

ATENCIÓN HUMANIZADA DEL ABORTO INSEGURO EN CHILE



**El monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres.
Monitoreo del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre
Población y Desarrollo (El Cairo, 1994).**

Foro-Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos-Chile.
Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC)

DOCUMENTO EN REVISIÓN.

Santiago de Chile, 2003.

ATENCIÓN HUMANIZADA DEL ABORTO INSEGURO EN CHILE

MONITOREO DEL PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO, EL CAIRO, 1994.

Foro-Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos-Chile.
Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC).



INTRODUCCIÓN

El movimiento de mujeres, en el mundo, ha participado en diversas instancias internacionales sobre derechos humanos de las mujeres, ha difundido los acuerdos allí alcanzados y ha promovido su cumplimiento e implementación por los Estados, como parte de sus estrategias. Por ello, la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC) ha impulsado el seguimiento y monitoreo ciudadano del Programa de Acción acordado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), el que se realiza desde 1996 y en el que participan Brasil, Chile, Colombia, México, Nicaragua, Perú y Surinam¹.

Un acuerdo fundamental alcanzado en dicha Conferencia -reafirmado posteriormente en otras instancias internacionales- fue el reconocimiento de los derechos humanos en el ámbito de la salud, la sexualidad y la reproducción; afirmándose el derecho inalienable de mujeres y hombres al libre ejercicio de la sexualidad y la reproducción, sin ninguna forma de discriminación, coerción ni violencia. Consecuentemente, los Estados firmantes se comprometieron a resguardar los derechos humanos sexuales y reproductivos y a adoptar medidas de diversa índole para asegurar su pleno e igualitario ejercicio por todas las personas.

Este monitoreo es una acción de control ciudadano que vigila si la legislación, las políticas públicas, los programas, los servicios y las acciones estatales en los siete países participantes dan cumplimiento a los acuerdos y compromisos asumidos en la Conferencia de El Cairo. Para ello se han priorizado los

¹ Las organizaciones que realizan el monitoreo en estos países son: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (Brasil), Foro-Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos-Chile (Chile), Casa de la Mujer de Bogotá (Colombia), Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población (México), Servicios Integrales para la Mujer SI MUJER (Nicaragua), Movimiento Manuela Ramos y Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán (Perú) y PRO HEALTH (Surinam).

siguientes ejes temáticos: 1) Violencia sexual contra las niñas, 2) Responsabilidad masculina en sexualidad y reproducción, 3) Participación del movimiento de mujeres en instancias de decisión, 4) Acceso de las y los adolescentes y jóvenes a servicios de salud sexual y reproductiva, 5) Calidad de atención de los servicios de salud sexual y reproductiva, 6) Atención humanizada del aborto inseguro, y 7) Prevención del VIH-SIDA y atención a las personas afectadas.

La realización de este monitoreo ha sido apoyada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP).

Para llevar a la práctica esta vigilancia ciudadana se construyó una matriz de indicadores (alrededor de 600) que se encuentra contenida en una base de datos, llamada "ATENEA", que puede ser consultada simultáneamente en los 7 países (y próximamente en web). Se ha privilegiado la aplicación de indicadores porque facilita la comparación de los resultados entre los países participantes y a lo largo del tiempo (1994-2003), permite darle continuidad agregando información de nuevos años, además de ser una metodología replicable.

Los indicadores definidos apuntan a medir el grado de avance, estancamiento e inclusive retroceso en relación a lo acordado en El Cairo. En cada uno los ejes temáticos se consideran las siguientes áreas en que estos avances deberían expresarse: el marco jurídico, la capacidad institucional para implementarlos, los recursos destinados, los resultados de la implementación, su impacto y la transparencia con que el Estado entrega dicha información.

Este monitoreo apunta a servir como instrumento de negociación y acción política para la transformación de aquellas condiciones que obstaculizan el derecho inalienable de mujeres y hombres al libre ejercicio de la sexualidad y la reproducción; y es nuestro propósito que nuevos actores se sumen a esta tarea.

Presentamos a continuación los principales resultados obtenidos por el Foro-Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos-Chile en el eje temático Atención Humanizada del Aborto Inseguro. Este es uno de los temas que expresa, quizá más fuertemente, la enajenación del cuerpo de las mujeres en sociedades patriarcales como la nuestra. Los resultados obtenidos en este monitoreo muestran que continúa negándose el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y que subsisten múltiples desafíos para alcanzar el pleno e igualitario ejercicio de los derechos humanos por parte de las mujeres, especialmente sus derechos sexuales y reproductivos.

ATENCIÓN HUMANIZADA DEL ABORTO INSEGURO



Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994.

“Los gobiernos deberían tomar medidas oportunas para ayudar a las mujeres a evitar el aborto, que en ningún caso debería promoverse como método de planificación de la familia, y proporcionar en todos los casos un trato humanitario y orientación a las mujeres que han recurrido al aborto”

Párrafo 7.24

“En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos en la salud que tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto. Cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que se introduzcan en el sistema de salud se deben determinar únicamente a nivel nacional o local de conformidad con el proceso legislativo nacional. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deben tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento comprensivo post aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos”

Párrafo 8.25

ATENCIÓN HUMANIZADA DEL ABORTO INSEGURO EN CHILE



Dimensionando el problema: algunas cifras

En nuestro país no se han realizado investigaciones en los últimos años que permitan dimensionar la demanda insatisfecha de información, servicios y métodos de regulación de la fecundidad², por lo que no es posible evaluar adecuadamente las políticas y programas públicos que existen en la materia³. Sin embargo, la magnitud del aborto inducido en nuestro país es ilustrativa de la gran dificultad de las mujeres chilenas para evitar embarazos no deseados.

De acuerdo a un estudio realizado por el Ministerio de Salud, el 45% de las mujeres mayores de 15 años utiliza algún método anticonceptivo para evitar el embarazo: el 23% de las mujeres de 15 a 19 años y el 68% de las mujeres de 20 a 44 años. De ellas, el 56% lo ha obtenido en establecimientos del sistema público, el 26% en consultas privadas y el 14% directamente en farmacias. Los métodos más utilizados por las mujeres son el dispositivo intrauterino (38%) y las píldoras (33%); además, el 17% de las mujeres está esterilizada y sólo el 5.5% señala utilizar preservativos⁴.

Por su parte, las acciones de regulación de la fecundidad realizadas por el sistema público de salud -Programa de Salud de la Mujer, Ministerio de Salud- en el año 2002 alcanzaron una cobertura del 27.8% de las mujeres de 15 a 44 años⁵, ello aun cuando el 69.2% de las mujeres mayores de 15 años pertenecen a dicho sistema⁶. Estos servicios no se difunden ni se promueve su acceso a ello y por definición están dirigidos a la población que acude a los centros de salud a solicitarla (demanda espontánea)⁷. Esta falta de difusión y promoción resulta muy grave tratándose de la población adolescente, que

2 En Chile no se ha realizado una Encuesta de Fecundidad desde 1974.

3 Al respecto, cabe destacar que el Comité CEDAW ha señalado que “el gran número de parejas que desean limitar el número de hijos pero que no tienen acceso a ningún tipo de anticonceptivos o no los utilizan constituyen una indicación importante para los Estados Partes de la posible violación de sus obligaciones de garantizar el acceso a la atención médica de la mujer”. Recomendación General N° 24 “La mujer y la salud”, 1999. Documento NNUU A/54/38/rev.1, párrafo 17.

4 Fuente: cálculos a partir de la información proporcionada por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud en base a la Primera Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Estadísticas, 2001.

5 Fuente: cálculos a partir de la información estadística sobre usuarias/os de MAC en establecimientos del sistema público en 2002, proporcionada por la Matrona Encargada del Programa de Salud de la Mujer, Ministerio de Salud. Esta información no incluye datos sobre esterilizaciones femeninas y vasectomías realizadas en 2002, sino únicamente los MAC disponibles en sistema público: DIU, hormonales orales, progestágenos e inyectables y preservativos

6 Fuente: Ministerio de Planificación y Cooperación, “Análisis de la VIII Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN, 2000). Documento N° 11. Situación de la Mujer en Chile 2000”. Santiago, Chile, 2001, página 39.

7 Programa de la Mujer, Ministerio de Salud, 1997, página 41.

fuera definida por el propio Programa como prioritaria⁸. Además, estos servicios presentan un grave sesgo de género ya que aun cuando se definen como dirigidos a “mujeres y/o parejas en edad fértil”⁹, en la práctica se dirigen a las mujeres –en 2002 el 0.6% del total de usuarias/os en sistema público fueron hombres¹⁰- lo que contribuye a reforzar la responsabilidad por la prevención de embarazos como un rol típicamente femenino y excusa a los varones de su responsabilidad¹¹.

Dado que el aborto está absolutamente prohibido en nuestro país y su práctica se realiza en forma ilegal, no se dispone de datos oficiales sobre el número de mujeres que anualmente recurren a él. Estudios realizados a principios de la década de los noventa mostraron una alta prevalencia del aborto inducido, alrededor de 160.000 abortos anuales -159.650 abortos inducidos anuales estimados por The Alan Guttmacher Institute¹² y 175.897 abortos inducidos estimados por el Dr. Mariano Requena¹³- lo que significa uno de cada tres embarazos terminado en aborto.

La única información disponible al respecto –que sólo refleja un aspecto del problema- se refiere a los egresos hospitalarios por complicaciones derivadas de aborto, los cuales han disminuido en los últimos años. En 1990 se registran 36.885 abortos atendidos en establecimientos del sistema público y del extrasistema y en 2000 se registran 30.146¹⁴. Si bien es posible que esta disminución de las hospitalizaciones por aborto sea reflejo de la disminución de los abortos inducidos en el país, también es posible que sea el resultado de una mejoría de las técnicas y procedimientos utilizados para la realización de abortos, que se traduciría en una menor incidencia de complicaciones y en una menor necesidad de requerir hospitalización.

Por último, es necesario señalar que, si bien en los últimos años han disminuido notoriamente las muertes maternas y las muertes por aborto, en el año 2000 (último año del que se disponen estadísticas vitales) las complicaciones derivadas del aborto clandestino causaron el 26.5% de las muertes maternas, ubicando al aborto como la 1ª causa de mortalidad materna en Chile¹⁵.

8 “El inicio temprano, sin la adecuada información y responsabilidad individual, de la actividad sexual en los jóvenes, los expone a situaciones que pueden comprometer significativamente su salud personal y su proyecto de vida: embarazo no deseado, aborto inducido, E.T.S. Por ello la población adolescente debe ser objeto de una preocupación central en las áreas de Salud Sexual y Reproductiva”. Programa Salud de la Mujer, Ministerio de Salud, 1997, página 12.

9 Programa Salud de la Mujer, Ministerio de Salud, 1997, página 39.

10 Fuente: cálculos a partir de la información estadística sobre usuarias/os de MAC en establecimientos del sistema público en 2002 (1.011.477 mujeres y 6.112 hombres), proporcionada por la Matrona Encargada del Programa de Salud de la Mujer, Ministerio de Salud.

11 Preocupa la mantención de tales estereotipos sexuales en las acciones del sistema público de salud, por cuanto el Comité CEDAW ha observado con preocupación al Estado de Chile “la persistencia de conceptos estereotipados sobre el papel de las mujeres y los hombres en la sociedad... que afectan negativamente al logro de la igualdad de la mujer” (párrafo 223), recomendando “promover el cambio de actitudes y percepciones, tanto de las mujeres como de los hombres, en cuanto a sus respectivos papeles en el hogar, la familia... y la sociedad en su conjunto” (párrafo 224). Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Chile. 09/07/99. A/54/38, paras.202-235 (Concluding Observations/Comments). Disponible en [www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/A.54.38.paras.202-235.Sp?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/A.54.38.paras.202-235.Sp?Opendocument)

12 The Alan Guttmacher Institute, “Aborto clandestino: una realidad latinoamericana”, New York, 1994, página 24.

13 Requena, Mariano, “El aborto inducido. Problema de salud pública vulnerable”, en Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos, “Memoria Simposio Nacional Leyes para la Salud y la Vida de las Mujeres Hablemos de aborto terapéutico”, Chile, 1993, página 32.

14 Fuente: Información sobre “Partos normales, distócicos vaginales, cesáreas y abortos atendidos en establecimientos del S.N.S.S. y extrasistema, Chile 1990-2000”, Departamento de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud.

15 Fuente: cálculos en base a la información sobre causas detalladas de muertes contenida en Anuario de Estadísticas Vitales 2000, Instituto Nacional de Estadísticas.



Marco jurídico del aborto en Chile

Penalización del aborto en toda circunstancia

Contrastando con la tendencia internacional hacia la despenalización y/o legalización del aborto -al menos en las primeras etapas del embarazo- Chile es uno de los pocos países del mundo en que la legislación mantiene la más absoluta penalización, cualquiera sea la razón o circunstancia por la cual se realice. Incluso se encuentra prohibido el aborto terapéutico, que entre 1931 y 1989 fue permitido¹⁶.

La ubicación del aborto en el acápite de los “Crímenes y simples delitos contra el orden de las familias y la moralidad pública” y la atenuante de aborto por honor, reflejan cómo el propósito de este castigo ha sido asegurar el cumplimiento de las normas morales y las restricciones que socialmente se han impuesto al comportamiento sexual de las mujeres, aun cuando el efecto de las mismas sea la desprotección de los derechos humanos de las mujeres, en especial a la vida, a la integridad corporal y psíquica, a la libertad y a la privacidad o intimidad, a no ser objeto de torturas y otros tratos crueles, así como el derecho a decidir sobre la maternidad.

La ley asigna una pena de 3 años y un día a 5 años a las mujeres que abortan –rebajándose a 541 días a 3 años si la mujer abortó “por ocultar su deshonra”- y penas de 541 días a 3 años a quienes realicen el aborto, agravándose si se trata de profesionales de la salud¹⁷.

Las leyes punitivas han sido ineficaces para reducir el aborto provocado y su efecto perverso es transformar todo aborto en clandestino e inseguro. Estas leyes refuerzan las inequidades de género, sociales y de edad, ya que castigan un procedimiento que sólo afecta a las mujeres, y son las mujeres más pobres y las jóvenes las que se encuentran en mayor riesgo de sufrir complicaciones e incluso morir a consecuencia de la clandestinidad, como también son ellas las más expuestas a ser denunciadas y enjuiciadas¹⁸.

16 El aborto terapéutico fue derogado en los últimos meses del gobierno militar. El artículo 119 del Código Sanitario, que disponía que “Sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir el embarazo. Para proceder a esta intervención se requerirá la opinión documentada de dos médicos cirujanos”, fue modificado por la Ley N° 18.826 de 15 de septiembre de 1989 señalando que “No podrá efectuarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto”.

17 Código Penal, artículos 342 a 345.

18 Ver Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas públicas (CRLP), Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos, “Encarceladas. Leyes contra el aborto en Chile. Un análisis desde los Derechos Humanos”, Santiago de Chile, 1998.

La mantención de esta estricta penalización contraviene los compromisos asumidos por el Estado chileno en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995) en orden a “revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales” (párrafo 106 letra k). Además, configura una grave violación a los derechos humanos de las mujeres chilenas, tal como lo han expresado el Comité de Derechos Humanos y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

En efecto, el Comité de Derechos Humanos -con ocasión de la revisión del cuarto informe periódico sobre cumplimiento del Pacto de Derechos Civiles y Políticos en Chile- señaló que *“La penalización de todo aborto, sin excepción plantea graves problemas sobre todo a la luz de informes no refutados según los cuales muchas mujeres se someten a abortos ilegales poniendo en peligro sus vidas... El Estado parte está en el deber de adoptar las medidas necesarias para garantizar el derecho a la vida de todas las personas, incluidas las mujeres embarazadas que deciden interrumpir su embarazo. En este sentido: El Comité recomienda que se revise la ley para establecer excepciones a la prohibición general de todo aborto”*¹⁹.

Estas mismas recomendaciones fueron reiteradas al Estado chileno por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), que -con ocasión de la revisión del segundo y tercer informe periódico sobre cumplimiento de la CEDAW- señaló que *“...El Comité está preocupado, en particular, por las leyes que prohíben y penalizan toda forma de aborto. Esas leyes afectan la salud de la mujer, dan lugar a que aumente la mortalidad derivada de la maternidad y ocasionan nuevos sufrimientos cuando mujeres son encarceladas por violar esas disposiciones...”*. Por ello *“El Comité recomienda que el Gobierno contemple la posibilidad de llevar a cabo una revisión de la legislación relacionada con el aborto con miras a enmendarla, en particular con el objeto de proporcionar abortos en condiciones de seguridad y permitir la interrupción del embarazo por razones terapéuticas o relacionadas con la salud de la mujer, incluida la salud mental...”*²⁰.

Hasta ahora las observaciones y recomendaciones formuladas al Estado de Chile tanto por el Comité de Derechos Humanos como por el Comité CEDAW en orden a modificar las leyes punitivas sobre el aborto han sido totalmente ignoradas por las autoridades, sin que haya existido iniciativa gubernamental alguna tendiente a remediar dicha situación.

Obligación del personal de salud de denunciar a las mujeres que abortan

Por otra parte, resulta muy grave que el personal de salud se encuentra legalmente obligado a denunciar a las mujeres que han abortado, no existiendo disposiciones claras que les permitan dar cabal cumplimiento a su obligación de secreto profesional²¹. A los profesionales de la salud no le compete

19 Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Chile. 30/03/99. CCPR/C.79/Add.104, párrafo 15. Disponible en [www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/CCPR.C.79.Add.104.Sp?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/CCPR.C.79.Add.104.Sp?Opendocument)

20 Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Chile. 09/07/99. A/54/38, paras.202-235 (Concluding Observativos/Comments), párrafos 228 y 229.

21 No existen disposiciones claras que permitan dar cumplimiento al secreto profesional ya que si bien se sanciona la violación de este secreto -“El empleado público que, sabiendo por razón de su cargo los secretos de un particular, los descubriere con perjuicio de éste, incurrirá en las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio... Las mismas penas se aplicarán a los que, ejerciendo alguna de las profesiones que requieren título, revelen los secretos que por razón de ella se les hubiere confiado” (artículo 247 del código Penal)- por otra

ejercer un rol investigador ni enjuiciador de las mujeres y corresponde a la autoridad clarificar este aspecto en resguardo de sus derechos, aun cuando la legislación chilena defina el aborto como un delito. El fundado temor de las mujeres que sufren complicaciones por aborto de ser denunciadas por el personal de salud que las atiende conlleva en muchos casos el retraso en la solicitud de atención, ocasionando el agravamiento de tales complicaciones, lo que compromete seriamente sus derechos.

Estas violaciones a los derechos humanos de las mujeres chilenas motivaron al Comité de Derechos Humanos a observar que *“El deber jurídico impuesto sobre el personal de salud de informar de los casos de mujeres que se hayan sometido a abortos puede inhibir a las mujeres que soliciten tratamiento médico, poniendo así en peligro sus vidas”*, recomendando al Estado de Chile revisar la legislación para *“proteger el carácter confidencial de la información médica”*²². En este mismo sentido se pronunció el Comité CEDAW, recomendando al Gobierno chileno *“revisar las leyes en que se exige que los profesionales del sector de la salud informen sobre las mujeres que se someten a aborto a los organismos encargados de cumplir las leyes, los cuales imponen sanciones penales a esas mujeres”*²³.

Hasta la fecha no se han adoptado medidas para remediar esta situación, manteniéndose intactas dichas normas jurídicas. Además, el Ministerio de Salud no ha enfrentado esta situación y ni siquiera ha emitido alguna recomendación dirigida al personal de salud en orden a resguardar la confidencialidad de la atención a las mujeres que sufren complicaciones derivadas de abortos, respetando así su derecho a la vida, a la salud y a la privacidad. Por ello, hasta ahora, la decisión de denunciar o no a las mujeres que acuden a los hospitales producto de complicaciones derivadas de aborto continúa siendo discrecional para los directivos de cada establecimiento de salud.

Proyectos de ley en trámite

En la actualidad existen dos proyectos de ley en trámite respecto del aborto, los cuales aun cuando son muy diversos, han sido presentados ambos por los propios parlamentarios/os (moción) sin intervención alguna del gobierno. El primero, presentado en junio de 2002 por un grupo de diputados/as de la Unión Demócrata Independiente (UDI), apunta a cambiar la ubicación actual del delito de aborto entre los delitos contra la moralidad pública y el orden de las familias al capítulo de los delitos contra las personas, lo que conllevaría un significativo aumento de las penas, tanto para las mujeres que se practican o someten a abortos como para los terceros que intervienen; además este proyecto propone introducir la figura de arrepentimiento eficaz como circunstancia que permitiría no aplicar la sanción penal a la mujer que aborta y por último, faculta al juez a conmutar la pena privativa de libertad que se impone a la mujer, por la realización de trabajos determinados en favor de la comunidad, especialmente en organizaciones de tipo “pro-vida”²⁴. De ser aprobado tan

parte el Código de Procedimiento Penal en su artículo 84 n° 5 señala que “Están obligados a denunciar: n° 5. Los jefes de establecimientos hospitalarios o de clínicas particulares y, en general, los profesionales en medicina, odontología, química, farmacia y otras ramas relacionadas con la conservación o reestablecimiento de la salud y los que ejerzan profesiones auxiliares de ellas, que noten en una persona o un cadáver señales de un crimen o simple delito”.

22 Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Chile. 30/03/99. CCPR/C.79/Add.104, párrafo 15.

23 Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Chile. 09/07/99. A/54/38, paras.202-235 (Concluding Observations/Comments); párrafo 229.

24 Moción de los diputados señores Rodrigo Álvarez Z., Eugenio Bauer J., Marcelo Forni L., José Antonio Kast R., Iván Moreira B., Darío Paya M., Felipe Salaberry S., Gonzalo Uriarte H., Ignacio Urrutia B. y de la diputada señora Marcela Cubillos S. Boletín Legislativo N° 2978-07.

negativo proyecto nada permite suponer que disminuirá la magnitud el aborto provocado en el país, por el contrario, todo indica que se agravarán sus consecuencias en detrimento de los derechos de las mujeres, en especial de las mujeres jóvenes y de las más pobres, ya que será más difícil acceder a servicios de aborto y en caso de complicaciones será mayor el temor de ser denunciadas, además de ser posible un incremento en la persecución policial.

El otro proyecto fue presentado en enero de 2003 y apunta a reestablecer el aborto terapéutico en el Código Sanitario tal y como se permitiera antes de su derogación por el Gobierno Militar, esto es “*Sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo. Para proceder a esta intervención se requerirá la opinión documentada de dos médicos cirujanos*”²⁵. De ser aprobado este proyecto se reestablecerá la situación vigente hasta 1989 que permitía proteger la vida y la salud de las mujeres embarazadas.

Hasta la fecha los proyectos no se han debatido y lo que resulta más grave es que el Gobierno no se ha pronunciado al respecto, ni en el sentido de manifestar su rechazo a la idea de aumentar las penas para las mujeres que abortan, por las gravísimas consecuencias que esto tendría; ni tampoco señalando el apoyo a la reposición del aborto terapéutico. A nuestro juicio, las recomendaciones formuladas por el Comité de Derechos Humanos y por el Comité CEDAW en esta materia exigen al Gobierno, no sólo un pronunciamiento claro en este sentido en defensa de los derechos humanos de las mujeres, sino además una participación protagónica en el debate legislativo que se avecina.

Además, nos parece adecuado complementar la reposición del aborto terapéutico con la introducción de otras causales de aborto no punible, como el aborto en caso de violación y de malformaciones graves.

Al respecto, interesa señalar que la posición de silencio mantenida al respecto por el Gobierno es contraria a lo que la gente piensa y cree conveniente. De hecho, una encuesta nacional de opinión realizada en 1999 mostró significativos niveles de aceptación en torno al aborto, 8 de cada 10 mujeres lo aprueban cuando está en peligro la vida de la madre, 7 de cada 10 cuando el feto no está bien y 6 de cada 10 en caso de embarazo producto de una violación o incesto²⁶. Asimismo, otra encuesta realizada en 2001 mostró que la mayoría de los/as chilenos/as piensa que en el país se debe legislar en torno al aborto (57.6%), siendo las causales más apoyadas, encontrarse en peligro la vida de la madre (65.6%), embarazo producto de una violación (58.3%) y si el feto presenta malformaciones severas (56.3%), además el 21.3% piensa que se debiera permitir el aborto siempre que la mujer lo solicite²⁷.

25 Moción de los/as diputados/as Adriana Muñoz D., María Antonieta Saa D., Carmen Ibañez S., Isabel Allende B., Enrique Accorsi O., Guido Girardi L., Osvaldo Palma F., Arturo Longton G., Fulvio Rossi C., Carlos Abel Jarpa W. Boletín Legislativo 3197-11.

26 Encuesta Nacional Opinión y actitudes de las mujeres chilenas sobre la condición de género, Grupo Iniciativa Mujeres, enero 1999, página 20.

27 Encuesta Nacional de Opinión FLACSO-Chile, Resumen Ejecutivo, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Chile, 2001. Disponible en www.flacso.cl.



La humanización de la atención: desafío pendiente

Transcurridos más de 8 años desde la celebración de la Conferencia del Cairo, no se aprecian avances en la humanización de la atención a las mujeres que abortan.

En Chile no existen programas especiales para la atención postaborto, aunque si se brinda atención médica a las complicaciones que sufren las mujeres, lo que sin duda ha contribuido en forma importante a la disminución de las muertes maternas por aborto. Sin embargo, no existe una política, programa ni campaña alguna destinada a humanizar dicha atención. No se ha sensibilizado ni capacitado al personal de salud para brindar una atención de calidad a las mujeres que sufren complicaciones por aborto. No se realiza la aspiración endouterina (AMEU) y ni siquiera se garantiza el uso de anestesia. Tampoco encontramos esfuerzos para evitar los malos tratos que en muchos casos –según documentan investigaciones²⁸- reciben las mujeres de parte del personal médico y no médico.

Por otra parte, la prevención de nuevos abortos es una tarea que exige mayores esfuerzos. Resulta particularmente grave que, habiéndose reconocido que el aborto constituye un importante problema de salud pública²⁹ y habiéndose definido que las acciones de regulación de la fecundidad realizadas por el Programa de Salud de la Mujer deben focalizarse en grupos de alto riesgo, entre ellas, las mujeres con antecedentes de otros abortos³⁰, actualmente no existen servicios especiales para las mujeres que sufren complicaciones por aborto y que requieren hospitalización (alrededor de 30.000 al año). En efecto, a las mujeres atendidas por complicaciones derivadas de abortos no se les brinda una adecuada asesoría multidisciplinaria, que les permita resignificar su experiencia y adoptar medidas preventivas y autoprotectoras. Las mujeres hospitalizadas por aborto no reciben información adecuada y orientación sobre métodos anticonceptivos, únicamente son referidas a la atención primaria, sin que siquiera exista un mecanismo adecuado de coordinación entre los distintos niveles de atención para estos casos ni se aplican sistemas de evaluación al respecto.

28 Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas públicas (CRLP), Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos, “Encarceladas. Leyes contra el aborto en Chile. Un análisis desde los Derechos Humanos”, Santiago de Chile, 1998.

29 Las autoridades nacionales han reconocido el aborto como un importante problema de salud pública en Chile a través de diversos documentos oficiales, bástenos por ahora señalar algunos de ellos: “Programa de la Mujer”, Ministerio de Salud, 1997, página 11, 12 y 22; “Informe del Gobierno de Chile sobre el Cumplimiento de los Compromisos Contraídos en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Igualdad, Desarrollo y Paz, Beijing, 4-15 de septiembre de 1995, contenidos en la Plataforma de Acción de Beijing”, Servicio Nacional de la Mujer, Santiago de Chile, abril de 2000, página 36; “Objetivos Sanitarios para Chile 2000-2010”, Ministerio de Salud, Santiago de Chile, octubre de 2002, páginas 9 a 13.

30 Programa de la Mujer, Ministerio de Salud, 1997, páginas 11 y 12.



ATENCIÓN HUMANIZADA DEL ABORTO INSEGURO EN CHILE

INDICADORES SELECCIONADOS.

Como ya hemos señalado, para la realización de este monitoreo ciudadano se ha aplicado una matriz de indicadores definida en conjunto por los equipos de los siete países participantes. A continuación presentamos una selección de los resultados obtenidos en la aplicación de los indicadores en el eje temático de Atención Humanizada del Aborto Inseguro.

INDICADORES DE MARCO JURÍDICO

a) Adecuación de la legislación nacional a la normativa internacional sobre atención humanizada del aborto inseguro

En período monitoreado no se avanzó en:

Indicador	1994	2002	Situación	Observaciones
Existe normatividad jurídica que obligue a los establecimientos de salud a brindar atención de calidad en casos de aborto permitido.	NO	NO	Sin avance	En Chile el aborto está totalmente penalizado y no existen casos de aborto permitido por lo que no existen establecimientos de salud que los realicen; tampoco se garantiza que en dichos establecimientos exista personal de salud sin objeción de conciencia ni se regula su realización antes de las 12 semanas de gestación.
Existe normatividad jurídica para que en los servicios públicos de salud haya personal sin objeción de conciencia que realice el aborto permitido.	NO	NO	Sin avance	
Existe normatividad jurídica que garantice que los trámites o procedimientos administrativos deben ser ejecutados antes de las 12 semanas de gestación, en casos de aborto permitido.	NO	NO	Sin avance	

b) Tratamiento normativo nacional del aborto

En período monitoreado no se avanzó en:

Indicador	1994	2002	Situación	Observaciones
Existen en la legislación excepciones para hacer el aborto no punible (subindicadores)				Legislación chilena prohíbe el aborto en cualquier circunstancia, no existen casos de aborto permitido. En 1989 se derogó aborto terapéutico (que existió desde 1931) y no ha sido repuesto. Legislación restrictiva motivó recomendaciones del Comité de Derechos Humanos y del Comité CEDAW (1999) en orden a revisar dicha legislación y establecer excepciones a la penalización.
1) criminológica (violación)	NO	NO	Sin avance	
2) terapéutica	NO (desde 1989)	NO (desde 1989)	Sin avance	
3) eugenésica	NO	NO	Sin avance	
4) causa económica	NO	NO	Sin avance	
5) fracaso del método anticonceptivo	NO	NO	Sin avance	
6) multiparidad	NO	NO	Sin avance	
7) edad de la madre (adolescencia o mayor)	NO	NO	Sin avance	
8) por VIH positivo materno	NO	NO	Sin avance	

Existen en la legislación supuestos que sean considerados atenuantes para la aplicación de la pena por aborto.	SI, aborto por honor.	SI, aborto por honor.	Sin avance	A la mujer que aborta “por ocultar su deshonra” se le aplica una pena menor (541 días a 3 años, en comparación a 3 años y 1 día a 5 años)
Está exento el personal de salud de la obligación jurídica de denunciar los casos de aborto.	NO	NO	Sin avance	Profesionales de la salud están obligados a denunciar los delitos de que tomen conocimiento. Ello motivó recomendaciones del Comité de Derechos Humanos y del Comité CEDAW (1999).
Existe normatividad jurídica que establece la obligatoriedad de los establecimientos de salud de brindar asesoría pre y post aborto.	NO	NO	Sin avance	No existe obligación de brindar asesoría pre y post aborto. Programa de Salud de la Mujer (M. Salud, 1997) establece que hospitales que atienden a mujeres que sufren complicaciones deben derivar a atención primaria para planificación familiar.

INDICADORES DE CAPACIDAD INSTITUCIONAL

a) Adecuación curricular

En período monitoreado no se avanzó en:

Indicador	1994	2002	Situación	Observaciones
Existen cursos de capacitación en el tema de aborto inseguro, para personal de salud y para personal de justicia.	NO	NO	Sin avance	No se ha capacitado al personal de salud ni de justicia en atención humanizada del aborto inseguro.

b) Generación de opinión

En período monitoreado no se avanzó en:

Indicador	1994	2002	Situación	Observaciones
Existencia de campañas y/o acciones públicas para difundir causales no punibles sobre aborto.	NO	NO	Sin avance	No se realizan tales campañas ya que legislación no contempla causales de aborto permitido.

c) Interfase normativa

En período monitoreado no se avanzó en:

Indicador	1994	2002	Situación	Observaciones
Las normas y/o protocolos de salud incluyen atención humanizada del aborto inseguro (subindicadores):				
1) con anestesia en todos los casos	NO	NO	Sin avances	No existen protocolos especiales para atención del aborto. Programa de Salud de la Mujer (M. Salud, 1997) señala que la “hospitalización por aborto” comprende educación en “paternidad responsable” y “referencia al alta a control en nivel primario” (página 79). Nada se señala respecto de una atención no sancionadora. No se garantiza la anestesia ni se realiza AMEU, como tampoco se realiza asesoría multidisciplinaria.
2) sin sanciones	NO	NO	Sin avances	
3) con aspiración endouterina (AMEU) preferencial	NO	NO	Sin avances	
4) asesoría en anticoncepción post aborto	SI	SI	Se mantiene	
5) asesoría multidisciplinaria	NO	NO	Sin avances	

INDICADORES DE RESULTADO

Indicador	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Razón entre mujeres atendidas por aborto, con aspiración manual endouterina y legrado uterino en el sistema público.	No existe el dato porque no se registra.							
Número de procesos judiciales por aborto, en relación al total de abortos estimados en un año**.	Sin información	0.13% 206/160.000	0.13% 202/160.000	0.12% 197/160.000	0.10% 163/160.000	0.10% 159/160.000	0.09% 145/160.000	0.07% 115/160.000

**Fuente: información sobre procesos judiciales iniciados cada año por delito de aborto (facilitada por el Departamento de Estadísticas, Corporación Administrativa del Poder Judicial). Dado que recientemente no se han realizado estimaciones sobre aborto inducido, para el cálculo se ha utilizado arbitrariamente una aproximación en base a una de las estimaciones más difundidas en los últimos años ("Aborto clandestino: una realidad latinoamericana" The Alan Guttmacher Institute, 1994).

INDICADORES DE IMPACTO

Indicador	1994	2002	Situación	Observaciones
Proporción de abortos realizados en instituciones de salud en relación al total estimado de abortos.	0 (cero)	0 (cero)	Sin avance	Aborto en Chile es ilegal, por lo que no se practica en establecimientos de salud
Proporción de hospitales de segundo y tercer nivel que realizan abortos no punibles.	0 (cero)	0 (cero)	Sin avance	Aborto en Chile es ilegal, por lo que no se practica en establecimientos de salud
Organizaciones de mujeres incluidas en decisiones sobre políticas y programas de atención humanizada del aborto inseguro	NO	NO	Sin avance	Ni siquiera existen políticas ni programas de atención humanizada del aborto.

Muertes maternas y por aborto (número, tasa y porcentaje). Chile, 1994 a 2000.

Año	Muertes maternas		Muertes por aborto		
	Número	Tasa*	Número	Tasa*	Porcentaje respecto del total de MM
1994	73	26.7	19	6.9	26.0%
1995	86	32.3	20	7.5	23.3%
1996	63	23.8	14	5.3	22.2%
1997	61	23.5	12	4.6	19.7%
1998	55	21.4	14	5.4	25.5%
1999	60	23.9	5	2.0	8.3%
2000	49	19.7	13	5.2	26.5%
1994-2000	447**		97**		21.7%

*Tasa por 100.000 nacidos vivos. **Suma muertes maternas y por aborto en período (1994-2000).

Fuente: Anuarios de Demografía, INE.

Muertes maternas según causa (número y tasa). Chile, 1994 a 2000.														
Causa**	1994		1995		1996		1997		1998		1999		2000	
	Número	Tasa*	Número	Tasa*	Número	Tasa*	Número	Tasa*	Número	Tasa*	Número	Tasa*	Número	Tasa*
Hemorragias	6	2.2	5	1.9	4	1.5	3	1.2	5	1.9	10	3.9	3	1.2
Aborto	19	6.9	20	7.5	14	5.3	12	4.6	14	5.5	5	1.9	13	5.2
Hipertensión gestacional	15	5.5	15	5.6	15	5.7	18	6.9	12	4.7	14	5.6	12	4.8
Infecciones	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.4	3	1.2	1	0.4	0	0.0
Causas obstétricas directas	20	7.3	27	10.2	14	5.3	13	5.0	10	3.9	7	2.8	11	4.4
Complicaciones del puerperio	3	1.1	3	1.1	4	1.5	5	1.9	4	1.6	6	2.4	2	0.8
Parto obstruido	0	0.0	2	0.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Causas obstétricas indirectas	10	3.7	14	5.3	12	4.5	9	3.5	7	2.7	17	6.8	8	3.2
total MM	73	26.7	86	32.3	63	23.8	61	23.5	55	21.4	60	23.9	49	19.7

*Tasa por 100.000 nacidos vivos. **Clasificación de muertes maternas aplicada en Monitoreo Regional del PA CIPD'94.

Fuente: Anuarios de Demografía, INE.

Muertes maternas según causa (distribución porcentual). Chile, 1994 a 2000.										
Causa**	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000			
Hemorragias	8.2%	5.8%	6.3%	4.9%	9.1%	16.7%	6.1%			
Aborto	26.0%	23.3%	22.2%	19.7%	25.5%	8.3%	26.5%			
Hipertensión gestacional	20.5%	17.4%	23.8%	29.5%	21.8%	23.3%	24.5%			
Infecciones	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%	5.5%	1.7%	0.0%			
Causas obstétricas directas	27.4%	31.4%	22.2%	21.3%	18.2%	11.7%	22.4%			
Complicaciones del puerperio	4.1%	3.5%	6.3%	8.2%	7.3%	10.0%	4.1%			
Parto obstruido	0.0%	2.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%			
Causas obstétricas indirectas	13.7%	16.3%	19.0%	14.8%	12.7%	28.3%	16.3%			
total MM	100% (73)	100% (86)	100% (63)	100% (61)	100% (55)	100% (60)	100% (49)			

**Clasificación de muertes maternas aplicada en Monitoreo Regional del PA CIPD'94.

Fuente: Anuarios de Demografía, INE.

Muertes maternas por aborto según edad (número). Chile, 1994 a 2000.									
Año	Edad de la mujer								Total
	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años	40 a 44 años	45 a 49 años	
1994	0	3	2	5	4	2	3	0	19
1995	1	1	3	3	4	7	0	1	20
1996	0	0	5	0	5	4	0	0	14
1997	0	1	3	6	1	1	0	0	12
1998	0	0	0	1	7	5	0	1	14
1999	0	0	1	1	1	1	1	0	5
2000	0	2	0	6	1	4	0	0	13
Total en período	1	7	14	22	23	24	4	2	97

Fuente: Anuarios de Demografía, INE.