



CHILE

NO PROTEGE A LAS MUJERES

LA CRIMINALIZACIÓN DEL ABORTO VIOLA LOS DDHH

AMNISTÍA
INTERNACIONAL



CHILE NO PROTEGE A LAS MUJERES:

LA CRIMINALIZACIÓN DEL ABORTO VIOLA LOS DDHH

**CHILE NO PROTEGE A LAS MUJERES:
LA CRIMINALIZACIÓN DEL ABORTO
VIOLA LOS DERECHOS HUMANOS**

04/

1. RESUMEN EJECUTIVO

06/

2. METODOLOGÍA

07/

3. ANTECEDENTES

09/

**4. LA REALIDAD DEL ABORTO EN CHILE: MUJERES Y NIÑAS
DESPROTEGIDAS**

23/

5. MARCO GENERAL DE DERECHOS HUMANOS

29/

6. ANEXOS

1. RESUMEN EJECUTIVO

A pesar de los avances en la protección de los derechos humanos en América Latina y el Caribe, la región aún tiene algunas de las leyes más restrictivas para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Chile, junto a El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua y Surinam, es uno de sólo seis países en la región que penaliza el aborto sin ninguna excepción.

En Chile, el Código Sanitario prohíbe cualquier acción cuyo fin sea provocar un aborto, y el Código Penal establece penas de cárcel para la mujer que cause su aborto o que consienta a éste, así como para quien la ayude a practicarse el aborto, sea o no un profesional de la salud. El Código Procesal Penal establece que los profesionales de la salud que notaren en una persona señales de un delito, tienen la obligación de denunciar dicho delito, y si bien una normativa del Ministerio de Salud ha limitado esta obligación, en la práctica mujeres que llegan a un centro de salud por complicaciones a raíz de un aborto clandestino, corren el riesgo de ser denunciadas.

No obstante, según cifras del Ministerio de Salud, los egresos hospitalarios por aborto son más de 33.000 al año. Estudios que han realizado proyecciones estadísticas de los abortos en Chile han llegado a estimaciones de entre 60.000 y 160.000 abortos por año.

Datos proporcionados por la Fiscalía Nacional de Chile muestran que sólo en el 2014 se iniciaron investigaciones judiciales contra 174 personas por aborto consentido, 113 de ellas mujeres. Sin embargo, según datos de la propia Fiscalía, la mayor parte de ellas nunca reciben una condena o si son condenadas no reciben penas de prisión. Los datos de la Defensoría Penal Pública llegan a una conclusión similar y Gendarmería de Chile (a cargo de la custodia de los centros penitenciarios) muestran que las personas bajo su custodia, imputadas o condenadas, no son más de 10. Esto revela que los diferentes actores del sistema de salud y de justicia tienden a tratar el aborto como un acto que no debiese ser penalizado. Sin embargo, se trata de una práctica que con la actual legislación podría cambiar en cualquier momento.

Amnistía Internacional habló con mujeres cuyo embarazo puso en riesgo su vida, que tuvieron embarazos con fetos inviables y cuyo embarazo fue resultado de una violación, así como con profesionales de la salud con experiencia en la materia. A través de sus historias ha podido constatar las dificultades que pueden enfrentar las mujeres en estas circunstancias: instituciones que no pueden ofrecerle soluciones y muchas veces las maltratan; falta de información certera y desprejuiciada; imposibilidad de decidir por sí mismas si continuar o no su embarazo; si de cualquier forma deciden abortar, verse obligadas a hacerlo en la clandestinidad o en el extranjero, y la necesidad de vivir toda esa difícil experiencia en soledad, bajo el temor de ser maltratada, juzgada o criminalizada.

La enorme desprotección que viven las mujeres que se enfrentan a situaciones como las antes descritas, implican una serie de violaciones a sus derechos humanos. Es por ello que, de cara a los tratados internacionales de derechos humanos, la criminalización total del aborto constituye una violación de los derechos humanos, e impide una adecuada protección a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas. La legislación chilena implica que, en la práctica las mujeres y niñas en Chile que viven un embarazo de riesgo, inviable o resultado de una violación, se ven enfrentadas a una larga cadena de situaciones que las dejan sin protección: desinformación y maltrato; incapacidad de hacer

valer su opinión; riesgo de vida por una intervención tardía; riesgos por abortos clandestinos cuando no tienen dinero para pagar por un aborto en condiciones más seguras o para practicárselo en el extranjero; prejuicios y soledad. El Estado de Chile ha fallado en proteger los derechos humanos de las mujeres y las niñas.

El 31 de enero de 2015, la Presidenta Michelle Bachelet ingresó al Congreso un proyecto de ley que regula el aborto en caso de “peligro presente o futuro para la vida de la mujer, cuando el embrión o feto padezca una alteración estructural congénita o genética incompatible con la vida extrauterina, o cuando el embarazo sea producto de una violación”.

Cuando todas las tendencias nacionales e internacionales muestran la necesidad de avanzar en esta materia para dar protección a las mujeres, sólo falta que el Congreso Nacional se ponga a la altura y legisle en este sentido. Si bien el proyecto de ley presentado por el gobierno resulta limitado respecto de los estándares internacionales de derechos humanos, su aprobación podría implicar un primer paso importante en la protección de los derechos humanos de las mujeres y las niñas en Chile.

Para avanzar hacia una mejor protección de las mujeres en Chile, y que la legislación que se está discutiendo actualmente implique algún cambio en la práctica para la vida de las mujeres en Chile, debe cumplir con algunas condiciones mínimas: (a) asegurar que garantice el acceso a servicios de aborto legal y seguro para todas las mujeres y niñas sin discriminación, en caso de riesgo presente o futuro para la vida o la salud de la mujer o la niña, inviabilidad del feto y embarazo como resultado de la violación; (b) incluir una garantía de acceso a servicios adecuados y asequibles en caso de complicaciones a raíz de un aborto, sea o no hecho dentro de la legalidad, sin condiciones para la mujer, y (c) asegurar que la regulación que se adopte en relación a los requisitos y condiciones para su aplicación no sea tan restrictiva que en la práctica implique impedir el acceso efectivo a estos servicios.

Sólo así Chile dará un nuevo paso para dar protección a las mujeres y las niñas en circunstancias tan extremas como éstas.

2. METODOLOGÍA

Las preocupaciones planteadas en el presente informe se basan en un levantamiento de información realizado por Amnistía Internacional durante el segundo semestre de 2014 y el primer semestre de 2015. Durante este tiempo, se realizaron diversas reuniones con la mayor parte de las organizaciones de la sociedad civil que están trabajando por los derechos de las mujeres en Chile, quienes proporcionaron información y su visión sobre el asunto. Se revisaron estudios o análisis estadísticos realizados por otras organizaciones, centros de estudio y Universidades que han analizado el asunto desde diversas perspectivas.

La organización realizó dos reuniones con personas del Servicio Nacional de la Mujer de Chile, para conocer su mirada acerca de la tramitación legislativa del proyecto. Se reunió además con personas de la Fiscalía Nacional (Ministerio Público) y de la Defensoría Penal Pública, quienes además proporcionaron información en cuanto a datos de causas bajo su competencia, y realizó solicitudes de acceso a información pública en virtud de la Ley de Transparencia chilena para obtener datos adicionales de Fiscalía, Defensoría y Gendarmería de Chile.

La organización realizó también entrevistas a dos profesionales de la salud para que entregaran su visión acerca de la realidad del aborto en Chile, desde su vasta experiencia en atención a mujeres, y su opinión acerca de la necesidad de legislar sobre la materia. Ellos son: (1) Anita Román, Presidenta del Colegio de Matronas de Chile con más de 30 años ejerciendo la matronería y actualmente matrona de turno en Pre-Parto, en la Maternidad del Hospital Luis Tisné en Santiago, y (2) René Castro, Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos del Cono Sur, médico ginecólogo por más de 40 años que participó como parte de la Delegación oficial en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing, y ha trabajado en el Ministerio de Salud de Chile.

Amnistía Internacional se entrevistó con mujeres que han vivido un embarazo que ponía en riesgo su vida, un embarazo con feto inviable o un embarazo como resultado de una violación en Chile. Por la situación de estigma y criminalización que viven, no resulta fácil encontrar mujeres en estas circunstancias dispuestas a dar su testimonio públicamente. De una lista de más de 20 casos identificados, se entrevistó en definitiva a cinco mujeres, dos de las cuales dieron su testimonio de forma anónima pues no quieren ser identificadas. Con todas se tuvo una entrevista inicial de aproximadamente una hora, y se realizó una segunda entrevista para realizar el registro audiovisual cuando fuese posible.

3. ANTECEDENTES

"Ellos nunca me vieron como una persona, como un ser integral. A mí me vieron como una incubadora, alguien que puede traer hijos a este mundo. Y después no importa si yo lo voy a criar o no, si me voy a morir, si va a pasar hambre, a ellos no les importa. Ellos nos ven como incubadoras. Como aparatos, como aparatos reproductivos". "Tania" (nombre ficticio, mujer que abortó clandestinamente en Chile para salvar su vida)

A pesar de los avances en la protección de los derechos humanos en América Latina y el Caribe, la región aún tiene algunas de las leyes más restrictivas para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Chile, junto a El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua y Surinam, es uno de sólo seis países en la región que penaliza el aborto sin ninguna excepción. Fuera de la región, se encuentran en esta situación: Malta, Andorra y El Vaticano.

En la región, las mujeres y las niñas continúan enfrentando un contexto de discriminación y violencia. Con frecuencia, las mujeres y niñas enfrentan realidades que violentan el ejercicio de sus derechos humanos, esto incluye: la criminalización por buscar un aborto o someterse a él, la denegación del acceso a tratamiento médico en caso de riesgo vital por las complicaciones derivadas de un aborto clandestino, la violación y el incesto, que pueden dar lugar a embarazos no deseados y a la estigmatización de las víctimas de abuso sexual; la denegación del acceso a servicios de aborto seguros cuando la continuación del embarazo supone un riesgo para la vida o la salud de la mujer o la niña.

De acuerdo a las normas internacionales en materia de derechos humanos, a las que los Estados se han comprometido a través de la firma y ratificación de múltiples convenciones e instrumentos, la criminalización total del aborto constituye una violación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas.

LA POSICIÓN DE AMNISTÍA INTERNACIONAL SOBRE EL ABORTO

Amnistía Internacional es una organización de alcance global, independiente de todo gobierno, ideología política o económica o credo religioso, con 54 años de existencia y 7 millones de personas en casi todos los países del mundo, que trabaja por la defensa y protección de todos los derechos humanos.

Desde 2007, Amnistía Internacional trabaja activamente en la protección y defensa de los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la despenalización del aborto. La posición de la organización sobre el tema del aborto se adoptó mediante los mecanismos de democracia interna de nuestro movimiento, con participación de su membresía, y en base a las normas vigentes del derecho internacional de los derechos humanos.

Frente a los intentos de los gobiernos y otras entidades y personas de imponer restricciones sobre los aspectos más íntimos y privados de las vidas de las personas, Amnistía Internacional trabaja en base a siete principios de derechos humanos en relación a los derechos sexuales y reproductivos:

1. Las relaciones sexuales con consentimiento mutuo no deben nunca ser delito, cualquiera sea el

sexo, orientación sexual, identidad de género o estado civil de las personas.

- 2.** Todas las personas tienen derecho a vivir sin ningún tipo de violencia, incluida violencia sexual.
- 3.** Se debe facilitar a las mujeres y hombres una educación sexual integral. Toda educación e información sobre sexo y las relaciones deben basarse en datos científicos y han de estar a disposición de todas las personas.
- 4.** Deben garantizarse servicios de salud asequibles, confidenciales y de calidad, en los que estén incluidos el acceso a métodos anticonceptivos modernos. Se debe facilitar a todas las personas, mujeres y hombres, información completa en materia de salud sexual y reproductiva, e información y acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos, incluyendo anticoncepción de emergencia
- 5.** Someterse a un aborto o ayudar a alguien a abortar no debe ser delito. Por ello:
 - Deben derogarse todas las leyes que criminalicen a las mujeres que buscan un aborto y a los/las profesionales que lo practican.
 - Debe garantizarse que cualquier mujer que sufra complicaciones derivadas de un aborto, tendrá acceso a los servicios médicos que precise, con independencia de si el aborto se practicó dentro de la legalidad o ilegalmente, sin discriminación ni temor a ser denunciada.
 - Debe garantizarse el acceso a servicios seguros y asequibles de aborto, por lo menos, a cualquier mujer que quede embarazada a consecuencia de una violación o incesto, o si el embarazo supone un riesgo para su vida o su salud física o mental, y en los casos de inviabilidad del feto.
- 6.** Debe garantizarse el derecho de todas las personas a participar en la elaboración de leyes, políticas y programas que afecten a nuestros cuerpos y nuestras vidas.
- 7.** Si se niega a las personas el derecho a elegir en materia sexual y reproductiva, debe garantizarse el derecho a denunciarlo, a que se investiguen los hechos y esperar que se haga justicia.

En 2014, Amnistía Internacional lanza su campaña global “Mi Cuerpo, Mis Derechos”, con la cual se busca garantizar que todas las personas puedan tomar decisiones sobre su sexualidad y su vida reproductiva sin sufrir discriminación, coacción y violencia. La campaña hace un llamado a los gobiernos para que reformen sus leyes y prácticas para asegurar el respeto, protección y cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, y que pongan fin al uso ilegítimo de la legislación penal para controlar la sexualidad y la reproducción.

4. LA REALIDAD DEL ABORTO EN CHILE: MUJERES Y NIÑAS DESPROTEGIDAS

El Código Penal en Chile establece penas de cárcel para la mujer que cause su aborto o que consienta a éste. También se establecen penas de cárcel para quien cause el aborto con consentimiento de la mujer, aumentándose las penas en caso que quien cause el aborto sea un facultativo. Por su parte, el Código Sanitario – que hasta 1989 admitía el aborto “con fines terapéuticos”, es decir cuando la vida y salud de la mujer o niña está en peligro – en la actualidad prohíbe cualquier acción cuyo fin sea provocar un aborto⁴.

Al estar el aborto penalizado en todos los casos, es imposible calcular de manera precisa la cantidad de abortos que se producen al año en Chile. Según cifras del Ministerio de Salud, los egresos hospitalarios de mujeres por aborto son más de 33.000 al año. De éstos, más de 3.600 corresponden a niñas y adolescentes entre 10 y 19 años⁵. De esta información se desprende que, como mínimo, en promedio se realizan 90 abortos diarios.

No obstante, es probable que esta cifra sea muy menor en relación al número real de abortos practicados en Chile. Algunos estudios han estimado la cifra entre 60.000 y 70.000 al año⁶, mientras otros la sitúan en 160.000 abortos por año⁷.

La criminalización total del aborto no sólo obliga a las mujeres y niñas a optar por un aborto clandestino e ilegal, sino que hace que quienes necesiten cuidados posteriores al aborto por presentar complicaciones, duden en buscar dicha ayuda por temor a ser denunciadas por los/las prestadores de servicios médicos y enfrentar cargos penales. Esto sin duda pone la vida y la salud de estas mujeres en mayor riesgo.

El Código Procesal Penal chileno establece que los profesionales de la salud que notaran en una persona señales de un delito, tienen la obligación de denunciar dicho delito⁸. Para contrarrestar esto, en 2009 el Ministerio de Salud dictó una normativa que establece que no debe pedirse a las mujeres y niñas que

1 Código Penal, Art. 344. La mujer que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será castigada con presidio menor en su grado máximo.

Si lo hiciere por ocultar su deshonra, incurrirá en la pena de presidio menor en su grado medio.

2 Código Penal, Art. 342. El que maliciosamente causare un aborto será castigado:

3°. Con la de presidio menor en su grado medio, si la mujer consintiere.

3 Código Penal, Art. 345. El facultativo que, abusando de su oficio, causare el aborto o cooperare a él, incurrirá respectivamente en las penas señaladas en el artículo 342, aumentadas en un grado.

4 En 1931 se legalizó el aborto terapéutico en Chile contemplándose en el Decreto con Fuerza de Ley (DFL) N° 226 a través del artículo N° 226 en el cual se establecía que “Sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo o practicar una intervención para hacer estéril a una mujer quiere la opinión documentada de tres facultativos. Cuando no fuere posible proceder en la forma antedicha, por la urgencia del caso por falta de facultativos en la localidad, se documentará lo ejecutado por el médico y dos testigos, quedando en poder de aquél el testimonio correspondiente”. Este DFL estuvo vigente hasta 1968, momento en el que entra en vigor el DFL N° 725 en el que se establece que “Sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo. Para proceder a esta intervención se requerirá la opinión documentada de dos médicos cirujanos”. Sin embargo, el 15 de septiembre de 1989 durante el último período del gobierno dictatorial del General Augusto Pinochet, fue publicada en el Diario Oficial la ley N° 18.826 que modificó el artículo 119 del Código Sanitario, prescribiéndose: “No podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar el aborto”, el cual sigue vigente hasta la actualidad.

5 Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Año 2011. En línea: http://intradeis.minsal.cl/egresoshospitalarios/menu_publica_nueva/menu_publica_nueva.htm Consultado el 28 de febrero de 2015.

6 Datos del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva en Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2013, Centro de Derechos Humanos, Universidad Diego Portales, Santiago, 2013. La estimación se efectúa a partir de la tasa global de fecundidad, mujeres en edad fértil y mujeres que usan anticoncepción.

7 Albagly, Maité (2008). “El Aborto en Chile”. Editorial Aún Creemos en los Sueños. Chile.

8 Código Procesal Penal, Art. 175, letra d).

“confiesen” haberse sometido a un aborto clandestino para poder recibir atención médica de urgencia a consecuencia de la intervención⁹.

Sin embargo, los datos que la Fiscalía de Chile entregó a Amnistía Internacional muestran que solamente en 2014 se iniciaron investigaciones judiciales contra 174 personas por el delito de “aborto consentido”, 113 de ellas mujeres.

Cifras de años anteriores de la propia Fiscalía muestran que se inician investigaciones contra aproximadamente 90 mujeres por año, en promedio. No obstante, menos de un tercio termina siendo formalizada por dicho delito. De las 159 personas que recibieron una sentencia definitiva condenatoria entre 2008 y mayo de 2014, al 79% se le otorgaron beneficios carcelarios (medidas alternativas de cumplimiento de la condena), el 19% fueron condenadas a penas de prisión y al 1% se le aplicaron multas.

Considerando las cifras de la Defensoría Penal Pública, los casos de aborto consentido que llegan a ser conocidos en tribunales y en los que ha existido intervención de una defensa pública no superan las 500 causas ingresadas entre 2006 y 2014¹⁰, de las cuales 293 fueron terminadas. De éstas, menos de un 30% fueron condenadas, y generalmente a una pena no privativa de libertad.

La propia Defensoría realizó en 2010 un análisis de más de 200 carpetas fiscales en las que se hubiese imputado a una persona por los delitos de aborto e infanticidio entre 2001 y 2009, observando que el aborto es un delito de mujeres, donde muchas veces aparece como co-imputada otra mujer: amigas, madres, hermanas que la acompañan. Mayoritariamente, se trata de mujeres jóvenes y de condición socioeconómica baja. El estudio concluyó también que la mayoría de los abortos que llegan al conocimiento de la justicia son aquellos en los que se presentan complicaciones y mala praxis – circunstancias propias de la clandestinidad – a raíz de lo cual la mujer debe concurrir a un centro de salud pública, siendo posteriormente denunciada por éste. En la mayoría de los casos, las mujeres imputadas no tenían registros penales anteriores¹¹.

Según información proporcionada por Gendarmería, hasta abril de 2015 dicha institución contaba con 10 personas bajo su vigilancia por el delito de aborto, 8 condenadas y 2 imputadas¹².

9 Ministerio de Salud, Ord. A15/1675, de 24 de abril de 2009, que “Instruye directrices sobre asunto que indica”. En línea:

http://icmer.org/documentos/salud_y_derechos_sex_y_rep/instruct_minsal_confidenc_y_aborto.pdf. Consultado el 8 de julio de 2015.

10 “Aborto: la visión de la Defensa Pública”. La Revista de la Defensoría Pública. En línea: <http://www.dpp.cl/resources/descargas/revista93/Revis-ta93n11.pdf> Consultado el 2 de marzo de 2015. El artículo se basa en un análisis sobre 293 causas terminadas por aborto entre los años 2006 y 2014. Sin embargo, la cifra total de causas por aborto puede ser mayor a lo indicado por la Defensoría, puesto que estos datos no incluyen causas en las que actúa un abogado/a defensor particular y por tanto no requieren intervención de la Defensoría. Adicionalmente, la Defensoría sólo conoce aquello que es judicializado por el Ministerio Público, por lo que las causas ingresadas al sistema pero que no llegan a juicio también pueden ser mayores.

11 Id.

12 Información obtenida mediante una solicitud de acceso a información pública dirigida a Gendarmería de Chile, respondida con fecha 16 de abril de 2015.

Todo lo anterior revela que los diferentes actores del sistema de salud y de justicia tienden a tratar el aborto como un acto que no debiese estar penalizado. No obstante, de esto no se puede concluir que legislar para despenalizar el aborto sea innecesario: esta práctica actual del sistema de justicia podría cambiar en cualquier momento. En El Salvador, con legislación similar a la chilena, se ha encarcelado incluso a mujeres que han llegado a centros asistenciales a pedir atención por un aborto espontáneo, quienes han terminado criminalizadas, acusadas de habérselo provocado. Adicionalmente, no se puede minimizar lo que implica, para aproximadamente 90 mujeres al año, mayormente de menores recursos, la experiencia de enfrentar un proceso penal, sumada a lo que ya han vivido por abortar clandestinamente.

Y el riesgo de cárcel no es el único efecto que la criminalización total del aborto tiene para las mujeres en Chile. Cuando el embarazo pone la vida o la salud de la mujer están en riesgo, cuando existe una inviabilidad fetal, o cuando la mujer ha sido violada, la mujer o niña, además de sobrellevar su difícil situación, debe enfrentarse a una serie de dificultades que la dejan completamente desprotegida.

Amnistía Internacional habló con mujeres que han pasado por estas situaciones y también con profesionales de la salud con experiencia en la materia, y ha podido constatar las dificultades que pueden enfrentar las mujeres en estas circunstancias: instituciones que no pueden ofrecerle soluciones y muchas veces las maltratan; falta de información certera y desprejuiciada; imposibilidad de decidir por sí mismas si continuar o no su embarazo; si de cualquier forma deciden abortar, verse obligadas a hacerlo en la clandestinidad o en el extranjero, y la necesidad de vivir toda esta difícil experiencia en soledad, bajo el temor de ser maltratada, juzgada o criminalizada.

HISTORIAS DE MUJERES

A lo largo de todo el presente informe, haremos referencia a historias de cinco mujeres que han accedido a darnos su testimonio.

“Carolina” (nombre ficticio) tenía 26 años cuando quedó embarazada, alrededor de 10 años atrás. No utilizó método anticonceptivo, pero antes de las 72 horas tomó la pastilla anticonceptiva de emergencia, que consiguió con una amiga médica, a la que le dijo que la pedía para una amiga suya. 15 días después de eso tuvo su periodo menstrual, por lo que entendió que no estaba embarazada. Sin embargo, una semana después, tras fuertes dolores y vómitos, asistió a una clínica privada de Santiago. Allí se enteró que estaba embarazada, y que se trataba de un embarazo ectópico, que por tanto no podía continuar sin poner en riesgo su vida. Fue hospitalizada para esperar la evolución del embarazo, pese a no existir ninguna posibilidad de que éste llegara a término, y sólo fue intervenida de urgencia aproximadamente tres días después, cuando se produjo un riesgo vital inminente. Nunca se le preguntó su opinión acerca de esta manera de proceder ni se le explicó claramente la razón para proceder de esta forma.

“Tania” (nombre ficticio) tenía 31 años, marido y 3 hijos (entre 7 y 3 años) cuando abortó ilegalmente, alrededor de 30 años atrás. Su decisión se debió a que el embarazo se produjo cuando ella estaba en medio de su tratamiento para combatir un cáncer. Tendría que haber suspendido el tratamiento para poder continuar el embarazo sin riesgo para el feto, lo que habría puesto en riesgo su vida. Sin embargo, el médico tratante no le dio ninguna opción: sólo le dijo que tenía que estar tranquila, que no pasaría nada y que si ella intentaba abortar él la tendría que denunciar. Tras consultar otras opiniones con una matrona y un médico, que le confirmaron que el embarazo era incompatible para continuar su tratamiento contra el cáncer, decidió abortar de manera ilegal. Lo hizo en una clínica privada en una intervención realizada durante la noche y que quedó registrada como una operación ginecológica.

Isabelle tiene 39 años, es francesa, investigadora en Astronomía y da clases de física en la universidad. Llegó a Chile hace cuatro años con sus dos hijas por razones de trabajo, siendo su segunda vez en el país. Conoció a Carlos al año de llegar a Chile. Él ya tenía dos hijos también, y decidieron que querían tener un hijo en común. Isabelle quedó embarazada de Amanda en 2012, a quien le detectan trisomía 13, lo que hacía imposible que sobreviviera fuera del útero. Sin embargo, en Chile no tenía más opción que continuar con su embarazo hasta el final, cosa que para ella habría sido una tortura. Se practicó un aborto en Francia, haciendo un gran esfuerzo por reunir el dinero para viajar y pagar por el procedimiento. Al momento de dar la entrevista, Isabelle estaba embarazada de Facundo, quien nació el 8 de mayo de 2015.

Paula tiene 39 años, es profesora en la Universidad de Chile en el área de historia y teoría del teatro y acaba de terminar su doctorado. Ha vivido en Francia, Argentina y Brasil y tiene un hijo de 6 años. Mientras vivía en Brasil, aproximadamente en 2006, con su pareja de ese entonces, tuvo un embarazo con una severa disminución del líquido amniótico y malformaciones fetales. Tras venir a Chile por una segunda opinión, descubrió que no existían alternativas legales para ella en el país, por lo que se practicó un aborto en Brasil, lejos de sus redes y su familia.

Rossana vive en Bélgica desde hace 24 años y es enfermera, pero tiene planes de dedicarse a escribir – ya tiene un libro publicado. Se fue a vivir a dicho país como exiliada, junto con su pareja de entonces, con quien tuvo un hijo. En 1989, antes de mudarse a Europa, cuando estaba en 4° año de Licenciatura en Francés, y tenía 21 años, fue violada por un joven con quien mantenía una relación, quedando embarazada como resultado. Ella concluyó que no podía tener un hijo de un hombre que ahora detestaba. No le contó a casi nadie y abortó clandestinamente, en la casa de un médico que realizó la intervención. Ahora por primera vez ella decide contar su historia.

FALTA DE INFORMACIÓN

Puesto que la ley no permite a las mujeres decidir sobre la interrupción del embarazo bajo ninguna circunstancia, se han documentado casos en los que los y las profesionales de la salud que las atienden no entregan información completa y veraz acerca de condiciones o complicaciones específicas que pueden enfrentar algunas mujeres y los riesgos que corren al continuar su embarazo.

“Carolina” cuenta que en la clínica privada en la que la atendieron de su embarazo ectópico, nunca le mencionaron la palabra aborto, y pese a tratarse de un embarazo que era imposible de llevar a término, no se la intervino de inmediato, sino que se esperó su vida estuviera en riesgo inminente para intervenirla de urgencia. Esto es un efecto de la legislación actual, bajo la cual podría interpretarse que una intervención temprana para interrumpir el embarazo sería delito. Ella señala que “a mí me embolinaron la perdiz, como se dice. A mí no me contaron el cuento claro. Hasta el día de hoy yo no sé si voy a poder ser mamá con la tranquilidad que me gustaría, porque tuvimos que llegar al límite del procedimiento. Eso es lo que yo más crítico, aparte que no te dan todos los antecedentes. No te dicen toda la verdad como es. No te dicen que en el fondo ‘¿sabes qué? No te puedo operar porque la ley no lo permite. Tengo que llevarte a riesgo vital para poder justificar esta operación’”.

En el caso de “Tania”, a su juicio el médico que la atendió inicialmente le ocultó información crítica. Ella estaba en medio de un tratamiento contra un cáncer cuando quedó embarazada. Tania cuenta “el primer médico que me atendió me dijo que me quedara tranquila, que había que seguir con esto (con el embarazo) para adelante, que no me asustara, que no iba a pasar nada, que todo estaba normal dentro de lo que estaba pasando conmigo...”. Más aún, el médico le indicó que si ella abortaba, él la tendría que denunciar. Una matrona y un médico que ella consultó con posterioridad le dijeron que esto no era cierto: en estas condiciones sobrellevar un embarazo hasta su término es imposible si continúa con la medicación para el cáncer. Es decir, continuar su embarazo implicaba optar entre continuar con los medicamentos, poniendo en riesgo la viabilidad del feto, o dejar de medicarse, en cuyo caso lo probable es que su cáncer se hubiera descontrolado. Estos riesgos no le fueron debidamente explicados en su primera consulta médica.

La primera barrera para el ejercicio de los derechos de las mujeres y las niñas, entonces, se da ante la falta de información, que difícilmente puede proporcionarse de manera completa y veraz, cuando la opción de interrumpir el embarazo en Chile es ilegal y por tanto no puede ser planteada abiertamente.

DAÑOS EMOCIONALES ANTE LA IMPOSIBILIDAD DE DECIDIR

Luego de la ausencia de información, las mujeres en Chile se enfrentan al hecho de que, independientemente de las circunstancias de su embarazo, no tienen la posibilidad de decidir la mejor manera de sobrellevar las consecuencias de éste.

“Carolina” recuerda que nunca se le explicó debidamente por qué se la hospitalizaba en lugar de intervenirla de inmediato, pese a tratarse de un embarazo ectópico¹³ que no tenía posibilidades de llegar a

¹³ En Chile, el tratamiento del embarazo ectópico queda en definitiva a criterio de cada médico, sin considerar la opinión de la mujer. Con la legislación actual, en caso que exista un riesgo de vida para la mujer, los médicos debieran intervenir para salvarle la vida. En este caso, se entiende que la acción adoptada por el médico no tiene como fin provocar el aborto y por tanto no es punible. Sin embargo, esto puede tener como consecuencia – como en el caso de “Carolina” – que no se intervenga oportunamente, sino que se espere a que el riesgo de vida sea inminente.

término. Tampoco se le preguntó su opinión al respecto. Ella señala que “hasta el día de hoy no tengo todos los antecedentes y no entiendo por qué llegamos a ese límite extremo [de esperar a que se produjera una emergencia para realizar una intervención], tampoco lo supe del doctor, ni siquiera me acuerdo de su nombre y nunca más lo vi. Él no tenía idea de mi realidad, ni de mi vida, de lo que yo siento, pienso, de lo que me hubiera gustado o no me hubiera gustado. Ni me preguntó. Él claro, seguía su procedimiento porque es doctor. Pero yo no pude optar. Yo hubiera optado quizá por otra cosa, si yo hubiera tenido todos los antecedentes”.

“Tania”, tras conseguir una segunda opinión con una matrona y un médico, concluyó que era imposible llevar su embarazo a término, salvo que suspendiera todos los medicamentos contra el cáncer, a riesgo de morir ella. Sin embargo, “aquí en Chile había cero posibilidad de hacerlo en forma legal”. Tuvo que buscar opciones para hacerlo de manera ilegal para poder salvar su vida.

Isabelle recuerda que cuando recibió, teniendo aproximadamente tres meses de embarazo, la triste noticia de que su embarazo tan esperado no era viable, que su hija no sobreviviría fuera del útero: “el médico me explica que no se puede hacer nada, que hay un procedimiento que es bastante largo que permite inducir el parto a las 38 semanas, un embarazo normal es de 40 semanas. Entonces me parece absurdo, parece que tengo que ir a través de una serie de comisiones que te van a evaluar el caso y que si realmente se determina que el bebé no es viable por alguna razón que no entendí, había una vía para tener un parto inducido a las 38 semanas”. Ella cuenta que su marido y ella concluyeron que no querían seguir con ese embarazo. Y explica: “entiendo que hay personas que quieren, que piensan que si ellos están en la misma situación van a querer seguir adelante con el embarazo, eso lo entiendo perfectamente porque es una pregunta muy personal, pero no entiendo que haya personas que se permitan imponer a los demás que pasaron por esta situación su opinión: ‘tú tienes que tener tu bebé hasta que se muera naturalmente, tienes que seguir con cinco meses más de embarazo’”.

Para Isabelle, la idea de continuar el embarazo era “como una tortura, porque cuando uno tiene que hacer una ecografía de un lado está pensando ‘tiene que morir este bebé, ojalá sea pronto’, pero del otro lado uno no quiere que se muera porque es su bebé, entonces ir a una ecografía para un monitoreo para saber cómo se muere tu bebé durante 8 meses lo encuentro una perspectiva horrorosa. ¿Cómo seguir la agonía de tu bebé? ¿Cómo hay personas, cómo puede la ley decir que eso es lo que las mujeres tienen que pasar?”.

René Castro, médico obstetra, también comparte un caso similar, de una mujer que sí debió esperar hasta el final de su embarazo. “Hace poco conversaba justamente con una mujer que tuvo un niño malformado... me contaba el dolor que para ella fue tener que esperar los 9 meses para sacar a su hijo sabiendo que se iba a morir en las primeras 24 horas, como efectivamente ocurrió, y lo que es peor, que además no tuvo ni siquiera algún grado de acompañamiento emocional para protegerla al menos de este impacto”. Por ello, concluye que “La mujer que tenga algún feto incompatible con la vida, debería tener la posibilidad de decidir interrumpirlo o continuarlo. Y si continúa, tendría que ofrecerse todo el soporte y todo el apoyo adecuado para que continúe”.

Paula es chilena, pero quedó embarazada mientras vivía en Brasil, donde se enteró que su embarazo no era viable. Por ello, viajó a Chile. “Vine a Chile, estuve viendo, pero acá en Chile no se podía hacer nada. Para mí fue súper complejo, porque mi respaldo emocional, mi familia, estaban todos en Chile, y uno tiene médicos conocidos y espera encontrar una solución”. Paula sintió que “los médicos un poco se lavaron las manos. En el sentido, no es mala onda, no poco empático, pero fue como ‘busca una solución allá en Brasil, ya sabemos que existe esa posibilidad, acá no existe ninguna posibilidad’”.

Paula concluye: “En Chile no existía ninguna posibilidad de nada. A no ser que fueras ilegalmente y te pincharan la bolsa en una intervención ilegal en cualquier lugar, para que lo perdieras naturalmente con todos los riesgos que eso conllevaba. La otra opción era en Brasil, seguir todo ese proceso legal donde deciden psicólogos, abogados, jueces, menos tú, y que finalmente lo firma tu pareja... es decir, si tu pareja no está de acuerdo, no lo puedes realizar. Para mí fue terrible, porque finalmente estaba en manos de todos menos de mí”.

MALTRATO INSTITUCIONAL

Al estar el aborto penalizado totalmente en Chile, las mujeres con embarazos que ponen en riesgo su vida, con embarazos inviables o que han sido violadas, se han encontrado con instituciones y profesionales de la salud que no están preparadas para reaccionar adecuadamente frente a su caso. Los testimonios muestran que, al estar el aborto penalizado en todos los casos, y por tanto no poder existir protocolos y regulaciones claras, finalmente cada caso queda al criterio personal del o la médico tratante, que puede proporcionar información parcializada, ser muy poco cuidadosos/as con las necesidades emocionales al momento de tratar con una mujer pasando por una situación difícil, o simplemente dar la impresión de no saber qué hacer.

A “Carolina”, mientras esperaban la evolución de su embarazo ectópico, la internaron en la maternidad: “estaba sentada al lado de pura gente que estaba teniendo guaguas y tú estabas ahí perdiendo una guagua que ni siquiera sabías que tenías, y más encima veía cómo me miraban de muerte”.

“Carolina”, además, había decidido no contar lo que estaba sucediendo a su padre, le dijo que la intervenirían por otro motivo. Un día que el padre fue a visitarla a la clínica, la matrona en la recepción le reveló el diagnóstico que ella no le había querido contar. “Carolina” cuenta entonces que él “Entró gritando [a mi habitación en la clínica], y yo estaba en la cama. Si yo no le quise contar, por qué le cuentan.

Si yo no quiero ser juzgada por mi papá, por qué en una clínica lo hacen, en una clínica donde las cosas se suponen deberían funcionar y hay derechos”. Esa noche tuvieron que intervenir a Carolina de urgencia, operación en la que perdió una trompa de Falopio.

Cuando “Tania” consultó al primer médico, su reacción inicial fue enojarse con ella por haber quedado embarazada. “Él se molesta mucho cuando se entera que estoy embarazada, me hace sentir culpable. Recuerdo que había algo en la mesa, no sé qué era, lo toma y lo tiró lejos, muy molesto, muy enojado”. Y luego rápidamente cambia, “como que es otra persona, y me dice pero no, no te preocupes, porque tu enfermedad está controlada. Inmediatamente me separó, como que me seccionó: a la enfermedad, a mí y a la criatura, como que fueran tres cosas distintas”. “Tania” siempre sintió que “Ellos me vieron siempre por separado, nunca me vieron como una persona, como un ser integral. A mí me vieron como una incubadora, alguien que puede traer hijos a este mundo. Y después no importa si yo lo voy a criar o no, si me voy a morir, si va a pasar hambre, a ellos no les importa. Ellos nos ven como incubadoras. Como aparatos, como aparatos reproductivos”.

Adicionalmente, luego de ser operada, “Tania” despertó sola: “no había contención, no había nadie que me apoyara en ese minuto”. Comenta además que “estuve muchas veces hospitalizada [por el cáncer] y vi mujeres que habían abortado, y las trataban pero pésimo, es que no te puedes imaginar el trato inhumano que recibían, desde la persona que barre hasta el médico. Era una recriminación constante, todo el día”.

Isabelle, por su parte, sintió que la manera en que le informaron de la inviabilidad de su embarazo fue “muy brusco”, sin la sensibilidad necesaria considerando la dolorosa situación que ella vivía. El médico tratante pidió una segunda opinión a otro médico, que al llegar a la sala, miró rápidamente la ecografía. Isabelle cuenta que el médico dijo sin más y mirando siempre a la ecografía: “no, eso no es viable. Mira el tamaño de la cabeza, no se han desarrollado los órganos, no hay tal y tal cosa, mira los dedos, están chuecos. Ese bebé debe tener un problema genético fuerte”. Luego, dirigiéndose al fin a Isabelle, le dijo: “Es un bebé no viable, seguramente morirá durante el embarazo, en la última parte, quizá a los 8 u 8 meses y medio de embarazo, y si no, va a morir al momento de nacer. Le aconsejo que viaje a su país, se haga un aborto terapéutico e intente nuevamente tener otro hijo en un par de meses”. Isabelle sintió que para el médico “ya era una evidencia que como soy francesa tenía que viajar para tener un aborto y empezar un nuevo bebé, como si los bebés se hacían igual que uno hace una nueva torta cuando no le resultó. Me impactó mucho, pero en el fondo mi primera reacción y la de mi marido fue de sorpresa. Tristes, pero todavía creo que no alcanzábamos a creer lo que nos pasaba”.

Isabelle sintió que esto contrastó fuertemente con el trato que recibió en Francia, cuando tras decidir que no querían continuar el embarazo, pudo conseguir el dinero necesario para viajar y abortar en dicho país. “Lo que me gustó fue la manera en que nos acogieron en Francia. Donde nació nuestro bebé era una sala dedicada a este tipo de parto, no es que uno tiene su bebé que va a morir, al lado a la izquierda y a la derecha de dos mujeres que van a tener un parto normal. Es la misma persona que nos sigue desde el momento que llegamos para la primera ecografía hasta el momento que uno recoge el cuerpo de su bebé, es la misma persona que hace el vínculo entre los doctores, la matrona, la morgue o el lugar

donde se tiene el cuerpo. Fue un acompañamiento muy valorable”.

Si bien Paula no sintió falta de empatía ni maltrato propiamente tal, sí sintió que los médicos intentaron desligarse rápidamente de la situación, incómodos al no saber cómo manejarla. Le sugirieron que abortara en Brasil, donde vivía en ese momento. “Y eso fue todo, un poco incómodos con la situación y ‘pucha, que te vaya bien, hasta luego, chao’. Y sería toda su participación, y eso que era un médico conocido de mi familia. Todo fue como diciendo ‘yo no me voy a meter en conflicto frente a esta situación’”.

Todas ellas consideran que sus sentimientos, opiniones y experiencias al afrontar la situación que estaban viviendo no fueron tomadas en cuenta, y que la actitud de los y las profesionales de la salud se veía afectada debido a que una de las alternativas para tratarlas se encuentran fuera de la legalidad, lo que hace que, por una parte, los y las profesionales de la salud no cuenten con regulaciones claras acerca de cómo tratarlas adecuadamente y, por otra parte, tengan temor de incurrir en actos que de acuerdo a la legislación son delito.

Adicionalmente, existe el riesgo permanente, de que el o la médico tratante denuncie a las autoridades a la mujer que intente abortar.

Anita Román, Presidenta del Colegio de Matronas de Chile incluso cuenta un caso de una mujer que fue denunciada por una hemorragia. “Este año a mi servicio llegó una mujer con un desangramiento tan cuantioso que el médico que la vio la denunció. Y ella salió de ahí al centro de orientación femenina y fue de ahí a la cárcel. Alcanzó a estar una tarde, creo. Como se activaron los mecanismos de solidaridad, abogadas la lograron sacar y está ya con firma semanal, pero alcanzó a estar una tarde detenida”.

MUJERES EN RIESGO DE VIDA

La legislación que criminaliza el aborto pone en riesgo la vida de las mujeres en muchas ocasiones.

Puesto que el Código Sanitario chileno establece que están prohibidas las acciones “cuyo fin sea provocar un aborto”, esto se ha interpretado en términos que permitiría en definitiva la interrupción del embarazo cuando la vida de la mujer está en riesgo. De acuerdo a esta interpretación, cuando la mujer está en riesgo vital inminente, el deber del médico es salvarle la vida, aun cuando las acciones necesarias para hacerlo tengan como consecuencia la interrupción del embarazo. Esta acción estaría permitida por el Código Sanitario, puesto que se trata de acciones “cuyo fin” no es provocar el aborto, sino salvar la vida de la mujer, siendo la interrupción del embarazo una consecuencia no deseada.

Sin embargo, Anita Román aclara que “Cuando los grupos que se oponen al proyecto dicen que la causal de riesgo vital está despejada porque existen normativas que le dicen al médico lo que tiene que hacer, eso no es así. Porque cuando uno se enfrenta a esta situación tú vas a ver que no está escrito... y cuando uno le pregunta al médico por qué no va a intervenir, responde ‘porque si lo hago es un aborto’”.

El médico obstetra René Castro destaca los problemas que se generan al tener que esperar a que se produzca un riesgo vital inminente para poder intervenir: “Hoy hay mucho más acuerdo internacional en hablar de calidad de vida. Entonces, el tema es si voy a esperar a que una mujer esté en una UTI [Unidad de Tratamientos Intensivos] por una complicación severa de una patología previa para poder intervenirla, o voy a anticiparme a ese evento dramático y voy a aceptar si me dicen ‘doctor, yo preferiría interrumpir el embarazo antes de llegar a eso’”, porque “el foco habría que ponerlo en la decisión de la propia mujer”.

Este fue, el caso de “Carolina”, ya mencionado previamente, en que pese a haber claridad de que tenía un embarazo ectópico que era imposible de continuar, se esperó hasta que ella estaba en riesgo vital inminente para poder intervenirla, sin preguntarle su opinión al respecto.

No es el único caso de atención tardía en casos de embarazo ectópico. Anita Román cuenta que “Uno de los casos que he visto fue una mujer que ingresó en silla de ruedas a la espera de pabellón, con un diagnóstico de embarazo ectópico. [Se la hizo esperar] y en algún minuto se tuvo que hacer urgente el pabellón para ella, porque estando acostada se rompió la trompa. Y ¿por qué el pabellón se hizo urgente cuando se rompió la trompa, por qué no se hizo pabellón para ella antes? Para esa mujer, esa espera significó la muerte, porque la operaron con una anemia aguda por ruptura de la trompa uterina, el anestesista pidió sangre, pero la sangre que le pusieron era incompatible con la de ella y murió. ¿Por qué operan a las mujeres en este estado, en riesgo vital?”. La legislación que criminaliza el aborto y la falta de claridad en las normativas es una de las causas para esperar a estos extremos para intervenir en el caso de embarazos ectópicos, poniendo en riesgo la vida de las mujeres. Por ello, Anita Román considera esencial aclarar la legislación en materia de riesgo vital, porque con la legislación actual “los médicos tienen las manos amarradas”.

René Castro proporciona algunos ejemplos adicionales: “Si una mujer tiene una patología y un colega, el médico tratante de ella, un cardiólogo, le dice ‘Mire, por su problema cardíaco, si usted sigue adelante su embarazo pone en riesgo su vida’, o si tiene un cáncer y por lo tanto ese cáncer requeriría ser tratado oportunamente y se le niega ese acceso hasta esperar a que termine su embarazo, se está sometiendo a esa mujer a un riesgo, y lo que es peor, a una angustia prolongada durante todo ese tiempo. Y obviamente lo que uno tendría que hacer es entregarle toda la información posible a esa mujer que sea ella quien tome esa decisión.”

Anita Román también comenta: “Están también las que mueren por causas oncológicas, que también dependen del criterio del médico que esté frente a ellas. Porque yo he visto mujeres que tienen un diagnóstico de cáncer instalado, que estando en el tratamiento de cáncer se embarazaron y suspenden el tratamiento porque los efectos de la dosis oncológica pueden matar al feto. Pero al suspender el tratamiento, esa mujer va a morir”.

“Tania”, es un ejemplo precisamente de eso: quedó embarazada mientras estaba en tratamiento contra un cáncer y se encontró con que en Chile su única opción era continuar el embarazo, debiendo elegir entre continuar su tratamiento, con lo cual probablemente el embarazo no sería viable, o suspender su

tratamiento, con lo cual probablemente su propia vida estaría en riesgo. Por esta razón, ella optó por un aborto ilegal para salvar su vida. En resumen, Anita Román concluye que “en la causal de riesgo vital, es falso que sirva la orientación técnica, no sirve. Lo hemos preguntado y la respuesta es que el Código Sanitario es una ley de rango mayor a la orientación técnica ministerial. Por lo tanto, los médicos no intervienen a aquella mujer que esté efectivamente en riesgo vital y con mucha suerte esa mujer va a vivir. Yo he visto morir por lo menos a tres en esas condiciones”.

ELEGIR ENTRE CONTINUAR CONTRA SU VOLUNTAD, LA CLANDESTINIDAD, O (SI PUEDEN) PARTIR AL EXTRANJERO

Considerando que la legislación chilena no da más alternativa que continuar el embarazo a toda costa, las mujeres que de todas formas deciden abortar deben hacerlo ilegalmente, o viajar a algún país donde el aborto en su situación sí sea permitido. Esto implica que la capacidad económica de la mujer será el factor principal para practicarse un aborto seguro, dependiendo de si tiene los recursos necesarios para viajar, o bien para pagar por un aborto ilegal en condiciones menos riesgosas.

Los abortos ilegales pueden ser muy diferentes. En ocasiones, se paga por un aborto practicado por un profesional de la salud; en otros casos – cada vez más frecuentes – se realizan utilizando Misotrol adquirido ilegalmente¹⁴; mientras que en otros casos, generalmente de mujeres de escasos recursos económicos que no pueden acceder a ninguna de las alternativas anteriores, se recurre a maniobras abortivas dramáticamente inseguras.

“Tania” decidió abortar para salvar su vida y pudo acceder a un aborto ilegal en condiciones seguras. Señala que “De verdad no fue fácil decidir, porque más allá de lo que a mí me estaba pasando yo quería tener más hijos, y la intervención implicaba sí o sí hacer una histerectomía. Entonces no tenía la posibilidad de tener después otro hijo”. Finalmente, “decidimos con el papá de mis hijos, la matrona y el ginecólogo que en realidad yo decidía salvar mi vida, porque era así, era radical. Yo no tenía vuelta y eso era claro. Lo hice muy segura. Siento que yo ahí luché por mi vida”. Según cuenta “Tania”, “Me consiguieron en una clínica en la noche, como a las 10 u 11, donde me intervinieron

Me tuvieron ahí por la noche y al otro día en la mañana me fui a mi casa y seguí con controles como si hubiese sido una operación por quistes. En los papeles pusieron que me habían operado de quistes”.

¹⁴ El Misotrol o Misoprostol es un medicamento originalmente aprobado para tratar úlceras gástricas, pero que tiene como efecto colateral el provocar contracciones. Por ello, se ha utilizado como método para practicar abortos, siendo un método seguro si se realiza dentro de las primeras 9 semanas de embarazo o 12 semanas como máximo, pudiendo ser peligroso si se realiza después de la semana 13. En Chile, el Misotrol no se vende en farmacias ni siquiera con receta médica, sólo está aprobado su uso intrahospitalario. Sin embargo, existen diversas opciones para adquirirlo ilegalmente a través de Internet (ver por ejemplo, <http://vendomisotrol.com/> o <https://misotrolsantiago.wordpress.com/>), pudiendo costar entre CLP\$50.000 y \$150.000 según información publicada en internet por algunas de estas mismas páginas. También existen organizaciones que entregan información pública acerca de su uso (ver por ejemplo, <http://infoabortochile.org/wp-content/uploads/2013/05/manual.pdf>).

Rossana, tras enterarse de que estaba embarazada producto de una violación, no dudó en terminar su embarazo, y también pudo pagar por un aborto. Lo hizo en forma ilegal, pero en este caso lo practicó un médico, en la casa de él. Le dijo que llevara un calzón limpio, una toalla y plástico, entre otras cosas. Cuenta que era “un hombre muy dulce, muy encantador. Cuando me metió el espéculo, no había ido mucho al ginecólogo, sabía del aparatito ese... recuerdo que estaba tirada en la cama, miraba el techo blanco y a la izquierda a mi lado había una ventana que daba a otros edificios, miraba la luz de afuera y ahí tratas de pensar ‘qué estoy haciendo’. Pero sabía que no podía tener un hijo de ese hombre que aborrecía y no le podría haber contado a mis papás porque me habrían salido con un sermón de ‘te lo dijimos, viste, etc’”. Cuenta Rossana que “De repente siento, cuando me saca el espéculo, un líquido caliente que me corre por la vagina. Pensé que me había orinado y el médico me dice que es sangre, y me muestra en una pinza un puntito blanco y me dice ‘este es el huevito, relájate, debes estar tranquila’. Le dije ‘no, quiero terminar lo más pronto posible’. Fui al baño, me lavé, llevaba toallas higiénicas. Después me abrazó muy fuerte, me dijo, ‘eres una mujer muy valiente y vas a olvidar esto. Esta es la receta, compra estos antibióticos y si tienes cualquier problema me haces saber’”.

“Tania” y “Rossana” tuvieron la posibilidad de pagar para acceder a abortos que, si bien eran ilegales, se hicieron bajo condiciones mínimas de seguridad, pero no es el caso de todas las mujeres.

La disponibilidad – ilegal – del Misotrol como método abortivo ha permitido disminuir los riesgos para las mujeres que abortan. Anita Román señala que “hoy día no llegan ni al servicio público ni al privado las mujeres que usan Misotrol y abortan en su casa y no tienen necesidad de servicios”. René Castro también confirma que “el Misotrol claramente ha tenido un impacto positivo al menos en ese aspecto. Ha reducido el número de complicaciones y ha reducido claramente el número de muertes asociadas a aborto provocado”.

Sin embargo, no todas las mujeres tendrán los recursos para comprar Misotrol o la posibilidad de acceder a éste. Anita Román alerta que en zonas rurales el acceso al Misotrol es escaso, por lo que “para ellas su forma de abortar es mediante maniobras muy inseguras. Puede ser introducciones internas de elementos, o brebajes que la pueden envenenar a ella misma”. Además, “Las mujeres o los hombres que hacen abortos, al abortar te dicen ‘no vayas a ir al hospital salvo que tengas fiebre, pero espera’. Y en esa espera, por esa indicación de quien le hizo el aborto, no van al hospital, el proceso infeccioso pasa... y se infecta entera la mujer y se muere”.

La misma Anita Román ha conocido directamente casos dramáticos de abortos clandestinos con maniobras muy inseguras que han dejado a las mujeres vivas, pero mutiladas para el resto de su vida. Recuerda en particular dos casos de adolescentes embarazadas a causa de una violación, en que sus madres, al enterarse, les provocaron un aborto. En un caso, la propia madre lo hizo con una tijera, generándole heridas internas a la niña. En el otro caso, se realizó una maniobra abortiva en que se le inyectó Rinso (detergente que contiene soda cáustica) directamente al útero a través del abdomen, quemándola completamente.

La otra alternativa – que no está disponible para todas las mujeres – es viajar para practicarse el aborto

en el extranjero, como lo hicieron Isabelle y Paula.

Para Isabelle fue difícil, puesto que si bien es francesa y podía acceder a un aborto en Francia, ella debía pagarse todos los gastos de viaje y los costos de la intervención. Ella no estaba asegurada por el sistema francés de salud. Afortunadamente, pudo reunir el dinero, recurriendo incluso a una campaña de recolección de fondos.

Paula también viajó a Brasil para interrumpir su embarazo. No era lo que hubiera preferido. “Yo hubiera querido estar con mi familia en esa situación, con mis redes. Tener que hacer todo fuera implica un desconocimiento de nosotros, de tu experiencia. Tú llegas a Chile y es como que se fue de vacaciones a Brasil”.

SOLEDAD, MIEDO Y PREJUICIOS

Tomar la decisión de abortar no suele ser fácil para ninguna mujer, y hacerlo en un contexto criminalizador y que no les da la protección adecuada lo hace peor aún. “No recuerdo nunca haber escuchado a una mujer contenta de haberse hecho un aborto, siempre lo han vivido desde el dolor, de la soledad, el abandono”, señala René Castro tras 40 años de experiencia profesional.

Anita Román, por su parte, destaca que en su experiencia, el daño psicológico que provoca un aborto proviene más bien del miedo a recurrir a un aborto ilegal. Señala que “... ya hay un temor implícito porque tiene que hacerlo clandestino. Porque sabe que si ella habla más allá del amigo o de la persona que la va a acompañar, esa persona es cómplice. Entonces llegar a esas circunstancias lo hacen con terror y por supuesto que eso va a provocar un daño”. Pero “El alivio que sienten esas mujeres después del aborto es impresionante, es terror por el acto en sí, pero después salen muy bien, no salen mal. Porque ellas no querían ese embarazo”.

Como regla general las mujeres le cuentan a muy pocas personas lo que les está pasando, y viven todo el proceso muy solas y con temor a que su realidad se sepa más ampliamente debido a los prejuicios asociados a sus casos. De las mujeres entrevistadas, muchas se demoraron años en atreverse a contar su historia, y algunas todavía prefieren hacerlo sin dar a conocer públicamente su identidad.

“Carolina” sólo le contó a su mamá en ese momento, y a muy pocas personas después: “Siento que tengo un desequilibrio. Es un tema que no pude conversar por mucho tiempo y la gente tiene prejuicios acerca del tema. Tampoco quiero hacer como de víctima, porque nunca me sentí así. Entonces tampoco lo conté mucho, y cuando lo conté fue para levantar la voz. En la vida pasan cosas así, es real. Por qué lo ocultas cuando pasan esas cosas. Si a todas las personas nos pasan cosas”.

“Tania” ha mantenido su historia en secreto hasta hoy, más de 30 años después. “La mayoría no lo sabe, no lo saben mis hijos. Quedó entre la matrona, el médico, mi marido y yo. Porque ese fue un acuerdo que hicimos”.

Para Paula, la experiencia de su embarazo inviable y posterior aborto significó el término de su relación de pareja, puesto que él no estuvo totalmente de acuerdo con la decisión de Paula. Para ella fue muy fuerte: “¿cuál es el límite? ¿Yo soy la incubadora de la sociedad, de las personas, de mi pareja? ¿Y lo que a mí me pase da lo mismo? Y sólo te enfrentas a esto cuando estás en la situación.”

Isabelle pudo volver a su trabajo como académica. Sin embargo, su marido terminó renunciando a su trabajo. “Sintió que la gente de su trabajo no entendía, vieron su ausencia acompañándome en Francia como una falta de responsabilidad frente a su trabajo. Yo creo que para los hombres que dejan su trabajo para apoyar a su mujer embarazada, como es una sociedad muy machista, no entienden que un hombre ponga primero su vida privada y después su vida profesional en esos momentos”.

Rossana nunca quiso contar el abuso que sufrió, “no era algo en lo que yo pensara constantemente. Mi papá murió quince años atrás y mi mamá falleció hace sólo algunos meses, con lo cual, mi secreto ya no los puede dañar. No quería cargar con ese estigma de ‘me hice un aborto o fui una mujer violada’”.

El momento mismo del aborto también lo vivió sola: la acompañó una amiga hasta mitad del camino a la casa del médico, pero durante todo el proceso ella estuvo sola. Cuenta que “cuando me atreví a escribir el testimonio, porque sabía que empezaba la discusión sobre la ley de aborto, dije: si esa pena tan grande que yo tuve entonces puede servir para que otras mujeres que se hayan sentido o se sienten tan tristes como yo en ese momento, bueno, me tiro al agua y que las otras se decidan también a confesar lo que yo nunca me habría atrevido a confesar, por respeto a mis padres más que nada y por miedo”.

5. MARCO GENERAL DE DERECHOS HUMANOS¹⁵

La enorme desprotección que viven las mujeres que se enfrentan a situaciones como las antes descritas, implican una serie de violaciones a sus derechos humanos. Es por ello que, de cara a los tratados internacionales de derechos humanos, la criminalización total del aborto constituye una violación de los derechos humanos, e impide una adecuada protección a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas.

Esto proviene de tres afirmaciones clave:

- a) Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos.
- b) No se puede hablar de aborto sin hablar de derechos sexuales y reproductivos.
- c) No se puede hablar de derechos sexuales y reproductivos sin hablar de aborto.

A) LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS SON DERECHOS HUMANOS

El respeto a los derechos sexuales y reproductivos es indispensable para la dignidad humana. Estos derechos están fundados en reconocidos tratados regionales e internacionales de derechos humanos que Chile ha firmado y ratificado¹⁶. Estos tratados incluyen derechos tales como el derecho a la intimidad, a la integridad física y mental, a no ser víctima de discriminación y a no sufrir tratos crueles, inhumanos o degradantes, entre otros. Estas normas protegen y facilitan el derecho de las personas a tomar y hacer respetar decisiones libres e informadas sobre su vida sexual y reproductiva, sin sufrir violencia, coacción ni discriminación.

Por ello, existe ya un reconocimiento global de que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos. Todos los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos sexuales y reproductivos.

Entre los derechos sexuales y reproductivos fundamentales figuran los siguientes: la libertad de las personas para decidir si ser o no sexualmente activas; libertad para mantener relaciones sexuales consentidas con independencia de la orientación sexual que se tenga; libertad para mantener relaciones sexuales no vinculadas a la reproducción; la libertad de elegir pareja; la libertad de decidir el número de hijos/as y la frecuencia con que tenerlos; el derecho a no sufrir violencia ni prácticas dañinas, así como tener acceso a información y servicios en materia de anticoncepción y planificación familiar, y acceso a la educación sobre salud sexual, especialmente en los casos de niños, niñas y adolescentes.

¹⁵ Para mayor detalle en relación a los argumentos jurídicos desde el derecho internacional de los derechos humanos, ver documento de Amnistía Internacional "El aborto y los derechos sexuales y reproductivos: Fundamentos de los Derechos Humanos", adjunto como anexo al presente informe y descargable en el siguiente link: <http://amnistia.cl/web/wp-content/uploads/2015/02/El-aborto-y-los-Derechos-Sexuales-y-Reproductivos.-Fundamentos-de-DDHH.pdf>

¹⁶ Los principales tratados aplicables a esta materia son: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, la Convención para la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer, la Convención de Derechos del Niño, la Convención Americana de Derechos Humanos, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará).

B) NO SE PUEDE HABLAR DE ABORTO SIN HABLAR DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La regulación del aborto no es la única solución a los complejos problemas que Chile todavía enfrenta en materia de discriminación, violencia y embarazos no deseados. Ésta no puede ser una medida aislada.

Las medidas de protección a los derechos sexuales y reproductivos son como un engranaje que se compone de múltiples ruedas, todas ellas esenciales. Por ello, es fundamental que legislación como la que se está debatiendo ahora sobre interrupción del embarazo, se complemente siempre con educación sexual y con información y acceso efectivo y asequible a una amplia gama de métodos anticonceptivos, incluyendo anticoncepción de emergencia, que permita prevenir los embarazos que se quieran y puedan prevenir.

Debe complementarse también con servicios adecuados y asequibles durante embarazo y parto, incluyendo servicios de salud y acompañamiento para todas las mujeres, especialmente aquellas que se encuentren en situaciones particularmente vulnerables por diferentes circunstancias.

Y más aún, debe verse en el contexto de medidas más generales de combate de la discriminación contra la mujer y de los estereotipos de género que hacen que las mujeres no puedan, en la práctica, hacer valer sus decisiones en materia sexual y reproductiva. Y también debe avanzarse en el combate de la violencia contra las mujeres, siendo precisamente la violencia sexual una razón frecuente para los embarazos no deseados, incluidos en niñas y adolescentes.

C) NO SE PUEDE HABLAR DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS SIN HABLAR DE ABORTO

La adopción de las medidas antes señaladas - tales como educación sexual, acceso a anticoncepción y anticoncepción de emergencia, combate a la violencia de género, servicios adecuados de atención prenatal - de ser efectivas, podrían llevar a la reducción de los embarazos no deseados al mínimo, y por tanto una gran disminución de las situaciones en que, por diferentes razones, las mujeres puedan verse enfrentadas a la disyuntiva de abortar o continuar con su embarazo. Sin embargo, aun si todas estas medidas fueran completamente exitosas, siempre habrá circunstancias en que la posibilidad de abortar debe estar sobre la mesa. De no estarlo, el engranaje protector de los derechos sexuales y reproductivos no dará protección a algunas mujeres, puesto que faltará una de sus ruedas.

Que el embarazo ponga en riesgo la vida o la salud de la mujer, o que el feto sea inviable, normalmente no es algo previsible ni prevenible. Por el contrario, y como se vio en algunos de los testimonios en este mismo documento, podría haberse tratado de un embarazo deseado que, lamentablemente, no tuvo los resultados esperados.

Por otra parte, cuando existe un embarazo producto de una violación, el Estado tiene la obligación de asegurar acceso a la justicia y reparación de la víctima, así como tomar todas las medidas necesarias para prevenir la violencia sexual. Según la Unidad de Delitos Sexuales de la Fiscalía Nacional, en Chile,

cada día 17 mujeres son violadas y 34 son abusadas sexualmente, de las cuales casi el 75% son menores de edad ¹⁷. Estas mujeres y niñas ya han sido obligadas a soportar una relación sexual no consentida, y no pueden además ser forzadas a continuar el embarazo que se produjo como resultado, sin importar su opinión.

En estos casos, las medidas de prevención del embarazo indicadas anteriormente no sirven de nada. Ni siquiera puede plantearse con seguridad que el acceso a la anticoncepción de emergencia resolvería la situación de embarazos en casos de violación, pues por diversas razones, estas situaciones con frecuencia no se denuncian a tiempo para que su uso sea efectivo, o existen otras barreras para acceder a ésta, como por ejemplo la falta de medicamentos en los consultorios.

En los casos donde el embarazo sea producto de una violación, se debe de permitir que las mujeres y las niñas que enfrentan esta situación puedan decidir libre e informadamente, si quieren o no continuar su embarazo. El rol del Estado en este escenario es proveer a la mujer, niña o adolescente de toda la información que requiera para tomar una decisión – sin prejuicios, sin intentar influir en su decisión en ningún sentido – y luego, una vez que haya tomado su decisión, proveerle de todos los servicios de salud que requiera, cualquiera sea la decisión que haya adoptado.

Obligarla a continuar su embarazo contra su voluntad bajo amenaza de criminalizarla si lo interrumpiera, y más aún en estas condiciones tan extremas, es equivalente a un trato cruel, inhumano o degradante infligido por el Estado, y así lo han interpretado diversas instancias de Naciones Unidas. Además, puede implicar una amplia gama de violaciones a los derechos humanos, tales como el derecho a la vida, a la salud, a la integridad física y psíquica, a la privacidad, a un debido proceso, entre otros.

Es importante mencionar que los órganos encargados de la interpretación y vigilancia del cumplimiento de estos tratados, han consistentemente decidido que la criminalización total del aborto es contraria a los derechos humanos. Chile ha recibido recomendaciones en esta materia en el marco del Examen Periódico Universal, del Comité de Derechos Humanos, del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Comité de Derechos del Niño, todos de Naciones Unidas. Todos estos comités han recomendado a Chile, en el marco de las revisiones periódicas de cumplimiento de los tratados que supervigilan, establecer excepciones a la penalización del aborto al menos en caso de riesgo de la vida de la mujer, inviabilidad del feto y en caso de violación o incesto. ¹⁸

¹⁷ Análisis revela que en Chile se cometen 17 violaciones diarias y 34 abusos sexuales. Fiscalía, Ministerio Público de Chile. En línea: http://www.fiscaliadechile.cl/-Fiscalia/sala_prensa/noticias_det.do?id=605 Consultado el 28 de febrero de 2015.

Cuenta anual Fiscalía Nacional: el 74% de las víctimas de delitos sexuales son menores de edad. La Tercera. Publicado el 29 de abril de 2014. En línea: <http://www.latercera.com/noticia/nacional/2014/04/680-576014-9-cuenta-anual-fiscalia-nacional-el-74-de-las-victimas-de-delitos-sexuales-son.shtml> Consultado el 28 de febrero de 2014.

¹⁸ La transcripción de las recomendaciones efectuadas por cada Comité se encuentran en Anexo 1 del presente documento.

LA IMPORTANCIA DEL PROYECTO DE LEY ACTUALMENTE EN DISCUSIÓN: CHILE NO PROTEGE A LAS MUJERES Y LAS NIÑAS

Como se ha visto en este documento, la legislación chilena implica que, en la práctica, las mujeres y niñas en Chile se ven enfrentadas a una larga cadena de situaciones que las dejan sin protección: desinformación y maltrato; incapacidad de hacer valer su opinión; riesgo de vida por una intervención tardía; riesgos por abortos clandestinos cuando no tienen dinero para pagar por un aborto en condiciones más seguras o para practicárselo en el extranjero; prejuicios y soledad. El Estado de Chile ha fallado en proteger los derechos humanos de las mujeres y las niñas.

El día 31 de enero de 2015, la Presidenta Michelle Bachelet ingresó al parlamento el “Proyecto de Ley que regula la despenalización de la interrupción del embarazo en tres causales”¹⁹: cuando se busca evitar un “peligro presente o futuro para la vida de la mujer, cuando el embrión o feto padezca una alteración estructural congénita o genética incompatible con la vida extrauterina, o cuando el embarazo sea producto de una violación”. Asimismo, el mensaje del proyecto menciona que la interrupción del embarazo “debe consagrarse como una legítima prestación de salud. Si no se asegura el que las mujeres puedan recurrir a establecimientos de salud, esta regulación será irrelevante. Más aún, se perpetuarían las desigualdades entre las mujeres a partir de su condición económica y social”. No obstante, este acceso a servicios no se encuentra establecido de manera expresa en el articulado del proyecto de ley. En los antecedentes del proyecto de ley se señala que “la normativa vigente sobre interrupción del embarazo, que la prohíbe sin excepciones, no responde al trato digno que el Estado de Chile debe otorgar a sus ciudadanas en estas situaciones” y que “un Estado que respeta los derechos humanos no puede sentirse orgulloso ni satisfecho de amenazar con pena privativa de libertad a aquellas mujeres que se encuentran en esta disyuntiva”.

Como se vio anteriormente, la mayor parte de los países del mundo han concluido la necesidad de establecer al menos algunas excepciones a la criminalización del aborto, y la misma interpretación han adoptado los organismos internacionales de derechos humanos. En Chile, de acuerdo a los datos analizados, el sistema judicial penal ha optado por no perseguir el delito de aborto. Incluso la opinión pública refleja también una convicción de que, al menos en las tres causales que están en discusión en la actualidad, el aborto no debiera ser delito y debiera regularse.²⁰ La propia Organización Mundial de la Salud ha confirmado que la condición jurídica del aborto en un país no hace una diferencia sustantiva

19 Proyecto de ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales”, Boletín N°9895-11. Los textos citados en los siguientes párrafos corresponden al mensaje del proyecto de ley. Un resumen del articulado puede consultarse en Anexo 2 del presente documento.

20 Sondeos de opinión recientes en que se ha consultado a la población respecto del proyecto de ley actualmente en discusión, han mostrado que más de un 70% de las personas encuestadas se han manifestado a favor de despenalizar el aborto en caso que la vida de la mujer esté en riesgo, en caso que el feto sea inviable y en caso de un embarazo resultado de una violación. Ver por ejemplo:

Encuesta: Evaluación de Gestión de Gobierno. Junio de 2014. Adimark. En línea:

http://www.adimark.cl/es/estudios/documentos/4_eval%20gobierno%20jun_2014.pdf. Consultado el 17 de febrero de 2015.

Encuesta “Percepciones de las Mujeres sobre su situación y condiciones de vida en Chile 2014”. Corporación Humanas. En línea:

<http://www.humanas.cl/?p=14017>. Consultado el 17 de febrero de 2015.

Sondeo N° 5: Derechos Reproductivos. INJUV. En línea:

http://www.injuv.gob.cl/portal/wp-content/uploads/2015/02/SONDEO_J%C3%B3venes-y-el-aborto.pdf. Consultado el 17 de febrero de 2015.

en el número de abortos inducidos, pues las mujeres que lo decidieron intentarán abortar con independencia de si el aborto es legal o ilegal, o si está disponible en los circuitos legales de la salud.

En este escenario, y como se vio de los datos y testimonios anteriores, mujeres y niñas cuya vida está en riesgo, con embarazos inviables o que han sido violadas, continúan enfrentándose a múltiples barreras que las dejan sin posibilidad de decidir si continuar o no con su embarazo, y en la más completa desprotección si decidieran interrumpirlo.²¹

Cuando todas las tendencias muestran la necesidad de avanzar en esta materia para dar protección a las mujeres, sólo falta que el Congreso Nacional se ponga a la altura y legisle en este sentido.

Si bien el proyecto de ley presentado por el gobierno resulta limitado respecto de los estándares internacionales de derechos humanos, su aprobación podría implicar un primer paso importante en la protección de los derechos humanos de las mujeres y las niñas en Chile.

Para avanzar hacia una mejor protección para las mujeres en Chile, y que la legislación que se está discutiendo actualmente implique algún cambio en la práctica para la vida de las mujeres en Chile, debe cumplir con las siguientes condiciones mínimas:

- a) Garantizar el acceso a servicios de aborto legal y seguro para todas las mujeres y niñas sin discriminación, en todas las siguientes causales: riesgo presente o futuro para la vida o la salud de la mujer o la niña, inviabilidad del feto y embarazo como resultado de violación. El acceso a servicios debiera estar igualmente garantizado para las mujeres que, estando en estas tres causales, opten por continuar su embarazo, según las necesidades específicas de atención que éstas tengan.
- b) Incluir una garantía de acceso a servicios adecuados y asequibles de salud en caso de complicaciones a raíz de un aborto, sea o no hecho dentro de la legalidad, sin condiciones para la mujer y sin que el personal de salud deba ni pueda denunciar la situación, ni condicionar la atención a que la mujer confiese haberse practicado un aborto.
- c) Asegurar que la regulación que se adopte, en relación a los requisitos y condiciones para su aplicación, o en relación al eventual ejercicio de la objeción de conciencia en la prestación de servicios, no sea tan restrictiva que en la práctica implique impedir el acceso efectivo a estos servicios.

Sólo así Chile dará un nuevo paso para dar protección a las mujeres y las niñas en circunstancias tan extremas como éstas. Es cierto que esta ley no debe ser una medida aislada, debiendo ir acompañada de otras medidas de protección a los derechos sexuales y reproductivos en materia de prevención de embarazos no deseados, atención de salud materna y acompañamiento a embarazos vulnerables.

Pero la aprobación de este proyecto con las recomendaciones indicadas es imprescindible para que

Track semanal de opinión pública N° 56. Plaza Pública Cadem. En línea:
<http://plazapublica.cl/wp-content/uploads/Track-PP56-Febrero-S1-Especial-Aborto.pdf>. Consultado el 17 de febrero de 2015.
21 Ver por ejemplo OMS, Aborto sin riesgos, guía técnica y de políticas para sistemas de salud (2012).

esta protección sea completa, puesto que implicaría que en el futuro, mujeres que vivan las experiencias de “Carolina”, “Tania”, Isabelle, Paula y Rossana, podrán apoyarse en una legislación que les permite acceder a toda la información necesaria para tomar una decisión, y en caso de decidir interrumpir sus embarazos, poder hacerlo en Chile, acompañadas de quienes ellas elijan, en condiciones seguras y sin discriminación ni prejuicios.

Mientras no se legisle, Chile continuará dejando desprotegidas a las mujeres y las niñas como ellas.

6. ANEXOS

ANEXO 1: RECOMENDACIONES DE ÓRGANOS DE NACIONES UNIDAS AL ESTADO DE CHILE SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y ABORTO

EXAMEN PERIÓDICO UNIVERSAL ²²

Informe del Grupo de Trabajo del Examen Periódico Universal - Chile. Consejo de Derechos Humanos, Naciones Unidas, 26 periodo de sesiones. A/HRC/26/5, 2 abril 2014.

121.133 Velar por que haya información adecuada sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos a disposición del público (Finlandia);

121.134 Velar por el respeto y la protección de los derechos sexuales y reproductivos (Bélgica);

121.135 Iniciar y promover un debate público sobre el aborto en los casos de necesidad médica diagnosticada y despenalizar el aborto en esos casos (República Checa);

121.136 Revisar y modificar la legislación actual que criminaliza la interrupción del embarazo en todas las circunstancias, incluidos los casos de violación, incesto y situaciones en que la vida de la madre corre peligro (Finlandia);

121.137 Adoptar medidas para garantizar un reconocimiento pleno y efectivo de los derechos sexuales y reproductivos, en particular mediante la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo (Francia);

121.138 Adoptar medidas para permitir el aborto en condiciones de legalidad y seguridad en los casos de violación o incesto y las situaciones en que la vida o la salud de la mujer corren peligro (Alemania);

121.139 Adoptar medidas para reforzar y proteger los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, en consonancia con las recomendaciones del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, revisar la legislación nacional sobre el aborto y hacer cumplir las leyes nacionales relativas al acceso a medios anticonceptivos (Noruega);

121.140 Revisar la criminalización absoluta del aborto e iniciar debates abiertos en la esfera de la salud sexual y reproductiva con el fin de modificar la legislación correspondiente, de modo que el aborto ya no sea delito (Eslovenia);

²² El Examen Periódico Universal (EPU) es un mecanismo del Consejo de Derechos Humanos (el Consejo) con el objeto de mejorar la situación de derechos humanos en el terreno de cada uno de los 193 Países miembros de la ONU, basada en una revisión entre los Estados parte. Bajo este mecanismo, la situación de derechos humanos de todos los Países miembros de ONU es revisada cada 4,5 años, recibiendo recomendaciones de todos los demás países miembros que quieran hacerlo. El resultado de cada revisión es reflejado en un "informe final" que lista las recomendaciones que el Estado examinado tendrá que implementar antes de la próxima revisión, indicando el o los Estados que formuló cada una de ellas.

121.141 Seguir procurando que las leyes relativas al aborto se adecuen a las obligaciones de Chile en materia de derechos humanos (Suecia);

121.142 Despenalizar el aborto, por lo menos en ciertos casos, por ejemplo cuando la vida y la salud de la madre corran peligro, en caso de inviabilidad del feto o cuando el embarazo sea el resultado de una violación (Suiza);

121.143 Revocar todas las leyes que criminalizan a las mujeres y las jóvenes que hayan abortado y adoptar todas las medidas necesarias para posibilitar el aborto en condiciones de seguridad y legalidad en casos de violación o incesto y de grave peligro para la salud de la mujer (Bélgica);

COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS

Observaciones Finales sobre el Sexto Informe Periódico de Chile. Comité de Derechos Humanos, Naciones Unidas, 111º periodo de sesiones. 7 al 25 julio 2014.

15. El Comité, recordando sus anteriores observaciones finales (CCPR/C/CHL/CO/5, para. 8), expresa su preocupación por la persistencia de la criminalización absoluta del aborto que obliga a las mujeres embarazadas a buscar servicios de abortos clandestinos que ponen en peligro sus vidas y su salud. Si bien toma nota de la información proporcionada por la delegación sobre un proyecto de ley en tramitación que pretende incluir excepciones a la prohibición absoluta del aborto, el Comité nota con preocupación que este proyecto no incluye la excepción al aborto cuando el embarazo sea consecuencia de un incesto. El Comité también está preocupado por los altos índices de abortos clandestinos que han resultado en mortalidad materna y embarazos adolescentes (arts. 3 y 6).

El Estado Parte debe establecer excepciones a la prohibición general del aborto, contemplando el aborto terapéutico y en los casos en que el embarazo sea consecuencia de una violación o incesto. El Estado Parte debe asegurar que los servicios de salud reproductiva sean accesibles para todas las mujeres y adolescentes, en todas las regiones del país. Asimismo, el Estado Parte debe multiplicar y asegurar la aplicación de programas de educación y sensibilización sobre la salud sexual y reproductiva, en particular entre la población adolescente.

COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER

Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto de Chile, adoptadas por el Comité en su 53º período de sesiones (1º a 19 de octubre de 2012). CEDAW/C/CHL/CO/5-6. 12 noviembre 2012.

34. El Comité elogia al Estado parte por la puesta en marcha del Plan Nacional de Educación en Sexualidad y Afectividad, que incluye una amplia formación sobre salud sexual y reproductiva, la Estrategia "Control Joven Sano" y el establecimiento de espacios para adolescentes en 59 municipalidades.

No obstante, el Comité lamenta profundamente que todas las recientes iniciativas parlamentarias encaminadas a despenalizar el aborto hayan fracasado en el Estado parte, incluso en los supuestos de riesgo para la salud o la vida de la madre, grave malformación del feto o violación. Aunque celebra la declaración de la delegación en el sentido de que el derecho a la vida de la madre prevalece cuando se encuentra en peligro su salud o su vida, el Comité reitera la preocupación manifestada en sus anteriores observaciones finales (CEDAW/C/CHI/CO/4, párr. 19), en el sentido de que el aborto sigue siendo un delito en toda circunstancia. Al Comité también le preocupan los presuntos casos de esterilización involuntaria en el Estado parte de mujeres con el VIH/SIDA, así como los casos de pruebas obligatorias del VIH/SIDA para embarazadas, aunque en la Circular Nº A/15/47 (diciembre de 2011) se permite expresamente que las mujeres se nieguen a hacerse tal prueba. Además, aunque toma nota con satisfacción de la promulgación en 2010 de legislación sobre los derechos sexuales y reproductivos (Ley Nº 20418), habida cuenta del elevado número de embarazos prematuros y los consiguientes abortos practicados en condiciones de riesgo, preocupan al Comité las graves lagunas que se registran en relación con la aplicación de la Ley Nº 20418 y las dificultades experimentadas por las mujeres para acceder a métodos anticonceptivos y servicios de planificación de la familia y disponer de esos métodos y servicios.

35. El Comité insta al Estado parte a que:

- a) Adopte todas las medidas necesarias para proporcionar un acceso adecuado a servicios de planificación de la familia y anticonceptivos, incluida anticoncepción de emergencia, a fin de evitar los embarazos prematuros y garantizar la debida aplicación de la nueva legislación por las municipalidades;
- b) Vele por que el personal médico solicite el consentimiento plenamente informado antes de realizar esterilizaciones, se sancione a los profesionales que realicen esterilizaciones sin dicho consentimiento y se ofrezca una reparación y una indemnización monetaria a las mujeres víctimas de esterilizaciones no consentidas;
- c) Vele por que la Circular Nº A/15/47 sea debidamente cumplida y hecha cumplir por el personal médico y se informe a las embarazadas sobre la posibilidad de negarse a que se les realice la prueba del VIH/SIDA;
- d) Revise la legislación vigente sobre el aborto con miras a despenalizarlo en los casos de violación, incesto o riesgo para la salud o la vida de la madre;
- e) Realice un estudio exhaustivo, con datos estadísticos, de los abortos ilegales y practicados en condiciones de riesgo y de sus consecuencias para la salud y la vida de las mujeres, particularmente cuando se produzcan casos de mortalidad derivada de la maternidad, y considere la posibilidad de utilizar ese estudio como base para adoptar medidas legislativas y en materia de políticas.

COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de Chile. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Naciones Unidas, 55º periodo de sesiones, 1-19 Junio 2015. E/C.12/CHL/CO/4, 19 Junio 2015.

Salud sexual y reproductiva

29. Aun cuando el Comité toma nota de la discusión del proyecto de ley sobre la interrupción voluntaria del embarazo, le preocupa la vigencia de una estricta prohibición del aborto. Asimismo, le preocupan las altas tasas de embarazo en la adolescencia, debido en parte a la falta de servicios de salud sexual y reproductiva e información adecuados (Art. 12).

El Comité recomienda al Estado parte que:

- a) Agilice la adopción del proyecto de ley sobre la interrupción voluntaria del embarazo y garantice su compatibilidad con derechos fundamentales como el de la salud y la vida de la mujer, considerando la ampliación de las circunstancias permitidas;
- b) Redoble sus esfuerzos para asegurar la accesibilidad, disponibilidad y asequibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la entrega de contraceptivos de emergencia; y
- c) Amplíe y refuerce la educación, integral y apropiada a cada edad, sobre salud sexual y reproductiva en los programas escolares de la enseñanza primaria y secundaria para ambos sexos.

COMITÉ DE DERECHOS DEL NIÑO

Observaciones finales – Chile. Comité de Derechos del Niño, Naciones Unidas, 44º periodo de sesiones, 26 de enero al 2 de febrero 2007. CRC/C/CHL/CO/3, 23 abril 2007.

La salud de los adolescentes

55. Aunque observa que se ha avanzado en el plano de la educación sexual en las escuelas, al Comité le inquietan la alta tasa de embarazo en la adolescencia, la penalización de la interrupción del embarazo en toda circunstancia y la falta de servicios adecuados y accesibles de educación sexual y de salud reproductiva. Estos factores contribuyen a la elevada incidencia de la mortalidad materna entre las adolescentes.

56. El Comité recomienda al Estado Parte que promueva y garantice el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para todos los adolescentes, en particular la educación sexual y de salud reproductiva en las escuelas, así como unos servicios de orientación y apoyo psicológico y de atención de la salud que sean confidenciales y sensibles a los problemas de los jóvenes, teniendo en cuenta la Observación general Nº 4 del Comité sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención (CRC/GC/2003/4). El Comité exhorta al Estado Parte a revisar su postura de penalización de la interrupción del embarazo en toda circunstancia, incluso en los casos de violación, incesto y situaciones en que corre peligro la vida de la madre. Además, el Comité recomienda que como parte de una estrategia apropiada se destinen suficientes recursos a actividades de sensibilización, servicios

de orientación y apoyo psicológico y otras medidas que contribuyan a la prevención del suicidio entre los adolescentes.

ANEXO 2: CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY PRESENTADO POR EL GOBIERNO DE LA PRESIDENTA BACHELET EN ENERO DE 2015 (BOLETÍN N°9895-11)

CAUSALES (MODIFICACIONES AL CÓDIGO SANITARIO)

Artículo 119. Mediando la voluntad de la mujer, un(a) médico(a) cirujano(a) se encuentra autorizado(a) para interrumpir un embarazo cuando:

- 1) La mujer se encuentre en riesgo vital, presente o futuro, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida.
- 2) El embrión o feto padezca una alteración estructural congénita o genética incompatible con la vida extrauterina.
- 3) Es resultado de una violación, en los términos del inciso segundo del artículo siguiente, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. Tratándose de una menor de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de dieciocho semanas de gestación.

En cualquiera de las causales anteriores, la mujer deberá manifestar en forma expresa, previa y por escrito su voluntad de interrumpir el embarazo. Cuando ello no sea posible, se aplicará el artículo 15 de la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos siguientes.

SITUACIÓN DE MENORES DE EDAD

Tratándose de una menor de 14 años, además de su voluntad, la interrupción del embarazo deberá contar con la autorización de su representante legal o de uno de ellos, a elección de la menor, si tuviere más de uno. A falta de autorización, la menor, asistida de un integrante del equipo de salud, podrá solicitar la intervención del Tribunal de Familia competente para que constate la concurrencia de la causal. El Tribunal autorizará la interrupción del embarazo, sin forma de juicio y verbalmente, a más tardar dentro de las 48 horas siguientes a la presentación de la solicitud, con los antecedentes que le proporcione el equipo de salud, oyendo a la menor y, si lo estimare, al integrante de éste que la asista.

Cuando a juicio del médico(a) cirujano(a) existan antecedentes para afirmar que la solicitud de autorización al representante legal generará para la menor de 14 años un riesgo de violencia intrafamiliar, coacción, amenaza o maltrato, o una posible situación de desarraigo o de abandono, se prescindirá de ésta y se solicitará una autorización sustitutiva al Tribunal de Familia competente, el que deberá pronunciarse conforme al procedimiento establecido en el inciso anterior.

La mayor de 14 y menor de 18 años podrá manifestar por sí su voluntad para la interrupción de su embarazo. Su representante legal o uno de ellos a su elección, si tuviere más de uno, deberá ser informado de su decisión. A falta de éste, o si existen antecedentes para afirmar que la información al representante legal generará para la menor alguno de los riesgos señalados en el inciso anterior, la menor

deberá designar otro adulto que será informado.

ENTREGA DE INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES

El prestador de salud deberá entregarle a la mujer información veraz sobre las características de la prestación médica según lo establecido en los artículos 8 y 10 de la ley N° 20.584. En cualquier caso, el prestador de salud deberá entregar a la mujer información por escrito sobre las alternativas a la interrupción del embarazo, incluyendo la de programas de apoyo social y económico disponible.

En ningún caso esta información estará destinada a influir en la voluntad de la mujer.

DIAGNÓSTICO MÉDICO

Artículo 119 bis. Para realizar la intervención en los casos que autorizan los numerales 1) y 2) del artículo anterior, se deberá contar con el diagnóstico escrito de un(a) médico(a) cirujano(a) y con la ratificación de ese diagnóstico, dada por otro(a) médico(a) cirujano(a), también en forma escrita y previa. En caso de que se requiera una intervención médica inmediata e impostergable, podrá prescindirse de la ratificación. Tratándose del diagnóstico de un embarazo ectópico no se requerirá la ratificación para interrumpir el embarazo.

En el caso del numeral 3) del artículo 119, un equipo de salud, especialmente conformado para estos efectos, evaluará e informará la concurrencia de los hechos que la constituyen. En el cumplimiento de su cometido dicho equipo deberá dar y garantizar a la mujer un trato digno y respetuoso.”.

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Artículo 119 ter. El(la) médico(a) cirujano(a) que sea requerido(a) para interrumpir el embarazo en las causales descritas en el artículo 119, podrá abstenerse de realizarlo cuando hubiera manifestado su objeción de conciencia al(la) Director(a) del establecimiento de salud, en forma escrita y previa. El establecimiento tendrá la obligación de reasignar otro médico(a) cirujano(a) a la paciente o de derivarla en forma inmediata para que el procedimiento le sea realizado por quien no haya manifestado dicha objeción. El Ministerio de Salud deberá dictar los protocolos necesarios para la ejecución de la objeción de conciencia.

El(la) médico(a) cirujano(a) que ha manifestado objeción en conciencia y es requerido(a) para interrumpir un embarazo, tiene la obligación de informar de inmediato al Director(a) del establecimiento de salud que la mujer requirente debe ser derivada.

En el caso que la mujer requiera atención médica inmediata e impostergable, quien haya manifestado objeción de conciencia no podrá excusarse de realizar la interrupción del embarazo en la medida que no exista otro(a) médico(a) cirujano(a) que pueda realizar la intervención.

DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO EN LAS TRES CAUSALES INDICADAS (MODIFICACIÓN AL CÓDIGO PENAL)

No constituye delito de aborto la interrupción voluntaria del embarazo en los casos autorizados en el artículo 119 del Código Sanitario.

CONFIDENCIALIDAD (MODIFICACIÓN AL CÓDIGO PROCESAL PENAL)

En relación a la obligación de los profesionales de la salud de denunciar hechos que detecten que sean constitutivos de delito, se establece una excepción en relación al delito de aborto (artículo 344 del Código Penal), respecto del cual prima el deber de confidencialidad.