INFORME

¿GARANTIZA EL ESTADO LOS DERECHOS DE LAS MUJERES?

Análisis de impacto de la ley Nº 21.030

SyV

Informe

¿GARANTIZA EL ESTADO LOS DERECHOS DE LAS MUJERES?
Análisis de impacto de la ley Nº 21.030

ISBN: 978-956-404-590-0

INSTITUCIÓN PATROCINADORA
Sarmiento & Walker Asociadas SpA

AUTORAS(ES) DE LA INVESTIGACIÓN
Claudia Sarmiento Ramírez
Pascual Cortés Carrasco
Matthias Alanis Carrasco
Fernanda Umbach Montero

AGRADECIMIENTOS
Las(os) autores de la investigación agradecen la indispensable orientación técnica de la Dra. Paz Robledo Hoecker.

INTRODUCCIÓN

La Ley Nº 21.030 (en adelante también "Ley IVE"), que entró en vigencia el 23 de septiembre del año 2017, representó un verdadero hito en la protección de la dignidad y autonomía de las mujeres chilenas, muchas de las cuales, hasta tiempos todavía demasiado recientes, eran criminalizadas por interrumpir embarazos en situaciones extremas. La Ley IVE introdujo 3 causales calificadas de interrupción voluntaria del embarazo - (1) peligro de la vida de la mujer embarazada, (2) embrión o feto que padezca una alteración estructural congénita o genética incompatible con la vida extrauterina, (3) embarazo producto de una violación con un límite general de tiempo de 12 semanas de gestación y de 14 semanas cuando se trata de menores de 14 años - sacando al país de una muy pequeña lista de países que seguían castigando penalmente la interrupción de embarazo en todo tipo de hipótesis. Asimismo, impuso el desafío de diseñar un marco normativo completo para implementar una política de acompañamiento a las mujeres que enfrentan la compleja decisión de interrumpir un embarazo en las causales señaladas por la ley. Los principales instrumentos que han otorgado dichos lineamientos son, junto con la Ley Nº 21.030, el "Reglamento de las prestaciones incluidas en el programa de acompañamiento y materias afines de la Ley Nº 21.030" y la "Norma Técnica Nacional: Acompañamiento y Atención Integral a la Mujer para la Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres causales".

El primer objetivo de este informe es identificar los rasgos principales del marco normativo de la Ley IVE y las grandes metas que estas normas delinearon en materia de política pública sanitaria. A partir de ahí, se busca, como segundo objetivo, seleccionar ciertos niveles clave de implementación. El tercer y principal objetivo dice relación con realizar un análisis, en función de los niveles identificados, del grado de implementación de la Ley IVE, desde su entrada en vigencia hasta hoy, presentando una evaluación en base a cuatro grandes áreas: (1) recursos humanos existentes, (2) indicadores de proceso y resultado, (3) coordinación intersectorial, e (4) insumos.

En términos metodológicos, para cada nivel de implementación se identificaron una serie de preguntas clave a despejar a partir de información que podría ser proveída por distintos organismos públicos. De este modo, se elaboró una batería de 597 solicitudes de información que fueron dirigidas al Ministerio de Salud, Servicios de Salud, Central de Abastecimiento del Sistema Central de Salud (CENABAST), Instituto de Salud Pública, Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico, Superintendencia de Salud, universidades estatales y el Ministerio Público. Estas preguntas pidieron información específica dentro de un rango temporal que va desde la entrada en vigencia de la Ley IVE (septiembre de 2017) hasta el momento en que el organismo requerido informó. La mayoría de las respuestas fueron recibidas durante el segundo semestre de 2020.

A partir de las respuestas obtenidas se diseñaron matrices de análisis que dieron lugar a la información que este informe presenta. Debe señalarse, desde ya, que la labor de recopilación de información enfrentó una dificultad en particular, esto es, la falta de entrega o entrega parcial de

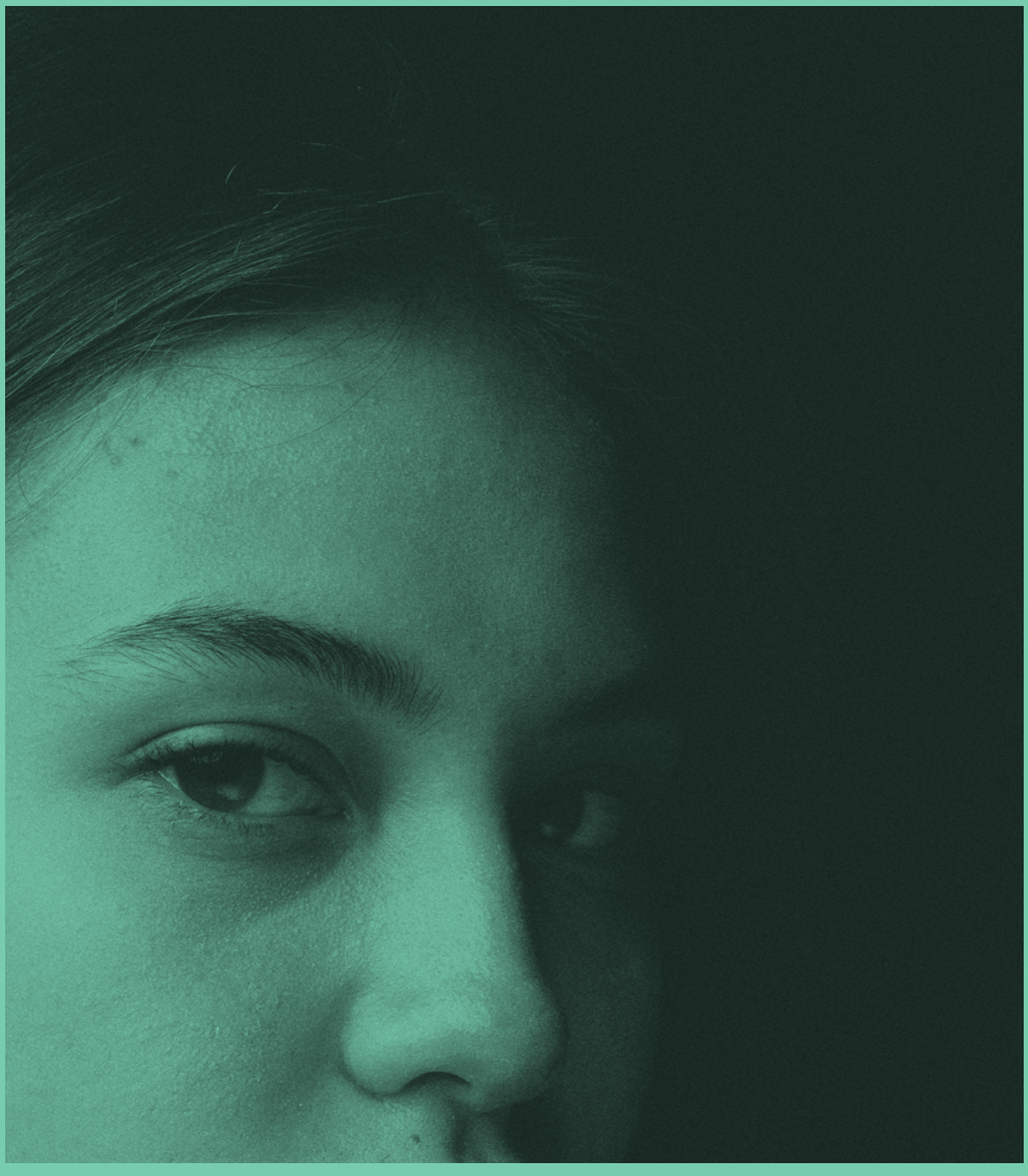
los datos solicitados. Como dato indicativo de lo anterior puede señalarse que de las 597 solicitudes de información ingresadas fue necesario recurrir ante el Consejo para la Transparencia en 122 casos, lo que representa un 20,4%% del total. Se debe precisar, no obstante, que en ocasiones una solicitud original dio lugar a un proceso de derivación a más de un organismo (por ejemplo, cuando un servicio de salud derivó a varios hospitales bajo su dependencia). De este modo, se dieron situaciones en las que más de uno de los órganos derivados no entregó la información requerida, siendo necesario interponer más de un recurso de amparo al derecho a la información pública a partir de una solicitud original. Considerando lo anterior, el total de amparos ingresados fue de 137.

Sin perjuicio de lo anterior, ha sido posible de todos modos sistematizar información de utilidad para evaluar la medida en la que se ha implementado el marco normativo derivado de la Ley IVE en muchos de sus aspectos centrales. Se espera que los hallazgos aquí expuestos contribuyan a evaluar la experiencia de implementación de la Ley Nº 21.030 desde septiembre 2017 a la fecha, entregando elementos que contribuyan al cumplimiento, a futuro, de políticas públicas de salud de la mayor importancia para todas las mujeres chilenas.

Junto con un resumen ejecutivo de los principales hallazgos, que se presentará a continuación, el informe se divide en dos grandes secciones. La primera realiza una reconstrucción del marco normativo de la Ley IVE, rescatando sus aspectos centrales así como el contenido de su reglamento y normativa técnica. La segunda sección es aquella que presenta el análisis de implementación de la Ley IVE, separándose la información en cuatro sub-secciones que corresponden a los cuatro niveles de análisis que componen el contenido sustantivo de este trabajo.

SE ESPERA QUE LOS HALLAZGOS AQUÍ EXPUESTOS CONTRIBUYAN A EVALUAR LA EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY Nº 21.030 DESDE SEPTIEMBRE 2017 A LA FECHA, ENTREGANDO ELEMENTOS QUE CONTRIBUYAN AL CUMPLIMIENTO, A FUTURO, DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD DE LA MAYOR IMPORTANCIA PARA TODAS LAS MUJERES CHILENAS.

RESUMEN EJECUTIVO



El presente informe busca evaluar el grado de implementación de la Ley Nº 21.030 ("Ley IVE"), su Reglamento y Norma Técnica en ciertos aspectos clave. Para ello, se han identificado niveles de implementación que se derivan del marco normativo de la Ley IVE. Dichos niveles son 4, a saber: (1) recursos humanos, (2) indicadores de proceso y resultado que integran el sistema de monitoreo, (3) aspectos de coordinación intersectorial, y (4) insumos. Los principales hallazgos para cada nivel de implementación son presentados a continuación.

Recursos humanos

El informe identifica una brecha importante a cubrir en materia de conformación de equipos psicosociales, según ordena la Norma Técnica de la Ley IVE. De 70 Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico, solo 29 cuentan con un equipo de acompañamiento psicosocial integrado por un médico psiquiatra, un psicólogo, y un asistente o trabajador social, tal como dispone la Norma Técnica.

También se observa la necesidad de expandir los programas de capacitación de los cuerpos médicos para entregar un servicio que se corresponda con los estándares fijados por la normativa vigente. Solo 15 de los 29 Servicios de Salud consultados informaron haber efectuado capacitaciones de personal médico en técnicas modernas de vaciamiento uterino, representando un 51,7% del total. En 12 Servicios de Salud no se ha efectuado, durante los 3 años de vigencia de la Ley Nº 21.030, ningún proceso de capacitación en este sentido, es decir, un 41,9% del total.

La cantidad de capacitaciones sí es mucho mayor cuando se trata de formar a los cuerpos médicos en los contenidos de la Ley IVE: de los 29 Servicios de Salud, 23 informaron que sí habían realizado este tipo de capacitaciones. Esto implica que una gran cantidad de matronas y médicos han sido capacitados en los contenidos de la Ley Nº 21.030, con un total de 691 personas a lo largo de todo el país.

Al examinar el rol que han jugado las universidades estatales en estos procesos de capacitación, se pudo verificar que un 50% de dichos planteles no habían impartido ningún programa en la materia, e incluso, tales contenidos tampoco habían sido incluidos y/o tratados dentro de las mallas curriculares de las diversas carreras.

También se analizó la cantidad de médicos objetores de conciencia, lo cual impacta en la disponibilidad de personal para la realización de interrupciones voluntarias de embarazo. En particular, se destaca que, según lo informado por los Servicios de Salud del país, existe un 42% de médicos objetores a nivel nacional. Desagregando la cantidad de objeciones de conciencia por causal se tiene que la mayoría se concentra en la tercera causal (48,7%), seguido por la segunda causal (29,6%) y, finalmente, la primera causal (21,7%).

Sistema de monitoreo: indicadores de proceso y resultado.

El informe indaga en una serie de indicadores de proceso y resultado considerados clave para evaluar el nivel de implementación de la Ley IVE y sus normas complementarias. Sobre esto, es posible destacar los siguientes hallazgos:

a) Al consultar sobre la existencia de protocolos de acompañamiento al discernimiento, todavía existen 30 Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico que no cuentan con dichos protocolos. Esto supone, dentro de un universo de 70 establecimientos consultados, que un 44,8% no cuenta con protocolos de acompañamiento.

b) En cuanto a la existencia de protocolos, se pudo registrar un solo establecimiento de salud (dentro de un universo de 70) que cuenta con un protocolo especial sobre el consentimiento informado en relación al procedimiento de interrupción a utilizar. Si bien otros establecimientos cuentan con protocolos, estos no son protocolos especiales y muchos de ellos descansan más bien en el contenido de la Norma Técnica. Sí se pudo constatar que casi la totalidad de establecimientos de salud consultados informan sobre el método de interrupción a utilizar en los formularios de consentimiento informado, salvo una excepción que utiliza un documento común de procedimiento quirúrgico.

c) En relación a la solicitud de una autorización judicial sustitutiva para la realización de una interrupción del embarazo de una menor de 14 años o una mujer interdicta, se pudo constatar que desde la entrada en vigencia de la Ley IVE a la fecha no se ha requerido ninguna autorización judicial sustitutiva.

d) En relación al límite de semanas que impone la ley para solicitar interrupciones del embarazo por la tercera causal, un 56,5% de los Servicios de Salud informaron haber recibido solicitudes fuera de plazo en los hospitales de su dependencia. Debe tenerse presente, además, que muchos establecimientos no reportaron haberse visto expuestos a estas situaciones porque

la plataforma dispuesta para estos efectos por el Ministerio de Salud no permite registrar dicha información.

e) El total de interrupciones del embarazo en el país desde el año 2017 hasta 2020 fue de 1.677, de las cuales 703 fueron realizadas por causal Nº1, 652 interrupciones realizadas por causal Nº2, y 322 interrupciones por causal Nº3.

f) Respecto de la fecha promedio de edad gestacional, en semanas, en que se realiza el diagnóstico que da paso a la interrupción se tiene que para la primera y segunda causal el promedio a nivel nacional es de 19 semanas, mientras que respecto de la tercera causal el promedio es de 7 semanas.

g) Se consultó también por las patologías asociadas a la interrupción del embarazo en la primera y segunda causal. Junto con evidenciar importantes problemas de falta de información en la red de salud, se pudieron identificar las patologías con mayor frecuencia de diagnóstico. Se pueden destacar la ruptura prematura de membranas, la corioamnionitis y la hipertensión arterial como las 3 patologías más diagnosticadas en relación a la primera causal. Para el caso de la segunda causal, las 3 patologías más frecuentes son anencefalia, trisomía 18 y trisomía 13.

h) En cuanto a la fiscalización del sector privado de salud, se consultó a la Superintendencia de Salud por denuncias de infracción a la Ley Nº 21.030. Se informó solamente una denuncia de agosto de 2020 por infracción al programa de acompañamiento. No se obtuvo respuesta respecto de exigencias de lineamientos o protocolos a privados y, en lo relacionado con la obligación de constituir Comités de Ética Asistencial, se informó por parte de la autoridad de salud que dichos comités solamente deliberan a solicitud del médico especialista correspondiente.

Coordinación intersectorial

Ciertos aspectos de la implementación de la Ley IVE exigen coordinaciones intersectoriales. Una de ellas es la que debe verificarse entre los establecimientos de salud y los órganos de investigación penal, lo que además requiere de una infraestructura específica.

Una cuestión clave a evaluar tiene que ver con la existencia de infraestructura para la toma y conservación de muestras de material biológico en interrupciones por tercera causal. Sobre esto, se pudo constatar que 60 de los 70 Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico sí cuentan con dicha

infraestructura. Relacionado con lo anterior, 32 establecimientos señalaron haber recibido solicitudes del Ministerio Público para acceder a muestras custodiadas, desde la entrada en vigencia de la Ley IVE al presente. Otro dato a destacar es que de 70 establecimientos, solo 33 informaron contar con un registro consolidado de denuncias por el delito de violación.

También se consultó, en aquellos casos donde sí había registro de denuncias, la cantidad de interrupciones de embarazo realizadas entre 2017 y 2020 como consecuencia de una violación. La información disponible arroja una cantidad de 237 abortos por dicha causal, verificándose un importante aumento de casos entre 2017 (5 casos) y 2020 (69).

En lo que respecta a la investigación penal de los delitos de violación y aborto, a propósito de la aplicación de la tercera causal, se levantó información general sobre el número de procesos investigativos. Lamentablemente, no fue posible obtener información desagregada de parte del Ministerio Público para el delito de violación. En cuanto al delito de aborto, en cambio, sí se pudieron levantar datos de interés. Se puede destacar, en términos de distribución geográfica, que la mayor cantidad de ingresos al Ministerio Público, por aborto consentido, entre 2017 y 2020 se ubican en la Región Metropolitana Centro Norte, seguida por la región del Bío Bío y la región de O´Higgins. En el caso del aborto sin consentimiento, la gran mayoría se concentra en la Región Metropolitana Centro Norte, seguida por la Región Metropolitana Sur y la región del Bío Bío. En términos de edad de las personas imputadas, si bien la mayoría son personas mayores de edad, existe un porcentaje importante de personas imputadas menores de edad. No se obtuvo información que permitiera desagregar por género. No obstante, se rescatan las principales conclusiones de un reciente estudio de Corporación Humanas que ilustra cómo se han mantenido relativamente estables los ingresos por delito de aborto, a pesar de la entrada en vigencia de la Ley IVE, y cómo las investigaciones se siguen concentrando en mujeres (78% de los ingresos entre 2010 y 2020).

Insumos

El informe examina la disponibilidad de los fármacos Mifepristona y Misoprostol así como de aspiradores AMEU. Estos son considerados como los métodos que proporcionan mayor seguridad y menor invasión instrumental sobre la mujer gestante y su utilización es parte de los lineamientos técnicos que se derivan de la Ley IVE.

Entre los hallazgos llamativos se puede mencionar una dificultad generalizada para informar sobre la variación del stock de fármacos entre la entrada en vigencia de la Ley IVE y el presente. De hecho, un cuarto (25,7%) de los Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico consultados solamente informaron el stock actual. Otro dato importante a destacar es

que se pudieron verificar quiebres de stock tanto de Mifepristona como de Misoprostol. Así, con la información disponible se pudieron detectar al menos 12 quiebres de stock de Mifepristona entre los establecimientos consultados y 3 quiebres de stock de Misoprostol. Respecto del fármaco Mifepristona, hubo establecimientos que acusaron una falta de entregas de parte de CENABAST. Esto se condice con la información entregada por CENABAST, de acuerdo a la cual hubo escasa distribución reportada de Mifepristona en 2019 y una nula distribución de dicho fármaco en 2020 (a la fecha en que se recibió la información).

Finalmente, sobre la disponibilidad de aspiradores AMEU, se produjeron situaciones similares a las observadas en el caso de los fármacos. Por una parte, solo fue posible sistematizar el stock actual de dicho insumo según servicio de salud y fue difícil analizar la cantidad de veces en que los mismos han sido renovados desde la entrada en vigencia de la Ley IVE. Llama la atención también el bajo stock en algunos servicios de salud y el caso de un servicio que informó no contar con stock y tampoco haber solicitado renovación.

ANTECEDENTES DE CONTEXTO: POLÍTICA PÚBLICA Y MARCO REGULATORIO DE LA LEY Nº 21.030

1.1. ASPECTOS GENERALES: LOS OBJETIVOS DE LA LEY Nº 21.030

El ordenamiento jurídico chileno, previo a la entrada en vigencia de la Ley Nº 21.030 (en adelante también "Ley IVE"), prohibía sin excepciones la interrupción del embarazo. Entre las justificaciones de la Ley Nº 21.030 se encuentra la convicción de que dicha situación no respondía al trato digno que el Estado de Chile le debe a las mujeres que se encuentran en ciertas situaciones extremas, posicionando a nuestro país como uno de los cuatro del mundo que criminalizaba la interrupción del embarazo en todas sus modalidades[1]. También se tuvo en mente, para legislar sobre esta materia, que la prohibición absoluta y la criminalización de toda forma de interrupción no impedía su práctica en condiciones de riesgo para la vida y salud de las mujeres, lo cual vulneraba gravemente sus derechos y creaba además un importante problema de salud pública que debía ser atendido por el Estado[2].

El proyecto de ley de despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo tuvo entre sus objetivos principales ofrecer una solución legislativa a la ponderación entre bienes inconmensurables[3]. Esto se tradujo en la creación de tres causales que permiten a la mujer discernir sobre su embarazo en situaciones extremas que afectan su dignidad y derechos. Estas causales, como se sabe, son (1) peligro de la vida de la mujer embarazada; (2) embrión o feto que padezca una alteración estructural congénita o genética incompatible con la vida extrauterina; (3) embarazo producto de una violación con un límite general de tiempo de 12 semanas de gestación y de 14 semanas cuando se trata de menores de 14 años. El proyecto puso en el centro a los derechos de la mujer y por ello contempló su manifestación de voluntad respecto de la continuidad de su embarazo como un aspecto esencial de esta reforma legal.

Para realizar la intervención en los casos regulados en las primeras dos causales, se requiere el diagnóstico de un médico cirujano y la ratificación de dicho diagnóstico por otro profesional de iguales características. Puede prescindirse de la ratificación en caso de que se requiera realizar una atención médica inmediata e impostergable. Cuando

1. Historia de la Ley 21.030. Mensaje Nº 1230-362, p. 3.

2. Historia de la Ley 21.030. Mensaje Nº 1230-362, p. 3.

3. Historia de la Ley 21.030. Mensaje Nº 1230-362, p. 10.

se invoque la tercera causal, un equipo de salud deberá evaluar e informar de la concurrencia de los hechos que la constituyen asegurando en todo momento un trato digno y respetuoso hacia la mujer.

Con el propósito de garantizar los objetivos y contenidos de la Ley IVE, el Ministerio de Salud elaboró otros dos cuerpos normativos que han regulado la ejecutoriedad e implementación de la Ley. Estos son el Decreto 44 del Ministerio de Salud, de fecha 08 de febrero de 2018, que "Aprueba el Reglamento de las prestaciones incluidas en el programa de acompañamiento y materias afines de la Ley Nº 21.030" (en adelante, el "Reglamento") y la "Norma Técnica Nacional: Acompañamiento y Atención Integral a la Mujer para la Interrupción Voluntaria del Embarazo en tres causales", aprobada mediante Resolución Exenta Nº 129, de fecha 02 de febrero de 2018 (en adelante, la "Norma Técnica").

Las normas recién referidas persiguen dotar de operatividad y/o ejecución a la Ley Nº 21.030, de modo que las prestaciones a que tiene derecho toda mujer, ya sea mayor de edad o adolescente, y que se encuentra en alguna de las hipótesis específicas de aborto, sean entregadas con un adecuado estándar de seguridad, calidad y oportunidad, tanto en lo psicosocial como en lo biomédico. En lo que sigue, se hará una breve referencia a los contenidos del Reglamento y la Norma Técnica.

1.2. EL REGLAMENTO SOBRE PRESTACIONES INCLUIDAS EN EL PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO Y LA NORMA TÉCNICA SOBRE ACOMPAÑAMIENTO Y ATENCIÓN INTEGRAL

El Reglamento es la norma encargada de establecer las prestaciones que se encuentran incluidas en el programa de acompañamiento de la Ley Nº 21.030. Además, establece los requisitos para la acreditación de aquellas instituciones u organizaciones de la sociedad civil sin fines de lucro que quieran otorgar el programa de acompañamiento. La norma también define los criterios para la confección del listado de personas jurídicas que se encuentran reconocidas por el Estado para prestar tales servicios, tanto a nivel nacional como regional. De acuerdo al Reglamento, el programa de acompañamiento es concebido como un proceso continuo que, autorizado previamente por la mujer, busca brindarle acogida, así como apoyo cognitivo y emocional, permitiéndole conocer sus alternativas mediante información clara, precisa, oportuna y de calidad, asegurando

su bienestar biopsicosocial. En tal sentido, el Reglamento establece el derecho de las mujeres de acceder a prestaciones de acompañamiento y orientación, a recibir al menos tres consultas con un trabajador social, hasta 10 consultas psicológicas y al menos 1 consulta psiquiátrica en el caso de mujeres menores de edad que lo requieran, o la posibilidad de derivación con tal profesional en el caso de mujeres mayores de 18 años (pues la atención psiquiátrica para mujeres mayores de 15 años con trastornos del ánimo depresivo se encuentra garantizadas por Ley en las Garantías Explícitas de Salud AUGE Depresión). Además, las mujeres podrán acceder a intervenciones grupales y visitas domiciliarias, así como también, a diversas prestaciones de consejerías sobre cuidados médicos, control de la fertilidad, entre otros.

Por su parte, la Norma Técnica es la encargada de definir en todo el territorio nacional, tanto para seguros públicos como privados, los lineamientos generales en materia de atención integral y acompañamiento que se debe otorgar a las mujeres que se encuentranen alguna de las causales reguladas en la ley Nº 21.030. En tal sentido, son 5 los ejes temáticos desarrollados por la Norma y que serán sintetizados a continuación.

En primer lugar, la Norma Técnica desarrolla los elementos que deben observarse en un Modelo de Atención Integral, centrado en la mujer, con una especial consideración por la integralidad de la atención y la continuidad de los cuidados. Asimismo, determina los cuatro niveles de atención en consideración a la complejidad y tipo de prestaciones que otorgan, los cuales son (i) Primer Nivel de Atención (Atención General Ambulatoria); (ii) Segundo Nivel de Atención (nivel de especialidad[4]); (iii) Tercer Nivel (mayor complejidad, comprende atención hospitalaria y de urgencia) y; (iv) Salud Responde (servicio de atención e información telefónica a cargo del Ministerio de Salud). Por último, el modelo de atención integral contempla la relevancia de contar con recursos humanos especializados y continuamente actualizados en técnicas modernas de vaciamiento uterino, así como también en los contenidos generales de la Ley Nº 21.030, para promover una implementación adecuada de la misma. Del mismo modo, señala que la implementación del programa de acompañamiento requiere un equipo psicosocial compuesto por psicólogo/a, psiquiatra y trabajador/a social.

En segundo lugar, la Norma Técnica desarrolla el Abordaje Integral, como aquel modelo de atención multidisciplinario biopsicosocial que se debe otorgar a las mujeres que se someten a la interrupción voluntaria del embarazo. Dicho modelo contempla, por una parte, una etapa de evaluación de antecedentes epidemiológicos y diagnóstico de la paciente, y por la otra, una etapa de atención diferenciada según la causal en cuya virtud se solicita el aborto. En tal sentido, en el caso de las dos primeras causales (riesgo para la madre e inviabilidad fetal) el proceso de atención inicia con la constitución de la respectiva causal, luego se determinan las acciones del programa de acompañamiento a

4. Dada la complejidad médica y psicosocial de las tres causales que aborda la Ley Nº 21.030, las prestaciones para la interrupción del embarazo y de acompañamiento psicosocial contemplada en ella, se desarrollan mayoritariamente en el nivel de especialidad. La atención ambulatoria de especialidad es una atención abierta de mayor complejidad en cuanto al recurso humano e infraestructura. Cuenta con especialistas y subespecialistas tanto en el ámbito ginecobstétrico, medicina materno fetal, ecografistas, neonatólogos, genetistas, como de otras especialidades que serán requeridas para el proceso diagnóstico y terapéutico (cardiólogos, nefrólogos, hematoncólogos, inmunólogos, etc.), y también profesionales no médicos -en especial matronas/es-, también altamente capacitados. Se cuenta asimismo con acceso a exámenes y equipamiento de alta capacidad diagnóstica y resolutiva.

las que tendrá derecho la mujer en virtud de la hipótesis de aborto en la que se encuentre, para concluir con una fase de atención clínica diferenciada según causal.

Cuando se trata de embarazos que han sido el resultado de una violación, el proceso de atención contempla que las mujeres deban ser orientadas para acceder a las prestaciones de salud que requieran, pudiendo ser derivadas directamente desde el Ministerio Público, los Tribunales de Justicia o el Servicio Médico Legal, además de la red de salud, al nivel de especialidad, donde se deberá evaluar la constitución de la causal. En el nivel de especialidad, 69 policlínicos de alto riesgo obstétrico a lo largo de todo Chile, un equipo especialmente constituido deberá confirmar la concurrencia de los hechos que constituyen la causal así como la edad gestacional, informando por escrito a la mujer, en caso de constituirse la causal. Si se constituye la causal, el proceso continúa con una fase de acogida psicosocial y de manifestación de voluntad de la mujer para proceder con la interrupción del embarazo. Finalmente, se procede con una fase de atención clínica en la cual se realiza el aborto.

Adicionalmente, la Norma Técnica dispone que en los casos en se invoque la tercera causal y la víctima no haya realizado denuncia previa, el jefe del establecimiento de salud deberá comunicar este hecho al Ministerio Público, quedando éste habilitado para iniciar la investigación de oficio. Asimismo, se dispone que el personal médico deberá tomar muestras de restos fetales y material biológico que permitan identificar al agresor, resguardándolas en lugares especialmente acondicionados para tales efectos, que permitan mantener la cadena de custodia.

En tercer lugar, la Norma trata el Consentimiento Informado como un elemento esencial en la implementación de la Ley Nº 21.030. En tal sentido, el Consentimiento Informado es fundamentalmente un proceso verbal, relacional, continuo, dialógico, deliberativo y comunicativo al interior de la relación clínica entre el profesional de salud y un paciente competente, por medio del cual se toman conjuntamente las decisiones sobre la manera más adecuada de abordar cada problema de salud que se presenta.

En el caso de mujeres mayores de 18 años, sólo se requerirá que ésta manifieste de forma autónoma, expresa, previa y por escrito su voluntad de interrumpir el embarazo. Por su parte, en el caso de las mujeres mayores de 14 años pero menores de 18 años, la Ley IVE reconoce su autonomía progresiva y le permite decidir por sí misma continuar o interrumpir su embarazo, debiendo informarse tal decisión a su representante legal, quien no podrá modificar la decisión de la adolescente. Por último, en el caso de mujeres menores de 14 años o con discapacidad física o mental declaradas interdictas, la interrupción requerirá de la autorización de su representante legal.

En cuarto lugar, la Norma Técnica Nacional contempla cinco Métodos para la Interrupción del Embarazo, cuya elección dependerá de la causal invocada, la edad gestacional, las condiciones de salud de

la mujer (sana o con morbilidad) incluyendo la condición del embarazo (complicado o no), las condiciones del embrión o feto (estado vital – tamaño) y la disponibilidad de insumos médicos y profesionales del establecimiento de salud tratante. Por una parte, la Norma contempla un método de interrupción farmacológica del embarazo, por medio de la utilización de Mifepristona, Misoprostol en embarazos de pocas semanas de gestación y Oxitocina en gestaciones de mayor edad gestacional (inducción de parto). Además, la Norma establece un protocolo para el uso y aplicación de estos medicamentos por el personal médico. Por otra, la Norma Técnica también contempla métodos instrumentales y quirúrgicos de interrupción del embarazo. Los métodos instrumentales para el vaciamiento uterino son: (i) aspiración manual o al vacío con aspirador AMEU, (ii) dilatación y curetaje (D&C) o legrado y (iii) dilatación y evacuación (D&E), que se realizan a través del cuello uterino. A estos se suma, en el tercer trimestre, (iv) la cesárea. Es importante destacar, que en la actualidad, los métodos más recomendados son el uso de medicamentos y la aspiración por vacío, mientras que la habitual técnica de dilatación y raspado (legrado, curetaje) debiera eliminarse progresivamente de las prácticas asistenciales en el país, en la medida que se cuente con el personal capacitado en las técnicas de aspiración por vacío, y los insumos requeridos para realizarla.

Por último, la Norma Técnica Nacional contempla la creación de un Sistema de Información en Salud, con la finalidad de recopilar, almacenar, procesar y analizar datos para generar información relevante para la toma de decisiones en las diferentes instancias del sistema de salud. Dicho sistema también considera funciones de administración centralizadas para velar por la calidad y seguridad de la información, así como por la comunicación de dicha información a los grupos de interés que correspondan, para el monitoreo de la implementación de la política pública y el pertinente cumplimiento de la ley.

1.3. LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA PERSONAL E INSTITUCIONAL

Junto con lo contenido en el Reglamento y la Norma Técnica vale la pena hacer mención al marco normativo aplicable en la actualidad a una institución ampliamente debatida previo a la entrada en vigencia de la Ley IVE: la objeción de conciencia.

El proyecto de ley aprobado por el Congreso contemplaba la posibilidad de que el médico a cargo de la interrupción formule una

objeción de conciencia personal. Este es un derecho que podría extenderse al resto del personal destinado a practicar la interrupción. La regulación de dicha objeción de conciencia se encontraba en el artículo 119 ter que el proyecto de ley introducía en el Código Sanitario (Decreto con Fuerza de Ley Nº 725 de 11 de diciembre de 1967):

> "Artículo 119 ter. El médico cirujano requerido para interrumpir el embarazo por alguna de las causales descritas en el inciso primero del artículo 119 podrá abstenerse de realizarlo cuando hubiese manifestado su objeción de conciencia al director del establecimiento de salud, en forma escrita y previa. De este mismo derecho gozará el resto del personal al que corresponda desarrollar sus funciones al interior del pabellón quirúrgico durante la intervención. En este caso, el establecimiento tendrá la obligación de reasignar de inmediato otro profesional no objetante a la paciente. Si el establecimiento de salud no cuenta con ningún facultativo que no haya realizado la manifestación de objeción de conciencia, deberá derivarla en forma inmediata para que el procedimiento le sea realizado por quien no haya manifestado dicha objeción. El Ministerio de Salud dictará los protocolos necesarios para la ejecución de la objeción de conciencia. Dichos protocolos deberán asegurar la atención médica de las pacientes que requieran la interrupción de su embarazo en conformidad con los artículos anteriores. La objeción de conciencia es de carácter personal y en ningún caso podrá ser invocada por una institución.
>
> Si el profesional que ha manifestado objeción de conciencia es requerido para interrumpir un embarazo, tendrá la obligación de informar de inmediato al director del establecimiento de salud que la mujer requirente debe ser derivada.
>
> En el caso de que la mujer requiera atención médica inmediata e impostergable, invocando la causal del número 1) del inciso primero del artículo 119, quien haya manifestado objeción de conciencia no podrá excusarse de realizar la interrupción del embarazo cuando no exista otro médico cirujano que pueda realizar la intervención."

La objeción de conciencia institucional no estaba contemplada en el proyecto original ni tampoco en el proyecto aprobado a través de los distintos trámites constitucionales en el Congreso. Fue el resultado del requerimiento de constitucionalidad presentado por diputados y senadores opositores, que buscaba la inconstitucionalidad completa del proyecto. Dicho requerimiento fue acogido parcialmente por el Tribunal Constitucional a través de su sentencia STC Rol Nº 3729 de 28 de

agosto de 2017, declarándose contraria al artículo 1º inciso tercero de la Constitución -que asegura la autonomía a los grupos intermedios de la sociedad- el hecho de que "en ningún caso" la objeción de conciencia pueda ser invocada por una institución. De este modo, se suprimió la frase "en ningún caso" de la parte final del inciso primero del artículo 119 ter ya referido. Dicha supresión cambió radicalmente el sentido de la norma, introduciendo un aspecto no contemplado por el proyecto original. Así, la parte final de la disposición quedó formulada de la siguiente manera: "La objeción de conciencia es de carácter personal y podrá ser invocada por una institución". Se creó así, por parte del Tribunal Constitucional, la objeción de conciencia institucional en el marco de la nueva legislación sobre interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. En la actualidad, lo dispuesto en la Ley Nº 21.030 en materia de objeción de conciencia institucional es desarrollado por el Reglamento que enumera requisitos formales específicos en su artículo 15.

Es importante tener presente también una segunda modificación del régimen jurídico de objeción de conciencia institucional, introducido por un segundo fallo del Tribunal Constitucional. En esta ocasión, un grupo de parlamentarios solicitó se declarara la inconstitucionalidad del artículo 13, inciso segundo, del ya referido Reglamento para ejercer la objeción de conciencia. Dicha norma establecía:

> "Artículo 13. Los establecimientos privados de salud, que hayan suscrito convenios regidos por las disposiciones del decreto con fuerza de ley Nº 36, de 1980, del Ministerio de Salud, no podrán ser objetores de conciencia cuando contemplen prestaciones de obstetricia y ginecología que por su naturaleza comprendan atenciones en pabellón."

En su sentencia (STC Rol Nº 5572-18 CDS / 5650-18-CDS), el Tribunal Constitucional acogió el requerimiento de inconstitucionalidad. Para el Tribunal Constitucional, la inconstitucionalidad de la norma impugnada debía ser declarada para "hacer eficaz lo resuelto [por el Tribunal] en STC Rol Nº 3729, que reconoció en forma amplia el derecho constitucional a la objeción de conciencia institucional" (Considerando 1º). El Tribunal fundó además su sentencia en dos ideas centrales. Por una parte, en el reconocimiento de la autonomía de los grupos intermedios garantizada de manera amplia por nuestra Constitución Política (Considerandos 8º a 15º). Por otra parte, en su diferencia con los Dictámenes Nº 11.781 y 24.216 de la Contraloría de la República, según los cuales se reforzó la idea de que la objeción de conciencia institucional no puede reconocerse como un derecho a establecimientos privados que ejercen una función pública. Esta sentencia tuvo por efecto levantar la prohibición de formular una objeción de conciencia institucional a aquellos establecimientos privados de salud que, en virtud de convenios suscritos con el Estado, cumplían una función pública en la provisión de servicios de salud.

Las normas recién referidas persiguen dotar de operatividad y/o ejecución a la Ley Nº 21.030, de modo que las prestaciones a que tiene derecho toda mujer, ya sea mayor de edad o adolescente, y que se encuentra en alguna de las hipótesis específicas de aborto, sean entregadas con un adecuado estándar de seguridad, calidad y oportunidad, tanto en lo psicosocial como en lo biomédico.

1.4. NIVELES DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY

El modelo de atención integral que se detalla en la Norma Técnica implica organizar recursos humanos y materiales para poder entregar las acciones de salud que contempla la Ley IVE. Se trata también de un modelo que pone al centro a la mujer y sus decisiones, velando por el respeto de sus derechos. Asimismo, hay una serie de procesos estratégicos y de soporte que permiten gestionar la atención integral que consagra la Norma Técnica. Es a partir del marco normativo reseñado y de estos aspectos del modelo de atención integral que se han seleccionado cuatro ejes para realizar un análisis de aspectos clave de la implementación de la Ley Nº 21.030. Estos ejes estructuran las distintas secciones de análisis del presente informe y son las siguientes:

1. Recursos humanos: se examina la contratación de personal para conformar las duplas psicosociales según Servicio de Salud y según Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico.

2. Indicadores de proceso y resultado: se analizan indicadores de proceso y resultado que son clave para analizar si el sistema de salud está respondiendo adecuadamente para ofrecer las prestaciones mandatadas por el marco normativo de la Ley IVE. En este sentido, se examina la existencia de protocolos de acompañamiento, la existencia de protocolos y formularios de consentimiento informado, la ocurrencia de autorizaciones judiciales sustitutivas, las situaciones de solicitud de interrupción por la tercera causal fuera de plazo, el nivel de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, el nivel de diagnóstico de patologías asociadas a la interrupción y la articulación con la salud privada.

3. Coordinación intersectorial: en relación a la coordinación con otros actores institucionales fuera del sistema de salud se analiza, en particular, la relación con el Ministerio Público para la investigación de delitos asociados a la interrupción voluntaria del embarazo. Así, se intentó obtener información sobre la existencia de la infraestructura necesaria para contar con una debida cadena de custodia así como información relativa a la investigación penal de los delitos de aborto y violación, a propósito de la verificación de la tercera causal.

4. Insumos: se levantó información sobre la disponibilidad y distribución de insumos básicos como son los fármacos Mi-

fepristona y Misoprostol, y la disponibilidad y distribución de aspiradores AMEU.

1.5. LA RED DE SALUD CONSULTADA

El universo consultado en lo que respecta a organismos que tienen algún tipo de competencia en el área de la salud consistió en 29 Servicios de Salud, 69 Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) a lo largo del país, la Central Abastecimiento del Sistema Nacional Servicio de Salud (CENABAST), el Instituto de Salud Pública (ISP), la Superintendencia de Salud y el Ministerio de Salud.

Con respecto a los Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico, la cantidad total informada por el Ministerio de Salud al año 2018[5] es de un total de 69 establecimientos. Sin embargo, en nuestro análisis se incluye un establecimiento adicional, el Hospital San José de Parral, toda vez que el Servicio de Salud del Maule lo consideró en las estadísticas de entrega de información con respecto a las distintas preguntas vinculadas a la Ley Nº 21.030, y además, porque dicho establecimiento informó haber ejecutado interrupciones de embarazos bajo los parámetros de la ley en cuestión. Por tanto, se optó por incluirlo. Se advierte entonces que cada vez que se indique en este informe que la cantidad de Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico es de 70, aquello se funda en la inclusión de aquel hospital, y no por un error estadístico.

Del total de los Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico, hay diferencias en la forma en que participan unos y otros en la aplicación de la Ley Nº 21.030. Si bien todos atienden de alguna forma a las mujeres que solicitan la interrupción voluntaria de su embarazo, por ejemplo, a través del acompañamiento psicosocial o la constitución de las causales, no todos realizan la interrupción en sus dependencias.

Lo anterior es el caso de 5 Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico:

1) El Centro de Referencia de Salud Dr. Salvador Allende Gossens (CRS Salvador Allende), el cual informó que en aquel lugar se constituyen las causales y se derivan para la interrupción. No se indicó a qué recinto se realizó la derivación. La explicación para determinar que no se realizan las interrupciones en este lugar fue por ser éste un establecimiento secundario, el cual solo atiende ambulatoriamente con especialidades.

2) El Centro de Referencia de Salud Cordillera Oriente (CRSCO), el cual indicó que en aquel centro se realiza la constitución de las causales y luego se deriva al Hospital Dr. Luis Tisné para

5. Listado Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico, elaborada por el Ministerio de Salud en 2018. Fecha de consulta 5 de abril de 2021. Disponible en: **https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/Lista-de-Policl%C3%ADnicos-de-Alto-Riesgo-Obstétrico.pdf**

interrumpir el embarazo si así se requiere. La explicación para determinar que no se realizan interrupciones es la misma respecto del CRS Cordillera Oriente, es decir, es un centro secundario de atención de salud.

3) El Hospital San Luis de Buin-Paine, señaló que no interrumpen los embarazos en aquel lugar, sino que derivan al Hospital Barros Luco para aquello. En este caso, el Hospital indicó que no se realizan las interrupciones por ser de especialidades más complejas.

4) El Hospital de Constitución indicó que no atiende este tipo de casos y que los deriva al Hospital de Talca. No se indicó por qué se deriva a otro hospital.

5) Finalmente, el Hospital de Cañete indicó que "no se realizan interrupciones voluntarias del embarazo propiamente tal"[6] y que las ejecuciones de esta ley están concentradas en el Hospital de Curanilahue.

6. Ord. 17/A Nº1168, del 9 de octubre de 2020 del Servicio de Salud de Arauco.

ANÁLISIS DE NIVELES DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY Nº 21.030.

2

2.1. RECURSOS HUMANOS

Contratación de personal: existencia de duplas psicosociales según Servicio de Salud y según Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico

Como ya se ha visto, la ley Nº 21.030 modificó el artículo 119 del Código Sanitario con la finalidad de permitir la interrupción voluntaria del embarazo. En tal contexto, el legislador estableció el derecho de las mujeres a acceder a un programa de acompañamiento, tanto en su proceso de discernimiento, como durante el período siguiente a la toma de decisión, que comprende el tiempo anterior y posterior al parto o a la interrupción del embarazo, según sea el caso. Por su parte, la Norma Técnica sostiene en su punto V 1.4, que para la implementación del programa de acompañamiento se requiere de un **equipo psicosocial conformado por un psicólogo/a, psiquiatra y trabajador/a social**, los cuales deberán trabajar de forma coordinada con el equipo biomédico (médicos ginecólogos, matronas, otros especialistas y subespecialistas según cuadro clínico), con la finalidad de brindar una atención integral. Se debe tener presente que no se creó una nueva red de atención, sino que se fortaleció la red materno-fetal ya existente en Chile, y se fortaleció con los recursos humanos que no contaba.

En esta sección se analizarán las respuestas otorgadas por todos los Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico del país (70, incluyendo el caso del Hospital San José de Parral, ya explicado), respecto a la conformación de sus equipos de acompañamiento psicosocial, con la finalidad de evaluar el cumplimiento de la Ley IVE y correspondiente Norma Técnica, lo cual puede ser resumido con el siguiente cuadro:

Cantidad de Policlínicos en la situación descrita	**29**	**37**	**2**	**1**	**1**
Equipos de acompañamiento compuestos por un psiquiatra, un psicólogo y un asistente o trabajador social	X				
Equipos de acompañamiento compuestos solo por un psicólogo y un asistente o trabajador social		X			
Equipos de acompañamiento compuestos solamente por 1 psicólogo			X		
Equipos de acompañamiento con todos sus cargos vacantes				X	
No responde o no entrega la información requerida					X

Del total de 70 solicitudes[7] de información pública ingresadas en los distintos Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico que existen actualmente en el territorio nacional, tan solo 29 de ellos contaban con un equipo de acompañamiento psicosocial integrado por un médico psiquiatra, un psicólogo, y un asistente o trabajador social, tal como dispone la Norma Técnica. Sin embargo, tal cifra aumenta levemente cuando se excluye la participación de un médico psiquiatra, en cuyos casos fueron 37 los Policlínicos que contaban con una dupla de acompañamiento psicosocial, compuesta solamente por un psicólogo y un asistente o trabajador social.

Cabe destacar que en el caso de los hospitales de Talca y Parral, si bien no contaban con un médico psiquiatra propio del equipo de acompañamiento psicosocial, estos informaron que cuando era necesaria la intervención del profesional en cuestión, la paciente era derivada para su atención por el psiquiatra del servicio de Psiquiatría o del equipo de Salud Mental, del hospital respectivo[8]. Por su parte, el Hospital de Chillán informó que la intervención de tal profesional dependía de la condición clínica de la paciente[9]. En tal sentido, en estos tres casos, el médico psiquiatra no formaba parte integrante del equipo de acompañamiento psicosocial que contempla la Norma Técnica Nacional.

Junto con lo anterior, se observó la existencia de otras tres situaciones particulares.

La primera de estas se produce en relación con el Centro de Referencia de Salud Dr. Salvador Allende G. y el Hospital de Calama. En ambos casos, estos informaron que solo contaban con una psicóloga encargada del acompañamiento de mujeres que requerían la interrupción de su embarazo por alguna de las causales contempladas en la ley Nº 21.030, dado que el cargo de asistente social se encontraba vacante. Además, informaron que tampoco contaban con un médico psiquiatra.

En segundo lugar, se puede hacer referencia al caso del "Hospital de Vallenar", el cual al momento de contestar el requerimiento de información pública manifestó que no contaba con un equipo de acompañamiento psicosocial, toda vez que los dos cargos que disponían para aquello, es decir, psicóloga y asistente social, se encontraban vacantes. Específicamente, el cargo de psicóloga se encontraba vacante desde el mes de abril del año 2020, dada la renuncia de la funcionaria, mientras que el cargo de asistente social estaba vacante desde junio del mismo año, dado que la funcionaria había solicitado permiso sin goce de sueldo hasta el mes de octubre[10]. En tal sentido, al mes de septiembre de 2020, fecha en que se respondió el requerimiento de información pública, el establecimiento en cuestión no había designado a otra persona que pudiese suplir las ausencias ya señaladas, careciendo de un equipo psicosocial que pudiese acompañar durante esos meses a las mujeres que requirieron la interrupción de su embarazo.

Finalmente, en tercer lugar, cabe destacar el caso del Hospital San Luis de Buin, cuya situación particular no fue posible conocer, puesto que el establecimiento de salud en cuestión no entregó una respuesta al

7. Al respecto, considerar la aclaración metodológica efectuada en el punto 1.5. "La red de salud consultada" del presente informe.

8. Tal como consta en Oficio Ordinario Nº 5198 del Hospital Regional de Talca, en respuesta a solicitud de Acceso a la Información Pública Folio Nº AO085T0000623. Y, en Oficio Ordinario Nº 3331 del Servicio de Salud del Maule, en respuesta a solicitud de Acceso a la Información Pública Folio Nº AO025T0001131.

9. Tal como consta en respuesta a solicitud de Acceso a la Información Pública Folio Nº AO104T0000322, de fecha 08 de septiembre de 2020.

10. Al respecto, observar lo señalado en el Oficio Ordinario Nº 1852 del Servicio de Salud de Atacama, en respuesta a solicitud de Acceso a la Información Pública Folio Nº AO019T0000938.

requerimiento de información pública presentado, así como tampoco se pronunció en relación al recurso de amparo ingresado ante el Consejo para la Transparencia, por denegación de información.

Capacitación

Chile actualmente cuenta con 29 Servicios de Salud que se encuentran distribuidos dentro de todo el territorio nacional. En relación a la Ley IVE, estos 29 organismos son los responsables de garantizar una adecuada implementación de la Ley en sus respectivas redes, asegurando la entrega, en tiempo y forma, de las prestaciones que la ley otorga a las beneficiarias de su Red de Salud. Por medio de diversas solicitudes de información pública dirigidas a todos los Servicios de Salud de Chile, se buscó identificar qué tan capacitados están los cuerpos médicos para entregar un servicio que se corresponda con los estándares fijados por la Ley Nº 21.030 y sus normas complementarias. En esta sección se analiza el nivel de capacitación en técnicas modernas de vaciamiento uterino, las capacitaciones en los contenidos de la Ley IVE y el rol que las universidades públicas han jugado en los procesos de capacitación.

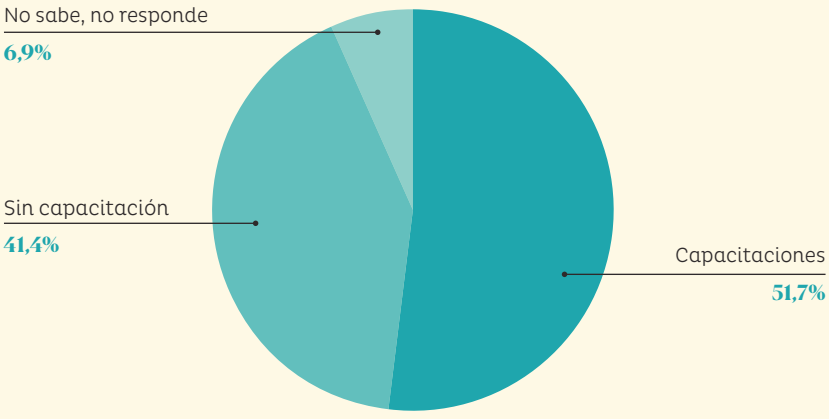
a) Capacitaciones en técnicas modernas de vaciamiento uterino

Un primer aspecto a analizar fue la cantidad de profesionales médicos que habían sido capacitados en técnicas modernas de vaciamiento uterino, desde la entrada en vigencia de la Ley Nº 21.030 a la actualidad, es decir, durante los últimos 3 años. Cabe indicar que la Norma Técnica señala expresamente que el recurso humano asociado al segundo y tercer nivel de atención debe ser especializado, por lo cual se requiere contar con médicos ginecobstetra con experiencia en alto riesgo, capacitados en técnicas modernas de vaciamiento uterino y actualizados en la Ley Nº 21.030.

De las 29 solicitudes de información ingresadas, 15 Servicios de Salud informaron que habían efectuado capacitaciones de personal médico en la materia consultada, representando un 51,7% del total. En contraste, actualmente existen 12 Servicios de Salud que no han efectuado, durante estos 3 años, ningún proceso de capacitación en técnicas modernas de vaciamiento uterino, es decir, un 41,9% del total de Servicios de Salud que contempla la red nacional[11] . Por último, fueron 2 los organismos que no entregaron una respuesta o respondieron de forma incompleta o confusa. Tal situación puede ser graficada del siguiente modo:

11. Los Servicios de Salud que informaron no haber realizado capacitaciones en técnicas modernas de vaciamiento uterino (AMEU) son: 1) SS Iquique y Tarapacá; 2) SS Coquimbo; 3) SS Valparaíso y San Antonio; 4) SS Metropolitano Occidente; 5) SS Metropolitano Central; 6) SS Metropolitano Oriente; 7) SS O´Higgins; 8) SS Bio-Bio; 9) SS Araucanía Sur; 10) SS Valdivia; 11) SS Osorno; 12) SS Reloncaví.

Capacitaciones en técnicas modernas de vaciamiento uterino

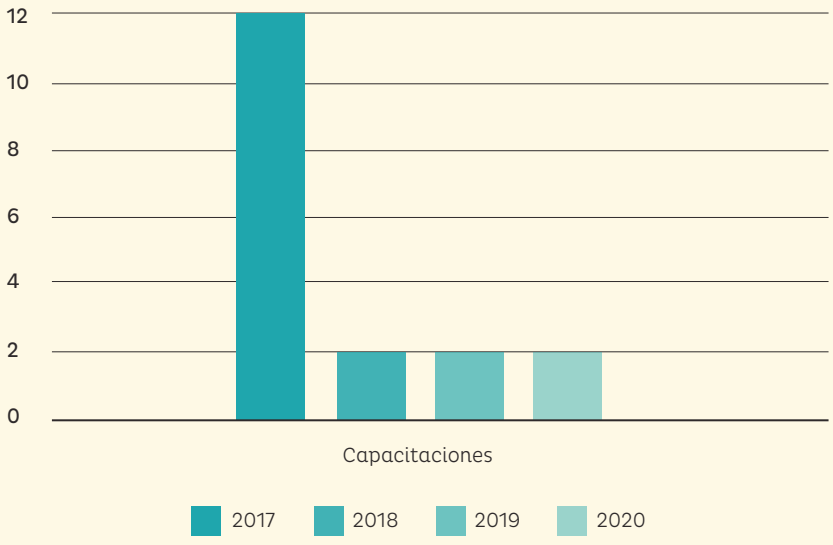


Los 15 servicios de salud que sí efectuaron capacitaciones informaron que en total se habían desarrollado 18 procesos de capacitación desde la entrada en vigencia de la Ley IVE en el año 2017 y hasta el año 2020. Estas permitieron actualizar los conocimientos de 76 profesionales médicos en técnicas modernas de vaciamiento uterino, procedimiento esencial contemplado por la Ley Nº 21.030 para la interrupción voluntaria del embarazo. Tales capacitaciones se realizaron principalmente en el 2017, año en el cual entró en vigencia la norma, con un total de 12 capacitaciones, mientras que durante los años posteriores los Servicios de Salud informaron tan solo de 2 capacitaciones por año en 2018, 2019 y 2020, en las materias consultadas.

Se debe tener presente que en algunos casos los Servicios de Salud informaron sobre más de un proceso de capacitación del personal médico de su red en las materias consultadas. Por ejemplo, en el caso del Servicio de Salud de Arica y Parinacota éste informó de la realización de 3 capacitaciones entre los años 2019 y 2020, en coordinación entre el Ministerio de Salud y el Instituto Profesional Latinoamericano de Comercio Exterior (IPLACEX), por medio de las cuales fueron capacitados 10 profesionales médicos. En el mismo sentido, puede observarse el caso del Servicio de Salud de Aysén con dos capacitaciones efectuadas en los años 2017 y 2019 en favor de 10 médicos. Estas actividades fueron organizadas por la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

No fue posible obtener datos del Servicio de Salud de Atacama, quien informó de capacitaciones realizadas en otras materias distintas a las consultadas. Esto impidió considerar a este servicio para efectos de los resultados presentados. Tampoco fue posible obtener información del Servicio de Salud Metropolitano Sur, quien no entregó respuesta a la solicitud de transparencia. Si bien se presentó el correspondiente amparo ante el Consejo para la Transparencia, no se obtuvo respuesta oportuna al momento de redactar el presente informe.

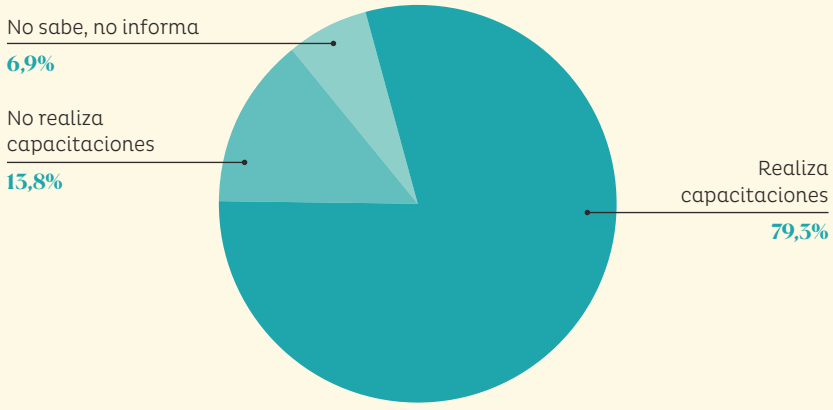
Capacitaciones por año (período 2017 - 2020)



b) Capacitaciones realizadas por Servicios de Salud en contenidos de la Ley Nº 21.030.

El escenario cambia cuando se examina la cantidad de servicios que han realizado capacitaciones sobre los contenidos de la Ley Nº 21.30. De los 29 Servicios de Salud, 23 informaron que sí habían realizado capacitaciones en contenidos de la Ley. Esta es una cifra considerablemente mayor a la de las capacitaciones en técnicas modernas de vaciamiento uterino. En efecto, es un 53% más que en el ítem anterior, en el cual solo 15 Servicios de Salud habían realizado capacitaciones en técnicas modernas de vaciamiento uterino. Además, en este caso, fueron solo 4 los Servicios de Salud que no han realizado ninguna capacitación en la materia consultada[12], mientras que en 2 casos no fue posible obtener una respuesta[13], tal como se observa en el siguiente gráfico.

Capacitaciones en contenidos de la ley IVE

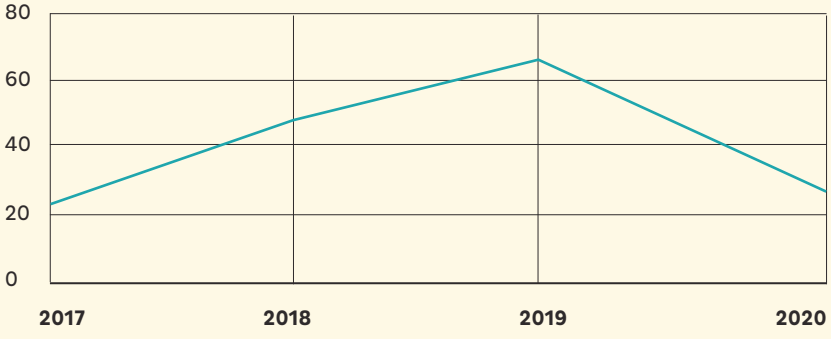


12. Los Servicios de Salud que informaron no haber realizado capacitaciones en contenidos de la Ley Nº 21.030 son: 1) SS Osorno; 2) SS Metropolitano Oriente; 3) SS Metropolitano Central; 4) SS Valparaíso y San Antonio.

13. En el caso del SS Metropolitano Sur y del SS de Concepción no se obtuvo respuesta respecto a la capacitación de su personal en contenidos de la Ley IVE.

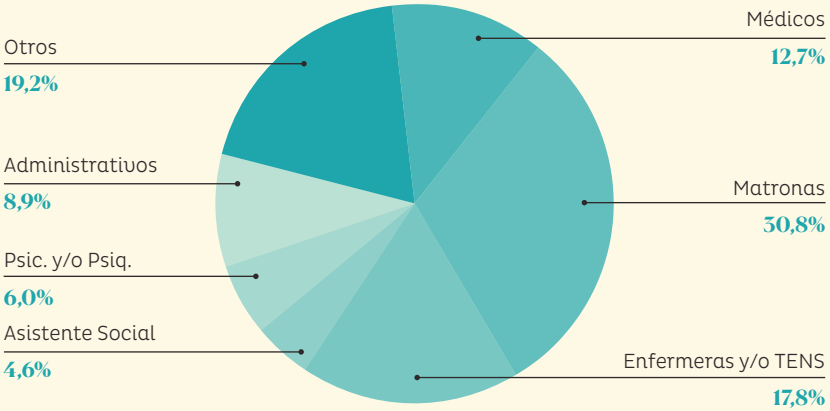
Otro elemento relevante que fue analizado es la variación longitudinal de la cantidad de capacitaciones realizadas por los Servicios de Salud en diversas materias de la Ley IVE entre los años 2017 y 2020. En efecto, durante el año 2017 se efectuaron 20 capacitaciones, posteriormente estas aumentaron a 46 en 2018 y 63 durante el 2019, para finalmente concluir con 23 en el año 2020. La disminución del último año, en contraste al alza que se venía experimentando durante los 3 años anteriores, es posiblemente atribuible a la pandemia del Covid-19, que ha implicado una redirección de los recursos tanto humanos como materiales. En total fueron 152 capacitaciones en diversas materias vinculadas a los contenidos de la Ley Nº 21.030. Lo anterior, sin considerar otras 43 capacitaciones informadas por el Servicio de Salud de Atacama que se habrían realizado durante el año 2019 en el Hospital de Vallenar, dado que estos "cursos" solo se relacionaban indirecta y superficialmente con los contenidos descritos en la Ley IVE.

Capacitaciones en contenidos Ley IVE



Como resultado de las 152 capacitaciones realizadas entre los años 2017 y 2020, fueron capacitados 1.586 funcionarios de la salud en materias vinculadas a la Ley Nº 21.030. Del total de personas capacitadas, es posible distinguir 7 grupos de funcionarios, estos son: 202 médicos; 489 matronas; 282 enfermeros(as) y/o TENS; 73 Trabajadores o asistentes sociales; 95 psicólogos y/o psiquiatras; 141 funcionarios administrativos; y, 304 en otros cargos o cargos desconocidos, dado que dicha información no fue proporcionada por el organismo consultado. Se debe indicar que el Servicio de Salud de Atacama informó según establecimientos hospitalarios de su red, esto es, hospital Regional de Copiapó, Hospital Provincial de Huasco y el Hospital de Vallenar. Sin embargo, respecto de este último, solo se limitó a indicar las capacitaciones realizadas en la materia, pero sin referencia al número de funcionarios capacitados, así como tampoco el cargo que estos desempeñaban, por lo que no pudo incluirse tal información en los resultados señalados anteriormente.

Funcionarios capacitados en Ley IVE



Los datos reseñados permiten ilustrar cómo ha evolucionado el proceso de capacitación en nuestro país desde la entrada en vigencia de la Ley Nº 21.030 hasta la actualidad. El principal déficit se observa a nivel de capacitación en técnicas modernas de vaciamiento uterino. En cuanto a la capacitación en contenidos de la Ley IVE, si bien se observa una caída en la cantidad de capacitaciones, ha existido una buena cobertura. Se puede destacar también la gran cantidad de matronas y médicos que se han capacitado en los contenidos de la Ley Nº 21.030, con un total de 691 personas a lo largo de todo el país.

c) Injerencia de las Universidades Estatales en el estudio de la Ley Nº 21.030.

Por otra parte, se consultó a las 18 Universidades Estatales de Chile, con la finalidad de conocer si, desde la entrada en vigencia de la ley Nº 21.030, éstas habían impartido programas de formación en los contenidos de dicha norma. Aquello permitió conocer que un 50% de estas universidades no habían impartido ningún programa en la materia, e incluso, tales contenidos tampoco habían sido incluidos y/o tratados dentro de las mallas curriculares de las diversas carreras.

Por otra parte, si bien las restantes Universidades informaron que tampoco habían impartido programas de formación en la materia, indicaron que, desde la entrada en vigencia de la norma, sí contemplaban su estudio como contenidos en diversas asignaturas de sus carreras. Así, por ejemplo, la norma en cuestión está siendo tratada actualmente en las carreras de Obstetricia y Ginecología, Enfermería, Medicina e incluso Derecho (a propósito del delito de aborto)[14].

Adicionalmente, se pudo consignar que tan solo 3 Universidades[15] señalaron haber realizado actividades de discusión de la Ley IVE dirigidas a la comunidad en general, con la finalidad de aportar en

14. Las universidades estatales que señalaron haber incluido los contenidos de la Ley Nº 21.030 en asignaturas de sus carreras fueron: 1) U. de Magallanes; 2) U. de Aysén; 3) U. del Bío-Bío; 4) U. de O´Higgins; 5) U. de Chile; 6) U. de Santiago de Chile; 7) U. de Valparaíso; 8) U. de La Serena; 9) U. de Atacama.

15. Tales Universidades fueron: 1) U. Arturo Prat; 2) U. de Chile; 3) U. de Aysén.

la discusión de su implementación en Chile. De la información obtenida, entre 2017 y 2020, se realizaron 3 seminarios y 2 talleres orientados a la discusión de los contenidos de la Ley IVE.

Objeción de conciencia

Como ya fuera señalado, la Ley Nº 21.030 introdujo el artículo 119 ter al Código Sanitario el que otorga la posibilidad al médico de manifestar su objeción de conciencia respecto de la interrupción voluntaria de la mujer. Asimismo, como se revisó en su momento, tras la intervención del Tribunal Constitucional se consagró también un régimen de objeción de conciencia institucional. La existencia de la objeción de conciencia es relevante a la hora de evaluar la disponibilidad de recursos para atender las interrupciones voluntarias del embarazo. Es por eso que, para los fines de este informe, se hizo necesario examinar qué tan extendida se encuentra la objeción de conciencia entre el personal médico.

a) Estadísticas de médicos cirujanos objetores.

Se consultó a los distintos Servicios de Salud del país sobre la cantidad de médicos objetores y no objetores, desagregando la información de número de objeciones por causal, y las horas médicas contratadas de cada categoría (objetores - no objetores). Los resultados a la consulta fueron los siguientes[16]:

Servicios de Salud	Objetores	Horas contratadas objetores[17]	Horas contratadas objetores			No objetores	Horas contratadas no objetores[18]	% horas/Nº médicos objetores/total de horas
Arica y Parinacota	4	110	2	2	4	14	509	17,7% de las horas son de objetores

16. Las celdas sin información responden a casos en los que no se obtuvo respuesta al momento de realizar el análisis o casos en los que no fue posible extraer información inteligible.

17. Corresponden a las horas mínimas que se informaron puesto que mucho de los médicos realizan sistema de turnos, y que, por tanto, no tienen un horario fijo.

18. *Ibíd.*

Servicios de Salud	Objetores	Horas contratadas objetores[17]	Horas contratadas objetores			No objetores	Horas contratadas no objetores[18]	% horas/Nº médicos objetores/total de horas
Iquique y Tarapacá	15	-	1	0	14	8	-	65% de los médicos son objetores
Antofagasta	-	-	2	3	3	-	-	-
Atacama	12	549	6	8	11	11	481	53,3% de las horas médicas son objetores
Coquimbo	11	286	4	4	11	46	2.337	10,9% de las horas son de objetores
Valparaíso - San Antonio[19]	-	-	0	2	12	-	-	-
Vuña del Mar - Quillota	35	746	8	11	26	41	948	44% de las horas son objetores
Aconcagua[20]	14	112	5	7	14	7	121	48% de las horas son objetores
Metropolitano Norte	-	242	3	4	9	36	1.570	13,3% de las horas son objetores
Metropolitano Occidente[21]	34	446	9	15	24	47	1.097	28,9% de las horas son objetores
Metropolitano Central	14	308	2	7	13	49	1.078	22,2% de las horas son objetores
Metropolitano Oriente	-	-	6	12	20	-	-	-
Metropolitano Sur	-	-	-	-	-	-	-	

19. La información entregada corresponde solo al Hospital Carlos Van Buren.

20. No fue posible obtener información sobre horas tratadas de cada médico del Hospital San Camilo.

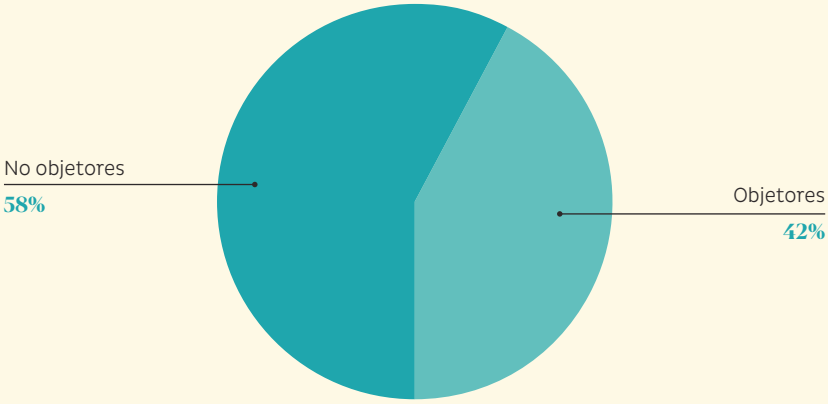
21. No fue posible obtener información sobre horas tratadas de cada médico del Hospital de Melipilla.

Servicios de Salud	Objetores	Horas contratadas objetores[17]	Horas contratadas objetores			No objetores	Horas contratadas no objetores[18]	% horas/Nº médicos objetores/total de horas
Metropolitano Sur - Oriente	-	-	22	35	42	10	-	
O'higgins	-	-	38	33	12	-	-	
Maule[22]	25	749	26	29	32	11	326	69,9% de las horas son objetores
Ñuble	-	-	-	-	-	-	-	-
Concepción	39	1.123	8	16	40	10	303	78,7% de las horas son objetores
Talcahuano	-	338	3	4	9	31	1.083	24% de las horas son objetores
Bío Bío	-	-	6	8	12	-	-	-
Arauco	4	132	0	1	3	8	333	28,3% de las horas son objetores
Araucanía Norte	-	-	12	14	17	-	-	-
Araucanía Sur	-	-	11	15	28	-	-	-
Valdivia	17	259	3	7	17	12	232	52,7% de las horas son objetores
Osorno	16	62	1	4	16	3	99	38,5% de las horas son objetores
Reloncaví	-	-	5	8	18	-	-	-
Chiloé[23]	3	-	0	0	3	8	176[24]	
Aysén	8	-	2	4	8	5	-	61% de los médicos son objetores
Magallanes	-	-	6	7	10	-	-	-

22. No fue posible obtener información completa del Hospital de Talca.

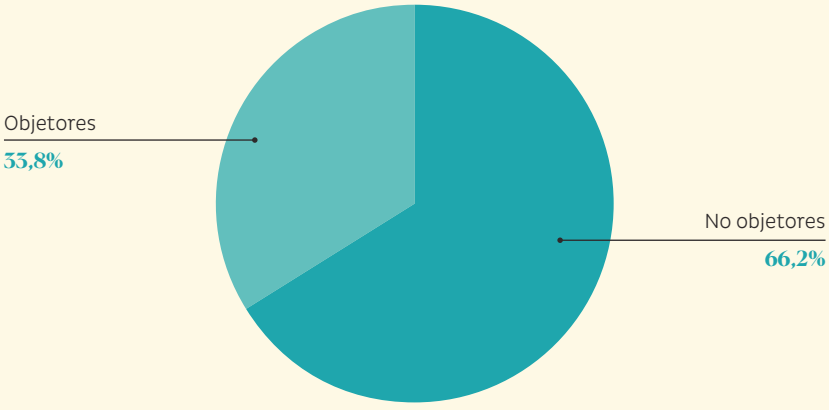
De la información proporcionada por los Servicios de Salud y por los Hospitales es posible extraer que existen 251 médicos cirujanos objetores y 347 no objetores[25] a nivel país. Esto equivale a lo siguiente:

Médicos cirujanos objetores y no objetores



Respecto de las horas tratadas por cada grupo de información requerido, las horas médicas tratadas que fueron informadas en relación a los objetores de conciencia fue de un total de 5.462 semanales a nivel país. En cambio, las horas médicas tratadas por médicos no objetores de conciencia fue de un total de 10.693. Esto equivale a:

Horas médicas tratadas médicos cirujanos objetores y no objetores



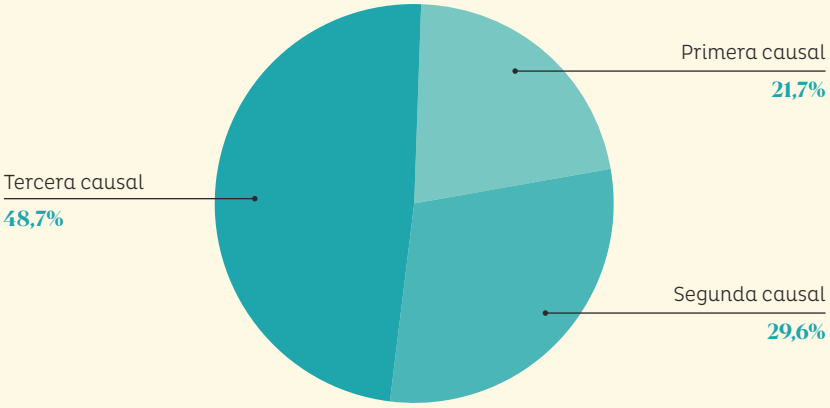
23. Falta información sobre horas tratadas de cada médico del Hospital de Ancud, es por aquello que, aunque aparecen médicos objetores, no es posible saber las horas tratadas de aquellos. Tampoco fue posible obtener información sobre el Hospital de Castro.

24. Estas horas corresponden solo al Hospital de Quellón, ya que del Hospital de Ancud ni del Hospital de Castro no fue posible obtenerlas.

25. Esta cifra es considerando los Servicios de Salud Metropolitano Norte y de Talcahuano, respecto de los cuales no se pudo obtener información respecto de los objetores.

Por último, consideramos importante incluir el número total de objeciones de conciencia por causal a nivel nacional. Respecto de la primera causal, el total de objeciones es de 191. En la segunda causal hubo un total de 260 objeciones. Finalmente, en la tercera causal hay 428 objeciones. Lo anterior se puede graficar de la siguiente manera:

Objeciones de conciencia por causal



b) Objeción de conciencia y acceso a la interrupción del embarazo.

Un problema práctico que puede presentarse con la objeción de conciencia es la posibilidad de que una mujer que requiera la interrupción voluntaria del embarazo no pueda acceder a ella por falta de personal no objetor. Este problema fue identificado por el legislador en la redacción de la Ley Nº 21.030, de forma que dispuso un procedimiento a aplicar en caso de que la hipótesis se presente. Este procedimiento se encuentra en el artículo 119 ter del Código Sanitario, el que dispone que si un médico cirujano objetor es requerido para una interrupción del embarazo "el establecimiento tendrá la obligación de reasignar de inmediato otro profesional no objetante a la paciente. Si el establecimiento de salud no cuenta con ningún facultativo que no haya realizado la manifestación de objeción de conciencia, deberá derivarla en forma inmediata para que el procedimiento le sea realizado por quien no haya manifestado dicha objeción". Es por el problema práctico anterior que se les consultó a los distintos Servicios de Salud del país si acaso han existido casos en que alguna mujer no ha podido acceder a una interrupción del embarazo por no haber existido médico disponible para realizar el procedimiento, y en cuántos casos se ha realizado una derivación.

De los 29 Servicios de Salud que fueron consultados, 28 respondieron[26] la solicitud de información, todos ellos indicando que no ha ocurrido un caso en que se haya dejado sin acceso a interrupción

26. Sin embargo, respecto del Servicio de Salud Metropolitano Central no se obtuvo información del Hospital San Borja Arriarán. Tampoco se pudo obtener información del Hospital de Tomé, dependiente del Servicio de Salud de Talcahuano.

del embarazo a una mujer. Ahora bien, respecto de las derivaciones se puede indicar que 6 Servicios de Salud reportaron haber realizado derivaciones en sus Hospitales dependientes. Estos son el Servicio de Salud de Atacama, Aconcagua, O'Higgins, Araucanía Norte, Araucanía Sur y Osorno. Respecto del número de mujeres derivadas en estos Servicios de Salud se pudo obtener el dato de 4 de ellos. En este sentido el número de derivaciones fue el siguiente:

Servicio de Salud	Nº de mujeres derivadas
Servicio de Salud de Atacama	1
Servicio de Salud de Aconcagua	1
Servicio de Salud de O'Higgins	4
Servicio de Salud de Osorno	3

Respecto del Servicio de Salud Araucanía Norte se informó que se realizaron derivaciones, pero no la cantidad de ellas. El Servicio de Salud Araucanía Sur indicó que son múltiples las derivaciones entre los hospitales de Mediana y Alta Complejidad, pero no indicaron la cantidad de derivaciones.

2.2. SISTEMA DE MONITOREO: INDICADORES DE PROCESO Y RESULTADO

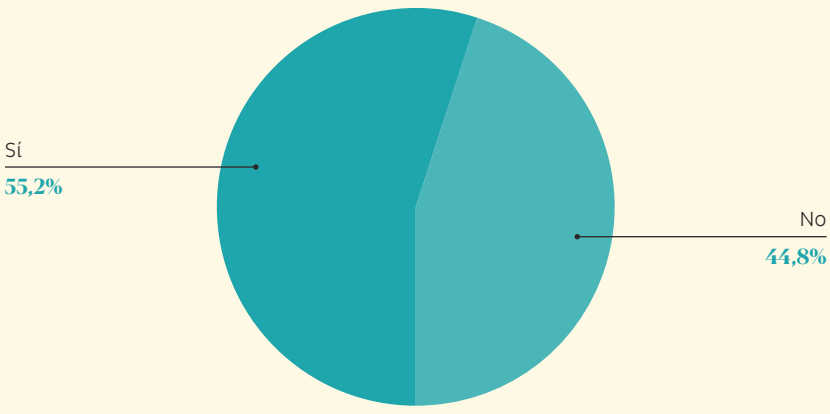
El modelo de atención integral que se deriva de la Norma Técnica exige monitorear el cumplimiento de distintos indicadores tanto de proceso como de resultado. Para este informe se han examinado tres aspectos claves de la implementación esperada de la Ley IVE y sus normas complementarias: la existencia de protocolos de acompañamiento, los niveles de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y patologías asociadas y, la articulación con el sector privado como parte del sistema de monitoreo.

Protocolos de acompañamiento al proceso de discernimiento

En el marco de la Norma Técnica, se consultó a 70 establecimientos de salud pública del país sobre la existencia de protocolos internos para el acompañamiento al proceso de discernimiento. Fue posible obtener

información de 67 de esos 70 establecimientos. Las respuestas fueron las siguientes:

Establecimientos con protocolo de acompañamiento al discernimiento



37 hospitales consultados indicaron que cuentan con un protocolo para el acompañamiento al proceso de discernimiento y 30 establecimientos indicaron que no cuentan con este tipo de protocolo. Respecto de los hospitales que manifestaron que no contaban con un protocolo interno, 4 de ellos manifestaron estar en proceso de redacción del mismo.

Llama la atención que a más de 3 años desde la implementación de la Ley, casi el 45% de los establecimientos consultados no tenga protocolos de acción local. Esto es una muestra clara de falta de monitoreo y seguimiento de la implementación por parte de las autoridades responsables de la correcta ejecución de la ley.

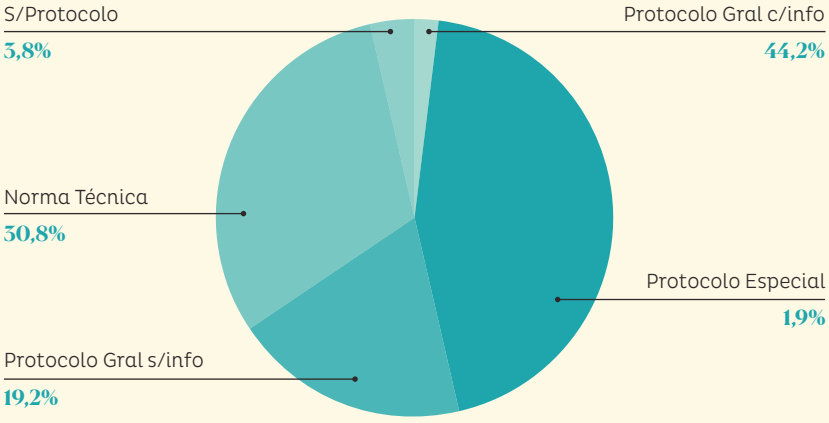
Consentimiento informado respecto del método utilizado: protocolos y formularios

La Norma Técnica indica que antes de la firma del formulario de consentimiento respectivo se debe informar, entre otras cosas, acerca la constitución de una causal, las alternativas que tiene la mujer, del procedimiento a realizar, si se requiere hospitalización, uso de anestesia, riesgos y efectos secundarios respecto del método que será utilizado. Además, dicha Norma Técnica indica que el consentimiento como mínimo debe señalar qué se está consintiendo, entendiéndose, por tanto, que debe informarse el método a utilizar. Por lo anterior, se consultó a los hospitales públicos del país sobre dos aspectos. El primero dice relación con la existencia de protocolos sobre la información del procedimiento a aplicar en un caso de interrupción voluntaria del embarazo. El segundo aspecto dice relación con cuáles son los formularios de consentimiento

informado respecto de los métodos utilizados para la interrupción del embarazo que maneja cada hospital.

Respecto de la primera pregunta, se requirió la información a los 70 Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico, en donde 65 corresponden a establecimientos de salud que realizan efectivamente interrupciones voluntarias del embarazo[27], de los cuales se pudo extraer información fidedigna de 55 de ellos. Los resultados fueron los siguientes:

Protocolo de información del método utilizado

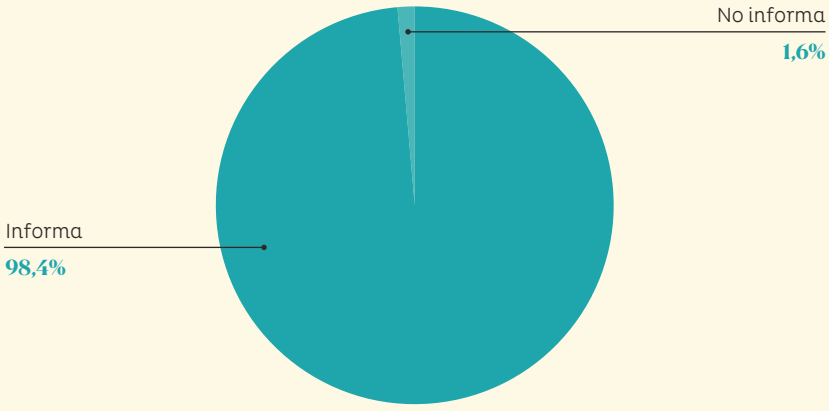


Solo un caso, correspondiente al Hospital de Chillán, informó de un protocolo especial sobre el consentimiento informado del procedimiento a aplicar. 23 de los hospitales consultados tienen un protocolo que contiene directrices de información a las pacientes que realizan la interrupción voluntaria del embarazo respecto del procedimiento a aplicar. En la mayoría de los casos es un protocolo general respecto del funcionamiento de la Ley 21.030 en el establecimiento. 10 de los hospitales consultados tienen un protocolo general que no indica directrices de información. Sin embargo, indican que complementan su actuar con el contenido de la Norma Técnica. 16 hospitales no tienen ningún tipo de protocolo, pero manifiestan que descansan en la Norma Técnica Nacional antes mencionada. Finalmente, 2 hospitales manifestaron no tener protocolos y tampoco informaron basar su actuar en la Norma Técnica Nacional ya mencionada.

Respecto de la segunda consulta, es decir, los formularios de consentimiento informado de los métodos utilizados para la interrupción del embarazo, podemos indicar que, de los mismos 70 hospitales consultados, nuevamente corresponde indicar que son 66 los que realizan el procedimiento de interrupción del embarazo, pudiendo obtener información de 62 hospitales. Los resultados son los siguientes:

27. Al respecto, considerar la aclaración metodológica efectuada en el punto 1.5. "La red de salud consultada" del presente informe.

Información del método utilizado en formularios de consetimiento informado



De estas respuestas, solo pudimos constatar un caso donde no es claro que se entregue información respecto al método utilizado para realizar la interrupción del embarazo en el formulario de consentimiento. Este es el caso del Hospital Clínico Metropolitano El Carmen, en el cual informaron la utilización de un documento común de procedimiento quirúrgico[28]. En el resto de los Hospitales se pudo constatar la utilización de formularios que hacían mención al método utilizado para realizar el procedimiento de interrupción del embarazo, ya sea utilizando documentos propios basados en lo que indica la Norma Técnica, o directamente los formularios modelos anexos a la Norma Técnica. Además, se constató la entrega de la información respecto de la constitución de la causal y sus alternativas, excepto en el Hospital antes mencionado en que se utiliza un documento común.

Por último, debemos indicar que la Norma Técnica tiene un claro déficit en materia de exigir a los médicos y establecimientos la entrega de documentación en los casos que no se constituye una causal. En este aspecto, no se constató la entrega de algún tipo de documentación escrita respecto de la no constitución de una causal de interrupción del embarazo entre los distintos establecimientos consultados.

Autorización sustitutiva

La autorización judicial sustitutiva es un proceso judicial ante el juez con competencia en materia de familia para requerir la autorización de interrupción del embarazo de una menor de 14 años o una mujer interdicta, cuando se cree que la solicitud de la autorización al representante legal "podría generar a la menor de 14 años, o a la mujer judicialmente declarada interdicta por causa de demencia, un riesgo grave de maltrato físico o

28. Ord. Nº 0607 del Hospital Clínico Metropolitano El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada con fecha 22 de septiembre de 2020.

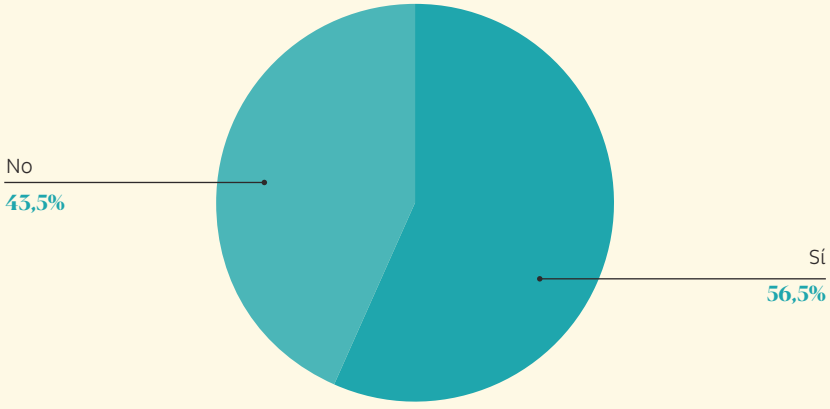
psíquico, coacción, abandono, desarraigo u otras acciones u omisiones que vulneren su integridad"[29]. Considerando que este es un aspecto sensible de la implementación de la Ley IVE, se consultó a los distintos Servicios de Salud del país si se ha requerido, desde la entrada en vigencia de la ley, alguna autorización judicial sustitutiva.

De los 29 Servicios de Salud existentes en el país, se pudo obtener información de 28 de ellos, los cuales indicaron que no se ha presentado la oportunidad de requerir una autorización judicial sustitutiva.

Casos de tercera causal fuera del plazo legal

La Ley Nº 21.030 contempla un plazo límite de gestación para realizar el procedimiento en el caso de la tercera causal. Este plazo es de 12 semanas de gestación en mujeres mayores de 14 años y 14 semanas en el caso de ser una mujer de menos de 14 años. Con el objetivo de conocer el funcionamiento de dicho límite, se consultó a 29 Servicios de Salud del país respecto a si se han verificado casos de solicitudes de interrupción del embarazo fuera del plazo legal en los establecimientos de salud dependientes de ellos. En caso de respuesta afirmativa, se solicitó informar el número de casos en que ocurrió y en qué hospital. Se pudo obtener respuestas de 23 Servicios de Salud. Los resultados fueron los siguientes:

Servicios de Salud que constataron consultas fuera del plazo por tercera causal



En 13 Servicios de Salud indicaron que sí habían tenido consultas de casos por la tercera causal fuera del plazo legal y 10 indicaron que no se produjo tal situación. La cantidad de veces en que ocurrió la situación consultada fue un total de 25. Cabe mencionar que en diversos hospitales que indicaron que no se produjo la situación antes descrita se debió a que manifestaron que la plataforma del Ministerio de Salud, donde deben registrar la información, no permite registrar este tipo de antecedente, por

29. Artículo 119 del Código Sanitario.

tanto, no tenían registros respecto a ello. Los hospitales que informaron que sí se había producido la situación consultada contaban con un sistema de registro interno.

Es recomendable que cada establecimiento o Servicio de Salud constate este dato de forma interna y no solo la edad gestacional de la tercera causal, ya que es información relevante para entender la dinámica en torno a las causas de interrupción voluntaria del embarazo.

Acceso a la interrupción y patologías asociadas

a) Acceso efectivo a la interrupción del embarazo.

El acceso efectivo de las mujeres a la interrupción del embarazo es una información sumamente relevante para determinar el correcto funcionamiento de la Ley Nº 21.030. A continuación, se presenta una tabla con el acceso de mujeres a interrupciones del embarazo distribuida por cada Servicio de Salud del país y por cada causal a la cual accedieron:

Interrupciones voluntarias del embarazo (2017 - 2020)				
Servicio de Salud	**Causal Nº1**	**Causal Nº2**	**Causal º3**	**Observaciones**
Arica y Parinacota	8	22	5	No hay registros del 2017.
Iquique y Tarapacá	23	13	7	
Antofagasta	12	21	10	No hay registros de 2017 y 2018.
Atacama	9	14	12	No hay casos en 2017.
Coquimbo				Sin información.
Valparaíso - San Antonio	45	34	10	
Viña del Mar - Quillota	107	52	25	No hay registros de 2017 H. Quilpué.
Aconcagua	38	12	4	No hay registros de 2017.
Metropolitano Norte	45	49	47	
Metropolitano Occidente	33	20	20	Registro de 2017 H. Félix Bulnes
Metropolitano Central	33	49	21	
Metropolitano Oriente	25	32	23	No hay registros de 2017.

Interrupciones voluntarias del embarazo (2017 - 2020)				
Servicio de Salud	**Causal Nº1**	**Causal Nº2**	**Causal º3**	**Observaciones**
Metropolitano Sur				Sin información.
Metropolitano Sur - Oriente	18	27	11	No hay registros de 2017 de ningún hospital. Además tampoco hay registro de 2019 y 2020 H. La Florida.
O'Higgins	35	61	18	
Maule	24	34	11	
Ñuble	20	16	6	
Concepción	43	16	5	No hay registro de 2017.
Talcahuano	76	9	4	No hay registro de 2017.
Bío - Bío	6	27	4	
Arauco	3	3	2	
Araucanía Norte	5	8	7	No hay registro 2017.
Araucanía Sur	22	70	34	No hay registro de 2017.
Valdivia	42	22	13	No hay casos 2017.
Osorno	5	15	3	
Reloncaví	8	16	10	
Chiloé	3	4	3	
Aysén				Sin información.
Magallanes	15	6	7	

De acuerdo a la información recibida, el total de interrupciones del embarazo en el país desde el año 2017 hasta 2020[30] fue de 1.677, de las cuales 703 fueron realizadas por causal Nº1[31] 652 interrupciones realizadas por causal Nº2[32], y 322 interrupciones por causal Nº3[33].

30. Información parcial con respecto al año 2020 ya que se recibió información hasta octubre de dicho año.

31. Riesgo vital para la madre.

32. Embrión o feto con una patología que lo haga incompatible con la vida extrauterina independiente.

33. Resultado de una violación siempre que no haya transcurrido más de doce semanas de gestación o catorce semanas si es una menor de 14 años.

b) Fecha promedio de edad gestacional.

Con respecto al acceso a la interrupción del embarazo, consideramos también importante informar respecto de la fecha promedio de edad gestacional[34] en que se realiza el diagnóstico que da paso a la interrupción efectiva. Para esto se les consultó a los 29 Servicios de Salud sobre aquello, pudiendo obtener información de 19. Los resultados fueron los siguientes:

Servicio de Salud	Promedio 1º causal	Promedio 2º causal	Promedio 3º causal
Arica y Parinacota	-		-
Iquique y Tarapacá	21	19	8
Antofagasta	-	-	-
Atacama	22	19	8
Coquimbo	-	-	-
Valparaíso - San Antonio	26	21	8
Viña del Mar - Quillota	19	20	7
Aconcagua[35]	15	15	8
Metropolitano Norte	15	22	8
Metropolitano Occidente[36]	19	20	8
Metropolitano Central	19	20	8
Metropolitano Oriente	-	-	-
Metropolitano Sur	17	0	7
Metropolitano Sur - Oriente	-	-	-
O'Higgins	20	23	8
Maule[37]	21	23	8
Ñuble	18	21	9
Concepción	-		-
Magallanes	15	6	7

34. La información entregada se refiere a semanas.

35. No se obtuvo información del Hospital San Camilo.

36. No se obtuvo información del Hospital Félix Bulnes.

37. No se obtuvo información del Hospital de Curicó ni del Hospital de Linares.

De lo anterior podemos indicar un promedio nacional para la primera y segunda causal de 19 semanas. Respecto de la tercera causal el promedio nacional es de 7 semanas.

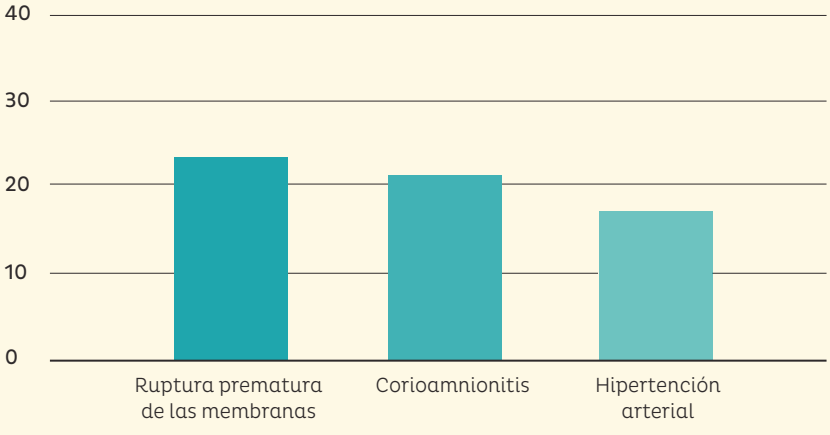
c) Patologías asociadas a la interrupción del embarazo.

Otra de las preguntas realizadas a los distintos Servicios de Salud del país tuvo relación con las patologías que estuvieron presentes en la configuración de la primera y segunda causal de interrupción voluntaria del embarazo.

Se pudieron constatar problemas respecto de la gestión de la información de las patologías diagnosticadas el año 2017, puesto que 12 Servicios de Salud no contaban con tales datos, sumado a que un Servicio de Salud no tenía información para los años 2019 y 2020. La falta de información respecto del año 2017 se debe a tres factores, según fue indicando por cada Servicio u hospital. El primero y más evidente refiere a que no existieron casos de interrupción. El segundo factor tiene que ver con el momento en que se comenzó a implementar la ley en los hospitales, ya que varios lo hicieron a contar del año 2018. El tercer factor es que muchos hospitales se rigen por el sistema de registro del Ministerio de Salud, el cual también se comenzó a implementar a partir del año 2018, por tanto, no hay registros internos de algunos hospitales con respecto al año 2017.

En cuanto a las respuestas en sí, se pudo obtener solo la información sobre la cantidad de veces que se repetía una patología entre los distintos hospitales del país, mas no pudimos constatar la cantidad de veces que aquel diagnóstico se produjo en total, independiente del hospital. Con respecto a las patologías de la primera causal pudimos constatar lo siguiente:

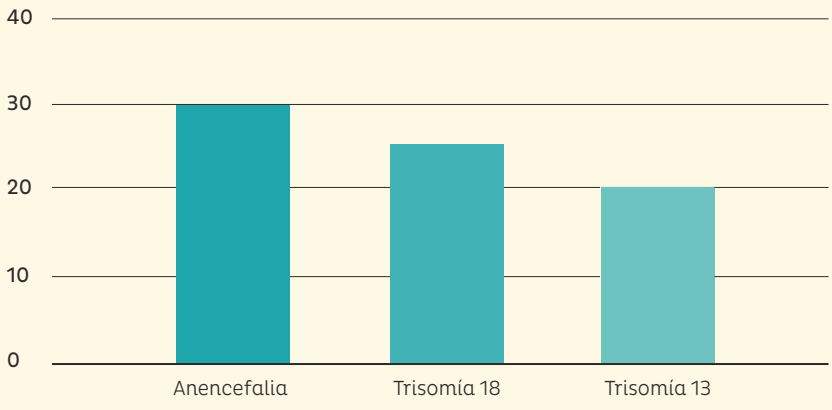
Patologìas primera causal entre hospitales



De los 41 hospitales que informaron los diagnósticos de las patologías asociadas a la primera causal de interrupción del embarazo, 3 patologías fueron las que aparecieron con mayor frecuencia. La primera de ellas fue la patología de ruptura prematura de las membranas, con una presencia en 22 hospitales. La segunda fue la corioamnionitis, la cual se diagnosticó en 21 hospitales. La tercera patología fue la hipertensión arterial[38], informada por 18 hospitales.

Respecto de las patologías asociadas a la segunda causal, se pudo obtener la siguiente información:

Patologìas segunda causal entre hospitales



De los 40 hospitales que informaron sus diagnósticos asociados a la segunda causal, las 3 patologías que más aparecieron en los distintos recintos fueron la anencefalia, con una presencia en 30 hospitales, luego la trisomía 18, la cual estuvo presente en 25 hospitales, y finalmente la trisomía 13, la cual fue diagnosticada en 20 hospitales.

Articulación con el sector privado como parte del sistema de monitoreo[39]

a) Denuncias a la Superintendencia de Salud por infracción a la Ley Nº 21.030.

La Ley Nº 21.030 faculta a la Superintendencia de Salud para conocer sobre reclamos en relación al programa de acompañamiento cuando aquel no sea ofrecido en los términos regulados en dicho cuerpo normativo. Dichos términos incluyen un acompañamiento que comprende, entre otras cosas, el proceso de discernimiento y el proceso posterior, es decir, el periodo anterior y posterior al parto o a la interrupción del embarazo. Se incluyen aquí las "acciones de acogidas y apoyo biopsicosocial ante la confirmación del diagnóstico y en cualquier otro momento de este proceso. En caso de continuación del embarazo, junto con ofrecer el

38. Distintos diagnósticos asociados a hipertensión arterial, por ejemplo, crisis hipertensiva.

39. Las consultas de este ítem no incorporó consultas relativas a los hospitales pertenecientes a las Fuerzas Armadas.

apoyo descrito, se otorgará información pertinente a la condición de salud y se activarán las redes de apoyo".

Se le consultó a la Superintendencia de Salud sobre la cantidad de denuncias que ha recibido por la infracción a la Ley Nº 21.030 desde la entrada en vigencia de aquella hasta la fecha[40], ante lo cual se informó que solo existía un caso de denuncia correspondiente al mes de agosto de 2020 por infracción al programa de acompañamiento[41], sin embargo no indican qué establecimiento de salud fue el denunciado.

b) Estándares de cumplimiento de la Ley Nº 21.030 de establecimientos privados.

Se solicitó información a la Subsecretaría de Salud sobre dos cuestiones con respecto al cumplimiento de la Ley IVE por parte de los establecimientos privados. La primera pregunta buscaba conocer si se habían dispuesto estándares de cumplimiento de la legislación vigente para establecimientos privados de salud. La segunda pregunta buscaba conocer si se había solicitado a estos establecimientos el envío de protocolos u otra regulación interna para dar cumplimiento a la Ley IVE.

La respuesta que se otorgó consistió en una denegación de la información por el artículo 21, numeral 1, letra b)[42] de la Ley Nº 20.285 sobre acceso a la información pública, ya que el reglamento de la Ley Nº 21.030 que contiene los deberes de los establecimientos privados de salud se encuentra aún en etapa de estudio[43].

c) Exigencias a establecimientos privados para el cumplimiento de obligaciones por tercera causal.

Se le consultó a la Superintendecia de Salud si es que se les exigía a los establecimientos privados de salud contar con pautas, lineamientos y/o protocolos internos para dar cumplimiento a las obligaciones que se derivan de la atención a una paciente que concurra por la tercera causal del artículo 119 del Código Sanitario (embarazo resultado de violación), en particular respecto a la implementación de estándares en materia de toma de muestras y procedimientos de cadena de custodia especificados en la Norma Técnica.

La Superintendencia de Salud indicó que la competencia que le entregaba la Ley Nº 21.030 correspondía sólo a lo relativo a reclamos del programa de acompañamiento, por tanto no realizan este tipo de exigencias a los establecimientos privados de salud.[44]

40. La información se solicitó en septiembre de 2020, por tanto los datos corresponden hasta esa fecha.

41. Ord. Nº 2419 de la Superintendencia de Salud con fecha 24 de septiembre de 2020.

42. Artículo 21 del artículo primero de la Ley 20.285: "Las únicas causales de secreto o reserva en cuya virtud se podrá denegar total o parcialmente el acceso a la información, son las siguientes:
a) Cuando su publicidad, comunicación o conocimiento afecte el debido cumplimiento de las funciones del órgano requerido, particularmente:
b) Tratándose de antecedentes o deliberaciones previas a la adopción de una resolución, medida o política, sin perjuicio que los fundamentos de aquéllas sean públicos una vez que sean adoptadas."

43. Resolución Exenta Nº 1149 de la Subsecretaría de Salud con fecha 29 de diciembre de 2020.

44. Ord. Nº 50 de la Superintendencia de Salud con fecha 12 de enero de 2021.

d) Rol de los Comités de Ética en los establecimientos privados.

Los Comités de Ética Asistencial son "órganos colegiados de carácter consultivo e interdisciplinario, creados para analizar y asesorar sobre los conflictos éticos que se susciten como consecuencia de la atención de salud, para contribuir a mejorar la calidad de la atención y proteger los derechos de las personas en relación con ella"[45]. Como aquellos Comités interfieren en conflictos éticos que se presentan al momento de una atención de salud, es relevante conocer su rol en casos de interrupción voluntaria del embarazo por la Ley Nº 21.030. Producto de lo anterior, se requirió información al Ministerio de Salud en relación a los establecimientos privados de salud.

El Ministerio de Salud indicó que el Reglamento para la Constitución y Funcionamiento de Comités de Ética Asistencial es aplicable para entes públicos y privados, y que en base a los artículos 2º, 8º numeral 1 y 14 del Decreto 62, de 2013, del Ministerio de Salud sería función del Comité de Ética Asistencial asesorar a un médico al cual se le solicite una interrupción de un embarazo siempre y cuando éste presente dudas sobre el procedimiento. Además, el Comité puede asesorar si algún paciente o familiar presenta dudas. El Ministerio de Salud indica que, como la constitución de alguna de las tres causales contempladas en la Ley IVE la determina el equipo médico especialista correspondiente, el Comité de Ética Asistencial solamente delibera en la medida que el médico tratante o su equipo le solicita su apoyo frente a una situación específica en que se encuentre conflicto de valores o una eventual vulneración de derechos. No existe una obligación o normativa de la participación del Comité de Ética Asistencial en lo que respecta a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en las tres causales, ya que dicha interrupción es permitida por el ordenamiento jurídico si la mujer da el consentimiento para realizar el procedimiento una vez constituida la causal si la mujer es mayor de edad y capaz. En caso de ser menor de edad o incapaz de brindar consentimiento, existe una norma para llevar a cabo el proceso[46].

45. Artículo 2º del Decreto 62, de 2013, del Ministerio de Salud que aprueba el Reglamento para la Constitución y Funcionamiento de Comités de Ética Asistencial.

46. Respuesta a la consulta 1346404 al Ministerio de Salud, redactada por Roxana Alvarado de la Unidad de Género el 18 de enero de 2021.

2.3. COORDINACIÓN INTERSECTORIAL

Cadena de custodia: infraestructura e investigaciones penales

a) Infraestructura necesaria en Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico para la toma de muestras y su conservación en los casos de interrupción del embarazo por Tercera causal Ley IVE.

Uno de los elementos esenciales que permiten poder implementar la Ley IVE en aquellos casos en que la interrupción del embarazo procede a consecuencia de una violación, es que los centros médicos encargados de realizar tales procedimientos cuenten efectivamente con los recursos humanos y materiales necesarios para realizar dicha labor. Particularmente importante es que los establecimientos tengan la infraestructura que les permita la toma y conservación de muestras de material biológico. En caso de dirigirse un proceso penal que requiera investigar hechos constitutivos de violación, será importante que las condiciones antes mencionadas existan y las muestras se encuentren disponibles para que el Ministerio Público pueda realizar su trabajo de la mejor forma.

Al ser consultados los 70 Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico del país[47] se pudo identificar que 60 de estos sí contaban con la infraestructura requerida para tales efectos, cumpliendo con los requerimientos que dispone la Norma Técnica. Por el contrario, tan sólo 5 Centros comunicaron no contar con la infraestructura necesaria para la toma de muestras biológicas requeridas en los casos de interrupción del embarazo por tercera causal. Éstos son: el Hospital de Curanilahue, Hospital de Curicó, Hospital de Cauquenes, Centro de Referencia de Salud Dr. Salvador Allende G. y el Hospital Clínico Metropolitano El Carmen[48].

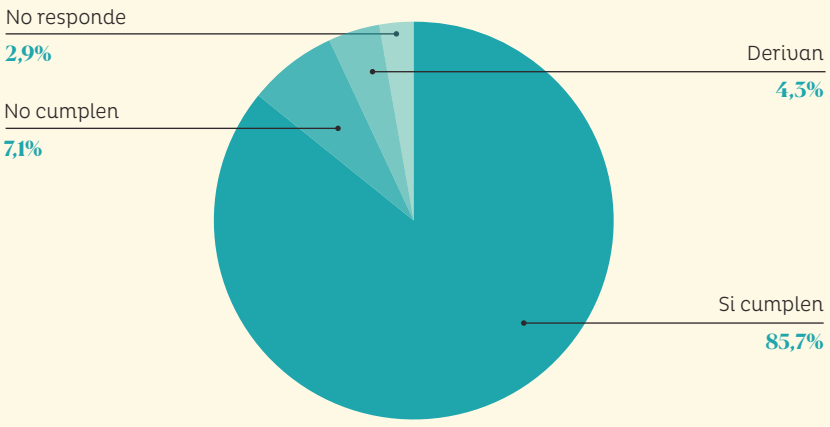
En los casos del Centro de Referencia en Salud Cordillera, el Hospital de Constitución y el Hospital de Tomé, estos informaron que no realizaban interrupciones voluntarias de embarazos dado que en tales hipótesis las mujeres eran derivadas al Hospital Regional respectivo, y por tanto, tampoco contaban con la infraestructura requerida[49]. Por último, sólo en los casos del Hospital de Peñaflor y el Hospital San Luis de Buin no fue posible conocer la información requerida, dado que el organismo en cuestión no respondió a la solicitud de información pública, ni tampoco se obtuvo respuesta por medio de amparo presentado ante el Consejo para la Transparencia.

47. Al respecto, considerar la aclaración metodológica efectuada en el punto 3.5. "La red de salud consultada" del presente informe.

48. La información fue entregada por los hospitales por medio de los siguientes oficios: 1) Ordinario 17/A Nº 1200, de fecha 22 de octubre de 2020, del Servicio de Salud Arauco; 2) Ordinario Nº 002830, de fecha 21 de octubre de 2020, del Hospital San Juan de Dios de Curicó; 3) Ordinario Nº 3383, de fecha 08 de octubre de 2020, del Servicio de Salud del Maule; 4) Ordinario Nº 1351, de fecha 09 de octubre de 2020, del Servicio de Salud Metropolitano Occidente; 5) Ordinario Nº 0747, de fecha 01 de diciembre de 2020, del Hospital Clínico Metropolitano El Carmen.

49. Lo anterior puede ser observado en las respuestas entregadas por los organismos, materializadas en los siguientes Oficios: 1) Ordinario Nº 326, de fecha 21 de octubre de 2020, emitida por el Centro de Referencia en Salud de Cordillera ; 2) Ordinario Nº 3437, de fecha 14 de octubre de 2020, emitida por el Servicio de Salud del Maule; 3) Ordinario Nº 1332, de fecha 21 de octubre de 2020, emitida por el Hospital de Tomé.

Centros ARO con infraestructura requerida



b) Solicitudes de entrega de muestras custodiadas realizadas por el Ministerio Público a los establecimientos de salud, en el marco de una interrupción del embarazo por violación.

De los 70 Policlínicos de Alto Riesgo Obstétricos que fueron consultados[50], 32 de estos señalaron que desde la entrada en vigencia de la Ley Nº 21.030 a la actualidad sí habían recibido al menos una solicitud por parte del Ministerio Público de muestras custodiadas en el marco de una interrupción del embarazo por el delito de violación. Lo anterior es relevante, pues en tales casos las muestras constituyen evidencia prácticamente irrefutable respecto de la participación de una persona en el delito en cuestión, evitando que tales conductas -que en muchos casos son cometidas contra mujeres menores de edad- queden impunes.

Por contrapartida, 30 de estos centros de salud informaron que no habían recibido, durante estos últimos 3 años, ninguna solicitud de entrega de muestras por parte del Ministerio Público. Este número representa un 42,9% del total. La cifra podría dar cuenta de una situación preocupante, en el sentido de que muchos -o incluso todos- esos establecimientos podrían haber tenido muestras que no fueron solicitadas, lo que podría haber dejado sin utilización los rastros biológicos o de ADN, que constituyen la principal evidencia empleada para acreditar la participación culpable de terceros en el delito de violación.

Debe indicarse que en 5 casos no fue posible conocer la información consultada, dado que el establecimiento en cuestión señaló desconocer tales antecedentes. Así, por ejemplo, el Servicio de Salud de la Araucanía Sur informó que no contaba con tal información respecto de los Hospitales de Lautaro, Pitrufquén, Villarrica y Nueva Imperial que componen su red de Salud[51]. Mientras que, en el caso del Hospital San Luis de Buin, no fue posible conocer la información dado que no respondieron a nuestro requerimiento y, al momento de realizar el presente informe,

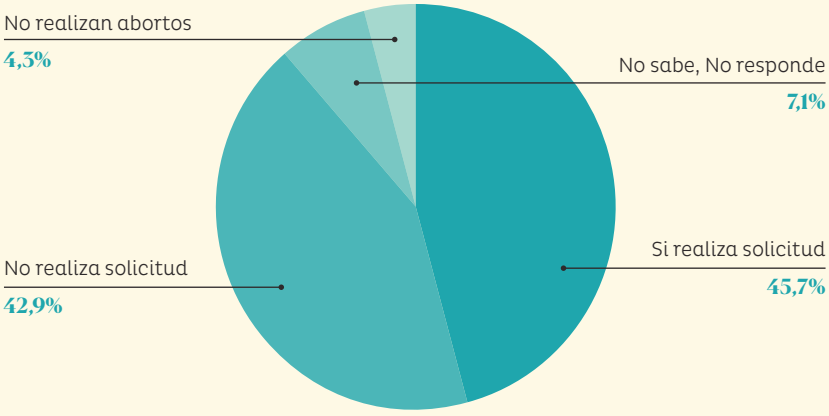
50. Al respecto, considerar la aclaración metodológica efectuada en el punto 3.5. "La red de salud consultada" del presente informe.

51. Estos establecimientos de salud no cuentan con un canal directo de Transparencia, por lo que la información debe ser solicitada a través del Servicio de Salud respectivo, quien se encarga de recopilar la información y de dar respuesta a los requerimientos presentados. La información fue entregada por medio de Oficio Ordinario Nº 1731, de fecha 06 de octubre de 2020, del Servicio de Salud Araucanía Sur.

tampoco habían dado respuesta al amparo ingresado ante el Consejo para la Transparencia.

Por último, y tal como se desarrolló en el sub acápite anterior, 3 Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico[52] informaron que no realizaban interrupciones del embarazo, derivando tales casos a los hospitales regionales respectivos y, por tanto, tampoco contaban con la infraestructura para la toma de muestras médicas por lo que el Ministerio Público no podía solicitar muestras biológicas por violaciones, custodiadas en dichos establecimientos.

Solicitudes Ministerio Público sobre muestras custodiadas



c) Establecimientos de Salud que cuentan con registro de denuncias presentadas por el delito de violación, relacionadas con interrupciones del embarazo por la tercera causal del artículo 119 del Código Sanitario.

De los 70 establecimientos de salud consultados, tan sólo 33 de estos informaron que contaban con un registro de denuncias, presentadas entre los años 2017 y 2020, por el delito de violación del cual habían sido víctimas niñas, adolescentes y mujeres que requerían la interrupción de su embarazo, tras verificarse la tercera causal contemplada en la Ley IVE. Esto implica que tan solo un 47,14% de los establecimientos llevaba un registro consolidado de información que permitiera realizar estudios de seguimiento sobre esta situación, y así poder posteriormente contrastarlo con los casos que efectivamente terminan siendo judicializados.

Por contraste, en 29 Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico del país no se contaba con ningún registro de denuncias presentadas por el delito de violación, a pesar de la gran cantidad de interrupciones voluntarias del embarazo que se han efectuado desde 2017 a la fecha por la tercera causal de la Ley Nº 21.030. Es decir, el 41,4% de la red de Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico no tenían registros sobre la concurrencia de estos delitos, a pesar que en la Ley Nº 21.030 se deja en claro que es deber del Jefe del establecimiento de salud informar al

52. Los 3 Policlínicos de alto Riesgo Obstétrico que informaron dicha situación fueron: 1) Hospital de Tomé; 2) Hospital de Constitución y; 3) CRS Cordillera Oriente. Además, y tal como se ha señalado en ítems anteriores, situación similar fue informada por el Hospital San Luis de Buin y el Hospital de Cañete. Sin embargo, en esta oportunidad no se obtuvo respuesta del primero, mientras que el Hospital de Cañete señaló contar con la infraestructura necesaria para toma de muestras y almacenamiento de las mismas, pero sin explicitar que no realizaban interrupciones de embarazo, como si informó en los ítems anteriores.

ente persecutor (fiscalía), los casos de mujeres que invocaran el delito de violación para acceder a la interrupción de la gestación. Cabe agregar que 4 establecimientos de salud, dependientes del Servicio de Salud Araucanía Sur, informaron que no tenían conocimiento respecto de los registros de denuncias solicitados[53], mientras que el Hospital San Luis de Buin no respondió al requerimiento de información pública, ni tampoco al recurso de amparo ingresado ante el Consejo para la Transparencia. Por último, cabe agregar que 3 de estos establecimientos de salud informaron que no realizaban interrupciones de embarazo, tal como ya se ha desarrollado anteriormente, y por ende tampoco contaban con registro de denuncias por el delito de violación.

Otro punto que puede analizarse a partir de las respuestas entregadas por los Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico que sí contaban con el registro de denuncias, es la cantidad de interrupciones de embarazo que se efectuaron entre los años 2017 y 2020 como consecuencia de una violación. En total, éstos informaron que en tal periodo de tiempo se habían efectuado 237 abortos por dicha causal. Desagregando tal cifra por año, podemos apreciar que durante el año 2017 se tiene registro de tan solo 5 casos denunciados. Dicha cifra experimentó un gran aumento durante los años siguientes, con 44 casos en 2018, 47 en 2019 y 69 durante el año 2020. Adicionalmente, debe agregarse el caso de 11 establecimientos de salud que si bien indicaron el número de casos que constaban en sus registros de denuncias, no informaron a qué años correspondían tales denuncias, por lo que solo podemos informar que, en general, existen otros 72 casos cuyas denuncias fueron efectuadas entre los años 2017 y 2020.

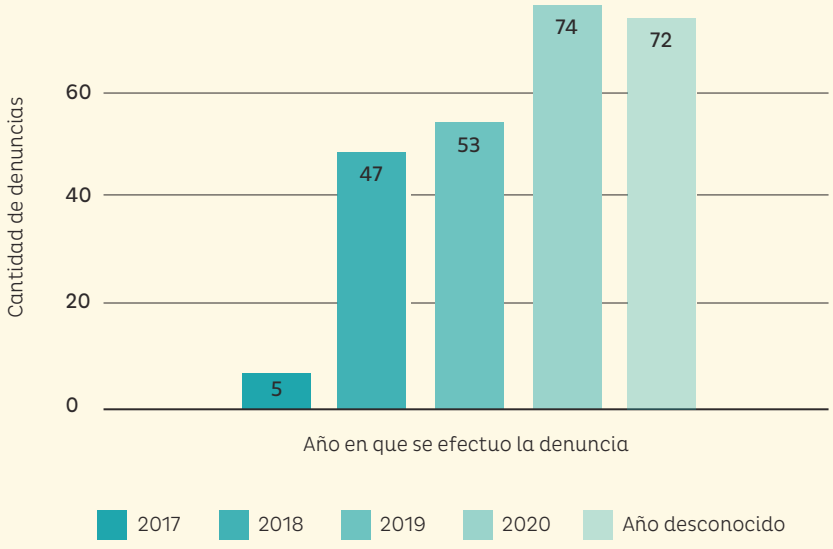
Cabe notar algunas situaciones especiales, como la del Hospital de Valdivia, el cual si bien señaló que no contaba con un registro de denuncias propiamente tal, igualmente informaron de la realización de 3 denuncias en 2018, otras 6 en 2019 y 5 durante el año 2020[54]. Con esto, la cifra de denuncias podría incrementar a 251 casos, pese a que en este último caso no existe registro. En el caso de los Hospitales Gustavo Fricke de Viña del Mar y Claudio Vicuña de San Antonio, estos informaron que sí contaban con registro de denuncias, pero no accedieron a entregar la información[55]. Situación similar sucedió con el Hospital de Antofagasta, que también informó tener un registro de denuncias, pero a la fecha de elaboración del presente informe aún no se obtenía respuesta sobre los datos de tal registro. Tampoco se obtuvo información de parte del Hospital San Luis de Buin.

53. Lo anterior fue informado por el Servicio de Salud Araucanía Sur, por medio del Oficio Ordinario Nº 1731, de fecha 06 de octubre de 2020.

54. Información entregada por el Hospital Base de Valdivia a través del Oficio Ordinario Nº 023, de fecha 12 de febrero de 2021.

55. El Consejo para la Transparencia resolvió que se trataba de datos sensibles que no podían ser entregados al público.

Registro de denuncias por causal 3 Ley IVE



Investigación penal a propósito de la tercera causal: violación y aborto

En relación a la investigación penal que realiza el Ministerio Público de los delitos de violación y aborto, asociados a la verificación de la tercera causal, se intentó levantar información sobre el número de procesos investigativos.

Para el caso del delito de violación, se solicitó al Ministerio Público conocer cuál es el número de ingresos por los delitos tipificados en los artículos 361 y 362 del Código Penal denunciados a propósito de la aplicación del artículo 119 inciso primero numeral tercero del Código Sanitario (interrupción voluntaria del embarazo por la tercera causal de violación), desde la entrada en vigencia de la Ley Nº 21.030 hasta la fecha. Se solicitó desagregar dicha información según el delito específico (artículo 361 o 362 del Código Penal); según edad; según región de origen del ingreso; según si el origen del ingreso se vincula a una atención de salud en el sistema público o privado; según Servicio de Salud al que corresponda la atención a la presunta víctima, en caso de haberse originado la denuncia en un establecimiento público de salud; según Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico donde se prestó atención a la presunta víctima, de corresponder; según establecimiento privado de salud, en caso de haberse originado la denuncia en uno de estos establecimientos; según estado actual de tramitación; y, según si en la investigación se ha aportado o no material biológico por parte del establecimiento de salud respectivo.

Lamentablemente, no fue posible acceder a dicha información. Ante la consulta, el Ministerio Público señaló[56] que la información estadística oficial es aquella que se encuentra en los boletines estadísticos

56. Mediante carta DEN / LT Nº 920/2020 de fecha 15 de octubre de 2020 de la Directora Ejecutiva del Ministerio Público.

de la institución, que se publican en su sitio web. Sin embargo, dichos boletines exponen cifras generales de investigaciones y víctimas según categorías amplias (origen geográfico, tramo etario, tipo penal, entre otras) que no permiten aislar los casos que ocurren con ocasión de la aplicación de la tercera causal de la Ley IVE.

Las razones ofrecidas para justificar la negativa a la entrega de la información son que no se cuenta con registros de ésta y que para generar dicha información se tendría que realizar una revisión manual de cada causa, lo que excede las posibilidades de los recursos humanos y materiales de la institución. Como es difícil establecer algún vínculo entre las cifras generales de investigaciones por el delito de violación y las interrupciones por tercera causal, no se ofrece aquí un mayor análisis al respecto. Cabe hacer presente que, dado que el Ministerio Público es un órgano constitucionalmente autónomo, éste no está sujeto a la supervigilancia del Consejo para la Transparencia. Por ello, tampoco fue posible insistir en obtener la información desagregada para los fines de este informe.

Tratándose del delito de aborto, se solicitó conocer el número de ingresos distinguiendo según las distintas hipótesis que contempla el Código Penal (artículo 342 numeral 1º[57], artículo 342 numeral 2º[58], artículo 342 numeral 3º[59], artículo 343[60], artículo 344 inciso primero[61], artículo 344 inciso segundo[62] y artículo 345[63]). Sin embargo, en un sentido similar a la pregunta por el delito de violación, el Ministerio contestó informando que solo podían entregar información de la base de datos con la que se elaboran sus boletines estadísticos, precisando que para el caso del delito de aborto la manera de procesar la información era distinta de la requerida. En específico, se indicó que la información es desagregada según las categorías más amplias de "aborto consentido" (que comprende las hipótesis del artículo 342 Nº 3 y 344), "aborto sin consentimiento" (que comprende las hipótesis del artículo 342 Nº 1 y 2º y la hipótesis del artículo 343) y "aborto cometido por facultativo por causales no reguladas" (contenida en el artículo 345 del Código Penal). En base a estos parámetros se hizo entrega de los registros de ingresos de estos delitos desde septiembre de 2017 hasta octubre de 2020 según región. Conjuntamente, se informó también el rango etario de las personas imputadas según delito, en aquellos casos en que la persona imputada es conocida, precisando que para ciertas hipótesis puede haber más de una persona imputada.

El principal problema que produce la forma de agrupar la información que fue recibida de parte del Ministerio Público es que, en el caso del aborto consentido, no permite distinguir entre el tipo penal que castiga al que causa maliciosamente el aborto con consentimiento de la mujer (artículo 342 Nº 3) y aquel que castiga a la mujer que, fuera de los casos permitidos por la ley, cause su aborto o preste su consentimiento para que otra persona lo cause (artículo 344). Ambas hipótesis se tratan como una sola hipótesis general de aborto consentido, a pesar de que

57. "Artículo 342. El que maliciosamente causare un aborto será castigado: 1.º Con la pena de presidio mayor en su grado mínimo, si ejerciere violencia en la persona de la mujer embarazada".

58. "Artículo 342. El que maliciosamente causare un aborto será castigado: 2.º Con la de presidio menor en su grado máximo, si, aunque no la ejerza, obrare sin consentimiento de la mujer".

59. "Artículo 342. El que maliciosamente causare un aborto será castigado: 3.º Con la de presidio menor en su grado medio, si la mujer consintiere".

60. "Artículo 343. Será castigado con presidio menor en sus grados mínimo a medio, el que con violencias ocasionare un aborto, aun cuando no haya tenido propósito de causarlo, con tal que el estado de embarazo de la mujer sea notorio o le constare al hechor".

61. "Artículo 344 [inciso primero]. La mujer que, fuera de los casos permitidos por la ley, causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será castigada con presidio menor en su grado máximo".

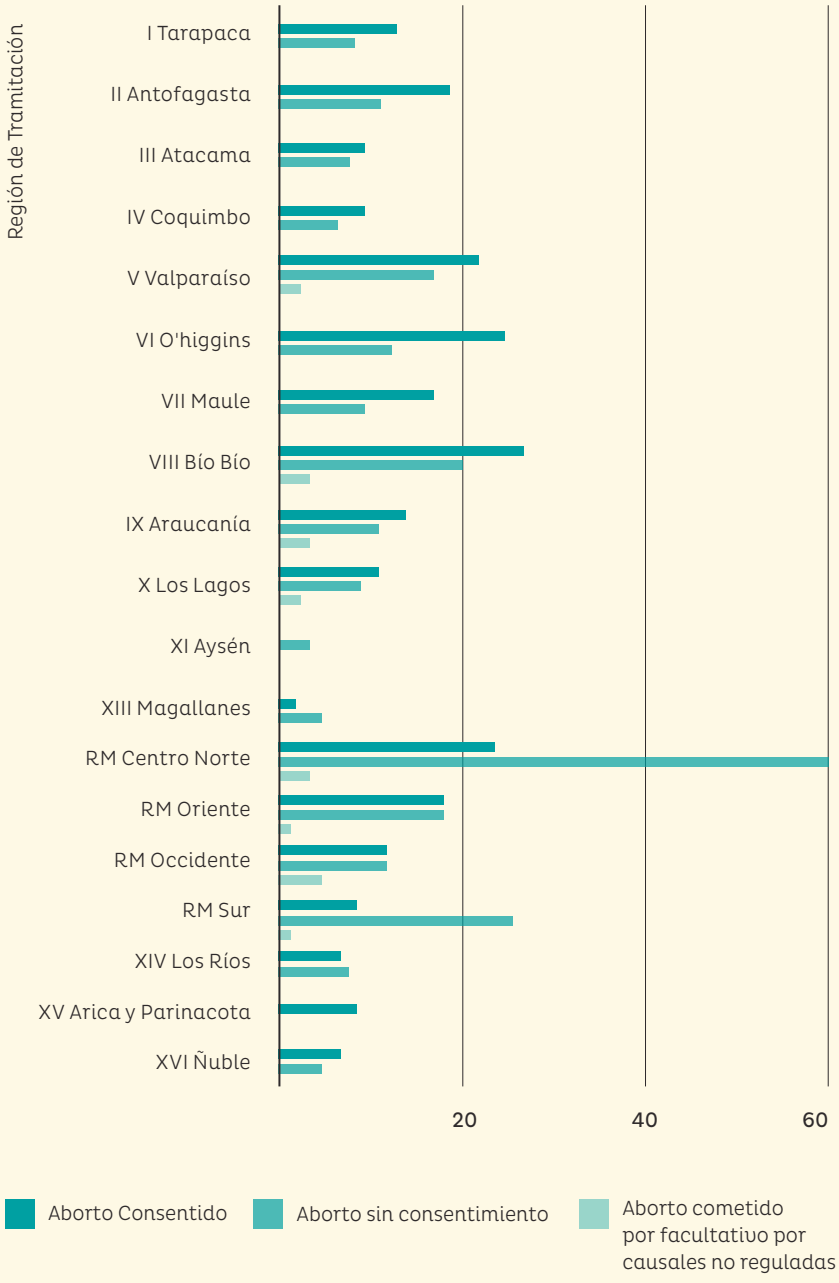
62. "Artículo 344 [inciso segundo, refiriéndose a la mujer que, fuera de los casos permitidos por la ley, causa su aborto o consiente para que otra persona lo cause]. Si lo hiciere por ocultar su deshonra, incurrirá en la pena de presidio menor en su grado medio".

63. "Artículo 345. El facultativo que, abusando de su oficio, causare el aborto o cooperare a él, incurrirá respectivamente en las penas señaladas en el art. 342, aumentadas en un grado".

se está en realidad ante dos tipos penales con sujetos activos distintos para cada caso. Este problema no se presenta con las otras categorías utilizadas, puesto que el aborto sin consentimiento siempre es cometido por una persona que no es la mujer embarazada y el aborto cometido por facultativo en los casos no permitidos por la ley siempre será cometido por un especialista de la salud.

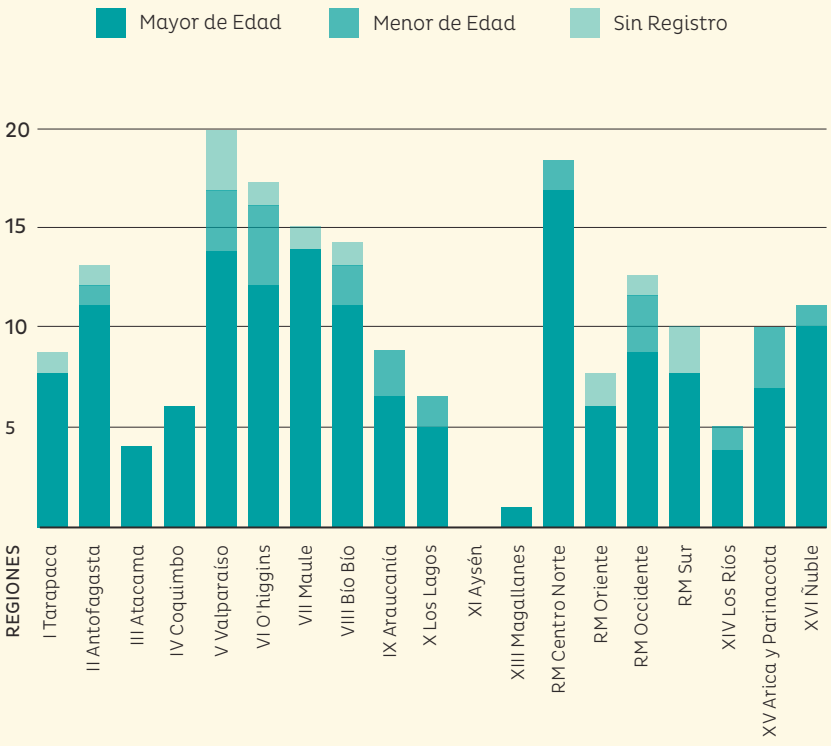
Sin perjuicio de las prevenciones anteriores, con la información entregada es posible observar un panorama de la cantidad ingresos por el delito de aborto, desagregada según las categorías empleadas por el Ministerio Público, en un periodo temporal que va desde septiembre de 2017 hasta octubre de 2020. Lo anterior permite constatar que, para el período informado, la mayor cantidad de ingresos por aborto consentido se ubican en la Región Metropolitana Centro Norte (27), seguida por la región del Bío Bío (26), la región de Valparaíso (22) y la región de O´Higgins (22). Para el caso del aborto sin consentimiento una considerable mayoría de ingresos se concentra en la Región Metropolitana Centro Norte (60), seguida por la Región Metropolitana Sur (24) y la región del Bío Bío (20). Se reportan pocos ingresos por el delito de aborto cometido por facultativo, siendo la Región Metropolitana Occidente la que concentra la mayoría de casos (3). El siguiente gráfico da cuenta del panorama de todas las regiones del país.

Ingresos abortos septiembre 2017 - octubre 2020

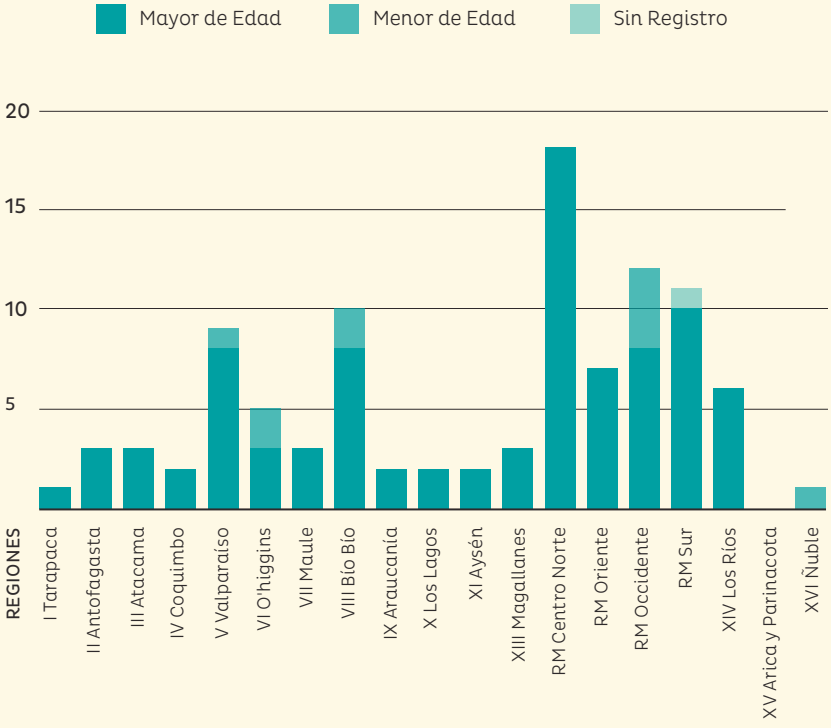


Luego, en aquellos casos donde la(s) persona(s) imputada(s) por el delito de aborto consentido y sin consentimiento se conoce(n), el Ministerio Público informó si dicha(s) persona(s) son mayores o menores de edad. Tomando los números totales de ingresos para el delito de aborto consentido la mayoría se trata de personas imputadas mayores de edad (153) con un número bastante inferior, pero de todos modos significativo, de personas menores de edad figurando como imputadas (22). En el caso del aborto sin consentimiento estas cifras son de 88 y 9, respectivamente.

Edad imputada(o) aborto consentido



Edad de imputada(o) aborto sin consentimiento



La información expuesta puede ser complementada con datos que fueron recientemente levantados por la Corporación Humanas[64]. Hay dos elementos especialmente interesantes de destacar del trabajo realizado por dicha organización. En primer lugar, que al observar un periodo temporal más amplio (2010-2020), se pudo evidenciar que no ha habido una disminución de ingresos tras la entrada en vigencia de la Ley IVE. En segundo lugar, desagregando según género, que la mayor cantidad de imputadas son mujeres. Así, entre las principales conclusiones del estudio se pueden destacar:

a) En el período 2010-2020 se registra un total de 1.716 casos de aborto ingresados, lo que representa un promedio de 156 casos nuevos al año, sin que se observe una disminución significativa con posterioridad a la ley sobre aborto por causales.

b) En el priodo consultado, se registra un total de 1.865 personas imputadas por aborto (un promedio de 169,5 al año). De dicho total, considerando los casos en que el género de la persona imputada es conocido, el 78,7% son mujeres.

c) Del total de 362 personas formalizadas por aborto en el período reportado, el 68,8% son mujeres.

d) Entre el 1º de enero de 2019 y 31 de diciembre de 2020, 146 personas han sido condenadas por delito de aborto, 84 mujeres y 62 hombres, es decir, más de la mitad de las condenas recae en mujeres (57,5%)

2.4. INSUMOS

Stock de fármacos y distribución

La Norma Técnica para la implementación de la Ley Nº 21.030 señala que para proceder a la interrupción voluntaria del embarazo se recomienda "la utilización de métodos que proporcionen mayor seguridad, menores complicaciones y con menor invasión instrumental sobre la mujer gestante"[65]. Los métodos más recomendados son el uso de los medicamentos Mifepristona y Misoprostol, así como la aspiración por vacío[66]. Esta sección y la siguiente examinan la disponibilidad de dichos medicamentos y las autorizaciones para su comercialización. El método de aspiración por vacío mediante la utilización de aspiradores AMEU será revisado en la sección subsiguiente.

El método de interrupción del embarazo con medicamentos es el procedimiento que logra el vaciamiento uterino completo únicamente con la utilización de medios farmacológicos. Según lo explica la Norma Técnica,

65. Norma Técnica Nacional sobre Acompañamiento y Atención Integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la ley 21.030, p. 102.

66. Ibíd.

se trata de "un método seguro y eficaz, de elección, si las condiciones clínicas del caso lo permiten y la mujer lo decide, tratando de evitar el uso de los procedimientos quirúrgicos"[67]. Este método modifica las condiciones físicas del cuello uterino e induce las contracciones uterinas, con la finalidad de obtener la expulsión total del contenido uterino. La Norma Técnica indica que dada su mayor eficacia, "la OMS recomienda utilizar el régimen de Mifepristona seguida de Misoprostol; también se ha descrito el uso de Misoprostol solo, pero su eficacia es inferior y los efectos colaterales son más intensos y prolongados"[68]. Esto quiere decir que se espera que todos los Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico del país cuenten con ambos fármacos para poder utilizar el método farmacológico en las condiciones óptimas.

Un panorama de la disponibilidad de stock de los fármacos Mifepristona y Misoprostol ha podido ser reconstruido con información entregada por la Central Nacional de Abastecimiento del Ministerio de Salud (CENABAST), así como por los distintos Servicios de Salud del país y, en algunos casos, por parte de los respectivos Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico. En lo que sigue se presenta una sistematización de la información obtenida.

a) Stock y distribución según Servicios de Salud.

Los datos proporcionados por CENABAST[69] entregan un primer panorama general del stock de los referidos fármacos en el sistema público, desagregados según Servicio de Salud. No fue posible conocer si acaso los fármacos adquiridos por CENABAST pueden ser luego adquiridos por establecimientos privados. Al respecto, CENABAST señaló que "no ha sido mandatado por el Ministerio de Salud para estos efectos".

Como se puede observar en las dos tablas siguientes, todos los Servicios de Salud del país recibieron un primer stock de Mifepristona y Misoprostol durante el año 2018.

Stock Mifepristona* según Servicio de Salud Año 2018
*Cada unidad corresponde al medicamento MAFILIKE 200 MG CAJ 1 CM (MIFEPRISTONA 200 MG CM).

Servicio de Salud	Entregas 2018
Arica y Parinacota	44
Iquique y Tarapacá	55
Antofagasta	96
Atacama	59

67. Norma Técnica Nacional sobre Acompañamiento y Atención Integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la ley 21.030, p. 104.

68. Ibíd.

69. Resolución Exenta Nº 3808 del Director de CENABAST, de fecha 25 de agosto de 2020.

Stock Mifepristona* según Servicio de Salud Año 2018 *Cada unidad corresponde al medicamento MAFILIKE 200 MG CAJ 1 CM (MIFEPRISTONA 200 MG CM).	
Servicio de Salud	**Entregas 2018**
Coquimbo	131
Valparaíso - San Antonio	69
Viña del Mar - Quillota	106
Aconcagua	58
Metropolitano Norte	100
Metropolitano Occidente	192
Metropolitano Central	110
Metropolitano Oriente	95
Metropolitano Sur	182
Metropolitano Sur-Oriente	177
O´Higgins	132
Maule	154
Ñuble	70
Concepción	107
Talcahuano	40
Bío-Bío	55
Arauco	38
Araucanía Norte	48
Araucanía Sur	124
Valdivia	45
Osorno	40
Reloncaví	58

Stock Mifepristona* según Servicio de Salud Año 2018 *Cada unidad corresponde al medicamento MAFILIKE 200 MG CAJ 1 CM (MIFEPRISTONA 200 MG CM).	
Servicio de Salud	**Entregas 2018**
Chiloé	54
Aysén	38
Magallanes	31

Stock Misoprostol* según Servicio de Salud Año 2018 *Cada unidad corresponde al medicamento MISOFREE 200 MCG CAJ 4 CM (MISOPROSTOL 200 MCG CM).	
Servicio de Salud	**Entregas 2018**
Arica y Parinacota	359
Iquique y Tarapacá	478
Antofagasta	727
Atacama	444
Coquimbo	1047
Valparaíso - San Antonio	563
Viña del Mar - Quillota	821
Aconcagua	475
Metropolitano Norte	882
Metropolitano Occidente	1598
Metropolitano Central	847
Metropolitano Oriente	761
Metropolitano Sur	1461
Metropolitano Sur-Oriente	1410
O´Higgins	1334
Maule	1257

Stock Misoprostol* según Servicio de Salud Año 2018 *Cada unidad corresponde al medicamento MISOFREE 200 MCG CAJ 4 CM (MISOPROSTOL 200 MCG CM).	
Servicio de Salud	**Entregas 2018**
Ñuble	533
Concepción	854
Talcahuano	322
Bío-Bío	443
Arauco	281
Araucanía Norte	340
Araucanía Sur	1075
Valdivia	369
Osorno	305
Reloncaví	445
Chiloé	389
Aysén	305
Magallanes	356

Para el año 2019, CENABAST informó una sola entrega, correspondiente a 51 unidades de Misoprostol para el Servicio de Salud de Iquique. Luego, para el año 2020 se informan solo algunas entregas de Mifepristona a los Servicios de Salud de Antofagasta, Metropolitano Occidente, Arica, Iquique, Valparaíso - San Antonio, Concepción, Araucanía Sur, Reloncaví, Metropolitano Sur Oriente, Chiloé, Atacama, O´Higgins, Metropolitano Occidente, Bío Bío, Coquimbo, Osorno y Antofagasta. El resto de las entregas se hicieron directamente a distintos Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico.

Es relevante notar que CENABAST no informó ninguna entrega de Mifepristona durante el año 2020 (la respuesta es de fecha 25 de agosto de dicho año). Esto es importante de tener en cuenta puesto que, como se verá enseguida, se han producido numerosos quiebres de stock de dicho fármaco si se examina la disponibilidad según Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico.

b) Stock y distribución según Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico.

Además de la información solicitada a CENABAST, se consultó por separado a cada uno de los Servicios de Salud por el stock de Mifepristona y Misoprostol en cada uno de los Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico de su dependencia.

Se debe comenzar señalando que, de un total de 70 Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico[70], se recibió información para 63 de ellos. Se consultó por el stock disponible de Mifepristona y Misoprostol y la variación del stock desde la entrada en vigencia de la Ley Nº 21.030. Una gran cantidad de establecimientos informó solamente respecto del stock actual, situación que pudo ser corregida tras la presentación de amparos del derecho al acceso a la información pública ante el Consejo para la Transparencia. Aun así, en muchos casos se informó que la única información disponible es la del stock actual, como se explicará en mayor detalle. Llama la atención, en general, una gran falta de información detallada y, en ciertos casos, información imprecisa. A continuación, se formulan algunas observaciones a partir de lo informado por los Servicios de Salud del país, respecto de los Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico que se encuentran bajo su dependencia.

(1) Disparidad de información entre CENABAST y los Servicios de Salud.

Una primera cuestión que puede ser destacada es que existe una brecha significativa entre la información entregada por CENABAST y aquella que fue proveída por los Servicios de Salud o, en ciertos casos, directamente por los Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico. Esto se podría explicar por el hecho de que los establecimientos de salud no reciben su stock de fármacos únicamente de parte de CENABAST. Por ejemplo, mientras CENABAST informa haber entregado 359 unidades de Misoprostol en 2018 al Hospital Regional de Arica y Parinacota, dicho establecimiento informa haber recibido 1436 unidades para el mismo periodo.[71] El Director del Hospital Clínico de Magallanes se refirió expresamente a esta situación, haciendo presente que, para el caso de dicho establecimiento, el fármaco Misoprostol se recibe tanto de CENABAST como de compras a particulares, mientras que el fármaco Mifepristona se recibe solamente a través de CENABAST[72].

(2) Falta de información detallada sobre el stock disponible.

Un patrón problemático en las respuestas recibidas de parte de los Servicios de Salud dice relación con una falta de información detallada respecto a cómo ha variado el stock desde la entrada en vigencia de la Ley Nº 21.030 hasta el presente, en cada uno de los Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico de su dependencia. Sobre este aspecto, se observa un número importante

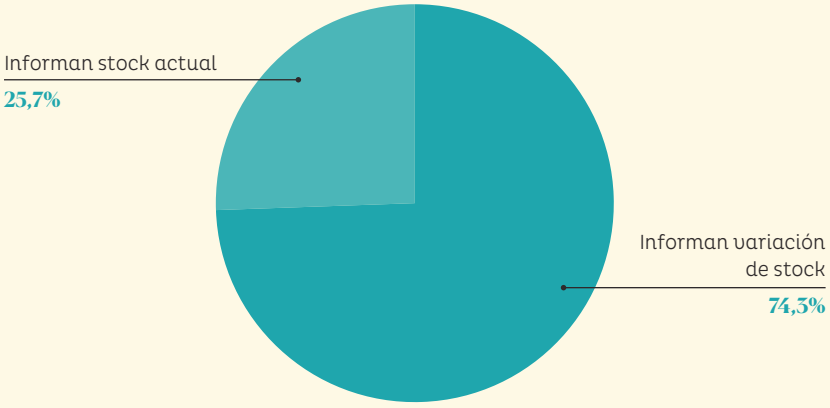
70. Al respecto, considerar la aclaración metodológica efectuada en el punto 1.5. "La red de salud consultada" del presente informe.

71. Of. Ord. Nº 6177 de del Director (S) del Hospital Regional de Arica y Parinacota de fecha 26 de noviembre de 2020.

72. Of. Ord. Nº 180, sin fecha, del Director del Hospital Clínico de Magallanes.

de establecimientos que solo cuentan con información sobre el stock actual, es decir, a la fecha de informar la solicitud de información. En efecto, respecto de 18 de los establecimientos de salud, lo que representa más de un cuarto del total, solamente fue posible acceder al stock actual. Este dato se ilustra en el gráfico que se exhibe a continuación.

Información stock fármacos según Policlínico ARO



Junto con lo anterior, se observan una serie de problemas de gestión de la información relacionados con la imposibilidad de conocer la variación del stock en varios de los establecimientos que dependen de los Servicios de Salud requeridos. Se pueden ofrecer, al respecto, algunos ejemplos. Una razón aducida para no informar la variación del stock fue, según un establecimiento, que "no llevan registros de los stocks ocupados con anterioridad"[73]. En un sentido similar, un Servicio de Salud señaló que no cuentan con registros anteriores al del stock actual debido a "problemas en el sistema informático de bodega de farmacia"[74]. En palabras de otro Servicio de Salud, resulta "imposible disponer de información contenida años atrás ya que los movimientos de stock son demasiado antiguos y específicos y la forma de realizar el registro de estos movimiento era de manera manual"[75]. Finalmente, cabe mencionar como ejemplo la respuesta de un hospital que, al responder un amparo ante Consejo para la Transparencia (Amparo C5202-20) se limitó a aclarar que habían recibido stock de fármacos en 2 oportunidades, pero que no contaban con el detalle[76].

Finalmente, debe decirse que es preocupante no haber podido recibir información alguna de parte de ciertos Servicios de Salud. Esto es especialmente delicado cuando se trata de Servicios de Salud de los cuales dependen establecimientos que atienden a un número considerable de pacientes. Es el caso, por ejemplo, del Servicio de Salud Metropolitano Sur, que no ofreció información alguna y del cual dependen el Hospital Barros Luco, el Hospital y CRS El Pino y el Hospital San Luis de Buin.

73. Of. Ord. Nº 4148 de la Directora del Hospital Las Higueras de Talcahuano, de fecha 8 de septiembre de 2020.

74. Of. Ord. 17/A Nº 1060 del Director (S) del Servicio de Salud de Arauco, de fecha 27 de agosto de 2020.

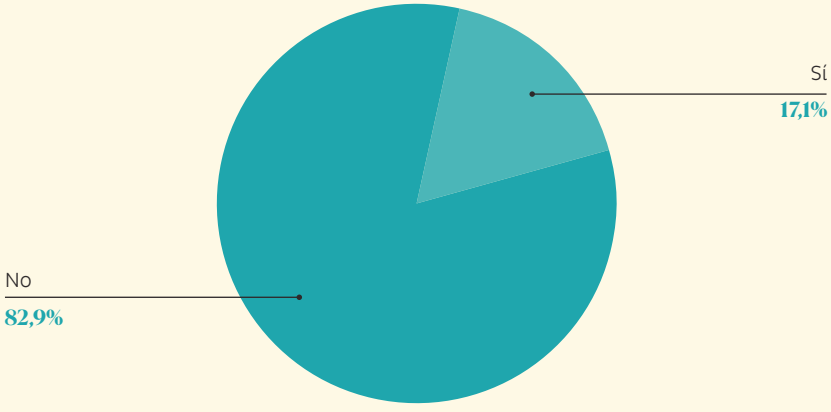
75. Of. Ord. Nº 1393 del Director (S) del Servicio de Salud Araucanía Norte, de fecha 10 de septiembre de 2020.

76. Of. Ord. Nº 217 de 18 de agosto de 2020 del Director del Hospital San Juan de Dios de Los Andes.

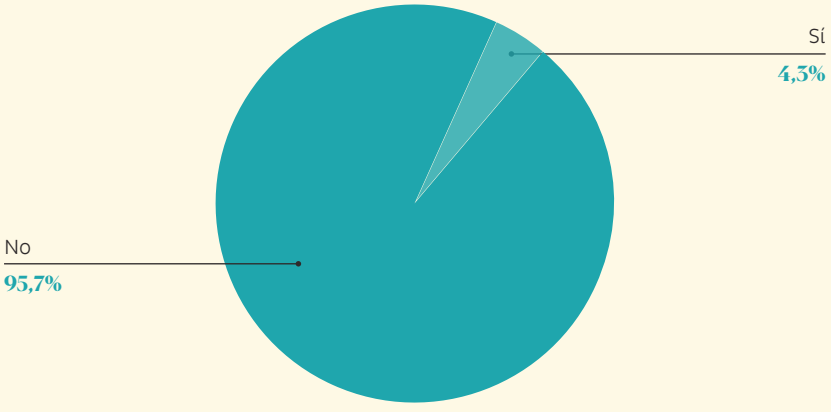
(3) Quiebres de stock.

La disponibilidad permanente de fármacos es un indicador fundamental para evaluar si el sistema público de salud tiene capacidad de ofrecer una respuesta integral a las solicitudes de interrupción voluntaria del embarazo. Por lo anterior, es importante mencionar que a partir de la información recabada se pudo constatar que desde la entrada en vigencia de la Ley Nº 21.030 a la fecha se han producido quiebres de stock en distintos Policlínicos de Alto Riesgo Obstétrico. Se pudo constatar, con la información disponible para el periodo analizado, que en al menos 12 casos se produjo un quiebre de stock (stock disponible igual a cero en alguno de los períodos informados) de Mifepristona y en al menos 3 casos se produjo un quiebre de stock de Misoprostol. Estas cifras representan un 17,1% y 4,3% del total, respectivamente. Se trata de datos preocupantes -especialmente el porcentaje de quiebres de Mifepristona- ya que dan cuenta de una falta de planificación en la distribución de fármacos en los distintos establecimientos de salud del país.

Quiebre stock Mifepristona



Quiebre stock Misopostrol



En algunos casos se ofrecieron explicaciones para los quiebres de stock. Desde el Hospital San Martín de Quillota, por ejemplo, se señaló que existió un quiebre de stock tanto de Mifepristona como de Misoprostol debido a que los medicamentos se habrían vencido durante el año 2019[77]. En otros casos se hizo mención a una falta de disponibilidad generalizada de Mifepristona que habría afectado a más de un Servicio de Salud. Lo anterior fue referido por el Servicio de Salud Metropolitano Central que en una de sus comunicaciones indicó: "[d]ada la baja rotación de Mifepristona, el equipo médico de ese momento (...) decide sólo utilizar Misoprostol para esta indicación, sin embargo hace unos meses atrás solicitaron contar nuevamente con el fármaco, por lo que ahora se dispone de 4 comprimidos con vencimiento 05/2022"[78]. Otro caso que da cuenta de lo mismo es el del Servicio de Salud Arauco Sur. En dicho servicio se pudo verificar un quiebre de stock de Mifepristona en 4 de los 5 hospitales de su dependencia. El director de dicho servicio mencionó una "contingencia de falta transitoria de mifepristona" debido a que "no existía disponibilidad por Cenabast para el país"[79].

Autorización para la comercialización de fármacos

En el marco de los fármacos utilizados en el contexto de la interrupción del embarazo, se le realizó la consulta al Instituto de Salud Pública respecto a qué personas, naturales o jurídicas, cuentan hoy con registro sanitario vigente para la comercialización de los fármacos Mifrepistona y Misoprostol. Además, se consultó si estos registros eran provisorios o definidos. De lo anterior informaron lo siguiente:

Registro Mifrepistona
- Asociación Chilena de Protección de la Familia (Registro F-25075/19).
Registro Misoprostol
- Asociación Chilena de Protección de la Familia (Registro F-25074/19). - DIFEM Laboratorios S.A. (Registro F-25000/19 y Registro F-24205/18). - DKT Chile S.p.A. (Registro F-24634/19). - Laboratorios Recalcine S.A. (Registro F-23037/16, FX-32/17, FX-34/17, FX-36/17). - Sanofi-Aventis De Chile S.A. (Registro F-9507/16).

Todos los registros tienen fecha de caducidad, con posibilidad de renovar si se solicita y se cumplen los requisitos exigidos, por tanto, no existen registros indefinidos ni provisorios.

77. Carta de fecha 16 de diciembre de 2020 del encargado de solicitudes de la ley de transparencia del Hospital San Martín de Quillota.

78. Carta sin fecha de la Directora del Servicio de Salud Metropolitano Central. Información complementada mediante correo electrónico de fecha 13 de octubre de la Unidad de Transparencia del Servicio de Salud Metropolitano Central.

79. Of. Ord. Nº 2012 del Director del Servicio de Salud Arauco Sur, de fecha 16 de noviembre de 2020.

Disponibilidad de aspiradores AMEU

Los dispositivos AMEU permiten realizar la aspiración por vacío la cual consiste en "la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica o de metal, unida a una fuente de vacío"[80]. Al ser un dispositivo que también permite la interrupción del embarazo en condiciones seguras y preferibles a otros procedimientos instrumentales como el legrado, curetaje o raspado, se requirió información sobre su disponibilidad a los distintos Servicios de Salud.

La información requerida se basó en cuatro preguntas. La primera pregunta consistió en indicar el stock disponible de los dispositivos AMEU desde la entrada en vigencia de la ley. Esta pregunta implicaba que se indicara la variación en el tiempo del stock. Sin embargo, como ocurrió con la disponibilidad de fármacos, pocos Servicios entregaron dicha información, indicando solo el stock actual. Es por esto que se prescindirá del análisis de la variación puesto que los datos obtenidos de aquellos son muy escasos. La segunda pregunta consistió en indicar la vida media de los dispositivos AMEU. No fue posible sistematizar esta segunda pregunta debido a que la información se entregó utilizando distintos parámetros de medición y, en muchos casos, entregando información poco precisa. La tercera pregunta se refirió a la renovación de los dispositivos AMEU, la cual arrojó información que sí fue posible sistematizar. La cuarta y última pregunta buscó identificar la relación entre aspiradores AMEU disponibles y el número de mujeres fértiles correspondientes a la zona de cobertura del Servicio de Salud. Respecto a esta respuesta, nuevamente no fue posible realizar un análisis debido a que la cantidad muy menor de Servicios de Salud que contestaron a la interrogante. Una razón común para no entregar la respuesta a la cuarta pregunta fue que no se encontraba tal indicador dentro de sus estadísticas.

Teniendo en cuenta lo anterior, de la primera y tercera pregunta fue posible extraer la siguiente información:

Servicio de Salud	Stock actual	Renovación	
		SI/NO	Dónde (veces renovados)
Arica y Parinacota	-	-	-
Iquique y Tarapacá	5	SI	Hospital de Iquique (1)
Antofagasta	44	SI	Hospital de Calama (2)
Atacama	-	-	-
Coquimbo	21	NO	-

80. Norma Técnica Nacional sobre Acompañamiento y Atención Integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la ley 21.030, pp. 126.

Servicio de Salud	Stock actual	Renovación	
		SI/NO	Dónde (veces renovados)
Valparaíso - San Antonio	19	SI	Hospital Carlos Van Buren (1)
Viña del Mar - Quillota	12	SI	Hospital de Quillota (5), Hospital de Quilpué (2) y Hospital Dr. Gustavo Fricke (1)
Aconcagua	14	SI	Hospital San Camilo (1)
Metropolitano Norte	111	NO	-
Metropolitano Occidente	363	SI	Hospital Félix Bulnes (7)
Metropolitano Central [81]	60	NO	-
Metropolitano Oriente	20	NO	-
Metropolitano Sur	-	-	-
Metropolitano Sur - Oriente	38	NO	-
O'Higgins	16	NO	-
Maule [82]	8	SI	Hospital de Curicó (3)
Ñuble	0 [83]	-	-
Concepción	10	SI	Hospital Regional de Concepción (2) Hospital de Lota (2) Hospital de Coronel (2)
Talcahuano	10	SI	Hospital Las Higueras (2)
Bío Bío	24	SI	Hospital de Los Ángeles (2)
Arauco	21	NO	-
Araucanía Norte	8	-	-
Araucanía Sur	11	-	-
Valdivia	6	-	-
Osorno	8	SI	Hospital de Osorno (1)
Reloncaví	16	NO	-

81. Información sobre el Hospital San Borja Arriarán no disponible.

82. Información sobre el Hospital de Talca no disponible.

83. Mediante Carta 1F/Nº 0319 del director del Servicio de Salud Ñuble, de fecha 19 de agosto de 2020, se señaló, en relación al stock de aspiradores AMEU, que "no es posible entregar información, ya que no se cuenta con ellos". En un documento complementario a dicha carta, el Hospital Herminda Martín, dependiente del servicio antes mencionado, señaló que "no cuenta con stock de aspirador manual endouterino (AMEU)" y, respecto de eventuales renovaciones de stock que "no ha solicitado stock de aspirador manual endouterino (AMEU)".

Servicio de Salud	Stock actual	Renovación	
		SI/NO	Dónde (veces renovados)
Chiloé	12	-	-
Aysén	3	NO	-
Magallanes	6	SI	Hospital Clínico de Magallanes (1)

Por último, nos parece relevante destacar la importancia de la instalación, en los distintos establecimientos de salud que realizan el procedimiento de interrupción del embarazo, de estas técnicas modernas de evacuación uterina, tal como lo recomienda la Norma Técnica Nacional al indicar que esta técnica debe ser la primera elección de método de interrupción en embarazos de primer trimestre por su alta eficacia y seguridad[84].

84. Norma Técnica Nacional sobre Acompañamiento y Atención Integral a la mujer que se encuentra en algunas de las tres causales que regula la ley 21.030, pp. 114.

SARMIENTO Y WALKER
ABOGADOS