

## RESUMEN EJECUTIVO

### MONITOREO SOCIAL A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES

La Mesa Acción por el Aborto y Fondo Alquimia en alianza con 6 organizaciones realizaron un monitoreo social a la implementación de la ley de interrupción del embarazo en tres causales en 7 territorios del país. Las organizaciones y regiones son: Qispiy Wayra en Antofagasta, Resueltas del Valle en Atacama, Matriavisión en Valparaíso, Marcha Mundial de Mujeres en Santiago y en Biobío, el Observatorio de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche (Universidad de La Frontera) en la Araucanía, y Desnudando en Aysén.

El monitoreo permitió observar la ejecución de la política pública que habilita a las mujeres el acceso al aborto legal en la red pública de atención. Se buscó identificar prácticas y discursos en los establecimientos de salud primaria y de especialidad obstétrica que contribuyen o dificultan la ruta de las mujeres embarazadas en circunstancias de riesgo vital, inviabilidad fetal letal y violación sexual. En total, se aplicaron 62 entrevistas a directores/as de establecimientos y profesionales del equipo de salud que intervienen en la implementación de la ley IVE- ginecobstetras, matronas, psicólogas/os y trabajadores sociales- en la atención primaria (APS) y en los hospitales y centros de Alto Riesgo Obstétrico (ARO). Con estas entrevistas se cubrieron 8 ARO y 15 CESFAM. De manera adicional se aplicaron 8 entrevistas a dirigentes gremiales, 136 encuestas a usuarias y 7 grupos focales con mujeres de la comunidad. Este trabajo de campo se realizó entre septiembre de 2018 y febrero de 2019.

Los hallazgos del monitoreo social muestran lo que sucede con la interrupción voluntaria del embarazo en los territorios y establecimientos de salud que formaron parte de la observación. No pretenden ser representativos de la realidad regional o nacional. Sin perjuicio de lo anterior, los resultados muestran dificultades y omisiones en la implementación que bien pudieran producirse en otros lugares en la red de atención. Esta fuerte posibilidad debiera despertar señales de alarma respecto de asuntos en que es imprescindible seguir indagando a nivel nacional y en los cuales el Ministerio de Salud tiene responsabilidades de actuar para una implementación acorde con lo dispuesto en la ley.

#### **Hallazgos generales del monitoreo**

Es claro que la implementación de una nueva prestación toma tiempo y requiere construcción de capacidades, incorporando en estas personal, normativa y flujos, equipos e insumos. Hay relatos que reconocen que en los primeros casos no se dio una buena atención: “no había claridad y eso puede haber redundado en perjuicio de las propias usuarias”. Luego de año y medio de implementación, en los establecimientos donde se ha detectado o atendido mujeres por alguna de las causales la experiencia fue generando los procedimientos de detección y derivación para atender los casos de manera más oportuna y según las capacidades locales, que tienen como referente principal a las matronas y

operan sobre flujos ya establecidos que resultan ser facilitadores, como los de derivación de riesgos obstétricos o los que se utilizan en la atención de la violencia sexual.

Sin embargo, la atención en los establecimientos observados en este monitoreo está lejos de los estándares establecidos en la ley y en la propia normativa del Ministerio de Salud. Las falencias parecen asociadas a una implementación de mínimos (capacitaciones, protocolos, etc), focalizada en los y las profesionales directamente involucrados/as en la atención, descuidando el resto de los profesionales y etapas de servicio que atienden a las mujeres antes y después de la interrupción.

La implementación pareciera depender en grado importante del esfuerzo de algunas/os profesionales y equipos en los territorios monitoreados, debiendo hallar por si mismos estrategias para sortear la falta de conocimiento en el resto del personal, la objeción de conciencia y la falta de recursos propio de cada servicio según territorio. Se resalta en algunos territorios la importancia de la dupla o equipo psicosocial en humanizar y facilitar la atención a las mujeres y acompañar su posibilidad de decisión, y en otros, el expreso compromiso el servicio público, los derechos humanos de las mujeres y su derecho a decidir que guía la práctica cotidiana de algunas/os gineco obstetras y matrones/as.

Los resultados muestran que existen falencias en la atención a las mujeres que se convierten, para ellas, en obstáculos para la toma de decisión sobre sus embarazos y el acceso expedito a la interrupción, si esa es su opción.

Desde la mirada de las usuarias de los establecimientos de salud y de mujeres de las comunidades monitoreadas, la interrupción voluntaria del embarazo es una prestación no informada, sobre la cual tienen poco conocimiento sobre las causales, cómo acceder y donde orientarse.

La capacitación en APS y en ARO es deficitaria. Esto repercute en la calidad de atención que reciben las mujeres y puede afectar el acceso de las mujeres a la prestación, porque provoca inseguridad y temor en el personal -no saben si deben o no informar-, reduce el compromiso de los equipos y estigmatiza al personal que trabaja en el acceso a la IVE, aumentando las dificultades de implementación que debe sortear el personal responsable.

En los niveles de segunda y tercera complejidad, la falta de información y capacitación a todo el personal y no sólo al equipo IVE repercute en la acreditación de las causales y el pronto acceso a la interrupción, si esa es la voluntad de la mujer. La decisión radicada en la usuaria y no en el equipo médico que es el espíritu de la ley colisiona con discursos y prácticas que ponen en primer lugar el saber médico en las decisiones de salud. Las situaciones que describen varias entrevistas respecto de las diferencias de opinión entre equipos médicos o especialistas en la acreditación de la primera o la segunda causal muestran claramente el poco peso que puede llegar a tener la voluntad de la mujer en estos contextos.

Por otra parte, la objeción de conciencia, declarada o no declarada, es un obstáculo en el proceso de decisión de las mujeres y en el acceso a la prestación. Tanto en la atención primaria como en los niveles de 2da y 3ra complejidad se advierten situaciones donde posturas individuales antiaborto o razones religiosas de profesionales y técnicos/as interfieren en el acceso a información adecuada a las mujeres o buscan disuadirlas. En los hospitales, la negación a otorgar la prestación ha llevado a situaciones que afectan la

dignidad e integridad física y psíquica de las mujeres, como la interrupción de procedimientos en curso, y conllevan mayores cargas de trabajo de equipos IVE y duplas, sin que haya ningún costo asociado para los objetores de derechos. En la tercera causal se concentra la mayor parte de los objetores de conciencia, y dado lo estrecho de los plazos, obliga a que los equipos IVE que realizan la interrupción y las duplas tengan que organizar los procesos de manera que las afectadas puedan acceder a la prestación. En las entrevistas se hace alusión a las complejas situaciones que esto crea. Todas las consecuencias son para las usuarias y para el personal que cumple la ley.

En general, el monitoreo captó casos en primera persona y a través del personal tanto de procedimientos expeditos como muy obstaculizados en casos acreditados en las 3 causales. Se advierte en este contexto la ausencia de una política pública desde el propio Ministerio de Salud que actúe como rector transversal para superar los problemas asociados al desconocimiento y la desinformación, la objeción de conciencia y las prácticas de atención instaladas que obstaculizan la decisión de las mujeres y el acceso a la interrupción en cada una de las causales.

Respecto del análisis de la distancia entre los casos atendidos por ley IVE y el cálculo inicial del ministerio de Salud, el monitoreo social introduce nuevas perspectivas a considerar. Los hallazgos en los 7 territorios muestran que el problema no se resuelve con declarar que hubo un error en los cálculos y hacer un ajuste en la proyección. Son varias las razones que pueden estar a la base de esa distancia, entre las más importantes, la persistencia del aborto como un asunto estigmatizado, el temor y vergüenza de las mujeres que las inhibe de consultar o de expresar la voluntad de abortar, la falta de información y conocimiento de la ley de las mujeres y del propio personal de salud, y la objeción de conciencia declarada y no declarada.

En los siete territorios, los prejuicios y mitos asociados al aborto permanecen inalterados. Son los mismos que construyen el “natural” deseo de maternidad de las mujeres, el rol de madre asociado y el castigo a quienes rompen con este patrón. No se refieren en las entrevistas acciones de formación y capacitación que los aborden y ni herramientas al personal de salud para erradicarlos. Esta omisión propicia la reproducción de discursos morales, conservadores y machistas que se imponen en las prácticas del sistema de salud y que violentan a las mujeres. La sospecha e incredulidad en el relato de las mujeres en la tercera causal son resultado evidente de lo expuesto y crean obstáculos para el acceso a la interrupción del embarazo, así como la persistencia de la objeción de conciencia por considerar el aborto algo negativo.

En este contexto, la ruta de las mujeres es una ruta de obstáculos, cuyo sorteo queda sujeto a las circunstancias y voluntades individuales del personal de turno, pues no se cuenta aún con procedimientos claros, eficientes y transversales, que aseguren a toda usuaria la misma atención.

## Recomendaciones de la Mesa por el Aborto en Chile

El monitoreo social muestra los ajustes y correcciones que la implementación de la ley necesita en los 7 territorios observados. Estas falencias en la implementación requieren una pronta respuesta de las autoridades sanitarias ya que muestran una vulneración grave a

los derechos humanos de las mujeres en el acceso a una prestación de salud autorizada por ley.

Por otra parte, los hallazgos debieran constituirse en una señal de alerta; si esto se detecta en los 7 territorios monitoreados resulta urgente que las autoridades vean qué sucede en los otros territorios del país, así como estudiar la magnitud y persistencia de estas falencias en todo el servicio.

1. Las mujeres y personas gestantes tienen derecho a ser informadas sobre la ley IVE, las causales y dónde consultar. Para ello, sugerimos:
  - Material gráfico y folletería, o similares, en consultorios y hospitales.
  - Protocolos que apoyen la entrega de información adecuada a consultantes y potenciales usuarias de la ley IVE.
  - incorporar la ley IVE en las acciones de salud sexual y reproductiva a la población en general, particularmente en aquellas dirigidas a niñas y adolescentes, principales víctimas de la violencia sexual.
  - Promover la proactividad de los centros de salud y ser referentes para las niñas y adolescentes para así prevenir, informar y apoyar estas situaciones de vulneración y abuso extremo.
2. El monitoreo da cuenta de insuficiencia en las capacitaciones. Resulta urgente que el personal de salud, tanto en APS como el segundo y tercer nivel de complejidad sea debidamente capacitados. Estas capacitaciones deben ser amplias e incluir personal técnico y especialidades médicas más allá del equipo que trabaja directamente la ley IVE. La capacitación, por una parte, permite contar con personal informado que podrá atender a las usuarias respetando sus derechos y brindándoles un servicio adecuado. Por otra parte, que el personal esté en conocimiento de la ley contribuye a la desestigmatización del aborto y a que los procesos de toma de decisiones sean claros y respetuosos de la voluntad de la mujer en cada una de las causales. Los equipos profesionales de la salud deben entender un concepto amplio de salud integral y ser capacitados acerca de las obligaciones de derechos humanos de las mujeres y su relación con el aborto.
3. Es fundamental que la voluntad de la mujer esté en el centro de la decisión. Los equipos IVE y el personal de salud en general deben contar con competencias que permitan apoyar y respetar la voluntad de las mujeres. Lo anterior es independiente que la causal se acredite o no, el proceso en general debe centrarse en la autonomía.
4. En las causales 1 y 2 debe prevalecer la voluntad de la mujer. Es un deber del Estado no exponer a las mujeres a riesgos innecesarios y el no intervenir tempranamente la gestación, por dilaciones evitables, falta de personal o poca empatía y claridad en el diagnóstico también expone a las mujeres a riesgos físicos y para su salud mental.
5. La tercera causal presenta distintos problemas. En primer lugar, el procedimiento mismo no está claro y el personal de salud no sabe cómo operar, en especial respecto a la denuncia. Por eso la información al personal de salud sobre los procedimientos es imprescindible. En el caso de zonas extremas, donde solo existe APS y la derivación a los centros hospitalarios puede impedir el acceso por el cumplimiento de los estrechos

plazos, se recomienda abrir la posibilidad de interrumpir utilizando medicamentos (misoprostol y mifepristona) en caso de violación en esos establecimientos de salud.

6. La objeción de conciencia, declarada y no declarada, se ha convertido en un obstáculo para que las mujeres accedan a la interrupción del embarazo. Una institución que debiese ser absolutamente excepcional en la práctica no lo es y muchas veces que la mujer reciba oportuna atención depende de la existencia de equipos comprometidos con el cumplimiento de la ley. La Mesa recomienda mayor fiscalización en los recintos de salud para garantizar que se cuente con personal suficiente para realizar la prestación y que las mujeres sean oportunamente atendidas.
7. Los medicamentos para interrumpir los embarazos deben estar garantizados en los centros de salud y debe haber protocolos sobre su uso correcto y los plazos para ser suministrados. Recomendamos garantizar suministro de medicamentos y que se apliquen de acuerdo a protocolos.
8. El monitoreo devela una serie de situaciones que vulneran gravemente derechos humanos garantizados para las mujeres y cuerpos gestantes: derecho a la vida; integridad física y psíquica; derecho a no ser sometida a trato cruel, humano o degradante, entre otros. La violencia institucional en casos en que la decisión de la mujer no se considera o no se realizan u ofrecen los procedimientos adecuados constituyen violencia obstétrica e incluso tortura. Por eso recomendamos que la ley se cumpla íntegramente.
9. La actual legislación es claramente insuficiente para las necesidades de las mujeres que buscan la interrupción del embarazo más allá de las acotadas tres causales contempladas. Recomendamos la ampliación de la actual ley de aborto a un sistema de plazos. Muchas de las situaciones y vulneraciones descritas no sucederían si el aborto, por voluntad de la mujer y dentro de un plazo determinado, fuera garantizado por ley de forma segura y gratuita.