

Normativas que regulan la interrupción del embarazo por violación en Latinoamérica: Análisis comparado desde un enfoque de derechos

Regulations of the interruption of pregnancy due to rape in Latin America:
Comparative analysis from a rights-based perspective

Daniela Díaz C.¹
Macarena Ibacache G.¹
Pamela Eguiguren B.²

RESUMEN

Introducción: La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) permite decidir frente a la maternidad. La Causal Violación (CV) para la IVE es legal en algunos países, esta tiene gran complejidad psicosocial por su relación con la violencia sexual. El objetivo de esta revisión es analizar las normativas que regulan la IVE por CV en un grupo de países latinoamericanos.

Métodos: Se seleccionaron países con regulaciones vigentes para IVE en CV. Se realizó un análisis documental temático, focalizado en aspectos relevantes para el acceso efectivo a IVE.

Resultados: Hay diferencias en requisitos de acceso, como límites de edad gestacional, necesidad de denuncia, evaluación del relato y consentimiento informado. También en la organización de los servicios, destacando los plazos para realizar la interrupción, la red de atención, la objeción de conciencia y su regulación.

Conclusiones: Existen diferencias sustanciales entre países, se han encontrado elementos que pueden favorecer o proteger el acceso, siendo clave en las normativas la visualización de las mujeres como sujetas de derecho. Destaca el cuestionamiento a la autonomía de niñas y mujeres, límites restrictivos de edad gestacional y objeción de conciencia. No basta con una disposición legal cuando las normativas imponen múltiples barreras de acceso.

Palabras clave: Aborto, América Latina, Aborto Legal, Derechos Sexuales y Reproductivos, Violación.

SUMMARY

Introduction: Voluntary interruption of pregnancy (IVE, for its acronym in Spanish) provides an option to motherhood. Rape as grounds for IVE is legal in some countries, which has great psychosocial complexity due to its relationship with sexual violence. The objective of this review is to analyze the norms that regulate IVE in cases of rape in a group of Latin American countries.

Methods: For this study, countries with current regulations that allow IVE in cases of rape were selected. A thematic data analysis was carried out, focusing on relevant aspects for effective access to IVE.

Results: There are differences in access requirements, such as gestational age limits, need of reporting,

Recibido el 26 de julio de 2022. Aceptado el 4 de octubre de 2022

1 Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Correspondencia a: ddiazcabezas@ug.uchile.cl

2 MPH, PHD. Profesora asistente Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

evaluation of the story and informed consent. Also, in the organization of services, highlighting the deadlines for carrying out the interruption, the care network, conscientious objection and its regulation.

Conclusions: There are substantial differences between countries, there are elements found that can favor or protect access, the visualization of women as subjects of law is key to improve regulations. The questioning of the autonomy of girls and women, restrictive limits of gestational age and conscientious objection stand out. A legal provision is not enough when regulations impose multiple access barriers.

Key words: Abortion, Latin America, Abortion Legal, Reproductive Rights, Rape.

INTRODUCCIÓN

Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSSRR) buscan garantizar que las personas puedan tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva con libertad, confianza y seguridad. Estos incluyen el derecho a decidir libremente sobre la maternidad, el número de hijos, cuándo y con quién tenerlos. Adicionalmente, se reconoce el derecho de las personas a acceder a servicios integrales de salud reproductiva (Naciones Unidas, 1994). Los DDSSRR son Derechos Humanos, por ende, son inherentes a todas las personas y es deber del Estado promoverlos, protegerlos, respetarlos y garantizarlos (Amnistía Internacional, s. f.).

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) representa, frente a un embarazo no previsto, no planificado, no deseado, o complicado, la posibilidad de ejercer el derecho a decidir frente a la maternidad. El acceso a la IVE es considerado, para un conjunto de países, parte de los servicios que el Estado debe brindar por ley. Su acceso ha sido y continúa siendo materia de gran preocupación por parte de organismos internacionales de Derechos Humanos, reconociendo que las legislaciones restrictivas violan derechos fundamentales de las personas y les exponen a graves consecuencias para su salud. Negar el acceso a la IVE cuando hay amenazas a la vida o salud de la mujer o persona gestante, o en caso de embarazos por violación, vulnera el derecho a la salud, a la privacidad y a ser libres de tratos crueles, inhumanos y degradantes (Centro de Derechos Reproductivos, 2010).

Cabe destacar que la interrupción del embarazo y el aborto inducido no son sinónimos.

El aborto corresponde a una definición gineco-obstétrica que fija en su concepto límites temporales, relacionados con la viabilidad fetal, y esto puede variar según las condiciones de cada país, mientras que la interrupción puede exceder dichos límites (Organización Mundial de la Salud, 1970). Existen países que regulan la interrupción (con o sin plazos) y otros el aborto, sin embargo, al ser la interrupción un concepto más amplio que engloba aborto, usaremos el término Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Las legislaciones que regulan la temática son bastante heterogéneas a nivel mundial, desde países que permiten el aborto libre hasta otros que lo prohíben en todos los casos. Existe un número importante de países que lo permiten bajo ciertas circunstancias, generalmente identificadas en la legislación como causales (Centro de Derechos Reproductivos, 2021). Una de las causales reconocidas por muchas de estas legislaciones es el embarazo producto de una violación.

La violencia sexual (VS) es una expresión de violencia de género y la violación es una de sus manifestaciones más extremas. Corresponde a un evento que, independiente de sus circunstancias particulares, significa un trauma que marca un antes y un después en la vida de las víctimas. Según la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “la violación sexual vulnera valores y aspectos esenciales de la vida privada, supone una intromisión en la vida sexual y anula el derecho de la víctima a tomar libremente las decisiones respecto con quien tener relaciones sexuales, perdiendo de forma completa el control sobre sus decisiones más personales e íntimas y sobre las funciones corporales básicas” (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2011).

En términos generales, la gran mayoría de las víctimas corresponde a mujeres y niñas, siendo lo habitual que el agresor sea conocido (CEPAL et al., 2019). En el caso de niñas y adolescentes, lo más frecuente es que la violencia sexual sea ejercida por un familiar y en el caso de mujeres adultas por parte de la pareja íntima (Cuida, 2022; Organización Mundial de la Salud, 2021). La VS por parte de la pareja, debido a sus particularidades, es extremadamente difícil de detectar, incluso por parte de las propias víctimas. Esto se debe a límites mucho más difusos en cuanto al consentimiento, a la falta de información y al entorno social que muchas veces justifica los hechos (Russell, 1990; Durán, 2010).

Una de las posibles consecuencias de una violación es el embarazo, lo que puede convertirse en maternidad forzada cuando no existe la posibilidad de acceder a una interrupción segura. Este embarazo es un recordatorio constante de la violencia vivida y corresponde a una presión que obliga a muchas personas a contar la experiencia de la violación que tenían escondida, teniendo que asumir un evento que muchas veces aún no son capaces de procesar (Londoño et al., 2019).

Es por esto que la Causal Violación (CV) para el acceso a la IVE representa una complejidad diferente a la de otras causales o incluso al aborto libre, pues no depende solamente del sector salud, sino de todos los sectores relacionados con la violencia hacia las mujeres y personas con capacidad de gestar. Llevar a término este embarazo, contra su voluntad, corresponde a una situación de discriminación que pone en evidencia el rol que las instituciones legales y sociales desempeñan en la reproducción de esa discriminación. En esta causal además se ponen en juego múltiples derechos fundamentales, como el derecho a la vida, a estar libre de tratos crueles, inhumanos y degradantes, a la libertad, a la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad, a la igualdad y la no discriminación, a la privacidad y a la intimidad, a la información, entre otros (Bergallo & González, 2012).

En América Latina se reconoce el derecho a la IVE por CV en 11 países³ (Human Reproduction Programme, 2022). Otros 3 países de la región establecen el derecho a la IVE sin causales, mientras que 4 países no la permiten bajo ninguna circunstancia. Dos de los países que permiten IVE por CV, Argentina y Colombia, recientemente han reconocido también el derecho a la IVE libre de causales por plazos, sin embargo, a la fecha de esta publicación, mantienen vigentes sus normativas referentes a CV.

El reconocimiento legal de la IVE no asegura per se el acceso a la prestación. Existen determinantes tanto a nivel social como a nivel de reglamentación que impactan en la posibilidad real de que una persona con un embarazo producto de una violación pueda efectivamente interrumpirlo. En algunos de los países que permiten la IVE por CV, el marco legal se expresa en protocolos y normas técnicas que sientan las bases para su implementación. En este contexto, surge la interrogante acerca de cómo dichas normativas repercuten en el real acceso

a la IVE. La siguiente revisión tiene por objetivo analizar comparativamente normativas que regulan la IVE por CV en cinco países seleccionados de América Latina, para detectar fortalezas y deficiencias en cuanto al cumplimiento de los derechos de las personas que se embarazan producto de una violación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para la revisión documental se seleccionaron los países con normativas de atención IVE o aborto por Causal Violación vigentes y con información disponible en webs institucionales a diciembre de 2021. Cuatro de los países seleccionados contaban con legislaciones por causales y uno de ellos mantenía vigentes sus disposiciones para estos casos, aunque transitó en febrero de 2021 a una legislación más amplia. El análisis comparativo se centró en los siguientes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile y Colombia. Los otros seis países que permiten IVE por CV no fueron incluidos porque no se encontraron protocolos con disposiciones sanitarias vigentes para todo el territorio.

Tanto en Chile como en Argentina se encontraron protocolos específicos sobre atención integral de personas que interrumpen su embarazo por causales. En Brasil, Bolivia y Colombia la información se encontraba dentro de normativas de atención en aborto, violencia sexual y salud sexual y reproductiva como también en otros documentos referidos a disposiciones legales sobre interrupción del embarazo en estos casos (ver detalle en Tabla N° 1).

El análisis temático de contenido se llevó a cabo mediante identificación de categorías correspondientes a los elementos estructurantes de las normativas construyendo matrices de comparación y destacando similitudes y diferencias entre países. Se focalizaron aquellos aspectos relevantes para el acceso de las mujeres y personas gestantes a la IVE. Dentro de las condiciones o requisitos que exige cada protocolo se identificaron cuatro aspectos clave: límites de edad gestacional, necesidad de denuncia, evaluación de la plausibilidad de los hechos, y firma de consentimiento informado. Luego se compararon aspectos vinculados a la organización y entrega de los servicios: establecimiento de plazos máximos para realizar la interrupción, obligación de informar a las mujeres que consultan, funcionamiento de la red y rol de la Atención Primaria de Salud (APS), y objeción de conciencia.

3 Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México, Panamá, San Vicente y las Granadinas, y Santa Lucía.

Tabla N°1: Instrumentos analizados según país

País	Instrumento Analizado
Chile	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 (2018). Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/NORMA-IVE-ACOMPANAMIENTO_02.pdf
Argentina	Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (2019). Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/protocolo-atencion-integral-personas-con-derecho-interrupcion-legal-embarazo-2019-resumen.pdf
Brasil	Prevenção y tratamiento de los daños resultantes de la violencia sexual contra mujeres y adolescentes (2012). Disponible en: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
	Norma técnica para la atención humanizada del aborto (2011). Disponible en: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf
	Portaria N° 1.508 (2005) Disposiciones sobre el Procedimiento de Justificación y Autorización de Interrupción del Embarazo en los casos previstos en la ley. Disponible en: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1508_01_09_2005.html
Colombia	Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual (2011). Disponible en: https://coosalud.com/wp-content/uploads/2020/02/MODELO-DE-ATENCION-A-VICTIMAS-DE-VIOLENCIA-SEXUAL.pdf
	Serie "Lineamientos Técnicos para la Prestación de Servicios en Salud Sexual y Reproductiva" (2014) que consta de 5 documentos. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf
Bolivia	Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual (2015). Disponible en: https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/COMPENDIO%20SALUD%204.pdf
	Procedimiento Técnico para la Prestación de Servicios de Salud en el Marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014 (2015). Disponible en: https://www.comunidad.org.bo/assets/archivos/herramienta/3268d0d95eb0330b3f3eef1cb4024bcc.pdf

RESULTADOS

Como primer punto destaca el hecho de que la mayoría de las normativas revisadas se refieren exclusivamente al derecho a la IVE de las mujeres, a excepción del protocolo argentino que menciona a otras personas con capacidad de gestar, es por esto que en esta revisión se hablará de mujeres. Sin embargo, como autoras, reconocemos el derecho a la IVE de todas las personas con capacidad de gestar.

En cada país se exige a las mujeres cumplir ciertas condiciones o requisitos para acceder a la IVE en causal violación. Aunque algunos de ellos son comunes a las diferentes normativas, su definición y su combinación registra diferencias importantes entre los países analizados. Los requisitos observados son: a. límites de edad gestacional (EG) b. necesidad de denuncia c. Evaluación de plausibilidad de los hechos d. Firma de consentimiento informado y participación de adultos responsables en casos de menores de edad. Estos se resumen en la Tabla N°2.

Un primer requisito existente en Bolivia, Brasil y Chile es que la solicitud se encuentre dentro de ciertos **límites de edad gestacional**. Brasil en su normativa establece un límite máximo de 20 a 22 semanas para la solicitud. Para fijar ese límite Brasil ha asumido la definición de aborto de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que fija allí la viabilidad fetal. Bolivia también declara

lo mismo, aunque no establece explícitamente el número de semanas. La ley chilena en esta causal fija el umbral en las 12 semanas de gestación para mujeres de 14 años y más, y de 14 semanas para mujeres menores de 14 años. En Chile el requisito está establecido por ley y la EG debe ser verificada a través de una ecografía. Ni en Argentina ni en Colombia las normativas declaran estos límites para la interrupción.

En cuanto al requisito de **denunciar** la violación, solo Bolivia y Colombia exigen a las mujeres una copia de la denuncia. En Argentina el único requisito es una declaración jurada de la mujer y no exige detalles. Si bien en Chile no se exige la denuncia, el/la directora/a del establecimiento que brinde el servicio está obligado/a a informar el caso al Ministerio público si se trata de mujeres mayores de 18 años, y a denunciar en caso de menores de edad.

Para autorizar la interrupción Brasil y Chile exigen un informe en base al **relato de los hechos**. En el primer caso, un informe técnico confirmatorio es realizado por un/a médico/a, requiriendo una detallada descripción de la agresión y la firma de 3 profesionales distintos, incluido/a el/la director/a de la institución.

En Chile, un equipo multidisciplinario debe tomar el relato a la mujer y evaluar su plausibilidad, debiendo entregar un informe que señale la concordancia temporal de los hechos con la EG,

Tabla N°2: Resumen requisitos para el acceso a IVE por causal violación

	Límite de edad gestacional	Denuncia previa	Relato de los hechos	Declaración jurada
Chile	12 a 14 semanas, según edad de la mujer	No	Si	No
Brasil	20 a 22 semanas	No	Si	No
Argentina	No	No	No	Si
Colombia	No	Si	No	No
Bolivia	22 semanas	Si	No	No

el cual deberá ser aprobado y firmado por al menos dos profesionales. En Argentina no se exige pronunciamiento de los equipos clínicos sobre la veracidad o plausibilidad del relato de las mujeres, especificando además que no es necesaria la intervención de más de una/un médica/o para la constatación de la causal.

En todos los países analizados es requisito el proceso de **consentimiento informado**, existiendo diferencias principalmente en los casos de menores de edad y mujeres con discapacidad, pues en algunos puede ser requerida la participación de un tutor legal o de un adulto responsable o de confianza.

En Argentina se requiere la participación de un adulto cuando la mujer es menor de 13 años para acompañarla en el proceso, este adulto/a es escogido por la menor y no debe ser necesariamente el o la tutor/a legal. En Chile, si la mujer es menor de 18 años, el/la tutor/a legal debe ser informado/a, y debe dar su autorización en casos de menores de 14 años. En Brasil, cuando una mujer es menor de 16 años no puede firmar el consentimiento informado, y esto es realizado por su tutor legal. En este país y también en Chile es posible realizar un proceso de autorización judicial sustitutiva si se sospecha conductas de vulneración de derechos desde los representantes legales, o cuando la voluntad de la niña o adolescente es diferente a la del tutor/a. En Colombia, en el caso de las menores de 14 años se debe contar con el consentimiento ampliamente informado y cualificado de la niña, o con la autorización de su representante legal y/o de la autoridad competente. En Bolivia, en caso de que la usuaria sea menor de edad será atendida pudiendo o no ser acompañada por una persona mayor.

En el caso de las mujeres con discapacidad psíquica o intelectual, en Chile, Brasil y Colombia se requiere la autorización del representante legal. En Chile esto aplica solamente cuando la mujer ha sido declarada interdicta “por causa de demencia”, existiendo la posibilidad de tramitar una autorización judicial sustitutiva si se sospecha riesgo para la mujer. En Brasil y Colombia no se requiere

la interdicción, y se establece que si la mujer está en condiciones de dar su consentimiento debe hacerlo. En Argentina solo en casos excepcionales en los que a pesar de los esfuerzos del personal de salud la mujer no es capaz de dar su consentimiento se permite que este sea firmado por el o la representante legal. En Bolivia si la mujer con discapacidad presenta una copia de la denuncia puede ser atendida con o sin un tercero.

En todas las normativas existen además elementos vinculados a la organización y entrega de los servicios, que podrían influir sobre el acceso a la IVE en causal violación. En ello destaca la existencia (o no) de plazos garantizados para realizar la interrupción, la obligación de entrega de información y las condiciones de la red de atención. Un gran tema que atraviesa la implementación de los servicios es la objeción de conciencia y su reglamentación.

El establecimiento de **plazos máximos** para que los centros de salud realicen la interrupción se detalla en algunas normativas. En Bolivia, Colombia y Argentina existe un plazo máximo para la realización de la interrupción, siendo de 1, 5 y 10 días desde la solicitud, respectivamente. En el protocolo chileno no se menciona un plazo máximo para realizar la interrupción, sin embargo, existe un plazo para derivar de atención primaria al nivel secundario y para la entrega del informe técnico, cada hito no debe ir más allá de 24 horas. Brasil no menciona ningún plazo en su protocolo.

Todas las normativas señalan la obligación del personal de salud de **informar** a las mujeres que consultan por un embarazo producto de una violación sobre el derecho a la interrupción. En el protocolo colombiano además se establece que, dada la alta frecuencia de abuso sexual dentro de la pareja, siempre debe informarse a la mujer embarazada sobre la existencia de esta causal de manera que pueda tomar una decisión informada.

El **funcionamiento de la red** en relación a la IVE en cada nivel de atención depende del país. En los protocolos de Argentina, Bolivia y Colombia se permite la interrupción del embarazo en el

nivel primario de salud, dependiendo de la complejidad, del método para su realización y, en algunos casos, de la edad gestacional. En Argentina, la IVE se puede realizar en APS usando medicamentos, los procedimientos instrumentales solo están disponibles en la atención hospitalaria. En Bolivia y Colombia se puede realizar la IVE tanto con medicamentos como con procedimiento instrumental en la APS. El protocolo de Colombia explicita que idealmente los servicios de IVE deben estar disponibles en ambos niveles para ser brindados donde la mujer lo solicite.

Brasil y Chile no permiten la IVE en el nivel primario. En Brasil, la Norma Técnica de Violencia Sexual indica que la atención del aborto necesita mayores recursos, por lo tanto, se reserva para unidades especializadas. En Chile, la Norma Técnica le otorga a la APS solo un rol de recepción de solicitudes y derivación de los casos de mujeres a los centros hospitalarios. Esto opera igual que en otras causales e independientemente de la EG. La interrupción puede ser realizada exclusivamente en atención cerrada y por gineco-obstetras, mediante uso de medicamentos o procedimiento instrumental.

Otro punto importante es la **objeción de conciencia (OC)**. Tomaremos la definición del protocolo colombiano y la entenderemos como “el derecho de los profesionales de la medicina a rehusarse a realizar el procedimiento para la interrupción del embarazo por considerar que esto va en contra de su conciencia, sus creencias, su ética o sus convicciones morales o religiosas”. En todos los países analizados la OC es un derecho individual reconocido, sin embargo, hay diferencias en cuanto a los requisitos, procedimientos, responsabilidades de objetores e instituciones, y en relación con la objeción de conciencia institucional.

En Chile y Argentina, se exige una definición y declaración previa de los/as profesionales como objetores mediante formularios estandarizados. En Colombia, el/la profesional que objeta debe comunicarlo por escrito y fundamentar sus razones, para cada caso específico, mientras que en Brasil basta con invocar la OC en el momento de la atención. En Bolivia esto no se especifica en la norma.

En todos los países se especifica que la OC no puede obstaculizar la atención, sin embargo, no siempre se definen procedimientos o mecanismos de verificación y sanciones en caso de vulnerar la norma. La obligación de derivar a la mujer a otro profesional se reconoce en todos los países. En Brasil, Colombia y Argentina en caso de que no haya otro profesional disponible el objetor debe brindar igualmente la atención, negarse a llevar a

cabo el tratamiento constituye en Argentina un acto que puede ser sancionado administrativa, civil y/o penalmente. En Bolivia, de no respetarse el plazo máximo de realización de la IVE (24 horas) puede haber consecuencias bajo responsabilidad de las autoridades del servicio de salud.

También hay diferencias en relación con quiénes pueden invocar la OC. En Brasil y Colombia sólo puede ser invocada por los/as médicos/as, en Argentina puede objetar cualquier profesional involucrado directamente en el procedimiento, sin embargo, el protocolo especifica que la OC no aplica para prestaciones previas o posteriores a la IVE. En Chile puede objetar todo el personal al que corresponda desarrollar sus funciones al interior del pabellón quirúrgico durante la intervención, siendo además el único país en el que existe la controversial figura de “objeción de conciencia institucional”, que permite a establecimientos privados exigir a su personal de salud que respete la decisión institucional de no ofrecer prestaciones de interrupción legal del embarazo dentro de sus instalaciones.

DISCUSIÓN

La denuncia y el cuestionamiento a la veracidad de los hechos.

Desde un punto de vista psicológico, la agresión sexual es una forma especial de delito violento altamente estresante, que es vivenciado con un miedo intenso a sufrir un grave daño físico o incluso la muerte, al que se añaden sensaciones de impotencia y desesperanza en cuanto a su incapacidad para escapar o evitarlo, sumado a una pérdida de control sobre el propio cuerpo (González & Pardo, 2007). Si agregamos a esto como consecuencia la ocurrencia de un embarazo, la agresión y el daño se multiplican. Las graves consecuencias para la salud física y psicosocial de las mujeres ha sido la razón para la existencia de esta causal para IVE en las legislaciones.

En cualquier circunstancia en que una mujer resulte embarazada como consecuencia de una violación, ella es la única que debe y puede decidir, es eso lo que las regulaciones y normativas deben resguardar en cada país (Bergallo & González, 2012). En ese sentido, sería esperable que las normativas examinadas en este trabajo apuntasen a la protección de las mujeres, aminorando las consecuencias y restituyendo el control y autonomía vulnerados. Sin embargo, al analizar los protocolos, se puede visualizar que existen elementos destinados a cuestionar o poner en tela de juicio a las mujeres y sus vivencias, debiendo demostrar al equipo de salud y al sistema que su embarazo

ha sido efectivamente producto de una violación y que tienen derecho a interrumpirlo.

Un primer elemento de cuestionamiento a las mujeres es la evaluación de la plausibilidad del relato o veracidad de los hechos. En estos casos la mujer no solo es forzada a contar detalles de una situación, lo que ya le significa una revictimización importante, sino que, adicionalmente, su historia es juzgada por personas externas que pueden creerle o no. Es decir, se le entrega al personal de salud la facultad de certificar si una mujer fue violada y si el embarazo es producto de esta violación.

En el caso de Brasil, el protocolo especifica que el testimonio de la mujer se debe asumir como verdadero y que no es necesario dar detalles, sin embargo, un estudio realizado por Diniz et al. evidencia que más del 80% de los prestadores no confía solamente en el relato de la mujer y busca indagar en profundidad en la veracidad de este (Diniz, Madeiro, et al., 2014). En concordancia, un estudio cualitativo de la misma autora ilustra la sospecha existente entre los/as profesionales de la salud, quienes sentían el deber de establecer la veracidad de la violación y su vínculo con el embarazo. De acuerdo con la autora, para que el relato sea creíble la mujer debe comportarse como víctima, mostrando signos de haber sido violentada. En caso de mujeres de apariencia “liberal”, o aquellas que acusan violencia sexual dentro del matrimonio, la credibilidad es aún menor. Frecuentemente se pone a prueba el relato de la mujer, obligándola a contar su historia repetidamente en frente de distintos profesionales (Diniz, Dios, et al., 2014).

En Chile ha habido cuestionamiento por parte de profesionales a la normativa, considerando complejo imponer al equipo de salud la carga de evaluar la concurrencia de los hechos, y de gran dificultad acreditarla (Bórquez et al., 2015). Se ha planteado también el dilema de cuál es la conducta más adecuada cuando el clínico tiene dudas respecto a la plausibilidad del relato (Muñoz et al., 2021).

Existen cifras en Chile de las personas que el equipo de salud determina que cumplen con los requisitos para una IVE, es decir, que “constituyen causal”, independiente de si deciden interrumpir o no su embarazo. La causal violación presenta cifras muy bajas, lo que ha sorprendido y generado un cuestionamiento en las instituciones no gubernamentales ligadas a los derechos sexuales y reproductivos (Miles, 2019). No existen cifras de cuántas mujeres consultaron por causal violación, solo de cuántas se consideró que constituían causal. Dentro de las razones que explican las bajas cifras de acceso es posible que, por un lado, existan casos

en los que el equipo de salud no consideró que el embarazo fuese efectivamente producto de una violación, y, por otro lado, que las mujeres hayan decidido no iniciar o continuar el proceso para no someterse a este cuestionamiento

Un segundo elemento de cuestionamiento a las mujeres corresponde a la necesidad de denuncia judicial para poder realizar la interrupción. Tal como señalan las abogadas Bergallo y González, en el caso del embarazo producto de una violación se ve afectada tanto la dimensión pública como la privada. La dimensión pública refiere al delito de violación, y la dimensión privada a las decisiones frente a las consecuencias de ese delito (Bergallo & González, 2012). Por ello, la decisión de denunciar una violación y la decisión de interrumpir un embarazo producto de ella son procesos decisionales distintos frente a una misma situación traumática, por lo que el requisito de realizar una para poder acceder a la otra corresponde a una forma de revictimización, impidiendo que la mujer tome la decisión acerca de denunciar o no el hecho delictivo según lo que considere mejor para su vida (Bergallo & González, 2012).

Complejidades del contexto y de la experiencia vivida marcan diferencias muy importantes. El requerimiento de denuncia para acceder a una IVE afectará justamente a mujeres que, en el momento en que ocurrió el evento, no la realizaron. Plantear la denuncia como requisito supone desconocer las motivaciones que las mujeres tuvieron y posiblemente siguen teniendo para no realizarla. A su vez, el requerimiento de denuncia puede generar una disminución de las mujeres que solicitan el procedimiento para no tener que verse enfrentadas al proceso judicial, por otro lado, existe evidencia de que, en países donde la denuncia previa es requerida, los/as funcionarios/as judiciales se han negado a recibir la denuncia del delito o a entregar una copia (A. C. González, 2016). Pero se trata de asuntos más complejos, como el hecho de que una violación puede ocurrir en el marco de relaciones de pareja y eso dificulta mucho la denuncia. Actualmente estamos frente a nuevas denominaciones para el reconocimiento de la violencia sexual en ese contexto, como la coerción reproductiva y el *stealthing*, práctica que consiste en el retiro del preservativo sin consentimiento, que abren nuevas fronteras en esta discusión (Ebrahim, 2019). Es claro que para legisladores y formuladores de política, la falta de comprensión de la violación en el contexto de la cultura patriarcal puede traducirse en no reconocer el derecho a una IVE.

La denuncia es por supuesto deseable y necesaria para que quienes perpetran una violación sean

debidamente procesados, sin embargo, plantearlo como requisito para el acceso parece estar fundado más en la desconfianza hacia las mujeres que en buscar la justicia. Argentina, país donde el único requisito es la declaración jurada de la mujer, muestra en su reglamentación el reflejo de marcos cognoscitivos coherentes con el propósito de la ley, resguardando la autonomía de las mujeres y su capacidad de decidir. En este caso disminuye barreras y la posibilidad de revictimización secundaria de las mujeres al ser puestas en tela de juicio por el sistema.

La exigencia de una denuncia y la verificación de los hechos por el personal de salud se relacionan con la sospecha de que la mujer no estaría diciendo la verdad. Esta actitud explica por qué muchas veces por sobre los requisitos el personal sigue pidiendo más documentos (Madeiro & Diniz, 2016).

Las garantías y protección de niñas menores de edad

Con respecto a las menores de edad, la mayoría de los casos de violación son perpetrados por personas conocidas, en un ambiente intrafamiliar y de forma reiterada en el tiempo (OMS, 2021). En este contexto es posible que la develación de los hechos ocurra de forma secundaria a la develación del embarazo, pudiendo conllevar un quiebre al interior de la familia, tanto si se cree como si se cuestiona el relato, poniendo en riesgo la integridad y seguridad de la niña (Silva, 1994). Imponerles además la carga de llevar adelante un proceso judicial para acceder a una interrupción del embarazo es desproporcionado e ignora la realidad de la violencia sexual.

Dado que la violación ocurre en el círculo íntimo de la menor se vislumbra una dificultad adicional, ya que el tutor o responsable legal de la niña podría coincidir con el victimario o tratarse de alguien que está informado de la situación pero la justifica o encubre.

Todo esto complejiza el acceso de las niñas y adolescentes a la IVE. En Chile la cifra de niñas que constituyeron causal está muy por debajo de la cifra de recién nacidos vivos de mujeres de 14 años o menos (Instituto Nacional de Estadísticas, 2019). Adicionalmente, son el grupo etario que más rechazos registra frente a la interrupción, con un 30% versus el 7,7% del total de mujeres que constituyó causal (DEIS, 2021). Estas cifras resultan preocupantes pues corresponden precisamente al grupo que no puede tomar la decisión de forma autónoma y requiere la autorización de su tutor/a legal.

La autonomía de las menores de edad se ve comprometida en tanto algunas normativas

traspasan la capacidad de decidir a un tercero. Si entendemos la exigencia de requerir el consentimiento informado como una manifestación de la protección de la autodeterminación de las personas, debiesen ser las niñas quienes reciban la información para decidir sobre la respectiva intervención, pues son quienes mejor conocen sus propias necesidades, prioridades, planes y objetivos (Parra & Ravetlat, 2019).

En los países que se requiere el acompañamiento y/o autorización de un tercero, como en Chile y Brasil, existe alto riesgo de vulnerar la autonomía de las niñas y adolescentes. El proceso de consentimiento informado, que le permite a la mujer tomar la decisión sobre interrumpir o no su embarazo, es especialmente importante para sobrevivientes de violencia sexual, en donde existe un sentimiento de pérdida del control sobre su cuerpo en gran parte de las víctimas (González & Pardo, 2007). Negar a una mujer la posibilidad de realizar este proceso autónomamente y hacerla depender de un tercero puede ser un proceso revictimizante, independiente a la edad de la mujer.

Argentina es el único país en donde se menciona explícitamente el concepto de autonomía progresiva; es también el único en donde se especifica que la decisión siempre radica en la niña o adolescente y que el rol del equipo de salud y de la persona adulta es acompañarla y brindarle apoyo para la toma de decisión y para la realización del procedimiento. Su reivindicación como sujetas de derecho y puede aportar positivamente al proceso de reparación de la violación de la que fueron víctimas.

Plazos y oportunidad de atención en las normativas de IVE

Algunas de las normativas analizadas imponen plazos para que las mujeres soliciten la interrupción, otras establecen plazos para que el prestador realice el procedimiento.

El límite de edad gestacional para realizar una IVE por causal violación es una barrera importante al acceso, en especial para poblaciones de mayor vulnerabilidad, como las mujeres más jóvenes, pobres, de menor nivel educacional y peor acceso a empleo formal (Ustá et al., 2008). Incluso en países donde no se establecen límites, como en Colombia, estudios muestran que las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales de salud la utilizan con frecuencia como un argumento para no realizar la IVE (A. C. González, 2016). Este aspecto es particularmente relevante cuando se trata de niñas y adolescentes, que representan un porcentaje importante de las mujeres

víctimas de violación, y tienden a demorar más en reconocer sus embarazos y en encontrar proveedores, por ende, suelen tener abortos a edades gestacionales más avanzadas (Woog et al., 2015).

Frente a una violación las mujeres pueden demorar un tiempo variable en asumir y ser capaces de contar lo ocurrido, este tiempo podría ser de meses e incluso años (Centro Nacional de Recursos contra la Violencia Sexual, s. f.). La imposición de plazos implica forzar a las mujeres a asumir, enfrentar la situación y consultar en el sistema de salud en un período acotado. Si una mujer no se encuentra psicológicamente preparada, ni cuenta con la información necesaria para acudir al sistema en dicho período, verá comprometido su derecho.

En los países en que existen límites de edad gestacional para la interrupción, como Chile, Brasil y Bolivia, cualquier demora extra podría comprometer la realización de la IVE. Como se mencionó previamente, de los 3 países que establecen un límite de edad gestacional, Chile es el país con la normativa más restrictiva, con un plazo de 12 semanas, donde además se suman otros dos factores al análisis. En primer lugar, la normativa no establece un plazo máximo para realizar la interrupción desde la solicitud, permitiendo que esta se dilate. En segundo lugar, un prestador objetor de conciencia podría prolongar aún más el plazo, por la necesidad de derivar a otro prestador, pero también cuando la objeción de conciencia es una excusa para obstruir o negarse a procedimientos como la entrega de información o la derivación (Coppola et al., 2016). Desconocemos en detalle los procesos en el caso de otras normativas, pero es de destacar que en Chile en la redacción original de la ley se limitaba en causal violación la posibilidad de invocar objeción de conciencia cuando el plazo estuviera cerca de vencer, sin embargo, esto fue eliminado por el Tribunal Constitucional (Figueroa, 2019).

Objeción de conciencia. La situación en Chile y las cifras

La objeción de conciencia también supone un límite a la autonomía, en tanto decisiones personales de los prestadores de salud impactan en el acceso a la IVE. La OC alude al incumplimiento de una obligación legal, cuyo acatamiento produciría una grave lesión de la conciencia de quien la invoca (Martínez, 2007; Prieto, 1984). No pretende obstaculizar el cumplimiento de la norma legal, sino que obtener respeto a la conciencia de la persona objetora (Aparisi & López, 2006). Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) la ética

reconoce el derecho de los/as gineco-obstetras a la OC, sin embargo, deben respetar las decisiones de las pacientes, quienes tienen derecho a ser atendidas y derivadas en forma oportuna a profesionales no objetores (Serour, 2006). Un aspecto controversial es la OC institucional, la cual solo existe en Chile y puede ser invocada por instituciones particulares para no brindar servicios de IVE, siendo un concepto controversial ya que no existe una conciencia colectiva o institucional (Montero & González, 2011).

Existe extensa literatura que demuestra que la OC ha sido una importante barrera para el acceso a la IVE. Esta ha reflejado un conjunto amplio de prácticas y barreras dirigidas a obstruir el acceso oportuno y seguro a los servicios de aborto (González & Melo, 2017).

En ciertos países, la OC puede invocarse de forma diferenciada según las causales permitidas por ley e incluso según las instituciones en las que trabaje la persona (Mishtal, 2006; Botero et al., 2020), lo mismo ocurre cuando no existe una declaración anticipada de la OC. Esta situación es contradictoria, pues se entiende que la persona que objeta se opone al hecho de interrumpir un embarazo y no a la razón por la cual se solicita (Botero et al., 2020). La declaración anticipada y por escrito de OC, justificando las razones por las cuales se invoca, debería ser un estándar mínimo para su regulación.

El mecanismo de derivación también debe ser claro, preferentemente dentro del mismo centro de salud, asegurando que la mujer reciba la prestación prontamente. A pesar de que un/a profesional objetor/a está en la obligación de derivar, la evidencia muestra que en la práctica muchos/as pueden negarse y presionar a las mujeres para no interrumpir su embarazo (Fink et al., 2016).

En los países analizados, existe evidencia de los problemas que ha provocado la OC en el acceso a la IVE. En Brasil, dado que para constituir la causal violación esta debe certificarse por el equipo de salud, tras escuchar y juzgar el relato de la mujer el/la profesional que no está convencido/a de que el embarazo es producto de una violación puede invocar OC (Diniz, Madeiro, et al., 2014). En Chile la cantidad de gineco-obstetras objetores/as en esta causal alcanza un 46% a nivel nacional y supera el 75% en algunos establecimientos (Minsal, 2019), mientras que las IVEs realizadas en casos de violación a nivel nacional distan ampliamente de las estimaciones realizadas (Miles, 2019). El uso de la OC en causal violación con frecuencias significativamente mayores que para las otras causales, devela un uso cuestionable

del instrumento por parte de los/as médicos/as. Esta OC parcial estaría mostrando en la práctica la imposición del juicio personal de estos/as profesionales sobre la legitimidad de la violación como causal para solicitar una IVE. Lo anterior implica posicionarse por encima de lo garantizado a las mujeres chilenas por ley y, más gravemente, por encima de sus voluntades.

La OC dificulta el acceso de las mujeres a la IVE y trae consecuencias graves, haciendo el proceso más complejo y revictimizante, pudiendo tener además un efecto disuasivo (Marshall & Zúñiga, 2020). Los obstáculos ponen en riesgo la continuidad de la atención de las mujeres, aumentando la posibilidad de que se sometan a un aborto clandestino. Podemos afirmar que, en los países estudiados, las condiciones para garantizar una OC razonada y justificada son insuficientes. En la práctica la OC sigue comprometiendo el acceso de las mujeres a la IVE, pues no hay mecanismos efectivos que resguarden su instrumentalización con otros fines.

La organización y coordinación de los servicios

Los modelos de atención de salud vigentes en Latinoamérica, siguiendo buenas prácticas y recomendaciones, promueven la articulación de la atención entre niveles asistenciales, y muchas declaran el eje de organización de su red de atención en el nivel primario. En ese contexto, la atención a mujeres que solicitan la IVE es asumida por redes en las cuales el primer nivel - reconocido también como atención primaria (AP) - es la puerta de entrada al sistema. Este nivel incorpora en su quehacer un fuerte componente preventivo y comunitario, y sus derivaciones a centros hospitalarios se realizan en los casos de mayor complejidad, cuando requieren atención especializada para su solución o tratamiento (Organización Mundial de Salud, 1978).

Una diferencia observable en las normativas analizadas es justamente el rol previsto para la atención primaria. En la mayoría de ellas se resguardan acciones para este nivel de atención, incluida la realización de la IVE, exceptuando Brasil y Chile. La normativa chilena sitúa a los recintos hospitalarios como el único lugar en donde puede realizarse una IVE, independiente de cualquier consideración. Esto resulta comprensible para dos de las tres causales legalizadas en el país (riesgo de vida de la mujer y feto incompatible con la vida), debido a que se vinculan a complicaciones del embarazo. Sin embargo, en causal violación la mayor parte de los casos no representan alto riesgo biomédico y las IVE podrían ser realizadas en atención primaria con

técnicas poco o nada invasivas. Muchos de estos casos se dan en contextos de alto riesgo psicosocial (Rondón, 2015), donde cobran más relevancia abordajes y acciones comunitarias e intersectoriales, las que pueden ser efectivamente brindadas en atención primaria por parte de equipos multidisciplinares. Por el contrario, la atención concentrada en el nivel secundario, sin vinculación con el equipo de cabecera, puede invisibilizar o sumar otros problemas, impidiendo un adecuado abordaje, seguimiento e integralidad de la atención, tan necesaria en estos casos.

Realizar innecesariamente la interrupción en casos de violación en un centro más complejo que donde la mujer ha acudido a solicitar ayuda significa privarla durante este proceso de vínculos relevantes para su bienestar y calidad de la atención, restringiendo las posibilidades de ser atendida en un nivel más adecuado y competente para sus necesidades desde un punto de vista integral, perdiendo la continuidad en los cuidados. Esto impide ampliar coberturas para el acceso y agrega barreras, dentro de estas el traslado y la distancia de las redes de apoyo.

Adicionalmente, surge la interrogante de si la AP en Chile está cumpliendo los roles de pesquisa y derivación que actualmente presenta en la normativa, pues no existe claridad de cuántas mujeres consultan en AP pero no son derivadas. Según datos acumulados del DEIS desde enero del 2018 a octubre de 2021, solamente un 22% de los casos en esta causal ingresó por AP (DEIS, 2021), lo que nos lleva a cuestionarnos cómo acceden las mujeres a la red de atención.

CONCLUSIONES

Las normativas y protocolos de implementación de la IVE juegan un rol fundamental al llevar a la práctica el derecho reconocido por ley de acceder a una interrupción. No basta con una disposición legal cuando en la práctica las normativas imponen múltiples barreras de acceso.

Existen diferencias sustanciales en las normativas entre países, siendo clave la visualización, más allá de lo declarativo, de las mujeres como sujetas de derecho. En muchos casos, las disposiciones ilustran que la autonomía de las mujeres se cuestiona y sus decisiones se juzgan, permitiendo que prevalezca la voluntad de los prestadores de salud por sobre la de las mujeres y personas gestantes. En ese contexto, la norma sirve de excusa para negar los servicios, pudiendo incluso empujar a las mujeres a la realización de abortos clandestinos y posiblemente inseguros.

Un gran obstáculo es la lectura de la norma desprovista de sentido, una respuesta mecánica frente a un problema que tiene sus bases en la cultura patriarcal y sus estructuras. No reconocer que la institucionalidad del sistema de salud está permeada por esas lógicas provoca errores graves en el diseño y ejecución de estas normativas.

El análisis ha mostrado las dificultades de cada una de las medidas específicas, pero también cómo las limitaciones impuestas por ellas se articulan y potencian. Evidencias sobre las prácticas muestran que en reiteradas ocasiones las exigencias hacia las mujeres y personas gestantes pueden ser mayores que las establecidas en la normativa. Está claro que tanto si se trata de acciones deliberadas o por desconocimiento, la sensibilización y formación de los equipos y el personal de salud resultan vitales.

Impresiona que, en las normativas analizadas, Argentina y Colombia llevan la delantera en situar a las mujeres como sujetas de derecho, siendo precisamente los países que han legislado a favor del aborto libre de causales. La lucha por el aborto libre es relevante para ampliar los derechos de niñas, mujeres y personas gestantes alrededor del mundo, sin embargo, debemos tener presente que la interrupción del embarazo por violación tiene particularidades que deberán ser distinguidas en los procesos de atención. Estos casos requieren poner especial atención en medidas y prácticas que pueden dificultar la reparación y contribuir a la revictimización. El reconocimiento de necesidades específicas es parte también de la ampliación de los márgenes del derecho.

La conjugación de barreras aquí expuesta va en contra de la autonomía de la mujer y otras personas con capacidad de gestar, de sus procesos personales ante la situación traumática y en contra de la evidencia internacional, solo se sustenta desde una mirada antiderechos. Respuestas pertinentes frente a la diversidad de condiciones y necesidades enfrentadas para solicitar una IVE solo son posibles de construir cuando son las propias personas, sus vivencias y demandas las que están en el centro.

REFERENCIAS

1. Amnistía Internacional. (s. f.). Derechos sexuales y reproductivos. Amnistía Internacional Sección Española. <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/temas/derechos-sexuales-reproductivos/>
2. Aparisi, A., & López, J. (2006). EL DERECHO A LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN EL SUPUESTO DEL

ABORTO:DELA FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICO-JURÍDICA A SU RECONOCIMIENTO LEGAL. <https://www.redalyc.org/pdf/832/83210103.pdf>

3. Bergallo, P., & González, A. C. (2012). Interrupción legal del embarazo por la causal violación: Enfoques de salud y jurídico. Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4225/1/244.pdf>
4. Bórquez, G., Bernier, L., Besio, M., Montt Momberg, J., Novoa Sotta, F., Salas Ibarra, S., Salinas Ríos, R., Valenzuela Yuraidini, C., & Misseroni Raddatz, A. (2015). Reflexiones en torno al proyecto de ley (Boletín N° 9895–11) que Regula la Despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 80(3), 199–207. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262015000300001>
5. Botero, S., Cárdenas, R., & Zamberlin, N. (2020). ¿De qué está hecha la objeción? Relatos de objetores de conciencia a servicios de aborto legal en Argentina, Uruguay y Colombia. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.33.08.a>
6. Center for Reproductive Rights. (2022, 19 mayo). The World's Abortion Laws. <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>
7. Centro de Derechos Reproductivos. (2010). Aborto y Derechos Humanos El deber de los Estados de moderar las restricciones y garantizar el acceso a servicios de salud reproductiva seguros. *Reproductive Rights*. <http://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2018/08/BRB-Aborto-y-Derechos-Humanos.pdf>
8. Centro Nacional de Recursos contra la Violencia Sexual. (s. f.). ¿QUÉ ES LA VIOLENCIA SEXUAL? National Sexual Violence Against Resource Center. https://www.nsvrc.org/sites/default/files/Publications_NSVRC_Overview_Que-es-la-Violencia-Sexual.pdf
9. CEPAL, Contreras, J. M. A., Bott, S., Guedes, A., & Dartnall, E. (2019, 21 enero). Violencia Sexual en Latinoamérica y El Caribe: Análisis de datos secundarios. Observatorio de Igualdad de Género. <https://oig.cepal.org/es/documentos/violencia-sexual-latinoamerica-caribe-analisis-datos-secundarios>
10. Comisión Interamericana de Derechos

- Humanos. (2011). ACCESO A LA JUSTICIA PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL: LA EDUCACIÓN Y LA SALUD. Organización de los Estados Americanos. <https://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/violenciasexualeducysalud.pdf>
11. Coppola, F., Briozzo, L., Nozar, F., Fiol, V., & Greif, D. (2016). Conscientious objection as a barrier for implementing voluntary termination of pregnancy in Uruguay: Gynecologists' attitudes and behavior. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 134(S1), S16-S19. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.06.005>
 12. CUIDA. (2022). Primera Encuesta Nacional de Abuso Sexual y Adversidades en la Niñez. Pontificia Universidad Católica de Chile. https://www.uc.cl/academia-en-los-medios/primer-encuesta-nacional-de-abuso-sexual-y-adversidades-en-la-ninez/#:%7E:text=Primera%20Encuesta%20Nacional%20de%20Abuso%20Sexual%20y%20Adversidades%20en%20la%20Ni%C3%B1ez,-account_circle%20Mar%C3%ADa%20P%C3%ADa&text=Una%20de%20cada%20cinco%20personas,a%20nadie%20sobre%20el%20abuso.
 13. DEIS. (2021). Sistema de información IVE (Versión 2021) [Conjunto de datos]. Ministerio de Salud de Chile. <https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F382105c8-521f-4356-b1b8-6bad21ba8b08§ionIndex=0&ssoguest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false>
 14. Diniz, D., Dios, V. C., Mastrella, M., Madeiro, A. P. (2014). A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil. *Revista Bioética*, 22(2), 291–298. <https://doi.org/10.1590/1983-80422014222010>
 15. Diniz, D., Madeiro, A., & Rosas, C. (2014). Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape: a study among physicians in Brazil. *Reproductive Health Matters*, 22(43), 141–148. [https://doi.org/10.1016/s0968-8080\(14\)43754-6](https://doi.org/10.1016/s0968-8080(14)43754-6)
 16. Durán, M. M. (2010). Benevolent sexism and sexual violence: Social perception of rape in intimate relationships. Universidad de Granada. <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/4954/18695620.pdf?sequence=1>
 17. Ebrahim, S. (2019). I'm Not Sure This Is Rape, But: An Exposition of the Stealthing Trend. *SAGE Open*, 9(2), 215824401984220. <https://doi.org/10.1177/2158244019842201>
 18. Figueroa, R. (2019). Objeción de conciencia en el fallo del Tribunal Constitucional sobre el proyecto de ley que despenaliza el aborto en tres casuales. En L. Casas & G. Maira (Eds.), *Aborto en tres causales en Chile: Lecturas del proceso de despenalización* (p. 151). Centro de Derechos Humanos UDP. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/34070.pdf>
 19. Fink, L., Stanhope, K., Rochat, R., & Bernal, O. (2016). “The Fetus Is My Patient, Too”: Attitudes Toward Abortion and Referral Among Physician Conscientious Objectors in Bogotá, Colombia. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 42(2), 71. <https://doi.org/10.1363/42e1016>
 20. González, A. C. (2016). Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia (L. Castro, Trad.). *Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres*. https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/996/Barreras_IVE_vf_WEB.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 21. González, A. C., & Melo, C. (2017). ¿OBJECIÓN DE CONCIENCIA INSTITUCIONAL? Impacto en la Prestación de Servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo. *Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres*. https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/964/Memorias_Seminario_Objecion_de_Conciencia.pdf?sequence=5&isAllowed=y
 22. González, J., & Pardo, E. (2007). EL DAÑO PSÍQUICO EN LAS VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL. PRINCIPIOS ÉTICOS EN LA PRÁCTICA PERICIAL PSIQUIÁTRICA. <https://www.uv.es/crim/cas/Secuelas.Psiquicas.pdf>
 23. Instituto Nacional de Estadísticas. (2019). ANUARIO DE ESTADÍSTICAS VITALES 2017. https://www.inec.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2017.pdf?sfvrsn=95e68aba_4
 24. Londoño, L. M., Ortiz, B., Jaramillo, A. M.,

- Castro, A. M., Pineda, R., & Londoño, N. (2019, 29 junio). Embarazo por violación: la crisis múltiple. Repositorio Institucional. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/52685>
25. Madeiro, A. P., & Diniz, D. (2016). Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 563–572. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015>
 26. Marshall, P., & Zúñiga, Y. (2020). Objeción de conciencia y aborto en Chile. *Derecho PUCP*, 84, 99–130. <https://doi.org/10.18800/derechopucp.202001.004>
 27. Martínez, K. (2007). Medicina y objeción de conciencia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(2). <https://doi.org/10.4321/s1137-66272007000300006>
 28. Miles Chile - Por los Derechos Sexuales y Reproductivos. (2019). Monitoreo de Corporación Miles a Ley IVE. MILES Chile. <https://mileschile.cl/monitoreo-de-corporacion-miles-a-ley-ive-83-de-las-mujeres-interrumpio-su-embarazo-bajo-ley-de-aborto-en-3-causales-en-trimestre-enero-marzo-de-2019/>
 29. MINSAL. (2019). Funcionarios objetores de conciencia por Servicio de Salud a septiembre 2019. Ministerio de Salud de Chile. <https://www.minsal.cl/funcionarios-objetores-de-conciencia-por-servicio-de-salud/>
 30. Mishtal, J. (2006). Contradictions of Democratization: The Politics of Reproductive Rights and Policies in Postsocialist Poland. Faculty of the Graduate School of the University of Colorado in partial fulfillment of the requirement for the degree of Doctor of Philosophy.
 31. Montero, A., & González, E. (2011). La objeción de conciencia en la práctica clínica. *Redalyc.org*. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55419390014>
 32. Muñoz, P., Parrini, J., Dresdner, R., & Jiménez, M. (2021). Dilemas clínicos en la constitución de la tercera causal de la interrupción voluntaria del embarazo. *Revista médica de Chile*, 149(5), 758–764. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872021000500758>
 33. Organización de las Naciones Unidas. (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
 34. Organización Mundial de la Salud. (1970). Aborto espontaneo provocado.
 35. Organización Mundial de la Salud. (2021, 9 marzo). Violencia contra la mujer. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
 36. Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
 37. Parra Sepúlveda, D., & Ravetllat Ballesté, I. (2019). El consentimiento informado de las personas menores de edad en el ámbito de la salud. *Ius et Praxis*, 25(3), 215–248. <https://doi.org/10.4067/s0718-00122019000300215>
 38. Prieto, L. (1984). La objeción de conciencia como forma de desobediencia al Derecho. *El Sistema*.
 39. Rondón, M. (2015). Impacto del embarazo luego de una violación: Argumentos para proteger la salud mental (1.a ed.). Promsex. <https://issuu.com/promsex/docs/impactoembarazocasosviolacionmartar>
 40. Russell, D. E. H. (1990). *Rape in Marriage*. Indiana University Press.
 41. Serour, G. (2006). Ethical guidelines on conscientious objection. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 92(3), 333–334. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2005.12.020>
 42. Silva, E. E. (1994, 1 febrero). Violencia sexual intrafamiliar: un estudio descriptivo. <https://journals.copmadrid.org/apj>. <https://journals.copmadrid.org/apj/art/68a83ecb494a308fe5295da69428a507>
 43. Ustá, M. B., Mitchell, E. M., Gebreselassie, H., Brookman-Amisshah, E., & Kwizera, A. (2008). Who is excluded when abortion access is restricted to twelve weeks? Evidence from Maputo, Mozambique. *Reproductive Health Matters*, 16(sup31), 14–17. [https://doi.org/10.1016/s0968-8080\(08\)31386-x](https://doi.org/10.1016/s0968-8080(08)31386-x)
 44. Woog, V., Singh, S., Browne, A., & Philbin, J. (2015). Adolescent women's need for and use of Sexual and Reproductive Health Services in developing countries. Guttmacher Institute. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adolescent-srhs-need-developing-countries.pdf