

Sexto Informe

Sobre
Derechos Sexuales
y Reproductivos
en Chile

Sexto Informe sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile



**VI INFORME SOBRE DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS EN CHILE**

Dirección Ejecutiva Corporación Miles:

Javiera Canales Aguilera

Área de Investigación Corporación Miles:

Stephanie Otth Varnava

Karla Barraza Lara

Equipo de pasantes Área de Investigación:

Beatriz Colli

Diana Durán

Natalia Martinez

Javiera Pizarro

Edición:

Macarena Gallo Fuenzalida

Diseño y diagramación:

Viviana Díaz Fuica

Impresión:

Larrea Marca Digital

100 ejemplares

Santiago, Chile

Julio 2024

Contacto:

comunicaciones@mileschile.cl

I.S.B.N.: 978-956-9881-08-4

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

 www.mileschile.cl

 @mileschile

 @mileschile

 Miles Chile

Sexto Informe sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile



Colabora:

Ipas Alianzas por la
justicia reproductiva

Índice

1

p. 8

Introducción

2

p. 24

Métodos clínicos para la realización de un aborto en los hospitales públicos en Chile: Brechas y recomendaciones para el cumplimiento de estándares internacionales

3

p. 36

Objeción de Conciencia en Chile: un análisis desde las percepciones de lo/as funcionario/as de la salud sexual y reproductiva en Chile

4

p. 48

Aportes para una desmitificación del «Síndrome post-aborto»

5

p. 62

MILES+

Aborto legal y mujeres migrantes: los estereotipos que tienen las/os profesionales de la Salud Pública que las atienden

p. 70

MILES+

¿Imaginas cómo viven la menstruación quienes están en situación de calle? Precedentes para los abordajes en materia de gestión menstrual con personas en situación de calle

p. 80

Un epílogo: los desafíos de Corporación Miles

Introducción

En el contexto del año 2023, cuando fue escrito el VI Informe, Chile se encontraba en medio de un complicado proceso político y social. La discusión constitucional, el avance de movimientos de ultraderecha y la complejidad estructural del Congreso fueron temas centrales que impactaron profundamente a la sociedad chilena. En este entorno, abordar los derechos sexuales y reproductivos (DSR) se torna una tarea no solo relevante, sino imperativa.

La invitación a la lectura de este VI Informe sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile surge de la necesidad de profundizar en temas que, a pesar de los aparentes retrocesos y la sensación de estancamiento, siguen siendo cruciales para el desarrollo de una sociedad justa y equitativa. La percepción de «no avanzar» no debe disuadirnos de seguir investigando y luchando por estos derechos. En un contexto donde las fuerzas políticas y sociales parecen polarizarse cada vez más, es vital mantener una perspectiva crítica y bien informada.

Este contexto enfatiza la necesidad de investigar y visibilizar los temas relacionados con los DSR, para evitar que se conviertan en monedas de cambio en la arena política. En este sentido, la labor de organizaciones como Corporación Miles es fundamental para mantener la agenda de los DSR en el debate público y político, asegurando que estos temas no sean marginados ni olvidados.

Es esencial abordar los DSR desde una perspectiva de género, reconociendo que estos derechos están profundamente entrelazados con la igualdad de género y la justicia social. La violencia sexual, la implementación de leyes como la N° 21.030, y los desafíos de la objeción de conciencia son fenómenos que impactan de manera desproporcionada a mujeres y personas LGBTQ+, y es crucial entender estas dinámicas para ofrecer soluciones adecuadas y efectivas.

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos es un avance hacia la dignidad y el respeto de todas las personas, independientemente de su género, orientación sexual o identidad de género. Estos derechos son fundamentales para garantizar la autonomía corporal, la salud y el bienestar, y para construir una sociedad donde cada individuo pueda vivir libre de violencia y discriminación.

A lo largo de este informe, se presenta un análisis detallado de la situación actual de los DSR en Chile, incluyendo la violencia sexual y sus efectos psicosociales, la implementación de la Ley N° 21.030, y los desafíos asociados a la objeción de conciencia. Estos capítulos no solo ofrecen un diagnóstico de la realidad, sino que también plantean recomendaciones y estrategias para mejorar la atención y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Invitamos a los lectores a sumergirse en este informe con una mirada crítica y constructiva, reconociendo la importancia de cada dato, análisis y testimonio aquí presentado. La investigación y el debate informado son herramientas poderosas para avanzar en la protección y promoción de los DSR, incluso en tiempos de incertidumbre y resistencia. Mantener estos temas en el centro de la discusión pública es esencial para construir una sociedad más justa y equitativa, donde todos los individuos puedan ejercer plenamente sus derechos humanos.

01

**Efectos Psicosociales de la
Violencia Sexual ¿qué buscan
las mujeres al solicitar apoyo
profesional?**

Stephanie Otth Varnava, Psicóloga, Mg. Psicología Clínica U. Chile y MA Género, Sociedad y Representaciones, University College London; **Karla Barraza Lara**, Cientista Política Universidad Central de Chile, Investigadora en Corporación Miles; **María Ignacia Veas Guerrero**, Psicóloga Universidad Alberto Hurtado, Magister Ciencias Sociales y sociedad civil. IDEA USACH; **Jeniffer Riquelme Navarro**, Psicóloga Universidad Academia de Humanismo Cristiano, psicóloga en Corporación Miles. Diplomado en Psicología del Trauma: Clínica y Abordajes Psicoterapéuticos, Universidad de las Américas.

La violencia sexual afecta a mujeres, niñas, niños, jóvenes y personas LGBTQ+, siendo más frecuente en espacios íntimos. Este estudio explora los efectos de la violencia sexual y las necesidades de quienes buscan ayuda profesional. El objetivo es apoyar intervenciones con antecedentes y recomendaciones desde la perspectiva de las propias consultantes.

Las mujeres, niños, niñas y adolescentes, así como las personas LGTBIQ+, enfrentan regularmente situaciones de violencia en diversos ámbitos, como el laboral, el hogar, en instituciones académicas, en espacios públicos y otros. A menudo se asume que las agresiones sexuales ocurren exclusivamente en entornos públicos y mediante el uso de la fuerza, pero la realidad es que se presentan mayormente en contextos cotidianos y son perpetrados por personas conocidas, valiéndose de manipulación y abuso de poder (Herman, 2000). Específicamente en el caso de la violencia sexual en etapas tempranas de la vida, es decir, durante la niñez y adolescencia, suele ser perpetrada por personas cercanas al entorno de la víctima (CUIDA & Fundación para la Confianza, 2022).

Este fenómeno ocurre con frecuencia en la niñez, dentro de entornos de confianza y cuidado. La primera Encuesta Nacional de Abuso Sexual y Adversidades en la Niñez, realizada en 2021 por el Centro de Investigación del Abuso y la Adversidad Temprana (CUIDA) de la Universidad Católica de Chile en colaboración con la Fundación para la Confianza, revela que el 18% de las personas encuestadas afirmaron haber sufrido abuso sexual en su infancia, siendo el 55% de ellos entre los 6 y 12 años de edad. En el 41% de los casos el agresor era un miembro cercano a la familia, mientras que en el 36% era un conocido ajeno a la familia.

A pesar de estas alarmantes cifras, la subrepresentación que existe de la violencia sexual guardaría relación con la dificultad para su reconocimiento y denuncia, debido a su naturalización o silenciamiento en entornos familiares.

Las actitudes de dominación y falta de consideración hacia la voluntad y el consentimiento en las relaciones sexo-afectivas tienen repercusiones directas en la capacidad para identificar situaciones abusivas y/o transgresoras. La prevalencia de una dinámica vertical y autoritaria en las interacciones sociales contribuye al surgimiento de actitudes o comportamientos violentos que vulneran la integridad de las personas (Herman, 2000).

La incidencia de la violencia sexual entre los jóvenes parece ser una problemática social en aumento. Según la Décima Encuesta Nacional de Juventudes, realizada en 2022 por el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), un 3,1% de jóvenes reportan haber experimentado violencia sexual en relaciones de pareja, un incremento significativo respecto al 1,2% registrado en 2018. Además, se observa un aumento en otras formas de violencia. Entre 2018 y 2022 la violencia psicológica aumentó del 12,5% al 14,4%, la violencia física del 6,1% al 7,2%, y la violencia digital creció del 3% al 5,7% (INJUV, 2022). Sin embargo, el aumento de la violencia registrada no siempre se refleja en un aumento de las denuncias. Durante el año 2020, el primer año de la pandemia de COVID-19, se observó una disminución del 5% en las tasas de denuncia (Bahlotra, et al., 2021).

Esta reducción en las denuncias puede atribuirse

a diversas causas, como las dificultades para trasladarse y presentar denuncias en persona, la falta de alfabetización digital para acceder a servicios de denuncia en línea, la dependencia con los agresores debido al confinamiento con grupos familiares, y el aislamiento generado por las cuarentenas, que limita el acceso a redes de apoyo emocional para tomar la decisión de denunciar. Esta problemática se agrava en el caso de niñas que están confinadas con sus agresores y alejadas de las redes de educación y salud.

El impacto de la violencia sexual se manifiesta en múltiples ámbitos de la vida: psicológico, físico, social, sexual y conductual. A nivel psicológico, pueden surgir síntomas como ansiedad, angustia, depresión, ideación suicida, sentimiento de inferioridad, trastorno de estrés postraumático, desensibilización emocional, disociación y pérdida de memoria sobre el evento traumático. En el plano social, es común experimentar aislamiento y temor a lugares públicos o a la presencia de personas que recuerden al agresor. Emocionalmente, pueden aparecer sentimientos de miedo, tristeza, rabia, vergüenza y culpa. Estos impactos pueden repercutir en la esfera sexual de la persona, generando desconfianza en las relaciones afectivas. A nivel conductual, pueden surgir comportamientos disruptivos, autodestructivos, autolesiones y/o trastornos alimentarios (Echeburúa, Corral, Amor, 2004).

La Encuesta Nacional de Abuso Sexual y Adversidades en la Niñez reveló que el 38% de las personas que sufrieron abuso sexual en la infancia fueron diagnosticadas con depresión por profesionales de la salud, un 11% recibió diagnóstico de estrés postraumático, un 16% de trastorno de ansiedad generalizada, un 13% experimentó ideación suicida, un 8% se autolesionó sin intención suicida y un 7% presentó trastornos del lenguaje (CUIDA & Fundación para la Confianza, 2022).

Como se puede observar, los efectos de la violencia sexual son diversos y pueden manifestarse tanto en el corto plazo como a lo largo de toda la vida. Sin embargo, las posibilidades para que las personas que han sido víctimas de estos delitos puedan denunciar suelen ser escasas. Los estudios son claros al señalar que las denuncias pueden tardar años, hasta que la persona recupere las condiciones necesarias para hacerlo de manera segura para sí misma. No obstante, la denuncia es un paso crucial que puede iniciar un proceso de reparación, al igual que los servicios de atención psicológica a las víctimas.

El Estado de Chile ha establecido diversos dispositivos para brindar apoyo a las víctimas, como la Unidad de Atención a Víctimas y Testigos (Fiscalía de Chile) y las Unidades Regionales de Atención a Víctimas y Testigos (URAVIT), donde se ofrece orientación, protección y apoyo especializado. Asimismo, existen los Centros de Atención a Víctimas (CAVI), Centros de Apoyo a Víctimas de Delitos Violentos (CAVD) y los Centros y Unidades de Atención a Víctimas de Delitos Violentos de la Corporación de Asistencia Judicial (CAJ) que buscan

ayudar en la reparación del impacto causado por un delito violento en la vida de una persona a través de equipos interdisciplinarios. Además, se han establecido Centros de Atención y Reparación para Mujeres Víctimas/Sobrevivientes de Violencia Sexual en las regiones de Valparaíso, Metropolitana y del Biobío, donde las mujeres mayores de 18 años que han experimentado violencia sexual pueden recibir atención sin necesidad de realizar una denuncia formal (Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género, s/f).

A pesar de la amplia gama de dispositivos disponibles, la capacidad de atención es limitada y los equipos profesionales muchas veces se ven desbordados por la demanda, especialmente considerando que los procesos de reparación suelen ser prolongados y se superponen con nuevos casos que van surgiendo. Por lo tanto, resulta fundamental comprender en detalle cuáles son las necesidades y expectativas de las personas que han sufrido estas violencias al momento de solicitar atención. Conocer sus requerimientos puede ser un insumo valioso para diseñar estrategias de intervención que aborden de manera más pertinente y oportuna sus necesidades.

Por eso en Corporación Miles, con nuestra experiencia en acompañamiento a mujeres víctimas de violencia de género, incluida la violencia sexual, hemos decidido sistematizar y analizar una serie de procesos psicosociales. Nuestro objetivo es identificar los siguientes aspectos:

- Determinar qué buscan las personas que han sido víctimas de violencia sexual al acudir a un servicio de atención.
- Identificar cuáles son las principales necesidades psicosociales que estas personas tienen.
- Caracterizar los efectos predominantes de la violencia sexual desde la perspectiva de quienes la han vivido.

Al profundizar en estos aspectos, buscamos obtener información relevante para el diseño de estrategias de intervención y reparación. Asimismo, esperamos proporcionar recomendaciones específicas para mejorar tanto el acceso como la calidad de la atención que brindan las unidades de acompañamiento y/o reparación.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La metodología de esta investigación tiene como objetivo primordial contribuir al mejoramiento de los servicios de atención psicosocial de violencia sexual. Para lograrlo, nos proponemos:

- Identificar las principales expectativas y necesidades que presentan las personas al abordar la violencia sexual vivida al solicitar ayuda a organizaciones como Corporación Miles.
- Caracterizar los efectos de la violencia sexual desde la perspectiva de las personas sobrevivientes que acuden a Corporación Miles.
- Identificar los efectos deseados (positivos) al acceder a un espacio de atención psicológica para situaciones de violencia sexual.
- Generar recomendaciones para programas de atención en violencia sexual que reflejen las necesidades y expectativas de las personas que han sido víctimas de violencia sexual.

Para llevar a cabo el análisis, revisamos los registros de atención del servicio de Acompañamiento Psicosocial de Corporación Miles, correspondientes a 29 procesos de atención, realizados entre 2020 y 2022. La duración de estos procesos varía según las necesidades de cada caso, pero logramos registrar y analizar un total de 377 entrevistas o consultas.

El análisis de los registros se realizó siguiendo las directrices de la Teoría Fundamentada, a través de un proceso de codificación abierta y luego axial, con el fin de identificar categorías y relaciones entre estas. El análisis de datos propuesto por la teoría fundamentada es un proceso metódico, sistemático e interpretativo, del cual surgieron los siguientes resultados del análisis.

RESULTADOS DEL ANÁLISIS

Los resultados del análisis de los registros de casos se presentarán en relación con los objetivos específicos de la investigación. En primer lugar, se expondrán las expectativas y necesidades de las personas consultantes al buscar apoyo u orientación sobre esta temática. En segundo lugar, se presentarán los resultados referentes a la caracterización de los efectos de la violencia sexual en sus sobrevivientes. Por último, se expondrán los resultados relativos a la identificación de los efectos deseados o consecuencias positivas que implica para la persona consultante iniciar y sostener un espacio de contención y elaboración psicosocial. Pero antes, es importante considerar las características de la muestra analizada. Se revisaron los registros de 29 procesos de acompañamiento, lo que implicó un total aproximado de 377 consultas de atención. En un 67% de los casos, la violencia sexual había ocurrido durante la infancia, mientras que un 33% ocurrió en la edad adulta. En 27 de los 29 casos (es decir, en un 93% de las ocasiones), la violencia sexual fue perpetrada por una persona cercana a la víctima, ya sea un familiar, amigo o vecino. Solo en 2 casos la violencia fue cometida por un desconocido.

Al solicitar ayuda, el 80% de las personas lo hizo dentro de su red familiar cercana. El 10% buscó ayuda a través de sus instituciones educativas o centros de salud. El otro 10% restante no especificó dónde solicitó apoyo.

La mitad de las personas que buscaron ayuda indicaron que las personas a las que acudieron confiaron en su relato y les brindaron apoyo. Sin embargo, un 38% de las mujeres consultadas informó que habían sido cuestionadas en su narración, lo que en muchos casos resultó en que el agresor no fuera apartado de sus vidas.

CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO

Las consultas fueron mayoritariamente realizadas por mujeres jóvenes, siendo seis de cada diez mujeres que buscaban ayuda tenían entre 18 y 25 años al momento de la consulta. El 27% tenía entre 26 y 33 años, mientras que un menor porcentaje, el 10%, superaba los 34 años. La persona de mayor edad que solicitó ayuda tenía 49 años.

En cuanto al momento en que experimentaron la violencia sexual, el 67% informó haberla sufrido durante la infancia, mientras que el 33% la experimentó en la edad adulta. Del análisis de los relatos, se identificó que el 55% de los agresores pertenecían al grupo familiar, como padre, hermano, primo, padrastro o tío abuelo. En cambio, el 27% de los agresores eran pareja de las mujeres en ese momento o mantenían algún tipo de vínculo amoroso. El resto no tenía relación ni familiar ni sentimental, siendo, por ejemplo, amigos, compañeros de trabajo o de colegio, profesores o desconocidos. Es relevante señalar que en el 31% de los casos revisados,

se identificó que la violencia sexual fue llevada a cabo por más de una persona del entorno de la víctima.

En cuanto a las denuncias, solo el 14% indicó haber presentado una denuncia judicial, equivalente a 4 casos. Un 14% no proporcionó información al respecto. Se destaca que el 52% de las mujeres afectadas optó por no presentar ninguna denuncia contra el agresor. Se plantea la hipótesis de que la falta de reconocimiento por parte de sus entornos significativos o familiares podría influir en la decisión de no denunciar. La dificultad para denunciar y tomar medidas de distanciamiento con el agresor se refleja en que, al momento de contactar al programa de Consejería y Acompañamiento, 5 mujeres aún mantenían algún tipo de relación forzada con su agresor, promovida por su entorno familiar. Finalmente, el 20% restante optó por realizar algún tipo de denuncia social como recurso para visibilizar la violencia.

Se identificó que un 69% de las mujeres había recibido un tratamiento psicológico o psiquiátrico previo a la atención en el programa de Consejería y Acompañamiento de la Corporación Miles. La mitad de ellas recibieron o continúan recibiendo un tratamiento farmacológico debido a las secuelas del trauma experimentado. Esto indica que la mayoría de las mujeres ha buscado ayuda en el ámbito de la salud mental de manera continua para abordar la situación de violencia a lo largo de sus vidas.

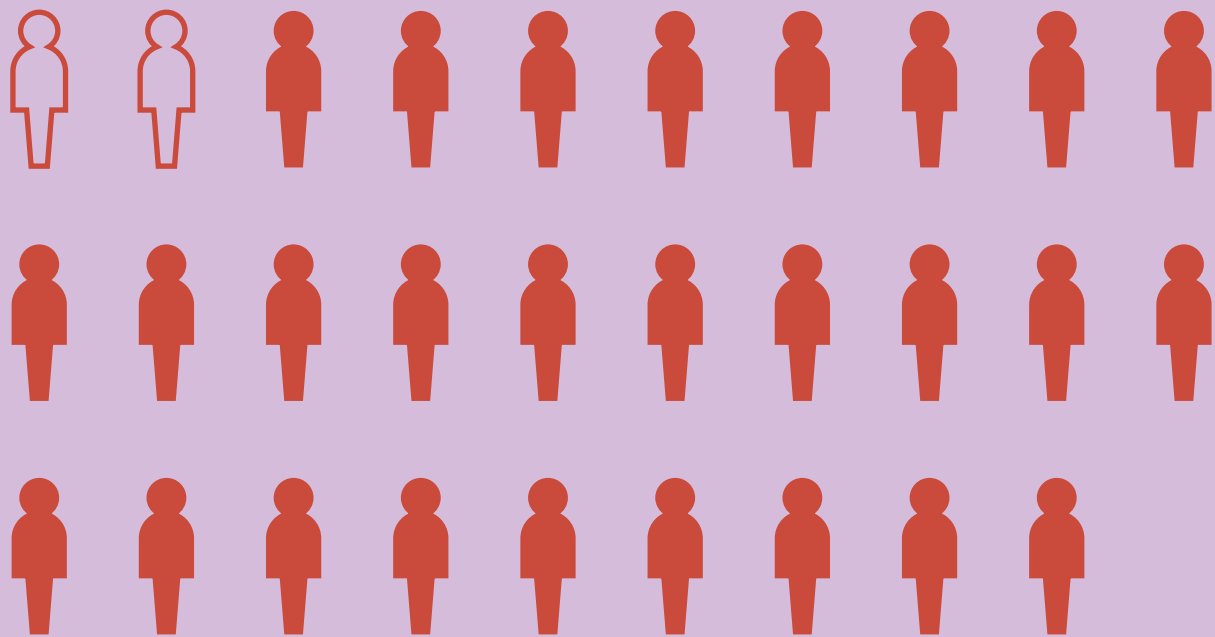
CARACTERIZACIÓN REALIZADA DE LA FIGURA DEL AGRESOR

El 86% de los agresores mantenía un vínculo de confianza con la víctima al momento de perpetrar el abuso, ya sea como familiares, amigos o personas cercanas. Además, un 34% de los agresores ya tenía antecedentes de abuso sexual hacia otras personas del mismo entorno de las mujeres afectadas. Esto sugiere que los agresores implicados en los casos analizados son predominantemente varones que ocupan roles de autoridad y/o mantienen relaciones afectivas y/o de confianza con la víctima.

Los relatos revelan la prevalencia de vínculos de confianza entre agresores y víctimas, así como la existencia de agresores con historial de abusos sexuales. Estos antecedentes subrayan que la violencia sexual ocurre con mayor frecuencia en contextos familiares y que existe la probabilidad de que una persona que ha perpetrado este tipo de acciones en el pasado vuelva a hacerlo.

Además, el 52% de las mujeres declararon haber sido amenazadas verbalmente, mientras que el 20% reportó amenazas directas por parte de sus agresores. Algunas amenazas se manifestaron a través de manipulaciones, tanto sexuales como psicológicas, así como el uso de armas blancas para intimidar y/o amenazar la vida de las víctimas. Estas amenazas surgieron como respuesta a la resistencia u oposición directa de la víctima ante las estrategias manipuladoras del agresor.

29 PROCESOS DE ACOMPAÑAMIENTO:



93%

de las ocasiones la violencia sexual fue perpetrada por una **persona cercana** a la víctima, ya sea un familiar, amigo o vecino. Solo en 2 casos la violencia fue cometida por un desconocido.



80% buscó ayuda dentro de su red familiar cercana

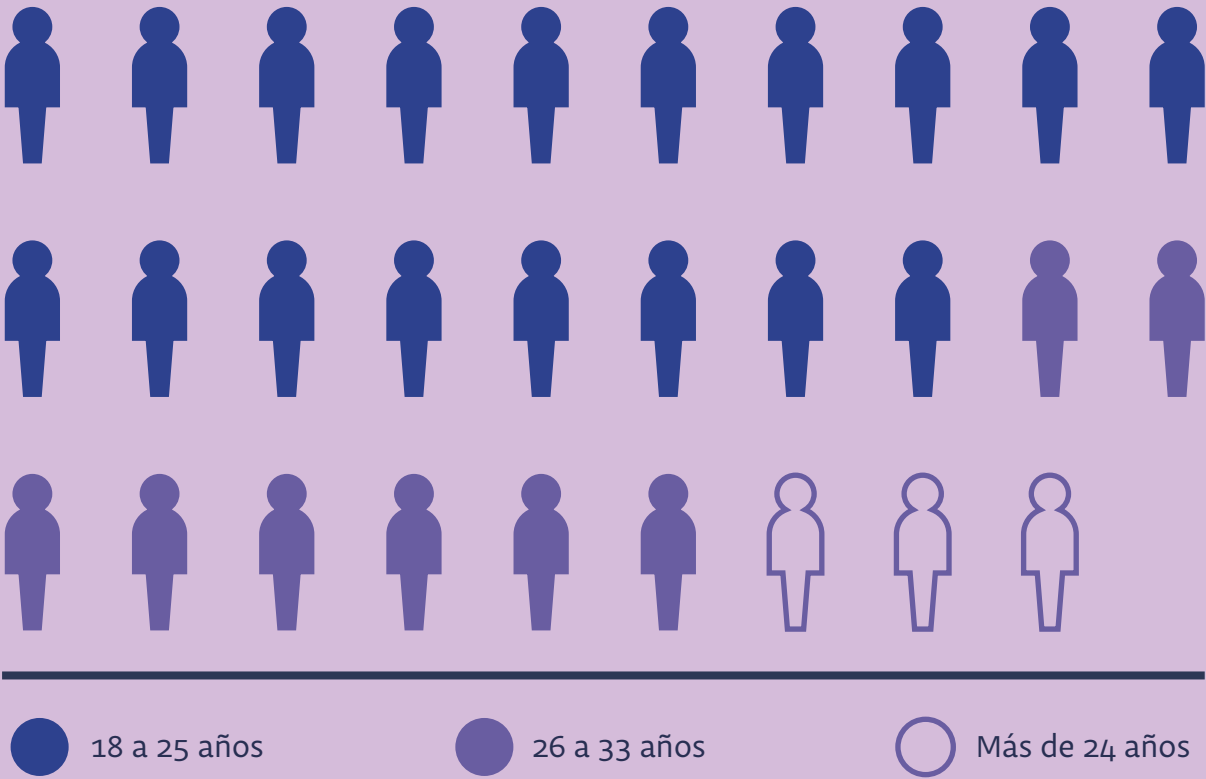
10% buscó ayuda a través de sus instituciones educativas o centros de salud

10% no especificó dónde solicitó apoyo



38% de las mujeres consultadas informó que habían sido cuestionadas en su narración

CARACTERIZACIÓN DE LAS MUJERES VÍCTIMAS



52% de las mujeres afectadas optó por no presentar ninguna denuncia contra el agresor

14% indicó haber presentado una denuncia judicial

20% optó por realizar algún tipo de denuncia social como recurso para visibilizar la violencia

14% no proporcionó información al respecto

CARACTERIZACIÓN DE LA FIGURA DEL AGRESOR



86% de los agresores mantenía un vínculo de confianza con la víctima al momento de perpetrar el abuso

34% ya tenía antecedentes de abuso sexual hacia otras personas del mismo entorno de las mujeres afectadas

52% de las mujeres declararon haber sido **amenazadas verbalmente**

20% reportó **amenazas directas por parte de sus agresores**, entre ellas manipulaciones o uso de armas blancas para intimidar

¿QUÉ BUSCAN LAS PERSONAS SOBREVIVIENTES DE VIOLENCIA SEXUAL A LA HORA DE CONSULTAR EN BÚSQUEDA DE AYUDA PROFESIONAL?

Las personas sobrevivientes de violencia sexual buscan ayuda profesional con diversas expectativas y motivaciones, según se desprende del análisis de los casos:

1. Buscan un espacio donde puedan expresar su experiencia de violencia sexual y reflexionar sobre ella de manera segura. Se observa una dificultad generalizada para encontrar entornos propicios para reflexionar sobre la violencia y la sexualidad en general.
2. Quieren abordar los efectos de la violencia sexual pasada en relación con situaciones actuales de violencia y/o vulnerabilidad. En varios casos, la necesidad de abordar los efectos de la violencia en el pasado surge al estar atravesando situaciones de vulnerabilidad que evocan experiencias similares.
3. Buscan orientación sobre cómo comunicarse con algunos miembros de su familia acerca de la situación de violencia experimentada. Esto se debe a la falta de apoyo en el pasado o al temor de enfrentar rechazo en las respuestas de sus familiares.
4. Solicitan apoyo para desarrollar estrategias de afrontamiento frente a situaciones de violencia. Esto implica buscar recursos y estrategias para hacer frente a las adversidades y protegerse ante posibles episodios de violencia.

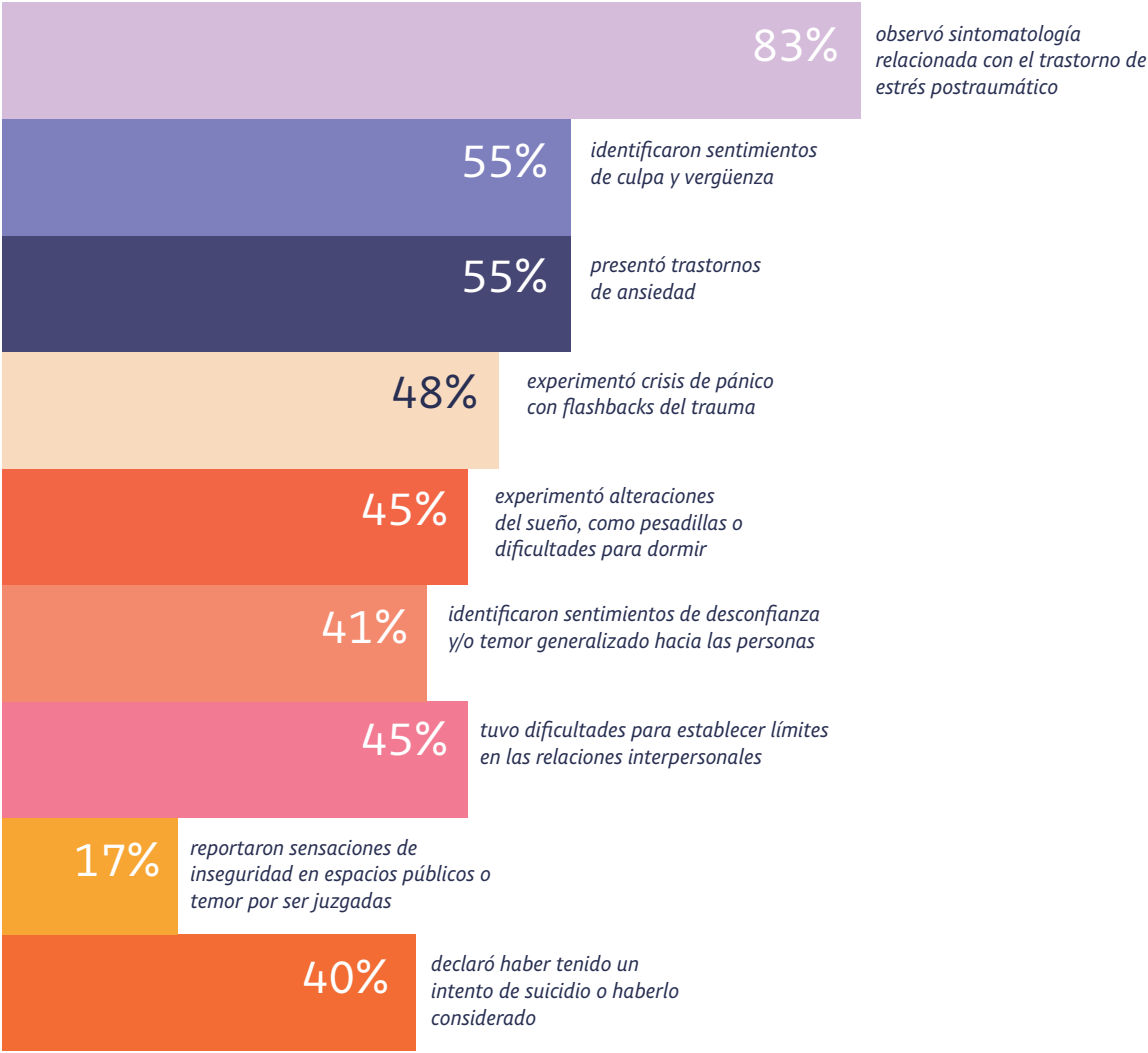
CARACTERIZACIÓN DE LOS EFECTOS DE LA VIOLENCIA SEXUAL: UNA APROXIMACIÓN DESDE EL ANÁLISIS DE REGISTROS DE ATENCIÓN

La caracterización de los efectos de la violencia sexual, a partir del análisis de registros de atención, revela una amplia gama de impactos en las mujeres que han vivido estas experiencias a lo largo de sus vidas. Para facilitar una comprensión más clara, se han identificado tres ejes fundamentales:

- **Efectos psicológicos:** Este eje abarca la sintomatología psicológica tanto en el funcionamiento psíquico como emocional, como resultado de la violencia y/o trauma experimentado.
- **Efectos en las relaciones e interacciones en el entorno familiar:** Aquí se incluyen las dinámicas complejas y conflictos dentro del núcleo familiar como consecuencia de la violencia y/o abuso sufrido.
- **Efectos en las relaciones interpersonales ampliadas:** Esta categoría aborda las repercusiones que las mujeres experimentan en sus relaciones interpersonales, ya sea en ámbito amoroso o de amistad, como resultado de la violencia sexual vivida.



EFFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA VIOLENCIA SEXUAL



A. EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA VIOLENCIA SEXUAL

El análisis de los registros de las atenciones realizadas por la unidad de atención psicosocial reveló una amplia gama de efectos psicológicos de la violencia sexual:

En el 83% de los casos (24 procesos de acompañamiento), se observó sintomatología relacionada con el trastorno de estrés postraumático, caracterizado por ansiedad y alteraciones del estado de ánimo, como la depresión. Se identificó predominantemente sentimientos de culpa y vergüenza, presentes en más de la mitad de los casos analizados (55%), así como sentimientos de rabia y frustración en un porcentaje similar.

De manera más específica, el 55% de los casos presentó trastornos de ansiedad, como crisis de pánico, fobias y/o funcionamiento evitativo que afecta la vida diaria. Estas personas se describen en un estado constante de alerta y/o vulnerabilidad. Además, el 48% experimentó crisis de pánico con flashbacks del trauma, y un 45% experimentó alteraciones del sueño, como pesadillas o dificultades para dormir.

En el 41% de los casos se identificaron sentimientos de

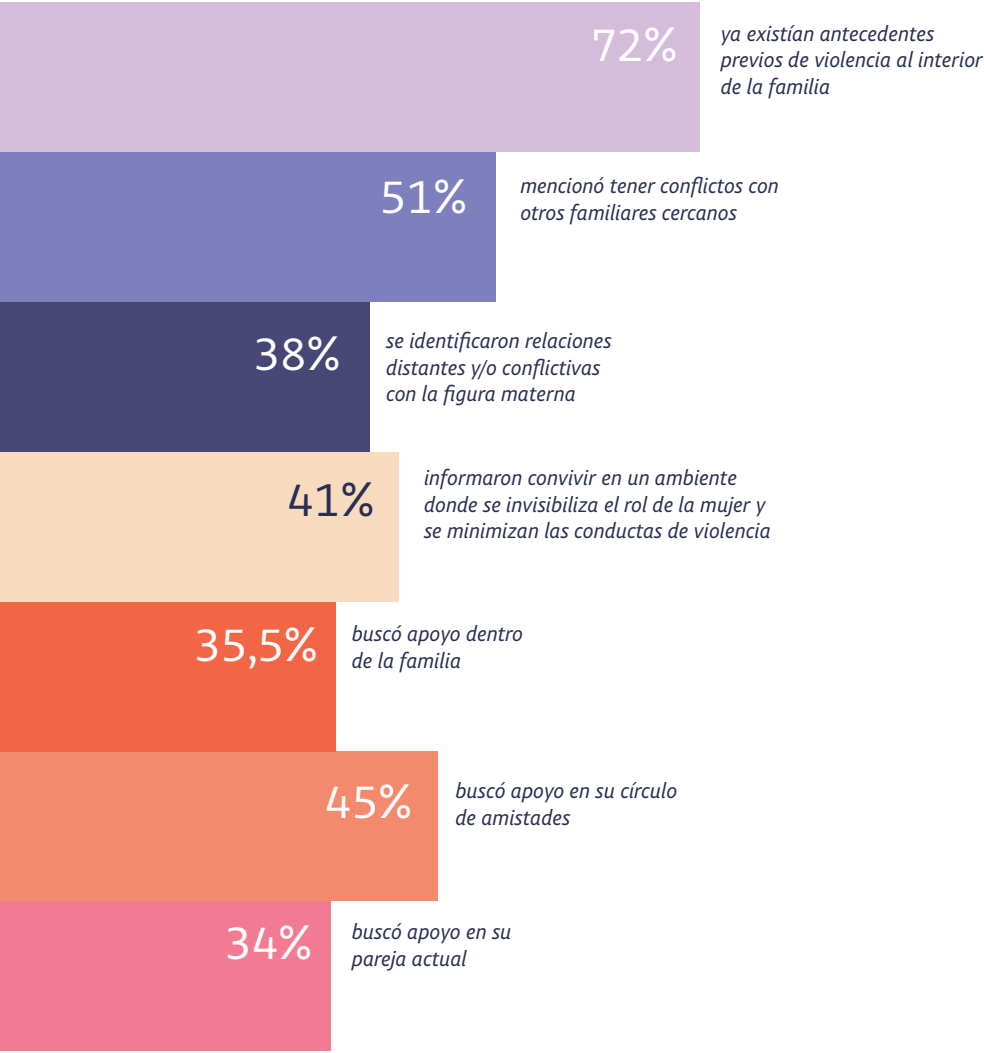
desconfianza y/o temor generalizado hacia las personas, mientras que un 45% tuvo dificultades para establecer límites en las relaciones interpersonales. En un menor número de casos (17%), se reportaron sensaciones de inseguridad en espacios públicos o temor por ser juzgadas.

Finalmente, un 40% de las mujeres declaró haber tenido un intento de suicidio o haberlo considerado en algún momento posterior a la agresión sexual, resaltando la gravedad del daño y el riesgo para la salud mental que implica la violencia sexual.

B. EFECTOS EN LAS RELACIONES E INTERACCIONES EN EL ENTORNO FAMILIAR

El análisis de los registros reveló que en el 72% de los casos donde hubo violencia sexual, ya existían antecedentes previos de violencia al interior de la familia. Estas situaciones se caracterizaban por relaciones intrafamiliares autoritarias, rígidas y jerárquicas, especialmente en términos de género y edad. En todos estos casos, las consultantes reportaron tener una relación conflictiva

EFFECTOS EN LAS RELACIONES E INTERACCIONES EN EL ENTORNO FAMILIAR



con su figura paterna, y más de la mitad (51%) también mencionaron tener conflictos con otros familiares cercanos. Además, en el 38% se identificaron relaciones distantes y/o conflictivas con la figura materna. Estas dinámicas se observan tanto como resultado de la violencia sexual experimentada como antecedentes previos. Esto sugiere que la violencia sexual, especialmente dentro de los círculos de confianza y/o familiares, ocurre en un ambiente propicio que también puede estar marcado por otras formas de violencias y negligencias. En cuanto a la perpetuación de dinámicas machistas en el entorno familiar, el 41% de las personas informaron convivir en un ambiente donde se invisibiliza el rol de la mujer y se minimizan las conductas de violencia. Esto puede fortalecer la dependencia emocional hacia la madre y contribuir a la internalización de la responsabilidad y los sentimientos de culpa por la violencia sexual sufrida. En cuanto a la búsqueda de apoyo dentro de la familia, se observó que en 10 de cada 29 casos, las víctimas no encuentran el apoyo necesario en su red más cercana. Algunas personas incluso deciden no compartir su experiencia de abuso con los miembros de su familia, principalmente por

temor a sus reacciones y cómo esto afectaría sus relaciones familiares. Por lo tanto, la mayoría de las personas afectadas buscan apoyo en su círculo de amistades, con un 45% encontrando apoyo en amigos y un 34% en su pareja actual.

C. EFECTOS EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES AMPLIADAS

En cuanto a los efectos en las relaciones interpersonales ampliadas, el análisis de los registros reveló que estos se manifiestan principalmente a través de sentimientos de desprotección y abandono. Estos sentimientos suelen persistir como consecuencias de la violencia sexual, lo que a menudo se traduce en dificultades en las relaciones de pareja.

La sensación de desprotección y abandono está relacionada con la desconfianza al establecer lazos afectivos más profundos, lo que puede desencadenar alteraciones en el estado del ánimo y/o angustia frente al contacto físico y sexual.

EFFECTOS POSITIVOS O RESULTADOS DESEADOS DE LOS PROCESOS DE ACOMPAÑAMIENTO PROFESIONAL

En cuanto a los efectos positivos o resultados deseados de los procesos de acompañamiento profesional, se identificaron varios elementos destacados en los registros de los 29 procesos de acompañamiento:

En primer lugar, se observó un efecto en la elaboración de la experiencia de violencia. Las consultantes encontraron contención, apoyo emocional, asesoría técnica y desarrollaron estrategias para abordar y recomponer las áreas de sus vidas afectadas por la violencia sufrida.

Además, en línea con las expectativas de las consultantes, se identificó que estas fortalecieron su sentido de autoconfianza y seguridad en sus relaciones interpersonales. Esto llevó a un mejoramiento en su bienestar psicológico y a avanzar en la reconstrucción o reparación de las heridas emocionales causadas por el trauma de la violencia.

Finalmente, las consultantes también reportaron haber profundizado en su autoconocimiento y fortalecido su autovaloración. Se observaron mejoras en la comunicación con sus seres queridos, así como la capacidad de establecer límites y practicar el autocuidado. En la mayoría de los casos, estos efectos positivos surgieron del espacio seguro proporcionado por el acompañamiento, que les permitió expresarse y reflexionar sobre sí mismas y su historia de manera constructiva.

CONCLUSIONES

El análisis de los registros de atención en los 29 procesos de acompañamiento psicosocial proporcionó información valiosa sobre las expectativas de las personas que buscan estos servicios, así como sobre los efectos terapéuticos o consecuencias positivas que experimentan las usuarias de estos servicios. Además, permitió caracterizar los diversos efectos de la violencia sexual tanto en el funcionamiento psicológico de las víctimas como en las consecuencias interpersonales que a menudo conlleva.

Se destaca la importancia de reconocer que la violencia sexual ocurre con mayor frecuencia en entornos de confianza y familiaridad. Además, se observa una relación entre las relaciones familiares rígidas y jerarquizadas, con dinámicas de machismo y antecedentes de violencia, y la presencia de vulneraciones en la esfera de la sexualidad.

En términos de relaciones interpersonales, se observa que una de las principales consecuencias es el aislamiento social, tanto en relaciones familiares como de amistad. Muchas víctimas experimentan descrédito y/o desconfianza al revelar el abuso, lo que puede llevar al silenciamiento y a la sensación de desesperanza respecto a buscar ayuda. En el ámbito emocional y/o psicológico, los principales efectos observados incluyen sensaciones de temor y angustia frente al juicio externo, así como

dificultades para establecer límites efectivos en las relaciones y mantener la autonomía. La sintomatología más prevalente se encuentra en la ansiedad y la depresión, con una preocupante tasa de ideación o intentos suicidas (44%).

En cuanto a la búsqueda de apoyo profesional, muchas personas afectadas muestran una baja tendencia a realizar denuncias y/o buscar ayuda en instituciones debido al temor a no ser creídas. Sin embargo, cuando encuentran las posibilidades para buscar apoyo, los efectos de estos procesos son positivos. Los procesos de acompañamiento permiten a las consultantes generar resignificaciones que les ayudan a elaborar su historia y conectar con recursos personales para la autoafirmación y el autocuidado.

RECOMENDACIONES

- 1. Capacitación continua en la red de atención primaria de salud:** Es crucial implementar procesos de capacitación sistemática que aborden la violencia sexual desde una perspectiva de género. Estas capacitaciones deben sensibilizar sobre las particularidades del fenómeno, sus efectos y consecuencias. Se recomienda establecer equipos interdisciplinarios que brinden intervenciones breves para realizar una primera acogida y detectar las necesidades específicas de las personas, orientándolas sobre cómo abordarlas.
- 2. Educación afectivo-sexual:** Es fundamental promover una educación afectivo-sexual que fomente el respeto y la valoración de las diferencias como base para sociedades justas y seguras. Se sugiere realizar actividades conjuntas entre escuelas y familias para integrar diferentes visiones de manera democrática y participativa.
- 3. Formación universitaria:** Es necesario integrar en la formación de profesionales de la educación y la salud conocimientos sobre desigualdades de género, formas de violencia de género y sus consecuencias a nivel biopsicosocial. La colaboración entre sectores como educación, justicia y servicios sociales es esencial para abordar la violencia sexual de manera integral.
- 4. Campañas comunicacionales intersectoriales:** Se recomienda realizar campañas comunicacionales intersectoriales que demuestren cómo las acciones conjuntas entre los servicios de salud, las instituciones educativas, organizaciones comunitarias y medios de comunicación pueden colaborar para difundir información relevante sobre la violencia sexual y sus consecuencias.



Foto de Erick Zajac en Unsplash

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, Sonia. (1998). Feminismos Latinoamericanos. Revista Estudios Feministas, 6 (2).
- Araujo, K., (2016). El miedo a los subordinados. Una teoría de la autoridad. LOM. Santiago de Chile.
- Bahlotra, S., Brito, E; Clarke, D., Larroulet, P., Pino, F. Impacto de las dinámicas de cuarentena en la violencia domestica, revisado en: https://minmujeryeg.gob.cl/wp-content/uploads/2022/03/VIFCovid_MMujer2022_of.pdf
- Centro de investigación del abuso y la adversidad temprana & Fundación para la confianza. (2022). Primera encuesta nacional de abuso sexual y adversidades en la niñez. <https://www.paralaconfianza.org/project-view/seminario-cuida-uc-primera-encuesta-nacional-de-abuso-sexual-y-adversidades-en-la-ninez/>
- Corporación de Asistencia Judicial. (s/f). Atención a víctimas de delitos violentos. <http://www.cajmetro.cl/atencion-a-victimas-de-delitos-violentos/>
- Corporación Miles (2020) Dinámicas vinculares en los hogares chilenos durante la pandemia del Covid-19. Tercer Informe sobre derechos, salud sexual reproductiva y violencia de género en Chile. Corporación Miles.
- Echeburúa, Corral, Amor, (2004) Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. Psicopatología clínica, legal y forense. Vol 4 pp 227-244. <https://masterforense.com/pdf/2004/2004art19.pdf>
- Grau, Olga (2018). Un cardo en la mano. En Zerán, F. (Ed.). Mayo feminista. La rebelión contra el patriarcado (pp. 91-97). Santiago de Chile: Lom ediciones.
- Herman, J.L., (2000). Father-daughter incest. Judith Lewis Herman with Lisa Hirschman. With a new afterword. Cambridge/Londres: Harvard University Press.
- Instituto Nacional de la Juventud. (2022). Décima Encuesta Nacional de Juventudes 2022. <https://www.injuv.gob.cl/encuestanacionaldejuventud>
- Middleton, J. (20 de septiembre de 2021). ¿Un efecto desconocido de la pandemia?: denuncias de delitos sexuales se disparan en el primer semestre de 2021. The Clinic. <https://www.theclinic.cl/2021/09/20/efecto-pandemia-alza-denuncias-delitos-sexuales/>
- Ministerio de la Mujer y Equidad de Género. (s/f). Violencia contra la mujer. https://minmujeryeg.gob.cl/?page_id=1359
- Ministerio Público de Chile, Fiscalía. (2021). Boletín Estadístico Anual enero-diciembre 2020. <http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/estadisticas/index.do>
- Ministerio Público de Chile, Fiscalía. (2022). Boletín Estadístico Anual enero-diciembre 2021. <http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/estadisticas/index.do>
- ONU (2020) Pandemia en la sombra. Violencia contra las mujeres en contexto covid 19. Proyecto la violencia de genero importan como respuesta al covid 19. <https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>

- Policía de Investigaciones. (s/f). Delitos Sexuales. <https://www.pdichile.cl/instituci%C3%B3n/unidades/delitos-sexuales>
- Russell, D., (1984). Sexual exploitation, rape, child sexual abuse and workplace harassment (vol. 155). Londres: Sage.
- Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género. (s/f). Centro de atención y reparación para mujeres víctimas/sobrevivientes de violencia sexual. https://www.sernameg.gob.cl/?page_id=30023
- Subsecretaría de Prevención del delito. (s/f). Apoyo a víctimas. <https://www.apoyovictimas.cl/>
- Zerán, F., (2018). Prólogo: Escrituras rebeldes en tiempos de cambio. En Zerán, F. (Ed.). Mayo feminista. La rebelión contra el patriarcado (pp. 91-97). Santiago de Chile: Lom ediciones.



Métodos clínicos para la realización de un aborto en los hospitales públicos en Chile:

Brechas y recomendaciones
para el cumplimiento de
estándares internacionales

Karla Barraza Lara, Cientista política, Investigadora Corporación Miles; **Diana Durán Medina**, Antropóloga social, pasante Corporación Miles; **Eduardo Soto Fernández**, Matrón, Subdirector de Servicios Corporación Miles; **Isidora Medina Castillo**, Matrona, Profesional Corporación Miles. **Stephanie Otth Varnava**, Psicóloga, Mg Psicología Clínica U. Chile, MA Gender, Society and Representation; University College London.

La oms recomienda métodos no invasivos y seguros para la interrupción del embarazo, pero en Chile predomina el legrado. Este estudio caracteriza los métodos usados en hospitales públicos chilenos, identificando brechas y ofreciendo recomendaciones respecto a estándares internacionales.

ANTECEDENTES

En lo concerniente a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, Latinoamérica y el Caribe se respaldan en una hoja de ruta considerada entre las más avanzadas a nivel mundial: el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Este acuerdo fue aprobado en la Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe en agosto de 2013, celebrada en Montevideo. El Consenso de Montevideo representa la expresión regional del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), adoptado en 1994 por 179 Estados Miembros de las Naciones Unidas. Este programa planteó un plan a largo plazo para promover el bienestar humano, centrando los derechos humanos individuales en lugar de metas demográficas cuantitativas en la agenda global sobre población y desarrollo (CEPAL, 2023). Además, incluye la noción de derechos sexuales y reproductivos como parte integral de los Derechos Humanos (Ministerio de Salud, 2017).

El Consenso también aborda el asesoramiento y la atención integral de los embarazos no deseados, instando a los países a asegurar la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad en lugares donde el aborto es legal o despenalizado. Asimismo, anima a aquellos países donde el aborto no es legal a considerar reformas legales, normativas y políticas públicas para facilitar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo para todas las mujeres.

En respuesta a la pandemia del COVID-19, la CEPAL ha formulado recomendaciones dirigidas a priorizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Estas recomendaciones incluyen la elaboración de protocolos de comunicación específicos, implementación de teleconsulta u otras estrategias digitales de atención, la garantía de acceso a todos los métodos anticonceptivos modernos y la atención integral del aborto dentro de los marcos legales establecidos. Además, se propone establecer redes con la sociedad civil y sistemas de monitoreo y evaluación basados en un conjunto mínimo de indicadores medibles con el fin de facilitar la toma de decisiones y el funcionamiento eficaz de los servicios (CEPAL, 2023).

RECOMENDACIONES DE LA OMS PARA LA REALIZACIÓN DE SERVICIOS DE ABORTO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de la atención en el aborto abarca varios aspectos y se define como eficaz, eficiente, accesible, aceptable, centrada en la mujer, equitativa y segura (OMS, 2022). El aborto, una intervención sanitaria segura y de bajo riesgo, puede realizarse de manera efectiva con medicamentos o mediante un procedimiento quirúrgico ambulatorio en diversos entornos. Las complicaciones son poco frecuentes en ambos métodos cuando se realizan de manera segura, es decir, utilizando un método científicamente recomendado, adecuado para

la etapa del embarazo y administrado por personal con la formación necesaria. A continuación, se detallan los diferentes manejos clínicos para llevar a cabo un aborto.

ABORTO MÉDICO

El aborto médico ha ampliado el acceso a la atención de calidad en todo el mundo. Los fármacos utilizados para inducir el aborto pueden administrarse de manera segura y eficaz en un establecimiento de salud o, también, autoadministrarse (por ejemplo, en el hogar) con información precisa y medicamentos de calidad. La OMS sugiere que la provisión de servicios con una supervisión médica mínima puede mejorar significativamente el acceso al aborto, así como la privacidad, la comodidad y la aceptabilidad, sin comprometer la seguridad ni la eficacia.

La OMS recomienda el uso combinado de mifepristona y misoprostol para abortos de menos de 12 semanas de gestación, pudiendo ser autoadministrado o asistido por agentes comunitarios capacitados o profesionales de la salud. En tanto, para el manejo del dolor, se recomienda ofrecer sistemáticamente tratamiento para el dolor, como antiinflamatorios no esteroides.

ABORTO QUIRÚRGICO

La OMS especifica que la recomendación para abortos de menos de 14 semanas es la aspiración por vacío, enfatizando que la dilatación y el legrado instrumental, incluida la verificación por cureta, no se recomienda como procedimiento quirúrgico para el aborto. La OMS señala que «antes de las 14 semanas de gestación, el legrado instrumental causa dolor y sufrimiento a las mujeres y no se recomienda su uso, es incompatible con numerosos derechos humanos, incluido el derecho a la salud».

La aspiración por vacío puede realizarse en un establecimiento de atención primaria y de forma ambulatoria (OMS, 2022). Para embarazos de más de 14 semanas, se recomienda la dilatación y evacuación de forma ambulatoria. Respecto al manejo del dolor, se sugiere el uso de antiinflamatorios no esteroides y bloqueo para-cervical, pudiendo administrarse sedación en casos que lo requieran, con la mujer consciente.

NORMATIVA CHILENA REFERENTE AL MANEJO CLÍNICO DEL ABORTO BAJO LAS 3 CAUSALES Y PARA OTRAS PERDIDAS REPRODUCTIVAS

La normativa chilena referente al manejo clínico del aborto bajo las tres causales, así como para otras pérdidas reproductivas, se establece en el documento operativo de la ley 21.030, titulado «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», publicado en febrero de 2018. Su objetivo es proporcionar directrices normativas y procedimientos

para el acompañamiento y la atención integral de las mujeres que se encuentran en alguna de las tres causales.

La normativa detalla los procedimientos clínicos de la siguiente manera: Se deben considerar diversos factores al seleccionar el método para la interrupción voluntaria del embarazo por las tres causales, como la causal invocada, la edad gestacional, las condiciones de salud de la mujer (sana o con morbilidad) y del embarazo (complicado o no), así como las condiciones de salud del feto (estado vital-tamaño). Una vez establecida la causal, se requiere el consentimiento informado de la mujer y se deben considerar las condiciones locales de la Red asistencial, y las competencias del personal médico. Se recomienda el uso de métodos que brinden mayor seguridad, menores complicaciones y menor invasión instrumental, así como el uso de medicamentos y la aspiración por vacío. Se sugiere eliminar progresivamente la técnica de dilatación y raspado (legrado, curetaje) de las prácticas asistenciales en el país, a medida que se cuente con personal capacitado en la aspiración por vacío, y los insumos requeridos. (MINSAL, 2018)

Sin embargo, esta recomendación parece no estar a la altura de una norma que exija el reemplazo definitivo del legrado por métodos modernos de aborto, a pesar de la recomendación de la OMS en 2012 de hacer todos los esfuerzos posibles para ello (OMS, 2012).

En cuanto a las indicaciones para procedimientos de interrupción en casos de otras pérdidas gestacionales, el Ministerio liberó el ordinario N°3264 en agosto de 2022, que establece que estas pérdidas No IVE deben igualmente tratarse con un esquema farmacológico combinado. Sin embargo, no se menciona el reemplazo del legrado por la Aspiración Manual Endouterina (AMEU), una indicación clave para avanzar hacia el cumplimiento de los estándares internacionales.

Según información del Departamento de Capacitación, Formación y Educación Continua de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, la última capacitación práctica en técnicas de interrupción del embarazo, denominada «Habilitación técnica AMEU», se realizó en 2017, con la participación de 123 médicos de los 69 hospitales donde se implementa la ley. Entre 2018 y 2023 solo se llevaron a cabo formaciones en línea y de carácter general dirigidas a todo el equipo de salud¹.

Considerando estos antecedentes, Corporación Miles se propone una investigación para conocer la situación actual del manejo de los abortos en los hospitales del país, con el fin de identificar posibles brechas entre la realidad y los estándares internacionales. A partir de estos hallazgos, se ofrecerán recomendaciones para mejorar y avanzar en el cumplimiento de dichos estándares.

1 Información entregada por el mencionado departamento en reunión con la sociedad civil realizada el 1° de agosto de 2023, según consta en la respectiva acta.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

El objetivo general de este estudio es caracterizar el manejo clínico de los abortos en los servicios de salud pública de Chile, con el fin de identificar brechas y formular recomendaciones para avanzar en el cumplimiento de los estándares internacionales en esta área.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1. Construir una línea base preliminar del manejo clínico de los abortos realizados en los servicios de salud pública de Chile en el marco de la Ley 21.030, desde enero de 2018 a enero de 2023.
- 2. Identificar brechas entre la línea base y las recomendaciones internacionales para el manejo clínico de los abortos.
- 3. Generar recomendaciones para avanzar hacia la reducción y/o eliminación de las brechas identificadas.

METODOLOGÍA UTILIZADA

Para esta investigación, se analizaron los datos proporcionados por el Ministerio de Salud sobre el detalle de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) constituidas entre enero de 2018 y enero de 2023. Estos datos se obtuvieron a través de solicitudes amparadas en la Ley de Transparencia durante el segundo semestre de 2023 por parte de Corporación Miles.

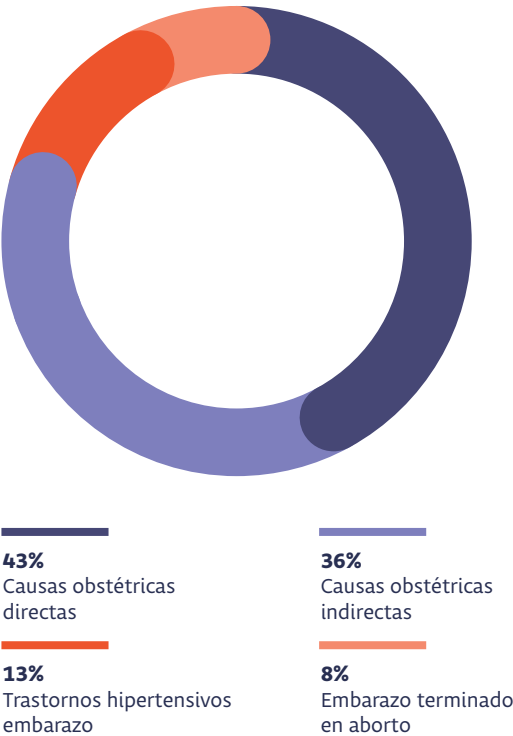
Aunque el objetivo inicial era construir una línea base de todos los abortos realizados en los servicios públicos, solo se pudo acceder a información oficial sobre los procedimientos llevados a cabo bajo la Ley 21.030. Se espera que esta submuestra proporcione una visión general de los métodos más frecuentemente utilizados.

RESULTADOS

DIAGNÓSTICOS EN LA CAUSAL 1

Basándose en la información proporcionada por el Departamento de Estadística e Información en Salud

DIAGNÓSTICOS DE INTERRUPCIÓN EN LA CAUSAL 1
AGRUPADOS POR GRANDES CAUSAS.
CHILE 2018-2023



Gráficos de elaboración propia a partir de información obtenida por ley de transparencia,
Fuente: DEIS, 2023

(DEIS) sobre los 30.758 casos de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en los servicios públicos de Chile entre 2018 y 2022, se realizó la clasificación de los diagnósticos CIE-10 por los cuales se constituyó la causal 1.

Este análisis reveló que, del total de casos dentro de la primera causal, el 43% correspondieron a **causas obstétricas directas**. Estas condiciones están relacionadas directamente con el embarazo e incluyen situaciones como rotura prematura de membranas, desprendimiento de placenta normoinsera, corioamnionitis y otras emergencias obstétricas.

En segundo lugar, el grupo diagnóstico más común corresponde a las causas obstétricas indirectas, que son condiciones de salud preexistentes al embarazo y que podrían empeorar debido al mismo. Esto incluye enfermedades, como cáncer, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, diabetes descompensada, entre otras.

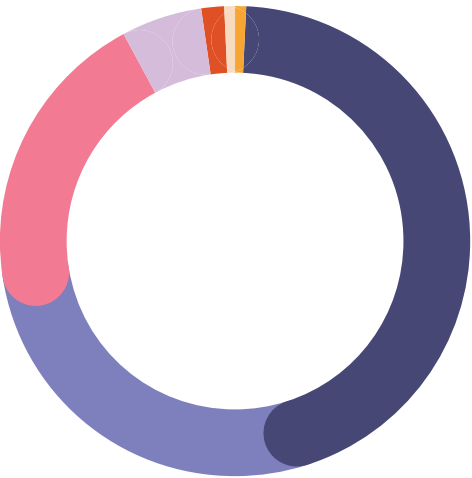
En tercer lugar, un 13% corresponde a síndromes hipertensivos del embarazo en su manifestación más grave, como eclampsia y síndrome HELLP, principalmente. En cuarto lugar, se encuentra la categoría

de embarazo terminado en aborto, que se refiere principalmente a casos de embarazos ectópico.

Al desglosar la categoría de causas indirectas, se puede observar que casi la mitad (45%) corresponden a «otras enfermedades maternas», principalmente de origen cardíaco, que constituyen el motivo de interrupción. En segundo lugar, se encuentran los tumores (cánceres), y en tercer lugar, las enfermedades maternas infecciosas y parasitarias, excluyendo la corioamnionitis, como el VIH, COVID-19 y otras. La cuarta causa más frecuente corresponde a los trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso.

Al examinar las causas de interrupción por cáncer, se evidencia que un 39% corresponde a tumores de los genitales femeninos (cáncer cervicouterino y de ovario), un 31% a tumores de mama, y un 18% a leucemias.

DETALLE DE DIAGNÓSTICOS DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO AGRUPADOS EN «CAUSAS INDIRECTAS». CHILE 2018-2023



45% Otras enfermedades maternas	28% Tumores
19% Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias	6% Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso
1% Otros diagnósticos	1% Enfermedades endocrinas, de la nutrición y del metabolismo
1% Enfermedades del sistema respiratorio	

DETALLE DE DIAGNÓSTICOS DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO AGRUPADOS EN «TUMORES». CHILE 2018-2022



39% Tumor genitales femeninos	31% Tumores mama
18% Tumores malignos del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y a fines	12% Otros tumores

**TABLA 1: PROCEDIMIENTOS DE VACIAMIENTO UTERINO
DISTRIBUIDOS POR CAUSAL DE INTERRUPCIÓN.
SISTEMA PÚBLICO DE SALUD, CHILE. 2018 - 2022**

Datos solicitados vía Ley de Transparencia y aportados por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud

PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN EN CADA CAUSAL

Según la información proporcionada por el DEIS, en el caso de la causal 1, las interrupciones se realizan entre la semana 14 y 24 de gestación, siendo más frecuente en la semana 19. En la causal 2, las interrupciones son más frecuentes entre la semana 14 y 15. Y para la tercera causal, las interrupciones se llevan a cabo antes de las 9 semanas de gestación.

Basándose en los datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), en términos generales, se observa que los procedimientos más frecuentes para realizar las interrupciones son el uso de misoprostol y el legrado, seguidos por el uso de misoprostol solo y, en tercer lugar, el uso de misoprostol con mifepristona.

Para el caso de la primera causal, el método de interrupción más utilizado es la cesárea, lo cual se explica porque esta causal no tiene restricción en cuanto a la edad gestacional de interrupción y puede realizarse en cualquier etapa del embarazo. El segundo método más empleado es el uso combinado de misoprostol y legrado, aunque este procedimiento no es recomendado por la OMS y tampoco está incorporado en la normativa chilena. La indicación es utilizar medicamentos, y en caso de que el aborto no se concrete, recurrir a la aspiración y no al legrado. La tercera opción en frecuencia es el uso del misoprostol solo, lo cual está en línea con las recomendaciones internacionales. Sin embargo, el régimen

de misoprostol solo presenta una eficacia menor que el régimen combinado (misoprostol + mifepristona). En la segunda causal, el método más utilizado es el misoprostol solo, seguido por el uso de misoprostol y legrado. El tercer método en frecuencia corresponde a la categoría «misoprostol, mifepristona, legrado, otros», lo cual dificulta obtener conclusiones claras debido a la variedad de métodos registrados. Se puede inferir que, ante el fracaso del régimen combinado de medicamentos, se recurre al legrado, pero debido a la falta de precisión en el registro, no se puede afirmar con certeza. El régimen combinado aparece en el cuarto lugar y la cesárea en el quinto lugar, lo que indica que las interrupciones en esta causal se realizan mayormente antes del tercer trimestre de gestación. La dilatación y evacuación se utiliza en un número menor de casos. En cuanto a la tercera causal, los procedimientos más frecuentes son mediante el uso del misoprostol y AMEU. El segundo método más utilizado es el régimen combinado de misoprostol y mifepristona, en cumplimiento con el estándar indicado por la OMS. El tercer método más empleado es el AMEU. Entre los procedimientos realizados para conducir las interrupciones en la tercera causal, llama la atención que en 81 mujeres se registra el uso de misoprostol y legrado.

PROCEDIMIENTO INTERVENCIÓN	CAUSAL 1	CAUSAL 2	CAUSAL 3	SUMA TOTAL
Aborto Inducido, Otros	4	2	-	6
Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	18	15	125	158
Aspiración Endouterina Eléctrica, Otros	6	-	3	9
Cesárea	201	161	-	362
Dilatación y Evacuación	8	12	-	20
Laparoscopia, Otros	12	-	-	12
Legrado	29	17	3	49
Metatrexato (Sólo Ectópicos)	8	-	-	8
Mifepristona, Otros	21	14	10	45
Misoprostol	144	283	58	485
Misoprostol y AMEU	30	27	157	214
Misoprostol y Cesárea	1	7	-	9
Misoprostol , Dilatación y Evacuación	19	45	2	66
Misoprostol y Legrado	177	261	81	519
Misoprostol y Mifepristona	84	208	127	419
Misoprostol, Mifepristona, AMEU, Otros	19	30	82	131
Misoprostol, Mifepristona, Legrado , Otros	83	221	83	387
Misoprostol, Mifepristona, Oxitocina, Otros	17	101	0	118

CONCLUSIONES

En esta investigación se estudiaron 3758 casos de aborto en el marco de la Ley 21.030, reportados por el DEIS, entre enero de 2018 y enero de 2023. El objetivo principal consistió en caracterizar los métodos o procedimientos clínicos más utilizados en los hospitales públicos chilenos, con el fin de evaluar el nivel de cumplimiento respecto de los estándares de la Organización Mundial de la Salud y elaborar recomendaciones para avanzar en este cometido.

En términos generales, se observó que no existe un adecuado cumplimiento de las recomendaciones de la OMS respecto de los métodos más recomendados para la realización de los abortos.

En la primera causal, las interrupciones se realizan predominantemente en la semana 19 de gestación, principalmente por complicaciones directas del embarazo. Aunque el método más frecuentemente utilizado es la cesárea, en concordancia con las recomendaciones de la OMS para las interrupciones del segundo semestre, le sigue el uso de Misoprostol con legrado. Lo mismo ocurre para las interrupciones de la causal 2, la mayoría de las cuales se llevan a cabo entre la semana 14 y 15 de gestación.

Que el legrado siga siendo el segundo método más utilizado contradice todas las recomendaciones internacionales, incluso las indicaciones establecidas en la norma técnica nacional. Esto evidencia que la promoción de la transición desde el legrado a la AMEU no ha sido suficiente, ya que, seis años después de iniciada la implementación de la ley, el legrado sigue siendo el segundo procedimiento más utilizado.

Por otro lado, en la causal 3 por violación, las interrupciones se realizan en la semana 9 aproximadamente, y el método más utilizado es el uso del Misoprostol junto con AMEU, seguido por el método combinado de Misoprostol y Mifepristona.

En este caso, se observa un cumplimiento más cercano a las recomendaciones de la OMS. Sin embargo, llama la atención que en los registros aparezcan 81 casos en los que se administró Misoprostol con legrado uterino, lo que contradice los estándares de calidad.

En términos generales, se concluye que existe un uso significativo del legrado como método de interrupción y que el régimen de misoprostol solo presenta una eficacia menor que el régimen combinado con Mifepristona.

Se reconoce y valora el porcentaje de interrupciones por causas asociadas a la salud mental de las mujeres, donde los equipos de salud consideran esta variable como un factor clave para el riesgo de la vida de la mujer, una decisión clínica ajustada a los lineamientos de la OMS, a pesar de la falta de orientaciones o normativas al respecto desde la autoridad ministerial.

Por último, es importante destacar la dificultad para acceder a la información con respecto a la interrupción voluntaria del embarazo y que el registro no siempre es preciso, lo que dificulta la desagregación y el análisis

de los datos. A pesar de lo establecido en las leyes con respecto al acceso a la información, muchos hospitales de alto riesgo obstétrico no atendieron nuestras solicitudes de transparencia, y las respuestas enviadas no pudieron ser analizadas debido a falta de precisión en los datos. Por ello, para garantizar la validez de este estudio, se optó por trabajar únicamente con la muestra de abortos en el marco de la Ley 21.030, entregada por el DEIS vía Ley de Transparencia.

RECOMENDACIONES

A partir del análisis de los resultados obtenidos y la conclusión de que el legrado continúa siendo una técnica ampliamente utilizada, a pesar de contravenir las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Normativa Técnica Nacional, Corporación MILES elabora las siguientes recomendaciones:

- En primer lugar, se recomienda implementar una formación continua tanto a nivel teórico como práctico para los equipos encargados de realizar las interrupciones, difundiendo técnicas y protocolos modernos ajustados a los estándares de calidad de los organismos expertos en estas materias. En esta línea, se sugiere la adopción de una lógica de atención que contemple el uso de medicamentos de manera ambulatoria con supervisión y/o acompañamiento profesional.
- En segundo lugar, se insta a asegurar la disponibilidad de mifepristona en todos los hospitales donde se realizan procedimientos de aborto, ya que se observa una subutilización del régimen combinado con misoprostol.
- Por último, se debe avanzar en mejorar la calidad de registro y promover que los establecimientos de salud cumplan con lo establecido en la ley de transparencia sobre el acceso a la información. El registro de indicadores de manera uniforme es fundamental para llevar a cabo estudios de línea de base y análisis comparativos para evaluar el avance de los procedimientos y técnicas en materias de salud.



BIBLIOGRAFÍA

- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2023. Población, desarrollo y derechos en América Latina y el Caribe: propuesta de segundo informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (LC/MDP.5/4).
- Ministerio de Salud, 2017. Normas Nacionales sobre regulación de la fertilidad.
- Ministerio de Salud, 2018. 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
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Directrices sobre la atención para el aborto [Abortion care guideline]. Ginebra: 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IG
- Organización Mundial de la Salud (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud – 2ª ed.
- Biblioteca del Congreso Nacional, 2015. Mensaje de s.e. la presidenta de la república con el que inicia un proyecto de ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Revisado en <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?id-Norma=1108237> el 16 de enero de 2024.
- Departamento de estadísticas e información en salud, 2024. Interrupción voluntaria del embarazo, tablero interactivo. Revisado en https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F382105c8-521f-4356-b1b8-6bad21ba8b08§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false el 16 de enero de 2024
- Gobierno Regional de Antofagasta | Subdere. (2020). Subdere.gov.cl. <https://www.subdere.gov.cl/divisi%C3%B3n-administrativa-de-chile/gobierno-regional-de-antofagasta#:~:text=La%20regi%C3%B3n%20de%20Antofagasta%20tiene,alcanza%20a%203.9%20hab%2Fkm2>. Revisado el 31 de enero de 2024
- Ministerio de Salud, 2017. Guía Perinatal.



Objeción de Conciencia
en Chile: un análisis desde
las percepciones de lo/as
funcionario/as de la salud
sexual y reproductiva en Chile

Karla Barraza, Cientista Política Universidad Central de Chile, Investigadora en Corporación Miles; **Javiera Pizarro**, Licenciada en Estudios Internacionales, Universidad de Chile, pasante Corporación Miles; **Stephanie Otth Varnava**, Psicóloga, Mg. Psicología Clínica U. Chile, MA Gender, Society and Representation, University College London; **María Ignacia Veas Guerrero**, Psicóloga Universidad Alberto Hurtado, Magister Ciencias Sociales y sociedad civil. IDEA USACH; **Jeniffer Riquelme Navarro**, Psicóloga Universidad Academia de Humanismo Cristiano, psicóloga en Corporación Miles. Diplomado en Psicología del Trauma: Clínica y Abordajes Psicoterapéuticos, Universidad de las Américas.

Desde la promulgación de la Ley N°21.030 en 2017, la objeción de conciencia en la interrupción del embarazo ha sido debatida en Chile. Este estudio analiza las percepciones de 95 profesionales de la salud sobre la objeción de conciencia y su implementación. Concluye que es urgente mejorar las capacitaciones y fortalecer la fiscalización para asegurar el acceso efectivo al aborto legal.

Desde la promulgación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres causales en septiembre de 2017, la objeción de conciencia ha generado distintos debates éticos, legales y morales en Chile. En una sociedad marcada por la diversidad de creencias, valores y perspectivas, la objeción de conciencia emerge como un fenómeno que desafía los límites entre los derechos individuales y las obligaciones profesionales, éticas y legales. En este contexto, el presente estudio busca profundizar en los conocimientos que tienen los profesionales sobre la objeción de conciencia y cómo esto influye en su implementación.

Como es de conocimiento público, en septiembre de 2017 entró en vigencia la Ley N°21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, marcando un cambio en la normativa que estaba vigente desde 1989. Esta nueva normativa modificó el artículo 199 del Código Sanitario y establece que una mujer o persona gestante puede acceder a la interrupción del embarazo en tres causales diferentes. La primera, cuando la vida de la mujer corre peligro y la interrupción del embarazo es necesaria para evitar ese peligro. La segunda, cuando el feto o embrión padece una patología congénita adquirida o genética letal que lo hace incompatible con la vida fuera del útero; y la tercera, cuando el embarazo es el resultado de una violación.

La objeción de conciencia que se abordará en este estudio se refiere tanto a la objeción de conciencia individual invocada por algunos profesionales de salud que intervienen en la interrupción de un embarazo en tres causales, como a la objeción de conciencia institucional; posibilidad que, según la legislación chilena vigente, tienen las instituciones de la red privada de salud (pero también aquellas privadas que reciben fondos públicos) para no realizar interrupciones legales de un embarazo.

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA: DEFINICIÓN Y CONTEXTO INTERNACIONAL

La objeción de conciencia (oc) se entiende «como la negativa a obedecer una norma jurídica debido a la existencia de un imperativo de conciencia contrario al comportamiento pretendido» (Beca & Astete, 2015, p. 494).

En el ámbito de la salud, la objeción de conciencia es una práctica frecuentemente utilizada por el personal médico y las instituciones de salud. Aunque su definición jurídica abarca la negativa a obedecer una norma, en el ámbito hospitalario y de la salud se entiende como «la negativa de los profesionales sanitarios a cooperar o a ejecutar materialmente alguna intervención concreta que entra en colisión con sus imperativos de conciencia» (Sieira, 2000, citado en Beca & Astete, 2015, p. 494). En otras palabras, está directamente relacionada con las creencias valóricas, religiosas y morales del personal de salud, que pueden negarse a llevar a cabo ciertos procedimientos con los que no están de acuerdo. Estas prácticas podrían afectar

su integridad personal, ya que, como señala Montoya (2014, p. 436), algunas de estas creencias, religiones o valores morales consideran inaceptable realizar procedimientos como la interrupción voluntaria del embarazo y las transfusiones sanguíneas.

En términos amplios, la objeción de conciencia se relaciona con el derecho a la libertad de conciencia y pensamiento, que implica modelos de comportamiento que se estructuran sobre la base de la formación académica, social, moral y religiosa de una persona, y condicionan su comportamiento en la sociedad y el ejercicio de su libertad (Távora, 2017, p. 583). Sin embargo, aunque la objeción de conciencia se vincule directamente con el ejercicio de la libertad de conciencia, no puede considerarse un derecho absoluto ni prioritario frente a otros derechos, ya que está limitado cuando puede vulnerar los derechos de otras personas o cuando entra en conflicto con otros valores que es necesario ponderar (Beca & Astete, 2015, p. 494).

En el ámbito de los derechos y garantías sexuales y reproductivos, la objeción de conciencia puede resultar conflictiva si se traduce en una limitante para el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Por ejemplo, en el ejercicio del derecho de la mujer para acceder a la interrupción del embarazo, de manera legal, eficiente, oportuna, segura y sin discriminación (Montero y Ramírez, 2020).

En Chile, la objeción de conciencia surge como una temática de discusión a raíz de proyectos de ley relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo y la práctica de la eutanasia por parte de los profesionales de la salud. No obstante, ha sido exclusivamente en la interrupción del embarazo donde se ha operacionalizado la facultad de objeción de conciencia propiamente tal.

El debate en torno a la objeción de conciencia comenzó con la promulgación de la ley N°21.030 en el año 2017, que fue planteada por Montero (2019) como un derecho específico para el profesional médico responsable. Sin embargo, durante el debate surgieron objeciones por parte de algunas instituciones sanitarias que se oponían al cumplimiento de la normativa por razones de conciencia. Así, una vez aprobada su constitucionalidad, la objeción de conciencia fue regulada a través de un protocolo y un reglamento (Marshall & Zúñiga, 2020). El primer protocolo de regulación fue dictado por el Ministerio de Salud durante el gobierno saliente de Michelle Bachelet, para luego ser reconfigurado por un nuevo protocolo dictado por el gobierno de Sebastian Piñera, los cuales se basaron en sentencias dictadas por el Tribunal Constitucional chileno (Rol 3729-17 y Rol 5572-18) que posibilitaron el establecimiento y expansión de la objeción de conciencia institucional (Marshall & Zúñiga, 2020, p. 106).

La normativa vigente en Chile con respecto a la regulación de la objeción de conciencia fue publicada en el año 2018 con la aprobación del protocolo para ejercer objeción

de conciencia, según lo dispuesto en el artículo 119 Ter del Código Sanitario. Este protocolo menciona que la objeción de conciencia puede ser ejercida tanto por el personal de salud como por las instituciones de salud privada. Esto último queda especificado en la sentencia del Tribunal Constitucional del 2019, que establece que las instituciones de salud privadas están amparadas constitucionalmente: «La objeción de conciencia institucional, concretada en el Código Sanitario, artículo 119 ter, asume el carácter de un derecho con fuente constitucional, directamente derivado de la autonomía propia de los grupos intermedios de la sociedad y de la libertad de asociación» (Tribunal Constitucional, Rol N° 5572-18-CDs / 5650-18-CDs [acumuladas], 2019).

En la actualidad, la objeción de conciencia, según lo mencionado por el Ministerio de Salud, permite al equipo de salud (profesionales y personal que concurre al pabellón) abstenerse de realizar y/o participar en la interrupción del embarazo cuando se ha constituido alguna de las causales de la ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), siempre y cuando esta objeción se haya realizado a través del protocolo y normativa vigente. El personal de salud que puede ser objetor de conciencia es:

1. El médico cirujano requerido para interrumpir el embarazo por alguna de las causales descritas en el inciso primero del artículo 119 del Código Sanitario.
2. El resto del personal que corresponda desarrollar sus funciones al interior del pabellón quirúrgico durante la intervención (anestesiólogos, matronas, enfermeras, técnicos de enfermería).

No obstante, si la mujer requiere atención inmediata e impostergable, y se encuentra en la causal del N° 1 del inciso primero del artículo 119 del Código Sanitario, quien haya manifestado la objeción de conciencia no podrá excusarse de realizar la interrupción del embarazo cuando no exista otro médico cirujano que pueda llevar a cabo la misma intervención (Ley N°21.030, 2018).

El personal que desee hacer efectiva la objeción de conciencia debe manifestarlo «al director del establecimiento de salud, en forma escrita y previa a la recepción de una solicitud de interrupción voluntaria del embarazo» (Diario Oficial; Ley N°21.030, 2018). En la misma línea, las instituciones que requieran manifestar ser objetoras de conciencia deben «expresarlo por escrito al Secretario Regional Ministerial de Salud correspondiente, de conformidad con este Reglamento» (Diario Oficial; Ley N°21.030, 2018). La objeción de conciencia es un reglamento utilizado por diferentes instituciones de salud privada, las cuales pueden ser objetoras de todas las causales o solo de alguna de ellas, lo que puede causar confusión en las mujeres y personas gestantes que requieran esta ley.

A seis años de la promulgación de la Ley N°21.030, el debate generado por este avance en el reconocimiento y protección de los derechos sexuales y reproductivos en Chile se encuentra marcado por la contraposición

de posturas valóricas e ideológicas. La dificultad para superar estas diferencias en resguardo de la salud sexual y reproductiva ha limitado la implementación de este tipo de prestaciones de salud en el país.

El Ministerio de Salud tiene la responsabilidad de recibir y actualizar el número de objetores de conciencia activos y de asegurar que esto no obstaculice el acceso de las mujeres a esta prestación de salud. Contar con información desactualizada obstaculiza los procesos de monitoreo e incidencia desde la sociedad civil. No obstante, organizaciones no gubernamentales tales como Corporación Humanas, han identificado en sus monitoreos que la objeción de conciencia es uno de los principales obstáculos para acceder al derecho de aborto en tres causales.

Hasta marzo de 2022, última actualización oficial del Ministerio de Salud sobre cifras de objeción de conciencia, el 44% de los médicos obstetras es objetor para la causal 3, el 23% en causal 2 y el 15% para la causal 1. Sin embargo, un análisis más específico evidencia que en 11 de los 29 servicios de salud, más de la mitad de los médicos obstetras contratados son objetores para la causal de violación.

Teniendo en cuenta las altas cifras de objeción de conciencia, Corporación MILES busca con la presente investigación, levantar información desde la percepción de los profesionales de salud sexual y reproductiva en Chile sobre el alcance de la objeción de conciencia en la práctica. A través de sus percepciones se analizará si la objeción de conciencia se traduce o no, y de qué maneras, en un obstáculo para la realización de una interrupción voluntaria del embarazo.

RESULTADOS

CARACTERIZACIÓN DE PARTICIPANTES DE LA ENCUESTA

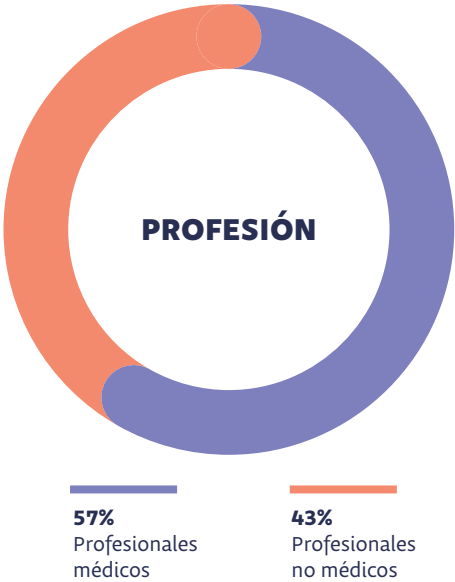
La encuesta fue contestada por 95 profesionales, médicos y no médicos, de la salud sexual y reproductiva, con un 84% que trabaja en el servicio público y un 16% en el servicio privado.

El 81,1% de los participantes son mujeres y el 19% varones, con una edad promedio de 42 años. Entre las mujeres, el rango de edad varía de 35 a 44 años, con una edad promedio de 39 años. En el caso de los hombres, el rango de edad es de 45 a 54 años, con una edad promedio de 51 años.

El 54% trabaja en la zona sur del país, concentrándose principalmente en la región del Biobío. El 22% trabaja en la zona central, el 21% en la Región Metropolitana y el 3% en la zona norte.

El 57% del total de encuestados son profesionales médicos, que incluyen anestesiólogos, becados en ginecología, ginecólogos, pediatras y psiquiatras. El 43% restantes son profesionales no médicos que trabajan en el área de la salud sexual, ya sea directamente con las usuarias, como psicólogas, matronas, técnicos en enfermería; o indirectamente en los procesos administrativos que sostienen institucionalmente estos procesos como abogados.

Por último, la mayoría de las personas (46% de la muestra) tenía más de 10 años de experiencia en el área de servicios de ginecología y obstetricia. 31 personas tenían entre 3 y 10 años de experiencia en esta área y solo 7 personas tenían menos de un año de experiencia en el rubro.



PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE PERCEPCIÓN

Aproximadamente 1 de cada 3 profesionales no tiene un conocimiento preciso de la objeción de conciencia y sus alcances y limitaciones.

El 68% de las personas encuestadas responden adecuadamente que la objeción de conciencia «es la facultad del médico de abstenerse de cumplir la obligación de atención a un mujer en alguna de las causales de interrupción y del resto del personal al que corresponda desarrollar sus funciones al interior del pabellón quirúrgico durante la intervención». El 32% restante contesta esta pregunta de manera incorrecta.

Son los profesionales entre 45 y 54 años quienes más correctamente responden, seguidos por el grupo de 26 a 34 años. Son los profesionales mayores de 55 años quienes más se equivocan en la definición, tendiendo a ampliar los alcances de la objeción de conciencia a cualquier profesional, realice o no funciones dentro del pabellón.

Se observa que son los profesionales médicos; es decir, ginecólogo/as, pediatras, psiquiatras y becados de medicina, quienes tienen un mejor conocimiento de la definición de objeción de conciencia, respondiendo correctamente en un 57% de los casos.

El 43% de los profesionales de la salud evalúa de buena manera su conocimiento sobre la definición y los alcances de la objeción de conciencia.

En una escala del 1 al 7, el 43% de las personas encuestadas evalúan su conocimiento en lo que es y cómo opera la Objeción de Conciencia con notas entre 6 y 7. No obstante, casi el mismo porcentaje (39%) evaluó su conocimiento con notas entre 4 y 5. Finalmente, el 18% restante calificó su conocimiento con notas de 1 a 3.

Entre los profesionales médicos, es decir, ginecólogos/as, pediatras, psiquiatras y becados en medicina, un 48% de las personas encuestadas calificó su conocimiento sobre la objeción de conciencia con notas de 6 o 7.

Las razones tras la objeción de conciencia son de carácter moral y/o religioso.

El 92% de las personas encuestadas piensa que la principal razón por la que las personas son objetoras de conciencia es de índole moral o religiosa. No obstante, la percepción de que la razón principal alude a un conflicto moral con la interrupción del embarazo, también se observa que alrededor de un 26% de las personas consideran que el personal de salud podría estar declarándose objetor para evitar problemas con otros profesionales, colegas de equipo o incluso para no verse involucrado en problemas judiciales. El tercer orden de razones percibidas guarda relación con una desinformación en cómo operan los procedimientos técnico/administrativos que deben llevarse a cabo y, en consecuencia, se restan mediante la objeción de conciencia. Por último, un 8,4% de las respuestas dicen relación con que las causas para objetar se relacionan con la misoginia, posturas antiderecho y un desdén respecto de los derechos de las pacientes.

El 87,8% de las personas encuestadas considera que la objeción de conciencia afecta negativamente la entrega de una atención oportuna.

El 12,1% de las personas encuestadas no considera que la objeción de conciencia afecte negativamente la entrega oportuna de atención en casos de IVE.

Los profesionales médicos, de los cuales incluyen ginecólogos/as, psiquiatras, becados de medicina, entre otros, así como los profesionales no médicos, como enfermeros/as, matrones, TENS, y los profesionales psicosociales, tienen opiniones distribuidas de manera similar respecto a la percepción de la objeción de conciencia como obstáculo para la entrega de atención en IVE. Sin embargo, los profesionales psicosociales tienden a percibir de forma más marcada la negativa influencia de la objeción de conciencia en la calidad de la atención, en comparación con los profesionales de la salud propiamente dichos.

Cuando se analizan los años de experiencia laboral, se observan diferencias significativas. Los profesionales con menos experiencia tienden a considerar que la objeción de conciencia afecta más negativamente la atención en IVE, en contraste con aquellos con más antigüedad. Mientras que el 67,6% de los profesionales con mayor experiencia perciben esta influencia negativa, el 92,3% de los profesionales con 1 a 3 años de experiencia comparten esta opinión.

La mayoría de los encuestados estarían en desacuerdo con la objeción de conciencia institucional.

El 82% de los participantes de la encuesta se muestran en desacuerdo con esta práctica, mientras que el 18% restante está de acuerdo o totalmente de acuerdo.

Entre las personas de 25 a 34 años, hay una mayor oposición a la facultad de las instituciones de abstenerse de realizar procedimientos para interrumpir un embarazo. Es notable que los profesionales no médicos muestran una mayor discrepancia con la objeción de conciencia institucional en comparación con los profesionales médicos, quienes parecen estar más inclinados a favor de ella.

40% de los encuestado/as considera que la poca claridad en los procesos administrativos de la IVE puede influir en que una persona se reste de realizar estos procedimientos mediante la objeción de conciencia.

El 23% de los profesionales encuestados considera que no cambiaría nada la implementación de la IVE si los procesos administrativos fueran menos engorrosos, mientras que un 36% del total señala no tener claridad si los aspectos administrativos de la prestación influyen negativamente en su implementación.

Los resultados muestran que los profesionales del sistema público están en desacuerdo con la idea de que los procedimientos administrativos más simples reducirían la objeción de conciencia, mientras que los del sistema privado están más indecisos al respecto. En términos de edad, los encuestados más jóvenes, entre 25 y 34 años, tienden a creer que la simplificación de los procedimientos administrativos efectivamente mejoraría la implementación y reduciría la objeción de conciencia.



1 de cada 3 profesionales no tiene un conocimiento preciso de la objeción de conciencia y sus alcances y limitaciones

93%

Piensa que la principal razón por la que las personas son objetoras de conciencia es de **índole moral o religiosa.**

87,8%

Considera que la objeción de conciencia **afecta negativamente** la entrega de una atención oportuna

Además, aquellos con menos de un año de experiencia laboral son los que muestran una mayor propensión a estar de acuerdo con esta idea, alcanzando el 62% de las respuestas en este grupo.

Bajas expectativas en los efectos de la fiscalización en objeción de conciencia

La mayoría de los encuestados tienen bajas expectativas sobre los efectos de la fiscalización en la objeción de conciencia. Un 63% de los participantes no confía en que la fiscalización garantice una implementación adecuada de la IVE. Mientras que un 23% de las personas no están seguras al respecto, el 13% restante sí cree que una fiscalización adecuada podría asegurar una implementación adecuada. No se observan diferencias significativas en la distribución de esta percepción entre los profesionales médicos y no médicos de la salud.

Sin embargo, parece haber menos confianza entre los profesionales con más de 10 años de experiencia en el campo. Un 21% de ellos expresaron su escepticismo sobre la efectividad de la fiscalización para garantizar una implementación adecuada. Por otro lado, un 8% de los encuestados en este grupo consideran que una fiscalización adecuada sí aseguraría una implementación adecuada.

Se reconoce la existencia y la adecuación de los protocolos de resignación o derivación en situaciones de objeción de conciencia

El 51% de los encuestados afirma que existe un protocolo oportuno y eficiente de derivación para los profesionales de la salud objetores de conciencia. Sin embargo, llama la atención que el 49% de los encuestados en el rango de edad de 25 a 34 años desconoce si existe realmente un protocolo de derivación para las pacientes que consultan

sobre IVE, mientras que los profesionales de entre 45 y 54 años están seguros de la existencia de estos protocolos.

Las altas tasas de objeción de conciencia en la causal 3 se atribuyen a conflictos morales o religiosos y a falsas creencias sobre la violencia sexual

Los participantes mencionan que la objeción de conciencia en la causal 3 está influenciada por una combinación de factores, siendo los más importantes los conflictos morales y las convicciones personales sobre la violencia sexual. Algunos expresan su desacuerdo con la objeción de conciencia en esta causal, resaltando la falta de empatía hacia la paciente y el machismo arraigado en la cultura, lo que se refleja en frases como «falta de empatía hacia la paciente», «El machismo arraigado en esta cultura» y «culpar a la mujer por la violación».

Por otro lado, algunos profesionales mencionan el temor a las repercusiones legales y la falta de protocolos claros como razones para la objeción de conciencia en la causal 3. Se mencionan respuestas como «miedo a que se descubra que la violación no fue real y que el médico sufra las consecuencias de realizar un aborto no respaldado por la ley» y «para evitar involucrarse en cuestiones legales, como tener que testificar si es necesario, e incluso porque no creen que sea cierta la violación».

Además, algunos profesionales justifican la objeción de conciencia en la causal 3 argumentando que no hay riesgo médico, que el feto es viable y que la mujer embarazada está sana. Se mencionan respuestas como «en la tercera causal, en teoría, no está en riesgo la vida de la paciente ni del feto» y «se trata de un embarazo viable en una madre sana».



82%

Se muestran en desacuerdo con la Objeción de Conciencia

18%

Está de acuerdo o totalmente de acuerdo



51%

Afirma que existe un protocolo oportuno y eficiente de derivación para los profesionales de la salud objetores de conciencia

49%

Desconoce si existe realmente un protocolo de derivación para las pacientes que consultan sobre IVE



66%

Afirma que no se llevan a cabo capacitaciones relacionadas con la objeción de conciencia en sus lugares de trabajo

34%

Indica que sí se llevan a cabo capacitaciones relacionadas con la objeción de conciencia en sus lugares de trabajo

Las capacitaciones e instancias de formación se perciben como insuficientes y esporádicas

El 66% de los encuestados afirma que no se llevan a cabo capacitaciones relacionadas con la objeción de conciencia en sus lugares de trabajo, mientras que el 34% indica lo contrario. Este panorama se mantiene tanto para los profesionales médicos como para los no médicos en el sistema de salud público, donde el 64% menciona la ausencia de capacitaciones, y el 36% restante indica lo contrario.

En los centros de salud privados, el 80% de los encuestados informa que no se realizan capacitaciones en sus lugares de trabajo. Respecto a la frecuencia de las capacitaciones, el 29% menciona que se realizan al menos una vez al año, mientras que el 24% afirma que no se lleva a cabo ningún tipo de capacitación en los centros de salud donde trabajan. En el sistema de salud privado, tanto los profesionales médicos como los no médicos informan que en un 33% de los casos no se realizan capacitaciones, y en un 20% se llevan a cabo una vez cada dos años.

Las capacitaciones se consideran como instancias de formación en las que todos los profesionales de la salud sexual deberían participar

El 62% de los profesionales considera que todos los que trabajan en servicios de ginecología y obstetricia deberían recibir capacitación, mientras que el 37% opina que solo los profesionales del servicio de ginecología y obstetricia que no sean objetores deberían hacerlo.

No existen mayores distinciones entre quienes trabajan en el servicio público o privado; en ambos casos, la mayoría de los profesionales (53% en el servicio privado y 63% en el público) están a favor de que todos los

profesionales en servicios de ginecología y obstetricia reciban capacitación.

Las capacitaciones son evaluadas como deficientes por los profesionales de la salud

El 44% de los profesionales, tanto médicos como no médicos, evaluaron las capacitaciones recibidas como deficientes, otorgándoles calificaciones de 1 a 3. El 37% las calificó con notas entre 5 y 6, y finalmente, el 18% de los encuestados las calificó con notas de 6 o 7.

Entre los encuestados que trabajan en centros de salud públicos, el 40% calificó las capacitaciones con notas de 1 a 3, el 41,2% le otorgó notas de 5 a 6, y el 18,7% las calificó con notas más altas de 6 a 7. En el sector privado, tanto el personal médico como no médico calificaron las notas de 1 a 3 en un 66,6%, mientras que el 13,3% le dio notas de 4 a 5, y otro 13,3% las calificó con notas de 6 o 7.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS LEVANTADOS EN LAS JORNADAS DE TRABAJO

Con el propósito de complementar la encuesta con información cualitativa, se analizaron las reflexiones y debates sostenidos con los servicios de ginecología y obstetricia en dos jornadas de trabajo durante el segundo semestre del 2023. Participaron en estas jornadas 45 personas que trabajan en el campo de la salud sexual, principalmente en la realización de interrupciones del embarazo en el marco de la ley 21.030 en hospitales públicos del país.

La objeción de conciencia en prestaciones de salud sexual parece contraria al respeto por los derechos humanos

Se identificó que entre los asistentes a las jornadas se

considera necesario abordar la objeción de conciencia desde una perspectiva de derechos humanos en lugar de considerarla como un recurso político.

Se señaló una amplia falta de información en lo que respecta a los Derechos Sexuales y Reproductivos, tanto entre los profesionales de la salud como entre las usuarias. Al respecto, consideran imperativo que se refuerce la educación sexual de manera transversal para ampliar el entendimiento de que el acceso a la salud es un derecho que debe estar garantizado con independencia de las creencias del profesional que la practique o ejerza.

Los profesionales con los que se conversó también refieren que en los equipos de salud no existe claridad respecto de quiénes pueden efectivamente declararse como objetores de conciencia, lo que posibilita que incluso los profesionales que no intervienen en los pabellones se declaren objetores, algo que excede a las facultades que abarca la ley.

Los profesiones que realizan procedimientos de interrupción del embarazo en el marco de la ley 21.030, enfrentan discriminación al interior de los servicios de salud.

Los participantes refieren que estos profesionales son objeto de hostigamiento y discriminación por parte de sus colegas objetores.

Frente a este contexto, los profesionales con los que se conversó en las jornadas valoran el papel que desempeña la dupla IVE, cuya responsabilidad es garantizar la implementación de la ley y enfrentar de manera más directa los obstáculos que muchas veces supone garantizar la IVE.

Profesionales refieren una escasa capacitación y flujos de información poco claros

Los profesionales participantes en las jornadas refieren una escasa capacitación y flujos de información poco claros en el tema de la objeción de conciencia y la realización de interrupciones voluntarias del embarazo. Esta falta de capacitación y la mala gestión de la información conducirían, en muchos casos, a realizar derivaciones innecesarias para confirmar diagnósticos y establecer la causal correspondiente.

La calidad de la implementación de la IVE residiría en la calidad de los equipos

Se destaca un alto nivel de coordinación y trabajo en equipo en los servicios de salud participantes de las jornadas. Sin embargo, se identifica que la calidad de la implementación de la IVE depende en gran medida de la capacidad de autogestión de los equipos, más que de protocolos y procedimientos establecidos y universales.

Es importante resaltar la mirada de cuidado y atención hacia las usuarias que prevalece en estos equipos, lo que les permite poner siempre en primer lugar a la usuaria y brindar un servicio de calidad, sin menoscabar la voluntad de los profesionales objetores. Ante esto, es necesaria la visibilidad del desgaste profesional y personal que implica esta constante coordinación, así como la necesidad de los profesionales de momentos y recursos para el autocuidado de los equipos.

CONCLUSIONES

Las conclusiones derivadas de este estudio proporcionan una visión clara de las percepciones de los profesionales de la salud sexual y reproductiva, especialmente aquellos involucrados en la interrupción voluntaria del embarazo, sobre la objeción de conciencia.

En términos generales, aproximadamente 1 de cada 3 profesionales siente que carece de información suficiente sobre la objeción de conciencia, incluyendo sus alcances y limitaciones. Esto subraya la necesidad de mejorar la comprensión de quiénes pueden objetar y en qué circunstancias. Además, el 57% de los encuestados califica sus conocimientos en este tema con notas entre 1 y 5, mientras que el 43% se autoevalúa con notas de 6 o 7 en una escala del 1 al 7.

Los profesionales consultados identifican principalmente el conflicto moral y/o religioso como la razón principal detrás de la objeción de conciencia. Sin embargo, también consideran que la simplificación de los procedimientos administrativos para la interrupción del embarazo podría reducir las tasas de objeción. Esto sugiere la importancia de agilizar los procesos administrativos y fortalecer las capacitaciones en este aspecto para evitar desincentivar la participación de los profesionales.

Respecto a las altas tasas de objeción en casos de violación, los profesionales mencionan la presencia de falsas creencias sobre la violencia sexual y un desconocimiento de las consecuencias psicosociales de los embarazos no deseados como posibles factores influyentes.

A pesar de la existencia de protocolos de derivación, la mayoría de los profesionales percibe que la objeción de conciencia afecta negativamente la entrega oportuna de atención. Además, se muestra escepticismo hacia los efectos de una adecuada fiscalización, con una inclinación hacia reconocer los beneficios de una buena capacitación en su lugar.

Las jornadas de trabajo proporcionaron información cualitativa que complementa los resultados de la encuesta, destacando la escasez de cursos para profundizar en la interrupción voluntaria del embarazo y mejorar la formación de los profesionales. Se problematiza también la dependencia de la autogestión y voluntad de los profesionales en la implementación efectiva de la ley, lo que a menudo conlleva cargas de trabajo adicionales y desgaste profesional poco reconocido.

RECOMENDACIONES

Las percepciones de los profesionales sobre la objeción de conciencia y sus efectos en la implementación de la IVE inspiran las siguientes recomendaciones para fortalecer esta prestación de salud y salvaguardar la salud sexual y reproductiva en general.

En primer lugar, es crucial fortalecer las instancias de capacitación mediante la difusión clara de las normas técnicas sobre la objeción de conciencia, incluyendo los límites, condiciones y criterios asociados a su ejercicio.

57%

de los encuestados califica sus **conocimientos sobre la objeción de conciencia con notas entre 1 y 5 en una escala de 1 a 7**

43%

autoevalúa sus conocimientos sobre la objeción de conciencia **con notas de 6 o 7**

Se debe reforzar la comprensión de que la objeción de conciencia es excepcional y no generalizada, y los protocolos de derivación o reasignación deben adaptarse a cada contexto. Además, es necesario establecer la obligación de presentar fundamentos para invocar la objeción y aclarar a los profesionales objetores que no pueden abstenerse de prestar asistencia a las usuarias ni de proporcionar información veraz sobre su diagnóstico.

En segundo lugar, se recomienda simplificar los procesos administrativos o fortalecer la capacitación en este aspecto para reducir las preocupaciones legales que puedan desincentivar la participación de los profesionales, especialmente en el caso de la causal 3. A pesar del escepticismo sobre los efectos de la fiscalización, es importante reforzar estas atribuciones en las seremis de salud para garantizar la entrega oportuna de prestaciones de la Ley IVE y el cumplimiento de los protocolos de derivación en casos de objeción de conciencia.

Por último, se propone redefinir el rol de las duplas psicosociales en los recintos hospitalarios para que no solo brinden atención individual, sino que también promuevan el reconocimiento y resguardo de los derechos sexuales y reproductivos. Además, deben desempeñar un papel en la promoción de prácticas de cuidado dentro de los equipos para prevenir malas prácticas con las usuarias y mitigar el desgaste profesional en los trabajadores de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Beca, J. P. & Astete A, C. (2015). Objeción de conciencia en la práctica médica. *Revista médica de Chile*, 143(4), 493-498. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000400011>
- Ley 21.030 de 2017. Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. 14 de septiembre de 2017. D. O. No. 41866.
- 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>
- Montero Vega, A. (2019). Algunas consideraciones y reflexiones en torno al debate sobre el aborto y su despenalización por tres causales en Chile. En L. Casas & G. Maira (Comp.), *Aborto en tres causales en Chile: Lecturas del proceso de despenalización* (pp. 103-118). <https://www.corteidh.or.cr/tablas/34070.pdf>
- Montero Vega, A. & Ramírez-Pereira, M. (2020). Noción y argumentos sobre la objeción de conciencia al aborto en Chile. *Revista de Bioética y Derecho*, (49), 59-75. Publicación electrónica, 19 de octubre de 2020. Recuperado en 30 de noviembre de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000200005&lng=es&tlng=es
- Montoya-Vacadíez, D. M. (2014). Mitos y realidades sobre la objeción de conciencia en la praxis médica. *Revista Ciencias De La Salud*, 12(3), 435-449. <https://doi.org/10.12804/revsalud12.03.2014.11>
- Neira, V. & Ortega, C. (2022). *Ley de aborto en tres causales: análisis normativo y crítico a la objeción de conciencia médica personal y de las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas en Chile* [Tesis de Licenciatura, Universidad de Chile]. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/186022>
- Távara, L. (2017). Objeción de conciencia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(4), 581-590. Recuperado en 30 de noviembre de 2023, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400010&lng=es&tlng=es
- Publicación en Diario Oficial, Ley N°21.030 (2018) Recuperado en 30 de noviembre de 2023, de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Reglamento-IVE.pdf>
- Biblioteca del Congreso Nacional. (s/f). Biblioteca del Congreso Nacional. www.bcn.cl/leychile. Recuperado el 30 de noviembre de 2023, de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1108237>
- Sentencia del Tribunal Constitucional, Rol N° 5572-18-CDS / 5650-18-CDS [acumuladas] (2019) Recuperado el 30 de noviembre de 2023 de https://drive.google.com/file/d/1mHaoILL5PQGjXXmDyaR-u22jgrqgDrkW/view?usp=share_link
- A cinco años de la ley IVE: la objeción de conciencia es el mayor obstáculo para acceder al derecho a aborto en tres causales. (2023, enero 18). *El Mostrador*. <https://www.elmostrador.cl/brega/2023/01/18/a-cinco-anos-de-la-ley-ive-la-objecion-de-conciencia-es-el-mayor-obstaculo-para-acceder-al-derecho-a-aborto-en-tres-causales/>

- Introducción, I. (s/f). OBJECIÓN DE CONCIENCIA EN SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD: AUMENTO DE OBJETORES DE CONCIENCIA INDIVIDUALES OBSTACULIZA EL ACCESO AL ABORTO EN TRES CAUSALES Documento de análisis Corporación Humanas, julio de 2019. Camara.cl. Recuperado el 30 de noviembre de 2023, de <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmID=175590&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION>
- Vista de La Objeción de Conciencia frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo: Motivaciones que traspasan las Creencias Morales y Religiosas en Profesionales de la Salud Chilenos. (s/f). Uchile.cl. Recuperado el 30 de noviembre de 2023, de <https://revista-puntogenero.uchile.cl/index.php/RPG/article/view/67663/70693>



**Aportes para una
desmitificación del
«Síndrome post-aborto»**

Stephanie Otth Varnava, Psicóloga, Mg. Psicología Clínica U. Chile, MA Género, Sociedad y Representación, University College London; **Karla Barraza Lara**, Cientista Política Universidad Central de Chile, Investigadora en Corporación Miles; **María Ignacia Veas Guerrero**, Psicóloga Universidad Alberto Hurtado, Magister Ciencias Sociales y sociedad civil. IDEA USACH; **Jeniffer Riquelme Navarro**, Psicóloga Universidad Academia de Humanismo Cristiano, psicóloga en Corporación Miles; **Beatriz Colli Correa**. Socióloga de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Pasante Corporación Miles.

En América Latina, los abortos clandestinos causan estrés psicológico debido al estigma social, la falta de apoyo y la incertidumbre sobre la salud y seguridad personal. Este estudio examina los impactos psicológicos del aborto, diferenciando entre abortos seguros y clandestinos, y expone las condiciones que afectan la salud mental.

ANTECEDENTES

El tema del aborto ha sido objeto de amplias discusiones en relación con la legislación para su despenalización o regulación. En estos debates, se han utilizado argumentos que giran en torno a la existencia de un supuesto «síndrome post-aborto», sosteniendo que la interrupción del embarazo conlleva efectos negativos para la salud mental de las mujeres y, por ende, debería ser prohibida (Lee, 2001, citado en Maroto, 2009).

Un ejemplo de estas investigaciones es un estudio publicado en 2017 en el *Journal of American Physicians and Surgeons*, que analizó las respuestas de 987 personas que contestaron una encuesta tras consultar a un centro de embarazo solicitando asistencia post-aborto (Coleman, et al. 2017). Mediante una encuesta anónima en línea, se les pidió a las mujeres describir los aspectos positivos y negativos más significativos de sus abortos. En el estudio, los investigadores concluyeron que un 32% de quienes participaron no expresaron ningún tipo de «beneficio personal» tras el aborto; es decir, ningún tipo de crecimiento espiritual, involucramiento en actividades pro vida o en términos de acercamiento a otras mujeres en circunstancias de vida similar. Se argumentó que esto sugiere que el aborto conduce a efectos negativos.

Junto con las falencias metodológicas, ya que la investigación es un estudio retrospectivo sin un grupo de contraste adecuado, el planteamiento mismo de la investigación es impreciso, ya que detectar aspectos positivos o negativos tras un aborto no necesariamente implica la generación de efectos adversos para la salud de las mujeres que lo viven. En otras palabras, tener un «beneficio personal» (tal como lo definen los investigadores) no implica necesariamente haber experimentado afectaciones en la salud mental o integridad en general.

Como se presentará a continuación, experimentar emociones negativas después de un aborto no es lo mismo que experimentar efectos adversos para la salud ni arrepentirse de la decisión tomada (Major et al., 2000). Además, la búsqueda de un «beneficio personal» como indicador de «indemnidad» parece poco ajustada a la realidad; la experiencia de trabajo en terreno y las investigaciones señalan que el aborto no es solicitado por las mujeres con el fin de obtener algo, sino para prevenir una situación de vida no deseada. Finalmente, la misma muestra de esta investigación parece estar sesgada, ya que corresponde a mujeres que consultaron a una clínica reproductiva solicitando servicios de cuidado post aborto (es decir, que tuvieron algún tipo de complicación), sin considerar aquellas mujeres que, por ejemplo, no necesitaron consultar o recibir este tipo de servicios.

Aún así, este tipo de argumentos proliferan pese a que se han fundamentado en investigaciones y estudios clínicos que han sido ampliamente cuestionados y criticados por sus falencias metodológicas (Charles V. et al, 2008). La mayoría de estos estudios no logran dar cuenta de los problemas de salud mental preexistentes en las personas estudiadas o bien, no utilizan grupos de contraste o

de comparación que sean adecuados. Además, estas investigaciones por lo general, corresponden a estudios retrospectivos, es decir, que dependen del recuerdo de quienes participan; sostener un estudio en función de los recuerdos de los entrevistados puede inducir a la «falacia post hoc», concepto que alude a la creencia de que si un acontecimiento sucede después de otro es a consecuencia del primero, desconociendo las circunstancias que existían preliminarmente.

Un metaestudio de este tipo de investigaciones concluyó, tras una revisión de 21 publicaciones, que las investigaciones metodológicamente más rigurosas arrojan los resultados más neutrales en términos de aparición de efectos adversos posteriores a un aborto, mientras que aquellas con menor rigurosidad técnica son los que más correlaciones de causalidad refieren (Charles, V. et al, 2008). Siguiendo estos hallazgos, existe una creciente aceptación en la comunidad experta de que no existe evidencia científica para sostener que aumente el riesgo de tener efectos adversos para la salud mental con la realización de un aborto.

El estudio Turnaway (Biggs et al. 2015), conducido por investigadoras del programa de investigación «Advancing New Standards in Reproductive Health» (ANSIRH) del departamento de Obstetricia, Ginecología y Ciencias Reproductivas de la Universidad de California, es uno de los ejemplos más rigurosos en la actualidad.

El estudio Turnaway (que en español se traduce como «rechazar» o «voltar la cara»), comparó los resultados, en diversas dimensiones del bienestar y salud mental, de mujeres que solicitaron y recibieron abortos y mujeres a las que se les rechazó la solicitud de abortar por encontrarse fuera del plazo gestacional permitido. Es decir, es un estudio que contempla una muestra en igualdad de condiciones, pues todas las participantes observadas querían realizarse una interrupción de su gestación, pero lo que cambia es el resultado: algunas pudieron y otras no (de acuerdo al contexto normativo en que estaban).

La muestra contempló casi 1.000 casos de mujeres en 21 estados de Estados Unidos, a las que se les realizaron entrevistas en profundidad durante el mes siguiente en que solicitaron el procedimiento y después, cada 6 meses a lo largo de 5 años. En estas entrevistas se evaluó su salud física, emocional y mental, junto con su situación financiera y el estado de sus relaciones interpersonales con sus hijos e hijas.

Los hallazgos de este estudio concluyeron que, en los diversos análisis realizados año tras año, no se encuentran pruebas que permitan sostener que el aborto estuviera asociado directamente a efectos adversos en la salud mental. Por el contrario, los hallazgos de esta investigación sostienen lo siguiente:

- Las mujeres a quienes se les negó el aborto debido a los límites gestacionales de los centros médicos, presentaron más síntomas de ansiedad que quienes

abortaron (Bigg et al., 2017; Bigg et al., 2015).

- Las mujeres que abortaron no tenían mayores riesgos de tener síntomas o un diagnóstico de estrés postraumático que aquellas mujeres a las que se les negó la práctica, es decir de aquellas que no se realizaron el aborto (Bigg et al., 2016).

Existen hallazgos anteriores que reafirman las conclusiones del estudio Turnaway. En ellos se concluye, por ejemplo, que los estudios metodológicamente más rigurosos indican que en los Estados Unidos, los riesgos relativos de las mujeres adultas que tienen un único aborto legal en el primer trimestre, producto de un embarazo no deseado, no son mayores a los riesgos de las mujeres que llevan a término un embarazo no deseado (Major et. al 2009). Este estudio además es enfático en demostrar que los abortos se dan en contextos de embarazos no deseados, señalando que entre las principales razones para realizarlo se encuentran la imposibilidad de cuidar y criar a un niño/a (o a otro niño/a en los casos de mujeres que ya son madres), importantes dificultades económicas o el deseo de evitar la maternidad soltera o singular. También dentro de las razones se encuentran los embarazos son consecuencias de una violación (Finer et al., 2005).

Estas y otras investigaciones fueron presentadas durante marzo del 2023 ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos por el caso Beatriz y Otros vs. El Salvador. Mediante un *amicus curiae*, es decir; mediante una presentación de terceros ajenos a la disputa legal con el fin de aportar información, argumentos u opiniones técnicas que puedan servir como elementos relevantes para el juicio, las investigadoras de igual modo compartieron evidencia al respecto. Este *amicus* no sólo fue aceptado por la Corte Interamericana, indicando la seriedad y validez de los estudios, sino que fue fundamental a la hora de la deliberación (CIDH, 2020).

Existen otras investigaciones regionales que apoyan y complementan las investigaciones previamente expuestas. En Argentina, se condujo una investigación cualitativa utilizando el método biográfico y entrevistas en profundidad con mujeres que habían abortado de manera voluntaria con medicamentos sin supervisión médica. Es importante precisar que las mujeres participantes habían recurrido a servicios de psicología; por ende, es posible asumir la existencia de alguna problemática que gatilló su motivo de consulta.

En cuanto a los resultados de dicha investigación, se identificó que las principales tensiones, conflictos y/o malestares que las mujeres señalaban guardaban relación con los obstáculos que tuvieron que sortear para poder interrumpir su embarazo —es decir, a las condiciones de clandestinidad— más que al proceso mismo del aborto. En este sentido, los efectos psicosociales que se observaron estaban más bien ligados a experiencias de malos tratos, miedo a ser enjuiciadas social y penalmente es decir, a las condiciones y determinantes del contexto. En

concreto, no poder recurrir a un servicio de salud cuando se observan y/o sienten complicaciones físicas tras un aborto con medicamentos es uno de los factores que más repercusiones tiene en la salud mental de las mujeres (Santarelli, 2019).

Con estos antecedentes en consideración, durante el 2023 en Corporación Miles se realizó un estudio exploratorio con mujeres que habían abortado sin causales con el objetivo de conocer los efectos que dicha experiencia había tenido para ellas y explorar con qué elementos éstos se relacionaban. A continuación, se presentan los aspectos metodológicos, los resultados y las principales conclusiones del estudio. Finalmente, se ofrecen una serie de recomendaciones hacia distintos sectores de la sociedad, con el objetivo de avanzar hacia la desmitificación y despatologización del aborto, promoviendo así su destigmatización.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

El objetivo general de esta investigación es identificar los efectos que una experiencia de aborto puede generar en las mujeres y analizar si estos se relacionan o dependen del contexto en que se viven. Como objetivos específicos se espera:

1. Caracterizar los contextos de las mujeres que abortan.
2. Caracterizar las experiencias de los abortos en Chile.
3. Conocer cómo influye el contexto en la experiencia del aborto.

En este estudio se utilizó una metodología cualitativa para indagar en las vivencias subjetivas de las mujeres que han tomado la decisión de abortar y las características de sus contextos sociales. Para ello, se condujeron entrevistas en profundidad, de carácter semiestructurado, a mujeres que habían decidido voluntariamente realizarse un aborto con al menos 6 meses de distancia a la fecha de la entrevista. También, en algunos casos, se realizaron entrevistas grupales, igualmente de carácter semiestructurado. Las entrevistas fueron transcritas y codificadas con la metodología de la teoría fundamentada, para identificar, desde el relato de las personas, los códigos y categorías que, posteriormente, alimentaron el análisis.

RESULTADOS

En este estudio participaron 9 mujeres cuyas edades están entre los 25 y 34 años. Cinco mujeres viven en la Región Metropolitana, una en la Región de O'Higgins, otra en la Región de Los Ríos, la séptima en la Región de Valparaíso y la última en España, siendo todas chilenas. Todas las participantes se identifican como mujeres cis, 6 heterosexuales y 3 bisexuales. Una de las entrevistadas pertenece al pueblo Aymara y ninguna declara estar en alguna situación de discapacidad.

De un total de nueve, siete participantes son profesionales y todas trabajan de manera remunerada en la actualidad. Cuatro participan o han participado activamente en organizaciones sociales, ya sea por causas globales (ambientales o del feminismo) o locales (juntas de vecinos, fundaciones, etc.). Esto sugiere que las personas entrevistadas son un grupo de mujeres con formación y participación social.

Todas las participantes del presente estudio han experimentado al menos un aborto; salvo una participante que ha vivido tres. Todos los abortos ocurrieron cuando las participantes eran mayores de edad.



CARACTERIZACIÓN DE LOS AMBIENTES FAMILIARES Y SOCIALES

De acuerdo a la información recopilada, 3 de las 9 entrevistadas (33,3%) provienen de contextos familiares religiosos que se declaran abiertamente en contra del aborto. En estos contextos también se identifican concepciones moralistas sobre la sexualidad como algo oculto y atravesado por la culpa.

«Mis papás y mi tía igual se oponen a eso, al tema del aborto. (...) Pero sí, tienen una cultura del castigo, de que eso era malo, el tema de que uno tenía que ser virgen hasta que llegara al matrimonio.»

(Entrevistada)

En el sentido opuesto, también 3 de las 9 mujeres entrevistadas (33,3%) provienen de familias donde se habla abiertamente de sexualidad, principalmente sobre métodos anticonceptivos.

Respecto a cómo su entorno familiar y/o de amistad participó en su experiencia de interrupción voluntaria del embarazo, se identificó que el 55,5% de las mujeres entrevistadas contaron con el apoyo de sus amigas al momento de realizar la interrupción, teniendo un rol activo en el acompañamiento antes y después del proceso. Por otro lado, el 33,3% refiere que sus familiares y/o amigos tuvieron un rol pasivo y distante, percibiéndolo como algo poco significativo en su vivencia.

En lo que respecta a la participación de las parejas, en aquellos casos en que estas estaban presentes, el 55,5% refirió que sus parejas estuvieron presentes en todo el proceso de interrupción, siendo su principal fuente de contención y cuidados. El 44,4% señala que las parejas ejercieron un apoyo más indirecto, por ejemplo, en la adquisición de medicamentos y/o en el cuidado de hijos en común.

«Mi pareja fue mi principal cuidador(...) estuve con náuseas brutales, muy cansada y mi pareja me cuidó todo el tiempo(...)»

(Entrevistada)

En cuanto a la participación activa de otros familiares, 5 de las 9 mujeres (55,5%) mencionan que contaron con el apoyo de sus familiares, principalmente de sus madres. En contraste, 4 de las entrevistadas consideran que la participación de su familia fue más bien pasiva. Una de las mujeres entrevistadas menciona sentimientos ambivalentes respecto a la participación de su madre, ya que considera que estuvo activamente involucrada durante el proceso de la interrupción, pero luego de realizarla, recibió poco apoyo emocional de su parte.

Al consultarles sobre las actitudes y disposiciones del entorno social respecto del aborto, 8 de las 9 mujeres perciben a Chile como un país donde existen prejuicios y desinformación que se traducen en una cultura de estigma y castigo, donde se responsabiliza directamente

a la mujer embarazada. En relación con esto, las entrevistadas narran dificultades para socializar su experiencia y ser sostenidas por su entorno, afectando, por ejemplo, su posibilidad para acceder a servicios de consejería post aborto y/o acompañamiento profesional. Una mujer que tuvo dificultades post aborto y tuvo que acudir a un servicio de salud, refiere:

«Cuando me atendieron en el servicio de salud, como que con lo que ellos me dijeron, me reafirmaron, que mi irresponsabilidad me había llevado a quedar embarazada. (...) Como que no fueron capaces de ver que, claro, a lo mejor sí había un acto de irresponsabilidad, pero ese acto de irresponsabilidad también no era tan así porque había una historia atrás en esa relación, pues había violencia psicológica, física (...)»

(Entrevistada)

CARACTERIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE INTERRUPCIÓN

Ocho de las nueve mujeres entrevistadas, es decir, el 72%, mencionaron haber utilizado el método con medicamentos en sus propios domicilios. Solo una de las participantes informó haber viajado al extranjero para realizarse el procedimiento mediante el método de la AMEU.

En cuanto a la percepción de la experiencia, los datos indican que 8 de las 9 mujeres entrevistadas (72%) la consideraron «traumática», especialmente debido a las circunstancias en que fue vivida: en secreto, con poco apoyo de los familiares y con temor a enfrentar complicaciones de salud y la necesidad de recurrir a algún servicio médico. Las mujeres entrevistadas mencionaron directamente que el «secretismo», la «clandestinidad» y el «temor a no poder pedir ayuda de manera segura» contribuyeron a intensificar el malestar emocional que experimentaron.

La mitad de las entrevistadas tuvo miedo de que el procedimiento fallara, ya sea debido a sangrados tardíos o a demoras en el proceso más allá de lo estipulado. Además, las mujeres señalaron que sus acompañantes también experimentaron temores similares respecto al éxito del procedimiento y posibles complicaciones de salud. Por ejemplo, la madre de una de las mujeres tenía miedo de que su hija muriera durante el procedimiento. En otro caso, fueron la suegra y la pareja quienes sintieron miedo de no poder acceder al servicio médico si algo salía mal. La pareja de una entrevistada tenía miedo de que hubiera complicaciones médicas y temía que, al ir a un hospital, fuera juzgada y denunciada por su decisión de abortar.

De las mujeres entrevistadas, cinco tuvieron complicaciones médicas post aborto, que incluyeron sangrados abundantes y prolongados, así como dificultades en la expulsión completa del tejido. Las otras cuatro entrevistadas no experimentaron ninguna complicación durante ni después del procedimiento.

En términos de socialización de la experiencia, cinco de las nueve (45%) participantes lograron compartir su situación con su círculo más cercano. Una entrevistada

compartió el tema con su pareja, madre y hermana, mientras que otra, que vivió el proceso durante la pandemia, inicialmente solo lo discutió con su pareja y una amiga, pero después lo compartió con más personas al considerar que era algo que debía normalizarse. No obstante, es relevante señalar que más del 55% restante, es decir, más de la mitad, optó por no compartir la experiencia debido al temor a prejuicios y al miedo de ser juzgadas en su entorno.

LA EXPERIENCIA DESPUÉS DE ABORTAR

Al consultar a las mujeres sobre sus sentimientos inmediatos después de abortar, se observan principalmente sensaciones de «alivio», «tranquilidad» y de «agradecimiento» por el proceso que transcurrió sin contratiempos. Estas sensaciones se reflejan en los siguientes extractos de entrevistas:

«Me sentí muy agradecida de poderlo haber hecho y que haya funcionado, como que estuve así como muy aliviada (...).»

(Entrevistada)

«Emocionalmente, fue como alegría, ¿cachai? Ya, funcionó. Soy libre. Físicamente también (...).»

(Entrevistada)

«Bien, me acerqué a mi familia, no nos habíamos visto hace tres años y las busqué, somos mujeres adultas las tres y abrió la conversación sobre aborto y maternidad»

(Entrevistada)

También se observan sentimientos ambivalentes en tres de las nueve mujeres entrevistadas. Aunque en sus relatos se identifican sensaciones de tranquilidad y alivio, también se destacan sentimientos de tristeza, donde predominan las referencias a sentirse solas:

«Sentí que recupere mi vida... era chica y estuve media deprimida después del aborto, es que se juntó con que fui pateada y me sentí muy sola. Que no encajaba porque no le podía contar a nadie, me sentí pésimo, lloraba todo el día»

(Entrevistada)

Solo una entrevistada mencionó únicamente sensaciones negativas, principalmente debido a una experiencia integral de «hipersensibilidad» tanto a nivel físico como emocional, que resultó compleja de atravesar, especialmente porque en su caso no contaba con la posibilidad de conversar sobre lo vivido ni buscar apoyo profesional. Por último, una persona declaró no haber tenido malestar emocional después de abortar, pero tampoco expresó haber sentido emociones positivas.

Una de cada tres participantes señala que la experiencia de interrumpir un embarazo es algo que pocas personas

en su entorno social alcanzan a comprender, lo que les deja una sensación de soledad en la vivencia. Esta distancia o brecha en la vivencia se refleja claramente en uno de los relatos de la mujeres, referido a su pareja:

«Creo que no tiene ni idea, o sea, solamente con el hecho de que se haya quedado dormido el día en que yo estaba abortando, no tiene idea lo que yo estaba pasando y yo no tengo ganas de explicárselo tampoco (...).»

(Entrevistada)

Ocho de las nueve participantes del estudio expresaron el deseo de contar su experiencia y/o de expresarla indirectamente a través de algún medio. En ellas se observa el anhelo de visibilizar una experiencia invisible y, mediante este compartir posterior, resignificarla. En algunos casos se identificó, por ejemplo, el ofrecerse como voluntaria para acompañar a otra mujer en proceso de aborto, involucrarse en alguna organización de la sociedad civil o incluso como motivación para participar en esta investigación.

«Quise aportar a la investigación que ustedes están haciendo para crear conciencia de que en realidad hay muchas causas por las cuales uno toma estas determinaciones»

(Entrevistada)

«Tuve la necesidad de contarlo, se lo conté a la mamá de una amiga, mi mamá no era opción, no quería romper la buena relación. Ella, la mamá de mi amiga, me dio el abrazo de adulto que necesitaba»

(Entrevistada)

En cuanto a los efectos en otras áreas de la vida, como lo laboral, solo una participante mencionó explícitamente que la experiencia del aborto generó un impacto en su área laboral porque estuvo un mes con licencia.

Otro aspecto en el que impacta la experiencia del aborto es en las relaciones interpersonales de las participantes. Los resultados indican que ocho de las nueve mujeres, correspondiente al 88,8%, mencionaron cambios en sus relaciones interpersonales después de abortar; estos cambios pueden ser positivos, en cuanto la relación se fortalece, lo cual ocurrió en tres casos; por ejemplo, como lo menciona una de las entrevistadas con la relación con sus padres:

«Con mi mamá, yo creo que fue bonito reafirmar un poco de que yo, si bien yo sé que ella siempre me apoya en todo, tengo la confianza de que cualquier cosa que me pase, mi mamá es como una persona en la que yo puedo confiar, lo mismo con mi papá, estoy muy agradecida por los padres que tengo»

(Entrevistada)

También los cambios en las relaciones interpersonales pueden ser negativos, como cuando ocurre un conflicto o el quiebre en la relación interpersonal. Esto fue

mentado por cuatro de las mujeres que pasaron por el estudio. Por ejemplo, una entrevistada relata el quiebre de una amistad:

«Esta chica que era mi amiga que me dijo, no, no te preocupes, yo te voy a acompañar. Claro, ahí influyó porque ella no estuvo nunca conmigo (...). Sí, con ella, ya después dije no, si no puede estar en estos momentos, que era la única persona que sabía, en realidad me alejé de ella»

(Entrevistada)

Por último, una participante menciona haber experimentado cambios positivos y negativos en sus relaciones interpersonales; es decir, algunas relaciones se fortalecieron y, al mismo tiempo, experimentó el quiebre en otras.

CONSIDERACIONES POSTERIORES: QUÉ HUBIESE SIDO BUENO QUE FUERA DISTINTO.

A las mujeres entrevistadas también se les consultó sobre qué les hubiera ayudado a que la experiencia de interrupción fuera más llevadera y amable. Respecto a la necesidad de contar con acompañamiento profesional, como atención psicológica, el 55,5% de las participantes mencionó que no habrían optado por este tipo de apoyo.

El mismo porcentaje, es decir, el 55,5%, indicó que les habría gustado vivir la experiencia «sintiéndose más seguras», con mayor información, con más apoyo de profesionales de la salud y sin tener que ocultar su situación. Estos deseos quedan reflejados en los siguientes extractos de entrevista:

«Si hubiera tenido una oportunidad de hacerlo de manera más segura, lo habría tomado sin tanto miedo, (...)»

(Entrevistada)

«Con quizás una doula o un acompañante, habría sido distinto»

(Entrevistada)



CONCLUSIONES

En este estudio se entrevistó en profundidad a nueve mujeres que habían experimentado abortos al margen de las tres causales, es decir, fuera del marco legal. Todas eran mayores de edad y la mayoría optó por procedimientos con medicamentos en sus propios hogares. Solo una mujer viajó al extranjero a un país donde el aborto es legal.

Los relatos de las mujeres resaltaron la importancia del acompañamiento y apoyo de sus seres cercanos en un contexto de clandestinidad. Sin embargo, se observó una constante tensión entre el estigma, los prejuicios y la desinformación sobre el aborto, y las posibilidades de acogida y contención que encontraron.

Los sentimientos que atravesaron la experiencia de abortar fueron variados, fluctuando entre el alivio y el desamparo (tristeza o fragilidad por «verse solas en esto»). Sin embargo, algo transversal fue la predominancia de la sensación de «inseguridad», derivada del «miedo a no poder pedir ayuda en caso de necesitarla». A pesar del temor a la ilegalidad, la sensación de alivio persistió en la mayoría de los casos, lo que sugiere una decisión consciente y ponderada. Así, el efecto de la ilegalidad parece precarizar la salud de las mujeres, al dificultarles pedir ayuda profesional o resolver sus inquietudes a tiempo, lo que podría prevenir complicaciones de salud, ansiedad y angustia.

El contexto social y legislativo restrictivo parece perpetuar los sentimientos de peligro respecto al procedimiento, convirtiendo la interrupción del embarazo, incluso en etapas tempranas de gestación, en un proceso de riesgo cuando, en realidad, no lo es. Además, el secretismo convierte al aborto en una experiencia que no se puede discutir, disminuyendo aún más las posibilidades de buscar ayuda o apoyo entre las redes sociales.

En los relatos, destaca el papel del ambiente como factor protector o de riesgo. La emergencia de sentimientos de desvalía, tristeza y soledad estuvo particularmente presente en aquellos casos donde el entorno se percibió como amedrentador. Por el contrario, la presencia de figuras significativas antes, durante y después del proceso permitió que este fuera atravesado de manera más tranquila, con sensaciones de alivio presentes en todas las historias.

Se puede concluir que vivir un aborto en un contexto cultural y legislativamente restrictivo puede tener efectos sociales y psicológicos indeseables, como el aislamiento, la inseguridad, la soledad, la angustia y el miedo. Por el contrario, contar con contextos sensibles e informados sobre el aborto y los embarazos no planificados puede ser un factor protector, generando condiciones de seguridad y cuidado para las mujeres.

RECOMENDACIONES

Basándose en los hallazgos de este estudio, Corporación Miles ha formulado las siguientes recomendaciones para mejorar la seguridad y confiabilidad de las experiencias de las mujeres que deciden interrumpir embarazos no planificados ni deseados:

1. Garantizar el acceso a servicios de salud sexual seguros y de calidad, con enfoque en la salud integral, para mujeres y personas gestantes que optan por la interrupción del embarazo. Esto implica:
 - Disponibilidad de servicios de salud mental y apoyo profesional psicosocial confidenciales para quienes que han pasado por la experiencia de abortar y necesitan abordar la problemática.
 - Fortalecimiento de programas comunitarios de apoyo psicosocial en salud sexual y reproductiva.
 - Capacitación para profesionales de la salud en la prestación de atención sensible y libre de prejuicios a las mujeres y personas que eligen abortar.
2. Promover la sensibilización y formación en la sociedad sobre salud sexual, especialmente en temas estigmatizados como el aborto, el embarazo no planificado y la anticoncepción de emergencia. Esto puede lograrse mediante campañas comunicacionales que sensibilicen e informen sobre salud sexual, así como sobre cómo y dónde acceder a los servicios disponibles.
3. Fortalecer la educación sexual en todos los niveles educativos, desde prebásica hasta superior, con un enfoque no moralizante ni enjuiciador sobre la sexualidad. Esto incluye la difusión de información sobre salud sexual y reproductiva de forma pedagógica a estudiantes y profesores, así como la orientación sobre servicios disponibles en caso de embarazos no planificados y/o infecciones de transmisión sexual.
4. Incorporar una perspectiva de género en todas las políticas y programas relacionados con derechos sexuales y reproductivos. Esto implica reconocer y abordar las desigualdades y discriminaciones de género que afectan la toma de decisiones sobre la salud reproductiva.

Estas recomendaciones tienen como objetivo mejorar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, así como promover un entorno social y cultural más informado y respetuoso con la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud reproductiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, H., (2019) Factores asociados al desarrollo de alteraciones psicológicas post aborto en pacientes del servicio de gineco-obstetricia del hospital central de la pnp luis n. sáenz de enero a julio del 2018. Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana, Lima.
- Bigg. M. ., Rowland, B., McCulloch, C.E. y Foster (2016). Does abortion increase women's risk for post traumatic stress? Findings from a prospective longitudinal cohort study. *BMJ open*, 6(2), e009698
- Biggs, Antonia (2017). Estudio Turnaway El impacto sobre la salud mental. *dc.identifier.uri*, <http://clacaidigital.info/handle/123456789/1116>.
- Biggs, M. A., Foster, D., Woodruff, K., (2023) Revisión de la evidencia en torno a los efectos del aborto y de la negación de un aborto en salud mental, las emociones y el bienestar de las personas gestantes. Amicus Curiae presentado ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos, Caso Beatriz y Otros vs. El Salvador. Marzo de 2023.
- Biggs, M. A., Neuhaus, J. M., y Foster, (2015). Mental Health Diagnoses 3 years after receiving or being denied an abortion in the United States. *Am J Public Health*, e1-e7
- Charles, V. E., Polis, C. B., Sridhara, S. K., y Blum, R. W. (2008). Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception*, 78(6), 436-450.
- Coleman, P. Boswell, K., Etzkorn K., Turnwald, R. (2017). Women who suffered emotionally from abortion: a qualitative synthesis of their experiences. *Journal of American Physicians and Surgeons* Vol. 22 N° 4, winter 2017.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2020). Informe No 9/20 Caso 13.378. Recuperado el 4 de enero de 2024, de https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/corte/2022/sv_13.378_es.pdf
- Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro. (2016). Guía de incidencia para la promoción y defensa del derecho al aborto legal y seguro en Latinoamérica y el Caribe.
- Corporación Humanas. (2021). Persecución criminal por aborto en Chile: revisión de datos informados por el Ministerio Público período 2010-2020.
- Finer LB, Frohworth LF, Dauphinee LA, Singh S, Moore AM. Reasons U.S. women have abortions: quantitative and qualitative perspectives. *Perspect Sex Reprod Health*. 2005 Sep;37(3):110-8. doi: 10.1363/psrh.37.110.05. PMID: 16150658.
- Fuentes, X. (2009). Síndrome post-aborto. reacciones psicológicas post-aborto. *ARS medica*, 38(1).<https://doi.org/10.11565/arsmed.v38i1.92>
- Major, B., Appelbaum, M., Beckham, L., Dutton, M. a., Russo, N. F., y West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *American Psychologist*, 64(9), 863-890
- Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, M. L., Zubek, J., Richards, C., Wilhite, M., & Gramzow, R. H. (2000). Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Archives of General Psychiatry*, 57(8), 777. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.8.777>

- Maroto, A. (2009). El trauma post-aborto: Un mito creado por los sectores conservadores. En: Colectiva por el Derecho a Decidir. Interrupción Terapéutica del Embarazo: Aportes para la reflexión (pp.137-159). San José: Colectiva por el Derecho a Decidir.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature. Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Santarelli, M & Anzorena, C. (2019) Consideraciones sobre la causal salud de interrupciones legales de embarazo en Argentina, a partir de la comprensión de experiencias emocionales de embarazos no deseados de mujeres.; XXVII Jornadas de Jovens Pesquisadores; São Carlos; Brasil; 2019; 595-595
- Santarelli, M & Anzorena, C. (2021) Religiosidad y experiencias emocionales sobre aborto; Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Periodismo y Comunicación Social; Con X; 7; 2-2021; 1-29
- Santarelli, M. (2019). Embarazo no deseado/aborto voluntario y salud mental de las mujeres: una problematización de discursos psi patologizantes. Revista Electrónica de Psicología Política; 17; 43; 12-2019; 33-53.
- Santarelli, N. (2019a). En el borde y sostenidas... Experiencias de aborto farmacológico clandestino de mujeres en interacción con profesionales de Psicología (Tesis de Máster). Universidad de Málaga, España

05

Miles+

En este capítulo especial se presentan, a modo de avance o sinopsis, dos investigaciones seleccionadas en el concurso anual de Corporación Miles, conocido como Miles+.

Miles+ busca promover la difusión de investigaciones y estudios realizados por personas naturales y organizaciones locales, que a menudo enfrentan dificultades para dar a conocer su trabajo.

Estas investigaciones fueron elegidas por el comité de selección de Corporación Miles debido a su carácter innovador y su contribución a la discusión y al avance hacia una sociedad que reconozca, respete y garantice los derechos sexuales y reproductivos en todas sus dimensiones.

Para obtener más información sobre los estudios, se puede consultar los datos de contacto que figuran en la parte superior.

Capítulo Miles+

**Aborto legal y mujeres
migrantes:** los estereotipos que
tienen las/os profesionales de la
Salud Pública que las atienden

En el marco del Proyecto Anillos PIA-ANID SOC 180008 «Migraciones contemporáneas en Chile», realicé un estudio sociológico para mi tesis de pregrado con el propósito de explorar los estereotipos que tienen los/as profesionales de la Salud Pública respecto a las mujeres migrantes que acceden al aborto legal en dos hospitales de la Región Metropolitana (RM). Esto se hizo con el fin de evidenciar si se observaba un trato diferenciado hacia estas mujeres. A través de una metodología cualitativa y utilizando la técnica de entrevista semiestructurada, se entrevistaron a 11 profesionales de la Salud Pública que forman parte de los equipos de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), incluyendo médicos/as gineco-obstetras, psicólogos/as, matronas y asistentes sociales.



PRINCIPALES RESULTADOS

Los hallazgos de la investigación revelaron diversos resultados que son esbozados a continuación.

En primer lugar, se destaca que la aparición de estereotipos sobre las mujeres migrantes que eran atendidas por un aborto legal, se relacionaban más a su estatus migratorio y nacionalidad de origen que al hecho en sí mismo de abortar, encontrándonos con estereotipos tanto de índole cultural sobre país de origen, como de su situación migratoria actual en Chile, todos basados en creencias y juicios sobre ellas que no tenían un verdadero sustento, por lo cual se trataban de un rechazo racista hacia la población migrante en general, con un especial énfasis hacia las mujeres haitianas.

Las mujeres haitianas fueron estereotipadas como «malas madres», atribuyéndoles una supuesta falta de apego hacia sus hijas/os y una forma distinta de vivir el embarazo y parto respecto de las mujeres chilenas. Se les etiquetó como «salvajes» debido a supuestos relacionados con hábitos de higiene, formas de expresarse y su religiosidad. Se les estereotipó como «machistas» por depender supuestamente de sus maridos y no mostrar interés en aprender español, prefiriendo que sus maridos actúen como intermediarios. Se les consideró «extrañas» por ser supuestamente distintas a las mujeres chilenas y de otras comunidades, y «pobres» por supuestamente llevar consigo la pobreza de su país de origen y manifestarla en Chile.

«Eh, como... haitianas sin ropa interior (énfasis), eh, tiradas en el suelo, creyendo que se van a morir, tú no entendiendo en verdad qué es lo que les pasa y luego entiendes que, que...

ellas realmente creen que se van a morir en cada cosa que sienten, como que tienen mucho miedo a, me imagino yo que tiene que ser porque realmente en su país se mueren po' ¿cachay? entonces ellas cualquier dolor fuerte no lo comprenden como algo natural o no lo... no lo... o sea, eh, su comportamiento es súper salvaje, desde un punto de vista de cómo vivir el dolor.»

(Matrona, 9 de diciembre de 2020)

Por otro lado, a las mujeres venezolanas se les estereotipó como «exageradas» supuestamente por su percepción y expresión del dolor, y «exigentes» debido a su supuesta alta educación y a haber sido bien atendidas en su país de origen. A las mujeres colombianas se les atribuyen características similares a las venezolanas, pero con una actitud supuesta más «tranquila».

«Yo siento que hay un estigma súper grande a nivel del servicio al menos. Pucha, por ejemplo, a las venezolanas, siempre se rumorea que son exageradas. Son como de tele-serie ¿cachay? así como las reclamonas (...) a la paciente, no sé, venezolana es como "ya, ya, sí, tranquila, no pasa nada" ¿Cachay? minimizando el sufrimiento y cosas así.»

(Matrona, 2 de diciembre de 2020).

En cuanto a las mujeres peruanas, se les estereotipó como «sumisas» y «reacias», supuestamente por razones culturales y su tendencia a ser más calladas, mientras que a las mujeres bolivianas se les percibe como aún más «sumisas» que las peruanas.



Foto de mauro mora en Unsplash

«Me pasa que son como medias reacias. Les cuesta mucho dejar que uno se acerque. Así como en la contención, como dices tú. Porque no se habla lo que sienten. Son de pocas palabras, generalmente. Solo afirman y nada más po. Entonces es también como un choque cultural porque una como chilena a veces, al menos me pasa a mí que soy súper cálida y de piel y de contener, entonces, pasa mucho en estos choques culturales que sobre todo ellas son súper como apartadas, igual que las bolivianas, también pasa lo mismo con ellas, con la mayoría, no todas son así».

(Matrona, 2 de diciembre de 2020).

Cabe destacar que no todos los profesionales compartían las mismas afirmaciones sobre las mujeres migrantes que abortaban, y en las entrevistas solían apuntar a «otras personas» de los dichos y malos tratos sobre las pacientes, sin apuntar a un verdadero responsable. Muchas de las afirmaciones venían seguidas de experiencias en donde algunas/os profesionales observaban malos tratos en la atención que se salían de lugar.

«Ay, el peor caso de la vida, el primer IVE que asistí, tuve la mala suerte de asistirla con una ginecóloga que es muy violenta, que es muy violenta (...) y ella tiene un problema heavy con...el trato hacia las pacientes, pero especialmente con las pacientes haitianas (...) esta paciente quería tener a su bebé, pero no podía porque no era viable, y me acuerdo que sufrió mucho maltrato de la doctora. Mucho, así como, golpes en las piernas, em, gritos, gritos hacia mí porque ella se sentía como frustrada porque el procedimiento no fue rápido (...) la doctora estaba apurada y lo hizo al tiro, sin que le hiciera esf... perdón, efecto el refuerzo, y la paciente

gritaba de dolor y de sufrimiento. Era como, eh... me acuerdo y me dan ganas de llorar. Un llanto desolador, te juro yo salí llorando de ese box. Llorando. Porque ella decía, lo único que decía "mi bebé" (...) no sé si hubiese sido tan cruel si no hubiese sido haitiana, la verdad.»

(Matrona, 2 de diciembre de 2020)

Por otro lado, es importante señalar que el Equipo IVE del Hospital San José contaba con una preparación y sensibilización mucho más completa y acorde a las sugerencias de la OMS respecto del Hospital San Borja Arriarán, donde en este último se expresaron muchos más casos violentos hacia las mujeres migrantes atendidas, además de admitir que aún practicaban el procedimiento de legrado para abortar, el cual está desestimada por la OMS, siendo la recomendación pertinente, más segura y menos invasiva, el uso de pastillas Misoprostol y posterior seguimiento de las pacientes.

Finalmente, en ambos hospitales se reconoce la falta de capacitación de las/os funcionarias/os en la materia de migraciones, poblaciones vulnerables y derechos humanos, destacando la existencia de una mayor formación de las nuevas generaciones de profesionales respecto de aquello.

CONCLUSIONES

Los estereotipos encontrados en este estudio respecto de las mujeres migrantes que abortan legalmente son despectivos, discriminadores y negativos, basados tanto en supuestos sobre su situación migratoria como en características de su país de origen. Por tanto, podemos decir que se trata de estereotipos racistas, los cuales enfatizan supuestas diferencias que distinguen un «nosotros» (los chilenos) de un «otros» (las migrantes), donde los «otros» quedan inferiorizados respecto de otras pacientes y de las personas chilenas, haciendo un especial énfasis a las mujeres haitianas.

Como segunda conclusión, se observa que el hecho mismo de abortar no necesariamente agrava el estereotipo sobre estas mujeres. Por lo tanto, si bien se constata que los profesionales estudiados están involucrados y valoran positivamente los avances en materia de género, derechos de las mujeres y aborto legal, las diferencias que se hacen hacia las mujeres migrantes permean en su atención hacia ellas. En ese sentido, es prioritario abordar críticamente la comprensión de la diversidad humana, así como la diversidad de mujeres que son atendidas en los Servicios de Salud Pública chilena.

Finalmente, se pudo reconocer que los estereotipos que tienen los profesionales sobre estas mujeres repercuten directamente en su disposición para atenderlas, generando tratos racistas, discriminatorios, minimizantes e inferiorizantes, tanto respecto de las formas de vivir el duelo, sentir dolor, comunicarse y atenderse. Para los profesionales de la salud, es un problema atender a mujeres migrantes, pues no se sienten preparados para las supuestas diferencias culturales ni para brindarles una atención adecuada.

RECOMENDACIONES

Las principales recomendaciones para los profesionales de la salud que forman parte de los equipos de Interrupción Voluntaria del Embarazo tienen que ver con la comprensión y el respeto de la diversidad humana en la ética profesional:

En primer lugar, se sugiere gestionar cursos y capacitaciones para los profesionales de la salud pública en todos sus niveles, con el fin de desmitificar los estereotipos y prejuicios que existen sobre las comunidades migrantes en Chile, y reforzar una atención integral y no discriminatoria. El objetivo es que los profesionales conozcan y comprendan las múltiples situaciones de vulnerabilidad que enfrentan las personas migrantes en nuestro país, situación que ha sido documentada en diversos estudios. Esto es especialmente relevante dado que esta vulnerabilidad es aún mayor cuando estas personas se encuentran en situación migratoria irregular. Cada profesional debe garantizar una atención en la que las pacientes se sientan seguras, en confianza y comprendidas, donde se les informe debidamente sobre la situación que enfrentan y las alternativas disponibles, y donde el trato sea equitativo, sin discriminación.

En segundo lugar, se sugiere asegurar la presencia de un médico o una médica que hable Créole, y en caso de no ser posible, contar con un traductor intercultural que pueda comunicar adecuadamente la situación, los procedimientos y las alternativas a las pacientes haitianas u otras que hablen otro idioma. De esta manera, se evita que sean inducidas a realizar procedimientos que desconocen o no comprenden debido a la falta de voluntad o comunicación.

En tercer lugar, se deben buscar mecanismos para atraer a las personas migrantes al servicio de salud pública, asegurándose de que no teman ser deportadas, discriminadas o maltratadas, sino mostrando un interés genuino por su salud.

Por último, se debe fomentar la denuncia de los casos de maltrato, discriminación o racismo hacia las mujeres migrantes, en los cuales los profesionales sean testigos, con el fin de dejar de normalizar estas conductas.



Foto de Hush Naidoo Jade Photography en Unsplash

BIBLIOGRAFÍA

- Osorio Lavín, C. (2021). Aborto legal y mujeres migrantes: los estereotipos que tienen las/os profesionales de la Salud Pública que las atienden. Disponible en <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/184773>
- Amnistía Internacional (2015). Datos y cifras. «Chile no protege a las mujeres. La criminalización del aborto viola los derechos humanos».
- Astles, J. s.f. ¿Cómo perjudican los estereotipos a las mujeres migrantes?. En Organización internacional para la migración (OIM). [En línea] <https://rosan jose.iom.int/SITE/es/blog/como-perjudican-los-estereotipos-las-mujeresmigrantes> [Consulta 14 de junio de 2020].
- Balibar, E. y Wallerstein, I (1991). Raza, nación y clase. Madrid: IEPALA ediciones.
- Cabieses, B., Bernal, M., McIntyre, A. (2017). La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. Universidad del Desarrollo.
- Cabieses, B., Armas, R., Wolff, M., Norero, C., Rodríguez, J., Reyes, H. (2019). Salud y proceso migratorio actual en Chile. Academia Chilena de Medicina
- Canales, J. D'Angelo, A. Dices, C. Soto, E (2019). Aborto en Chile. Corporación MILES.
- Chile. Ministerio de Salud. 2015. Circular A 15 N°06 sobre Atención de salud a población no regulada. 9 de junio de 2015. [recuperado de https://www.minsal.cl/wpcontent/uploads/2016/09/6_ATENCION-DE-SALUD-A-POBLACION-INMIGRANTENO-REGULADA-APS.pdf]
- Cofré, P. (2019). Derribando Fake news sobre los migrantes y la salud. Vida médica, Colegio Médico de Chile, Volumen 71(3), diciembre 2019.
- Cortez, A. Guerra, M. Stuardo, V (2019). Salud sexual y reproductiva en mujeres migrantes. Corporación Miles
- Erviti, Castro y Sossa (2006). Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México. Estudios Sociológicos XXIV: 72, 2006
- MINSAL (2018). Acogida y acompañamiento psicosocial en el marco de la ley 21.030, que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo por tres causales.
- Tijoux M. E. y Palominos, S. (2015). Aproximaciones teóricas para el estudio de procesos de racialización y sexualización de los fenómenos migratorios en Chile. Polis, revista latinoamericana, Volumen 14 N°42, p. 247-275.

Capítulo Miles+

¿Imaginas cómo viven la menstruación quienes están en situación de calle?

Precedentes para los abordajes en materia de gestión menstrual con personas en situación de calle

Carolina Llanos Arriagada,
Encargada área de estudios en Fundación Gente de la Calle,
cullanos@gentedelacalle.cl

El siguiente escrito tiene por objetivo dar a conocer los principales alcances y resultados de «Menstruar en calle» (en adelante MEC), una iniciativa ejecutada por la Fundación Gente de la Calle (en adelante FGC) en Santiago de Chile, entre los años 2020 y 2022. Desde un enfoque cualitativo, a partir del análisis de testimonios de personas menstruantes, y de la trayectoria de la experiencia, se identifican sus principales hitos, hallazgos y desafíos. Con ello se pretende dar cuenta de la relevancia y necesidad de abordar la gestión menstrual de las mujeres cis/trans que no tienen resuelta su condición de habitabilidad, haciendo de la calle su lugar para vivir. Dentro de este grupo de personas considerado «hipervulnerable» debido a las condiciones de pobreza extrema, la exclusión social y las violencias en las que se inscriben sus trayectorias de vida, resulta fundamental visibilizar desde perspectivas interseccionales y un enfoque de derechos, el desafío que implica trabajar por la restitución y resguardo de derechos tales como el acceso a la educación menstrual, a la salud sexual y reproductiva, y a espacios seguros e insumos básicos como productos de higiene menstrual o agua, con el fin de poder contar con un desarrollo digno de sus procesos de gestión menstrual.



ANTECEDENTES

La salud sexual y reproductiva en contexto de situación de calle ha sido un tema que en el último tiempo ha despertado interés dentro de los grupos e investigadores que se ocupan y relacionan con esta problemática social. Diversos actores se han dado la tarea de visibilizar y profundizar en las dificultades vinculadas a la salud sexual y reproductiva en el caso de mujeres y disidencias o diversidades en situación de calle, en temas asociados a la anticoncepción (Hawkins et al., 2020; Corey, 2020), a embarazos y abortos, a la violencia sexual (Tortosa, 2017), al comercio sexual, etc. Pese a ello, generar un conocimiento profundo que se refleje en la implementación de políticas públicas constituye aún un gran desafío.

Respecto de los procesos menstruales, aparecen como situaciones recurrentes el abandono y las barreras a las que enfrentan las mujeres y personas menstruantes al momento de gestionarla (Vora, 2020; Sommer et al., 2020; Álvarez y Loeza, 2021), poniendo en evidencia la falta de acceso a productos menstruales y/o elementos de primera necesidad como agua y espacios que posibiliten una adecuada higiene menstrual (Vora, 2020; Maroko et al., 2021).

Tras diversas reflexiones en torno a estas situaciones problemáticas para la población menstruante en situación de calle, y en contexto de pandemia por COVID-19, en el año 2020 desde la FGC, comienza a tomar forma la necesidad de contribuir a subsanar en alguna medida tales complicaciones, conformándose la campaña «Menstruar en la calle». Esta acción surge en consonancia con las inquietudes planteadas por algunos movimientos feministas, quienes difundieron la consigna «En cuarentena seguimos menstruando», en reacción a las ayudas gubernamentales que se entregaron a la población, pero

que no consideraron la entrega de insumos de gestión menstrual como elementos de primera necesidad.

Inicialmente, las actividades se organizaron mediante una campaña comunicacional que sensibilizó sobre los procesos de gestión menstrual en personas en situación de calle, con la finalidad de recolectar y distribuir insumos como toallas higiénicas, toallas, protectores diarios, y toallas húmedas para limpieza, etc. Esta campaña tuvo una gran recepción por parte del público de la FGC, permitiendo concretar los objetivos establecidos, con una importante presencia en los territorios mediante la ejecución de rutas para distribuir insumos menstruales. Estas rutas contaron con la participación de un equipo voluntario de matronas, quienes proporcionaron además, acompañamiento socioeducativo especializado en salud sexual y reproductiva, particularmente asociado a la menstruación. La experiencia de MEC durante ese año aportó mucho, tanto a las beneficiarias como a la institución, principalmente en el entendimiento de las particularidades que enfrentan las mujeres en situación de calle, contribuyendo a su reconocimiento desde una perspectiva más humanizante, relevando el hecho de que ellas no están determinadas por la experiencia de vivir en situación de calle. Durante el primer período de MEC, se realizaron 8 rutas abarcando territorialmente las comunas de Pudahuel, San Joaquín, La Granja, Recoleta, Providencia, Santiago, Renca y Quinta Normal; en la Región del Libertador Bernardo O'Higgins, la comuna de San Fernando; y en la Región de Coquimbo se incluyeron los Centros de Detención Penal de Ovalle e Illapel. Las rutas se llevaron a cabo durante los meses de noviembre, diciembre y enero, con una cobertura de 289 mujeres.

Esta primera experiencia de MEC, mediante el diseño



Foto de Reproductive Health Supplies Coalition en Unsplash

y ejecución de la campaña «¿Imaginas cómo viven la menstruación quienes están en situación de calle?», conducente a la realización de rutas con resultados exitosos, posibilitó la continuidad y profundización del trabajo. El año 2022 estuvo marcado por el crecimiento en la demanda de insumos y acompañamientos en diversos formatos, como por ejemplo, Ferias de Servicios Sociales, lo que a su vez generó nuevas necesidades, principalmente formativas en el ámbito normativo. Paralelamente a estos procesos formativos y autoformativos, el principal cambio se generó al transitar desde las rutas calle, también conocidas como «Ruco a Ruco», hacia el «encuentro» con personas menstruantes, poniendo de relieve diálogos colectivos mediante talleres de conversación con mujeres en situación de calle, en los que la interacción entre ellas generaba una socialización de saberes que les permitió tensionar experiencias individuales de pobreza menstrual, para inscribirlas en una trama de carácter mucho más estructural. Todos estos elementos configuraron un segundo período de trabajo que se caracterizó por añadir a los avances del primer período una mayor profundización de saberes que provenían de las propias personas en situación de calle, articulados con normativas y experiencias comparadas, configurando un segundo período que prepararía el terreno para acciones con una mayor incidencia en estas temáticas.

Durante el desarrollo de los talleres de MEC, se conocieron diversos mecanismos de contención menstrual «alternativos» que las mismas personas menstruantes referían, a consecuencia de la falta de acceso a productos idóneos. Uno de ellos que resultó reiterativo fue el uso de esponja de cocina, el cual es utilizado por su bajo costo (\$100) y gran capacidad de absorción. Para su uso, señalaban las

mujeres, «se debe sacar la parte rasposa». Otro aspecto relevante se expresó en el modo cómo experimentaban, vivían y gestionaban acciones y procesos asociados a la menstruación, en los que algunas participantes señalaron:

«Fue mi primer día en la calle cuando me llegó mi periodo, fue una experiencia triste porque no tenía ropa interior y menos toallas higiénicas, y justo me llegó muy fuerte y no tenía donde lavarme ni cambiarme toalla y fue el día más triste de mi vida».

(Participante 1 taller).

«Yo, cuando me llegaba la regla y era situación de calle, no tenía como lavarme ni cambiar de ropa. Andaba entera hedionda. No tenía productos ni los medios. Yo me limpiaba con mi misma ropa. Cuando me llegaban mantas me ponía y siempre estaba manchada. Nunca pedí ayuda y siempre estuve sola. Nunca busqué un lado para bañarme. Esa es mi historia menstrual».

(Participante 2 taller).

«Yo cuando anduve en la calle, estaba en el hospital y subía donde la niña, a pedir lo que te dan como indigente. Pero de repente me llegaba la menstruación o sentía dolores de los ovarios. Partía a la OIRS o a las enfermeras que me conocían y les pedía gasas y me ponía las gasas».

(Participante 3 taller).

PRINCIPALES HALLAZGOS

Las diversas experiencias y formatos de vinculación con personas menstruantes en situación de calle desplegadas por MEC sirvieron como precedente para entablar vínculos con diversos actores que también se sensibilizaron ante los procesos menstruales de esta población. De esta manera, durante el año 2021 y parte del 2022, se trabajó con SERNAC² y con el Ministerio de Desarrollo Social y Familia³ mediante la Oficina Nacional Calle para construir un estudio de consumo y un protocolo de orientación sobre procesos menstruales dirigido a programas de Noche Digna, respectivamente.

Según el primer estudio de gestión menstrual realizado por SERNAC en población hipervulnerable (2022), se señaló que solo el 37% de las personas encuestadas, en el caso de personas menstruantes en situación de calle, cuenta con acceso a insumos para todos los días que dura el proceso menstrual, por lo que el 63% se enfrentaría a diversas barreras. Se señaló además que el 99% indica que la toalla higiénica es el producto sanitario más conocido y el 60% manifestó padecer dolor extremo durante la menstruación. Estos datos fueron complementados con la información de que el 30% de la población menstrúa todos los meses y con el hecho de que los ciclos de menstruación pueden abarcar 40 años de la vida de una persona, por lo que se estipuló que el gasto anual para cubrir insumos menstruales podría aproximarse a los 125.000 pesos chilenos.

Esta situación constatada en el estudio elaborado por SERNAC reafirma lo relatado por las personas menstruantes en situación de calle en el marco de MEC 2020-2022 respecto de su gestión menstrual, evidenciando que los elementos que configuran la gestión menstrual para esta población en Chile se caracterizan por la precariedad y diversas barreras, entre las cuales destacamos: 1) las dificultades de acceso a insumos asociados a la situación económica, 2) dificultades de acceso a infraestructura y agua, y 3) dificultades de acceso a prestaciones de salud sexual y reproductiva para el control de la natalidad, autocuidado, o situaciones de dismenorrea, que finalmente es normalizada dentro del proceso menstrual.

Estos hallazgos relacionados con el «acceso» de insumos y prestaciones de salud sexual y reproductiva encuentran consonancia con diagnósticos (Álvarez y Loeza, 2021) realizados para la población menstruante en situación de calle a nivel regional, por ejemplo, desde iniciativas como «Menstruar calle Uruguay» y «Psico calle colectivo» en México, quienes coinciden en la necesidad de abordar la gestión menstrual en población en situación de calle desde una perspectiva de derechos.

Por otra parte, considerando un componente socioeducativo en temas de gestión menstrual, ya sea en relación con la población en situación de calle menstruante, así como también en relación con diversos actores que se relacionan con este grupo de personas, se trabajó de manera intersectorial entre el Estado mediante la División de Promoción y Protección Social, Oficina Nacional Calle, y

la Sociedad Civil representada por FGC, en la construcción del primer Protocolo en base a la experiencia MEC. Este trabajo involucró la participación del Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género, además del Ministerio de Salud, quienes en un trabajo coordinado lograron construir el primer Protocolo de Gestión menstrual para personas en situación de calle, que fue presentado el 30 de agosto de 2022 y se desarrolló desde un enfoque de género, considerando la oferta de prestaciones de salud sexual y reproductiva en establecimientos de Atención Primaria de Salud. En ese entonces se planteó como dirigido principalmente a: Equipos ejecutores de los programas de la Oficina Nacional de Calle, Equipos ejecutores del Programa de Apoyo a la Atención en Salud Mental (PAASAM), Contrapartes Técnicas Seremías de Desarrollo Social y Familia, Profesionales Matronas/es y Trabajadoras/es Sociales de la Red de Atención Primaria de Salud (CESFAM) y otros profesionales y técnicos vinculados a la temática.

2 SERNAC Corresponde al Servicio Nacional del Consumidor, es la agencia del Estado de Chile, encargada de velar por la protección de los derechos de los consumidores, establecidos en la Ley N° 19.496. Ver en www.sernac.cl

3 MIDESOFA Ver en <https://www.gob.cl/ministerios/ministerio-de-desarrollo-social-y-familia/>



63%
Personas en situación de calle que se enfrentarían a diversas barreras de acceso a insumos

37%
Cuenta con acceso a insumos para todos los días que dura el proceso menstrual

99%

Indica que la **toalla higiénica** es el producto sanitario más conocido

60%

Manifestó padecer dolor extremo durante la menstruación



30% de la población menstrúa todos los meses

\$125.000

pesos chilenos aproximadamente es el **gasto anual para cubrir insumos menstruales**

Operativizar el enfoque de DDHH. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) establece la responsabilidad del Estado de adoptar las medidas apropiadas para ofrecer efectividad a los derechos relacionados con la esfera política, económica, social y cultural, con el fin de asegurar el desarrollo pleno de las mujeres. Por otra parte, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, ratificada por el Estado chileno en 1996, menciona el deber del Estado de proporcionar la ayuda necesaria hacia mujeres en situaciones de vulnerabilidad que requieran asesoría y atención. Además de evidenciar la necesidad de contribuir a visibilizar un abordaje de la gestión menstrual en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, la principal recomendación se relaciona con poder generar políticas que hagan efectiva la garantía de derechos, tal como se ha evidenciado a partir de la experiencia MEC, la cual ha sentado un precedente en términos de trabajo intersectorial en gestión menstrual para poblaciones menstruantes en situación de calle.

Seguimiento y revisión del estado de implementación de protocolos en programas Noche Digna. Una vez creado y difundido el protocolo, se requiere de estrategias de socialización y monitoreo de su implementación para medir su efectividad. Esto significa que es relevante realizar un seguimiento y revisión que permitan medir el impacto de la medida, con vistas a adecuar o generar nuevas estrategias de abordaje en los programas de Noche Digna.

Seguimiento y revisión del estado de implementación de protocolos en atención primaria de salud. Al igual que el punto anterior, se trata de monitorear la socialización e implementación del protocolo con el objetivo de calibrar y ajustar acciones en el ámbito de la salud sexual y reproductiva para este grupo de personas, desde una perspectiva integral.

Fortalecer abordajes interseccionales y estrategias intersectoriales para abordar la problemática. Esto significa avanzar en procesos socioeducativos que permitan comprender las implicancias de la vida en la calle desde la intersección de complejidades que la configuran, así como desde una mirada estructural. Esto posibilitará la generación de estrategias pertinentes que involucren diversos actores del Estado y la sociedad civil, tal como se realizó con la experiencia de construcción de protocolo de gestión menstrual. Esto permitirá, además, reconocer estrategias de abordajes multiescalares en la priorización de acciones, por ejemplo, comenzando con derechos asociados al acceso de insumos y de educación menstrual, tal como se evidencia en la experiencia comparada de otros países que han eliminado el IVA (impuesto a las ventas y servicios) en los productos menstruales o que han generado políticas para la distribución gratuita de insumos menstruales.



Foto de Levi Meir Clancy en Unsplash

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, Nicole y Loeza, Norma. (2021). La vida en rojo. Diagnóstico sobre gestión menstrual en las mujeres y personas que integran las poblaciones callejeras. El caracol, México.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. CEDAW
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Belem do Pará.
- Corey, E., Frazin, S., Heywood, S., Haider, S. (2020). Desire for and barriers to obtaining effective contraception among women experiencing homelessness. *Contraception and Reproductive Medicine*.
- Hawkins, K., Montague-Johnstone, E. (2020). Contraceptive usage in homeless women accessing a dedicated primary care service in Scotland, UK: a case note review. . *BMJ Sex Reprod Health* 2020; 0:1–6.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2022). Protocolo Gestión Menstrual para personas en situación de calle. División de Promoción y Protección Social - Oficina Nacional de Calle.
- Savage, M. (2016). Gendering Women's Homelessness. *Irish Journal of Applied Social Studies*, 16 (2), 44-55.
- Servicio Nacional del Consumidor. SERNAC. (2022). Informe Estudio Gestión Menstrual en población hipervulnerable.
- Sommer, M., Gruer, C., Smith, RC., Maroko, A., Hopper, K. (2020). Menstruation and homelessness: Challenges faced living in shelters and on the street in New York City. *Health Place*.
- Tortosa, P. (2017). Violencias hacia las Mujeres en Situación de Calle. Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

**Un epílogo: los desafíos de
Corporación Miles**

Así como ha sido costumbre, desde Corporación Miles presentamos a la comunidad nacional e internacional dedicada a la defensa y promoción de los derechos humanos de las mujeres, nuestro Informe sobre Derechos sexuales y reproductivos en Chile, esta vez en su sexta edición.

Al recorrer las páginas de este informe, repleta de temáticas significativas, como la atención al aborto, las necesidades de las mujeres sobrevivientes de violencia sexual y la objeción de conciencia, identificamos que los retos y desafíos para la Corporación Miles como una organización preocupada por la promoción y defensa de derechos sexuales y reproductivos, continúan siendo relevantes. Estos desafíos son un poderoso estímulo para continuar avanzando en el camino hacia una transformación social que tenga como objetivo último la creación de un mundo igualitario, equitativo, solidario y justo.

Entre los temas resaltados en este VI Informe, que requieren una atención especial desde la perspectiva de los derechos humanos y de género, se encuentran principalmente la objeción de conciencia y la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres causales. La objeción de conciencia sigue siendo invocada por algunos profesionales de la salud que consideran que la interrupción del embarazo no es compatible con sus creencias morales. Según los datos presentados en el capítulo sobre la objeción de conciencia, se observan altos porcentajes de objetores en la causal 3 (violación), además de una falta de capacitación en este tema. Por lo tanto, se puede inferir que la regulación de la objeción de conciencia todavía presenta algunas debilidades que actúan como una barrera para las mujeres que necesitan una interrupción voluntaria del embarazo según las causales establecidas por ley.

En cuanto a la implementación efectiva de la ley 21.030, los hallazgos de este VI Informe se centran especialmente en el contenido de la Norma Técnica, que es el instrumento que establece las pautas clínicas para la realización del procedimiento de interrupción de embarazo. Como se detalla en el capítulo correspondiente a esta temática, los resultados indican que, en general, la práctica clínica de los proveedores de salud no se ajusta a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Todavía se privilegia el uso de tecnologías muy invasivas, como el legrado uterino instrumental, en lugar de optar por procedimientos menos invasivos, como el aborto medicamentoso con Misoprostol y Mifepristona, tal como recomienda la OMS en sus guías clínicas.

Estos hallazgos nos comprometen como Corporación Miles a continuar diseñando y llevando a cabo actividades destinadas a aumentar los niveles de información y conocimiento tanto en la población en general como en los profesionales de la salud en particular, con el fin de mejorar el acceso de las mujeres al aborto en los términos que permite la ley en Chile. Estas actividades incluirían:

- Garantizar que las mujeres que cumplen con los requisitos para una interrupción voluntaria del embarazo en tres causales tengan acceso a servicios de salud adecuados y oportunos.
- Promover un cambio cultural a través de difusión de mensajes que contribuyan a la despenalización social del aborto, con el fin de reducir la resistencia de sectores conservadores de la sociedad chilena.
- Desarrollar procesos de formación y capacitación para el personal de salud sobre la objeción de conciencia, los procedimientos y los protocolos establecidos por la ley, con el objetivo de garantizar una atención de calidad y respetuosa a las mujeres que soliciten la interrupción del embarazo en las tres causales. Confiamos en que estas acciones mejorarán el acceso y la disponibilidad de servicios de interrupción del embarazo en tres causales.
- Promover la protección de la confidencialidad y seguridad de las mujeres, enfatizando la importancia de garantizar el secreto profesional en la atención a aquellas que necesiten una interrupción del embarazo según lo establecido por la ley 21.030.
- Fomentar la información y concienciación sobre los derechos reproductivos en la población en general, con el objetivo de reducir el estigma y la desinformación en torno a la interrupción del embarazo en tres causales, facilitando así su implementación.

En resumen, la Corporación Miles sigue enfrentando importantes desafíos en la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos en Chile. Este VI Informe subraya la necesidad de abordar la objeción de conciencia y mejorar la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres causales. A través de la educación, la capacitación y la sensibilización, nos comprometemos a garantizar que todas las mujeres puedan ejercer sus derechos de manera plena y segura. Con un enfoque persistente y colaborativo, avanzaremos hacia una sociedad más justa y equitativa, donde la salud reproductiva de las mujeres sea respetada y protegida.



Este libro se terminó de imprimir en los talleres de Larrea Marca Digital durante el mes de julio de 2024.

Para su composición y diagramación fueron utilizadas las siguientes tipografías: Fractul Variable para títulos y nombres de capítulos y Obliqua Sans para subtítulos y bloques de texto.

Corporación Miles es una organización de la sociedad civil que promueve y defiende los derechos sexuales y reproductivos. Con el apoyo de su equipo, su directorio y organismos colaboradores, busca contribuir a una sociedad más justa y respetuosa de los derechos humanos.

El Sexto Informe sobre Derechos Sexuales y Reproductivos presenta investigaciones realizadas por el equipo de Corporación Miles sobre los efectos psicosociales de la violencia sexual y las necesidades de las víctimas que buscan apoyo. Además, evalúa los métodos de aborto en hospitales públicos, recomendando mejoras para cumplir con estándares internacionales, y analiza la objeción de conciencia en abortos legales, sugiriendo una mejor capacitación y fiscalización. También desmitifica el «síndrome post-aborto», destacando las diferencias psicológicas entre abortos seguros y clandestinos.

El informe incluye estudios de la Convocatoria Miles+ sobre los estereotipos de los profesionales de la salud pública respecto a las mujeres migrantes que acceden al aborto legal en dos hospitales de la Región Metropolitana y el abordaje de la gestión menstrual en personas en situación de calle.

Esperamos que este documento sea un recurso útil para organizaciones y personas comprometidas con la protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos en Chile y otros países de la región.