

# Desafíos pendientes en la implementación de la Ley 21.030 de Chile, que despenalizó la interrupción voluntaria del embarazo.

Pending challenges in the implementation of Law 21.030 of Chile, which decriminalized the voluntary interruption of pregnancy.

Paz Robledo Hoecker <sup>1</sup>

## RESUMEN

---

La Ley 21.030 que despenaliza la Interrupción Voluntaria del Embarazo en 3 Causales, fue aprobada en Chile, el pasado 23 de septiembre de 2017. Se promulgó cerca del final del gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet. Las etapas de instalación posteriores de la Ley requieren al menos 2 años. Por lo tanto, el gobierno del presidente Piñera, que ganó las elecciones nacionales el pasado diciembre de 2017, debe implementar esta ley, a pesar de que se opuso abiertamente a la ley durante su campaña presidencial.

Este artículo revisa los pasos a seguir para lograr una implementación exitosa de la Ley 21.020, a saber: i) que se realicen los documentos reglamentarios finales (que deben seguir estrictamente la Ley); ii) continuar con la capacitación de los equipos de salud a cargo de la prestación de los servicios en el sistema público); iii) desarrollar canales de información hacia los ciudadanos sobre las formas de acceder a los servicios y beneficios garantizados en la ley; iv) desarrollar los procesos de instalación de los servicios relevantes en el sector privado, de manera regulada e informada.

**Palabras clave:** Ley 21.030; Chile; Despenalización la Interrupción voluntaria del embarazo; aborto; derechos sexuales y derechos reproductivos; derechos mujeres.

## ABSTRACT

---

The Law 21.030 which decriminalizes the Voluntary Interruption of Pregnancy under 3 Causes, was approved in Chile, past 23 September 2017. It was promulgated near the end of the President Michel Bachelet's government. The subsequent installation stages of the Law require at least 2 years. Therefore, the Government of President Piñera, who won the national elections last December 2017, have to implement this Law, despite he openly opposed the law during his presidential campaign.

This article reviews the steps forward in order to achieve a successful implementation of the Law 21,020, namely: i) to have the final regulatory documents (which should follow strictly the Law) done; ii) to continue with the training of the health teams in charge of delivering the services in the public system); iii) to develop information channels towards the citizens about the ways to access the services and benefits guaranteed in the law; iv) to begin the installation processes of the relevant services in the private sector, in a regulated and informed way.

**Keywords:** Law 21,030; Chile; Decriminalization the voluntary interruption of pregnancy; abortion; sexual rights and reproductive rights; women's rights.

---

Recibido el 6 de junio de 2018. Aceptado el 28 de junio de 2018

<sup>1</sup> Médica Cirujano. Universidad de Chile.

Correspondencia a: pachirobledo@gmail.com

## ANTECEDENTES

El 23 de septiembre de 2017, el Estado Chileno publicó en el Diario Oficial la Ley N°21.030, que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres situaciones extremas para la vida de las mujeres: i) en caso de riesgo vital de la mujer; ii) en caso de malformación congénita o genética de carácter letal del feto; y, iii) en caso que el embarazo sea producto de una violación.

Entre los años 1931 y 1989 en Chile estuvo permitido que una mujer se sometiera a un aborto por motivos terapéuticos. La autorización, que fue incluida en el Código Sanitario bajo el gobierno del presidente Carlos Ibáñez del Campo, fue ratificada en 1968, bajo el gobierno del Presidente Eduardo Frei Montalva. Las condiciones para ello eran contar con la autorización de dos médicos cirujanos y tener fines terapéuticos.

El año 1989, bajo la dictadura cívico-militar liderada por el General Augusto Pinochet, se eliminó la tradición médico-jurídica al modificarse el artículo N°119 del Código Sanitario en los siguientes términos: “No podrá ejecutarse ninguna acción destinada a provocar el aborto” (Artículo 119). Con esto, la interrupción del embarazo quedó prohibida, tanto en la legislación sanitaria como en la penal, en cualquier circunstancia.

Esta prohibición total no detuvo ni detiene a las mujeres que desesperadas recurrieron o recurren a un aborto. Sólo condiciona a que estos se realicen en malas condiciones, ocultas, con mayor riesgo de salud física y emocional para las mujeres y sus familias.

En Chile no contamos con cifras del total de abortos que se producen y tampoco por cada una de las 3 causales abordada por la Ley, por lo cual la demanda de las prestaciones fue estimada en base a los datos disponibles en el Departamento de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud, con grados de incertidumbre, en particular en los casos posibles de la tercera causal, pues no existen publicaciones que muestren la magnitud de los embarazos productos de violaciones en Chile, el que debió ser estimado en base a estudios internacionales.

Si sabemos que hasta el año 2017, en Chile existían

aproximadamente 30.000 egresos hospitalarios anuales por abortos. Estos son los casos en que las mujeres presentaban una interrupción de sus gestaciones antes de la viabilidad fetal, es decir, antes de las 22 semanas de gestación o 500 gramos, y que requirieron asistir a un establecimiento hospitalario para atención por complicaciones. Estas pérdidas podían ser espontáneas, abortos retenidos (óbitos fetales), abortos provocados, etc., situaciones todas que se deben resolver regularmente en las redes de salud.

Desde 1990 hasta el año 2014 se presentaron 13 iniciativas parlamentarias destinadas a reponer el aborto terapéutico en Chile, impulsadas por bancadas parlamentarias, que no prosperaron.

El año 2014, la presidenta Michelle Bachelet incluyó en su Programa de Gobierno -como uno de sus elementos centrales- legislar sobre la Despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres causales.

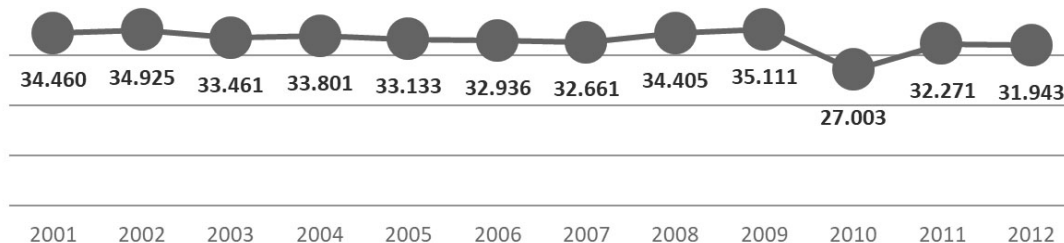
La voluntad política de la mandataria, pese a las tensiones que generó al interior de la coalición de gobierno, fue lo que permitió avanzar y desarrollar una propuesta, tras de la cual se debieron alinear todos los actores políticos de la gestión Bachelet.

Con el liderazgo del Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, un equipo intersectorial, en el que participaron los Ministerios de Salud, de Justicia y Secretaría General de la Presidencia, ingresaron el Proyecto de Ley para la discusión parlamentaria el 31 de enero del año 2015.

Fueron 2 años y 8 meses de larga y dura discusión en las cámaras de Diputados, Senado y Comisión Mixta (equipo constituido por ambas cámaras).

Durante la discusión en el poder legislativo se instala la necesidad de acompañar a las mujeres que se encuentran en alguna de estas tres causales, pues no basta con sólo la interrupción de la gestación en estas traumáticas circunstancias de la vida. Así, se indica expresamente el desarrollo de un conjunto de prestaciones psicosociales que propicien el desarrollo de relaciones de ayuda y que buscan constituirse en redes de apoyo significativas, permitiendo entregar el máximo de herramientas de fortalecimiento de la mujer y su entorno, de manera respetuosa y no disuasivo. Este

Gráfico 1 (1):



Egresos hospitalarios Códigos CIE-10 (O00-O08) Embarazos Terminados en aborto, Chile 2001-2012

acompañamiento queda expresado en la ley como voluntario, respetuoso de la voluntad y autonomía de la mujer. Este Programa de acompañamiento contemplado en la ley y desarrollado en nuestro país, es sin duda, innovador, no encontrando iniciativas similares en la experiencia internacional.

Otro elemento de la discusión en el poder legislativo fue el alcance de la objeción de conciencia reconocida inicialmente solo al/la médico/a a cargo de la interrupción. Se aceptó que también se considere al equipo clínico que deba participar del vaciamiento uterino en el pabellón. Pero es muy claro que solo podrán invocar dicha objeción aquellos profesionales que participan directamente de la interrupción de la gestación.

El proyecto finalmente fue visado por el Tribunal Constitucional de Chile, quien, en un acto sin precedentes, cambia el sentido inicial de los legisladores en 180 grados, al sacar dos palabras de una frase, que abrió la objeción de conciencia institucional en nuestro país.

Es este mismo tribunal quien a su vez, zanja el tema más sensible y central de esta Ley, cuál era el reconocimiento o no, del no nacido como persona, y deja muy claro al establecer que *“la constitución no le otorga al que está por nacer la categoría de persona. Ello no obsta a que sea un bien jurídico de la mayor relevancia (2)”*, por lo que aprueba la Ley, que fue finalmente promulgada el 14 de septiembre de 2017 y publicada en el Diario Oficial el 23 de septiembre del mismo año. Desde esa fecha está en plena vigencia en todo el territorio nacional.

Con ello, el Estado de Chile cumplió, además, con la Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y las observaciones de diversos Comités de Derechos Humanos que venían recomendándole reconocer este derecho a las mujeres y ordenar la legislación nacional de acuerdo con los estándares de derechos humanos universalmente reconocidos. Es así como Chile sale de la lista de los países de la vergüenza en materia de prohibición total del aborto.

## **PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY 21.030**

En primer lugar, se realizó un levantamiento de las capacidades disponibles en nuestro país, tanto en el sistema público como en el sistema privado, para el abordaje de estas prestaciones, junto con la revisión de evidencia sistemática de cada una de las acciones a desarrollar.

En base al levantamiento se pudieron definir los procesos estratégicos requeridos como el desarrollo de a) el programa financiero, b) el desarrollo de

normativas, protocolos e instructivos, c) el diseño de red con definición de carteras de prestaciones, d) los procesos de compra de insumos y fármacos (algunos no disponibles en Chile, lo que involucró la compra en el extranjero), e) los procesos de contratación y capacitación de equipos clínicos de los policlínicos de alto riesgo obstétricos (69 a lo largo del país) con el objeto de instalar en el sistema público, f) desarrollo de herramientas para informar a la ciudadanía sobre la implementación de la ley en el sistema de salud.

Además se requirieron sistemas de soporte, como el sistema de seguimiento y monitoreo de la Ley, los sistemas de referencia y contra referencia de las pacientes, el fortalecimiento de las capacidades de laboratorios de especialidad ya instaladas en la red, la organización de los procesos de distribución de fármacos e insumos, junto con los procesos de coordinación con los demás sectores que intervienen en la aplicación de esta ley (juzgados de familia, fiscalías, servicio médico legal, ONGs, etc).

La implementación de la ley enfrenta grandes desafíos: por un lado, el escaso tiempo disponible para dejar instaladas las prestaciones reguladas en la ley antes del cierre de la gestión Bachelet, considerando que fue promulgada el 14 de septiembre 2017.

En sólo cinco meses el Ministerio de Salud de la presidenta Bachelet debió aprobar una Norma Nacional Técnica de Atención Integral, un Protocolo para la Objeción de conciencia personal e institucional y un Reglamento de Acompañamiento. La Contraloría General de la República debió tomar razón de este último documento. Además, se debió implementar dichos instrumentos en toda la red sanitaria. Como ya se ha dicho, en procesos habituales de instalación de nuevos programas de salud se requieren entre uno a dos años para lograr una adecuada instalación de las prestaciones garantizadas en la Ley.

El mes de marzo hubo cambio de mando, asumiendo presidente Piñera, que lidera una coalición gobernante con posiciones muy disímiles frente a los temas llamados valóricos, presentando en su interior grandes resistencias frente a los contenidos de la Ley y al deber de cumplimiento de la misma. Derogar la Ley 21.030 es, a todas luces, muy difícil, pues debiera ser a través de un nuevo proceso de discusión legislativa, para lo cual no cuentan con los tiempos ni votos suficientes que permitan revertir el proceso. Por lo que en un estado democrático, en el cual deben funcionar sus estructuras, no le queda más al ejecutivo que cumplir la ley y hacerla cumplir. El tema es cómo hará cumplir la ley, y que fuerzas, recursos y tiempos de gestión le va a otorgar a esta iniciativa.

En este contexto adquiere especial relevancia el rol de la Sociedad Civil, y de las diversas estructuras que

conforman nuestra sociedad.

La gran mayoría de las chilenas y chilenos, a través de variadas encuestas de opinión (3, 4, 5) movilizaciones sociales por los derechos de las mujeres (6, 7), y espacios comunicacionales (8) han manifestado su amplio respaldo a la Ley 21.030, por lo que revisaremos los principales componentes que deberán ser reforzados ante los cuales el control social deberá jugar un rol preponderante.

Por otro lado, el diagnóstico de las condiciones del sistema de salud de Chile demostró que si bien contaba con una red materno-perinatal de servicios de especialidad gineco-obstétrica a lo largo de todo el territorio de más de 50 años, los equipos clínicos, tanto del sistema público como privado, no estaban actualizados ni capacitados en las nuevas tecnologías de vaciamiento uterino aceptadas y recomendadas de acuerdo con la evidencia científica disponible de nivel mundial. Chile era uno de los pocos países del mundo donde se seguía realizando el vaciamiento uterino con la técnica del Legrado Uterino (9), que requiere pabellón quirúrgico, anestesista, día cama de hospitalización, además de tener demostradamente mayores riesgos de perforación e infección que la técnica de aspirado manual endouterino (10).

En Chile no se usaban los sistemas de aspiración manual endouterina (AMEU), y tampoco se encontraba dentro del arsenal terapéutico el fármaco Misoprostol (11, 12) anti prostaglandínico de gran utilidad en la obstetricia en múltiples cuadros clínicos (13), el cual se utilizaba en los hospitales y clínicas, es decir en modalidad institucional, a través de la compra y dispensación de una versión autorizada en Chile sólo para uso gástrico. Tampoco se encontraba autorizado, y no se utilizaba la Mifepristona (14, 15), fármaco anti prostaglandínico con gran efecto para lograr la interrupción de un embarazo, actualmente disponible.

La causa de esta falta de actualización de conocimientos del equipo obstétrico de Chile se puede interpretar como expresión de censura social y cultural determinada por los 28 años de legislación absolutamente restrictiva frente a los temas que conllevan el vaciamiento uterino de las mujeres.

El Ministerio de Salud, con el objeto de abordar esta brecha técnica, realizó el año 2016 una alianza con la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Chile (SOCHOG), con el objeto de instalar un protocolo de comparación entre ambas técnicas de vaciamiento uterino en tres hospitales de la red pública, independiente del resultado de la tramitación de la Ley de Despenalización en el Congreso, pues de igual manera los equipos debían enfrentar todos los años alrededor de 30.000 casos de mujeres que requerían vaciamiento uterino, ya sea por un óbito fetal, aborto incompleto

provocado o espontáneo, etc.

La Federación Mundial de Ginecología y Obstetricia (FIGO) apoyó con los equipos de AMEU a través de una donación al Estado de Chile, y se implementó un protocolo de uso de AMEU + Misoprostol -el año 2017- en los Hospitales San José, Hospital San Borja Arriarán y Hospital de la Florida. Estos centros han sido los pioneros en la instalación de estas nuevas técnicas en Chile.

Con el objeto de implementar la Ley 21.030 en todo el país, se decidió el fortalecimiento de las capacidades del sistema público de salud. Esto porque, por un lado, Chile cuenta con una red materno fetal de cobertura nacional que se debía fortalecer y actualizar en conocimientos, infra estructura y tecnología, y por otro lado, los prestadores de medicina privada no están obligados a disponer de todas las carteras de prestaciones a su población; cada clínica privada define cual es la cartera de prestaciones que pone a disposición del mercado.

Se decidió incorporar las prestaciones de la interrupción del embarazo, como herramienta terapéutica regular en todos los espacios de atención de especialidad gineco-obstétrica, dejando a la atención primaria como puerta de entrada en esta etapa.

Los seguros de salud en Chile están obligados a ofrecer las coberturas y a buscar los proveedores disponibles para garantizar el acceso a las prestaciones -garantizadas por ley- a todas las mujeres en que se constituya alguna de las tres causales. Con este objeto el Ministerio de Salud revisó e incorporó todas las prestaciones que no se encontraban codificadas en FONASA, con lo que están obligados a codificarlas y entregar las prestaciones de salud a sus usuarias (es decir, cumplir la Ley) (16).

Al mismo tiempo, el Reglamento de Acompañamiento -tomado de razón por la Contraloría General de la República en febrero de 2018- estableció que *las prestaciones de acompañamiento deben ser otorgadas a todas las mujeres, con independencia de su seguro de salud, es decir, serán atendidas en los establecimientos públicos asignados para estas funciones (policlínicos de alto riesgo obstétrico), además de las mujeres afiliadas a FONASA, las mujeres afiliadas a ISAPRE, FEAA o sin previsión (17).*

Las prestaciones que se incorporaron se pueden dividir en tres grandes grupos:

1. Prestaciones diagnósticas, con las cuales se constituyen cada causal.
2. Prestaciones propias según la decisión tomada por la mujer, interrupción del embarazo o continuación del embarazo.
3. Acompañamiento biopsicosocial a la mujer y su entorno.

**MODELO DE GESTIÓN**

Esta realidad determinó el desarrollo de un modelo de gestión programática que consideró, no sólo el proceso operativo clínico relativo a cada causal, sino además el desarrollo de los procesos estratégicos y de soporte requeridos para garantizar el acceso, y la continuidad de la atención de calidad, respetuosa de la mujer.

Asimismo, se estableció un modelo de atención integral a las mujeres enfrentadas a cada una de las causales, poniendo siempre a la mujer en el centro de la atención.



Objetivos más relevantes del Modelo de Atención Integral IVE en tres causales(18)<sup>2</sup>

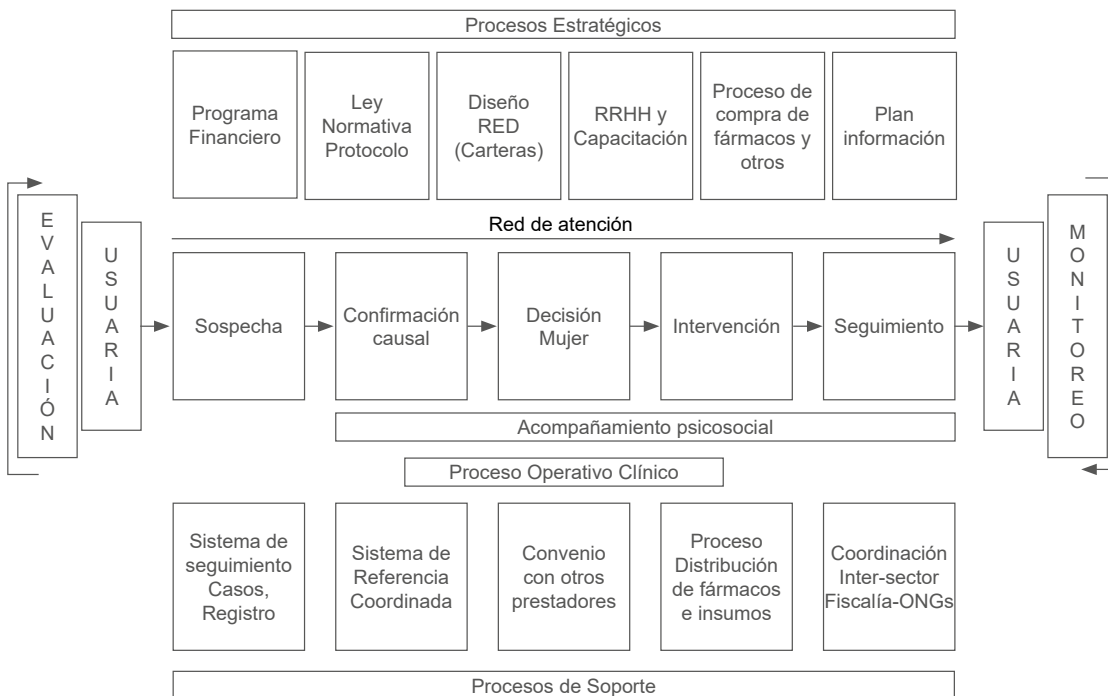
Desde este marco analizaremos los desafíos pendientes en cuanto a la gestión para el logro de una adecuada consolidación de la implementación de la Ley IVE 3 Causales, así como los otros espacios requeridos para su consolidación.

El siguiente cuadro resume los ámbitos de competencias de gestión definidas para la implementación.

**PROGRAMA FINANCIERO**

El programa financiero quedó distribuido en su totalidad para el año 2018 en curso, quedando tan sólo recursos para procesos de capacitación que sabemos no se han realizado aún. Está garantizada por ley la continuidad de los gastos que contempla la ejecución de la ley, por lo que veremos en el ejercicio presupuestario del año 2019 la verdadera decisión de fortalecer la ejecución de la Ley 21.030 en todo el territorio de Chile. Allí se deberá expresar la voluntad de avance de la implementación de la ley en los recursos destinados para capacitación y monitorización de la ley que permitan su adecuada implementación, respetuosa de la voluntad y autonomía de las mujeres.

**Cuadro 2. Modelo de Gestión Ley IVE 3 Causales (16)**



<sup>2</sup> Adaptado de la Norma Técnica Nacional. Acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la ley 21.030,

## DOCUMENTOS REGULATORIOS

Todos los documentos requeridos para la Implementación de la Ley 21.030, tanto para el sistema público como privado fueron desarrollados por la gestión del Ministerio de Salud saliente (Norma Nacional de Atención Integral, Protocolo de Objeción de Conciencia y Reglamento que regula el Programa de Acompañamiento).

El Ministro de Salud del Gobierno del Presidente Piñera, Dr. Emilio Santelices, a 12 días de haber asumido el cargo, modificó el Protocolo que regulaba la objeción de conciencia personal e institucional de los equipos de salud, abriendo así un escenario de rechazo ciudadano y de múltiples acciones de la oposición al gobierno que generó incertidumbre en cuanto a la aplicación de la Ley, toda vez que flexibilizó y relativizó su implementación. Esto determinó un nuevo escenario.

El Ministro fue interpelado en la Cámara de Diputados (2 de mayo 2018). Se defendió señalando que, de no modificar el Protocolo, miles de mujeres y neonatos se quedarían sin atención, sin aclarar de qué forma se produciría esta situación. Mostró desconocimiento de la forma regular de funcionamiento de los DFL 36, como función delegada del accionar del sector público en los territorios y por nivel de atención, junto con desconocer que la compra eventual de camas requeridas a privados, en casos de ser requeridos, no están reguladas por dicha forma administrativa (DFL 36 señalada en el Protocolo de Objeción de Conciencia), sino por la Unidad de Gestión Centralizada de Camas (UGCC) del ministerio de salud, por lo que, en ningún caso se ponía en riesgo el acceso oportuno para mujeres y neonatos, como fue referido en su defensa.

Fue la propia Contraloría General de la República -en resolución del 5 de mayo 2018 (19) - la que rechazó el Protocolo de objeción de conciencia modificado por la nueva gestión del Ministerio, a requerimiento de 5 recursos judiciales. Sus principales observaciones fueron:

I. “Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presenten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley”. “En conformidad con lo anterior, los establecimientos públicos de salud no pueden invocar la objeción de conciencia, pues se encuentran en el imperativo de cumplir la obligación del Estado de otorgar las acciones de salud definidas por el legislador”. “En consecuencia, sólo las entidades privadas pueden invocar la objeción de conciencia institucional”.

II. Refuerza que las instituciones privadas que tengan Convenio DFL 36 con el Estado de Chile - deberán cumplir las mismas leyes, normas y reglamentos por la función sustitutiva del Estado en esos territorios asignados - .

III. Sobre el concepto de **excepcionalidad de la objeción de conciencia**: reitera que “La objeción de conciencia constituye una figura jurídica de carácter excepcional, tanto a nivel nacional como en el derecho comparado, puesto que se trata de un mecanismo establecido para justificar que determinadas personas puedan dejar de cumplir una obligación legal”. “En este orden de ideas, y no obstante que el protocolo contenido en la aludida resolución exenta N°432, de 2018, ..... es pertinente señalar que, además, éste contiene algunos elementos que desatienden la condición de excepcionalidad de la objeción de conciencia, como es el caso del establecimiento de presunciones ante la falta de manifestación de voluntad expresa por parte del objetor o ante la ausencia de una formalidad en el procedimiento correspondiente, que no tienen fundamento legal, lo que tampoco resulta procedente”.

“En consecuencia, atendido lo expuesto, la autoridad administrativa deberá adoptar las medidas necesarias a fin de dejar sin efecto la citada resolución exenta N°432, de 2018, por ser contraria a derecho”.

En la actualidad se evalúa la presentación de una acusación constitucional interpuesta por las parlamentarias mujeres de la oposición al Ministro de Salud, basada en el hecho de no entregar las condiciones reales para el cumplimiento de la Ley al reducir los requisitos para acceder a la objeción de conciencia, sin tomar las medidas respectivas que permitieran garantizar las prestaciones a las mujeres en todo el país, según lo definido por la Ley.

A la fecha de redacción de esta nota, aún no se dispone de un nuevo Protocolo que regule la objeción de conciencia personal e institucional, lo que genera una sensación de falta de conducción decidida para lograr la instalación de las prestaciones contempladas por la Ley, y a las que tienen derecho todas las mujeres en las cuales se constituyen las causales.

## DISEÑO DE RED (CARTERAS DE PRESTACIONES)

En los primeros 6 meses de ejecución de la Ley nos encontramos que en algunos hospitales públicos, por la vía de los hechos, se obstaculizó el acceso a las prestaciones que por Ley tenían las mujeres de sus

territorios, afectadas por alguna de las causales.

Al declararse todos los médicos de un servicio objetores y al no tomar las medidas de administrativas que le corresponden a los directores de los establecimientos y en ocasiones, incluso los propios directores de servicios de salud asignados por las autoridades entrantes, resultó que Hospitales de referencia regional, como por ejemplo el Hospital de Osorno, derivara a las mujeres fuera de su territorio e incluso fuera de su servicio de salud, vulnerando en forma explícita el derecho consagrado en la Ley 21.030.

El Ministerio de Salud permitió que esto sucediera, al no tomar las medidas administrativas en forma oportuna y enviar señales equívocas a los servicios de salud bajo su autoridad rectora, bajando las exigencias posibles a la objeción de conciencia tanto individual como colectiva en los documentos normativos.

Sólo después de la resolución de la Contraloría General de la República, los directores de servicios llamaron a concurso para lograr incorporar un médico no objetor a los equipos clínicos, como debió ocurrir desde un principio.

A 6 meses de entrada en plena vigencia de la Ley 21.030, las instituciones privadas son aún las grandes ausentes en la actual aplicación de la Ley.

Si se consulta cuáles son los costos de cada causal a las ISAPRES, las respuestas son todas evasivas, pues al mes de junio 2018, están aún esperando el 3<sup>er</sup> protocolo de objeción de conciencia, no cuentan con sus aranceles publicados y no existe información para las usuarias en lo que deben hacer en caso de sospechar que se encuentran en alguna de las 3 causales.

Por una parte, porque no se ha difundido ni capacitado a los seguros y prestadores privados por parte del Ministerio de Salud, lo que revela una vez más su poca o escasa pro actividad en lograr una adecuada implementación.

Pero por otro lado, los propios prestadores privados no se manifiestan interesados en desarrollar las prestaciones de la Ley, con claras posturas anti Ley 21.030, con acciones y actitudes centradas en boicotear el acceso al que tienen derecho las mujeres por posturas valóricas personales de los dueños de los holding de las empresas de salud, quienes incluso, han intentado la detención de la obligación que tienen por Ley desarrollar, como institución privada a través de medidas judiciales que finalmente fueron desechadas por la justicia (ejemplo, caso Clínica Alemana de Osorno), lo que ha demorado y obstaculizado su implementación. Las mujeres que cuentan con esos seguros privados quedan desamparadas y han debido deambular de una clínica en otra sin recibir la totalidad de las prestaciones a las cuales tienen derecho.

A la fecha, sólo 2 instituciones se les aceptó su solicitud de Objeción de Conciencia institucional en el Ministerio de Salud (20); Clínica de los Andes en todas las causales, y Clínica Indisa en la 3<sup>er</sup> Causal. Esta última, pese a no contar con idearios institucional, gracias a la flexibilización del Protocolo sobre Objeción de conciencia institucional objetado por la contraloría general de la República.

## RECURSOS HUMANOS

Otro elemento clave a la hora de analizar los desafíos de implementación de esta Ley se refiere al proceso de instalación de los equipos humanos en la red sanitaria pública. A la fecha no existen datos disponibles en los cuales se informe en forma real si se cuentan con todas las contrataciones ya disponibles en cada policlínico de alto riesgo obstétrico.

Junto a lo anterior, vemos con preocupación que no se ha continuado con el proceso de capacitación y desarrollo de habilidades y destrezas iniciado en la gestión Bachelet.

En los meses de diciembre de 2017, enero y febrero de 2018, el Ministerio de Salud gestión Bachelet capacitó a los equipos de salud de todo Chile.

Se capacitaron 325 Directivos de los Servicios de Salud, junto a los asesores técnicos y equipos directivos de hospitales. Además, se capacitó a 370 profesionales de los 69 policlínicos de alto riesgo obstétrico (ARO), en manejo obstétrico general (teórico) (médicos- matron/as) y psicosocial (trabajadora social-psicóloga/o) en las tres causales. Se capacitó a 69 gineco-obstetras en la práctica de técnicas de AMEU, quedando, al menos un profesional por policlínico con los conocimientos y habilidades requeridas para instalar estas nuevas técnicas en sus servicios.

El total estimado de esta capacitación inicial es de 764 personas. Los Servicios de Salud debieran haber replicado estas capacitaciones en sus servicios y en la atención primaria a cargo. Se esperaba que con las réplicas se llegara a 1.400 personas más este año 2018, lo que, sin embargo, no ha sucedido. Esto era la fase inicial de instalación.

Se estima que son necesarios dos años de instalación en los cuales se deben desarrollar múltiples espacios de capacitación y seguimiento de los equipos clínicos, hasta que queden consolidados los conocimientos, habilidades y destrezas requeridas.

Durante los meses de marzo, abril y mayo se llevó a cabo la primera capacitación en línea de la Ley IVE desarrollada por el Ministerio de Salud, organizada y programada por la gestión saliente, en la que participaron 122 funcionarios de la red de salud, multidisciplinarios. Se podría haber replicado

la capacitación en línea, además de capacitaciones presenciales que fueron programadas por la gestión saliente, que sabemos no se realizarán.

Se debe capacitar a todo el sector salud, tanto público como privado, en al menos tres documentos regulatorios:

1. Norma Técnica Nacional. Acompañamiento y Atención Integral a la Mujer para la Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres Causales que regula la Ley 21.030.

2. Reglamento de las prestaciones incluidas en el Programa de Acompañamiento y materias afines Ley 21.030, N°44 del 19 de diciembre 2017.

3. Protocolo para la manifestación de conciencia personal y para la objeción de conciencia invocada por instituciones, aún pendiente.

Además, la Superintendencia de Salud emitió el 7 de febrero 2018 la Circular IF N°311 en la cual informa sobre “Aplicación y cobertura por parte de las ISAPRES de las prestaciones asociadas a la Interrupción Voluntaria del Embarazo”.

#### **POR TAL MOTIVO, EL MINISTERIO DEBERÍA:**

1. Imprimir y difundir los documentos regulatorios.

2. Volver a capacitar a los gestores de salud a cargo de la ejecución de esta Ley: nuevos directivos de Servicios de Salud, Hospitales, equipos profesionales clínicos, abogados, etc.

3. Continuar capacitando a los equipos de salud sector público de los 69 policlínicos de alto riesgo obstétricos, desarrollando acompañamiento y cuidado de los mismos (prevención del burnt-out).

4. Capacitar a los equipos de Atención Primaria de cada territorio de Chile.

5. Capacitar dirigidamente a los equipos directivos de los Seguros de Salud y prestadores de Salud.

6. Capacitar a los equipos clínicos del sistema privado de salud interesados en implementar estas prestaciones.

7. Informar a la ciudadanía las formas de acceder a las prestaciones de salud, reforzando el rol de Salud Responde.

Otro elemento clave que se alza como un obstáculo de la implementación de la interrupción voluntaria del embarazo, es la objeción de conciencia.

Los sectores más conservadores han intentado ampliar el contenido aprobado por Ley, intentando establecer que la objeción de conciencia se puede manifestar en cualquier momento de la atención

de la mujer, lo que claramente no se adecuó a lo definido en la Ley 21.030 que señala expresamente que puede ser declarada por “El médico cirujano requerido para interrumpir el embarazo por alguna de las causales descritas”. Es decir, no se reconoce la objeción de conciencia a los profesionales que no participan directamente en la interrupción de la gestación, como son los equipos de la atención primaria, pues allí no se realizan las interrupciones, tampoco a los médicos especialistas que no participan directamente de la interrupción, ni tampoco a los equipos que atienden a una mujer que se agrava posterior al procedimiento de interrupción de un embarazo.

Esto se ha visto reforzado por la actuación del Ministro Santelices, quien verbalmente comunica que respetará la ley, como a un ministro de Estado, pero en los hechos, al modificar el Reglamento que regula la objeción de conciencia, baja las condiciones para la declaración de objeción de conciencia en su protocolo, tanto a nivel individual como institucional, lo que envía señales erráticas a los equipos de salud, especialmente médicos.

#### **DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE INFORMACIÓN**

Se debiera entregar información precisa en todo Chile, tanto en la red de salud como en todas las reparticiones públicas de quienes pueden acceder a las prestaciones por ley y que es lo que debe hacer una adolescente o mujer en alguna de estas causales, a quien y donde recurrir. Para esto se iban a desarrollar afiches, volantes, información en las redes sociales y capacitaciones a las oficinas de atención a público OIRS de todo Chile, junto con los equipos de comunicación de, al menos, del Ministerio de Salud, de manera que difundan la información en las salas de espera, TV institucional, etc.

#### **TRABAJO INTER SECTORIAL**

La implementación de esta ley no es de exclusiva responsabilidad de los equipos de salud. Existen otros actores intersectoriales que son importantes a la hora de desarrollar todas las acciones a las mujeres afectadas, en particular por la 3<sup>era</sup> causal. Estos son los juzgados de familia, las fiscalías regionales, las oficinas de protección de derechos de niñas y adolescentes, defensoría pública, las policías, quienes podrán poner en contacto a las mujeres con salud. Estos actores también debieran ser capacitados en la Ley 21.030.

Se requiere seguir profundizando los cambios



culturales, desmitificando los estereotipos, permitiendo que los equipos conozcan y empaten con las mujeres enfrentadas a estos difíciles dilemas en sus vidas, junto con evitar la estigmatización, no solo de las mujeres afectadas, también de los equipos clínicos, tanto de los médicos que se declaran objetores, como de aquellos que sí realizan interrupciones de embarazos, respetando las decisiones de las mujeres.

El verdadero médico/a objetor/a es aquel que, enfrentado a un caso, pondrá siempre en el centro el respeto a la dignidad y el bienestar de la mujer, por lo que buscará quien le dé las prestaciones que ella solicita y que no puede otorgar. No la deja sola, pero a su vez, no le impone su visión de mundo.

Por tal motivo, un médico único del sistema público no debiera ser objetor de conciencia, pues de lo contrario, impone por los hechos, su visión del mundo a las demás mujeres.

Lo mismo sucede con las instituciones públicas. Si en un equipo clínico obstétrico, todos sus profesionales se declaran objetores, es deber del Director de ese centro asistencial organizar los servicios de manera de garantizar las prestaciones de salud a que tienen derecho por ley las mujeres.

Esta Ley 21.030 continúa siendo muy valorada por la ciudadanía y, sin lugar a dudas, ha contribuido a visibilizar las necesidades de reconocimiento de las mujeres como sujetos de derechos, sumando al gran movimiento feminista de mayo 2018.

## **DESAFÍOS**

### **IMPLEMENTACIÓN EN NUEVO ESCENARIO POLÍTICO**

El gobierno del presidente Piñera, que ganó las elecciones nacionales el pasado diciembre de 2017, debe completar la implementación de esta ley, a pesar de que él y miembros de su coalición se opusieron abiertamente a la ley durante su campaña presidencial (21).

Los procesos de instalación de nuevas prestaciones de salud programáticas toman entre uno a dos años que estén “en régimen”, es decir, plenamente instaladas en todo el territorio de Chile.

Si bien se instalaron en la gestión Bachelet todos los componentes para el desarrollo de las prestaciones en los efectores de salud de especialidad a cargo en la Red Pública, donde el estado deberá garantizar las prestaciones, la consolidación en los otros niveles de atención, desarrollo de las prestaciones en el nivel privado de salud, así como la calidad, oportunidad y continuidad de las prestaciones

en los niveles de especialidad, dependerán de las resistencias sociales y culturales que estas acciones pueden determinar, las que deberán ser monitoreadas y trabajadas durante, al menos dos años posterior a la promulgación de la Ley, con el objeto de garantizar las prestaciones que tienen derecho por Ley 21.030.

Es en este periodo que se deberá consolidar lo instalado en la gestión Bachelet, mejorando los ámbitos que el proceso de monitoreo de la instalación indique, poniendo siempre en el centro las necesidades de las mujeres a las cuales se sospecha y confirma la constitución de alguna de las 3 causales, en el marco ya definido por la ley.

Las nuevas autoridades tienen el deber de cumplir y hacer cumplir las Leyes del país como autoridades del Estado. Esa es la esencia de un país democrático, el cómo respetamos las decisiones de las mayorías pese a las posturas diversas de las coaliciones e individuos. Sin lugar a dudas impone un desafío a la coalición de gobierno del Presidente Piñera.

### **EL ROL DE LAS MUJERES Y DE LA SOCIEDAD CIVIL**

La voz y movilización de las mujeres fue imprescindible para concretar la Ley 21.030.

La voz y organización de las mujeres es ahora indispensable para permitir una adecuada implementación de la Ley, y que ésta no quede como letra muerta.

Las organizaciones de mujeres y de la sociedad civil adquieren un rol garante indispensable en este periodo de la historia del país.

Queda como gran desafío, trabajar por la construcción de una gran alianza transversal por los derechos sexuales y derechos reproductivos, y contra de la violencia de género en el país.

“Una alianza de la sociedad civil donde estén presentes representantes de organizaciones de mujeres, partidos y movimientos políticos, grupos académicos, gremios y colegios profesionales, Colegio Médico de Chile, Colegio de matron/as, y de justicia, agrupaciones de derechos humanos, organizaciones por un Estado Laico, entre otros actores” (22).

### **REFERENCIAS:**

1. DEIS-DIPLAS. Ministerio de Salud 2015, Presentación Ministerio de Salud Proyecto de Ley Cámara de Diputados marzo 2015
2. Gobierno de Chile. [Internet]. Junio

2018. Contraloría General de la República de Chile. [Consultado en mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.contraloria.cl/portales/web/web/cgr/portada#>
3. Cooperativa.cl. [Internet]. Encuesta CADEM julio 2017 [Consultado en mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/aborto/encuesta-cadem-el-70-de-los-chilenos-apoya-despenalizar-las-tres-causales/2017-07-24/110756.html>
  4. Publimetro.cl [Internet]. Encuesta CEP febrero 2017 con 49% en ciertas situaciones y 21% en aborto libre, lo que da un 70% de apoyo [Consultado en mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.publimetro.cl/cl/noticias/2017/06/02/encuesta-cep-aborto-matrimonio-igualitario.html>
  5. UDP. [Internet]. Encuesta UDP. [Consultado en mayo de 2018]. Disponible en: <http://encuesta.udp.cl/?s=aborto&submit=>
  6. El Mostrador [Internet]. [Consultado en mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.elmostrador.cl/braga/2017/03/09/mujeres-marchan-en-chile-para-reivindicar-sus-derechos/>
  7. Emol. [Internet]. [Consultado en mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.emol.com/noticias/Internacional/2018/05/16/906290/Manifestaciones-feministas-Los-movimientos-contra-el-abuso-y-las-desigualdades-de-genero-que-se-han-tomado-la-escena-internacional.html>
  8. CNN. E[Internet]. [Consultado en mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.cnnchile.com/noticia/2018/05/25/cnn-prime-ser-feminista>
  9. Ministerio de salud. [Internet]. 2011; Orientación Técnica Para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas. [Consultado en mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portales/url/item/b53faf5d1d527a52e04001011e010ef5.pdf>, accesado el 21/05/2018.
  10. Weitz, T. A., Taylor, D., Desai, S., Upadhyay, U. D., Waldman, J., Battistelli, M. F. y Drey, E. A. (2013). Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. *American Journal of Public Health*, 103(3), 454-461
  11. Allen, R. y Goldberg, A. (2016). Society of Family Planning Guideline: Cervical dilation before first trimester surgical abortion (< 14 weeks gestation). *Contraception* 2016, 93(4), 277-291.
  12. Faundes, A. et al. Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 99(Suppl. 2): S172-S177.
  13. Indicado para inducción de parto, manejo de hemorragias y vaciamiento uterino en abortos retenidos, entre otras indicaciones
  14. Kulier, R. et al. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011
  15. Winikoff, B., Dzuba, I.G., Creinin, M.D., Crowden, W.A., Goldberg, A.B., Gonzales, J., et al. Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008; 112:1303-10.
  16. Fonasa [Internet] Arancel MLE FONASA [Consultado en mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/prestadores/normativa/aranceles#modalidad-libre-eleccion--mle-revisado-1/06/2018>
  17. Ministerio de Salud. [Internet] [Consultado en mayo de 2018]. Disponible en: [www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/Reglamento-de-Acompañamiento-aprobado-por-Contraloría.pdf](http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/Reglamento-de-Acompañamiento-aprobado-por-Contraloría.pdf) revisado el 21/05/2018
  18. Ministerio de salud [Internet] [Consultado en mayo de 2018]. Disponible en: [http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/NORMA-IVE-ACOMPANAMIENTO\\_02.pdf](http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/NORMA-IVE-ACOMPANAMIENTO_02.pdf) Revisado el 21/05/2018.
  19. Contraloría General de la República. [Internet] [Consultado en mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.contraloria.cl/web/cgr/dictámenes-y-pronunciamientos-juridicos> consultado el 21/05/2108
  20. Ministerio de Salud [Internet] [Consultado en mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/listado-de-objetores-institucionales/> revisado 4/6/2018
  21. Ministerio de salud [Internet] [Consultado en mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.emol.com/noticias/nacional/2012/03/18/531389/pinera-sobre-aborto.html> revisado 05/06/2018
  22. Ministerio de salud [Internet] Propuesta desarrollada por Marcela Sandoval Osorio [Consultado en mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/2014/07/08/aborto-las-estrategias-que-faltan-en-chile/> revisado el 12/05/2018.