínico de Concepción	1.960	1.960	100%
Aysén	Hospital de Aysén	10	10	100%
Los Lagos	Hospital de Castro	6	6	100%
O'Higgins	Hospital de Colchagua	336	336	100%
Biobío	Hospital de Coronel	336	336	100%
Aysén	Hospital de Coyhaique	336	336	100%
Metropolitana	Hospital de Independencia	3.736	3.736	100%
La Araucanía	Hospital de Nueva Imperial	56	56	100%
Metropolitana	Hospital de Peñaflores	84	84	100%
La Araucanía	Hospital de Pitrufquén	168	168	100%
Los Lagos	Hospital de Quellón	280	280	100%
Valparaíso	Hospital de Quilpué	868	868	100%
O'Higgins	Hospital de Rengo	392	392	100%
Metropolitana	Hospital Clínico Metropolitano	3.672	3.672	100%
Metropolitana	Hospital de San Miguel	300	308	103%
Ñuble	Hospital de Ñuble	504	664	132%
Arica y Parinacota	Hospital Regional de Arica	720	1.006	140%
Maule	Hospital de Talca	2.016	2.950	146%
Magallanes	Hospital Clínico de Magallanes	336	672	200%
Maule	Hospital de Curicó	1.456	2.996	206%
Biobío	Hospital de Talcahuano	3.360	7.708	229%
Los Lagos	Hospital de Puerto Montt	500	1.788	358%

REGIÓN	NOMBRE HOSPITAL	PROGRAMADO	RECIBIDO	CUMPLIMIENTO
Maule	Hospital de Cauquenes	0	0	No solicitó
Maule	Hospital de Constitución	0	0	No solicitó
Tarapacá	Hospital de Iquique	0	0	No solicitó
Coquimbo	Hospital de Ovalle	0	0	No solicitó
Magallanes	Hospital de Puerto Natales	0	0	No solicitó
Metropolitana	Hospital de San Bernardo	0	0	No solicitó
Valparaíso	Hospital de San Felipe	0	0	No solicitó
Metropolitana	Hospital de Talagante	0	0	No solicitó
Biobío	Hospital de Tome	0	0	No solicitó
O'Higgins	Hospital de Rancagua	0	0	No solicitó
Valparaíso	Hospital de Valparaíso	0	1.000	Recibe sin programar
Biobío	Hospital de Cañete	224	S/I	Sin información
Biobío	Hospital Provincial de Curanilahue	3.672	3.672	Sin información

Tabla de elaboración propia a partir de la información recibida por Ley de Transparencia.

Llama especialmente la atención el caso del **Hospital de Los Ángeles**, el **Hospital de Temuco**, el **Hospital de Quillota** y el **Hospital de Coquimbo** que refieren no haber recibido Misoprostol para la realización del procedimiento IVE por parte de CENABAST durante el 2020, pese a haberlo solicitado.

TABLA 6: HOSPITALES CON CERO RECEPCIONES DE MISOPROSTOL 200 MG DURANTE EL 2020

	CANTIDAD SOLICITADO A CENABAST (MISOPROSTOL 200 MG)	CANTIDAD RECIBIDO POR CENABAST (MISOPROSTOL 200 MG)
Hospital De Los Ángeles	6.000 unidades	0
Hospital de Temuco	504	0
Hospital de Quillota	440	0
Hospital de Coquimbo	60 unidades	0

Tabla de elaboración propia a partir de información por ley de Transparencia

De estos cuatro hospitales, es el Hospital de Los Ángeles el que se encuentra en la situación más crítica, pues al menos hasta abril del 2021 reporta no tener stock de Misoprostol en bodega para la realización del procedimiento IVE.

Respecto del stock de Misoprostol (TABLA 7) disponible en los servicios de salud con ARO, la información recopilada por transparencia señala que, a diciembre del 2020, 8 hospitales no tenían stock disponible. Se destaca el caso particular del Hospital de Tomé quien responde no programar, recibir ni mantener en stock Misoprostol 200 mg, pues ellos no realizan interrupciones del embarazo. En la respuesta obtenida por transparencia no se especifican las razones, pero refieren que, en estos casos, las personas son derivadas al Hospital de Talcahuano «Las Higueras».

TABLA 7: HOSPITALES CON «STOCK CERO» DE MISOPROSTOL PARA LEY 21.030 EN DICIEMBRE 2020

REGIÓN	NOMBRE HOSPITAL	PROGRAMADO A CENABAST	RECIBIDO DE CENABAST	TOTAL EN BODEGA
Metropolitana	Hospital Félix Bulnes	24	10	0
Metropolitana	Hospital San Juan de Dios	24	8	0
Maule	Hospital de Constitución	0	0	0
Tarapacá	Hospital de Iquique	0	0	0
Biobío	Hospital de Los Ángeles	6.000	0	0
Metropolitana	Hospital de San Bernardo	0	0	0
Biobío	Hospital de Tomé	0	0	0
Atacama	Hospital Provincial del Huasco (De Vallenar)	1.344	1.120	0

Tabla de elaboración propia a partir de información por ley de Transparencia

Vale la pena señalar que, frente a un posible desabastecimiento, los hospitales y/o Servicios de Salud pueden hacer compras directas de insumos de salud por Mercado Público y que Cenabast no es el único proveedor de fármacos. Además el Misoprostol, al ser usado en diversos procedimientos puede a su vez se programado bajo otra figura, sin precisar su uso. En este sentido, la información recopilada si bien es en función de los datos obtenidos de los hospitales no logra dar cuenta a cabalidad de la disponibilidad de Misoprostol para la realización de la IVE, por lo que se sugiere un monitoreo con mayor especificidad.

Mifepristona

La Mifepristona es un fármaco recomendado por la OMS para la inducción de contracciones uterinas en conjunto con el misoprostol. Si bien el Misoprostol por sí mismo es suficiente para la realización del procedimiento farmacológico, el uso combinado con Mifepristona aumenta la eficacia del procedimiento, por lo que su uso es sugerido por el Ministerio de Salud en las Normas Técnicas de la IVE.

De los 66 hospitales consultados, se recibió información respecto de la programación, recepción y stock de Mifepristona de 62 de ellos. La cantidad total de Mifepristona solicitada por los hospitales durante el 2020 fue de 1.243 unidades, de las cuales se recibieron 1.090. Es decir, un 88% del total.

Al revisar los casos en particular (TABLA 8) se observa que 4 hospitales con Unidad de Alto Riesgo Obstétrico recibieron menos de la mitad de lo solicitado. Entre ellos, llama la atención el Hospital de Talca que, habiendo programado 30 unidades de Mifepristona, no recibió ninguna por parte de CENABAST durante el 2020. 3 hospitales refieren haber recibido entre el 50 y el 99% de lo solicitado para el año 2020, y 15 hospitales declaran haber recibido el total de su solicitud. Respecto de la programación de Mifepristona llama la atención que 35 hospitales con ARO no hayan solicitado Mifepristona para el año 2020. No obstante, 16 de aquellos 35 hospitales que no programaron ni solicitaron este medicamento, recibieron unidades por parte de CENABAST; los 19 restantes, no.

TABLA 8: PROGRAMACIÓN, RECEPCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE MIFEPRISTONA POR CENABAST DURANTE EL 2020

REGIÓN	NOMBRE HOSPITAL	PROGRAMADO	RECIBIDO	CUMPLIMIENTO
Maule	Hospital de Talca	30	0	0%
Arica y Parinacota	Hospital de Arica	720	90	13%
Metropolitana	Hospital Clínico	20	4	20%
Atacama	Hospital de Copiapó	50	10	20%
Metropolitana	Hospital Félix Bulnes	6	3	50%
Metropolitana	Hospital San Juan de Dios	12	8	67%
Biobío	Hospital de Los Ángeles	60	53	88%

REGIÓN	NOMBRE HOSPITAL	PROGRAMADO	RECIBIDO	CUMPLIMIENTO
Ñuble	Hospital Clínico de Chillán	35	35	100%
Los Ríos	Hospital Clínico Regional de Valdivia	44	4	100%
La Araucanía	Hospital de Angol	2	2	100%
Aysén	Hospital de Aysén	6	6	100%
Los Lagos	Hospital de Castro	20	20	100%
Biobío	Hospital de Coronel	15	15	100%
Metropolitana	Hospital de Independencia	120	120	100%
Metropolitana	Hospital de Peñaflor	5	5	100%
Metropolitana	Hospital de Peñalolén	40	40	100%
Los Lagos	Hospital de Quellón	4	4	100%
Valparaíso	Hospital de Quilpué	10	10	100%
Metropolitana	Hospital de San Bernardo	10	10	100%
Valparaíso	Hospital de San Felipe	20	20	100%
Coquimbo	Hospital de Coquimbo	4	3.20	500%
Biobío	Hospital de Talcahuano	10	161	1.610%
Los Lagos	Hospital Base de Osorno	0	0	No solicitó
Biobío	Hospital Clínico Regional de Concepción	0	0	No solicitó
Metropolitana	Hospital Metropolitano	0	0	No solicitó
Maule	Hospital de Cauquenes	0	0	No solicitó
O'Higgins	Hospital de Colchagua	0	0	No solicitó
Maule	Hospital de Constitución	0	0	No solicitó
Tarapacá	Hospital de Iquique	0	0	No solicitó
Coquimbo	Hospital de La Serena	0	0	No solicitó
La Araucanía	Hospital de Lautaro	0	0	No solicitó
Biobío	Hospital de Lota	0	0	No solicitó
Metropolitana	Hospital de Melipilla	0	0	No solicitó

REGIÓN	NOMBRE HOSPITAL	PROGRAMADO	RECIBIDO	CUMPLIMIENTO
La Araucanía	Hospital de Nueva Imperial	0	0	No solicitó
Coquimbo	Hospital de Ovalle	0	0	No solicitó
La Araucanía	Hospital de Pitrufquén	0	0	No solicitó
Metropolitana	Hospital de Puente Alto	0	0	No solicitó
Magallanes	Hospital de Puerto Natales	0	0	No solicitó
Metropolitana	Hospital de San Ramón	0	0	No solicitó
Biobío	Hospital de Tomé	0	0	No solicitó
La Araucanía	Hospital de Villarica	0	0	No solicitó
Metropolitana	Hospital Clínico de la Florida	0	27	Recibió sin programar
Magallanes	Hospital de Magallanes	0	12	Recibió sin programar
Maule	Hospital de Curicó	0	30	Recibió sin programar
Valparaíso	Hospital de Los Andes	0	10	Recibió sin programar
Ñuble	Hospital de Ñuble	0	15	Recibió sin programar
Los Lagos	Hospital de Puerto Montt	0	20	Recibió sin programar
Valparaíso	Hospital de Los Andes	0	10	Recibió sin programar
Ñuble	Hospital de Ñuble	0	15	Recibió sin programar
Los Lagos	Hospital de Puerto Montt	0	20	Recibió sin programar
Valparaíso	Hospital de Quillota	0	10	Recibió sin programar
O'Higgins	Hospital de Rengo	0	6	Recibió sin programar
O'Higgins	Hospital de San Fernando	0	10	Recibió sin programar

REGIÓN	NOMBRE HOSPITAL	PROGRAMADO	RECIBIDO	CUMPLIMIENTO
Metropolitana	Hospital de San Miguel	0	10	Recibió sin programar
Metropolitana	Hospital de Talagante	0	4	Recibió sin programar
La Araucanía	Hospital de Temuco	0	62	Recibió sin programar
Valparaíso	Hospital de Valparaíso	0	30	Recibió sin programar
Valparaíso	Hospital de Viña del Mar	0	10	Recibió sin programar
Atacama	Hospital de Vallenar	0	9	Recibió sin programar
Biobío	Hospital de Cañete	S/I	4	Sin información
Metropolitana	Hospital de Carabineros	S/I	S/I	Sin información
Aysén	Hospital de Coyhaique	S/I	S/I	Sin información
Maule	Hospital de Linares	—	100	Sin información
La Araucanía	Hospital de Victoria	—	6	Sin información
Biobío	Hospital Provincial de Curanilahue	S/I	25	Sin información

Tabla de elaboración propia a partir de información por ley de Transparencia

Como se ilustra en la TABLA 9, 20 de los 66 hospitales monitoreados refieren stock cero de Mifepristona para diciembre de 2020. Algunos de ellos, como el caso del Hospital de Los Ángeles, mencionan que el stock cero se mantiene hasta abril de 2021. Algo que agrava esta situación es que 15 hospitales no solicitaron Mifepristona durante el año 2020 (Hospital de Iquique, Hospital del Huasco, Hospital de Quillota, Hospital de Talagante, Hospital Clínico Me-

tropolitano, Hospital de Puente Alto, Hospital de San Ramón, Hospital de Cauquenes, Hospital de Constitución, Hospital Clínico de Concepción, Hospital de Tomé, Hospital de Lautaro, Hospital de Nueva Imperial, Hospital de Pitrufquén, Hospital de Villarica).

TABLA 9: HOSPITALES CON «STOCK CERO» DE MIFEPRISTONA EN DICIEMBRE 2020

REGIÓN	NOMBRE HOSPITAL	PROGRAMADA	RECIBIDA	STOCK
Tarapacá	Hospital de Iquique	0	0	0
Atacama	Hospital de Vallenar	0	9	0
Valparaíso	Hospital de Quillota	0	10	0
Metropolitana	Hospital de San Juan de Dios	12	8	0
Metropolitana	Hospital Félix Bulnes	6	3	0
Metropolitana	Hospital de Talagante	0	4	0
Metropolitana	Hospital Metropolitano	60	53	0
Metropolitana	Hospital de Puente Alto	0	0	0
Metropolitana	Hospital de San Ramón	0	0	0
Maule	Hospital de Cauquenes	0	0	0
Maule	Hospital de Constitución	0	0	0
Maule	Hospital de Linares	S/I	100	0
Biobío	Hospital de Concepción	0	0	0
Biobío	Hospital de Coronel	15	15	0
Biobío	Hospital de Tomé	0	0	0
Biobío	Hospital de Los Ángeles	60	53	0
La Araucanía	Hospital de Victoria	S/I	6	0
La Araucanía	Hospital de Lautaro	0	0	0
La Araucanía	Hospital de Nueva Imperial	0	0	0
La Araucanía	Hospital de Pitrufquén	0	0	0

Tabla de elaboración propia a partir de información por ley de Transparencia

AMEU

Como se señaló al inicio, algunos abortos pueden manejarse con este procedimiento quirúrgico. En Chile, el principal manejo del aborto es el legrado uterino, a pesar que la Norma Técnica del Ministerio de Salud y la Organización Mundial de la Salud refieren que es una técnica obsoleta y recomiendan realizar la técnica de la AMEU.

Dado lo anterior, se solicitó por Ley de Transparencia la programación, recepción y cantidad en stock de este instrumental. No obstante, es importante considerar que el instrumental es reutilizable hasta por 30 veces, en la medida que se realice el lavado indicado y la esterilización por autoclave.

De los 66 hospitales consultados, se recibió respuesta de 62 de ellos. Dichos hospitales, que cuentan con ARO, refieren haber solicitado un total de 553 instrumentales AMEU, habiendo recibido 467 unidades. Esto es un 85% del total. Un análisis en detalle (TABLA 8) permite vislumbrar que 5 hospitales recibieron entre un 0 y un 49% de lo solicitado, destacándose los casos del Hospital de Valparaíso, Talcahuano y Angol que no recibieron nada de lo programado para el año 2020. Por su parte, 2 hospitales refieren haber recibido entre un 50 y un 99% de lo programado, y 18 hospitales reportan haber recibido la totalidad de lo solicitado durante el 2020.

TABLA 10: PROGRAMACIÓN, RECEPCIÓN Y CUMPLIMIENTO DE AMEU POR CENABAST DURANTE EL 2020

REGIÓN	NOMBRE HOSPITAL	PROGRAMADO	RECIBIDO	CUMPLIMIENTO	STOCK
Valparaíso	Hospital de Valparaíso	20	0	0%	15
Biobío	Hospital de Talcahuano	10	0	0%	8
La Araucanía	Hospital de Angol	8	0	0%	21
Maule	Hospital de Talca	12	1	8%	4
Tarapacá	Hospital de Iquique	60	10	17%	0
Valparaíso	Hospital de Quilpué	12	6	50%	3
Los Lagos	Hospital de Castro	8	5	63%	10

REGIÓN	NOMBRE HOSPITAL	PROGRAMADO	RECIBIDO	CUMPLIMIENTO	STOCK
Arica y Parinacota	Hospital de Arica	12	12	100%	4
Coquimbo	Hospital de Ovalle	5	5	100%	0
Valparaíso	Hospital de Viña del Mar	20	20	100%	20
Metropolitana	Hospital de Independencia	36	36	100%	80
Metropolitana	Hospital San Juan de Dios	70	70	100%	16
Metropolitana	Hospital Félix Bulnes	75	75	100%	5
Metropolitana	Hospital de Talagante	10	10	100%	3
Metropolitana	Hospital Clínico Metropolitano	60	60	100%	13
Metropolitana	Hospital de Peñalolén	48	48	100%	10
Metropolitana	Hospital Clínico de La Florida	5	5	100%	5
O'Higgins	Hospital de Rengo	11	11	100%	1
O'Higgins	Hospital de San Fernando	9	9	100%	9
Maule	Hospital de Curicó	5	5	100%	5
Ñuble	Hospital Clínico de Chillán	6	6	100%	7
Biobío	Hospital de Los Ángeles	35	35	100%	13
La Araucanía	Hospital de Lautaro	2	2	100%	2
La Araucanía	Hospital de Nueva Imperial	10	10	100%	10
La Araucanía	Hospital de Pitrufquén	4	4	100%	4

REGIÓN	NOMBRE HOSPITAL	PROGRAMADO	RECIBIDO	CUMPLIMIENTO	STOCK
Atacama	Hospital de Copiapó	0	0	No solicitó	2
Atacama	Hospital de Vallenar	0	0	No solicitó	0
Coquimbo	Hospital de La Serena	0	0	No solicitó	1
Valparaíso	Hospital de Los Andes	0	0	No solicitó	9
Valparaíso	Hospital de Quillota	0	0	No solicitó	11
Metropolitana	Hospital de Peñaflor	0	0	No solicitó	S/I
Metropolitana	Hospital de Melipilla	0	0	No solicitó	2
Metropolitana	Hospital de San Miguel	0	0	No solicitó	32
Metropolitana	Hospital de San Bernardo	0	0	No solicitó	0
Metropolitana	Hospital de Puente Alto	0	0	No solicitó	0
Metropolitana	Hospital de San Ramón	0	0	No solicitó	0
O'Higgins	Hospital de Colchagua	0	0	No solicitó	5
Maule	Hospital de Cauquenes	0	0	No solicitó	5
Maule	Hospital de Constitución	0	0	No solicitó	0
Maule	Hospital de Linares	0	0	No solicitó	0
Ñuble	Hospital de Ñuble	0	0	No solicitó	2
Biobío	Hospital de Lota	0	0	No solicitó	2
Biobío	Hospital de Tomé	0	0	No solicitó	0
la Araucanía	Hospital de Victoria	0	0	No solicitó	0
la Araucanía	Hospital de Villarrica	0	0	No solicitó	0
la Araucanía	Hospital de Temuco	0	0	No solicitó	0
Los Lagos	Hospital de Puerto Montt	0	0	No solicitó	20
Los Lagos	Hospital de Quellón	0	0	No solicitó	1

REGIÓN	NOMBRE HOSPITAL	PROGRAMADO	RECIBIDO	CUMPLIMIENTO	STOCK
Aysén	Hospital de Aysén	0	0	No solicitó	3
Magallanes	Hospital de Magallanes	0	0	No solicitó	4
Magallanes	Hospital de Puerto Natales	0	0	No solicitó	0
Coquimbo	Hospital de Coquimbo	0	2	Recibió sin solicitar	6
O'Higgins	Hospital de Rancagua	0	5	Recibió sin solicitar	5
Valparaíso	Hospital de San Felipe	S/I	S/I	Sin información	S/I
Metropolitana	Hospital Clínico San Borja	S/I	S/I	Sin información	S/I
Biobío	Hospital de Concepción	S/I	S/I	Sin información	20
Biobío	Hospital de Coronel	S/I	0	Sin información	2
Biobío	Hospital Provincial de Curanilahuea	S/I	13	Sin información	15
Biobío	Hospital de Cañete	S/I	2	Sin información	3
Los Ríos	Hospital de Valdivia	S/I	S/I	Sin información	S/I
Los Lagos	Hospital de Osorno	S/I	S/I	Sin información	S/I
Aysén	Hospital de Coyhaique	S/I	S/I	Sin información	4

Tabla de elaboración propia a partir de información por ley de Transparencia

En esta tabla llama particularmente la atención que 28 hospitales no solicitaron ningún instrumental AMEU y que, de ellos, 11 refieren no haber tenido stock o instrumental disponible para fines del 2020 (TABLA 9). Tanto el hospital de Constitución como el Hospital de Tomé, si bien están registrados como hospitales con ARO, refieren no solicitar este tipo de insumos de salud sexual y reproductiva, pues ellos no realizan estos procedimientos y son derivados al Servicio de Salud Regional.

TABLA 11: HOSPITALES CON «STOCK CERO» DE AMEU EN DICIEMBRE 2020

ZONA	NÚMERO CAUSALES	STOCK DISPONIBLE
Atacama	Hospital del Huasco	0
Metropolitana	Hospital de San Bernardo	0
Metropolitana	Hospital de Puente Alto	0
Metropolitana	Hospital de San Ramón	0
Maule	Hospital de Constitución	0
Maule	Hospital de Linares	0
Biobío	Hospital de Tomé	0
Araucanía	Hospital de Victoria	0
Araucanía	Hospital de Villarica	0
Araucanía	Hospital de Temuco	0
Araucanía	Hospital de Natales	0

Tabla de elaboración propia a partir de información por ley de Transparencia

II. ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS QUE HAN TENIDO MUJERES¹⁰ EN CHILE AL QUERER INTERRUPIR VOLUNTARIAMENTE UN EMBARAZO DURANTE LA PANDEMIA

Para poner en relevancia la experiencia de las mujeres y personas gestantes que se han visto afectadas en el acceso a la Ley IVE durante la pandemia del Covid-19, se realizaron cuatro entrevistas semiestructuradas a quienes necesitaron de la interrupción voluntaria de su embarazo.

En el análisis, se construyeron siete dimensiones que permiten comprender sus vivencias: 1) Características de las usuarias, 2) Características de la gestación, 3) Experiencia con equipo de profesionales de salud; 4) Facilitadores, irregularidades y obstructores del proceso, 5) Efectos para la mujer por causa de las irregularidades u obstrucciones en el proceso, 6) Razones/vivencia sobre la decisión y 7) Recomendaciones y sugerencias.

1) Características de usuarias entrevistadas

Participaron cuatro mujeres, cuyas edades se encuentran entre los 22 y 35 años. Tres de ellas tienen hijos, todas ellas se encontraban en pareja al momento de la entrevista y solo una de ellas vive fuera de la Región Metropolitana, específicamente en la ciudad de Linares, Región del Maule (Ver tabla 12).

TABLA 12: CARACTERIZACIÓN DE ENTREVISTADAS

ID	EDAD	HIJOS/AS	EN PAREJA	CIUDAD	CAUSAL IVE
E1	22	Sí	Sí	Linares	2
E2	32	Sí	Sí	Santiago	2
E3	35	Sí	Sí	Santiago	2
E4	35	No	Sí	Santiago	2

Tabla de elaboración propia

¹⁰ Para este caso, se hablará de “mujeres”, ya que corresponde a la identidad de género de las entrevistadas.

En relación con su sistema de salud, aquellas registradas en el sistema privado (ISAPRE) se encontraron rápidamente con dificultades para acceder a la constitución de la causal y acceso a la interrupción voluntaria de su embarazo, ya que muchas veces sus centros de salud preferentes —aquellos incluidos en sus planes de ISAPRE— corresponden a instituciones que se encuentran registradas como objetoras de conciencia. Ante esta situación, sumado a la falta de entrega de información en los establecimientos privados, la derivación y atención a un establecimiento de salud pública también se veía obstaculizada, como se puede ver en la siguiente cita:

«Toda mi atención siempre fue en la Católica (...) además soy ISAPRE, entonces no podía ir a un hospital público a hacerme la interrupción porque...no tengo idea por qué, si yo pagara a lo mejor... se debería poder, pero no podía ir al sistema público, así que tenía que buscar un lugar que fuera privado y no fueran objetores de conciencia».

(E3, 35 años)

Estas dificultades, si bien logran dilatar el proceso, se transforman en un catalizador para buscar otras opciones, haciendo una búsqueda exhaustiva de profesionales de salud y centros no objetores, buscando redes de apoyo en organizaciones feministas y, en algunos casos, evaluando opciones en las redes clandestinas que hoy proveen acceso, no siempre seguro, al aborto en Chile.

«...pasé por una cantidad de doctores y centros, ridículo. No, de hecho, llegamos al nivel, cuando no está resultando, de estar averiguando donde sea... preguntando datos oscuros, derechamente. Llegamos con unos doctores, unos obstetras que no sé qué hacían...».

(E4, 35 años)

La objeción de conciencia institucional y la ausencia de información sobre dónde poder acudir, somete a las usuarias a peregrinar por el sistema de salud sin un adecuado entendimiento sobre qué esperar y qué exigir. Situaciones como esas muchas veces derivan en que las mujeres, en el desamparo en que se encuentran, expongan su salud y su vida en procedimientos inseguros.

2) Características de la gestación

Al analizar las características de la gestación en las participantes, nos encontramos con que, para la mayoría, se trataba de embarazos deseados y buscados durante un

tiempo. No obstante, el deseo por el embarazo y la maternidad, no impide a las mujeres y personas gestantes tomar la decisión de interrumpir su embarazo al establecerse las sospechas de inviabilidad fetal, incluso cuando sus médicos tratantes indicaron seguir esperando, dilatando así el proceso diagnóstico:

«Era, en verdad, un embarazo deseado, buscado y planificado con mi marido. Fue como a finales del año pasado(2020) que empezamos a planificar. Por suerte, nos resultó altiro y nos enteramos en noviembre, creo, que estábamos embarazados y ya en la primera ecografía hubo como indicios de problemas, de unos posibles problemas, todavía era todo muy incipiente. Entonces, siempre nos indicaron que siguiéramos esperando, que todavía es muy chico, que puede cambiar después más adelante».

(E4, 35 años)

Mientras que para otras, al tener las primeras sospechas de complicaciones en su embarazo que podrían llevar a acogerse a la Ley 21.030, se encontraron con equipos de salud que rápidamente brindaron las oportunidades que deseaban:

«Tuve este embarazo que lo habíamos estado buscando con mi marido (...) La cosa es que después de los 3 meses, casi a los 4 meses, nos empezamos a dar cuenta que no había muchas probabilidades de que esta guagua fuera a vivir fuera del útero(...) Yo busqué harta información al respecto (...) Me dije: «No sé si quiero pasar por esto de tener una guagua que se te va a morir el mismo día o un mes después o un año después. Voy a acogerme a la ley». Todo lo que fue la atención previa fue espectacular, todo súper rápido, súper bueno, a mí me preguntaron si yo quería hacerlo pronto o esperar un poco, me dieron todas las opciones del mundo».

(E2, 32 años)

La mayoría de estos hallazgos se dio a partir de exámenes ecográficos de rutina, con algunas variaciones en relación a la cantidad de semanas de gestación, abarcando entre la semana 8 hasta la 20, para algunos casos.

Al profundizar en los diagnósticos y hallazgos de sus embarazos, nos encontramos con casos con múltiples malformaciones, riñones poliquísticos, hidropesía fetal, trisomía 18, feto acráneo y Síndrome de Turner. Al respecto, se evidencian notorias diferencias en cómo califican los diagnósticos para constituir causal 2. Por ejemplo, si bien el Síndrome de Turner no se encuentra en la lista de patologías descritas en la norma Técnica Nacional del Ministerio de Salud, esta no es taxativa. El Síndrome de Turner sí puede traer una serie de patologías que

dificultan mucho la sobrevida. Sin embargo, se evidencia una interpretación restrictiva, apegada a lo enlistado, afectando el acceso a ley.

Algo similar se evidenció con otros diagnósticos. En el caso de la trisomía 18, si bien la entrevistada contaba con numerosos exámenes que respaldan el diagnóstico y, por tanto, la constitución de la causal 2, los profesionales de salud que atendieron su caso determinaron no constituirlo. La dilatación del proceso llevó a esperar la muerte fetal o, bien, un parto y así evaluar la posible sobrevida.

«Entonces, nos manda a la salita como de espera y ahí nos dice que, o sea, yo les muestro el PCR, si el PCR ya decía que era positivo y era trisomía 18, pero me dice que los marcadores son muy leves, que puede ser una trisomía 18 muy leve o que podía ser un falso positivo (...) Esperamos una media hora, me hicieron entrar y me dicen que no, que habían decidido que no... que iban a esperar los resultados de la amniocentesis porque el PCR que yo me hice era válido en Europa, pero no acá en Chile».

(E3, 35 años)

Casos como estos dejan de manifiesto los distintos obstáculos que las mujeres y personas gestantes pueden experimentar a la hora de buscar constituir la causal 2. Debido a las limitaciones de la muestra no se cuenta con información respecto a las dificultades para constituir causal por riesgo de vida de la madre y en los casos que el embarazo haya sido producto de una violación.

3) Experiencia con equipo de profesionales

Como hemos visto en las dimensiones anteriores, la experiencia de las entrevistadas con los equipos de profesionales de salud a los que acudieron no siempre ha sido adecuada. A pesar de eso, es importante destacar aquellas situaciones que contribuyeron a una evaluación positiva de la experiencia o, al menos, de algunos momentos durante el proceso. Es así como cobran importancia factores como la celeridad del proceso, evitando la demora en el diagnóstico y acceso a la atención médica.

«Yo sabía que algo no venía bien. No fue como una sorpresa de un día para otro, ¿cachai? En el minuto de que yo dije: «ya, esto es algo grave, voy a solicitar el aborto en tres causales», leí bien la ley, me informe de cómo era, busque otras opiniones profesionales antes de llegar al

CERPO¹¹ (...) *llegamos con la evidencia y allá lo único que hicieron fue darme más información, entonces a partir de eso fue todo súper rápido, siempre».*

(E2, 32 años)

Otro factor importante se relaciona con la posibilidad de contar o activar otras redes de apoyo o información, principalmente cuando hubo experiencias previas con objetores de conciencia o profesionales que demoraron el proceso. Así es como aparece la familia, en tanto un espacio de soporte y libre de juicios; las organizaciones que desarrollan su trabajo en materia de derechos sexuales y reproductivos con perspectiva de género; y profesionales de salud dispuestos a ayudar, resolver dudas y acompañar.

«Nosotros tuvimos suerte de que, entre los doctores y nuestra familia, nadie nos juzgó, pero... pues otra persona en mi caso perfectamente podría haber tenido una situación horrible, horrible».

(E4, 35 años)

La posibilidad de sentirse segura y acogida, junto con recibir a tiempo la explicación sobre el diagnóstico y las posibles consecuencias, aporta enormemente a la experiencia de las mujeres y personas gestantes que se encuentran ante la posibilidad, y necesidad, de interrumpir sus embarazos:

«En Santiago me topé con la gran suerte de un equipo maravilloso en el Hospital Luis Tisné, un equipo muy muy lindo. Me sentí segura y acogida desde el primer día que llegué, me fui un día viernes y el día lunes ya me estaban ingresando al hospital para ver qué pasaba con mi guagüita(...)».

(E1, 22 años)

Esta buena experiencia, no solo se relaciona con el equipo médico que participa del diagnóstico, sino con la existencia de equipos multidisciplinarios comprometidos con el correcto trato a las pacientes en situación de interrupción de aborto voluntario, considerando también a quienes forman parte de los procesos de acompañamiento.

«Por suerte, nadie me trató mal, no fueron como «oh, qué pena» ... nadie mencionó nada, fue como que era una urgencia médica. Todos me desearon suerte, fue súper agradable, súper

¹¹ Centro de Referencia Perinatal Oriente

rápido (...) después me llevaron al piso de los pabellones, ahí también, por suerte, yo no tuve ningún contacto desubicado, nadie que cuestionara lo que había pasado o que pensarán que yo en verdad estaba teniendo un hijo y no una pérdida (...) después en la habitación que estaba, si bien estaba en el piso de maternidad, no estaba con las madres, porque estaba como en un lugar solo, mi pieza no era como de recién nacido, ni nada, por suerte».

(E4, 35 años)

Llama la atención cómo este buen trato recibido es calificado como haber tenido «suerte», cuando en la práctica debería ser el trato estandarizado que reciban todas las mujeres y personas gestantes en una situación de aborto voluntario o ante cualquier atención en salud.

4) Facilitadores, irregularidades y obstruores del proceso

a) Facilitadores

Entre los distintos factores facilitadores del proceso, nos encontramos nuevamente con la importancia de una correcta y completa entrega de información en todo momento, ya sea durante el diagnóstico, el procedimiento propiamente tal y el proceso de acompañamiento que debe ser ofrecido a quienes se acogen a la Ley IVE en Chile. Esto no solo permite que la persona esté informada sobre lo que va a ocurrir y sus opciones, sino que también facilita procesos internos de reconciliación y aceptación de la situación, sin culpas.

«Tuve que firmar unos papeles, y se me informó bien. Todo eso, toda la parte de que es como la parte «administrativa», como los protocolos que establece todo eso, se cumplió. Con respecto a la información que yo necesitaba, las opciones que yo tenía cachai, como si yo hubiese querido un funeral... todas esas cosas me las dijeron, todo, todo, todo. O esto mismo, la opción que tomé yo, de donar el embrión para hacer estudios».

(E2, 32 años)

«Desde la primera ecografía, yo me atendí con la psicóloga y a ella le pedí que me explicara todas las dudas que tenía respecto a la entrega del cuerpo de mi hija, de cómo iba a ser el proceso del parto, etc. Porque cuando a uno le dicen aborto se imagina lo peor, porque mi familia no lo hablaba como una interrupción del embarazo, si no que para ellos era como abortar a mi hija y yo no lo sentí así. Yo en ningún momento sentí que estaba matando a

mi hija, sino que era una decisión que la iba tomar por amor hacia ella (...) De la psicóloga estoy muy agradecida porque si no hubiera sido por ella, yo hubiera continuado con mi embarazo (...) el poder hablar con ella y decirle todo lo que sentía, mi decisión y todo, para mí fue súper liberador...».

(E1, 22 años)

Los factores facilitadores no solo juegan un rol durante el diagnóstico y la concreción de la interrupción del embarazo, sino que también en el período posterior, donde contar con seguimiento y acompañamiento post IVE se vuelven fundamentales para completar el proceso y alcanzar niveles de bienestar físicos y emocionales.

«La médica me dio licencia, así que estuve 10 días en mi casa. A la semana, me hizo un control en su consulta, físico, de todo... Me hizo tomar muestras de sangre de nuevo para asegurarse que estaba bien y ahí me revisó completa, me dijo que estaba ya físicamente súper bien, que no me preocupara por eso...».

(E4, 35 años)

b) Irregularidades

Lamentablemente, las irregularidades pesquisadas en los relatos superan con creces a los factores facilitadores para una adecuada aplicación de la Ley 21.030 en Chile. Así es como nos encontramos con estas situaciones:

- *Invalidar o rechazar exámenes que confirman diagnóstico para constituir causal.*
- *Exigencia de requisitos que no están incluidos en la norma técnica¹² de la Ley 21.030.*
- *Cuestionamiento directo a la decisión de la madre.*
- *No respetar la confidencialidad médico-paciente.*
- *Profesionales que le «bajan el perfil» a la situación y vivencia de sus pacientes.*
- *Mala o escasa información sobre el procedimiento.*
- *Cambios de último minuto en equipos de profesionales de salud.*
- *No respetar decisión de la mujer en relación a biopsia post-aborto.*

¹² Norma técnica nacional de acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la ley 21.030. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud. Chile

- *Equipos de salud no disponibles o que no están en condiciones para acompañar el proceso, según indica la Norma Técnica¹³.*
- *Escaso o nulo seguimiento post-aborto.*
- *Desorganización administrativa producto del contexto sanitario.*
- *Autorizaciones que no quedan por escrito.*

Si bien todas estas irregularidades resultan complejas e importantes de analizar para establecer mejoras en los protocolos de cada centro de salud, nos centraremos en aquellas que resultan más críticas en el proceso, ya que tienden a dilatar los diagnósticos y/o procedimientos, impactan en el bienestar de las usuarias o corresponden a situaciones totalmente fuera de lo establecido por la Ley 21.030.

En algunos casos, las entrevistadas vieron entorpecido su proceso, ya que los médicos tratantes determinaron que los exámenes y resultados disponibles eran insuficientes o no válidos. Es por esto que solicitaban la conformación de un comité ecográfico, situación que no corresponde para la constitución de la causal 2, según lo establece la Norma Técnica. Así es cómo, a pesar de tener exámenes e indicadores que respaldan la decisión de interrumpir dichos embarazos, los comités negaron esa posibilidad, por lo que las usuarias se vieron en la necesidad de viajar a otra región o recurrir a medios alternativos, no considerados en la legislación actual.

«A mí me dijeron en Talca que, debido a la condición de mi hija, no podían hacer valer la ley en mi caso, por eso tomé la decisión de irme a Santiago (...) Era un comité que, de hecho, en el papel de la ecografía no detallan los nombres ni nada de los médicos, pero me dijeron en ese momento que, según ellos, mi hija tenía todos los órganos revueltos por dentro, pero que aún así ellos no podían interrumpirme el embarazo (...) Me dijeron que era inviable, pero que por el momento no me podían interrumpir el embarazo».

(E1, 22 años)

Estos procesos de evaluación no solo se ciñen a lo médico, sino que también a establecer juicios sobre la mujer que está pidiendo una interrupción voluntaria

¹³ *Ibídem*

del embarazo. Esto busca cuestionar la decisión de la persona solicitante y se valen de argumentos no adecuados para el contexto:

"(El médico) dijo que lo que había que hacer era esperar sí o sí este resultado de la amniocentesis (...). Me dijo: «puede existir el 0,0001% que tu guagua esté bien genéticamente ¿cómo te sentirías tú si interrumpes el embarazo y después te enteras que tu guagua estaba bien?» Entonces yo, la verdad es que estaba súper descolocada, lo quedé mirando, no le respondí nada, pero en el fondo pensaba ¿cómo que está bien? si tiene un corazón que estaba súper mal». Entonces, me dijo: «hoy día están justo todos los médicos del comité, vamos a ver si te lo aprobamos». Ahí yo estaba en sus manos..."

(E3, 35 años)

Otra irregularidad detectada, corresponde a casos en que hay cambios de último minuto de profesionales, lo que se ve agravado por no contar con un equipo preparado ni disponible para acompañar durante el proceso y resolver necesidades en las pacientes, como el manejo del dolor.

"Los problemas empezaron el día en que me hospitalicé. Me dijeron que la persona que había estado a cargo de mi aborto tuvo una emergencia y estaría a cargo de otra persona y esa persona no cachaba nada (...) Me habían dicho que cuando empezara a sentir dolor o incomodidad avisara para que me pusieran algo». Llamé a la chica y la respuesta fue «es que estoy ocupada... espérate porque estoy ocupada». Yo le dije: 'sé que estás ocupada, pero yo estoy sufriendo, ¿cachai? No es como...' y me dice: «sí, pero es que hay otras pacientes» y yo entiendo eso, pero se supone que estamos en una situación específica... al menos así me lo habían explicado a mí. En el fondo que iba a tener todo súper controlado con horarios y esas cosas que no se vieron nunca, cuando me dieron algo para el dolor no me hizo efecto".

(E2, 32 años)

Lo anterior descrito, junto con la lista completa de irregularidades registradas a partir de las entrevistas, evidencian la necesidad de mayor fiscalización sobre la aplicación de la Ley 21.030 en Chile.

c) Obstructores

Tal como con las irregularidades, los factores obstructores detectados a partir de las entrevistas, superan enormemente a los facilitadores para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo en Chile. Además, se puede ver como al-

gunas de las irregularidades ya descritas en la sección anterior, se configuran como obstructores al acceso a IVE. En esta lista encontramos:

- *Dificultad para acceder a información de IVE.*
- *Dilatar el proceso diagnóstico.*
- *Dilatación en derivación.*
- *Requisitos que no corresponden por norma técnica.*
- *Gran cantidad de exámenes solicitados/exámenes obligatorios.*
- *Mala o escasa información respecto de las consecuencias del diagnóstico.*
- *Diagnóstico no incluido en lista de patologías para Causal 2.*
- *Dilatar acceso al procedimiento de IVE.*
- *Derivación a otro centro de salud.*
- *Falta de opciones en regiones, obligando a buscar en Santiago.*
- *Elevado costo de hacerlo de forma particular (sin cobertura de ISAPRE o FONASA).*
- *Equipos de salud no disponibles o que no están en condiciones para acompañar el proceso, según indica la norma técnica.*
- *Objeción de conciencia.*
- *Negación de IVE.*

Una de los factores obstructores más recurrentes en las entrevistas, es la exigencia de numerosos exámenes y la no consideración de otros, lo que no solo implica un costo económico, sino que puede llegar un alto impacto a nivel emocional y es un factor que dilata por mucho tiempo el diagnóstico y, por tanto, la constitución de la causal 2, no permitiendo así el acceso a un aborto.

«Después de esa biopsia, de esa ecografía y de ese procedimiento fui a una, porque fueron como tres o cuatro ecografías las que me realizaron, y ya en la última le vi sus pulmones y estaban fluctuando en líquido, sus riñones estaban llenos de quistes y ya estaba en un estado, que no, que para mí era súper súper fuerte verla, porque por el contexto de pandemia yo tenía que estar sola y sin mi pareja (...) entonces yo estaba sola con contención, con la presión de que quiero hacer con mi hija».

(E1, 22 años)

Otro factor obstructor importante corresponde a la objeción de conciencia, ya sea institucional o por parte de algún miembro del equipo médico involucrado en el proceso.

«Pedí hora con todo el mundo, yo creo que pedí hora con el ginecólogo que existiera, porque yo ingenuamente pensaba que esto era una ley, y que de verdad uno tenía acceso, y ahí me pillé con que casi todos son objetores. Entonces, pido hora en la Chile, porque como me dicen ahí se hace, así que me puse a investigar, y descubrí que la Chile sí era y no podían negarse (...) Pedí hora con el primer ginecólogo que encontré en la Chile, y resultó que era objetor de conciencia, entonces se espantó y también le bajó el perfil, diciendo que esos no eran indicadores...».

(E3, 35 años)

Finalmente, otro de los obstáculos importantes que se presenta es el factor económico. Para aquellas usuarias de ISAPRE con planes de salud que incluyen instituciones objetoras, la posibilidad de hacerlo a través de la constitución en otra institución, resulta difícil de lograr:

«Tengo ISAPRE Cruz Blanca, y como la (clínica) Vespucio es de Banmédica, yo tenía que pagar todo de manera particular, unos 4 millones de pesos, entonces se me disparaba y ahí no tenía forma de pagarlo (...) en la Chile me salía un millón y medio, y con lo que me cubría la ISAPRE me iba a quedar como 700.000 mil pesos y tenía este proceso de pagarlo luego de 20 días, dejar firmado el pagaré, pero en la Vespucio tenía que dejar pagado, tenía que pagar yo al contado y después yo pedirle a la ISAPRE cuánto me reembolsaba, y era mucha pero mucha plata, entonces fue no... se cerró esa posibilidad, porque ni una posibilidad ¿de adónde voy a sacar la plata?».

(E3, 35 años)

Se puede ver cómo, incluso cuando se logra superar uno de los obstructores, como puede ser la objeción de conciencia, aparecen otros que siguen dificultando el acceso a la interrupción de un embarazo que podría acogerse a la legislación vigente en Chile.

5) Efectos para la persona gestante por irregularidades u obstrucciones en el proceso

La presencia de irregularidades y obstrucciones durante el proceso de interrupción de embarazo en Chile produce diversos efectos en las mujeres y personas

gestantes que lo requieren. En muchos casos se traduce en la necesidad de buscar opciones por fuera de lo que hoy establece la Ley 21.030.

«Nos conseguimos pastillas con... me tomé creo que 4 o 5 veces diferentes...el método completo de Misoprostol antes de que resultara. En paralelo, unos me los conseguí en el mercado negro, derechamente compramos pastillas, compramos la Cytotec... 12 me acuerdo compramos y... una de Mifepristona pero esa no se veía tan oficial y yo con todo esto era conversando una médica y le mandaba fotos preguntando: «¿qué opinas de esto, será oficial o no (...)? eran muy iguales a las oficiales», entonces fue como: «ya, confiemos en estas y en las otras no confiamos»»

(E4, 35 años)

Estos obstáculos también trae consecuencias a nivel físico y emocional, ya que en algunos casos se forzó a que el embarazo avanzara lo más posible, hasta requerir de la inducción de un parto una vez que el feto había muerto, o no brindar opciones de apoyo necesarias que permitan sobrellevar de mejor manera la experiencia.

«Estaba súper choqueada y también me sentía súper sola, no tenía apoyo de nadie (...) La verdad es que yo estuve todo ese tiempo súper desesperada, no sabía qué hacer, súper sola, porque no encontraba ningún apoyo, nunca me derivaron, por ejemplo, en la Chile, yo entiendo que en la Católica nunca me derivaron a nada y ahí en mi desesperación, buscando aborto, grupos de aborto en facebook, un montón de cosas, porque para ver si alguien me podía orientar, porque no había...y lo único que yo veía de la interrupción en tres causales era que era, que era al final todas las mujeres terminaban súper mal atendidas, eh...algunas que terminaban esperando, que fue lo que me pasó a mí».

(E3, 35 años)

En estos relatos queda en evidencia cómo dificultar el acceso al IVE en Chile, en particular para la constitución de la causal 2, tiene diversos efectos negativos para las vidas de quienes lo requieren, impactando no solo durante el proceso diagnóstico o el procedimiento propiamente tal (en caso de lograr constituir causal), sino que marcando una experiencia global negativa que perpetúa el ideario en torno al aborto en Chile.

6) Vivencias en torno al aborto

Según se ha podido apreciar en los relatos, la experiencia de las mujeres entre-

vistadas dista mucho de lo que debería ser la correcta aplicación de la Ley 21.030 en Chile, guiado por la Norma Técnica que detalla tanto los procedimientos médicos como el acompañamiento que se debe ofrecer a las personas en situación de aborto. Así es como prevalecen sentimientos de miedo, frustración, soledad, incompreensión, desesperación y abandono, entre otras, al momento de relatar el proceso diagnóstico y, en algunos casos, el procedimiento de interrupción de sus embarazos.

«La verdad, es que yo después de todo esto me siento súper traumatizada y súper enojada con el sistema porque en otros países, como en España, hay hartos problemas también pero lo hacen súper rápido... en uno o dos días ya le hacen la interrupción y le detienen el corazón antes al bebé, porque a mí me tenía aterrorizada el tema(...)».

(E3, 35 años)

A pesar de lo anterior, la posibilidad de lograr constituir la causal rápidamente y sin las irregularidades y obstrutores que presentamos anteriormente, o encontrarse con redes de apoyo enfocadas en validar su decisión, permite tener una perspectiva distinta sobre la decisión de interrumpir sus embarazos.

«Es un alivio poder hacerlo y saber que lo ibas a poder hacer bien y que no ibas a tener que andar buscando cuestiones por acá, ni mucho menos viajar, pero no era tan fácil porque estábamos en pandemia, entonces imposible. Qué lata estar en esa misma situación y que no se pudiese, que no existiera la ley o que no hubiese ninguna posibilidad de nada (...) Se siente mucho alivio de saber que si se puede hacer y que va a estar bien que nadie te va a estar diciendo nada y qué si te pasa cualquier cosa también vas a estar resguardada en una institución buena, ¿cachai?».

(E2, 32 años)

7) Recomendaciones y sugerencias

A partir de sus propias experiencias, las entrevistadas manifestaron una serie de recomendaciones y oportunidades de mejora a la aplicación de la Ley IVE en Chile, para que otras personas no tengan que exponerse a las mismas situaciones negativas que ellas vivieron. La principal de estas recomendaciones se relaciona con las salas de las áreas de atención ginecológica de cada centro de salud, ya que muchas veces no se considera la posibilidad de que una persona en situación de aborto pueda estar en un sector distinto al de las mujeres con sus recién nacidos.

«Ese es un punto que me gustaría que cambiara en esta ley, porque para una mujer es muy fuerte estar en una misma sala donde llegan las mamás con sus guagüitas. O sea, yo en el momento en que entré a recuperación, yo estaba sola. Pero después llegó otra madre y después de que desperté escuché el llanto y me di cuenta que yo ya no iba a tener a mi hija a mi lado, entonces en ese momento le pedí que por favor me subieran a mi sala porque yo no quería estar ahí con el resto de las madres sabiendo que yo no iba a volver a ver más a mi hija».

(E1, 22 años)

III. ANÁLISIS COMPARADO ENTRE PROTOCOLOS IVE DE LOS HOSPITALES Y LA NORMA TÉCNICA NACIONAL

Mediante solicitudes por Ley de Transparencia, se obtuvieron los protocolos IVE de al menos 50 hospitales con ARO que operan a lo largo del territorio nacional. En ellos, se da cuenta del proceso de atención, los requisitos y procedimientos por causal, el programa de acompañamiento y/o apoyo psicosocial, entre otros.

La mayoría de los protocolos analizados exponen de manera general el proceso de atención, la constitución de la causal, el procedimiento biomédico y si existe ofrecimiento de apoyo psicosocial, pero suelen poner mayor énfasis en los pasos que sigue el personal médico para la constitución de la causal y el posterior procedimiento de interrupción del embarazo, sin darle mayor cabida a la importancia del proceso de acompañamiento y la acogida y trato con las usuarias, siendo la atención integral y el acompañamiento las temáticas más sólidas y destacadas en la Norma Técnica Nacional propuesta por el Minsal. De hecho, además de este documento, existen las Orientaciones Técnicas de Acogida y Acompañamiento Psicosocial en el marco de la Ley 21.030, la cual establece los lineamientos que orientan el quehacer de los equipos de salud para el desarrollo de los procesos de acompañamiento en su aspecto psicosocial en el marco de una atención integral a las personas que se encuentran en alguna de las situaciones contenidas en la Ley 21.030, sobre despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales¹⁴. Esto resulta importante, ya que la interrup-

¹⁴ Ministerio de Salud. (2018). *Orientaciones Técnicas: Acogida y Acompañamiento Psicosocial en el Marco de la Ley 21.030, que Despenaliza la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/OT-Acompan%CC%83amiento-Psicosocial-IVE-Resoluci%C3%B3n-Exenta-401.pdf>

ción del embarazo puede conllevar una serie de emociones de alta complejidad que deben ser acogidas por el equipo de salud y el equipo psicosocial en todo momento, pues los profesionales serán los que finalmente se relacionarán con la usuaria durante el proceso y quienes tienen el deber de apoyar a las mujeres y personas gestantes de manera integral y desde una perspectiva de derechos.

Los protocolos IVE abordan diversas **dimensiones: las definiciones, requisitos y procedimientos por cada causal** y aspectos transversales como la **voluntad de la paciente para acogerse a la ley e interrumpir –o no– su embarazo, el ofrecimiento de acompañamiento psicosocial y la objeción de conciencia**. A continuación, se presenta el análisis de los protocolos internos de los hospitales a la luz de los estándares estipulados en la Norma Técnica Nacional. Este análisis se realizó respecto a lo establecido en los protocolos para la constitución de causales, reconocimiento de la voluntad de las mujeres y personas gestantes a lo largo del proceso, acompañamiento psicosocial y objeción de conciencia.

Causal 1: La mujer se encuentra en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida

En la mayoría de los protocolos queda establecida la definición, los requisitos y el procedimiento para constituir Causal 1. La *definición* contempla lo qué se entiende por riesgo vital de la madre y se suele hacer una diferenciación entre riesgo inminente y no inminente, ya que para cada uno se deben considerar procedimientos distintos. Sin embargo, **hay protocolos de ciertos recintos como el Hospital San Juan de Dios de Curicó, Hospital de Constitución, Hospital de Osorno, Hospital Sótero del Río, Hospital de Puerto Montt, Hospital Claudio Vicuña, entre otros, que no cuentan con una definición expresa sobre lo que significa el riesgo vital.**

Los *requisitos* de la causal 1 son entendidos como los requerimientos para la constitución de la causal. En los protocolos se debe expresar que no hay plazo límite para la interrupción del embarazo en causal 1, que el diagnóstico debe realizarse por un médico y que la interrupción del embarazo requiere del diagnóstico médico más la voluntad de la mujer.

Sin embargo, los requisitos presentados por los protocolos son muy variados y la mayoría de los hospitales los expone de una manera distinta. En algunos casos, se menciona la diferenciación entre riesgo vital inminente y no inminente, en otros, la lista de patologías obstétricas y crónicas que menciona la Norma Técnica a modo de orientación (la cual no es taxativa), y hay otros que simplemente **no mencionan los requisitos para la constitución de la causal, como el Hospital de Concepción, Hospital de Temuco, Hospital de Rengo, Hospital de Puerto Aysén, Hospital San Luis de Buín, Hospital de Talagante, entre otros.**

Por último, el *procedimiento* se lleva a cabo en caso de que la causal 1 esté constituida. Éste, según la Norma Técnica, debe incluir el proceso de diagnóstico, la resolución o derivación, la interrupción o continuación de la gestación, la recuperación y el proceso de acompañamiento de la usuaria. Los procedimientos, en general, son expuestos en los protocolos, sin embargo, aquí es donde se observan mayores irregularidades. Por ejemplo, **se suelen constituir comités especializados para el diagnóstico, los cuales no especifican por quienes están compuestos ni los plazos en los que deben tener la resolución. Esto resulta irregular, ya que la Norma Técnica menciona que el diagnóstico debe ser realizado únicamente por un médico especialista.** El Hospital de Punta Arenas, Hospital Carlos Van Buren y Hospital Barros Luco Trudeau, son algunos que en su protocolo mencionan conformar un comité.

Por otro lado, **en el Hospital de San Antonio, no se menciona el procedimiento a seguir si la persona gestante se encuentra en riesgo vital inminente**, esto resulta grave ya que la paciente puede perder la vida en caso de que no se tomen las acciones correspondientes. La Norma Técnica sí hace referencia a esta situación y menciona que en riesgo inminente se podrá proceder conforme lo dispone el artículo 15 letra b) y c) de la Ley N° 20.584: «*En estos casos se adoptarán las medidas apropiadas en orden a garantizar la protección de la vida*»¹⁵, es decir, se debe interrumpir el embarazo para salvar de manera inmediata la vida de la usuaria. **En el Hospital de Linares, el protocolo permite que, en caso de que las mujeres y personas gestantes hayan decidido interrumpir su embarazo, el/la**

¹⁵ Ministerio de Salud. (2018). Norma Técnica Nacional de Acompañamiento y Atención Integral Ley 21.030. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/NORMA-ACOMPA%3%91AMIENTO-Y-ATENCI%3%93N-INTEGRAL-LEY-21.030.pdf>

psicólogo/a del equipo psicosocial deberá realizar entrevistas diarias, lo cual resulta irregular ya que no se menciona en la Norma Técnica, ni tampoco se expresa el objetivo de estas entrevistas en el protocolo del hospital.

Causal 2: Patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal

La *definición* y el procedimiento por causal 2, es expuesto por la mayoría de los protocolos, sin embargo, los requisitos han sido desatendidos por una gran parte de hospitales.

La definición contempla lo que se entiende por incompatibilidad con la vida extrauterina y la Norma Técnica expone patologías que constituyen un catálogo no taxativo, sino que reflejan aquellas que según la evidencia son indiciarias de incompatibilidad con la vida extrauterina, en todo caso de carácter letal. Sin perjuicio de ello, siempre se permite la evaluación del caso concreto¹⁶. **La definición de la causal 2 es expuesta por la mayoría de los protocolos a excepción del Hospital Barros Luco Trudeau.**

Los *requisitos* deben mencionar que para la constitución de la causal 2 se debe contar con el diagnóstico de dos médicos especialistas o un médico ginecobstetra y un especialista. También que para la interrupción del embarazo no hay edad gestacional límite. Sin embargo, el **Hospital de Angol, Hospital de Los Ángeles, Hospital Base de Linares, Hospital de Puerto Aysén, Hospital de Puerto Montt, Hospital de Temuco, Hospital de Puerto Natales, Hospital San Luis de Buin, Hospital de Victoria, entre otros, no mencionan los requisitos para la constitución de la causal**, lo cual permite que se puedan generar procedimientos distintos a los presentados por el Minsal. Por otro lado, los hospitales **San Juan de Dios de Curicó y de Constitución mencionan como requisito para constituir la causal, el diagnóstico médico de un especialista y sub especialistas, sin definir a cuántos sub especialistas se refieren.**

¹⁶ Ministerio de Salud. (2018). *Norma Técnica Nacional de Acompañamiento y Atención Integral Ley 21.030*. Recuperado de [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/NORMA-ACOMPA%
c3%91AMIENTO-Y-ATENCI%
c3%93N-INTEGRAL-LEY-21.030.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/NORMA-ACOMPA%c3%91AMIENTO-Y-ATENCI%c3%93N-INTEGRAL-LEY-21.030.pdf)

Por último, el *procedimiento* se lleva a cabo en caso de que la causal 1 esté constituida. Este, según la Norma Técnica debe incluir el proceso de diagnóstico, la resolución o derivación, la interrupción o continuación de la gestación, la recuperación y el proceso de acompañamiento de la usuaria. Los procedimientos, en general, son expuestos en los protocolos, sin embargo, al igual que en la causal 1, es la etapa en donde se observan mayores irregularidades. **El Hospital de Lota cuenta con un protocolo muy escueto**, en donde no se especifica el procedimiento de forma adecuada ni detallada como sí ocurre con el resto de los protocolos. Por otro lado, tanto el **Hospital Carlos Van Buren como el Hospital Barros Luco de Trudeau, conforman comités para la evaluación de los casos** de las mujeres y personas gestantes, sin especificar de cuántos profesionales se componen. Esto resulta irregular, ya que el diagnóstico debe hacerse por dos médicos. Al mismo tiempo, el **protocolo del Hospital Barros Luco Trudeau menciona que para interrumpir el embarazo se utiliza el método «Sonda Foley» que no es mencionado por la Norma Técnica.**

Según las orientaciones del Minsal, luego de la confirmación del diagnóstico por dos médicos especialistas, las mujeres y personas gestantes pueden decidir si interrumpir o no su embarazo. Sin embargo, **el Hospital San Borja Arriarán y el Hospital Claudio Vicuña cuentan con requisitos adicionales.** Estos mencionan que después de la confirmación del diagnóstico se requiere otra evaluación por la unidad de medicina materno fetal. **El Hospital de Punta Arenas también agrega un requisito: solicita una lista de antecedentes para confirmar la posible constitución de la causal**, algo irregular que no se especifica en la Norma Técnica.

Causal 3: Embarazo resultado de una violación

La causal 3 es la que cuenta con mayor cantidad de irregularidades de las tres causales en cuanto a la definición, requisitos y procedimiento.

La definición de la causal por violación no se especifica en casi ningún protocolo, solo se menciona que *«el embarazo sea resultado de una violación»* pero no se define violación, a pesar de que la Norma Técnica expone una serie de definiciones y análisis de las situaciones de violencia sexual. El único hospital que tiene un protocolo más completo respecto a la causal 3, es el Hospital

San Juan de Dios de Santiago, en donde hay una definición completa de lo que se entiende por violación, sus características principales, en qué casos se puede presentar y en qué tipo de relaciones se podría ejercer. También se explica la complejidad de la situación y las consideraciones que el equipo profesional debe mantener con la víctima comprendiendo lo que conlleva un proceso tan delicado, por lo que se expresa que la acogida debe ser por un profesional del área psicosocial con competencias en intervención en crisis. Por otro lado, hay un protocolo que no tiene definición en absoluto, correspondiente al Hospital Barros Luco de Trudeau.

Los requisitos según la Norma Técnica se reducen a una evaluación por el equipo biopsicosocial el cual tiene tres deberes:

- *Análisis de la plausibilidad del relato.*
- *Idoneidad de los hechos relatados para producir un embarazo.*
- *Concordancia estimada entre la fecha de la violación relatada y la edad gestacional informada.*

Sin embargo, **hay hospitales que no mencionan los requisitos, como el Hospital de Pitrufrquén, Hospital de Victoria, Hospital de Puerto Aysén, Hospital de Puerto Natales, Hospital de Constitución, Hospital de Rengo, entre otros.** También, existen protocolos que permiten la existencia de otros requisitos no especificados por la Norma Técnica del Minsal, como la conformación de Equipos o Comités IVE para la confirmación de la causal, los cuales también adquieren funciones durante el procedimiento.

Por último, **los procedimientos por causal 3 adquieren diversas irregularidades.** Entre las más habituales se encuentran **la conformación de comités IVE extraordinarios, la falta de especificación de los plazos que debería cumplir el equipo médico (como, por ejemplo, los plazos de entrega de los informes de concurrencia de causal) y las tomas de muestra.**

Dentro de los protocolos que mencionan constituir comités IVE extraordinarios se encuentran los siguientes hospitales: Sótero del Río, de Concepción, de Constitución, Carlos Van Buren, San Borja Arriarán, San Luis de Buin.

Por otro lado, el informe escrito que permite constituir la causal, según la Norma Técnica, debe ser entregado en menos de 24 horas desde que llegan las mujeres y personas gestantes denunciando llevar un embarazo producto de una violación. Sin embargo, **el Hospital de Victoria y el Hospital de Pitrufquén no mencionan los plazos límite**. Esto es irregular, ya que ambos hospitales podrían demorarse más tiempo de lo que expresa la ley para informar acerca del resultado obtenido a partir de los hechos relatados por la víctima. Esto no debería ocurrir en la causal 3, ya que se exige un límite en las semanas de gestación para poder realizar la interrupción, por lo que los procedimientos de diagnóstico e interrupción deben realizarse lo antes posible.

De acuerdo a **las tomas de muestras en la causal 3, la norma del Ministerio de Salud menciona que son de suma importancia**, ya que estas serán pruebas válidas en los peritajes posteriores, por lo que mantener la muestra bajo cadena de custodia significa evitar que el material se extravíe. La norma menciona la importancia de distinguir los tipos de muestra. **La toma de muestra de restos fetales es obligatoria de acuerdo al Código Procesal Penal (Art. 198), la cual será informada a las mujeres y personas gestantes, pero no se requiere su autorización, sin embargo, la toma de muestra de sangre es totalmente voluntaria y requiere de la expresa autorización de la usuaria (Art. 197)¹⁷**. Por lo tanto, que se detalle el proceso de toma de muestras dentro de los protocolos IVE de los hospitales es fundamental para que se cumplan con los procedimientos legales exigidos por la Ley 21.030. **A pesar de lo anterior, al menos 11 hospitales no indican el procedimiento de toma de muestras**, algunos de estos son el Hospital Claudio Vicuña, Hospital de Quilpué, Hospital de Peñaflores, Hospital San Juan de Dios de Curicó, Hospital de Coronel, Hospital de Lota, Hospital de Concepción, Hospital de Puerto Montt, Hospital de Puerto Natales y otros. **De acuerdo a la muestra de sangre, como ya se mencionó esta es voluntaria, sin embargo, el Hospital Carlos Van Buren expresa que aquella muestra se le tomará a todas las usuarias que realicen una IVE por causal 3.**

De acuerdo a algunos aspectos transversales a las tres causales, que se mencio-

¹⁷ Ministerio de Salud. (2018). *Norma Técnica Nacional de Acompañamiento y Atención Integral Ley 21.030*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/NORMA-ACOMPA%3%91AMIENTO-Y-ATENCI%3%93N-INTEGRAL-LEY-21.030.pdf>

nan en los protocolos de los hospitales, se encuentran la voluntad y decisión de las mujeres y personas gestantes de interrumpir su embarazo, el programa de acompañamiento psicosocial y los casos de objeción de conciencia.

Voluntad de las mujeres y personas gestantes para interrumpir su embarazo en el marco de la Ley 21.030

El Modelo de Atención, estipulado en la Norma Técnica, está centrado en la persona y sus decisiones. Implica el respeto de los derechos de las mujeres y personas gestantes —adolescentes y adultas— expuestas a estas situaciones de crisis en sus vidas. Para que se coordinen las acciones de atención de salud que se requieran en el marco de la ley, se debe contar con la decisión de la persona solicitante. Este es un paso fundamental para proseguir con la atención que se considere más adecuada. La voluntad de la persona es un aspecto que se debe respetar y resguardar ante cualquier situación. Si las mujeres y personas gestantes atendidas se encuentran en un estado de conciencia que le permita decidir, se le deberá entregar toda la información disponible acerca de la Interrupción Voluntaria del Embarazo y tratamientos disponibles. En todas las causales se requiere el respectivo diagnóstico médico, de dos médicos o del equipo biopsicosocial (dependiendo de la causal) más la voluntad de la persona que lo solicita.¹⁸

La mayoría de los protocolos menciona que las mujeres y personas gestantes deben expresar su voluntad para interrumpir o no el embarazo, sin embargo, existen algunos protocolos que no se refieren a la decisión de la persona involucrada para todas las causales, como por ejemplo, en el Hospital Claudio Vicuña, no se alude a esta voluntad para la causal 1 y 3 y, el hospital Cauquenes para las causales 1 y 2. Mientras que en el Hospital Carlos Van Buren, la decisión de las mujeres y personas gestantes se nombra de manera indirecta, a través de la obtención de su firma en un «consentimiento informado para la interrupción voluntaria del embarazo».

¹⁸ Ministerio de Salud. (2018). *Norma Técnica Nacional de Acompañamiento y Atención Integral Ley 21.030*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/NORMA-ACOMPA%c3%91AMIENTO-Y-ATENCI%c3%93N-INTEGRAL-LEY-21.030.pdf>

Acompañamiento psicosocial

Según el Minsal, el programa de acompañamiento es esencial para todas las causales y debe ser ofrecido a todas las personas que accedan a la constitución de alguna de las tres causales por la Ley 21.030, decidan o no interrumpir su embarazo.

Una vez que las mujeres y personas gestantes manifiestan su voluntad expresa de participar en el programa de acompañamiento voluntario, se debe asegurar la confidencialidad y la idoneidad de la información entregada en este proceso de apoyo.

Como parte importante de un procedimiento por Ley IVE, el acompañamiento debe ser mencionado en los protocolos de los hospitales que puedan realizar un procedimiento por aborto, ya que este se menciona y detalla en la Norma Técnica dando gran énfasis en el apoyo, contención y acogida que este brindaría a las personas que deben vivir el proceso de un embarazo o interrupción.

La mayoría de los protocolos analizados mencionan el ofrecimiento del apoyo psicosocial, ya sea en los procedimientos por causal o al final del documento como acción transversal a las tres causales.

Aun así, hay algunos protocolos que se distinguen en cuanto al acompañamiento. Por ejemplo, el Hospital de San Fernando tiene acompañamiento en las tres causales pero no se menciona que sea algo opcional. El Hospital Padre Hurtado, no ofrece acompañamiento para la causal 3, solo lo menciona para las causales 1 y 2, mientras que el Hospital de Angol no ofrece para la causal 1 pero sí para las causales 2 y 3. Por último, el protocolo del Hospital de Talagante sólo hace alusión al acompañamiento, no se define nada más respecto a las causales y sus procedimientos.

Objeción de conciencia

Otra temática relevante a considerar es que en la Norma Técnica Nacional no se mencionan los pasos a seguir si es que el equipo médico capacitado para realizar una interrupción voluntaria del embarazo es objetor de conciencia.

En salud, la objeción de conciencia del profesional es posible entenderla como la negativa al cumplimiento de un deber jurídico considerado injusto que afecta la conciencia moral de quien objeta.¹⁹ En el caso de las tres causales, **pocos hospitales mencionan los pasos a seguir si el equipo es en su totalidad objetor de conciencia**. Esto resulta fundamental, ya que si no hay médicos que puedan interrumpir el embarazo se debe derivar a la usuaria a otro recinto hospitalario, teniendo especial cuidado con la causal 3, en donde hay requisitos sobre la edad gestacional límite para realizar la interrupción y plazos establecidos.

IV. ANÁLISIS SOBRE LOS OBJETORES DE CONCIENCIA EN LOS HOSPITALES CON ARO EN EL 2020 EN RELACIÓN A LA LEY 21.030 (IVE)

Se considera que las mujeres y personas gestantes presentan un embarazo de alto riesgo cuando tienen una patología previa, desarrollada durante el embarazo o que potencialmente tienen un riesgo de desarrollar alteraciones en el curso de la gestación, en cuyos casos se realiza, en el nivel secundario de atención en salud, una consulta de alto riesgo obstétrico y perinatal fundamentalmente a cargo del médico obstetra.

El equipo médico que realiza el procedimiento en pabellón se constituye por médicos obstetras, anestesistas, profesionales no médicos (matronas, y técnicos paramédicos). Solo ellos pueden abstenerse de realizar la interrupción del embarazo cuando se ha constituido alguna de las tres causales de la Ley 21.030, al invocar la objeción de conciencia, siempre que esta objeción se haya manifestado en los términos que indica la normativa vigente (de manera previa y por escrito al jefe del establecimiento).

Para comprender en qué grado los Objetores de Conciencia podría constituir una barrera en la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), se solicitó información acerca de la cantidad de objetores de conciencia en el personal médico pertinente para un procedimiento de aborto por Ley 21.030 y del número de personal contratado a diciembre de 2020 en estas 4 categorías en todos los hospitales (68) del país que tienen Unidad de Alto Riesgo Obstétrico (ARO).

¹⁹ Montero, A. (2017). *La objeción de conciencia en el debate sobre la despenalización del aborto por tres causales en Chile*.

Del listado de 68 hospitales con unidades de alto riesgo obstétrico, publicados por el MINSAL, se le solicitó información a 66 de ellos. De los 66 hospitales contactados se recibió respuesta completa de 46, 2 de ellos respondieron de manera incompleta, y 18 de ellos no entregaron respuesta. Estos últimos son:

- *El Hospital de Tomé, debido a que no realiza IVE en su establecimiento y lo deriva al Hospital de las Higueras de Talcahuano.*
- *El Hospital Clínico San Borja Arriarán, el Hospital Clínico Metropolitano El Carmen de Maipú, el Hospital de Coyhaique, el Hospital de Aysén, el Hospital de San Miguel, el Hospital de Buin, el Hospital de San Bernardo, el Hospital Clínico de Magallanes, el Hospital de Puerto Natales y el Hospital Base de Osorno, el Hospital Regional de Antofagasta, el Hospital de Talagante, el Hospital de Peñaflor, el Hospital de Victoria, el Hospital de Angol, el Hospital de Castro y el Hospital de Quellón.*

El análisis de la información obtenida arrojó los siguientes hallazgos:

Objetores de Conciencia Por Causal: Según Equipo de Salud

Según directriz ministerial, la información de objetores de conciencia de los establecimientos de salud es actualizada anualmente, con corte a marzo y septiembre. Sin embargo, las últimas cifras publicadas por el Ministerio de Salud son de septiembre de 2019. A esta fecha se encontraban contratados en total a **4.809** personas que componen un equipo de salud que realizan la intervención en el pabellón del procedimiento IVE (Médicos Obstetras, Anestelistas, Profesionales no médicos y Técnicos Paramédicos). De estas, **533 personas se declararon objetores en causal 1, 743 en causal 2 y 1.144 objetores en causal 3.** A través de las solicitudes de transparencia, se obtiene que a fines del 2020, se encontraban contratados como equipo de salud a 3.930 personas en total. De esta cifra, 503 personas se declararon objetores en causal 1, 664 en causal 2 y 1.006 objetores en causal 3.

La TABLA 13 indica que, si bien en el personal total contratado por año hay una diferencia de 1.028 personas (debido a que no todos los hospitales dieron respuesta a la solicitud), se observa que en el año 2020 existe **un pequeño au-**

TABLA 13: PORCENTAJE OBJETOR DE EQUIPO DE SALUD PARA IVE ENTRE 2019–2020 POR CAUSAL

	EQUIPO DE SALUD PARA IVE			
	CONTRATADOS	OBJETOR CAUSAL 1	OBJETOR CAUSAL 2	OBJETOR CAUSAL 3
2019	4.809	533 (11,1%)	743 (15,5%)	1.144 (23,8%)
2020	3.930	503 (12,8%)	664 (16,9%)	1.006 (25,6%)

*tabla de elaboración propia a partir de información por ley de Transparencia,*en base a la respuesta de 48 hospitales de los 66.*

mento de 1 a 2% en proporción al total de personas contratadas en cuanto a objetores de conciencia por causal.

Además, en relación a los equipos de salud, en el **2019, 1 de 9 personas contratadas es objetor en causal 1; 1 de cada 6 personas contradas es objetor en causal 2; y que 1 de cada 4 personas son objetores en causal 3.**

En cambio, en el **2020, se mantiene la relación en causal 2 y en causal 3, pero en causal 1 cambia a que es objetor 1 de 8 personas contratadas aproximadamente.** Por lo que se puede decir que los objetores en causal 1 han aumentado.

Objetores de conciencia: por funcionarios

A través de las solicitudes de transparencia a los 66 hospitales de la Red de Salud Pública con unidades de Alto Riesgo Obstétrico, se solicitó información acerca de los cuatro tipos de funcionarios que componen el equipo de Salud de procedimiento IVE en pabellón. De estos 66, **45 responden completamente, y tres de ellos de manera incompleta, siendo estos últimos:**

- *El Hospital de Puerto Montt no responde número de objetores en causal 3 para ningún funcionario, solo entrega dato en causal 2 acerca de Anestelistas.*
- *El Hospital de San Carlos no entrega datos, ni de médicos obstetras, ni de matronas.*
- *El Hospital de Viña del Mar Gustavo Fricke, de los 37 Anestelistas 5 indican ser objetores, 3 por la causal 3 y 2 no indican la causal.*

De manera global se tiene que en **2019** habían contratados **1.214 Médicos Obstetras**, **823 Anestelistas**, **1.018 en Profesionales no médicos de la salud**, y **1.754 Técnicos Paramédicos**, sumando *un total de 4809 profesionales*. En el año **2020**, se informan **959 Médicos Obstetras**, **712 Anestelistas**, **867 en Profesionales no médicos de la salud**, y **1.392 Técnicos Paramédicos**, dando un total de **3,930**. Esto significa que **durante el 2020 hubo -18,3% del total de profesionales contratados en el 2019**.

TABLA 14: PORCENTAJE DE TOTALES POR CAUSAL DE OBJETOORES DE CONCIENCIA ENTRE 2019–2020 SEGÚN TIPO DE FUNCIONARIO.

	% DE OBJETOORES (2019)			% DE OBJETOORES (2020)		
	CAUSAL 1	CAUSAL 2	CAUSAL 3	CAUSAL 1	CAUSAL 2	CAUSAL 3
MÉDICOS OBSTETRAS	18,37%	24,96%	44,32%	19,92%	27,42%	46,72%
ANESTESISTAS	8,99%	13,49%	22,48%	10,96%	13,06%	21,63%
PROFESIONALES NO MÉDICOS	9,43%	15,72%	20,83%	12,23%	17,76%	23,76%
TÉCNICOS PARAMÉDICOS	7,98%	9,64%	11,92%	9,20%	11,06%	14,22%
TOTAL	11,8%	15,45%	23,79%	12,8%	16,9%	25,6%

Tabla de elaboración propia a partir de información del DEIS y por ley de Transparencia en base a la respuesta de 48 hospitales de los 66.

Se puede observar en la TABLA 14 que **el porcentaje de objetores Médicos Obstetra, Profesionales no médicos y Técnicos Paramédicos aumentó en el año 2020 en comparación con el año anterior en todas las causales**, mientras que **el porcentaje de Anestelistas en causal 1 aumentó, y disminuyó en la causal 2 y 3**.

También se puede ver que, en proporción al personal contratado, **quienes más se declaran objetores de conciencia son los Médicos Obstetras en las tres causales tanto en 2019 como en el 2020**, seguidos por los Profesionales no Médicos, luego los Anestelistas y finalmente quienes tienen el menor porcentaje de Objeción son los Técnicos Paramédicos.

Objetores de Conciencia: por Región

A modo de complementar lo anterior, se hace necesario un análisis geográfico para observar la distribución en cada región del país.

TABLA 15: PORCENTAJE DE EQUIPO DE SALUD OBJETORES DE CONCIENCIA POR CAUSAL EN 2019

REGIÓN	HOSPITALES	CONTRATADOS	CAUSAL 1	CAUSAL 2	CAUSAL 3
Arica y Parinacota	1	64	25,0%	29,7%	40,6%
Tarapacá	1	88	1,1%	9,1%	27,3%
Antofagasta	2	147	1,4%	4,8%	27,9%
Atacama	2	113	15,0%	19,5%	23,9%
Coquimbo	3	230	7,8%	9,1%	17,4%
Valparaíso	7	570	6,7%	10,0%	20,0%
Metropolitana	15	1.447	7,1%	10,2%	13,8%
O'Higgins	4	307	21,2%	22,5%	36,2%
Maule	5	357	29,1%	40,1%	51,3%
Biobío	10	593	12,1%	17,4%	25,5%
La Araucanía	7	294	22,1%	28,2%	37,1%
Los Ríos	1	77	0,0%	10,4%	19,5%
Los Lagos	4	294	5,1%	8,5%	18,0%
Aysén	2	119	8,4%	10,1%	23,5%
Magallanes	2	109	6,4%	16,5%	21,1%

Tabla de elaboración propia a partir de información acerca de Funcionarios Objetores de Conciencia a Septiembre de 2019

En la TABLA 15, se refleja que en el 2019, el total de personas contratadas que conforman un **Equipo de Salud se concentra en la Región Metropolitana con 1447 profesionales, mientras que la menor en la Región de Arica y Parinacota con 64.**

La región con el mayor porcentaje de objetores en cada causal, es la Región del Maule que tiene un promedio de 40,17% de objetores, seguido por la Región de Arica y Parinacota con un promedio de 31,77% y el tercer mayor es la Región de la Araucanía con 29,13%.

Las tres regiones con el menor porcentaje de objetores en promedio son la Región de Los Ríos con 9,37% objetores en promedio, le sigue la Región Metropolitana con 10,37% objetores en promedio y la Región de los Lagos con 10,53% de objetores en promedio.

Por cada causal, las regiones con menor porcentaje de objetores son: en Causal 1 la Región de los Ríos con 0% de objetores, es decir ningún objetor; en causal 2 la Región de Antofagasta con 4,8% que son 7 objetores y la causal 3 la Región Metropolitana con 13,8% equivalente a 199 objetores.

El porcentaje mayor por causal está concentrado en la Región del Maule, donde por causal 1 existe un 29,1% de objetores que equivalen a 104 personas, en causal 2 un 40,1% que son 143 personas objetoras, y en causal 3 51,3% que son 183 personas.

En la TABLA 16, se puede observar que en el 2020, el total de personas contratadas que conforman un Equipo de Salud se concentra en la Región Metropolitana con 865, siendo esta la mayor cantidad, mientras que la menor se encuentra en la Región de Los Lagos con 69 personas contratadas.

La región con el mayor porcentaje de objetores en cada causal, es la Región del Maule que tiene un promedio de 39,97% de objetores, seguido por la Región de Arica y Parinacota con un promedio de 31,93% y el tercer mayor es la Región de la Araucanía con 31,27%.

TABLA 16: PORCENTAJE DE EQUIPO DE SALUD OBJETORES DE CONCIENCIA POR CAUSAL EN 2020

REGIÓN	HOSPITALES	CONTRATADOS	CAUSAL 1	CAUSAL 2	CAUSAL 3
Arica y Parinacota	1	71	25,4%	29,6%	40,8%
Tarapacá	1	89	1,1%	10,1%	29,2%
Antofagasta	2	92	2,2%	6,5%	17,4%
Atacama	2	125	12,8%	17,6%	19,2%
Coquimbo	3	279	6,5%	6,5%	14,7%
Valparaíso	7	566	5,1%	8,5%	17,1%
Metropolitana	15	865	8,0%	11,1%	14,5%
O'Higgins	4	326	19,9%	21,2%	32,8%
Maule	5	363	29,8%	39,4%	50,7%
Biobío	10	734	11,2%	16,2%	27,1%
La Araucanía	7	242	24,8%	29,3%	39,7%
Los Ríos	1	109	2,8%	6,4%	17,4%
Los Lagos	4	69	10,1%	1,4%	0,0%
Aysén	2	S/I	S/I	S/I	S/I
Magallanes	2	S/I	S/I	S/I	S/I

Tabla de elaboración propia a partir de información por ley de Transparencia, en base a la respuesta de 48 hospitales de los 66.

Las tres regiones con el menor porcentaje de objetores en promedio son la Región de Los Lagos con 3,83% objetores en promedio, le sigue la Región de Antofagasta con 8,70% objetores en promedio y la Región de los Ríos con 8,87% de objetores en promedio.

Por cada causal, las regiones con menor porcentaje de objetores son: en Causal 1 la Región de Tarapacá con 1,1% de objetores, es decir 1 objetor; en causal 2 y la causal 3 la Región de Los Lagos con 1,40% que son 1 objetor en causal 2 y 0% en causal 3, es decir 0 objetores.

El porcentaje mayor por causal está concentrado en la Región del Maule, donde por causal 1 existe un 29,8% de objetores que equivalen a 108 personas objetoras, en causal 2 un 39,4% que son 143 personas objetoras, y en causal 3 50,7% que son 184 personas.

Objetores de Conciencia por Zonas

Al agruparlos en Zonas territoriales como 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, obtenemos una visión aún más global en cuanto a los objetores de conciencia geográficamente.

TABLA 17: COMPARACIONES TOTALES ENTRE EQUIPO DE SALUD POR ZONAS TERRITORIALES

	PERSONAL CONTRATADO 2020	OBJETORES A DICIEMBRE 2020		
		CAUSAL 1	CAUSAL 2	CAUSAL 3
ZONA NORTE (ZN)	659	9,6%	14,1%	24,3%
ZONA CENTRO (ZC)	1.255	27,5%	35,9%	57,3%
REGIÓN METROPOLITANA	865	10,8%	13,8%	23,5%
ZONA SUR (ZS)	1.154	19,4%	25,0%	33,8%
TOTAL	3.390	503	664	1.006

Tabla de elaboración propia a partir de información por ley de Transparencia

De esta manera, se encuentra que la zona con mayor cantidad de objetores de conciencia es la Zona Centro en las tres causales, mientras que la Zona Norte presenta el porcentaje más bajo de objeción relacionado a la causal 1, de las tres causales en comparación con las demás zonas, cabe destacar que la causal 3 en diferencia a sido el porcentaje más alto de casos en la extensión de todo el país, duplicando la primera causal. Por otra parte, la Región Metropolitana presenta el menor porcentaje en la causal 2 y 3 en relación con las demás zonas.

Objetores de conciencia por Hospitales

Como se pudo apreciar la **Región del Maule** es la región con el porcentaje más alto de objetores de conciencia, en específico esto se debe a tres de los hospitales de esta región:

- *El Hospital de Cauquenes en la Región del Maule, es el hospital con alto porcentaje objetor, con un 100% de objetores en anestesistas y profesionales no médicos y la mitad de los médicos obstetras. Es decir, más de la mitad de su personal se declara objetor de conciencia*
- *El Hospital de Constitución tiene un 100% de objetores a sus profesionales no médicos, a médicos obstetras en causal 1 y 3, mientras que tiene la mitad de los médicos obstetras en causal 2 y la mitad de los anestesistas en causal 1. Es decir, más de la mitad de su personal se declara objetor de conciencia*
- *El Hospital de Talca cuenta que en promedio el 77% de los médicos obstetras son objetores de conciencia, el 76% de los profesionales no médicos de la salud, el 67% de los Técnicos Paramédicos, el 18% de los anestesistas son objetores.*

La **Región de Arica y Parinacota** solo cuenta con un Hospital, el Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani, que en promedio 32% de su personal se ha declarado objetor de conciencia.

La **Región de la Araucanía**, aclarar que en cuanto a los Hospitales de la Araucanía Norte no se recibió ninguna información.

Sin embargo, de los Hospitales de la Araucanía Sur cabe agregar que:

- *El Hospital de Lautaro, Dr. Abraham Godoy Peña, tiene que el 100% de sus anestelistas se declaran objetores. y un 43% de su personal se declara objetor en alguna de las tres causales en promedio.*
- *El Hospital de Intercultural Nueva Imperial, un 30% de su personal se declara objetor en alguna de las tres causales en promedio.*
- *El Hospital de Pitrufquén, un 75% de sus médicos obstetras se declara objetor de conciencia, un 67% de sus profesionales no médicos se declara objetor y un 48% de su personal se declara objetor en alguna de las tres causales en promedio.*
- *El Hospital de Villarrica, un 29% de su personal se declara objetor en alguna de las tres causales en promedio.*
- *El Hospital de Temuco, Dr. Hernan Henriquez Aravena un 28% de su personal se declara objetor en alguna de las tres causales en promedio.*

Síntesis y Recomendaciones

A continuación, se detallan los principales hallazgos junto a una serie de recomendaciones para la mejora de la implementación de la ley.

HALLAZGOS	RECOMENDACIONES
Existen 10 hospitales con unidades ARO para la realización del procedimiento de la IVE que indican no haber solicitado Misoprostol durante el año 2020. No obstante, no es posible realizar un análisis fidedigno respecto de la disponibilidad de este insumo, pues no se puede identificar el stock diferenciado de Misoprostol para la IVE, respecto de otros usos clínicos.	Estandarizar y diferenciar la programación de Misoprostol para la Ley IVE, tanto por los hospitales y servicios de salud, como en lo registrado por CENABAST en su plataforma online de acceso al público interesado.
Se observa que 35 hospitales del país con ARO, no solicitaron Mifepristona para el año 2020, lo que resulta preocupante considerando que el método combinado de Misoprostol+Mifepristona, es el recomendado por la OMS por tener mayor eficacia a la hora de realizar un procedimiento de IVE con medicamentos. A nivel nacional, existen 11 hospitales con unidades ARO que no han solicitado ni cuentan con stock de AMEU, siendo necesario para casos con procedimiento instrumental de IVE, según lo presenta la NT vigente. Esto, junto con los problemas de stock en fármacos, dificultan el acceso a los procedimientos de IVE para quienes lo requieran.	Fortalecer la realización de capacitaciones actualizadas y recurrentes a los equipos de salud involucrados para incentivar el uso del método combinado y la aspiración manual endouterina (AMEU) cuando corresponda, para asegurar procedimientos conforme a estándares de calidad y seguridad.

HALLAZGOS	RECOMENDACIONES
Si bien no es obligatorio para los hospitales contar con protocolos internos, cuando estos existen se hace necesario que se ajusten a lo establecido en la Norma Técnica Nacional. El análisis comparado de los protocolos deja en evidencia que no todos se ajustan a los estándares de la NT, especialmente en la exigencia de requisitos adicionales, tales como un «comité diagnóstico» para la constitución de una causal.	Realizar una fiscalización sustantiva a la implementación de la Ley por parte del Minsal y Contraloría, para asegurar su cumplimiento y evitar la libre interpretación de la Ley 21.030 por parte de los servicios de salud. Esto significa contar con un manual de monitoreo y fiscalización (realizado por el Minsal, según los indicadores de evaluación estipulados en la NTS) para asegurar que la IVE se realice conforme a derecho y de manera uniforme en todos los hospitales y clínicas del país.
En las entrevistas realizadas se destaca la dificultad para acceder a información sobre la IVE y el impacto que esto tiene al solicitar esta prestación. Además, se observan irregularidades y diversos obstructores del proceso, siendo los principales la objeción de conciencia, la exigencia de requisitos fuera de la Norma Técnica y la falta de entrega de información a las pacientes. La existencia de irregularidades y/o factores obstructores en el proceso de constitución de causal —y una eventual interrupción del embarazo— impactan profundamente a las mujeres y personas gestantes que requieren de esta prestación médica. Esto afecta no sólo su salud física y emocional, sino que también a nivel económico por la exigencia de múltiples exámenes, la necesidad de buscar otros médicos tratantes o el desplazamiento a otra ciudad con mayores oportunidades para acceder a IVE.	Fortalecer la realización de capacitaciones sobre la Ley 21.030, unificando criterios a nivel nacional, para evitar irregularidades y obstáculos que afecten a las personas. Por ejemplo, difundir lo establecido en el Protocolo de Objeción de Conciencia, en relación de que esta no procede respecto de actos de información, diagnóstico, toma e informe de exámenes, derivación, así como tampoco respecto de los demás actos de preparación ni de los cuidados posteriores al procedimiento de interrupción del embarazo.
Se observa una falta de uniformidad en el registro de los objetores de conciencia por parte de los hospitales. En algunos casos, no es posible identificar, en base a los datos entregados por estos, si sus funcionarios son objetores en una causal, en dos o en todas.	Actualizar y publicar los datos sobre objetores de conciencia para la ciudadanía, especificando el número de personas contratadas, el tipo de funcionarios, el número de objetores por causal, si objeta en más de una causal y cuál.

HALLAZGOS	RECOMENDACIONES
A nivel nacional la causal con mayor porcentaje objetor por funcionario (Obstetras, Anestelistas, Matronas o Técnicos Paramédicos) es la Causal 3. Esto puede afectar a que las mujeres y personas gestantes que constituyan causal 3, no se les sea atendida en el tiempo correspondiente su solicitud. Entre la Región del Maule con sus Hospitales de Talca, Cauquenes y Constitución, a la Región de la Araucanía con el Hospital de Pitrufquén y Lautaro se concentra un porcentaje alto de objetores en causal 2 y 3. Esto podría llevar a que las mujeres y personas gestantes que busquen interrumpir su embarazo no lo puedan hacer y se tengan que derivar a la Región Metropolitana con todo lo que eso implica en tiempo y dinero.	Se recomienda que en cada establecimientos con ARO cuenten con un equipo no objetor para cualquier causal de manera de actuar de forma rápida ante cualquier emergencia y poder evitar la derivación y la incertidumbre en las mujeres.

Desafíos a Futuro

El presente monitoreo se ofrece como información para toda la ciudadanía y organizaciones de la sociedad civil, abocadas a la defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente para quienes busquen democratizar el acceso a la información sobre la Ley 21.030. Como todo estudio, el presente no carece de limitaciones. Entre ellas, se releva la dificultad para acceder a testimonios de mujeres migrantes, en situación de discapacidad, personas no binarias, trans y en otras posiciones con menor representatividad.

Es del interés de Corporación Miles continuar en el desafío de monitorear la implementación de la Ley 21.030 de manera sustantiva, pudiendo visibilizar no solo la cobertura de esta prestación, sino las condiciones en que es llevada a cabo. La Ley 21.030 no es una prestación más de salud sexual, pues ella encarna la posibilidad que las mujeres y personas gestantes ejerzan su autonomía y agencia. Las próximas investigaciones buscarán visibilizar las experiencias de aquellos grupos y personas menos representados, identificando sus vivencias y particularidades con el propósito erradicar cualquier tipo de discriminación arbitraria.

