

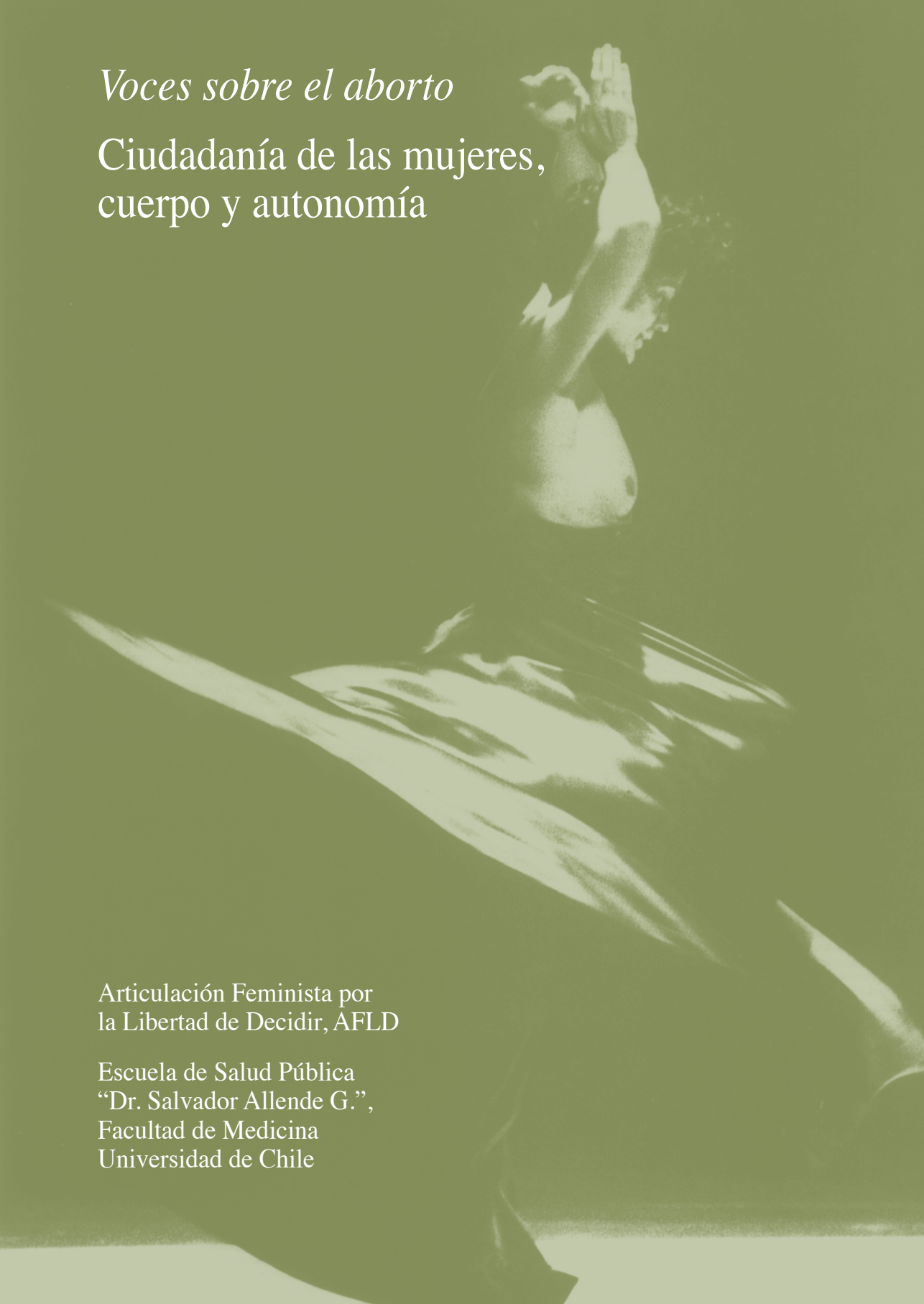


Voces sobre el aborto

Ciudadanía de las mujeres, cuerpo y autonomía

Articulación Feminista por
la Libertad de Decidir, AFLD

Escuela de Salud Pública
“Dr. Salvador Allende G.”,
Facultad de Medicina
Universidad de Chile



Voces sobre el aborto

Ciudadanía de las mujeres,
cuerpo y autonomía

Articulación Feminista por
la Libertad de Decidir, AFLD

Escuela de Salud Pública
“Dr. Salvador Allende G.”,
Facultad de Medicina
Universidad de Chile

Voces sobre el aborto
Ciudadanía de las mujeres,
cuerpo y autonomía

ISBN: 978-956-19-0881-9

1ª Edición
Santiago de Chile, 2014.

Coedición:

Articulación Feminista por la
Libertad de Decidir, AFLD
porlalibertaddecidir@gmail.com
www.articulacionfeministachile.blogspot.com

Escuela de Salud Pública
“Dr. Salvador Allende G.”,
Facultad de Medicina,
Universidad de Chile
Av. Independencia 939,
Santiago, Chile.
www.saludpublica.uchile.cl

Edición: Adriana Gómez Muñoz
Diseño: Marisol Blázquez Pino

Impresión: LOM Ediciones

Derechos reservados,
prohibida su reproducción

Esta edición fue posible con el
auspicio de: Global Fund for Women

Indice

Voces sobre el aborto

Ciudadanía de las mujeres, cuerpo y autonomía

Introducción

Aborto en Chile: Cuerpos, derechos, libertades

María Isabel Matamala Vivaldi

7

Capítulo 1

Chile: Los derechos postergados

Aborto y salud pública en Chile

Argumentos para una legislación
que espera desde hace casi 80 años

Pamela Eguiguren Bravo, Marcela Ferrer Lues

23

Perspectiva Médico-Epidemiológica del aborto en Chile

Ramiro Molina Cartes

34

Las paradojas y desafíos para la investigación
social del aborto inducido en Chile

Irma Palma Manríquez, Claudia Moreno Standen

51

La penalización del aborto como una violación
a los derechos humanos de las mujeres

*Lidia Casas Becerra y Lieta Vivaldi Macho,
con la colaboración de Cristina Silva Molina,
María Constanza Bravo Stockle, Consuelo Navarro
Pérez y Fernanda Sandoval Riquelme*

60

Aproximaciones normativas al aborto en Chile

Javier Pineda Olcay

73

Aborto: derechos humanos de las mujeres
frente al parlamento chileno

Camila Maturana Kesten

81

Posición de los médicos frente al aborto

Aníbal Faúndes Latham y José Barzelatto Sánchez

91

Capítulo 2

Estrategias latinoamericanas

Situación del aborto en Uruguay. Lo que trajo la ley
Lilián Abracinskas Ceplikas 99

¡Seguimos en Campaña!
Prácticas y desafíos por el derecho al aborto legal,
seguro y gratuito en Argentina (2005-2014)
Claudia Anzorena Abaca 102

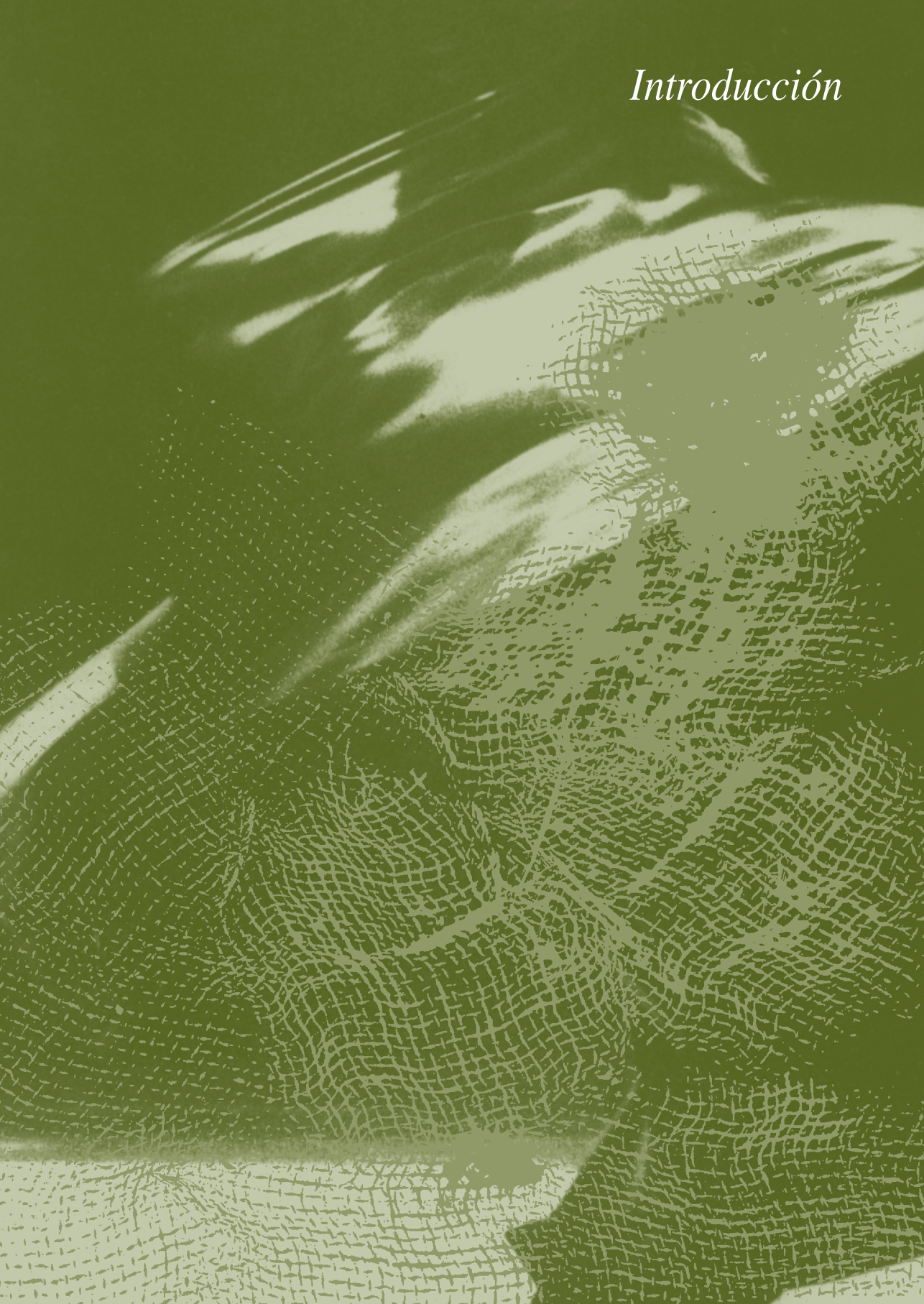
O Acesso ao Aborto Legal e Seguro como Direito
das Mulheres: A Experiência Brasileira
Maria José de Oliveira Araújo 111

Anexo

Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo
*I Conferencia Regional sobre Población
y Desarrollo de América Latina y el Caribe.
Montevideo, Uruguay, Agosto 2013*
*Extracto: D. Acceso universal a los servicios
de salud sexual y salud reproductiva* 121

Documento de Posición de Redes y Organizaciones
de la Sociedad Civil sobre el Acceso Igualitario
al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. 125

Introducción



Aborto en Chile: Cuerpos, derechos, libertades

María Isabel Matamala Vivaldi*

“Dar la vida sólo puede ser un proyecto humano basado en la libertad, en la voluntad; la mujer no es un útero disponible para el patriarcado”.

Celia Amorós, filósofa, feminista española

Es común que a través de su historia predomine en los países una tendencia hacia la ampliación de sus sistemas normativos. Esto surge como resultado progresivo de la producción de conocimiento, reflexiones, debates, expectativas y demandas de la ciudadanía por mayor protección y ampliación de sus derechos y libertades con vistas a una mejor vida. Las expectativas reflejan, de una u otra forma, los cambios culturales que van ocurriendo en los contextos global y nacional.

A partir de la Segunda Guerra Mundial se fue evidenciando en el mundo una mayor propensión a legalizar el aborto, señal de una creciente conciencia en cuanto a que representa un problema de derechos humanos no resuelto. Los sucesivos instrumentos del Derecho Internacional de los Derechos Humanos producidos antes y después de la definición de los derechos sexuales y reproductivos en la década de los 90, reflejan la expansión de límites del pensamiento y las prácticas de la sociedad global.

No obstante, en nuestro país del siglo XXI apreciamos que si bien desde 1994¹ se ensancharon en el mundo los márgenes de la reflexión y la legitimidad respecto del aborto al situarlo en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, la situación que viven las mujeres chilenas en cuanto a hacer efectivas sus decisiones reproductivas dentro del ordenamiento jurídico actual es desventajosa si la comparamos con la de sus congéneres de los siglos precedentes. En efecto, luego de un largo período de sensibilización y avances respecto de la necesidad de legalizar la interrupción del embarazo, en los años 70 la dictadura forzó una inflexión desde fundamentos ideológicos conservadores y geopolíticos. La tendencia regresiva heredada de la dictadura ha logrado mantenerse por más de 40 años hasta el momento actual, retroalimentada desde la clase política en los 25 años post dictadura, en contradicción con la tendencia libertaria que emerge desde la ciudadanía y que guarda relación con los procesos en curso de apropiación de derechos y poder.

* La autora es médica cirujana con extensa trayectoria de trabajo y docencia en género, derechos humanos y salud. Es Consejera Consultiva de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, integrante del Observatorio de Equidad de Género en Salud, OEGS, y participa en la Articulación Feminista por la Libertad de Decidir, AFLD, y otras organizaciones sociales chilenas.

Cien años de progresiva ampliación de miradas y libertades

Alrededor de 1873, las consideraciones de la doctrina y de la práctica médica y jurídica instalaron en Chile la noción de que el aborto efectuado por un médico era una acción lícita en determinados casos². Desde la ética médica se formuló un catálogo de “indicaciones” que validaba como intervención terapéutica la práctica del aborto³ y cuyas orientaciones -que también influenciaron la doctrina jurídico-penal- se mantuvieron en las primeras décadas del siglo XX.

En este período, la pobreza extrema, la migración hacia zonas urbanas, las injusticias sociales y la insuficiencia de las nascentes instituciones de salud para hacer frente a los desafíos epidemiológicos en materia sexual y reproductiva, se traducían en altas cifras de aborto -7.000 solo en Santiago en 1923⁴-, que evidenciaban la voluntad de reducir el número de hijas e hijos por parte de las mujeres. Su decisión tenía el apoyo de las matronas de la época, pero colisionaba con sectores médicos que, calificando el aborto como *provocado o criminal*, abogaban por estrategias pronatalistas con base en un nacionalismo de corte patriarcal capitalista que, explícitamente, valoraba a las mujeres en tanto úteros productores de cuerpos humanos para el trabajo asalariado y el consumo. Pero lo cierto es que, de una u otra forma, la experiencia cotidiana y el conocimiento de los pensamientos y las prácticas de los países más avanzados, incluidos los vecinos Argentina y Uruguay, iban modificando el imaginario social y generando aspiraciones de mayor bienestar en las mujeres, en el contexto de expansión del Estado chileno.

Así se refería Tegalda Monreal en forma retrospectiva, a las mujeres protagonistas de la migración rural-urbana que tenía lugar en aquellos años:

“Quizás por primera vez, ella adquiere conciencia de que la fecundidad no controlada representa un obstáculo en su deseo de integrarse a la nueva sociedad. En estas circunstancias y en ausencia

*de la anticoncepción, emergerá el aborto ilegal -especialmente en el nivel socioeconómico más modesto- como el único procedimiento efectivo y a su alcance, para controlar la fecundidad no deseada, pese a los riesgos. La ‘epidemia’ de aborto que se hará visible en el hospital, no será sino el reflejo de la diseminación del aborto en este estrato, donde en más del 50% de los casos se explica por razones económicas”.*⁵

Los riesgosos esfuerzos de las mujeres por controlar su fecundidad y la consiguiente epidemia desencadenada, impulsaron un debate que permitió ensanchar las fronteras de lo legítimo. El Código Sanitario vigente desde mayo de 1931⁶ reguló la práctica médica, incorporando las ideas del catálogo de “indicaciones” al que se hizo mención anteriormente. En su artículo 226 se tradujo en la siguiente disposición:

Sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo o practicar una intervención para hacer estéril a una mujer. Para proceder a estas intervenciones se requiere la opinión documentada de tres facultativos. Cuando no fuere posible proceder en la forma antedicha, por la urgencia del caso o por la falta de facultativos en la localidad, se documentará lo ejecutado por el médico y dos testigos, quedando en poder de aquel el testimonio correspondiente.

La frase “fines terapéuticos”, en adelante permitió extender o reducir su interpretación, incluyendo o rechazando causales, según las circunstancias específicas o las posiciones doctrinarias que condicionaban la práctica de médicos y médicas. La fortaleza del Estado laico⁷, el desarrollo de la salud pública, la incorporación de las mujeres a las fábricas en un contexto laboral desfavorable, la organización del feminismo sufragista, la urbanización progresiva ya señalada, así como contribuían a las transformaciones culturales también presionaban la readecuación de las políticas sanitarias. Fue así como las mujeres trabajadoras solteras que tenían embarazos no deseados encontraban mayor comprensión y empatía en los discursos médicos;

éstos describían su “verdadero calvario” a raíz del cual “la miseria y desesperación” las obligaba a recurrir a los servicios de las matronas o parteras, eufemísticamente denominadas “fabricantes de ángeles”⁸.

La cuestión social presionaba el desarrollo del asistencialismo y el incremento de la atención materno infantil estatal y privada, ambas insuficientes, de cara a las crecientes necesidades y demandas.

En 1935 el estudio “El problema del aborto en Chile” realizado por Víctor Manuel Gacitúa, Jefe de la Maternidad del Hospital San Borja, lo llevó a concluir en la transgresora propuesta jamás levantada en el país por un profesor de medicina. Sostenía que la única forma de prevenir las altas cifras de mortalidad materna por aborto era legislar la interrupción voluntaria del embarazo, modificando el Código Penal y el de ética médica, en la seguridad “que el aborto fuera realizado sólo por expertos y en instalaciones sanitarias que resguardaran la vida de las mujeres”⁹. El saber médico buscaba ensanchar los límites de lo permitido, avanzando respecto de lo establecido en el Código Sanitario de 1931. Es destacable que, en paralelo con el objetivo epidemiológico de reducir la mortalidad de las mujeres, la propuesta de Gacitúa aplicaba los datos estadísticos con un enfoque humanizador y ampliaba las libertades de las mujeres toda vez que validaba la voluntariedad del acto abortivo.

Los motivos socioeconómicos de la interrupción voluntaria del embarazo se instalaban en el debate desde una perspectiva que robustecía el carácter social de la medicina, y que intentaba responder al constante aumento del aborto, cuyas tasas se habían elevado 300% entre los años 30 y 40¹⁰. Las cifras no sólo constituían indicadores sanitarios, también evidenciaban la profundidad de la crisis, los cambios en las formas de vida de quienes accedían al mundo urbano, y las ya señaladas consecuencias de la incorporación progresiva de las mujeres al trabajo asalariado, todo lo cual informaba y otorgaba sentido a la propuesta de cambio de la norma jurídica.

La acogida que generó el trabajo de Gacitúa en médicos jóvenes y progresistas de la época, dio lugar a que el aborto se incluyera como tema a tratar en la Convención de la Asociación Médica de Chile, AMECH, efectuada en Valparaíso en enero de 1936¹¹, suceso que constituye uno de los más importantes hitos en la búsqueda de la legalización del aborto en Chile. Se concluye en la necesidad de legalizar el “aborto científico” por motivos sociales y económicos, lo que implicaba modificar la normatividad jurídica legal existente, ampliando las bases que sustentaban el aborto con fines terapéuticos aprobado en 1931. Con el propósito de prevenir la clandestinidad y la muerte de mujeres producto de maniobras inexpertas, la propuesta incluía la existencia de un servicio gratuito de abortos en los hospitales que garantizara atención médica de calidad, reglamentada en los términos propuestos por Gacitúa.

A juicio de los médicos participantes en la Convención, era necesario priorizar la vida de las mujeres por sobre el embrión porque “de ellas dependía la existencia de su prole, ya habitante de esta tierra”¹². Esta valoración, si bien reforzaba acriticamente los roles de género al naturalizar la ausencia del padre en la crianza de hijas e hijos, en contrapartida, al resolver el conflicto entre el embrión y la mujer en beneficio de esta última, instalaba en el país un criterio adelantado para aquellos tiempos y contributivo de los procesos de individuación de las mujeres. La propuesta transformadora tenía como fortaleza el hecho que se formulaba desde un sector con prestigio y capacidad para incidir cultural y políticamente más allá del mundo científico.

De esta forma, el aborto legal, seguro, voluntario y gratuito emergía como propuesta transgresora que, por una parte, suscitaba una andanada de críticas y ataques desde los sectores médicos conservadores¹³, pero que a cambio captaba la adhesión del feminismo chileno integrante del Movimiento Pro Emancipación de la Mujer Chilena, MEMCH, organizado desde 1935 y liderado, entre otras, por Elena Caffarena y Olga Poblete. En sus inicios, el MEMCH incluyó en su periódico “La Mujer

Nueva” un programa con reivindicaciones denominadas jurídicas, económicas y biológicas. Entre estas últimas, comprometía la tarea:

“por emancipar a la mujer de la maternidad obligada mediante la divulgación de métodos anticoncepcionales y por una reglamentación científica que permita combatir el aborto clandestino que tan graves peligros encierra”¹⁴.

Un año más tarde, en la misma publicación, el MEMCH expresaba su coincidencia con las conclusiones y propuestas de la Convención médica de Valparaíso, aun cuando éstas no lograron convocar la fuerza política necesaria para modificar la legalidad vigente. No obstante este considerable revés, en las conclusiones de su Primer Congreso Nacional (octubre-noviembre 1937), el MEMCH reiteró sus exigencias en cuanto a la realización de campañas de educación sexual que incluyeran a sectores de trabajadoras y trabajadores, la ampliación de la difusión de métodos anticonceptivos y la reglamentación del aborto¹⁵. Es preciso relevar que la búsqueda de respuestas al problema socio sanitario que implicaba el aborto clandestino, tenía como protagonistas de primera línea al poder médico y a las mujeres organizadas.

Transcurrida una década, el médico Hernán Romero llevó a cabo el primer análisis sobre incidencia y consecuencias del aborto en Chile. Reiteró la gravedad del problema, movilizándolo la búsqueda de respuestas efectivas ante la elevada tasa de mortalidad materna. Su esfuerzo abrió camino a políticas maternalistas que incorporaban la asistencia médica del embarazo, parto y puerperio y que, en paralelo, incluían el aborto terapéutico. Lamentablemente, la cobertura de estas acciones alcanzaba a una baja proporción de mujeres embarazadas.

A fines de los años 30 había comenzado en forma incipiente la recomendación y uso de métodos anticonceptivos, que se adelantaba a la posterior ofensiva de la Alianza para el Progreso¹⁶ y a la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Teherán¹⁷ que reconocería el derecho de las parejas

“a determinar libre y responsablemente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos”. Las médicas Amalia Ernst, en la Clínica Ginecológica del Hospital José Joaquín Aguirre, y María Figueroa, en la Dirección de Protección de la Infancia, PROTINFA, ya en 1938 proporcionaban educación sexual e instruían a las mujeres consultantes en el uso del diafragma¹⁸. Veintiún años después, en el Hospital Barros Luco de Santiago, los médicos Hernán Sanhueza y Jaime Zipper, insertaban el primer dispositivo intrauterino, DIU, en el hemisferio occidental¹⁹. Estos acontecimientos dan cuenta de la apertura en lo referido a las prácticas anticonceptivas e investigación de métodos, si bien los consensos internos en el país acerca de sexualidad y reproducción aún no alcanzaban la fortaleza que tendrían durante los gobiernos de Frei Montalva y de Allende Gossens.

A inicios de la década de 1960, la entrada de la píldora anticonceptiva en la escena mundial hizo posible para las mujeres separar la sexualidad de la reproducción accediendo al placer sin aprehensiones, y decidir con autonomía si tener o no hijas o hijos, su número y oportunidad. Este nuevo contexto instalado globalmente desde las ciencias y la tecnología que incorporaba a millones de mujeres al ejercicio de decisiones sobre sí mismas, coincidía además con una ampliación de deseos de justicia social, libertades y expectativas de vastos sectores sociales que ya no querían seguir viviendo como lo hacían hasta entonces. Entre otros, comenzaba a germinar el feminismo que se expresaría en su denominada tercera ola *sesentaiochista*, que sucedió a la ola de quienes abogaron por el sufragio de las mujeres²⁰. Tales sucesos influenciaban las miradas médico sociales y político culturales en Chile movilizándolo preguntas, investigaciones e iniciativas políticas.

Con base en el Censo de 1960, Rolando Armijo y Tegualda Monreal, de la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile, encuestaron a casi 4.000 mujeres con el propósito de estudiar la incidencia, causas y prácticas del aborto inducido, atendida la alarmante magnitud del problema. Fue el primer

estudio sobre aborto en población general, representó una notable contribución al conocimiento regional y mundial, así como a la ampliación de la conciencia respecto de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Sus resultados se publicaron bajo el título “El problema del aborto provocado en Chile” (1964)²¹.

Es importante señalar que junto con el trabajo de Mariano Requena y otros, los aportes de Monreal y Armijo tuvieron una notable incidencia en el comienzo de la política de oferta de anticonceptivos inaugurada por el Servicio Nacional de Salud, SNS, a mediados de la década de 1960, durante el gobierno de Frei Montalva. A esas alturas la problemática se escapaba de control; el médico Gustavo Fricke daba cuenta de 70.000 hospitalizaciones de mujeres por aborto complicado en 1964, cifra que a su juicio demostraba que la penalización del aborto era inaplicable porque, irrefutablemente, ninguna cárcel podría contener a las eventuales condenadas. El Programa de Planificación Familiar que iniciaba el gobierno²² se sumaba a los esfuerzos de control médico del embarazo, atención del parto y subsidios materiales a las mujeres madres.

La emergente política centró su objetivo en la reducción de la morbi-mortalidad por aborto que revelaban los estudios epidemiológicos, y esquivó las objeciones y presiones de una iglesia católica poderosa y opuesta históricamente a aceptar los derechos de las mujeres, en especial en los ámbitos sexual y reproductivo. El gobierno demócrata cristiano proclamó “una política basada en los criterios de controlar el aborto inducido y de respeto al derecho de la mujer a regular su fecundidad”²³. Se reconocía discursivamente la necesidad, y se brindaba paralelamente la posibilidad de su realización práctica mediante el uso de anticonceptivos. Aun cuando el programa no se explicitaba desde un enfoque de derechos ni desde una mirada de género que intentara fortalecer el desarrollo de las mujeres como ciudadanas y disminuir su carga de trabajo de cuidado no remunerado, sí contribuía a un proceso de incremento de sus capacidades,

primordialmente de aquellas que recibían atención en el sistema público de salud.

En sus inicios, la formulación e implementación de la política de anticoncepción no estuvo exenta de polémicas. A la resistencia habitual de la iglesia católica, se sumaba la crítica de sectores de izquierda que desconfiaban de las intenciones que pudiesen estar ocultas tras la iniciativa del gobierno. Basaban sus sospechas en los intereses demográficos norteamericanos de entonces, sintetizados en la tristemente célebre frase de Robert Mac Namara, Ministro de Defensa de Estados Unidos y luego Presidente del Banco Mundial, que consideraba de mayor validez invertir un dólar en control de la natalidad que diez dólares en cooperación al desarrollo.

La oferta institucional de anticonceptivos se sumaba al proceso de organización popular impulsado desde el gobierno, el que si bien incorporaba masivamente a las mujeres no interpellaba sus roles de género. Ambas iniciativas políticas impactaron en forma sinérgica las experiencias de las mujeres, ampliando sus capacidades y libertades e inaugurando en ellas un fuerte vínculo subjetivo con la prevención en materia reproductiva²⁴. Es posible que no tuvieran plena conciencia del significado político del acceso a la anticoncepción pero, en general, percibieron la importancia de ésta en sus vidas y adhirieron en forma masiva a su uso. Mediante lo cual ejercieron poder de decisión sobre sus territorios corporales y fueron más libres.

Los resultados epidemiológicos fueron los esperados. A fines de los años 60 bajó el índice de abortos, la morbi-mortalidad por aborto inició un dramático descenso, y disminuyeron también las hospitalizaciones por aborto complicado²⁵.

En efecto, eran momentos marcados por el despliegue de ansias y demandas de cambio en el mundo y en el país. No fue extraordinario, entonces, que en 1969 el diputado Héctor Campos Pérez, médico del SNS y militante de la Unidad Popular, presentara al Parlamento un proyecto para legalizar el abor-

to²⁶ y superar la restrictiva regulación del Código Sanitario. El debate y los esfuerzos por ampliar estos límites se prolongarían durante el gobierno de Salvador Allende, quien ya en 1964 se había referido al aborto en los siguientes términos:

“Durante la primera etapa será una de las funciones más destacadas entre las de protección biológica de la familia, en vista de las trágicas proporciones del problema. Se educará en métodos anticonceptivos a toda consultante y se facilitará el uso de dichos procedimientos. El propósito es dar a toda mujer, democráticamente, el derecho a la libertad de decidir conscientemente la concepción de los hijos que desea, según el principio de que el Gobierno Popular protegerá la familia, la estimulará, si ello es necesario, pero nunca impondrá a la mujer sacrificios que vayan en contra de la realidad cultural y económica. Cuando aumenten la riqueza y la cultura de Chile, los hijos que vengan serán hijos deseados por la Patria y por la familia.

Debido a que la educación en medidas anticoncepcionales requerirá de tiempo para que se manifieste su efecto pleno, se espera que sigan produciéndose embarazos no deseados que la mujer interrumpirá recurriendo a la clandestinidad. Ahora bien, el aborto clandestino tiene un riesgo de muerte de 20 a 50 veces mayor que el aborto inducido por médicos en hospitales, y es causa de un elevado número de días-cama de hospitalización. Por lo tanto, el Gobierno Popular, paralelamente con la más intensa educación en medidas anticoncepcionales, dispondrá la investigación científica de la tendencia del aborto provocado en los diversos grupos de población, y en caso de que tales abortos continúen siendo una causa significativa de enfermedad y de muerte, se modificará la legislación vigente en base a una amplia discusión en que participen todos los sectores interesados”²⁷.

Es de interés relevar algunas de las opiniones que hace más de cuarenta años emitían personajes de la vida pública nacional en el contexto de esa am-

plia discusión. Gladys Marín, diputada comunista, manifestaba: *“yo creo que la mujer debe tener los hijos que desee. Ya no somos máquinas reproductivas; no es esa nuestra misión. Por eso, soy partidaria del aborto”*. La esposa del Presidente Allende, Hortensia Bussi, respondiendo a una entrevistadora extranjera decía: *“personalmente estoy de acuerdo con el aborto. Si se legaliza o no en Chile, aún no lo sabemos”*. Y el Ministro de Salud del gobierno de la UP, Juan Carlos Concha, si bien planteaba sus dudas, las balanceaba desde una convicción democrática: *“Considero que no sería una práctica deseable [el aborto legal]. No obstante, me parece que debe enfrentarse racionalmente el problema. No puedo obligar a otros que piensen igual. Si la decisión social está por el aborto, entonces es mi obligación colocar en manos de la población los elementos para que se realice con el menor riesgo posible”²⁸*. Las opiniones emitidas públicamente, transparentaban con claridad los posicionamientos aperturistas, sin dar lugar a discursos marcados por el cálculo político, o a las evasivas a las cuales con el correr del tiempo nos hemos acostumbrado. El debate amplio era evidente y en mujeres de sectores medios y profesionales emergía también la aspiración al aborto legal como incipiente señal de autonomía.

Si bien en aquel entonces no se identificaba al sistema sexo-género ni a la heteronormatividad como los nudos patriarcales determinantes de la criminalización del aborto, y aun cuando la maternalización de las políticas sociales continuaba siendo predominante, se reafirmaba la necesidad de asegurar la maternidad voluntaria, acogiendo la diversidad de razones que pueden motivar un embarazo no deseado. La formación de miles de líderes en las comunidades orientada hacia el fortalecimiento de la educación para la salud, significó un invaluable apoyo a la realización de la atención integral a las mujeres y a través de ello, a la apropiación por parte de éstas de las prácticas anticonceptivas que les permitían decidir la maternidad en libertad.

En el contexto de los debates sobre la eventual legalización del aborto, a comienzos de los 70 se desarrolló en el país una experiencia con base en una mirada liberalizadora del marco legal sobre aborto del Código Sanitario. Esta tuvo lugar en el Hospital Barros Luco, establecimiento asentado en los barrios populares del sur de Santiago, en donde un equipo conformado por matronas y médicos liderado, entre otros, por Aníbal Faúndes, venía trabajando en la prevención del aborto por más de cinco años, “sin ningún tipo de incentivo externo”. Su relación directa con las mujeres y sus problemas, el cotidiano encuentro con las funestas consecuencias de la clandestinidad en que ocurrían la gran mayoría de los abortos, y su conciencia de la injusticia que determinaba las muertes y secuelas, llevó a este grupo de profesionales a una interpretación liberalizadora de la norma jurídica, ensanchando el camino hacia una visión más comprehensiva de los derechos y las libertades de las mujeres en lo concerniente a sus cuerpos, su sexualidad y reproducción.

La iniciativa tuvo respaldo en la afirmación formulada por el Presidente Allende Gossens en su Primer Mensaje al país ante el Congreso Nacional (1971), acerca de la necesidad de avanzar a la “eventual legalización del aborto[...] y, en términos más inmediatos[...], una ampliación de los criterios para permitir el aborto terapéutico, por ejemplo en los casos de fracaso de los métodos anticonceptivos”²⁹. Era evidente su certeza acerca de los dilatados tiempos legislativos que implicaba la legalización del aborto, y como respuesta, abría espacios para una aceptación más amplia de éste que la normada en el Código Sanitario. La posición de poder era utilizada en beneficio de la salud y libertad de las mujeres, pero también en la perspectiva del cambio cultural, con una mirada de largo alcance que se echa de menos en el país cuando se la contrasta con la ceguera sobre la sexualidad y reproducción de las mujeres que hoy afecta a gran parte de los espacios de decisión política.

Las condiciones que establecía el Hospital Barros Luco para demandar la interrupción del embarazo

eran que cursara dentro de las 12 primeras semanas, que la mujer que solicitaba el servicio habitara en el territorio cubierto por el hospital y que, con posterioridad a la atención, aceptara regular su fertilidad con anticonceptivos adecuados.

No sólo la disminución de la mortalidad era una buena noticia, también lo era el cambio de opinión en lo referido al aborto por parte de diversos e influyentes sectores que, sorprendentemente, se iba registrando en la prensa de entonces, incluida la de oposición. La criminalización del aborto se mostraba en retirada de la mano con el fortalecimiento de una cultura más libertaria a la que habían contribuido los esfuerzos de todas y todos quienes, durante un siglo, protagonizaron las atenciones, la producción de conocimiento, los debates, los discursos, las decisiones políticas transformadoras, la educación y la difusión masiva de información.

1973-1990. Se cierra el nudo patriarcal

Pero la experiencia del Hospital Barros Luco, como todas las libertades, llegó a su fin con el golpe militar. El ensañamiento de la represión contra los equipos profesionales involucrados en el proceso de liberalización de la normativa sobre aborto se refleja en el siguiente testimonio de Gladys Avello³⁰:

“En el Hospital Barros Luco, alrededor de las 17:45 del día 13 de septiembre de 1973 mi madre, joven comunista con 25 años me trajo a este mundo, de esto hace ya 41 años. [...] Hasta hoy recuerda que en la sala de parto había milicos con metralletas que apuntaban a ella y las otras mujeres; que había matronas y doctores que estaban en el suelo, boca abajo y con las manos en la nuca. Que los milicos se paseaban por la sala de parto y pateaban los baldes que tenían las placentas [...] que el piso de la sala estaba lleno de sangre [...] Cuando nací no lloré, medí 40 cm y pesé 2.100 kg”.

A la par del exterminio o la desaparición de cuerpos, sembrando el terror desde sus dispositivos

de tortura y exterminio, la dictadura explicita una política de población natalista que convoca a las mujeres a parir soldados para la patria, que reduce el perfil de las políticas de anticoncepción “hasta el extremo de retirar dispositivos intrauterinos sin consulta previa a las usuarias”, y que condiciona que “la tendencia al descenso de los abortos hospitalizados evidenciada en el período anterior tienda a estacionarse”³¹. La regresión que reubica a las mujeres en calidad de úteros reproductores deja en evidencia las nuevas políticas de control absoluto de los cuerpos y de desmantelamiento del Estado de incipiente bienestar.

El patriarcado neoliberal instaurado en Chile proclamó la libertad de mercado como principio organizador, extendió sus leyes al espacio social y maximizó su control sobre los cuerpos con metodologías económicas. La libertad de decidir se inscribió simbólicamente como la libertad de optar por alternativas economicistas, pervirtiendo su significado profundamente humano y redistribuidor de poder y derechos. Esa trastocada libertad de decidir naturaliza por casi cuarenta años el que todo se compre, se venda, se prostituya, se denigre.

Aun cuando las décadas del 70 y 80 en la mayor parte del mundo occidental significaron un gran desarrollo para las ideas feministas que penetraron la academia con los estudios de la mujer y de género, así como para la liberalización del aborto en numerosos países, las demandas y avances en materia de derechos sexuales y reproductivos no lograron traspasar las barreras instaladas en el Chile dictatorial. El feminismo reemergente en los últimos años de la dictadura, sobrepasado en su lucha por la conquista de la “democracia en el país y en la casa”, no alcanzó a instalar ampliamente discursos potentes en torno a los cuerpos, la sexualidad y la reproducción, a diferencia de otros movimientos latinoamericanos en cuyos países se daban mejores circunstancias para articular ideas y movilizar acciones políticas y culturales orientadas a transformar lo simbólico en estos ámbitos³².

La legitimación del pensamiento católico conservador como base fundante de la cultura nacional y la alianza temporal de la dictadura con máximas autoridades eclesiales vaticanas, fueron estrategias mediante las cuales se bloqueó la autodeterminación sexual y reproductiva de las mujeres y la maternidad fue exigida como su rol. En coherencia con la hegemonía conservadora y a escasos meses de su término, la dictadura selló el proyecto natalista-familista mediante el prohibicionismo absoluto del aborto en 1989. La iglesia católica a través de Jorge Medina y la Junta Militar fueron artífices de la misógina normativa que modificó el Código Sanitario³³. La violencia sexual y reproductiva contra las mujeres ejercida desde el Estado, alcanzaba su máxima expresión normativa y simbólica.

A pesar de la tremenda movilización social por la recuperación de la democracia, y aun cuando la dictadura estaba en retirada, la ciudadanía no dimensionó cuán aberrante era la modificación de la legalidad vigente hasta entonces, y no existió la fuerza necesaria para impedir esta brutal agresión contra los derechos y libertades de las mujeres. Las escasas voces, incluidas las de organizaciones feministas que levantaron su protesta, sorprendentemente colisionaron con argumentos disuasivos por parte de quienes entonces enarbolaban multicolores banderas antidictatoriales. No cabe duda que el impacto de diecisiete años de involución cultural alcanzaba también a quienes habían luchado por el retorno a la democracia, determinando una redefinición de enfoques y prioridades.

Atrás, lejos en la historia de comienzos de los años 70, quedaban las maternalizadas, pero al mismo tiempo, solidarias y aperturistas formas de mirar la multiplicidad de razones por las cuales las mujeres abortan en algún momento de sus vidas.

Los cuerpos de las mujeres, su sexualidad y el aborto como testimonio de su libertad de decidir, se colocaban en cautiverio, en el centro de uno de los nudos más irreductibles del patriarcado.

Casi un cuarto de siglo en democracia formal... y el nudo patriarcal no afloja

La democracia recuperada ofrecía expectativas de cambio e ilusiones de libertad. Mas hasta el presente, en lo estructural nada cambió.

La transición no trajo al país una puesta al día con las regulaciones permisivas predominantes en el mundo, y en particular en la OCDE, en donde Chile es el único país que no permite a las mujeres acceder a abortos seguros. Cabe citar que el 97% de los países del mundo permite el aborto para salvar la vida de la mujer y que en el 3% de los países éste se encuentra completamente penalizado, lo que sólo da cuenta del 1% de la población mundial. El aborto por sola voluntad de las mujeres existe en el 29% de países del mundo, equivalente al 40% de la población mundial. En Iberoamérica y el Caribe, sólo República Dominicana, Nicaragua, Honduras, El Salvador, Haití y Chile mantienen la penalización absoluta del aborto, países a los que se suman Malta y el Estado Vaticano³⁴ en el resto del mundo.

En veintitrés años de gobiernos liderados por la Concertación y la Alianza fracasaron todos los intentos por revertir la política punitiva extrema. Ello, a pesar de contar con un nuevo marco conceptual fruto del avance de consensos en el mundo y de la ampliación de miradas y respuestas sobre las necesidades y deseos de felicidad de las personas. En los consensos de las Naciones Unidas en Viena (1993), El Cairo (1994) y Beijing (1995), las tradicionales razones demográficas de las políticas de población y desarrollo fueron progresivamente reemplazadas por el enfoque de derechos humanos. Se formalizó la definición de derechos reproductivos y de derechos sexuales, robusteciéndose normativamente la facultad de las personas para decidir en libertad sobre sus cuerpos y proyectos de vida.

Acogiendo y culminando una estrategia feminista, e indicando el dinamismo y actualidad del pensamiento en el ámbito de los derechos, la comunidad

internacional fue ubicando los derechos sexuales y los derechos reproductivos “en el centro de los debates relativos a la calidad de vida, la responsabilidad individual y la libertad de conciencia”³⁵. Sin embargo, ni estas orientaciones signadas formalmente por Chile, ni las recomendaciones del Comité de la CEDAW³⁶, del Comité de DDHH y del EPU³⁷ encontraron eco en el sentido de modificar la política criminalizadora en materia de aborto³⁸.

Durante la transición se ha presentado más de una docena de proyectos para modificarla, siendo archivados en su mayoría. Más aún, luego del primer proyecto frustrado³⁹ se funcionalizó un mito respecto del castigo electoral que sufrían quienes levantaban una propuesta legislativa sobre aborto, el cual por largo tiempo cerró las conciencias legisladoras a cualquier estrategia de cambio cultural.

A contramano de los datos de investigaciones que en los años 90 entregaban cifras anuales de alrededor de 200.000 abortos⁴⁰ en el país -con los consiguientes impactos, daño físico y subjetivo, como también económico para las mujeres y para los presupuestos hospitalarios que costean la atención de las complicaciones- los derechos sexuales y reproductivos no encontraron acogida en la voluntad política de los gobiernos, convirtiéndose en moneda de cambio de la gobernabilidad en el contexto de consensos del neoliberalizado sistema sexo-género.

En 1999 un amplio arco de cincuenta organizaciones del movimiento feminista⁴¹ consensuó un proyecto elaborado colectivamente por el Foro Abierto de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, denominado “Ley marco sobre derechos sexuales y reproductivos”. Parlamentarixs de la época⁴² lo hicieron suyo, pero nunca logró tramitarse y permaneció archivado, pese a que el programa de género del primer gobierno de Michelle Bachelet Jeria comprometía su aprobación.

Durante más de dos décadas, el movimiento de mujeres y las organizaciones y redes feministas impulsaron campañas contra la mortalidad materna y por la legalización del aborto, articuladas tanto desde la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC, como por la Campaña 28 de Septiembre por la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe⁴³. No obstante, sus demandas y propuestas no han encontrado resonancia en la voluntad política de los sucesivos gobiernos.

El Estado laico, que supone decisiones políticas tomadas al margen de credos religiosos de los partidos gobernantes y personas adultas autónomas y con capacidad de decidir libremente y sin discriminación por motivos religiosos, ese Estado, ha abandonado su rol garante ecuánime. Ya sea por subordinación ideológica o por cálculo político, ha claudicado reiteradamente ante las directas presiones de las jerarquías eclesíásticas o de interpósitos poderes fácticos conservadores.

Incluso cuando la ofensiva eclesial y conservadora avanzó hasta el Tribunal Constitucional contra la anticoncepción de emergencia durante el primer gobierno de Bachelet Jeria, la defensa de esta píldora por parte de la Concertación se basó en su carácter no abortivo. Efectivamente era así, pero no era el mérito a relevar. El acto fallido freudiano que implicaba esa defensa transparentó el conflicto con los deseos o pensamientos inconscientes que tenían autoridades gubernamentales, investigadores y legisladores de ese sector político, que dicen estar -o verdaderamente creen que están- por legalizar a todo trance, el aborto en determinadas circunstancias. Sus defensivas afirmaciones restaban consistencia a sus futuras propuestas de interrupción voluntaria del embarazo.

Ante esta crisis se movilizaron organizaciones feministas⁴⁴ y desarrollaron estrategias para alertar a la ciudadanía acerca de la ofensiva que pretendía, además, cuestionar otros anticonceptivos. Conformaron el Movimiento de Defensa de la Anticoncepción⁴⁵ al que adhirieron numerosas

organizaciones y centros de estudio de mujeres⁴⁶ y cuyas acciones tuvieron un momento culmine el 22 de abril de 2008 con la masiva marcha nocturna denominada El Pildorazo, que por su magnitud inédita durante la transición, no pudo ser ignorada por los medios. En forma desconcertante, el gobierno no supo leer el tremendo potencial de resistencia al conservadurismo y de respaldo al cambio cultural que tuvo esta movilización social. Si bien logró la aprobación de la nueva Ley de Información, Orientación y Prestaciones en materia de Regulación de la Fertilidad, ésta constituyó más bien una recuperación de lo alcanzado hasta 1973, y no instaló avances en consonancia con el siglo XXI en materia de libertades y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Es importante señalar que la Articulación Feminista por la Libertad de Decidir, AFLD, una de las entidades responsables de esta edición, surgió y se consolidó como colectiva como resultado de esta lucha ciudadana aquí descrita, haciendo del aborto legal una de sus principales tareas reivindicatorias. Hoy es Punto Focal en Chile de la Campaña 28 de Septiembre por la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe.

Posteriormente, durante el gobierno de Piñera Echenique, cuando el drama de una periodista de televisión movilizó nuevamente el debate sobre el aborto denominado terapéutico, se levantaron proyectos de ley que incorporaban las causales peligro de vida de la madre, malformaciones congénitas incompatibles con la vida y violación. Y una vez más quedó en evidencia el desbalance entre la ciudadanía y las elites políticas que hegemonizan los espacios de decisión.

El rechazo parlamentario a debatir, nos retrotrajo a oscuros momentos de la historia reciente y mostró que la modernidad como aspiración de convivencia civilizada basada en la tolerancia y el respeto, aún no encuentra en Chile un lugar en donde concretarse. Se reiteró la vigencia de un Estado controlista y subsidiario, prescindente de su calidad de garante de derechos. La negativa a legislar implicó un reduccionismo de la democra-

cia, por cuanto la privó de una de sus funciones primordiales, cual es la de resolver los conflictos, problemas, o disensos a través del debate amplio, informado y sin sesgos discriminatorios.

En los años recientes, no obstante el conservadurismo en la política nacional, la globalización de las comunicaciones y las redes sociales contribuyeron a que la cultura de la ciudadanía cambiara con mayor velocidad que la de la clase política. Pese al boicot contra el misoprostol desde las coludidas cadenas farmacéuticas, la interrupción médica del embarazo -validada por la Organización Mundial de la Salud, OMS-, se instaló en el país a través de cadenas solidarias nacionales e internacionales entre mujeres, en las cuales han asumido un rol protagónico relevante algunas organizaciones feministas⁴⁷ que con su acción han facilitado abortos más seguros. La posibilidad de abortar al margen de la legalidad punitiva se ha tornado menos riesgosa y, por consiguiente, habitual. Ello ha generado en algunos sectores de mujeres jóvenes una nueva percepción de su realidad, una suerte de ilusión libertaria que no asume que la clandestinidad en que deben obligatoriamente realizarse estos abortos más seguros, niega de facto la libertad y los derechos.

La tensión entre la amplitud de enfoques y apropiación de derechos que va surgiendo desde abajo y el conservadurismo de diversos matices que paraliza a la clase política, se ha profundizado en el último año. Dos masivas movilizaciones sociales⁴⁸ “Yo aborto el 25 de julio”, levantaron masivamente como nunca antes, la propuesta de aborto legal, libre, seguro y gratuito, y evidenciaron un novedoso predominio de jóvenes protagonistas que expresa los cambios que han tenido lugar en su reflexión, su práctica y su conciencia de derechos sexuales y reproductivos. Los feminismos y movimientos sociales aliados están haciendo visible un cambio cultural que contrasta con el vacío de correlato en los espacios que deciden los marcos normativos; éstos, ya sea por convicción o por cálculo político, no abren las puertas a las mayoritarias transformaciones globales y regionales en lo que concierne

a la efectiva libertad de decidir de las mujeres, sin subterfugios.

El actual programa de la Nueva Mayoría, compromete un proyecto de ley sobre aborto circunscrito a tres causales que, predominantemente, sitúan el asunto en el ámbito médico. Incorpora situaciones límite de daño, de enfermedad, de drama psicosocial, sin considerar que el derecho a la salud en su amplio sentido, remite tanto a lo físico corporal, como a lo psicológico y a lo social, y que esto último implica ejercicio de ciudadanía, derechos, libertad de decidir.

Legislar en los términos priorizados por el programa de Bachelet Jeria, efectivamente hará posible la reparación de daños y el aseguramiento de la integridad de las mujeres afectadas, lo que es importante, si bien cuantitativamente representan una escasa minoría. Pero en lo referido a su libertad de decidir y su autonomía, las mujeres no habrán avanzado significativamente. Y aquella mayoría de mujeres que por las más diversas razones decide abortar, deberá continuar haciéndolo en forma insegura, en clandestinidad, sin la debida protección de un Estado garante dispuesto a proporcionarle los servicios adecuados. La violencia estatal que ello implica, reduce y daña la comprensión de la democracia.

Corresponde preguntarse cuándo se considerará por parte de los ámbitos de decisión política que la sociedad chilena está en condiciones de adultez para que se legisle sobre la materia de fondo, el aborto a voluntad de la mujer, la opción que redistribuye poder y derechos para decidir en libertad, la opción que se vio frustrada por el golpe militar. Las cifras de las encuestas, el diálogo en las redes sociales y la calle lo atestiguan, la sociedad chilena está preparada.

Desde esta percepción estimamos necesario este libro, como espacio en el cual se emitan discursos y difundan los argumentos con los que han abogado y abogan actualmente por la ampliación del marco normativo de aborto personas muy diversas, de

reconocida trayectoria de dirigencia social, académica, institucional, partidaria y feminista en Chile y la región, en la certeza que sus ideas, propuestas y provocaciones contribuirán a ampliar el debate actual. Deliberación que, esperamos, movilice las voluntades capaces de reinstalar en Chile la tendencia aperturista de las normas jurídico legales sobre el aborto -libertad de decidir voluntariamente la maternidad-, que se ha visto interrumpida por más de cuarenta años.■

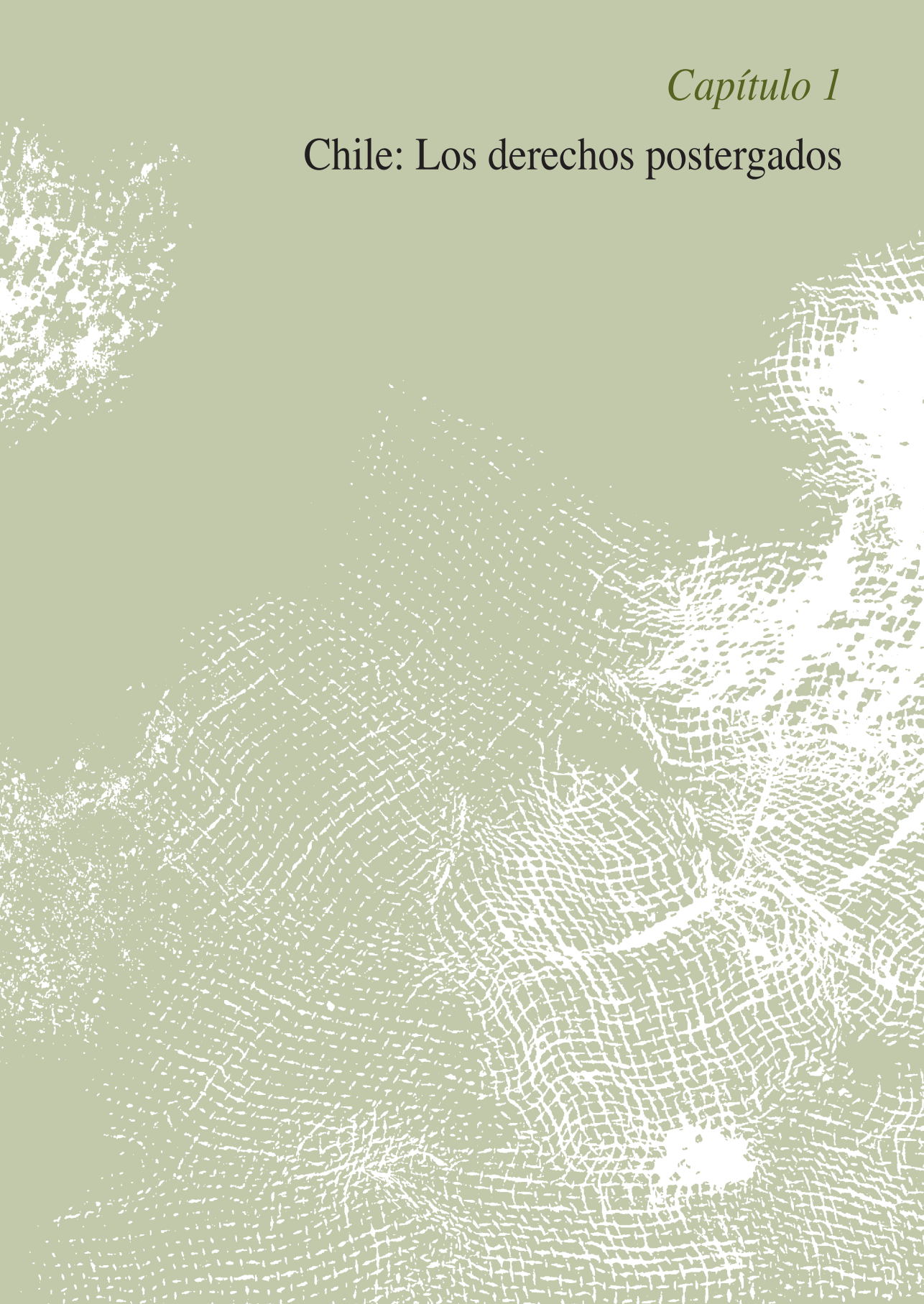
Notas

1. Naciones Unidas, Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, CIPD, El Cairo 1994.
2. Bascuñán Rodríguez, Antonio (2004). “*La licitud del aborto consentido en el derecho chileno*” Revista de Derecho y Humanidades N° 10/2004/143-181, p. 144, Santiago, Chile.
3. Puga Borne, Federico (1896). “*Medicina legal*”, Santiago, Chile, Imprenta Cervantes, p. 140.
4. del Campo Peirano, Andrea (2008). “*El debate médico sobre el aborto en Chile en la década de 1930*”, en Por la Salud del Cuerpo, Soledad Zárate Campos, comp. Santiago, Chile, Universidad Alberto Hurtado, pp. 138.
5. Monreal Porcile, Tegualda (1993). “*Evolución Histórica del aborto provocado en Chile y la influencia en la anticoncepción*”, en Memoria Simposio Nacional Leyes para la Salud y la Vida de las Mujeres: Hablemos de Aborto Terapéutico, Santiago, Chile, Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos, p. 17.
6. Decreto con Fuerza de Ley N° 226.
7. La Constitución de 1925 definió al Estado como aconfesional.
8. del Campo Peirano, Andrea, Op. cit. p. 143.
9. Ibídem, p. 147.
10. Las más altas tasas de aborto en comparación con las dos décadas siguientes.
11. Entre los 75 profesionales que participaron había una mujer, Tegualda Ponce. La mayoría masculina incluía, entre otros, a Salvador Allende, Gustavo Molina, Gustavo Fricke, Alfonso Asenjo e Italo Alessandrini.
12. del Campo, Andrea, Op. cit. p. 163.
13. Entre otros, Eduardo Cruz Coke, Lucas Sierra, Hernán Alessandri, Arturo Scroggie.
14. <http://magisterentrevistas.blogspot.com/2007/05/la-mujer-nu> Revisado 10 julio, 2014.
15. Documento biblioteca privada de Elena Caffarena.
16. Mediados de la década de 1960.
17. 1968.
18. Avendaño, Onofre (1975). *Desarrollo Histórico de la Planificación de la Familia en Chile y en el Mundo*, Santiago, APROFA, 1975, p. 10.
19. Monreal Porcile, Tegualda (1963). Op. cit. p. 17.
20. Valcárcel, Amelia (2001). *La memoria colectiva y los retos del feminismo*. Santiago de Chile, CEPAL, Unidad Mujer y Desarrollo. <http://es.scribd.com/doc/72075443/Amelia-Valcárcel-La-Memoria-Colectiva-y-los-Retos-Del-Feminismo>.
21. <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v60n1p39.pdf>
22. Francisco Mardones Restat, Director General de Salud, anunció oficialmente en 1966 que el SNS implementaría la política anticoncepcional.
23. Requena, Mariano (1990). *Aborto Inducido en Chile*. Santiago, Chile, Sociedad Chilena de Salud Pública, p. 19.
24. Durante la dictadura, este vínculo expresaría su potencia cultural, movilizando estrategias de resistencia silenciosa de las mujeres contra las políticas natalistas.
25. Faúndes, Aníbal y Barzelatto, José (2005). *El Drama del aborto*. En busca de un consenso, Colombia, Tercer Mundo Editores. p.172.
26. Rojas Mira, Claudia (1994). *Historia de la política de planificación familiar en Chile: un caso paradigmático*, en Debate Feminista Año 5, vol. 10, sept. 1994.
27. Salvador Allende (1964). Plan de Salud, Atención Médica y Medicina Social, Chile 1964, Cuadernos Médico Sociales 2006, Vol. 46, Suplemento 1, Colegio Médico de Chile.
28. Rojas Mira, Claudia (1994). Op.cit.
29. Faúndes, Aníbal y Barzelatto, José (2005). Op. Cit., p. 193.
30. Feminista y profesora en La Serena.
31. Monreal Porcile, Tegualda (1993). Op.cit. p. 20.
32. Entre otros, México, Puerto Rico, Colombia, Brasil, Uruguay.
33. La modificación del artículo 119 del Código Sanitario estableció: “No podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar el aborto”.

34. CEPAL, División de Asuntos de Género (2011). Una mirada analítica a la legislación sobre la interrupción del embarazo (Ana Cristina González, consultora), Santiago, Chile.
35. Lamas, Marta (2001). Política y reproducción. Aborto: la frontera del derecho a decidir, México, Plaza & Janés. p.10.
36. Mecanismo de seguimiento del cumplimiento de los compromisos establecidos en la Convención Sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW.
37. Examen Periódico Universal sobre DDHH que realiza Naciones Unidas a los países.
38. Recién en el momento actual las recomendaciones de Naciones Unidas no recibieron rechazo.
39. Iniciativa presentada en 1991 por diputads Adriana Muñoz, Armando Arancibia, Carlos Smock, Juan Pablo Letelier y Carlos Montes.
40. Alan Guttmacher Institute (1994). Aborto clandestino: una realidad latinoamericana. Nueva York.
41. Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (organizaciones en Regiones Metropolitana, Tarapacá, Valparaíso, Bío Bío y Los Lagos), Grupo Iniciativa, Vivo Positivo, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Consultora Hexagrama, Federación de Estudiantes USACH.
42. Fanny Pollarolo, María Antonieta Saa, Carlos Ominami.
43. 28 de Septiembre conmemora la fecha en que se conquistó la libertad de vientres en Brasil.
44. Foro Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC, Red Chilena Contra la Violencia Doméstica y Sexual, Fundación Instituto de la Mujer, Educación Popular en Salud EPES, Sol, Con-spirando, Colectivo de Mujeres Públicas, Católicas por el Derecho a Decidir.
45. 24 de marzo 2008.
46. ICMER, APROFA, PROSALUD, Asociación Nacional de Mujeres Rurales e Indígenas ANAMURI, Sindicato de Trabajadoras Sexuales Angela Lina, Área de Género de Vivo Positivo, Mujeres de la Plaza Ñuñoa, Feministas Tramando, Observatorio de Género y Equidad, Observatorio de Equidad de Género en Salud, Red de Mujeres de Pedro Aguirre Cerda, Feministas Tramando, mujeres de partidos y, además, organizaciones de Arica, Antofagasta, Calama, La Serena, Valparaíso, Talca, Concepción, Temuco, Valdivia, Punta Arenas, entre otras.
47. Entre otras, Línea Aborto Chile, Lesbianas y feministas por el derecho a la información, Women on Waves Holanda.
48. 2013 y 2014.
-

Capítulo 1

Chile: Los derechos postergados



Aborto y salud pública en Chile

Argumentos para una legislación que espera desde hace casi 80 años

Pamela Eguiguren Bravo*, Marcela Ferrer Lues**

En 1936 se realizó en Valparaíso una Convención Médica que, entre otros aspectos, abordó el problema del “aborto criminal”. La discusión reflejaba la preocupación de la época por las altas cifras de mortalidad materna por aborto inducido. Estos/as profesionales enfrentaban cotidianamente esta realidad en los hospitales, que afectaba principalmente a las mujeres pobres. Al término de la discusión, los médicos¹ acordaron que “Ante las trágicas consecuencias actuales [la Convención] propone como solución transitoria, el establecimiento del aborto científico por causas sociales y la reforma del Código Penal que sanciona este hecho”².

Como sabemos, la propuesta de la Convención no tuvo el resultado buscado. Tampoco lo tuvo el primer proyecto de ley para la legalización del aborto que se presentó en el Parlamento al año siguiente. Se mantuvo la figura del “aborto por motivos terapéuticos”, introducida en el Código Sanitario en 1931. Más de 80 años después, Chile no cuenta siquiera con ella.

Ayer y hoy, los intentos por legalizar el aborto se fundamentan en consideraciones de salud pública. Sin embargo, los impactos del aborto ya no se manifiestan principalmente en altas tasas de mortalidad materna. La prohibición del aborto significa la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, asunto que es parte integral de las preocupaciones de la salud pública del siglo XXI.

El aborto como problema de Salud Pública

¿Por qué se puede afirmar que el aborto constituye un “problema de salud pública”? ¿Cómo se analiza el aborto desde este campo?

La reflexión sobre el problema del aborto y su abordaje desde la salud pública implica, para comenzar, preguntarse sobre la dimensión colectiva de su práctica y de sus consecuencias, es decir, de la manera en que el aborto afecta la salud de la población en general.

* *Matrona, Magister en Salud Pública y Gestión Sanitaria, Doctora en Salud Pública, Directora del Programa de Salud y Comunidad de la Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende G. de la Universidad de Chile. Coordinadora del Observatorio de Equidad de Género en Salud.*

** *Socióloga y MHSc en Bioética. Académica del Departamento de Sociología y la Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende G. de la Universidad de Chile.*

Partiendo por la descripción epidemiológica clásica del problema, de quiénes, dónde y cuándo viven este fenómeno, encontramos en Chile el primer escollo. Está claro que quienes lo viven son las mujeres en edad fértil. Sin embargo, la penalización del aborto en nuestro país impide contar con más información. No hay un adecuado registro de las características de su ocurrencia, lo cual obstaculiza la evaluación de su impacto real. Indicadores de incidencia tales como la tasa de abortos, la razón de abortos, e indicadores relacionados a su impacto, como la mortalidad materna por aborto, son fundamentales para describir el problema. A pesar de las dificultades, recientes estimaciones a partir de estadísticas oficiales de egresos hospitalarios por esta causa, nos hablan de un problema de gran magnitud. Se estima que la cifra de abortos inducidos rondaría en promedio los 100.000 cada año³. En cuanto al daño a la salud que provoca, solo podemos apelar a registros de mortalidad. En 2011, siguiendo la tendencia de la década, se registraron 46 muertes maternas, es decir muertes de mujeres por embarazo, parto y puerperio, y de ellas un 17% falleció producto de un aborto. La tasa de mortalidad por aborto y su importancia relativa ha registrado un leve aumento respecto de años anteriores, constituye la tercera causa de mortalidad materna⁴.

Fueron precisamente estos indicadores, especialmente la alta mortalidad materna por aborto, los que remecieron a la sociedad chilena en la segunda mitad de la década de los años 30, fundamentalmente a la Sociedad Médica de la época y a las mujeres organizadas en el Movimiento pro Emancipación de la Mujer Chilena⁵. La intervención del Estado, con políticas preventivas y de protección frente al daño se hacían indispensables. Producto de esos debates, en el año 1937 ingresó al Parlamento, aunque sin éxito, el primer proyecto de legalización del aborto, presentado por un médico, el Dr. Víctor Gacitúa⁶. A pesar de ese intento solo permaneció la figura del “aborto por motivos terapéuticos”, que de hecho ya existía en el Código Sanitario desde 1931. Mucho

más tarde, a la par del desarrollo y acceso a las tecnologías de la anticoncepción, la sostenida magnitud e impacto del problema sobre la salud de las mujeres, que en esos años cobraba la vida de varios cientos de ellas, impulsó la instalación de la política de Planificación Familiar en Chile en la segunda mitad de la década de los años 60, implementada por el Sistema Nacional de Salud. País pionero en la Región, iniciaba este camino en un contexto internacional de promoción de políticas de control de la natalidad, en respuesta al problema de la “explosión demográfica”^{7 8}. En esos años, médicos/as salubristas, como Tegualda Monreal y Rolando Armijo⁹, contribuyeron al desarrollo de esas políticas con sus estudios desde la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile. Se impulsaba a inicios de los años 70 una iniciativa que haría historia, destinada a proveer de aborto seguro a mujeres que lo solicitaban producto de condiciones sociales críticas: la experiencia del Hospital Barros Luco, en la zona sur de Santiago, liderada, entre otros, por el Dr. Aníbal Faúndes. La Salud Pública mostraba avanzada visión en estas materias.

La instalación de la política de Planificación Familiar, la creciente cobertura de acceso a anticoncepción en el sistema público, avances tecnológicos y el desarrollo del país en general, tuvo en su década y en décadas sucesivas un impacto sostenido en la reducción de embarazos no planificados, de abortos inducidos y sus complicaciones, y a partir de allí disminución de la mortalidad infantil y materna. Esta tendencia en general se mantuvo, a pesar de la falta de recursos y de retrocesos programáticos registrados durante la dictadura. Sin embargo, como veíamos en las estimaciones, los abortos inducidos han continuado realizándose, y aunque las complicaciones son menos frecuentes y de consecuencias menos graves, siguen siendo varias decenas de miles cada año.

Los indicadores poblacionales son fundamentales en este campo, pero no son un fin en sí mismos. Para su interpretación existen perspectivas que, desde el punto de vista de la salud pública, son

obligadas en el análisis del aborto inducido, más allá de la caracterización epidemiológica del problema. Desde nuestra mirada, el seguimiento e interpretación de estos y otros indicadores para la evaluación de los avances y decisiones en materia de salud colectiva, no pueden realizarse sin considerar principios como la justicia social, la igualdad y la solidaridad, que se expresan en el enfoque de derechos estableciendo el marco ético para el diseño de la política pública y de la organización de la respuesta sanitaria. Estos principios se expresan y cobran sentido a partir de la comprensión de la salud de la población como un derecho humano fundamental, cuya definición se ha plasmado en el Sistema Internacional de Derechos Humanos, en particular el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁰, y la Observación N° 14 sobre el Derecho a la Salud, elaborada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹¹. Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, y como tales constituyen garantías en salud sexual y reproductiva para todos los seres humanos sin excepción, bajo el principio de prohibición general de la discriminación¹². El aborto inducido, por lo tanto, debe ser abordado en el marco del reconocimiento de estos derechos, como un procedimiento que permite ejercer la libertad de decidir frente a la maternidad, cuando esta no es factible o deseada, y cuando no ha sido posible o efectivo el uso de protección para prevenir el embarazo.

El análisis del aborto desde la Salud Pública debe considerar también, en perspectiva poblacional, la dimensión individual y comunitaria que construye ese resultado, atendiendo a las condiciones sociales, culturales, políticas y económicas desde las cuales mujeres y hombres enfrentan su vida sexual y reproductiva. Es decir, dicho análisis debe hacerse cargo de la existencia de los llamados “determinantes sociales”, que corresponden a condiciones en las que las personas viven y se desarrollan, y que a nivel estructural generan desigualdades en salud al establecer distintas posibilidades -y poder- para ejercer este derecho. Por cierto, determinantes

como género, clase social y etnia, entre otros, son considerados en el principio de prohibición general de discriminación en materia de derechos humanos, que implica la prohibición de discriminación por motivos de raza o color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición¹³.

Para la Salud Pública, desde las perspectivas antes descritas, la conocida dicotomía “pro-aborto” versus “pro-vida” es inexistente. El aborto inducido es una realidad no deseada tanto desde lo colectivo como desde lo individual. Sin embargo, la ocurrencia de embarazos no planificados, no factibles y no deseados en la vida de las mujeres tiene hoy una frecuencia que es producto de determinaciones sociales y también de su articulación con políticas preventivas que no están siendo efectivas, en un marco político y económico que viene profundizando desigualdades estructurales en el país. Esto tiene sus efectos en lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) constata: “Ya sea que el aborto se dé con mayores restricciones legales o que esté disponible a requerimiento, la probabilidad de que una mujer tenga un embarazo no deseado y que intente un aborto inducido es prácticamente la misma”¹⁴. Las desigualdades a las que nos hemos referido, en concreto las de clase social, implican que la penalización restringe mayormente las posibilidades de las mujeres que no tienen recursos económicos para acceder a un aborto en condiciones de seguridad y protección, como hemos visto en los casos más recientes de mujeres adolescentes ingresadas graves a servicios de urgencia y denunciadas por realizarse un aborto en casa.

Ante esta realidad, lo que verdaderamente está en cuestión es si nuestras leyes y políticas públicas reconocen o no el derecho de las mujeres a decidir sobre su reproducción y ejercicio de la maternidad, procesos que tienen lugar en su propio cuerpo y resultan determinantes en su proyecto de vida. Este derecho fue definido por primera vez en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Teherán (1968), como el derecho de las mujeres

y parejas “a decidir el número y espaciamiento de los hijos”¹⁵. Ejercerlo implica también el respeto, protección y realización de otros derechos humanos, en particular el derecho a la vida; a la salud; a la integridad corporal y a estar libre de un trato inhumano o degradante; a beneficiarse del progreso científico y sus aplicaciones; a recibir información; a la libertad de pensamiento, conciencia y religión; y a la privacidad e intimidad¹⁶.

El Sistema Internacional de Derechos Humanos establece un conjunto de mecanismos legales para el respeto, protección y realización de los derechos humanos, entre ellos los sexuales y reproductivos. Sin embargo, dichos mecanismos se basan en que los Estados Parte respetarán los compromisos que han establecido con la comunidad internacional, con lo cual se postula el consenso y ausencia de conflicto en las sociedades, tanto a nivel nacional como internacional. Más aún, dichos mecanismos legales no aseguran que los derechos humanos se hagan efectivos¹⁷.

Indicador de lo anterior es que los órganos que supervisan el cumplimiento de los tratados internacionales, han comunicado formalmente a Chile, su recomendación de modificar la prohibición absoluta del aborto, en cuatro ocasiones: en las Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos (1999)¹⁸, las Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (1999)¹⁹, las Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2004)²⁰ y, más recientemente, en las Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos (2014)²¹. Por ello, la acción organizada de los movimientos sociales es indispensable, en particular de los movimientos feminista, de mujeres, y de la diversidad sexual, para lograr que la legislación y las políticas públicas respeten, protejan y garanticen los derechos sexuales y reproductivos. Por lo demás, todas las conquistas sociales y avances en lo que ahora definimos como protección de los derechos fueron producto de la acción de los movimientos sociales que buscaron un cambio en las relaciones de poder imperantes²²,

primero los movimientos de trabajadores/as, y luego los “nuevos” movimientos sociales. Esto permite pasar desde un discurso de derechos que contribuye a la sustentación del orden social y la distribución del poder vigentes en tanto dispositivo de saber/poder²³, a un discurso que cuestiona ese mismo orden, y que permite generar un cambio en las relaciones de poder.

La magnitud del aborto en el mundo y en Chile

Es imposible conocer con exactitud la magnitud del aborto en el mundo. Solo existen datos confiables para pocos países. Según Faúndes y Barzelatto²⁴, uno de los análisis más fiables es el de Henshaw y colaboradores (1999), que identificó 28 países con información considerada completa. Los países que tienen aborto legal por amplias causales son los que tienen las estimaciones más confiables y documentan datos precisos. No obstante, los autores señalados indican que dentro de este grupo, países como Estados Unidos, la Federación Rusa, la India y China, informan datos por debajo de las cifras reales²⁵. Frecuentemente estos registros suelen ser incompletos y mal clasificados, debido a la penalización legal y social del aborto. A esto se suma que, en muchos países, las estadísticas de hospitalizaciones por complicaciones de aborto solo comprenden el sector público y excluyen, por lo tanto, a las mujeres que se atienden en el sector privado.

En países donde no hay estadísticas oficiales, como Chile, las estimaciones de incidencia se basan en su mayoría en el número de mujeres que han sido tratadas por complicaciones de aborto en el sistema de salud. Este número se multiplica por un factor que representa el número de abortos inducidos que no han requerido atención médica y que, por lo tanto, no quedaron registrados. Estas estimaciones se realizan sobre la base de encuestas a proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva, profesionales de la salud y otros informantes clave, estableciendo los métodos utilizados y sus

probabilidades de complicarse, lo que se conoce como el “método basado en egresos hospitalarios”, propuesto por Singh y Wulf (1994)²⁶.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año más de 40 millones de mujeres recurren al aborto inducido para terminar con un embarazo no deseado. Cerca de 22 millones son abortos inseguros, es decir, realizados por personas que no tienen las habilidades, las condiciones o métodos seguros para su ejecución y pueden ocasionar muerte o daño a la salud de las mujeres debido a complicaciones. Los abortos inseguros ocurren en su gran mayoría en países en desarrollo y obedecen al contexto de ilegalidad/penalización, o al no cumplimiento de la ley en países en que es aceptado por algunas causales. Aproximadamente 47 mil muertes de mujeres son producto de procedimientos inseguros. Además, se estima que 5 millones de mujeres sufren incapacidades como resultado de un aborto inseguro²⁷.

En nuestro país son muchas las mujeres que recurren cada año a abortos en la ilegalidad y, por lo tanto, en condiciones inseguras. Según el Instituto Guttmacher, las estimaciones para el año 1994 eran de 150.000 abortos²⁸. Esta cifra se obtuvo mediante el método de egresos hospitalarios (públicos y privados) que en 1994 era aproximadamente de 30.000 egresos, a lo que se aplicó un factor de 5, estimando un 20% de complicaciones. Hoy en día este factor debiera ser mayor por la introducción del Misoprostol, por lo cual se estima que las complicaciones pueden ser inferiores al 10%. De hecho, Molina y colaboradores, utilizando un factor de 6, estiman que en Chile entre los años 2001 y 2010 se produjo un total de 109.200 abortos anuales, cifra que podría variar entre 72.800 y 145.600 abortos al año²⁹.

Legislar para: ¿abordar la punta del iceberg o abordar el problema en su magnitud y complejidad?

En Chile, el problema del aborto se asoma cada cierto tiempo por los medios de comunicación. Por ejemplo, casos como los de la niña conocida como “Belén”, que con 11 años quedó embarazada producto de violaciones reiteradas de su padrastro, y que salió a la luz pública el año 2013. También, el emblemático caso de Karen Espíndola, que en 2008 solicitó públicamente un aborto por malformación incompatible con la vida, que le fue negado.

Más recientemente se han divulgado noticias en la prensa aludiendo a adolescentes hospitalizadas en condiciones de gravedad tras realizarse un aborto con Misoprostol; en estos ejemplos, su uso ha sido fuera de los plazos considerados apropiados y seguros para este procedimiento. A esto se agrega que las jóvenes han sido denunciadas por médicos que las han atendido, vulnerando doblemente sus derechos e ignorando un instructivo ministerial que desde el año 2009³⁰ establece orientación a los/as profesionales de la salud para brindar primero que nada atención profesional de calidad y humanizada, por sobre cualquier consideración respecto de la denuncia, resguardando la confidencialidad y no sometiendo a las mujeres a indagaciones respecto de la realización del aborto.

Casos como estos son solo la punta del iceberg de un problema de gran magnitud en el país como lo evidencian las estimaciones. ¿Qué hay detrás de esas realidades? Una primera cuestión que salta a la vista es que la idealización de la maternidad no se condice con las desigualdades sociales de nuestra sociedad, ni con las condiciones de vida y los riesgos que las mujeres enfrentan, donde la determinación social de género, y en particular la violencia son estructurales.

Las desigualdades de género explican varias de las razones por las cuales las mujeres buscan un aborto, llevándolas a enfrentar embarazos no planificados y no deseados. Los datos hablan por sí solos: 55%

de los hogares más pobres del país tienen jefatura femenina³¹, mostrando la precariedad con la que muchas mujeres se hacen cargo solas del sustento de sus hijos/as. En países menos desarrollados las razones económicas explican parte importante de los abortos inducidos.

En Chile cada 25 minutos una mujer es violada, de acuerdo a estadísticas publicadas por el Servicio Médico Legal³². Sabemos que no todas las violaciones son denunciadas y que muchas veces las mujeres tienen relaciones sexuales no consentidas en el marco de relaciones de pareja donde son víctimas de violencia, una clase de violencia estructural que generalmente no es denunciada. Niñas y adolescentes son particularmente vulnerables a violencia sexual sistemática, en contextos de abuso sexual por parte de familiares y otras personas cercanas casos que, nuevamente, difícilmente se denuncian. Hechos como los señalados más arriba, han visibilizado situaciones de este tipo, haciendo pública también la falta de respuesta y apoyo del Estado frente a la vulneración de derechos. Niñas de 11 años violadas son obligadas en Chile a ser madres, con todos los riesgos, costos e impacto que eso implica en sus vidas. Las estadísticas muestran que cada año cerca de 1.000 niñas menores de 15 años son madres, seguramente, al igual que “Belén”, muchas en contexto de abuso. Los más de veinticinco femicidios registrados en el país en lo que va del año³³ (Nota ed. *Cifra que sigue aumentando*) dan cuenta del contexto de violencia estructural en el cual viven las mujeres; contextos y relaciones que determinan falta de poder para negociar sus relaciones sexuales, el uso de protección y la autodeterminación sobre sus proyectos de vida.

Siendo así, son muchas las razones que pueden existir para que una mujer decida no continuar con un embarazo no planificado. La anticoncepción y sus métodos no son infalibles y en Chile no están al alcance de todas las mujeres cuando los requieren, especialmente cuando se trata de la necesidad urgente frente a relaciones no protegidas, como es el caso de la anticoncepción de emergencia.

La ocurrencia de relaciones sexuales sin protección se relaciona también con la insuficiencia de políticas y programas en materia de educación y consejería en sexualidades y género, especialmente para adolescentes y niñas menores de 14 años. Un estudio reciente muestra cómo la inseguridad de los/as profesionales de la salud frente a marcos legales y a la política y programas de regulación de la fecundidad, redundan en obstáculos para el acceso a consejería y métodos anticonceptivos de adolescentes, muy especialmente en menores de 14 años³⁴.

El contexto de penalización y las posibles salidas

Vivir en Chile significa pertenecer a un pequeño grupo de países donde habita el 1% de la humanidad que está sujeto a leyes que prohíben el aborto bajo cualquier circunstancia. Nos acompañan en la Región Nicaragua, El Salvador, Honduras, República Dominicana, y en el resto del mundo, Malta y El Vaticano. Como afirma la OMS, aun cuando las restricciones y penalizaciones se imponen para supuestamente proteger al que está por nacer, a pesar de los riesgos, las mujeres que toman la decisión de abortar lo harán en cualquier condición. Por ello este tipo de legislación restrictiva, ciega a las consideraciones antes planteadas, en realidad no protege la vida, como sostiene en un análisis jurídico la abogada Verónica Undurraga³⁵. Por el contrario, disposiciones como esta ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres, de manera especial y en forma discriminatoria, la de aquellas que no cuentan con recursos económicos.

Es importante recordar que las restricciones actuales responden a un cambio en el Código Sanitario realizado en dictadura, en septiembre de 1989 (la llamada Ley Merino), que eliminó la existencia del aborto con fines terapéuticos (art. 119), que desde el año 1931 permitía el aborto cuando estaba en riesgo la vida de la mujer. Las palabras de Jaime Guzmán en sesiones de la Comisión Constituyente de la dictadura (1974) reflejan la ideología que

subyace a tal imposición: “La madre debe tener el hijo aunque éste salga anormal, aunque no lo haya deseado, aunque sea producto de una violación o aunque de tenerlo, derive su muerte. Una persona no puede practicar jamás legítimamente un aborto, porque es un homicidio y todas las consecuencias negativas o dolorosas constituye, precisamente, lo que Dios ha impuesto al ser humano”³⁶. Guzmán hace referencia en su discurso justamente a las tres causales que están hoy siendo debatidas para la despenalización del aborto. Desde la mirada de la salud pública esta legislación resulta restrictiva e insuficiente para abordar el problema en su real dimensión, haciéndose cargo apenas de lo que hemos llamado la punta del iceberg. Para poner cifras en perspectiva: si se promulgara una Ley que permitiera el aborto por malformaciones fetales incompatibles con la vida y por razones de salud de la mujer llegaríamos, en el caso de que el 100% de esas mujeres decidieran abortar, a unos 2.700 casos anuales³⁷, lo cual representa apenas al 3% de la estimación promedio de 100.000 abortos anuales. Además, en varios países de la región se permite el aborto por estas causales, y es un hecho conocido que esta restricción se estrecha aún más en la práctica, debido a obstáculos y ausencia de fiscalización para la aplicación de la Ley. En contrapartida, el 90% de los países europeos permite el aborto para proteger la salud de las mujeres en una concepción amplia, y el 69% tiene legislaciones que permiten la interrupción voluntaria del embarazo a demanda de las mujeres. Contrario a lo que se piensa, en países con legislaciones como estas, en el transcurso de los años se ha constatado una disminución de las tasas de aborto³⁸, esto debido a que el acceso al aborto legal, gratuito y seguro en manos del sistema público se acompaña también con mayores oportunidades de consejería y acceso a anticoncepción³⁹, y el acceso a anticoncepción post-aborto previene futuros abortos para estas mujeres. También estas legislaciones brindan espacio para la protección de las mujeres frente al riesgo de un aborto no consentido, por presión o falta de información.

La alternativa a las legislaciones de aborto por causales son las leyes que establecen plazos, donde el aborto por cualquier razón es legal hasta las 12 ó 14 semanas, y luego de ello los tiempos se flexibilizan de acuerdo a las circunstancias esperables en el caso de otras causales como violación o malformaciones fetales incompatibles con la vida. Es importante también considerar las diferencias entre despenalizar y legalizar, ya que en el primer caso podría no existir obligatoriedad de garantizar servicios públicos para el acceso a aborto seguro financiado por el Estado.

El caso de Uruguay resulta especialmente importante como ejemplo pues desde el año 2003, a pesar de que el aborto era ilegal, se instaló un modelo llamado “Iniciativas Sanitarias contra Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo” cuyo objetivo fue disminuir el daño del aborto inseguro a través del acceso en servicios públicos de salud a la información sobre el uso adecuado de Misoprostol y atención en caso de complicaciones. Esta estrategia tuvo un importante impacto en la reducción de mortalidad materna por aborto en el período 2003-2011⁴⁰. Finalmente, en octubre de 2012, Uruguay aprobó la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, estableciendo el acceso a aborto seguro en el sistema público.

Abordar el aborto desde la Salud Pública significa considerar su impacto en la salud de la población, desde una concepción integral y desde el marco de los derechos sexuales y reproductivos. Significa también reconocer que existen determinantes sociales, en particular el género y la clase social, que construyen desigualdades en la salud sexual y reproductiva, e impactan en las posibilidades y en el poder para ejercer esos derechos. Bajo este marco, la discusión entre las posturas “pro-aborto” o “pro-vida” se vuelve irrelevante. Lo importante es analizar si la legislación y las políticas públicas reconocen, protegen y generan condiciones efectivas para realizar el derecho a la autodeterminación reproductiva, y otros derechos relevantes para su ejercicio efectivo. También, reconocer que los avances en materia de derechos sexuales y

reproductivos solo serán posibles con la acción de las organizaciones de mujeres, feministas y de diversidad sexual que permita transformar las relaciones de poder en el campo de la sexualidad y la reproducción.

La magnitud, consecuencias para la salud, consecuencias sociales y económicas del aborto inseguro requieren enfrentar el problema con políticas públicas de regulación y organización de servicios públicos para su acceso bajo condiciones de protección y seguridad. El Estado debe garantizar el acceso equitativo al aborto, resguardando la libertad de las mujeres a decidir, y resolviendo el dilema de la interrupción del embarazo con un sistema de plazos como en otras legislaciones a nivel internacional. Junto con ello se debe garantizar de manera efectiva el acceso a métodos de anticoncepción y a programas de educación, información y asistencia en materia de salud sexual y reproductiva a mujeres y hombres en el curso de sus vidas.

Para concluir, es necesario decir que en nuestro país el peso de la evidencia y argumentos de la salud pública para el abordaje del aborto inducido desde el Estado, fueron mejor comprendidos en las décadas de los años 30 y 60. Esos mismos argumentos despertaron la contundencia de políticas que nos pusieron a la cabeza de la región y del mundo en materia de protección de la salud, y que siguen mostrando su impacto en nuestros indicadores. En el mundo, la visión poblacional sobre la reproducción y el aborto ha transitado desde un enfoque demográfico y centrado en la mortalidad materna, hacia el enfoque de los derechos sexuales y reproductivos. La Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo, establece claramente en su declaración final, el “Consenso de Montevideo”, que “la promoción y la protección de los derechos sexuales y derechos reproductivos son esenciales para el logro de la justicia social y de los compromisos nacionales, regionales y mundiales para el desarrollo sostenible, en sus tres pilares: social, económico y ambiental”. Es precisamente un acuerdo de este consenso regional,

firmado por Chile, la revisión y modificación de leyes restrictivas en materia de aborto⁴¹.

La profundidad del impacto que en nuestro país ha tenido la vulneración de los derechos humanos, no es ajena al hecho que en estas materias hayan predominado las visiones tradicionales. De hecho, sectores conservadores continúan sosteniendo que el aborto en Chile no es un problema, ya que muy pocas mujeres mueren por ello. Si nuestro desarrollo democrático no hubiese sido truncado por la dictadura cívico-militar, que implicó entre otras pérdidas el exilio de muchos/as de nuestros salubristas más connotados, el camino tomado por Chile hubiera sido la legalización del aborto. Esta ha sido la tónica a nivel internacional, en especial de los países con mayor desarrollo y sistemas fuertes de protección social. Es el momento de retomar el camino de la protección de los derechos, adoptando un sistema de plazos que respete, proteja y garantice los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres chilenas. Resulta esperanzador, para impulsar los cambios necesarios, que la participación social está creciendo en consciencia de derechos y magnitud, fortaleciendo un movimiento ciudadano que vigila activamente el cumplimiento de las garantías establecidas en acuerdos y compromisos internacionales suscritos por nuestro país. ■

Bibliografía

- Armijo Rolando, Monreal Tegualda. El problema del aborto provocado en Chile. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* (OSP) 1966;60(1):39-45.
- del Campo Peirano, Andrea (2008). La nación en peligro: El debate médico sobre el aborto en Chile en la década de 1930. En: Zárate Campos MS, ed. *Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2008; 131-188.
- Evans T. International human rights law as power/knowledge. *Human Rights Quarterly* 2005;27(3):1046-1068. Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 1966.
- Faúndes A, Barzelatto J. El drama del aborto. En busca de un consenso. Santiago: LOM Ediciones, 2007.
- Ferrer M. La población y el desarrollo desde un enfoque de derechos humanos: intersecciones, perspectivas y orientaciones para una agenda regional. *Serie Población y Desarrollo*. Vol. 60. Santiago: CEPAL, 2005.
- Ferrer Lues M. Derechos humanos en población: indicadores para un sistema de monitoreo. *Serie Población y Desarrollo*. Vol. 73. Santiago: CEPAL, 2007.
- Leal I., Molina T., Troncoso P., Leyton C., Luttges C. Conocimientos y práctica clínica de los proveedores de atención primarias para la prevención del embarazo adolescente dentro del marco legal, Resultados preliminares estudio FONIS, 2014.
- Mario S., Pantelides E. La estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina. *Notas de Población* 2009;87:95-120.
- Molina-Cartes R, Molina T, Carrasco X, Eguiguren P. Profile of abortion in Chile, with extremely restrictive law. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology* 2013;3:732-738.
- Naciones Unidas. Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). 22° período de sesiones. Ginebra, 2000.
- Naciones Unidas. Observación General N° 20. La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). 42° período de sesiones. Ginebra, 4 a 22 de mayo de 2009. Tema 3 del Programa. Ginebra, 2009.
- Naciones Unidas. Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Primera Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo, 12 al 15 de agosto de 2013, Montevideo, Uruguay.
- OMS. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Ginebra: Secretaría de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, OMS, 2005.
- OMS. Aborto sin riesgos. Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud. Montevideo: Organización Mundial de la Salud, 2012.
- Pieper Mooney J. Salvar vidas y gestar la modernidad: médicos, mujeres y Programas de Planificación Familiar en Chile. En: Zárate Campos MS, ed. *Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2008;189-228.
- Rojas Mira C. Lo global y lo local en los inicios de la planificación familiar en Chile. *Estudios Avanzados* 2009;II:7-27.
- Sedgh G., Singh S., Iqbal H., Shah I., Åhman MA., Henshaw SK., Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet* 2012; 379: 625-632.
- Servicio Médico Legal (2011). La violencia de género en Chile periodo 2000 - 2010. Una reflexión a partir del análisis de las Agresiones Sexuales Constatadas en el Servicio Médico Legal.
- Stammers N. Social movements and the social construction of human rights. *Human Rights Quarterly* 1999;21(4):980-1008.
- The Guttmacher Institute. Aborto a nivel mundial: Una década de progreso desigual. 2009.
- UNDP-OHCHR. Compilación de observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre países de América Latina y el Caribe (1989 - 2004). 2004.
- Undurraga Verónica. Aborto y protección del que está por nacer en la Constitución Chilena. Legal Publishing, 2013. Santiago, Chile.

Notas

1. La lista de médicos asistentes a la Convención registra solo una mujer.
2. del Campo Peirano, Andrea (2008). La nación en peligro: El debate médico sobre el aborto en Chile en la década de 1930. En: Zárate Campos, MS. ed. Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2008; pp. 131-188.
3. Molina-Cartes, Ramiro et al. (2013). Profile of abortion in Chile, with extremely restrictive law. Open Journal of Obstetrics and Gynecology 2013;3:732-738.
4. Estadísticas del Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud. <http://www.deis.cl/?p=2541>
5. Jiles Ximena, Rojas Claudia (1992). De la miel a los implantes. Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile.
6. Ibid.
7. Pieper Mooney, Jadwiga (2008). Salvar vidas y gestar la modernidad: médicos, mujeres y Programas de Planificación Familiar en Chile.
8. Rojas Mira, Claudia (2009). Lo global y lo local en los inicios de la planificación familiar en Chile. Estudios Avanzados.
9. Armijo Rolando, Monreal Tegualda (1966). El problema del aborto provocado en Chile.
10. Naciones Unidas (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
11. Naciones Unidas (2000). Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). 22° período de sesiones. Ginebra.
12. Naciones Unidas (2009). Observación General N° 20. La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párrafo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). 42° período de sesiones. Ginebra, 4 a 22 de mayo de 2009. Tema 3 del programa. Ginebra.
13. OMS (2005). Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Ginebra: Secretaría de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, OMS.
14. OMS (2012). Aborto sin riesgos. Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud.
15. Ferrer, Marcela (2005). La población y el desarrollo desde un enfoque de derechos humanos: intersecciones, perspectivas y orientaciones para una agenda regional. Serie Población y Desarrollo. Vol. 60. Santiago: CEPAL,
16. Ferrer Lues, Marcela (2007). Derechos humanos en población: indicadores para un sistema de monitoreo. Serie Población y Desarrollo. Vol. 73. Santiago: CEPAL, 2007.
17. En el plano internacional, la evidencia es contundente. El mundo ha sido testigo de violaciones reiteradas al derecho internacional, entre ellas las “limpiezas étnicas” en la ex Yugoslavia y Ruanda; la invasión de Estados Unidos a Irak; la ejecución de Muamar el Gadafi en Libia; y la sistemática política genocida del Estado de Israel hacia el pueblo palestino, que se expresó de manera cruenta nuevamente en julio de 2014, ante la impotencia de millones de personas en el mundo.
18. OHCHR - Centro de Derechos Humanos, Facultad de Derecho Universidad de Chile. Compilación de observaciones finales del Comité de Derechos Humanos sobre países de América Latina y el Caribe (1977 - 2004). [http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrc/docs/publications/HRC-Compilacion\(1977-2004\).pdf](http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrc/docs/publications/HRC-Compilacion(1977-2004).pdf)
19. OHCHR - CEPAL- División para el adelanto de la mujer, Departamento de asuntos económicos y sociales de Naciones Unidas. Compilación de observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer sobre países de América Latina y el Caribe (1982-2005). <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/2/28472/Compilaci%C3%B3nCEDAW.pdf>

20. OHCHR-UNDP (2004). Compilación de observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre países de América Latina y el Caribe (1989 - 2004) file:///D:/DESCARGAS/ARTICULOS%202102/Aborto/CES-CRCompilacionGC_sp.pdf
21. Comité de Derechos Humanos (2014). <http://acnudh.org/wp-content/uploads/2014/07/CCPR-CHILE-2014.pdf>
22. Stammers N. (1999). Social movements and the social construction of human rights.
23. Evans T. (2005). International human rights law as power/knowledge.
24. Faúndes Aníbal, Barzelatto José (2007). El drama del aborto. En busca de un consenso.
25. Ibid.
26. Mario S., Pantelides E. (2009). La estimación de aborto en Argentina.
27. OMS (2012). Op. cit.
28. Faúndes Aníbal, Barzelatto José. (2007). Op. cit.
29. Molina-Cartes, Ramiro (2013). Op. cit.
30. Instructivo del Ministerio de Salud enviado a Directores de Servicios de Salud en abril de 2009 (ordinario A15/1675).
31. CASEN 2009.
32. Servicio Médico Legal (2011). La violencia de género en Chile periodo 2000 - 2010.
33. A la fecha Sernam registra 27 femicidios en el país. <http://portal.sernam.cl/?m=programa&i=67>
34. Leal I., Molina T., Troncoso P., Leyton C., Luttges C. (2014). “Conocimientos y práctica clínica de los proveedores de atención primarias para la prevención del embarazo adolescente dentro del marco legal”, Resultados preliminares estudio FONIS.
35. Undurraga, Verónica (2013). Aborto y protección del que está por nacer en la Constitución Chilena. Legal Publishing, Santiago
36. República de Chile (1974). Actas oficiales de la Comisión Constituyente. Segunda parte de la sesión 83a, celebrada en jueves 31 de octubre de 1974.
37. Parra, Mauro (2012). Informe expuesto por el Dr. Parra ante la Comisión Salud del Senado en enero 2012.
38. The Guttmacher Institute (2009). Aborto a nivel mundial: Una década de progreso desigual.
39. Sedgh et al. (2012) Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008.
40. Ministerio de Salud Pública, República Oriental del Uruguay. (20) Balance primer año de implementación de la Ley 18.987- Interrupción Voluntaria del embarazo. Presentación http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/conferencia%20prensa%20IVE%20FEBRERO%202014.pdf
41. *Preocupados* por las elevadas tasas de muertes maternas, en gran medida debidas a la dificultad para acceder a servicios adecuados de salud sexual y salud reproductiva y a la realización de abortos inseguros, y conociendo que algunas experiencias en la región muestran que la penalización del aborto provoca el incremento de la mortalidad y morbilidad maternas y no disminuye el número de abortos, todo lo cual aleja a los Estados del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Acuerdo n°42: Asegurar, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional, la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados y no aceptados e instar a los demás Estados a considerar la posibilidad de modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos;

Perspectiva Médico-Epidemiológica del aborto en Chile

Prof. Dr. Ramiro Molina Cartes*

Introducción

Uno de los problemas más importantes de Salud Pública en Chile ha sido el aborto provocado y sus complicaciones. Esto se arrastra desde la Colonia. En el informe de la primera visita que hizo el médico enviado por la Corte de España a las colonias en el Nuevo Mundo, comentaba de la Capitanía General de Chile:

“Los partos en Chile no son atendidos ni siquiera por los carniceros” y reporta una muy alta mortalidad de madres y niños. Agrega que “le llama la atención de la cantidad de abortos provocados en especial en el sector de La Cañada”, lo que corresponde actualmente al barrio de Independencia y Recoleta, al otro lado del río Mapocho.

La conducta abortiva de la población chilena es cultural y no tiene raíces claras. Los colonos españoles tenían conceptos religiosos católicos y las conductas de los autóctonos del norte, centro y sur de Chile no son abortivas. La migración europea no hispana, que comienza en los inicios de la república con la colonización alemana en las tierras del sur, fue más bien natalista. No se detectan otras influencias que expliquen este fenómeno.

¿Cuál es el impacto del aborto? Esta simple pregunta genera una serie de posiciones encontradas en las cuales se mezclan mitos, falsas creencias y expresiones ideológicas y morales de las más variadas posiciones religiosas. Esto último ocurre especialmente en países donde el tema se ha negado para su discusión y donde la tradición de los derechos humanos tiene antecedentes de haber sido conculcados.

Basta que esta pregunta sea por razones directas, como ocurre con la discusión de la interrupción de los embarazos por causas de salud de la mujer o por inviabilidad fetal por malformaciones embriológicas o genéticas severas, o que condicionan una viabilidad muy limitada después del nacimiento. Puede ser por razones indirectas, como ocurre la discusión de la licitud de fármacos anticonceptivos que previenen el embarazo, pero que para muchos son abortivos como sucede con la anticoncepción hormonal de emergencia o Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE), a pesar de todas las evidencias científicas existentes de que su acción farmacológica es previa a la fecundación. Esta última experiencia ha ocurrido en Chile en los últimos 10 años, (2000 a 2010).

* El autor es médico gineco-obstetra, investigador y académico de la Universidad de Chile. Fue fundador del reconocido Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, CEMERA, de la misma casa de estudios.

Bases elementales del comienzo de la vida humana

A las 24 horas de la fusión de los pronúcleos de las células óvulo y espermatozoide humanos ya hay dos células, 8 a 10 células el tercer o cuarto día, y a los 7 días el útero alcanza un estado que se llama blastocisto, con aproximadamente 200 células. Solo el 7 al 10% de estas células formarán el futuro embrión. En esta etapa no es posible determinar la presencia de este nuevo individuo biológico que se hace con la medición de la Gonadotropina Coriónica (hCG) que se genera en el trofoectodermo (región de inserción de blastocisto ya transformado en Mórula). Se puede detectar a los 8 a 10 días después del alza de la hormona hipofisaria LH. Su aumento es exponencial y se duplica cada 24 horas. La presencia de hCG es una evidencia que el embrión ha alcanzado el estado de implantación; si posteriormente no hay otros signos de embarazo, fuera del retraso de una menstruación, y el embarazo no continúa, la literatura lo denomina como “Devastación temprana del embarazo” o “Embarazo Bioquímico” o “Microaborto”.

El blastocisto se implanta o se anida en la capa interna del útero, llamada endometrio, y se transforma en mórula y el organismo materno reconoce la presencia del nuevo individuo y reacciona produciendo hormonas. Una de ellas es la hCG que influye sobre el ovario impidiendo las menstruaciones. Es por ello que la Organización Mundial de la Salud, OMS, considera que el comienzo del embarazo es al momento de la implantación, cuando es posible determinar su presencia objetiva en el tracto materno (OMS, 1978)¹ (Carlson, 1999)².

Hasta aquí hay dos conceptos, el de célula viva individual con genoma humano y esta célula implantada, dando origen a un embarazo.

Entre el 8% y el 57% de los cigotos se pierden hasta que ocurre la implantación. Entre esta y el nacimiento se produce un 20% más de pérdidas espontáneas. Así, de cada 100 óvulos fecundados, llegan a Recién Nacidos/as solamente un 31%.

Este hecho define que los mamíferos humanos se reproducen por devastación. Es decir la mayoría se pierde, existiendo una poderosa y muy exigente selección natural que interrumpe los embarazos (Aplin, 1996)³.

El proceso de crecimiento y desarrollo desde óvulo hasta Recién Nacido/a, es de gran velocidad y en un corto tiempo. Esto significa que los componentes deben ser muy perfeccionados y que el proceso mismo debe transcurrir en total normalidad. Es por ello que la existencia de un genoma humano e individualizado desde el momento de la replicación de las bases proteicas que siguen a la fusión de los pronúcleos, le condiciona la potencialidad de un ser humano. Desde la perspectiva biológica es un individuo incipiente que llegará a ser humano con la adquisición de las estructuras anatómicas fundamentales y el substrato biológico que le permitirá tener sensaciones, emociones, pensamiento y deseos (Genoma Humano 2014)⁴ (Wilcox, 1995)⁵ (Wilcox, 1998)⁶.

A título de ejemplo, existe una malformación genética que se llama Mola Hidatiforme. La mola hidatiforme parcial tiene un cariotipo triploide 69 XXY como resultado de la fertilización de un ovocito por un espermatozoide duplicado o por dos espermatozoides, y puede manifestarse como cariotipos 69XXY (70%), 69XXX (27%) y 69XYY (3%). Tiene genoma humano, continúa su desarrollo y nunca llegará a ser un humano. Hay muchos ejemplos de malformaciones genéticas del Genoma Humano que nunca llegarán a ser humanos.

En este relato, se agrega el tercer concepto de potencialidad de llegar a ser humano a partir de un genoma humano. Este concepto, que tiene todo un análisis filosófico, ha sido materia de la ética.

El cuarto concepto es el de Persona Humana, en el contexto de la adquisición de la sustancia espiritual, “alma”, “mente” o “psique”, lo cual es del ámbito de las religiones y sus teologías.

El quinto concepto es de Persona Legal, que en el código de Derecho Civil chileno se define como a un recién nacido/a desde el momento del corte del cordón umbilical, cuando pasa a ser sujeto de derechos y deberes.

Con la aparición de la fertilización asistida se han producido fenómenos muy curiosos. En un reciente intercambio de cartas al editor de una prestigiosa revista científica como es el *Annals of Internal Medicine*, un investigador sostiene que el embarazo se inicia desde el momento de la concepción, pues el embrión humano es genéticamente un individuo distinto desde ese momento. La implantación para él es simplemente un cambio de su hogar y su forma de nutrición. Otro investigador le contesta que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos define el comienzo del embarazo desde la implantación y pone un ejemplo para aclarar el punto:

Una mujer tiene sus óvulos congelados en un Centro de Fertilización asistida y uno de ellos es fecundado por los espermatozoides de su esposo, también congelados. Esto ocurre en una placa de Petri y a la mujer, a 64 millas de distancia, se le comunica del éxito y se la cita para la transferencia a su útero. Se pregunta el investigador si la mujer ¿podría anunciar a sus amigos que está embarazada? ¿Podría su obstetra de la ciudad donde vive iniciar el control prenatal? De hecho, hay una fertilización exitosa de un individuo genéticamente diferente a sus padres pero que no será un embarazo hasta que se implante.

Según la Organización Mundial de la Salud, “Aborto es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal con medios adecuados”. Esta definición no hace mención si el feto está vivo o muerto (OMS, Op. cit.)⁷. El punto de viabilidad de la definición también es variable. El peso de menos de 1.000 gr. al momento de nacer daba muy pocas posibilidades de sobrevivida hasta la década de los 80, en Chile. Y por cierto que con menos de 900 gr. las alternativas eran casi nulas. Sin embargo, con la aparición de las Unidades de Tratamiento Intensivo Neonatal y las tecnologías la viabilidad

aumentó en proporciones impresionantes. Esto cambió de tal modo que se debe registrar, sea vivo o muerto, a todo recién nacido con más de 500 gr. Y la mortalidad ya no se refiere solo a aquellos de 1.000 gr. y más. Se expresa la mortalidad por peso del R.N. En 30 años los límites de la viabilidad aumentaron para los fetos chilenos y lo que antes podría ser calificado de aborto para la medicina de 1980, en 2014 ya no lo es. Hoy todo feto de 22 semanas o más, si es expulsado del útero o extraído del mismo, es clasificado como Nacido Vivo/a. Y aborto si es menor de 22 semanas.

Desde un punto de vista legal, la Corte Suprema de Chile ha definido aborto como: La interrupción del proceso natural del embarazo que produce la muerte del feto o producto de la concepción. Hay otras definiciones legales que en diferente forma expresan la muerte fetal, sea intrauterina o extrauterina o por el efecto de la extracción en el momento en que el feto es aún inviable por su edad gestacional (Inostroza, 2012)⁸. En ambas definiciones, los conceptos y características de la viabilidad fetal y viabilidad neonatal son fundamentales. Ambas definiciones de viabilidad coincidirán tanto para su aplicación médica como médico-legal.

En Chile, el tema del Aborto Terapéutico desde la perspectiva médica no se ha tocado en Congresos Médicos desde 1970. Solo en el año 2007, se discutió durante el XXXI Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología, en un Curso de Ética.

En mayo de 2012, el Poder Legislativo discutió por primera vez en la historia chilena la posibilidad de revisar la ley respecto al aborto de Causa Médica o Aborto Terapéutico y no se aprobó el acuerdo de discusión del tema en el Parlamento chileno. Un año después, en el primer semestre de 2013, la Comisión de Salud del Senado ha repuesto la discusión de los proyectos que proponen la despenalización del aborto en determinadas circunstancias. La nueva Presidencia de la República elegida para el período 2014-2017 considera en su programa de gobierno apoyar la discusión de la despenalización del aborto por causas médicas, incluyendo el emba-

raza por violación. La experiencia en otros países latinoamericanos muestra que esta discusión lleva entre 18 a 24 meses.

Epidemiología del aborto de causa médica

En la Tabla N° 1 se observa información de los egresos por aborto desde 1960, de hospitales públicos y privados en Chile y su relación con otros indicadores de salud.

El mayor descenso se observa en la mortalidad materna, en la cual influye el descenso de la mortalidad por aborto. La mortalidad materna desciende más de tres veces, si se compara con las tasas de 1964, cuando se ha registrado la máxima mortalidad materna y por aborto. Sin embargo, los

egresos por aborto han tenido un descenso de 30% en estos 50 años, con un promedio de 33.449 anual entre 2001 y 2010 (Molina et al, 2013)⁹.

La mortalidad infantil y neonatal ha descendido en 94 y 85%, respectivamente. Claramente una legislación sobre el aborto más abierta y de acuerdo con lo que ya ocurre en la praxis de la especialidad de Obstetricia y Ginecología, influirá en el descenso de las tasas por aborto hasta casi hacerlas desaparecer.

Aborto de causa médica es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal (22 semanas de gestación) con el objeto de prevenir la muerte de la mujer o tratar una enfermedad que afecta tanto al feto como a la madre y que hace inviable la vida embrionaria o fetal. En algunas legislaciones se incluye el embarazo a consecuencia de la

Tabla N° 1

Mortalidad Infantil, Neonatal, Materna, por Aborto, Egresos por Aborto y por 100 Nacidos Vivos. Chile. Datos disponibles 1960 a 2010

Año	Mortalidad Infantil x1000 NV	Mortalidad Neonatal x 1000 NV	Mortalidad Materna x 100.000 NV	Mortal materna por Aborto x 100.000 NV(*)	Nº Egresos por aborto	Egresos aborto por % de NV
1960	118,5	34,7	294	105 (35,7)	47.096	18,3
1964	103,9	34,3	286	119 (41,6)	56.391	20,3
1970	82,6	32,6	175	68 (38,9)	44.771	18,3
1980	32,7	16,8	75	29 (38,7)	38.199	15,5
1990	16,0	8,5	40	9 (22,5)	36.528	11,9
2000	8,9	5,6	19	5,2 (27,4)	30.146	11,4
2010	7,4	5,1	18	2,4 (13,3)	31.933	12,7
% descenso 1960-2010	93,8	85,3	93,7	97,7	32,2	30,6

(*) % de muertes por aborto en relación a 100 muertes maternas

violación sexual. En general esta herramienta se aplica en todos los países, pues es una indicación de la Ginecología y Obstetricia que se describe en todos los textos de medicina de la especialidad (Beckmann, 2014)¹⁰.

A estas causas de indicación médica o de salud también se las clasifica con una controvertida acepción de Aborto Terapéutico.

Hay situaciones en las cuales si no se interrumpe el embarazo, se pierde la vida del embrión y además la vida de la mujer. Esto ocurre, por ejemplo, con los embarazos ectópicos, cuando el embarazo se implanta en un sitio fuera del útero como en una trompa de Falopio -lo más frecuente-, o en otro lugar, como ocurre con el embarazo ovárico. El crecimiento del embrión o feto y la implantación de la placenta, provoca la ruptura del órgano, con complicaciones de hemorragias muy severas que comprometen rápidamente la vida de la mujer si no se interviene quirúrgicamente.

En estos casos, esperar el desarrollo del embrión hace imposible que este alcance su viabilidad, pues la complicación provocará antes la muerte de la mujer. Hay otros casos en que los fetos son más desarrollados pero aún insuficiente para ser viables y que por condiciones muy graves, la continuidad de su desarrollo afecta la vida de la mujer y del feto como consecuencia. Esto ocurre en casos de hipertensión severa incontrolable con riesgo de ruptura hepática, por ejemplo.

En general, ya quedan pocas causas médicas en que la medicina tiene que hacer la elección entre la vida del feto o de la mujer. Cuando se plantea la alternativa de interrupción de un feto no viable es por el riesgo de perder a ambos: la mujer y el feto. Con la aparición de las Unidades de Atención Neonatal, se puede interrumpir embarazos con fetos muy inmaduros y con un mejor pronóstico, aunque muy difícil sobrevida. Es decir no son interrupciones con muerte fetal o sin posibilidades para el Recién Nacido. Son intervenciones programadas para dar las mejores posibilidades a dos vidas.

Este es un tema en el cual Chile está enfrentado a discutir, pues tiene una legislación en la cual no está permitido el aborto en ninguna circunstancia, lo cual no es real ni está de acuerdo con lo que sucede todos los días en nuestros hospitales públicos y privados (Cod. Derech. Sanit., 1989)¹¹.

En la tabla N°2 se puede apreciar lo que ha ocurrido entre 2001 y 2010 según lo registrado por el Ministerio de Salud de los boletines de egresos, tanto de los hospitales públicos como privados de todo el país y publicado recientemente (DEIS, 2013)¹².

La Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE, de la OMS, décima versión (DEIS, 2013), considera 8 grandes rubros (WHO, 1994)¹³. Los dos primeros son situaciones en las cuales es mandatorio un tratamiento quirúrgico que significa la interrupción del embarazo y que si no se hace se produce la muerte de la mujer gestante en la O00, O01 por una hemorragia incontrolable, por un riesgo de transformarse en un cáncer de los más agresivos que se describen en la mujer en la O01, y por inducir una hemorragia uterina innecesaria o una infertilidad a futuro en el caso de la O02. Los tres diagnósticos se encuentran en todos los libros de Obstetricia y Ginecología (Beckmann, Op. cit.)¹⁴. Estos corresponden a una proporción de 67,6% de los diagnósticos de egreso en los 10 años registrados por el Ministerio de Salud. Si se agrega los del rubro O07, que es el intento de aborto fracasado que realizó un profesional y tuvo que resolver quirúrgicamente, en una segunda instancia, para evitar una mayor complicación, y el rubro O08 que corresponde a las complicaciones que se presentaron en el tratamiento de los tres primeros rubros ya descritos, se alcanza al 68,5% de los egresos. Todos estos casos (227.449) se encuentran fuera de nuestra actual legislación sobre el aborto (Código Derecho Sanitario, 2013) y se resuelven por ser indicaciones de la especialidad. Es decir, hay una contradicción entre lo que la ley dice y lo que la praxis médica realiza.

En esta tabla, la adolescencia ha sido dividida en los grupos de 14 y menos y de 15 a 19 años con el

Tabla 2

**Riesgo de aborto por edad y CIE 10 de la OMS.
Chile 2001-2010. Razón por 1,000 NV.**

CIE 10	Egresos hospitalarios por aborto según grupo de edad y Razones por 1000 NV										% de Abortos por causas médicas
	10-14	Razón	15-19	Razón	20-39	Razón	40-54	Razón	Total	Razón	
O00	57	5.7	1.685	4.5	31.314	16.2	2.339	27.3	35.395	14.7	67.6 %
O01	40	4.0	432	1.2	1.749	0.9	437	5.1	2.658	1.1	
O02	410	40.7	10.500	28.3	97.429	50.3	16.188	188.7	124.527	51.8	
O03	328	32.5	6.632	17.9	38.073	19.7	5.791	67.5	50.824	21.2	
O05	23	2.3	410	1.1	2.040	1.1	251	2.9	2.724	1.1	0.9 %
O06	721	71.5	15.840	42.7	86.258	44.6	13.387	156.0	116.206	48.4	
O07	8	0.8	61	0.2	266	0.1	18	0.20	353	0.1	
O08	9	0.9	226	0.6	1.415	0.7	147	1.7	1.797	0.7	
Total	1.597	158.3	35.786	96.5	258.544	133.6	38.558	449.4	334.484	139.3	68.5 %
Total NV	10.085		370.772		1.935.243		85.798		2.401.898		

O00: Embarazo Ectópico; O01: Mola Hidatiforme; O02: Otros Productos Anormales de la concepción; O03: Aborto Espontáneo; O04: Aborto Médico; O05: Otro Aborto; O06: Aborto No especificado; O07: Intento de aborto fracasado; O08: Complicaciones a consecuencias del aborto o embarazo ectópico o embarazo molar.

fin de comparar la información en una edad donde existe muy escasa información. El riesgo de embarazo ectópico es mayor en las adolescentes de 14 y menos que en las de 15 a 19, y aumenta con la edad, alcanzando el máximo entre 40 y 54 años de edad. Lo mismo ocurre con la Mola y con el rubro O02 “Otros productos anormales de la Concepción” (O02.0 al O02.9), que corresponde a abortos de origen fetal como Mola No hidatiforme, Detención del desarrollo del embrión, Huevos anembrionados, Otros diagnósticos de aborto de causa fetal, y alcanzan a una razón de 51,8 x 1.000 NV. De hecho, en los boletines de alta no se coloca el diagnóstico de la malformación o alteración genética y queda como aborto espontáneo por estas causas, pero al tener un diagnóstico adicional, en el proceso de clasificación al alta, queda en este rubro.

De tal modo que una legislación tan drástica como la chilena en esta materia afecta la calidad de la información, que depende principalmente de la fuente para la ejecución de los boletines de alta, y

en las dificultades que los profesionales y funcionarios especializados tienen para las reasignaciones específicas del rubro O02 de la CIE.

En este rubro se ha propuesto incluir en la ley, la interrupción por razones de No Viabilidad Fetal por causas Genéticas y Fallas en el desarrollo embriológico. Son situaciones extremas en las cuales el diagnóstico se hace después de las 14 y antes de las 22 semanas y el feto, aunque continúe su desarrollo, no tiene ninguna alternativa de sobrevivencia antes de nacer o muere al poco tiempo de nacer. La mujer y su familia deben ser informadas de la situación tanto por razones éticas y legales.

Estos casos no pueden ser interrumpidos en Chile, y si ocurre el profesional y la madre serían autores y su familia cómplices de un delito criminal. En las legislaciones donde se permite la interrupción del embarazo voluntario por un médico especialista, es voluntad de la mujer acceder a esta interrupción, después de recibir la más amplia información.

Muchas patologías son de muy alta complejidad y deben ser estudiadas en profundidad e informadas a los padres por especialistas, como ocurre con las siguientes malformaciones que se describen en el cuadro N° 1. Se ha colocado las referencia al pie de la tabla para mayor facilidad de la lectura.

En la Tabla N° 3 se hace una estimación de los casos que ocurren en Chile y una proyección estimativa del diagnóstico antes de las 22 semanas y de la frecuencia esperada de aceptación de la interrupción del embarazo. Los únicos datos que

se obtienen del Departamento de Estadísticas e Información del Ministerio de Salud, son los Recién Nacidos Vivos corregidos del año 2000 a 2009. El resto de la información se obtiene de revistas científicas chilenas e internacionales. Se observa que el 97,2% de las potenciales interrupciones ocurrirían en malformaciones Neuro-encefálicas y Renales, por incompatibilidad con la vida fetal en el curso del embarazo sobre las 22 semanas, o en períodos inmediatos o mediatos del o de la Recién Nacido/a o primer período del o de la Lactante.

Tabla N° 3
Estimaciones de casos esperados en el país basados en la prevalencia conocida en Chile y en otros países. Se ha calculado sobre un promedio de 2.492.469 Nacidos Vivos en Chile entre 2000 y 2009, según información del MINSAL. Da un promedio de 249.247 NV por año.

Malformación	Frecuencia Por 10.000NV	Nº casos esp. por año	Diagnósticos < 22 seman.		Estimación aceptación. por la madre	Nº Ab. Méd. Esperados	
			%	Nº			
Anencefalia	4,5	112	80	90	90%	81	254 88,5% del total
Acrania	3,5 (estimado)	87	80	70	90%	63	
Encefalocele	2	50	80	40	90%	36	
Holoprosencefalia	0,25	7	80	6	90%	5	
Agnesia cuerpo calloso	30	748	40	299	30%	69	
Agnesia del cerebelo aislada	Desconocida		40		30%		
Gemelos acárdicos	1x35.000 embar.	7	40	3	90%	2	
Displasia Tanatofórica	0,16	4	80	3	90%	3	
Riñón Poliquístico Bilat y Agnesia Ren bilat o Sínd de Potter	4,4	110	40	44	30%	13	25 8,7% del total
Trisomía 18	2	50	80	40	30%	12	
Trisomía 13	0,5	13	80	10	30%	3	
Pentalogía de Cantrell	0,15	4	80	3	90%	3	
Total		1.192		608		287 (24%)	

Cuadro N° 1**Malformaciones congénitas fetales más frecuentes, su definición y frecuencia.**

Nombre	Definición	Frecuencia	Referencia
Anencefalia	Ausencia total o parcial de encéfalo	Chile: 4,5x10 ⁴	A
Acrania	Ausencia de cráneo o cubierta ósea		G
Encefalocele	Salida total o parcial del encéfalo por un orificio del cráneo	Chile 2x10 ⁴	A
Holoprosencefalia	Malformación de la cara y cerebro. Se asocia con cromosopatía 13 y 18	Chile: 0,25x10 ⁴	I
Agnesia del cuerpo calloso	Ausencia del Cuerpo Calloso	3%	H
Agnesia aislada del cerebelo	Ausencia del cerebelo CIE: Q04.3	Desconocida	CIE Q04.3
Gemelos acárdicos	Ausencia del corazón (TRAP)	1x35.000 embarazos	F
Displasia Tanatofórica	<i>Condrodisplasias incompatibles con la vida en fetos y neonatos. Producida por una mutación a nivel del receptor 3 del factor regulador de crecimiento de fibroblastos; se localiza en el cromosoma 4p16.3., produciendo una incompleta calcificación de los osteocitos. La mayoría de los casos con muerte en las primeras horas por insuficiencia respiratoria.</i>	0,16x10 ⁴	E
Riñón Poliquistico Bilateral y Agnesia Renal bilateral o Síndrome de Potter		Chile: 4,4x10 ⁴	A
Trisomía 13	<i>Síndrome de Patau, trisomía D o síndrome de Bartholin-Patau, es una enfermedad genética que resulta de la presencia de un cromosoma 13 suplementario. Mueren poco tiempo después de nacer, la mayoría a los 3 meses, y como mucho llegan al año. 80-90% de los fetos no llegan a término. Los fetos afectados de trisomía 13 presentan anomalías múltiples que pueden ser detectadas antenatalmente por medio de la ecografía, el diagnóstico se confirma a través de amniocentesis.</i>	Chile: 0,5x10 ⁴	D
Trisomía 18	Malformaciones múltiples y variadas.	2x10 ⁴	C
Pentalogía de Cantrell	<i>Defectos de: pared abdominal, esternal inferior, diafragma anterior, pericárdico diafragmático y del corazón.</i>	Chile: 0,15x10 ⁴	B
Otras	<i>Hay muchos más casos de malformaciones complejas que son de muy baja frecuencia</i>		

(a) Rev. Méd. Chile 2011; 139: 72-78.

(b) Rev Chil. Obstet. Ginecol. 2010; 75(1): 47 – 49.

(c) http://www.rightdiagnosis.com/e/edwards_syndrome/prevalence.htm

(d) Rev. Méd. Chile v.131 n. 6 Santiago jun. 2003.

(e) www.search-document.com/pdf/4/acondroplasia.html

(f) <http://www.ultrasonografia.cl/us84/sepulveda.html>

(g) Liu IF, Chang CH, Yu CH, Cheng YC, Chang FM (2005). "Prenatal diagnosis of fetal acrania using three- dimensional ultrasound". *Ultrasound in medicine & biology* 31 (2): 175–178.

(h) <http://www.elsevier.es/es/revistas/rehabilitacion-120/agenesia-cuerpo-callosa-discordancia-clinico-radiologica-analisis-15-90025011-originales-2011>

(i) Página 446 del libro: <http://books.google.cl/books?id=XPzgMautNZMC&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Julio+Nazer+Herrera%22&source=bl&ots=G9NPQg08ET&sig=BIynfN1Tfx1AT6oBoIDU2ueUke4&hl=en&sa=X&ei=SJ71T7r1NI-u8ASbtvD2Bg&ved=0CDEQ6wEwAA#v=onepage&q=inauthor%3A%22Julio%20Nazer%20Herrera%22&f=false>

En estas frecuencias juegan los diagnósticos antes de las 22 semanas y la estimación acerca de la decisión de la madre frente a la interrupción del embarazo. Por otra parte, hay malformaciones muy complejas y de pronóstico difícil respecto al tiempo de la sobrevivencia fetal o después de nacer que hacen de esta materia un tema muy complicado. Pero que debe contar siempre con la adecuada información a los padres y tener las alternativas de ayuda al Recién Nacido/a y Lactante, lo cual implica intervenciones de alta complejidad, ayudas tecnológicas y apoyo de enfermería especializada. En consecuencia, implica una gran inversión de recursos.

Sin embargo, es un tema de derechos tanto del feto como de su madre y padres en conjunto, cuando existe la pareja de progenitores.

Siguiendo con la CIE10, el Aborto Espontáneo (O03) con una razón de 21 x 1.000 está sobredimensionado, pues se acepta que un 10 a 15 por 1.000 de las pérdidas fetales son espontáneas. Esto seguramente ocurre por tres hechos. El primero es la información inexacta que da la paciente por miedo a ser apresada por la interrupción voluntaria del embarazo. La segunda está en los registros inexactos al alta por las mismas razones que, además, involucran al personal de salud que debería ser denunciante del hecho; y la tercera, el uso muy frecuente del Misotrol o Misoprostol en toda la región de Latinoamérica, de lo cual Chile no es una excepción (WHO, 2012)¹⁵ (UNFPA, 2013)¹⁶. Han disminuido los abortos clandestinos sépticos practicados por terceros con maniobras sépticas y de alto riesgo, transformándolos en abortos de tipo farmacológico que han disminuido las consultas y egresos por estas causas. Los síntomas post aborto, en estos casos, no permiten sospechar clínicamente una interrupción voluntaria del embarazo u aborto, con lo cual quedan como abortos espontáneos con retención de restos ovulares o de los anexos embrionarios.

Aborto de Causa Médica (O04). No se registra en Chile por ser ilegal según el artículo 119 del

Código de Derecho Sanitario (CDS, 2010). Las interrupciones del embarazo por enfermedades graves de la madre corresponderían a lo que se ha estimado en la Tabla N° 4. Se hace una proyección de las causas médicas más importantes que indicarían la interrupción del embarazo de causas Médicas Maternas. Cabe mencionar que esta proyección de todos modos implica la discusión de caso a caso, pues como bien sabemos en clínica, cada caso es un universo.

Otro aborto (O05), alcanza a una razón de 1,1x1.000 NV en el total de los 10 años pero con variaciones de un año a otro.

Aborto No Especificado (O06), alcanza la razón de 48,4 por 1.000 NV siendo la segunda razón más alta, seguramente es el gran rubro que soporta lo que no se puede colocar y correspondiente a Aborto Médico (O04), Otro aborto (O05) e Intento Fallido de aborto (O07). Esta es una suposición para obviar la incongruencia entre la ley con la realidad de la medicina y sus consecuencias judiciales.

Violación sexual o incesto

Un tercer componente de los proyectos en discusión en el Parlamento chileno se refiere al abuso sexual, por lo cual es indispensable revisar otras experiencias.

Los Ministerios de Salud de México, Colombia y Brasil, como de otros países de Latinoamérica y el Caribe, reconocen en su marco legal y normativo que la violencia sexual hacia las mujeres constituye una profunda transgresión de los derechos humanos, como lo señala la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, 2010)¹⁷, y que es un problema de salud pública (WHO, 2003)¹⁸. De este modo, el problema se ha visto **con un enfoque de salud con componentes legales**, que debe atenderse primariamente en las instalaciones de salud, en coordinación con las instancias policiales o de justicia.

Tabla 4

Abortos de Causa Médica estimados sobre el promedio de Nacidos Vivos en Chile 2000 y 2009

(se colocan las referencias al final de la tabla para facilidad de la lectura)

Diagnóstico	Prevalencia Estimada referencia consultada	Nº abortos esperados	% y Nº estimado que se presenta en menor de 22 semanas		% aceptación de la familia	Número estimado final por año
			%	N		
Insuficiencia Renal Grave	1 x 10 ⁵ (a)	2,5	5	0,13	90	0,1(*)
Púrpura Trombocitopénico Trombótico	1,1 x 10 ⁶ (b,c)	0,2	50	0,1	100	0,1(*)
Falla Renal en Monorena Transplantada	Ver (d)	1,1	10	0,1	90	0,09(**)
Herpes Gestatione Grave	0,6 x 10 ⁵ (e)	0,6	2	0,01	40	0,004(***)
Cáncer de cuello Uterino > de grado II	0,1 x 10 ³ (g)	25	3	0,75	40	0,30(****)
Sepsis Materna	0,5 x 100	1.246	5	62	20	12 por año
Total						12,59

(*) 1 caso cada 10 años. (**) 9 casos cada 100 años (***) 4 casos cada 1000 años (****) 3 casos cada 10 años

(a) http://med.unne.edu.ar/revista/revista96/insuf_renal_aguda.htm

(b) 6,5 por millón de habitantes y 10% a 25% en embarazadas=1,6 por 1.000.000

(c) Epidemiology, 2004 Mar;15(2):208-15. Incidence of thrombotic thrombocytopenic purpura/hemolytic uremic syndrome. Miller DP, Kaye JA, Shea K, Ziyadeh N, Cali C, Black C, Walker AM.

(d) 3852 transplantes de riñón en Chile. (2011) 19% se embaraza (732) 6,4% fracasan en el embarazo (47) Promedio por año del 93 al 2010=2,76 por año. Luego en 249.247 NV se esperan 1,10 casos. Transplantation. 2008 May 27;85(10):1412-9. The experience of pregnancy after renal transplantation: pregnancies even within postoperative 1 year may be tolerable. Kim HW, Seok HJ, Kim TH, Han DJ, Yang WS, Park SK. Nephrol Dial Transplant. 1999

Jun;14(6):1511-6. Pregnancy in women receiving renal dialysis or transplantation in Japan: a nationwide survey. Toma H, Tanabe K, Tokumoto T, Kobayashi C, Yagisawa T <http://www.trasplante.cl/>

(e) Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2011 Jul-Aug; 77(4):534. Pemphigus and pregnancy: a 23-year experience. Daneshpazhoo M, Chams-Davatchi C, Valikhani M, Aghabagheri A, Mortazavizadeh SM, Barzegari M, Akhyani M, Hallaji Z, Esmaili N, Ghodsi SZ. Revista chilena de obstetricia y ginecología *versión On-line* ISSN 0717-7526 Rev. chil. obstet. ginecol. v.68 n.4 Santiago 2003

(f) <http://alicia-guntinas.espacioblog.com/post/2008/06/20/corioamnionitis>

(g) <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/Cancer-Cervicouterino.pdf>

En este contexto es pertinente enfocar el tema de la interrupción del embarazo por estas causales en la CIE 10 en el rubro Aborto Médico (O04).

Según el Instituto Médico Legal de Chile, entre 1982 y 2005 se constata que el 60,4% de las violaciones ocurrió en personas de 19 años y menos, concentrándose el 53,4% entre los 10 y los 19 años. Los violadores fueron en orden de frecuencia: un conocido, un familiar, el padre o un vecino, constituyendo este conjunto al 63,7% de los perpetradores. Por lo tanto, el grupo más vulnerable son las adolescentes menores violadas en domicilio conocido, por un cercano o familiar. (Rev.Serv.Med.Leg., 2010)¹⁹.

El primer estudio de factores de riesgo predictivo de hacer una patología en adolescentes embarazadas, ya sea en el embarazo, parto o en el RN, se hizo entre 1981 y 1985. Se trató de un estudio de cohorte de casos y controles de 652 adolescentes embarazadas. Se encontró que la violación fue el riesgo más alto asociado a una patología del parto o del RN, el cual alcanzaba riesgo *infinito* cuando se desconocía la identidad del violador. Esto fue una sorpresa, pues en los estudios epidemiológicos analíticos un riesgo *infinito* es casi imposible y es más bien una certeza (Molina, 1998)²⁰.

La segunda experiencia (Molina, 1995)²¹ fue un estudio de 48 adolescentes embarazadas por violación que se compararon con 192 controles constituidos por adolescentes embarazadas en una relación de pareja voluntaria. Las diferencias altamente significativas de los casos (violadas) con los controles (no violadas) se pueden resumir en la siguiente forma:

- Son menores de 15 años
- Dejan de estudiar en el curso del embarazo
- No se integran al establecimiento escolar después del parto
- Actitud negativa tanto en el primer control prenatal como en el último
- Progenitor menor de 19 años
- Actitud negativa del progenitor al inicio y final del embarazo
- Ninguna relación de pareja después del parto
- No aceptación de anticoncepción después del parto
- Malas condiciones familiares parentales
- Actitud negativa con el hijo/a al inicio y al final del embarazo
- Decisión por la adopción en el 30%
- Los gastos de mantención del hijo/a los asume la familia
- Menor APGAR del RN al minuto y a los 5 minutos
- Mayor patología durante el embarazo, parto y puerperio
- Mortalidad del niño menor de 5 años de madre violada, 37 por 1000NV y en madre no violada, 21 por 1000NV

La conclusión del estudio fue que la adolescente madre producto de una violación es de muy alto riesgo obstétrico y perinatal, pero que la intervención en salud logra minimizar los malos resultados en esta etapa. Pero que la suerte del niño/a es incierta, pues todos los factores tienden a mostrar que será objeto de abandono en algún grado y en alguna etapa de su vida (Molina, 2012)²².

En otro estudio (González, 1997)²³ de comparación de grupos de adolescentes abusadas sexualmente intrafamiliarmente y extrafamiliarmente se comprobó que las intrafamiliarmente presentaron las siguientes diferencias significativas:

- Ser de 11 años o menos
- Estudiantes
- Maltrato familiar previo
- Experiencias de pololeo previo
- Edad de la madre de la adolescente violada, menor de 35 años
- Alcoholismo del padre
- Padre – Madre como figura de crianza

En la evaluación de los 190 países del mundo que tenían despenalización del aborto en 2003, 45 países eran más desarrollados y 145 menos desarrollados. En los primeros, el 81% incluía la violación o el incesto como causal de aborto despenalizado, y en los segundos el 30%.

En la experiencia de Holmes con aborto despenalizado por violación en EE.UU., se constató que 50% de las embarazadas eligió el aborto, 32% continuó con el embarazo y se quedó con el niño, 12% abortó espontáneamente y 6% decidió por la adopción (Holmes, 1996)²⁴.

Otro reporte de Colombia informa que en 21 mujeres con embarazo por violación, el 63% decide por el aborto, 18% continúa con el embarazo y 8% decide por la adopción (Londoño, 2004)²⁵.

En Brasil en 2006, en el Centro de Atención Integral de Salud Femenina, se siguió a 106 mujeres embarazadas por violación. El 65 % decide interrumpir el embarazo, el 21% decide continuarlo y un 14% se ve obligada a continuar con el embarazo por estar con una edad gestacional mayor a la permitida para la interrupción del embarazo (Faúndes, 2007)²⁶.

En resumen, la interrupción legal del embarazo por violación sexual es una indicación de carácter legal que se apoya en la medicina para el diagnóstico y la ejecución de los procedimientos. La sola presencia de un embarazo en una adolescente de 10 a 11 años no es indicación médica de interrupción del embarazo. Sin embargo, el embarazo producto de una violación sexual, o sea de un delito, debe ser considerado en las alternativas del derecho de la mujer a elegir la continuidad del embarazo, incluyendo a las adolescentes menores, con el apoyo de la familia si ello es posible, y de un equipo multidisciplinario de profesionales. El cuidado de la adolescente madre se extenderá por varios años.

Prevención del aborto. El caso chileno

En 1963, la Comisión del Servicio Nacional de Salud planteó al Gobierno la necesidad de introducir la planificación familiar en el programa de Salud Materno Infantil. Esto se aprobó y se inició en 1964. El impacto sobre la mortalidad por aborto fue notorio como lo muestra el gráfico N° 1.

Se observa un ascenso inusitado de las usuarias de anticoncepción y un descenso dramático de las tasas de mortalidad por aborto, lo que incide en los descensos de la mortalidad materna. Es notorio que el cambio de la legislación sobre el aborto en 1989 no tiene un impacto en la evolución de los indicadores. Esto revela que la legislación sobre el Aborto de Causa Médica del Artículo 119 del CDS, no se relaciona con las conductas de la población sobre el embarazo no deseado y más bien se relaciona con las posibilidades de prevenirlo. Esta información es una asociación de hechos o fenómenos, aunque son francamente significativos.

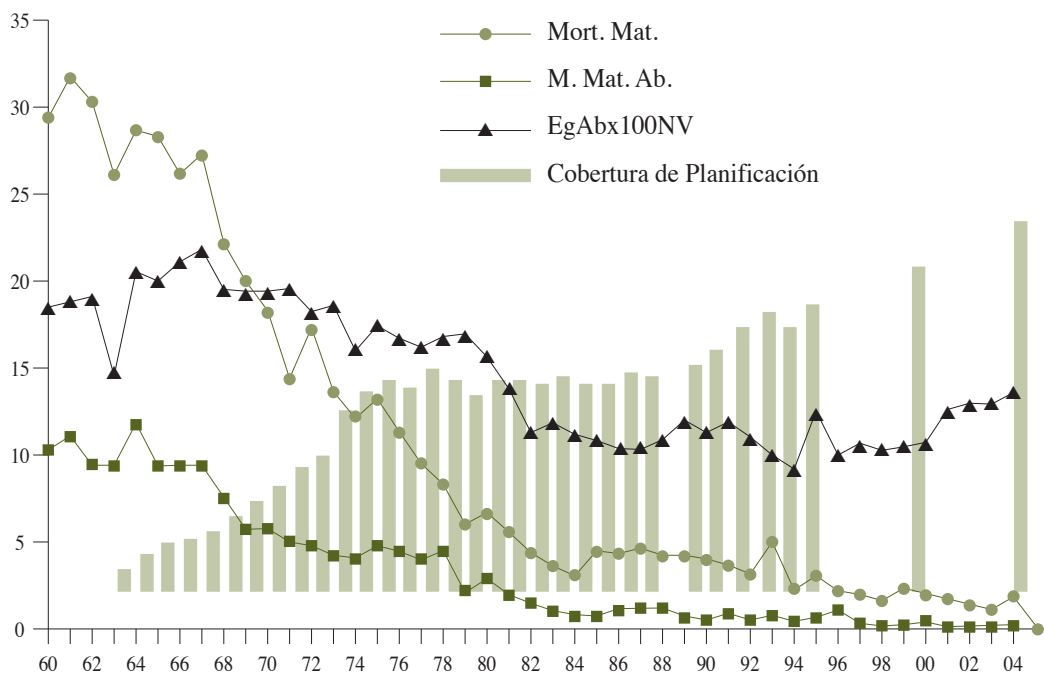
Se concluye que hay una fuerte asociación entre aumento de uso de anticonceptivos para prevenir el embarazo no deseado y la disminución del impacto del aborto. Más en la mortalidad que en las hospitalizaciones por complicaciones del aborto. Es por ello que una ley de despenalización no debe descuidar los programas de Planificación Familiar y Anticoncepción.

En 2007, la II Encuesta de Calidad de Vida del Ministerio de Salud incluye varias preguntas sobre el uso de un método anticonceptivo por su pareja. Esta pregunta se hizo a hombres y mujeres de 15 a 44 años. Dado sus resultados se incluye como Tabla N° 5.

Si se incluye solo las mujeres y sus parejas usuarias de algún método anticonceptivo, se obtiene un total de 5.382.080. La proyección de población para 2007 estimaba al total de población de mujeres y hombres entre 15 y 49 años de edad en 8.935.686. Con lo cual el 60,2% de la población en edad fértil estaría usando un medio anticonceptivo (MINSAL, 2007)²⁷.

Gráfico N°1

Mortalidad materna Total y por aborto. Egresos por aborto relacionados con la cobertura de planificación familiar. Chile 1964-2004



Estrategias para prevenir el aborto. Estudio chileno de cohorte de Casos y Controles

Estudio controlado, de cohorte e intervención en comunidad de bajo nivel socioeconómico, para determinar el efecto preventivo de la planificación familiar en el aborto provocado.

Método: Se compararon tres comunidades muy similares. Una de ellas fue intervenida con alta calidad de servicios clínicos y seguimiento de las mujeres de alto riesgo de aborto. Otra comunidad tuvo solo servicios de alta calidad sin seguimiento de las potenciales usuarias, y la tercera comunidad fue de control, con los servicios habituales de atención. Las mujeres de las tres comunidades fueron entrevistadas antes de la intervención y dos años

después de iniciada la intervención. Se comparó ambas encuestas hechas a las mismas mujeres, en las tasas de aborto y fecundidad, de acuerdo al uso y no uso de anticonceptivos y al nivel riesgo de provocarse aborto. **Resultados:** La prevalencia de aborto desciende en forma significativa en la comunidad con alto riesgo de aborto y con intervención directa y total. Las tasas de fecundidad descienden en las tres comunidades, pero más en la comunidad no intervenida. Se concluye que los servicios de alta calidad en planificación familiar, en mujeres con riesgo de aborto y en un medio donde el aborto es totalmente penalizado, tienen un impacto significativo en su prevención, sin afectar la natalidad. Se recomienda aplicar esta metodología en programas de atención primaria para prevenir el aborto provocado clandestino (Molina,1999)²⁸.

La Tabla N° 6 contiene la información más importante del estudio, pues muestra el comportamiento del aborto en el grupo de Alto Riesgo según grados de intervención y uso de métodos anticonceptivos. Esta información es la respuesta directa a la hipótesis del estudio. El grupo Totalmente Intervenido en forma Directa y con uso de anticonceptivos (TID/PINCOYA), presenta el descenso más alto de la tasa de abortos de todos los grupos analizados en este estudio y en diferentes condiciones. Las diferencias de descenso son significativas en comparación con el grupo Sin Intervención (SI/Q. BELLA). Esto se repite en la expresión por EMBARAZOS. En el grupo SIN USO de anticonceptivos no hay ninguna diferencia significativa en sus descensos, que son menores a lo observado en los CON USO de anticonceptivos.

Al observar los Riesgos Relativos se repite el aumento del riesgo de aborto entre las no usuarias de anticonceptivos en la población Totalmente Intervenido. Esto se interpreta como comprobación del riesgo de aborto en aquellas mujeres calificadas de Alto Riesgo de Aborto intervenidas, pero que no usaron anticonceptivos. El fenómeno no se observa en la población Intervenido Parcialmente y en la No Intervenido, lo cual sería explicable por la menor especificidad en la búsqueda de las mujeres de alto riesgo al no acudir al domicilio de cada una de ellas, como ocurrió con la Población Totalmente Intervenido. Incluso en la población No Intervenido (Q. Bella), el cuociente es menor a la población con Intervención Parcial (Cortijo).

En conclusión, en el estudio de cohorte de casos y controles se demuestra que aplicando los factores de Riesgo Predictivo de practicarse un aborto para determinar el Riesgo y aplicando la planificación familiar se logra disminuir el aborto clandestino en forma significativa.

Esta investigación de evidencia de Primer Nivel complementa la información de los datos de asociación descritos en la información chilena desde 1964 a 2004.

Tabla N° 5

Prevalencia de uso de anticonceptivos en Chile. 2007

¿Ud. o su pareja usa algún método para evitar o posponer el embarazo?		
Característica	N° M.E.F.	%
Sin pareja	2.065.805	19,6
Deseo embarazo	536.676	5,1
Sin riesgo embarazo	2.548.415	24,2
Píldoras anticon.	1.841.136	17,5
Dispos. Intrauterino	1.435.948	13,6
Injectables	81.112	0,8
Condón	583.970	5,5
Método natural	171.631	1,6
Diafragma-Espum-Gel	20.554	0,2
Esteriliz. Femenina	931.051	8,8
Esteriliz. Masculina	11.889	0,1
Coito interrupt	43.153	0,4
Lactancia prolongada	22.004	0,2
Otro	239.632	2,3
Total	10.532.976	100,0

Los factores de Riesgo Predictivo fueron los siguientes:

- Edad menor de 35 años;
- Convivencia permanente o reciente;
- Sin esterilización quirúrgica;
- Uso previo de métodos inseguros como Lavado vaginal, Calendario, Condón o Coito Interrumpido;
- Menos de 20 años de matrimonio;
- Convivencias previas a pareja actual;
- Sin uso de DIU;
- Vivienda en cité, media agua o rancho, y
- 3 a 10 hijos vivos y el último menor de 5 años +.

Tabla N° 6
Tasas de abortos en la población de Alto Riesgo de Aborto
según uso de métodos anticonceptivos

	Tasas abortos por 1000 MEF							Tasas Abortos por 1000 embarazos								
	Con Uso			Sin Uso				Con Uso			Sin Uso					
Comunidad	n:mef	n	Tasa	n:mef	n	Tasa	RR.Ab.	n:Emb	n	Tasa	n:Emb	n	Tasa	RR.Ab.		
Pincoya																
Antes	278	28	100,7	88	10	113,6	1,13	170	28	164,7	42	10	238,1	1,45		
Después	286	5	17,5	80	6	75,0	4,4	63	5	79,4	23	6	260,9	3,29		
% Disminu			82,6				34,0			51,8				(+)9,6		
Cuociente RR2/RR1							3,89	2,27								
	Chi C.=14,2 p=0.005			Chi C.=1,3 p=N/S				Chi C.=14,3 p=0.005			Chi C.=1,3 p=N/S					
Cortijo																
Antes	196	14	71,4	37	7	189,2	2,65	114	14	122,8	20	7	350,0	2,85		
Después	186	4	21,5	47	4	85,1	3,96	42	4	95,2	15	4	266,7	2,80		
% Disminu			69,9				55,0			22,5				23,8		
Cuociente RR2/RR1							1,49	0,98								
	Chi C.=2,6 p=0.10			Chi C.=0,82 p=N/S				Chi C.=2,6 p=0.10			Chi C.=0,8 p=N/S					
Q.Bella																
Antes	226	21	92,9	59	14	237,3	2,55	158	21	141,9	32	14	437,5	3,29		
Después	227	10	44,1	58	7	120,7	2,76	52	10	192,3	17	7	411,8	2,14		
% Disminu			52,5				49,1			(+)35,5				5,9		
Cuociente RR2/RR1							1,08	0,65								
	Chi C.=2,6 p=0.10			Chi C.=0,82 p=N/S				Chi C.=2,6 p=0.10			Chi C.=0,8 p=N/S					
Total																
Antes	700	63	90,0	184	31	168,5		442	63	142,5	94	31	329,7			
Después	699	19	27,2	185	17	91,9		157	19	121,0	55	17	309,1			
% Disminu			69,8			45,5				15,1			6,2			
	Chi C.=2,6 p=0.10			Chi C.=0,82 p=N/S				Chi C.=2,6 p=0.10			Chi C.=0,8 p=N/S					
Estudio ajustado por variables de no entrevistadas en la segunda encuesta																
Com.	ChiC	p	ChiC. Ajust	p	ChiC	P	ChiC. Ajust	p	ChiC	p	ChiC. Ajust	p	ChiC	p	ChiC. Ajust	P
P-QB.	3,11	0.07	3,05	0.08	0,55	n/s	1,87	n/s	3,32	0.06	2,60	n/s	1,09	n/s	2,57	n/s
P-Co.	0,14	n/s	0,10	n/s	0,25	n/s	1,43	n/s	0,21	n/s	0,14	n/s	0,31	n/s	1,93	n/s
C-QB.	1,44	n/s	1,59	n/s	0,4	n/s	0,00	n/s	1,36	n/s	1,16	n/s	0,16	n/s	0,0	n/s

En el estudio se determinaron los Riesgos Predictivos de Aborto para la población adolescente, que fueron los siguientes:

- Primera relación sexual antes de los 12-14 años
- Primer embarazo entre los 13-15 años
- Instrucción solo enseñanza básica
- Segundo embarazo entre los 13 y 18 años
- Trabajo como obrera o servicio doméstico
- Vivir en mediagua o rancho
- Cesante
- Sin Religión

Todos estos Factores de Riesgo han sido dados a conocer al Ministerio de Salud de Chile desde la publicación de los resultados por OMS en 1999, y han sido parte del proyecto FIGO/SOCHOG/MINSAL/APROFA que se desarrolla en Chile desde 2004.■

Notas

1. OMS. Aborto Provocado. Informe de un grupo científico. Serie de Informes Técnicos N° 623. Ginebra, 1978.
 2. Carlson, Bruce M. Human Embryology & Developmental Biology. Part I, Chapter 3. España, Elsevier, 1999.
 3. Aplin, JD. The Cell Biology of Human Implantation. Placenta 17:269-275, 1996.
 4. Proyecto Genoma Humano http://web.ornl.gov/sci/techresources/Human_Genome/hg5yp/index.shtml Consultado 3 de febrero 2014.
 5. Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. New Engl J Med 333:1517-21, 1995.
 6. Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Post-ovulatory ageing of the human oocyte and embryo failure. Human Reproduction 1998; 13: 394-397.
 7. OMS, Op. cit.
 8. Inostroza Smith, Oscar; Quezada Carreño, Claudio; Matus Acuña, Jean Pierre. El aborto terapéutico y su regulación en Chile: Derecho comparado y evolución histórica. Memoria para optar al Grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad de Chile. Santiago de Chile, 2012. www.tesis.uchile.cl/bitstream/handle/2250/113033/de-inostroza_o.pdf?sequence=1 Consultado 3 de febrero 2014.
 9. Molina-Cartes, Ramiro; Molina, Temístocles; Carrasco, Ximena; Eguiguren, Pamela. Profile of abortion in Chile, with extremely restrictive law. Open Journal of Obstetrics and Gynecology, 2013, 3, 732-738. <http://www.scirp.org/journal/ojog/> Consultado 3 febrero 1014.
-

10. Beckmann, C.; Ling, F.W.; Herbert, W.N.P.; Laube D.W.; Smith R.P.; Casanova R.; Chuang, A.; Goepfert, A.R.; Hueppchen, N.A. and Weiss P.M. (2014) Ectopic Pregnancy and Molar Pregnancy. In: Horvath, K. and Williams, L. Eds., *Obstetrics and Gynecology* (7th Edition), 179-185; 394-395. Lippincott Williams & Wilkins, 351 West Camden Street Baltimore MD 21201, USA. Printed in China. 2014.
11. Código de Derecho Sanitario Chileno (1967). Artículo No. 119, 1989. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5595> Accesado 3 febrero 2014.
12. Departamento de Estadísticas (DEIS) (2013). Ministerio de Salud de Chile. <http://www.deis.cl/estadisticas-egresoshospitalarios/> Accesado 3 febrero 2014.
13. WHO (1994). International classification of diseases. Revision 10. <http://www.who.int/classifications/icd/en/index.html> Accesado 3 febrero 2014.
14. Beckman. Op cit.
15. WHO (2012) Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems. 2nd Edition. Geneve. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138196/> Accesado 3 febrero 2014.
16. UNFPA. Aborto en Latinoamérica. Información de aborto en Latinoamérica. El misoprostol es un método seguro para abortar en la clandestinidad. 2013. <http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/IMAGES/2011/PUBLICACIONES/misoprostolyabortoconmedlatiny Caribe.pdf>
17. Report of the FIGO Working Group on Sexual Violence/HIV: Guidelines for the management of female survivors of sexual assault. Ruxana Jina, Rachel Jewkes, Stephen P. Munjanja, José David Ortiz Mariscal, Elizabeth Dartnall, Yirgu Gebrehiwot. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 109 (2010) 85.
18. WHO. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data ISBN 92 4 154628 X (NLM classification: W 795. 2003 <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf?ua=1> Accesado 3 febrero 2014.
19. Revista del Servicio Médico Legal de Chile. Ministerio de Justicia. Pericias en Abuso sexual infantil. 2010. https://www.google.cl/search?q=Instituto+Medico+Legal+de+Chile.+Abusos+sexuales&oq=Instituto+Medico+Legal+de+Chile.+Abusos+sexuales&aqs=chrome..69i57.25102j0j7&sourceid=chrome&espv=210&es_sm=91&ie=UTF-8 Accesado 3 febrero 2014.
20. Molina R, Luengo X., Sandoval J. et al. Factores de Riesgo del Embarazo, Parto y Recién Nacido en adolescentes embarazadas. *Rev.Chilena Obstet. Ginecol. Inf. Adolesc.* 1998; 5: 17-28. <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/1998/VIfactores.pdf> Accesado 03 febrero 2014.
21. Molina R, González E., Sandoval J., et al. Embarazo en adolescentes producto de una agresión sexual: Alto riesgo obstétrico y perinatal. *Rev. Chilena Obstet. Ginecol. Inf. Adolesc.* 1995; 2,(3): 74-82.
22. Ramiro Molina, Electra González. Teenage Pregnancy. In: *Pediatric and Adolescent Gynecology. Evidence-Based Clinical Practice.* Endocrine Development. Vol 22 (302-331), Editor C. Sultan. Editorial Karger Switzerland, 2012.
23. González E., Molina T., Toledo V., Luengo X., Molina C., Molina R. Violación Intra y Extra familiar en adolescentes: Variables personales y familiares seleccionadas. *Rev. Soc. Ch. Obstet. y Ginecol. Infantil y Adolesc.*, 1997; (4), 1: 13-21 <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/1997/IV1violacion.pdf> Accesado 3 febrero 2014.
24. Holmes et al. "Rape-related pregnancy". Estimates and descriptive statistics from a national sample of women. En: *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, August 1996: 175:320-324.
25. Londoño et al. Embarazo por Violación. La Crisis Múltiple. Fundación Servicios Integrales para la Mujer SI-MUJER, ISEDER, Cali, Colombia, Tercera edición, 2004.
26. Faúndes Aníbal, Bedone Aloisio, "Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral a Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas". En: *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Vol. 23 No.2. Feb. 2007. Pp 465-469.
27. Ministerio de Salud de Chile. Segunda Encuesta de Calidad de Vida y Salud. Chile Informe de resultados. Total Nacional 2006. <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Informe%20Final%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida%20y%20Salud%202006.pdf> Accesado 3 febrero 2014.
28. Molina R. Prevention of Pregnancy in High Risk Women: Community Intervention in Chile. Chapter 2 (57-77). En: Editors Mundigo A, Indriso C. *Abortion in the Developing World.* WHO. Vistaar Publication London, 1999.

Las paradojas y desafíos para la investigación social del aborto inducido en Chile

Irma Palma Manríquez*, Claudia Moreno Standen**

La discusión en torno al aborto en Chile se ha constituido históricamente en un campo de disputa política y moral, en el cual se confrontan argumentos de índole sanitario, psicosocial, jurídico-legal, ético-moral. Los ejes actuales del debate socio-político en torno a su despenalización, tal como ha ocurrido en otros contextos, se han limitado a aspectos bioéticos relacionados al comienzo de la vida humana, la cuestión del derecho a decidir de las mujeres sobre cuando no continuar un embarazo, así como las posibilidades y los límites políticos que definirían las circunstancias de un aborto.

A pesar de los esfuerzos desplegados por investigadoras/es de diversos campos de las ciencias sociales y biomédicas, no ha sido posible la conformación de un campo de investigación en torno al aborto donde participen investigadores e instituciones. Más bien se reconocen avances parciales y fragmentarios para la comprensión de un fenómeno altamente complejo que demanda abordajes teórico conceptuales y metodológicos que sean capaces de dar cuenta de dicha complejidad, y que puedan ubicarse en los campos de las interdisciplinas.

En este contexto, cabe interrogarse por el lugar que ha ocupado la investigación social en la deliberación política acerca de este tema en particular en Chile. ¿Cuál es el conocimiento necesario -y posible- de producir en torno al tema del aborto en Chile, para aportar a los actuales procesos de discusión y argumentación políticos y culturales? ¿Cuál es el lugar que le corresponde a las ciencias sociales en estos procesos? El presente artículo busca mostrar algunos vacíos de la investigación social del aborto en Chile que emergen del carácter paradójico que este asume. Además se pregunta por el lugar de las ciencias sociales en relación a este debate.

Efectivamente, la investigación social sobre el tema del aborto en Chile posee un *carácter paradójico* en diversos aspectos. El más evidente es que si bien la investigación es fundamental para comprender la complejidad de una práctica ilegal, así como para informar a la deliberación política y la argumentación cultural, la ilegalidad y clandestinidad propias del fenómeno se constituyen en un obstáculo para su realización. Esto abarca desde

* Psicóloga, Profesora Asociada, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

** Psicóloga, Programa de Aprendizaje en Sexualidad y Afectividad, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

la imposibilidad de su registro en el sistema de estadísticas de salud y, por ende, la variabilidad de cifras en torno a su estimación, hasta la dificultad de acceso a personas *informantes*, ya sea a mujeres que se han realizado abortos como a proveedores de los mismos, por el estigma social asociado a una práctica ilegal. Los vacíos en la investigación social van ampliándose cada vez más, a la vez que los procesos sociales y culturales van haciéndose más complejos.

Sin pretender dar cuenta de un estado del arte exhaustivo en relación al aborto en la investigación social en Chile, hemos intentado, a la luz de ciertos nudos que complejizan la comprensión de la configuración del fenómeno del aborto, indicar algunos de estos vacíos y cuyo estudio se nos presenta como un reto no solo en términos metodológicos y teóricos, sino como un desafío ético y político. A continuación presentamos cinco de estos nudos, algunos de los cuales entrañan un carácter de paradoja.

El primero dice relación con la ineffectividad de la ley, toda vez que es altamente restrictiva pero los abortos ocurren de igual manera. Segundo, el aborto sigue siendo clandestino, pero menos inseguro que antaño. Tercero, el aborto inducido tiene poca legitimidad social, no obstante, causales como el embarazo producto de la violencia sexual tienen un apoyo importante. ¿Cómo se fundamenta, entonces, su (i)legitimidad? Cuarto, paulatinamente se ha logrado reconocimiento para una serie de demandas vinculadas al género y la sexualidad las cuales han logrado materializarse en leyes y normas. Sin embargo, el aborto no logra incorporarse con igual fuerza, ¿cómo se comprende dicha resistencia? Quinto, aunque se percibe una tendencia a *cientificar* los debates “valóricos”, la producción científica es insuficiente. Y ello nos lleva a reflexionar sobre el lugar que le corresponde a las ciencias, en particular a las ciencias sociales, en los debates políticos y las deliberaciones socioculturales.

1. La restricción de la ley no inhibe su ocurrencia

Como sabemos en Chile la prohibición del aborto es severa, sin dar lugar a ninguna circunstancia o atenuante posibles, pero a pesar de ello se practican abortos. La existencia de leyes restrictivas no inhibe su ocurrencia, sino que configura el marco de clandestinidad en que se practica. En Chile, históricamente las mujeres se han realizado abortos y en un número importante, como indican mediciones indirectas (Singh & Deidre, 1994; Molina et. al. 2013). Sin embargo, a pesar de su magnitud, es un fenómeno aún bastante desconocido. No se sabe, sino muy limitadamente, quiénes son las mujeres que lo practican, en qué estratos sociales se ubican, a qué edades lo realizan, en qué zonas del país se encuentran, o cuáles son sus trayectorias sexuales, reproductivas, biográficas y sociales, así como el tipo de intervenciones a las que recurren ni las formas en que consiguen gestionarlo, por ejemplo. Por cierto, tampoco se conoce sobre el rol de los hombres en los procesos de toma de decisión de las mujeres sobre el aborto.

Ahora bien, puede sugerirse que progresivamente se ha modificado la ubicación del aborto en las trayectorias biográficas y sociales de las mujeres, al tiempo que han cambiado las subjetividades y los sentidos asociados a este. La información disponible indica que en la década de los sesenta del siglo pasado se producía en el contexto de trayectorias reproductivas ya iniciadas, y que se orientaba a ampliar los periodos intergenésicos y a reducir la multiparidad (Armijo y Requena, 1968; Monreal y Armijo, 1964). Hoy se estima que seguiría la tendencia observada en la Región, más próxima a la forma de U invertida, es decir, que se concentra en las mujeres entre los 20 y 29 años, con una menor incidencia en las adolescentes y las mujeres mayores (Bankole, Singh & Haas, 1999; Shah & Ahman, 2009). Si se considera la postergación de la maternidad de las chilenas (INE, 2006), se puede sugerir que en la actualidad el aborto estaría más asociado a la postergación de

las trayectorias reproductivas, que a la ampliación de los periodos intergenésicos.

En Chile se ha producido en las mujeres una transformación de sus trayectorias sexuales (se adelantan las edades de la entrada en la sexualidad activa), reproductivas (se posterga el nacimiento de hijos y se reduce su número), y conyugales (se retardan las uniones), principalmente en las de sectores medios y altos. Esto podría ser interpretado como una perspectiva más individualizada en la configuración de ciertas trayectorias femeninas en la sociedad chilena, la cual se encuentra segmentada socialmente (Palma, 2010, 2012), en un contexto más general de cambio en la norma reproductiva, es decir, de redefinición de las condiciones adecuadas para tener hijos (Bajos y Ferrand, 2006). Queda por comprender, entonces, cómo estas transformaciones participan en la configuración actual del aborto.

2. *Clandestinidad y aborto inseguro*

Un segundo punto dice relación con el riesgo sanitario de la práctica del aborto. Históricamente, las condiciones de clandestinidad determinaron que el aborto fuese altamente riesgoso para las mujeres. Hasta 1968, se estimaba que un tercio de la población femenina se había practicado un aborto, lo que le daba un carácter de epidemia (Rojas, 1994). Las altas tasas de morbilidad y mortalidad maternas relacionadas con el aborto hasta la década del setenta, son testimonio de las graves consecuencias en la salud de las mujeres que provenían de la práctica de abortos realizados ya sea con métodos quirúrgicos o tradicionales, en condiciones de precariedad e insalubridad, por parte de personal no profesional. Sin embargo, el cambio ocurrido en los métodos para realizar abortos -con el recurso a fármacos como el misoprostol- ha disminuido ostensiblemente los riesgos de salud asociados a su práctica, aun cuando continúa realizándose clandestinamente. Esto ha supuesto una cierta autonomía de las mujeres respecto a terceros, profesionales o no, debido a que, una vez obtenidos los

fármacos, la mujer puede prescindir de ayuda para su realización, además de la mayor accesibilidad debido a su costo, incluso en el mercado negro, especialmente si se le compara con el de un aborto quirúrgico realizado por un profesional¹.

La disminución de los índices de mortalidad materna asociados a abortos no responde a una baja en la frecuencia de su práctica, como alguna investigación ha intentado sugerir (Koch et al., 2012), sino a una sustantiva mejora de las condiciones sanitarias en que se realiza (Molina et al., 2013). Las modalidades de gestión del aborto en estas nuevas condiciones con uso de fármacos, deben ser estudiadas en profundidad puesto que, como revela un estudio exploratorio recientemente realizado con jóvenes universitarias, existiría en las usuarias un bajo conocimiento sobre su accionar, efectos secundarios y riesgos asociados, así como una gran heterogeneidad en los procedimientos realizados (indicación en relación al número de pastillas a utilizar, uso sublingual, oral y/o vaginal, solo o con otros fármacos, tiempo límite de gestación, realización de ecografía de confirmación de término de embarazo, entre otros), y desconfianza en relación a la fiabilidad de los fármacos de venta clandestina (Palma, Moreno & Richards, 2014). Por ello, si bien el riesgo sanitario se reduce, este continúa presente, configurándose de modos que deben ser estudiados.

3. *Procesos de (i)legitimidad del aborto*

El tercer punto que nos interesa discutir, tiene relación con los modos de legitimación que el aborto tiene en la sociedad chilena y la forma en que funciona la ley a este respecto. Si claramente la ley no inhibe su ocurrencia, ¿qué produce la ley?, ¿cuál es su función en la sociedad? Las orientaciones normativas en torno a su ilegitimidad/legitimidad social y su legalización/penalización se presentan complejas. Las encuestas de opinión pública muestran una evolución favorable hacia su legalización en ciertas circunstancias, al mismo tiempo que una desfavorable hacia el aborto por

decisión de la mujer o aborto libre^{2,3}. Sin embargo, también muestran una evolución favorable hacia su legalización en caso de violación, lo que introduce una inflexión en los modos en los cuales se construye su legitimidad: fuera de razones de inviabilidad fetal y riesgo para la vida de la mujer, la violencia en el origen del embarazo y la condición de víctima de la mujer parecen fundar esta nueva legitimidad.

Tal como sugiere una línea de estudios sobre orientaciones normativas desarrollada en Brasil (Faúndes, 2013), puede existir una tensión en los individuos entre una posición ante la penalización y la punición de las mujeres que abortan: afirmar la primera, al mismo tiempo que rechazar la última. También las prácticas normativas están tensionadas en las instituciones de salud, lugar donde se juega, finalmente, la eficacia de la ley. A pesar de la alta prevalencia, las mujeres procesadas por aborto son muy pocas, debido a que el personal médico no denuncia a mujeres bajo la sospecha de aborto inducido, salvo excepciones más vinculadas a un criterio de cautelar la buena praxis cuando hay riesgo de vida (Shepard y Casas, 2007). Cuando la denuncia sucede, la penalización es desigual, pues recae en las mujeres más pobres (Casas & Vivaldi, 2013). Las mujeres en Chile abortan en medio de esta tensión normativa. En este contexto, habrá que comprender por qué la decisión de abortar por parte de una mujer, fuera de razones médicas y de la violencia, tiene aún baja aceptación en la población.

Otra vertiente del análisis dice relación con los argumentos que fundamentan una posición en relación a la legitimidad del aborto. Una construcción contemporánea de su legitimidad social opera sobre la noción de derecho. Sobre la base de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y la Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing (1995) y, previamente, de la producción teórica y política feminista, se instalan los conceptos de derecho reproductivo (un derecho humano) y el derecho a decidir sobre el cuerpo. Sin embargo, en sentido opuesto, sobre

la base de encíclicas católicas contemporáneas a dichas conferencias (1993, 1995) organizaciones e instituciones contrarias a su legalización se han apropiado de la noción de *derecho a la vida, derecho del que está por nacer*, de modo que en su discurso el feto adquiere estatuto de “persona no nacida”, de “hombre (in)visible” (Orrego, 2009). Dicho discurso recientemente tiene una versión psiquiátrica equivalente para la mujer que aborta: la muerte psíquica auto-infligida, una víctima de su propio crimen (Grau et al., 1997).

En conexión con lo anterior, el uso de la ultrasonografía en la ginecología sin duda ha reconfigurado las representaciones sociales en relación al embarazo, al feto y al aborto en general, recurso al cual las organizaciones autodenominadas provida han apelado hasta el extremo en su discurso figurativo, al situar como protagonista al feto in útero. Sin embargo, la contestación a dicho discurso por colectivos y organizaciones en favor de su legalización parece estar formulándose dificultosamente, incorporándose a la disputa política como parte de una lucha cultural por los imaginarios colectivos.

4. Procesos sociopolíticos y transformaciones normativas

Como es sabido, la legislación chilena prohíbe el aborto en toda circunstancia y así Chile se sitúa entre los países con más altas restricciones del mundo (CRR, 2014). Entre 1931 y 1989 el aborto terapéutico fue una práctica médica regular, y al final de la dictadura fue suprimido y profundizada la penalidad del aborto inducido en general. Como uno de sus últimos actos, considerado autoritario y moralizante antes que político-técnico, era esperable que se repusiera inmediatamente al regreso de la democracia, parecía como una sola acción administrativa, pero no fue así. En post-dictadura, el Estado continuó prohibiendo el aborto terapéutico, no legalizó ninguna causal ni redujo su penalidad. Por tanto, no solo no ha producido un avance despenalizador, sino que un retroceso en su legalización.

Desde 1990 a 2013 el aborto estuvo ausente de los programas de gobierno y de las agendas de ministros de asuntos de salud o de género, sin embargo, sí ha estado presente en la agenda legislativa. Desde la reinstalación del Congreso Nacional, se contabilizan 52 iniciativas de proyectos de ley propuestas por parlamentarios, ya sea para permitirlo en ciertas circunstancias o bien para insistir en su penalización. Estos últimos han desarrollado estrategias no solo para profundizar su penalidad, sino para dotar de nuevos sentidos e imaginarios a la prohibición (por ejemplo, se formulan proyectos destinados a crear una memoria social sobre el tejido fetal como persona no nacida).

Asimismo, se ha producido dentro del campo un conjunto de tesis destinadas a interpretar el hecho de que haya permanecido prohibido en el contexto de la redemocratización del país. Las principales pueden ser enunciadas como la *deuda moral* de la izquierda chilena con la Iglesia Católica, de Mala Htun (2003); la hegemonía de la élite conservadora, de Blofield (2001, 2002); y la existencia de una moral del *doble discurso* en materia de sexualidad, de Shepard (2000). Sin embargo, dado el contexto de transformaciones socioculturales de la sociedad chilena, así como el progresivo aunque lento avance en otras materias consideradas “valóricas”, estas tesis presentan limitaciones para la interpretación del fenómeno en la actualidad.

Ha habido un conjunto de transformaciones normativas tardías en democracia que han sido objeto de fuertes disputas políticas, pero que finalmente se produjeron en el plano jurídico. Tal es el caso de la despenalización de la sodomía (1999), el término del estatuto de ilegitimidad del/la hijo/a no marital (1998), la legalización del divorcio (2004), la aprobación del uso de la anticoncepción de emergencia (2010), la penalización de la violencia de género (2010), la legislación en contra de la discriminación por razones de género, identidad sexual y orientación sexual (2011) y, más recientemente, el proceso inacabado de legalización de la unión civil de personas del mismo sexo e instalación de un debate político-institucional sobre el matrimonio

de personas del mismo sexo. Sin embargo, dicho proceso de transformación normativa no alcanza a asuntos de género que remitirían en sentido último a la autonomía de las mujeres y a su posibilidad de definirse fuera del ámbito de la familia. Parece necesario comprender la evolución del proceso sociopolítico que implica al aborto en el marco de los otros procesos que condujeron a dichas leyes, para entender la (dis)continuidad entre unos y otros y la excepcionalidad del estatuto del aborto, y de la posibilidad de su transformación. En tanto, puede sugerirse que esta residiría en una profunda dificultad para cuestionar las bases del orden de género.

El país inicia una nueva fase en el proceso de legalización/penalización del aborto a partir una propuesta del gobierno entrante (2014) que es inédita: la legalización del aborto por las causales de inviabilidad fetal, riesgo para la vida de la mujer y embarazo cuyo origen es la violación. Sin embargo, los procesos sociopolíticos que han ubicado esta demanda en la agenda de gobierno no son evidentes, de modo que tampoco es claro cómo acoplan con una lectura desde las demandas de transformación social originadas por las movilizaciones sociales y políticas estudiantiles a partir de 2011, cuyas exigencias de profundas transformaciones en muchos planos, a pesar de estar definidas desde un horizonte de igualdad, no han incorporado de manera ostensible los asuntos de género en su petitorio.

5. Cientificación del debate vs precario desarrollo científico

A pesar de que el debate sobre el aborto parece fundar sus argumentos en la ciencia, no hay una suficiente producción de conocimiento que pueda solventar dicho debate, y esto no solo se refiere a las ciencias sociales, sino a diversos ámbitos del conocimiento. Sin ánimo de exhaustividad, podemos señalar al menos tres ámbitos en los que se suele operar con escasa evidencia empírica y,

por ello, más próximo a sentidos comunes y/o propuestas éticas y principios morales.

En primer lugar, el aborto permanece invisibilizado como un evento común en las vidas de las mujeres (en las trayectorias sexuales, reproductivas, conyugales, biográficas y sociales). Solo se hace conocido excepcionalmente en los debates a través de casos extremos que alcanzan connotación pública; tampoco se conocen, como ya se ha señalado, el tipo de intervenciones y formas de gestionar el aborto que se usan en la actualidad, considerando que procedimientos de autogestión devienen en gran medida sanitariamente más seguros que en el pasado.

En segundo lugar, un tópico al que se recurre frecuentemente en los debates dice relación con el comienzo de la vida, poniendo en entredicho a quienes establecen el inicio de la vida desde el momento de la concepción versus la vida entendida como la capacidad de vida autónoma o viable. Sobre este punto, requiere ser ampliada la producción de debates en la biología pues hasta ahora predominan los desarrollos de la academia católica.

En tercer lugar, y vinculado a lo anterior, se debe reconocer que la producción misma del conocimiento se ha vuelto parte de la disputa cultural y política. Ejemplo de ello es el argumento que, basado en la baja mortalidad materna registrada por aborto, deduce que esta es una práctica actualmente infrecuente en la sociedad chilena y que, por lo tanto, su legalización se hace innecesaria (Koch et al., 2012).

Sobre este respecto, parece necesario una reflexión. Como hemos intentado mostrar aunque fragmentariamente en el caso de la investigación social, todavía persisten muchos vacíos en la investigación del aborto, haciendo que la evidencia empírica disponible sea escasa. A pesar de ello, la tentación de *cientificar* el debate se hace mayor toda vez que la capacidad de deliberación política se ve limitada. El debate sobre la anticoncepción de emergencia

es ejemplo de esto, cuando una decisión que debía informarse en la ciencia, pero fundamentarse en la política, quedó durante un periodo trabada en la discusión pública sobre los efectos abortivos o no abortivos de la píldora, soslayando del debate sus argumentos políticos, es decir, el reconocimiento del derecho de las mujeres a la autonomía de sus cuerpos. En este sentido, recordamos junto con Fassin (2005) que el lugar de las ciencias sociales es la de informar el debate, pero ello no debe eclipsar ni sustituir una discusión que debe ser, antes que todo, política y cultural. Ello no se funda en una apuesta por la neutralidad u objetividad de la ciencia, el conocimiento es en sí mismo un hecho político y la tarea de las ciencias sociales pasa por una ruptura epistemológica con las representaciones del sentido común, así como con los discursos hegemónicos de lo social movilizados por las élites político-económicas (Bourdieu, 2000). No obstante, la cientifización del debate, lleva a vestir con ropaje secular argumentos que son morales y religiosos.

Como señala Bozon (2009), la investigación social en sexualidad ha de tener el propósito de reducir las brechas entre las representaciones del sentido común, las expresiones visibles de la sexualidad y la realidad de las experiencias individuales. En este sentido, la investigación no solo debe servir como insumo a la definición de nuevas políticas, sino que debe asumir una función crítica: aportar a la renovación de la mirada y alimentar tanto la reflexividad individual como el debate político, el *advocacy* y el cuestionamiento público a las normas vigentes.

A modo de síntesis.

Lo que nos falta por conocer

Para concluir, y a modo de síntesis, nos interesa dejar planteadas algunas de las tareas que a nuestro juicio, con carácter de urgencia, requieren ser emprendidas por la investigación social. En primer lugar, es de interés comprender la clandestinidad de la práctica del aborto en Chile. Por una parte, cómo

se ha configurado sociohistóricamente la práctica clandestina de la interrupción del embarazo no previsto, su lugar en el marco de las trayectorias biográficas y sexuales de las mujeres que, aunque severamente prohibida, ocurre frecuentemente; que por su situación de clandestinidad tendría que ser insegura, pero que en gran medida ha devenido menos insegura. Por otra parte, si se logra legalizar o despenalizar el aborto por causales, las prácticas continuarán siendo clandestinas en su inmensa mayoría, pero en un nuevo escenario. En este sentido, si la ley ni antes ni en el futuro inhibirá su ocurrencia, ¿qué produce la ley, cuál es su función en la sociedad?

En segundo lugar, comprender el proceso sociopolítico y condiciones socioculturales que explican la mantención de su extrema ilegalidad/penalización cuando el país ha experimentado un desarrollo económico acelerado, un aumento importante de los niveles educacionales, una creciente inserción internacional, así como una des-tradicionalización en muchos aspectos. Junto con esto, en la última década la persistencia de su ilegalidad ha coexistido en un contexto sudamericano en que hay países que transitan hacia leyes menos restrictivas, como es el caso de Colombia, Uruguay, Brasil y Argentina.

Chile inicia una nueva fase en el proceso de legalización/penalización del aborto, a partir una propuesta del gobierno entrante (2014) que es inédita: la legalización del aborto por las causales de inviabilidad fetal, riesgo para la vida de la mujer y embarazo cuyo origen es la violación. Esta coyuntura nacional constituye un escenario privilegiado para observar el proceso sociopolítico y condiciones socioculturales de la posibilidad de modificación del estatuto jurídico: tanto las resistencias de la derecha, iglesias y organizaciones provida, la capacidad del gobierno de influir sobre su propia coalición de centro-izquierda, como la forma en que se posicionarán y movilizarán ante la coyuntura las organizaciones feministas y otras organizaciones de mujeres.

Finalmente, el aborto ha estado casi ausente en agencias de investigación, el Estado no lo incluye en sus estudios sobre salud ni de género, y carentes de financiamiento, las universidades y centros de estudio lo investigan escasamente. Asimismo, la investigación de dicho fenómeno demanda un esfuerzo interdisciplinario de desarrollo de dispositivos metodológicos que innoven en la investigación en contexto de penalización y clandestinidad. Hasta ahora no hay una producción suficiente de conocimiento que pueda solventar los debates políticos y las políticas públicas. Transformar el aborto en objeto de estudio y en un campo de investigación no resulta sencillo en Chile, pues los marcos institucionales universitarios pueden constituirse en obstáculo para ello. Sin embargo, confiamos en que la coyuntura actual anime y posibilite la articulación de espacios para la reflexión académica, cultural y comunicacional, de tal forma que sirvan de referentes para la generación de debates colectivos en torno al aborto inducido y sus eventuales consecuencias políticas. ■

Bibliografía

- Armijo R., Requena M. Epidemiological aspects of abortion in Chile. Public Health Report, 1968;83(1), 41-48.
- Bajos N., Ferrand M. L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés Contemp* [Internet]. 2006;61(1):91. Available from: <http://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2006-1-page-91.htm>
- Bankole A., Singh S., Haas T. Characteristics of Women Who Obtain Induced Abortion: A Worldwide Review. *Int Fam Plan Perspect*. 1999;25(2):68-77.
- Blofield, M. (2001). *The politics of the moral sin: a study of abortion and divorce in Catholic Chile since 1990*. Nueva serie FLACSO. Santiago de Chile: FLACSO-Chile; 2001.
- Blofield, M. Guerra Santa: la izquierda y derecha frente a los temas valóricos en Chile democrático. En Dávila M., Fuentes C., eds. Promesas de cambio. Izquierda y derecha en el Chile contemporáneo. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2002; p 153-188.
- Bourdieu P. Los usos sociales de la ciencia. Buenos Aires: Nueva Visión; 2000.
- Bozon M. Las encuestas cuantitativas en comportamientos sexuales: emprendimientos sociales y políticos, productos culturales, instrumentos científicos. *Sex Salud y Soc*. 2009;(3):154-70.
- Casas L., Vivaldi L. La penalización del aborto como violación a los derechos de las mujeres. En Vial T. (ed.) Informe Anual de Derechos Humanos 2013. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Diego Portales; 2013; p. 69-120.
- CRR, Center for Reproductive Rights. The World Abortion Laws 2014. <http://worldabortionlaws.com/>
- Faúndes A., Duarte GA., de Sousa MH., Soares Camargo RP., Pacagnella RC. Brazilians have different views on when abortion should be legal, but most do not agree with imprisoning women for abortion. *Reprod Health Matters* [Internet]. Reproductive Health Matters; 2013 Nov [cited 2014 Apr 21];21(42):165-73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24315072>
- Fassin É. Usos de la ciencia y ciencia de los usos. A propósito de las familias homoparentales. *Debate Fem* [Internet]. 2005 [cited 2014 Apr 3];32:391-408. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Usos+de+la+ciencia+y+ciencia+de+los+usos.+A+propósito+de+las+familias+homoparentales#0>
- Grau O., Delsing R., Brito E., Farías A. Discurso, Género y Poder. Discursos públicos: Chile 1978-1993. Santiago de Chile: LOM; 1997.
- Guillaume A., Lerner S. El Aborto en América Latina y El Caribe. Una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005. Les Numériques du Ceped, Paris, France; 2007.
- Htun M. Sex and the State: abortion, divorce and the family under Latin America dictatorships and democracies. Cambridge & New York: Cambridge University Press; 2003.
- INE (Chile). Fecundidad en Chile. Situación reciente. 2006. Retrieved in: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demografia/pdf/fecundidad.pdf
- Koch E., Thorp J., Bravo M., Gatica S., Romero CX., Aguilera H., et al. Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007. *Middleton P*, editor. PLoS One [Internet]. Public Library of Science; 2012 Jan [cited 2014 Apr 5];7(5):e36613. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0036613>
- Molina-Cartes R., Molina T., Carrasco X., Eguiguren P. Profile of Abortion in Chile, with Extremely Restrictive Law. *Open J Obstet Gynecol* [Internet]. Scientific Research Publishing; 2013 Dec 13 [cited 2014 Apr 24];03(10):732-8. Available from: <http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=41072&#abstract>
- Monreal T., Armijo R. Evaluación del programa de prevención del aborto provocado en Santiago. *Rev Med Chil*, 1968;96:602-622.
- Orrego C. El hombre (in)visible: por qué debemos abolir las leyes de aborto. *Derecho y Humanidades*, 2009;15, 61-73.
- Palma I. Las nuevas generaciones de mujeres, el embarazo no previsto, las edades y la segmentación social en la sociedad chilena. *Rev Med Chil* [Internet]. 2012 [cited 2013 Jul 16];(140):319-25. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000300006

Notas

Palma I. Trayectorias sexuales, preventivas y sociales en el embarazo no previsto de los segmentos juveniles en Chile. *Última Década*. 2010;33:85–111.

Palma I., Moreno C., Richards A. Procesos de gestión del aborto inducido en Santiago de Chile. Artículo por publicar; 2014.

Rojas C. Historia de la política de planificación familiar en Chile: un caso paradigmático. *Debate Fem*. 1994;5(10):185–214.

Shah I., Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences, and challenges. *J Obs Gynaecol Can* [Internet]. 2009 [cited 2014 Aug 5];31(12):1149–58. Available from: http://www.jogc.ca/abstracts/full/200912_WomensHealth_1.pdf

Shepard BL. The “double discourse” on sexual and reproductive rights in Latin America: the chasm between public policy and private actions. *Health Human Rights*, 2000;4(2): 110–43.

Shepard BL., Casas Becerra L. Abortion policies and practices in Chile: ambiguities and dilemmas. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2007 Nov;15(30):202–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17938085>

Singh S., Deidre W. Niveles Estimados de Aborto Inducido en Seis Países Latinoamericanos. 1994.

1. Se estima que en el mercado negro la venta del misoprostol se encuentra entre los \$40.000 y los \$70.000. También se puede comprar en el extranjero a través internet, pero para ello se requiere una tarjeta de crédito internacional, lo que supone una barrera económica para muchas mujeres. Un aborto quirúrgico realizado por un profesional puede costar alrededor de \$1.500.000 (Palma, Moreno & Richards, 2014).

2. Ambas definiciones se encuentran relacionadas con el establecimiento de plazos para la interrupción del embarazo.

3. CEP 1988; Corporación Humanas 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, FLACSO Chile 2001, 2010; ICSO-UDP 2006, 2007, 2009, 2010; Encuesta Bicentenario UC-Adimark, 2006, 2007.

La penalización del aborto como una violación a los derechos humanos de las mujeres

Lidia Casas Becerra y Lieta Vivaldi Macho, con la colaboración de Cristina Silva Molina, María Constanza Bravo Stockle, Consuelo Navarro Pérez y Fernanda Sandoval Riquelme*

Introducción

Este capítulo sintetiza los resultados de una investigación sobre los efectos de la penalización del aborto en Chile y la violación de los derechos humanos que produce la ilegalidad del aborto en toda circunstancia. Esta fue publicada en el Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2013, del Centro de Derechos Humanos de la Universidad Diego Portales¹. Este estudio muestra que la penalización vulnera, entre otros, el deber de garantía y protección de los derechos humanos de las mujeres a la autonomía; a la igualdad; a la integridad y seguridad personal; a la vida; a no ser sometido a un trato cruel, inhumano y degradante; a la privacidad; al debido proceso y, además, a la salud.

El objetivo de esta investigación es indagar sobre la práctica del aborto en Chile, sus efectos sobre la vida de quienes se someten a una interrupción voluntaria del embarazo, bajo una perspectiva de los derechos humanos. En esta parte relevamos los testimonios de 61 entrevistadas/os, tanto a mujeres como a acompañantes y a profesionales de la salud, cuyos relatos y experiencias personales hacen palpables las violaciones a los derechos humanos que implica la penalización del aborto en Chile².

Sin su generosidad para compartir sus vivencias, este trabajo no habría sido posible.

Al cierre de la actualización de este capítulo, hemos incorporado algunos elementos para reflexión sobre los lineamientos del nuevo gobierno, el nombramiento del gabinete y su impacto en el debate sobre aborto, y los aportes que surgen a propósito del Examen Periódico Universal de enero de 2014. Esperamos contribuir al actual debate, *ad portas* de que asuma una nueva administración de Michelle Bachelet, a fin de asegurar que se tomen en serio los derechos humanos de las mujeres y su autonomía reproductiva.

1. Antecedentes generales sobre aborto en Chile

1.1. Contexto sobre las prácticas de aborto en Chile

Aun cuando en Chile existe un régimen de penalización del aborto a todo evento, las prácticas de aborto provocado son variadas. Algunas son seguras pese a ser ilegales, como las realizadas por profesionales competentes a través de legrados³ o por aspiración uterina, o la realización del

* Lidia Casas Becerra, abogada, es Coordinadora del área Género y Derechos Humanos Universidad Diego Portales, UDP. Lieta Vivaldi es abogada, y estudiante de Doctorado de Sociología en Goldsmiths, Universidad de Londres.

aborto con medicamento (misoprostol), pero aún subsisten prácticas de alto riesgo como la sonda. Un estudio de la Defensoría Penal Pública sobre mujeres defendidas por el delito de aborto muestra esa variedad de prácticas y los rangos de precio que oscila entre los 40 mil hasta cuatro millones de pesos por el aborto realizado por un/a profesional de la salud⁴.

El aborto por medicamento es una práctica que aparece con fuerza en esta investigación. El misoprostol es una droga para el tratamiento de úlceras gástricas que provoca contracciones uterinas y de esta forma interrumpe la gestación. Este medicamento ha sido reconocido para uso ginecológico por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya sea para acelerar el parto o interrumpir un embarazo de hasta 12 semanas de gestación⁵. Su uso ha significado una reducción en precio y riesgos en comparación con la práctica de abortos con sonda u otros medios peligrosos⁶. Sin embargo, según la dosis usada y la cantidad de semanas de la gestación puede implicar también serios riesgos⁷. Por ello, se puede hablar de abortos más seguros pero no exentos de riesgos cuando no se conocen las dosis y las condiciones adecuadas para su utilización.

La información sobre esta droga es de fácil acceso a través de la Web y es posible adquirirla en todo el territorio nacional. Desde hace algunos años se utiliza masivamente⁸ pues no depende de la intervención de un/a tercero/a salvo para la adquisición de la misma.

Hasta 2001, el misoprostol podía adquirirse en farmacias con receta. A partir de entonces, se restringió a través de receta retenida⁹. En la actualidad, la droga no puede encontrarse en las farmacias para su venta al detalle porque se vendería con una receta institucional para hospitales y clínicas¹⁰. Hoy se adquiere en el mercado negro o en el extranjero.

En 2009 nació el proyecto “Aborto: Derecho a la información y libertad de decidir”, por iniciativa de Feministas BíoBío, a las que luego se unieron

grupos de distintas ciudades del país, conformando hoy la Red de Feministas y Lesbianas por el Derecho a la Información¹¹. Su objetivo principal es difundir telefónicamente información sobre la realización de abortos con misoprostol y orientar sobre el marco legal del aborto en Chile, proyecto conocido como Línea Aborto Seguro.

La línea funciona todos los días del año, por sistema de turnos entre las integrantes, desde las 19 a las 23 horas. Se entrega información sobre el uso de misoprostol a mayores de 18 años de acuerdo a los protocolos actualizados de la Organización Mundial de la Salud. No se comercializan pastillas ni se otorga información sobre cómo conseguirlas. Tampoco se entrega información sobre otros tipos de abortos. Esta red ha enfrentado tres investigaciones penales, dos en Concepción -una, a raíz de una denuncia de un pastor, y otra iniciada de oficio por el Ministerio Público en esa ciudad por incitación al delito¹²- y una tercera a partir de la presentación de una querrela en su contra en la Fiscalía Oriente de la Región Metropolitana por incitación al delito y asociación ilícita. Las dos primeras investigaciones fueron sobreesridas y la tercera archivada luego de interrogatorios de la Policía de Investigaciones a dos de sus integrantes en distintas ciudades. Esta red entrega información pública, lo que le permite operar dentro del marco legal.

Las llamadas recibidas son registradas en una bitácora y son sistematizadas periódicamente. La Línea estima que, desde 2009 a julio 2011, se han recibido casi 3.000 llamados¹³. Sin embargo, en la entrevista realizada para este trabajo, una de sus integrantes informó que ese número es más bajo que el real, estimando que reciben hasta 15 llamados diarios, los que no siempre serían registrados¹⁴.

La sistematización de las llamadas recibidas por este colectivo, publicada en julio de 2011¹⁵, mostraría que Internet es el medio por el cual las personas llegan al servicio de la línea; ello dificultaría el acceso a la información sobre este método a mujeres de menores recursos sin acceso a la Web.

2. Las voces: las experiencias personales sobre el aborto en Chile

2.1. Las prácticas en un contexto de ilegalidad

La ilegalidad facilita la exposición de las mujeres a abuso por parte de quienes hacen del aborto una práctica lucrativa. Los resultados de las entrevistas a mujeres mostraron rangos de precio para un aborto entre los 40.000 y los dos millones y medio de pesos. Un entrevistado médico relata que, de acuerdo a lo que sabe, a mayor edad gestacional del embarazo mayor es el costo, refiriéndose a una relación precio/semana de gestación. Otro médico entrevistado relató que tres de las mujeres a quienes había asistido por el uso de misoprostol, le contaron experiencias en las cuales el médico a quien habían acudido les había exigido dos tipos de cobro: el pago inmediato en efectivo y luego la realización de sexo oral. Las tres mujeres no accedieron al segundo requerimiento y perdieron su dinero.

El precio del misoprostol en el mercado negro fluctúa entre 40 a 120 mil pesos. Como señalan las entrevistadas, el acceso al medicamento está controlado por *verdaderas mafias*. A ello agregan que, por tratarse de una compra clandestina, no tienen seguridad acerca de lo que están adquiriendo. Una enfermera entrevistada pudo percatarse de que le estaban intentando vender pastillas falsas. Ella también recuerda la poca claridad y falta de información respecto a la dosis adecuada para abortar. Una voluntaria de la Línea Aborto nos indicó en una entrevista que una de las preguntas más habituales de quienes llaman a la Línea es cómo y dónde comprar el medicamento, ya que existe entre las mujeres una gran preocupación por posibles fraudes o entregas de pastillas falsas. Esta percepción se corrobora en los relatos a las entrevistadas.

Cinco profesionales de la salud entrevistados/as han colaborado en la orientación y acompañamiento a mujeres para el correcto uso del medicamento¹⁶. Ninguno/a cobra por la orientación. Tres de

ellos/as en algunas ocasiones proveen el medicamento cuando las solicitantes no han podido conseguirlo o no tienen dinero para ello. En general, las mujeres adquieren el medicamento por su cuenta. Uno de los entrevistados nos señaló que a lo largo de varios años ha asistido a 87 mujeres. En un caso dio apoyo post aborto a una paciente que *tenía un fuerte deseo de maternidad, pero rechazaba la idea con la pareja que tenía, no quería estar ligada con él por el resto de la vida*.

La elección del método está vinculada directamente con la clase social, los recursos financieros y la información disponible en la Web. El factor más importante para decidirlo son los datos que se obtienen a través de redes de amigos/as, conocidos/as o Internet. Una de las entrevistadas contó cómo, en su búsqueda de información para hacerse un aborto, encontró la descripción sobre distintos medios: masajes orientales, hierbas y el misoprostol. Algunas entrevistadas señalaron que, si no hubieran sabido de alguna conocida que hubiera abortado, habrían ignorado dónde buscar información.

Una mujer de 20 años relata que se enteró de su embarazo cuando tenía 4 semanas y que luego de ello empezó a *buscar información con amigos por Internet para encontrar el misoprostol, pero cobraban entre 70 y 100 mil pesos, lo que era muy caro, como estudiante, sin muchos recursos económicos. Además, los contactos tampoco eran seguros y no sabía qué pastillas me iba a meter en el cuerpo ni tampoco tenía claridad sobre la dosis*.

Llegar a un médico es una cuestión azarosa. Una entrevistada le contó a su ginecólogo que no quería tener otro hijo y él le dijo que le podía ayudar a hacerlo con medicamentos. El ginecólogo de otra, que era contrario al aborto, la derivó a un colega que sí los hacía y en quien confiaba plenamente desde el punto de vista médico. Una tercera mujer se realizó el procedimiento con un médico, quien, al darse cuenta que ella era hija de un personaje público, subió el precio y le exigió pagar una cantidad extra de dinero como chantaje para no hablar.

Las mujeres que conocen distintas prácticas abortivas eligen el método de acuerdo a su experiencia personal y teniendo en cuenta la seguridad de este. Una entrevistada hizo una reflexión sobre la seguridad del aborto: *como no podía decirle la verdad al doctor, pa' que no me metieran presa, pasé más riesgo. Eso me molestó mucho, no tener la libertad para cuidarme como correspondía [...] además me dio rabia que mi amiga pudo pagar y estuvo bien cuidada [...] por no tener plata no pude acceder a la medicina privada de cierta calidad. Es violento que por ser pobre uno vaya al matadero.*

Se pudo constatar que aún persiste la práctica clandestina del aborto -raspado y aspiración- cinco entrevistadas refirieron haberse sometido a prácticas en estas condiciones de raspado o aspiración sin anestesia.

2.2. El miedo a morir y las consecuencias para la salud

Una de las consecuencias de un aborto ilegal es su impacto en la salud y la vida de las mujeres que se someten a él.

El miedo a morir aparece con fuerza en una abrumadora mayoría de las entrevistas. El pánico de que no despertarán luego de la sedación, o morirán desangradas por el uso de misoprostol, o no podrán tener hijos en el futuro, cruza todos los relatos sin distinción de clase social, tipo de aborto o edad. Una mujer de 23 años, quien acompañó a una amiga hasta su casa en la playa para hacerse el aborto con misoprostol, narró que *fue tanto el sangramiento y dolor que pensaron que iba a morir*. Ella no sabe si volvería a acompañar a alguien después de esa experiencia porque, además, no sabían a quién recurrir en caso de una complicación. Otra dijo que, al ser madre de dos hijos, pudo comparar el dolor del parto con las contracciones con misoprostol.

El riesgo para la salud se concretó en ocho entrevistadas quienes sufrieron complicaciones de distinta envergadura: una sufrió una histerectomía (pérdida

de útero); otra, una infección luego de un aborto quirúrgico en Tacna; otra, un aborto retenido luego del uso de misoprostol; tres tuvieron hemorragias y fiebre; y dos, infecciones (una de ellas tenía una enfermedad basal muy grave). En este último caso, el procedimiento lo realizó un facultativo. Una de ellas fue atendida en el Hospital San Juan de Dios, donde sospecharon que el aborto no había sido espontáneo. La paciente fue maltratada por enfermeras y matronas por ello y consideró irse a una clínica privada.

Una mujer que se realizó un aborto a los 20 años en una consulta médica contó que *mi pareja presionó para que abortara, era muy violento, yo no tenía relación con mi mamá, mi papá era alcohólico y había abusado de mí... me sentía muy sola [...] tuve una infección muy fuerte, fui al hospital y luego supe que no iba a poder tener hijos debido a las secuelas de la infección, eso me lo dijo un médico.*

La seguridad en el uso del misoprostol varía según la cantidad usada y las semanas de gestación. Los riesgos asociados son conocidos por quienes venden o compran el medicamento. Una joven estaba consciente del mayor riesgo, pues sumó 4 semanas de embarazo luego de una compra de misoprostol que resultó fraudulenta. La persona a quien compró en el segundo intento pidió ver una ecografía para tener certeza de las semanas de gestación y, conforme a ello, le recomendó una dosis y la consulta a un médico con posterioridad. Estuvo sola durante las cuatro horas de contracciones y se desmayó. El médico que consultó posteriormente le dijo que se pudo haber muerto por la dosis usada.

Una entrevistada que sufrió un aborto retenido tenía un embarazo con un tiempo de mayor gestación a la recomendada para el uso de misoprostol. Se enteró tardíamente de su embarazo porque había sangrado durante toda la gestación, lo que se sumó a la demora en conseguir el medicamento. Ella estaba informada sobre qué hacer en caso de complicaciones por la cantidad de semanas y, debido a una hemorragia, acudió a la urgencia de una clínica privada acompañada por su marido.

Otra entrevistada ayudó a una familiar de 16 años, de familia muy conservadora, a hacerse un aborto con misoprostol. La menor de edad le mintió sobre la cantidad de semanas de embarazo; dijo que tenía seis a ocho semanas, cuando realmente tenía alrededor de 14. En esa fase de gestación el misoprostol ya no sería aconsejable. La niña se encerró en el baño y cuando entró la entrevistada la encontró sentada con el feto colgando. Ella nos dijo *que fue terrible porque no debió ser así, ella debió tener la posibilidad de hospitalizarse, tener apoyo, etc. Si las cosas fueran distintas, no habría llegado a ese punto. Todo lo que se demoró en decir que estaba embarazada, además, no se preocupó de prevenir el embarazo. Viene de buena familia, va a buen colegio. En esas situaciones se hace evidente que la educación sexual es también afectiva, de cómo uno se para frente al mundo. Ella estaba completamente desarmada*. La joven, que sufrió complicaciones, acudió a un centro de salud donde los médicos no preguntaron nada.

La muerte es una posibilidad cierta. Una mujer habló de la muerte de su hermana por un aborto clandestino del cual supo con la entrega del certificado de defunción. La pareja de su hermana no fue ni al velorio ni al entierro. Una profesional de la salud se acuerda de un caso de una mujer a quien abandonaron en la posta del hospital donde trabajaba, *la tiraron de un taxi con las medias hasta las rodillas sin signos vitales y llena de sangre*. Otra profesional relata que una de sus pacientes estuvo presa en la cárcel del Buen Pastor en Santiago, donde las monjas le dijeron que la imposibilidad de tener hijos en el futuro, por la pérdida del útero, era un castigo de Dios. Ella quedó con diálisis y secuelas psiquiátricas graves, pues, además de la culpa instigada por las monjas, había sido denunciada por su propio padre.

Todas las entrevistadas señalan que su decisión de interrumpir un embarazo obedece a un contexto, a una situación concreta, aun cuando tengan miedo a morir.

2.3. El miedo a ser pillada y la persecución penal

El alto número de mujeres que se practican abortos en Chile, comparado con la baja cantidad de investigadas criminalmente, hace pensar que, cuando esto último ocurre, se trata de una cuestión de azar. No obstante, hay factores que inciden en la mayor probabilidad de ser perseguidas: ser de clase social más baja, prácticas de aborto de mayor riesgo y dónde se acude en caso de emergencia.

Además del miedo a morir por el aborto, la conciencia de la ilicitud está presente en la mayoría de las entrevistadas, pero con menor intensidad y frecuencia que el temor a la pérdida de la vida. De hecho, una entrevistada señaló que no utilizó el misoprostol porque una de sus amigas, al intentar comprarlo en el mercado negro, fue interceptada por la PDI.

Otra mujer solo se representó las consecuencias legales cuando vio en las noticias la detención del médico que le hizo el aborto. No solo tomó conciencia de la ilegalidad sino del hecho de que quien aparecía como médico era en realidad un dentista.

El miedo a ser pillada no es solo preocupación por ellas mismas sino también ante la posibilidad que la persecución penal pueda involucrar a sus cercanos/as. Esto se manifiesta en que las entrevistadas hablan de decisiones y medidas, como la realización del aborto en soledad, para reducir el número de personas que saben de la situación. Una entrevistada sentía que, al pedirle a sus amigas/os que la acompañaran, les estaba haciendo cómplices de un delito, por lo que la culpa se agravaba y el miedo y soledad también.

Entre las mujeres entrevistadas, dos fueron sometidas a investigación penal. Ambas son profesionales y provenientes de sectores más acomodados, una de ellas de una familia muy católica. Los procesos penales se desarrollaron en justicias distintas: el antiguo y el nuevo sistema¹⁷. Ambas fueron iden-

tificadas por la policía producto de un reportaje periodístico.

Los resultados fueron distintos. Una fue condenada bajo el antiguo sistema de justicia criminal a 541 días con remisión condicional de la pena¹⁸. La otra mujer fue imputada bajo el sistema reformado, obteniendo una salida alternativa: la suspensión condicional del procedimiento, en 2009. En esta medida no hay reconocimiento de los hechos que se le imputan¹⁹.

Las experiencias sufridas por estas entrevistadas las marcaron profundamente en su relación con la profesión legal, la justicia y la policía. Ambas ya no viven ni quieren vivir en Chile.

Una de ellas refiere provenir de una familia conservadora, bien conectada en el mundo católico, y de haberse quedado embarazada a los 22 años. Estudiaba, al igual que su pareja de larga data, en una universidad católica en Santiago; ambos eran católicos observantes, él proveniente de un colegio jesuita. Hasta su embarazo consideraba que el aborto debía ser evitado a toda costa. De hecho, tres meses antes de su propia experiencia, intentó ayudar a una de sus amigas a que no abortara llamando a Chile Unido²⁰. El contacto con Chile Unido le produjo rechazo, pues el voluntario solo buscó obtener información sobre la identidad de su amiga, sus datos y los nombres de los padres, a fin de interponer un recurso de protección para evitar que su amiga abortara. Ella no entregó la información, consideró que lo que había recibido como ayuda era *demasiado violento y no aportaba en nada para ayudar a mi mejor amiga*.

La entrevistada relató que, conocido el embarazo, este se transformó en *su* problema: su novio le dijo que no iba a tener otro hijo, pues ya tenía uno siendo adolescente. Ella recurrió a amigas para encontrar el dato. Hoy resiente la situación, como fue tratada antes, durante y después de su aborto.

Califica su paso por el sistema de justicia como extraño: sufrió el maltrato verbal del médico que

la examinó en el Servicio Médico Legal a pocas horas de haberse hecho el aborto y de una actuaría. A su vez, recibió una suerte de protección de una enfermera, que la contuvo durante la pericia forense, y de un gendarme que la cuidó para que estuviera a salvo del resto de los detenidos en el calabozo del tribunal.

En su paso por la justicia estuvo consciente de su condición de privilegio, siendo *rubia, niña de barrio alto fue tratada como una “princesita”, pues podía ir al baño de los funcionarios*. El trato favorecido también se manifestó al inicio, cuando fue detenida por la PDI, pues se le permitió a ella y a su novio no ser subida/o al carro policial y llegar en su propio auto al cuartel de la policía. Sin embargo, recuerda que durante la tramitación de su caso hubo hostigamiento constante de la PDI, cuyos funcionarios la llamaban siempre a su celular, incluso cuando estaba en clases, pidiendo que saliera y amenazando con entrar a buscarla si no lo hacía. Describe lo sucedido como una forma de tortura; hoy no resiste la presencia de un policía.

Ella no estuvo en prisión preventiva, pero recuerda que otra chica abortante, involucrada con ella en el mismo caso, estuvo casi tres meses presa.

Su proceso duró más de cinco años, tiempo durante el cual firmó todos los meses. El novio, también investigado inicialmente, zafó, pues una parte del expediente que lo vinculaba *se perdió en el tribunal y no se pudo reconstruir, él me acompañó por unos meses hasta que dejó de ir al tribunal*.

Sus experiencias más traumáticas en el tribunal fueron el careo, es decir, estar cara a cara con el médico para confrontar declaraciones, y la rueda de presos. Esta última es una diligencia de reconocimiento de personas que hayan sido partícipes, en este caso, la asistente del médico. Ella *no recordaba su cara, me presentaron varias mujeres y la actuaría me presionó y me gritaba para que reconociera a una*.

2.4. La evidencia para condenar al médico

Las dos mujeres sometidas a investigación penal se sintieron usadas como un instrumento para condenar al médico. Así se los expresó la PDI y, en el caso de una de ellas, esto fue reafirmado por la Fiscalía.

La relación de las mujeres con sus abogados defensores no fue buena. Una de las entrevistadas contó que su abogado, luego de tomar el caso y de que ella hubiera pagado parte de los honorarios, le dijo *que él agradecía que su madre no lo hubiera abortado*. Hoy cree que mantuvo al abogado porque se sentía indefensa, *me lo habían recomendado, tenía una reputación de buen profesional y comprometido con la justicia social*.

Durante el transcurso de la investigación, una abogada que defendía a otra mujer en el mismo proceso era quien le informaba cómo iba la investigación, pese al alto honorario que había pagado por su defensa²¹. Ella siempre guardó silencio frente a la policía y al fiscal. Sin embargo, su abogado la presionó indebidamente a que entregara información. De hecho, la citó en una ocasión sin decirle que estaría el fiscal presente.

La relación de la otra entrevistada con su defensa fue igualmente problemática. Al final del proceso apenas se hablaban. Cuando estaban en el tribunal, *él me había hecho un comentario sarcástico, que gracias al pago por mi defensa se iba de vacaciones a Europa*²². Posteriormente recurrió a un par de abogadas jóvenes quienes la ayudaron a tramitar un permiso de salida temporal del país por un mes.

Una tercera entrevistada, en provincia, sintió de cerca el efecto de la ley. Había ayudado con dinero a una mujer que fue identificada y castigada penalmente. La condenada guardó silencio sobre la colaboración de la entrevistada, pero el médico que realizó el procedimiento fue condenado. La entrevistada dice que *si ella hubiera hablado habría tenido que asumir no más*. En el marco de esta

investigación, contactamos a otras mujeres imputadas por aborto, que declinaron la entrevista.

Cuatro entrevistadas señalan que, pese a no haber sufrido consecuencias legales, tener que actuar clandestinamente durante todo el proceso del aborto las hizo sentir que estaban haciendo algo malo y condenable. Más de una entrevistada dijo *sentirse como tratando con un 'dealer' al comprar el misoprostol en la calle o en el metro*, los vendedores o vendedoras parecían nerviosos y viendo en todas partes *un ratí*. Todas refieren que la ilegalidad y clandestinidad del aborto genera mucho estrés e incluso angustia.

2.5. La confidencialidad

Las entrevistas a ocho profesionales de la salud, tanto de Santiago como de provincias, muestran la problemática relación entre el tratamiento a una mujer en la sala de urgencia por un aborto complicado y el secreto profesional. Uno de ellos habla de la incómoda situación en que los sitúa la ley.

Este profesional, que lleva cerca de 40 años en el servicio público de salud, señala que la ley los deja en una situación difícil: *cuando llegan con los signos de la sonda o restos de misoprostol, no es posible desentenderse de la denuncia*. Se desprende del relato de este entrevistado y las experiencias de algunas entrevistadas, que los profesionales de la salud, cuando atienden una urgencia por un aborto y no es evidente que sea provocado, prefieren no saber lo que pasó. No obstante, en varios relatos, las entrevistadas refieren cómo fueron interrogadas por médicos o matronas para saber si hubo alguna práctica abortiva.

Un entrevistado, profesional de la salud, observó que algunos de sus colegas están más preocupados de hacer que la mujer hable que de dar un trato humanizado a la paciente. La intervención clínica *está destinada a obtener información sobre el aborto y luego cuentan casi como chimuchina del día a la hora del café o en el pasillo cuánto les costó que hablara*. El narra la situación de desamparo y

vulnerabilidad en que se encuentra la mujer cuando la interrogan. El interrogatorio en términos duros e insistentes *produce una especie de empequeñecimiento de la mujer en la cama mientras su rostro se transforma por el miedo.*

Agrega que la existencia de una disposición legal que requiere denuncia provoca graves problemas en la atención de salud, pues la preocupación no se centra en las necesidades de la mujer sino en la responsabilidad administrativa por la no realización de la denuncia. A ello se suma una situación jerárquica entre profesionales, en que la orden del médico/a de denunciar no se cuestiona: *en lo técnico, el tratamiento y el trato carecen de humanización ya que los profesionales se distancian de la persona a quien hay que cuidar.* El trato inquisidor y duro también se dirige hacia los/as familiares o personas que acompañan a la mujer en la sala de espera, quienes, muchas veces, carecen de toda información de lo sucedido.

Como aprecia este profesional, no hay una atención integral, pues la denuncia lo distorsiona todo. Esto provoca que no exista posibilidad de reparar el daño, de que la mujer confíe en un profesional y de prevenir futuros abortos, pues la relación médico/paciente queda dañada con consecuencias no previsibles.

Una entrevistada tuvo que acudir a un hospital en provincia al día siguiente de realizarse un aborto con misoprostol porque tenía fiebre y excesivo sangramiento. Recuerda que le pusieron anestesia y le hicieron un legrado. Mientras despertaba de la anestesia la matrona le preguntó si había usado misoprostol. Le dijo que, por motivos médicos, necesitaba saberlo. Ella cree que su intención era denunciarla porque sospechó que el aborto era inducido. La entrevistada agradece que, pese a estar mareada y confundida, no habló. Relata que le impactó la falta de humanidad de parte de la matrona.

Otra entrevistada, quien ingresó por una infección al Hospital Juan Noé, de Arica, cree que no fue

denunciada porque las personas que la atendieron eran conocidas de una de sus tías. Pese a ello, el trato fue duro. Una enfermera que llegó a una clínica privada para hacerse una ecografía post aborto, sospecha que quienes la atendieron se dieron cuenta del aborto pero, por su condición de enfermera y porque su marido es médico, no le hicieron preguntas al respecto. En la medida en que tenía conocimientos previos, ella dice que la experiencia la hizo reflexionar acerca de lo que significaría para otras personas exponerse a una situación médica y que no le expliquen nada.

Una entrevistada dijo: *siempre pensé en las consecuencias legales y claro que temí ir a la cárcel o al hospital y que me hirieran. He tenido experiencias muy cercanas de amigas que han sido violentadas por médicos y enfermeras tanto física como psicológicamente.*

Algunos de las/os profesionales entrevistadas/os están conscientes del rol que les toca cumplir para acoger a una abortante en la urgencia médica. Sin embargo, llama la atención que no conocieran el instructivo sobre tratamiento humanizado a la mujer que aborta del Ministerio de Salud²³.

Dos matronas señalan que, en general, su gremio es conservador, que las matronas prefieren denunciar cuando sospechan un aborto voluntario. Otra profesional de salud, quien había trabajado en un centro de salud universitario, dejó de hacerlo, entre otras razones, porque hablar de los abortos de las estudiantes era un tema tabú y no había apoyo ni compromiso profesional con las estudiantes que atendían.

La posibilidad de denuncia es un miedo cierto para las mujeres. El relato de una de ellas ejemplifica la situación en que se encuentran. La entrevistada le contó acerca del aborto a su psiquiatra, en el contexto de una sesión de consulta. Este le dijo que había cometido un delito y que podía denunciarla. La mujer se retiró de la consulta y nunca más volvió. Como dijo otra, *el médico y la matrona pasan a ser posibles acusadores, entonces da susto, no es*

la imagen de médico salvador. Cuesta encontrar alguien sin juicios valóricos.

Algunas entrevistadas con complicaciones o que sabían que debían hacerse una ecografía para asegurar que todo estaba bien post aborto, postergaron acudir a un médico por temor a ser descubiertas. Un relato refleja el aprovechamiento de la situación de algunas personas y la experiencia de verse acogida: *me asusté porque creía que no había abortado porque sangré mucho menos de lo que imaginaba. Fui a un doctor que atendía en una consulta privada y en un hospital. Fui al hospital y me confirmó que no estaba embarazada, pero me aconsejó hacerme un raspaje por lo cual me cobraría. Me alteré mucho, llevaba 3 meses muy malos. Fui a una clínica, le pedí a la secretaria que me recomendara un médico joven, abierto de mente y simpático. A él le conté todo. Me dijo que no estaba a favor del aborto pero que me entendía y que no me preocupara porque todo estaba bien y no necesitaba un raspaje. Que no iba a tener secuela ni nada. Él me dijo que ahora iba a poder dormir, porque llevaba días sin dormir. Lloré con él. Estaba muy sola, haciendo algo con mi cuerpo, sintiéndome decadente, no cuidándome, etc.*

2.6. Soledad, silencio y desamparo

El silencio y la soledad están presentes en los relatos de muchas mujeres. En algunos casos el silencio es impuesto por sus familias mediante la frase, repetida por dos mujeres de entornos muy católicos, *de esto [el aborto] no se habla nunca más*. Es un mensaje de castigo al olvido, como dijo una, *por haberse quedado embarazada*, incluso cuando la decisión del aborto fue impuesta por la madre y no fue tomada por la mujer. El aborto resuelve un problema, el embarazo que daña la reputación familiar: *mi mamá me llevó a escondidas de mi papá, y lo supe después, los motivos eran la vergüenza, ella es del ‘qué dirán’ y yo accedí para que no pasaran vergüenza... todo fue impuesto: la sexualidad impuesta, el aborto impuesto y luego el silencio*. En otro relato, la condena al silencio fue impuesta para mantener en reserva la persecu-

ción penal que sobrevino al aborto y no dañar la reputación familiar. Pese al tiempo transcurrido, 20 y 10 años respectivamente, ambas mujeres no han vuelto a hablar del aborto con sus respectivas madres.

Otra entrevistada refirió que su madre *se dio cuenta de estaba embarazada. Mi mamá me enfrentó y no pude negarlo. Me dio el dinero que faltaba y otro dato para hacerme el aborto con una persona de su confianza y después de eso nunca más me preguntó nada*.

Hay silencios que implican un sobreentendido del aborto. Una entrevistada que abortó en provincia tuvo complicaciones debido a una infección y acudió a un hospital. En la urgencia la recibió su primer ginecólogo y le dijo *“revisé tu ficha y estás embarazada”*, y ahí mi mamá le dijo *“no, ya no está embarazada”* y vino el silencio. Nuestra entrevistada se acuerda de los silencios, *ese “ah...” tan cargado de cosas*. La mamá le prohibió volver a hablar del tema y recuerda haber llorado mucho, no haber tenido nadie que la abrazara, ni que le dijera qué iba a pasar. Se sentía como un perrito.

El silencio producto de la ilegalidad impide tomar medidas respecto del abuso o maltrato que se impone a las mujeres como, por ejemplo, el de los médicos que hacen el aborto. En dos casos, les exigieron silencio y que no lloraran mientras estaban en la camilla, pues, según les dijeron, habían asumido voluntariamente el riesgo del embarazo. En otro caso, el médico reclamó que faltaban 10 mil pesos y amenazó con no realizar el aborto. Una mujer cuenta que su aborto fue sin anestesia y que se desmayó tres veces por el dolor. El doctor le dijo que si se desmayaba nuevamente, no le iba a realizar el aborto.

A una entrevistada el sentimiento de soledad le provocó gran sufrimiento. Cuando se le comenzaban a pasar los dolores, lloró por mucho rato porque se sentía muy sola. No quiso compartirlo con nadie, tenía 5 hermanas que podrían haberla acompañado o cuidado, pero no quiso *manchar su imagen ni que*

me hicieran sentir que había fallado. Han pasado 9 años desde que abortó y la entrevista constituye la primera vez que habla del tema.

2.7. El aborto por indicación médica: El efecto inhibitorio de la ley

La ilegalidad del aborto en todas sus formas ha provocado que algunos/as en la profesión médica caminen entre los intersticios de la ley. El manejo de los embarazos de fetos inviables implica en muchos casos ambivalencias, discrecionalidad y trato cruel hacia las mujeres. Un entrevistado señala que se puede determinar tempranamente la situación de los fetos con severas malformaciones y que la ausencia de una ley no les permite terminar con esas gestaciones.

Todos/as reconocen que la noticia de gestar un malformado es muy dura para las mujeres; como dice un entrevistado, algunas solicitan *que le saquen el feto*. Una matrona de un servicio público de salud les dice a sus pacientes que es injusto porque en otro país se podría ofrecer la posibilidad de abortar, aun así ellas le *contestan que nunca lo harían*. Ella observa que el aborto *está tan penalizado en el inconsciente de las mujeres que ni se cuestionan la obligación de la continuación del embarazo*.

Cuando se mantiene la gestación hasta el término del embarazo, la situación se torna cruel, pues las mujeres no reciben, en rigor, ningún apoyo emocional, ya que la prioridad de los equipos está puesta en los malformados que sobrevivirán. En esos casos las gestantes debieran ser derivadas a equipos especializados en preparar a la mujer y la familia. Pero las gestantes de malformados inviables quedan en el desamparo, tal como lo afirmó un entrevistado.

Una matrona, con 34 años de oficio en el sistema público de salud, tiene experiencia personal de *al menos 12 ó 14 casos de malformados*. Destaca que resulta paradójico que reciban derivaciones de consultas privadas cuando los médicos no quieren asumir el acompañamiento de las gestantes por

el resto del embarazo. *El embarazo del malformado resulta estresante para el equipo, ya que las matronas no tenemos las herramientas para enfrentarlo y no involucramos afectivamente con las mujeres.*

Los equipos responden de distinta manera frente a la decisión de interrumpir o no la gestación. La definición médica de aborto está situada en las 22 semanas, de acuerdo a la OMS, por lo cual entienden que hacer maniobras médicas para detener la gestación después de ese límite es un parto prematuro. Dos entrevistados/as en Santiago hablan de diferencias de criterio. Una matrona señaló: *trabajo con un médico que tiene una postura contraria a toda forma de aborto, pero después de las 24 semanas induce el parto con misoprostol en caso de malformados. Hace poco indujeron un parto a una joven de 19 años en la semana 26*. Otro entrevistado dijo que *adelantar el parto* era una decisión arbitraria, practicada por algunos y rechazada por otros. Un tercer entrevistado, que trabaja en servicios públicos rurales y urbanos de provincia, declaró no haber visto el adelantamiento del parto.

Una psiquiatra entrevistada atendió a una mujer que tuvo el diagnóstico de feto inviable: *quería realizarse un aborto terapéutico, no se le permitió, la mujer decidió dar la lucha pública y su hijo nació muy enfermo hasta que finalmente murió*. Ella recibió escaso apoyo de las autoridades, la situación que tuvo que vivir fue a costa de ella y su familia. La doctora señala que se trató de una situación traumatizante y reiteradamente retraumatizante.

Un médico que orienta sobre la realización de abortos con misoprostol ha atendido a dos mujeres provenientes de estratos altos, quienes, paradójicamente, no eran partidarias del aborto. Ambas consultaron por el uso de misoprostol porque gestaban malformados no viables: un anencéfalo y un feto con malformaciones cromosómicas severas e inviabilidad fetal. Llegaron acompañadas por sus madres y una, además, por su marido. Por la edad gestacional, el entrevistado consideró que no

era seguro usar el misoprostol, por lo que fueron derivadas una a Brasil y la otra a Colombia. Otro entrevistado recuerda haber atendido en su práctica en una clínica privada a una paciente a la cual, ante su pregunta por la continuación de un embarazo de un malformado, la derivó a Argentina.

Una sicóloga entrevistada relató la situación de un paciente de 50 años y su mujer de 38 ó 39 años. Ella quedó embarazada después de mucho tiempo intentándolo y le informaron que tenía una malformación severa, sin viabilidad. *La señora de mi paciente sentía que seguir el embarazo era una tortura. Unos amigos le regalaron un pasaje a Cuba para hacerse el aborto. Ahí la experiencia fue súper buena, los atendieron súper. Ellos no le contaron a nadie porque tenían mucho miedo de que la familia opinara o la gente se metiera. Fue una experiencia súper traumática, pero hubiera sido más si hubieran seguido con el embarazo. Si bien es un duelo, lo es mucho más si se alarga 9 meses.*

Una entrevistada quedó embarazada en 1990, meses después que el aborto terapéutico fuera penalizado. Ella relata: *tenía tres hijos y mi marido estaba muriendo de cáncer. Desde el principio del embarazo, los médicos me informaron que el feto era inviable, que si llegaba a nacer vivo iba a ser un vegetal. Tuve síntomas de aborto durante 5 meses y medio con hemorragias permanentes. Los doctores también me informaron que me estaba muriendo por falta de sangre, sentía que cada vez tenía menos fuerza. Lo único que me ofrecían era esperar hasta los 6 meses para poder adelantar el parto, pero era incierto que pudiera seguir viva, tuve la angustia permanente de pensar que iba a dejar a mis tres hijos huérfanos. El último mes estuve hospitalizada, y un médico me preguntó si pudiera abortar lo haría, a lo cual contesté que sí. El médico se fue, entró una matrona, me examinó y luego sentí que se había roto la bolsa. La entrevistada cree que la matrona hizo “algo” durante el examen de tal manera que se produjera “la pérdida”.*

La ausencia de legislación que permita el aborto, a juicio de los/as profesionales, los ha atado de manos. Uno de los entrevistados aún recuerda el caso de la muerte de una adolescente en su servicio. Ella gestaba un anencéfalo. Esperaron que el parto fuera vaginal. Este no se produjo y le hicieron una cesárea tardía, que terminó en su muerte.

Además de los malformados, los equipos de salud deben enfrentar los embarazos por violación. Para uno de nuestros entrevistados, en estos casos, la capacidad de intervenir y ayudar es limitada. Recuerda el caso de una joven con retraso mental violada por un pariente: *ella llegó embarazada al consultorio. La familia no denunció porque el perpetrador era el tío. Pese a no estar impedida cognitivamente, no se comunicaba. Se habló con ella de la adopción, pero el diálogo con la adolescente era infructuoso; mostraba signos de abuso. La familia no quiso la adopción y desarrolló la estrategia de que el perpetrador se hiciera cargo económicamente de la guagua.*

Otra entrevistada, psicóloga del equipo de bienestar estudiantil de una universidad, relató que atendió a una alumna de 19 años de muy bajos recursos que había sido violada: *quedó embarazada y decidió abortar porque sentía que estaba engendrando al hijo de un monstruo. Se demoró tres meses en conseguir el dato y el dinero, gestionó todo sola y se realizó el aborto con pastillas. Al abortar vio al feto, lo que la afectó mucho.*

La inexistencia de una ley de aborto para estos casos no solo es cruel con la mujer sino inhumana respecto del feto. Así lo dice un médico, quien señala que el tratamiento con radiación a una mujer con cáncer no mata al feto en forma inmediata, lo hace lentamente, de una forma que carece de humanidad. En respuesta a esto, algunos/as esperarían el término de la gestación para irradiar, pero eso significa pérdida de tiempo necesario para asegurar la salud de la mujer.

3. Conclusiones

La maternidad obligada es una carga que solo soportan las mujeres. Las entrevistas reflejan que a veces la maternidad se vive sin apoyos, lo mismo que la decisión antes, durante y después de un aborto. Los relatos de las entrevistadas dan cuenta que su decisión obedece a un contexto, a que la maternidad en un momento, con una pareja determinada o en ciertas circunstancias, no calza con su proyecto de vida.

El hecho de que el aborto esté penalizado no implica que no exista. Más aún, posibilita que permanezca oculto y que no se adopten medidas para prevenirlo. Cuando se realiza en la ilegalidad y clandestinidad, se producen o facilitan violaciones concretas a los derechos humanos de las mujeres, tales como la pérdida o el riesgo de pérdida de la vida, ya sea porque el embarazo sitúa a la mujer y su salud en condición de riesgo, o por un aborto inseguro.

La clandestinidad permite el maltrato: humillación y abuso por parte de operadores de justicia, policías y profesionales de la salud e igualmente por quienes realizan el aborto.

La ilegalidad provoca miedos profundos pese a lo cual igualmente se practica. El miedo a morir, a quedar con secuelas graves y a ser descubiertas son los más predominantes en relatos de las mujeres entrevistadas. La hipocresía y doble estándar obligan a callar, exponiendo a daños evitables a las mujeres.

El aborto ilegal y clandestino tiene sexo y clase. El cuerpo de la mujer se transforma en el cuerpo del delito. Por ello, hay más mujeres que hombres sometidos a control penal. La clase determina el tipo de aborto, en función de cuánto dinero se dispone para ello. Las pobres serán más detectadas por el sistema penal porque se someten a prácticas más riesgosas y deben acudir a hospitales públicos por las complicaciones. Las mujeres de menos recursos

tienen menor acceso a redes profesionales que les ayuden con información o consejos.

El aborto es un delito principalmente *femenino*.

En las observaciones al Examen Periódico Universal, EPU, realizado por el Consejo de Derechos Humanos de la ONU en 2009, diversos países instaron a Chile a modificar sus leyes sobre aborto. Chile, en sus respuestas al EPU, aceptó todas las recomendaciones que surgieron de este examen, incluyendo aquellas sobre la ley antiterrorista, salvo y expresamente aquellas sobre aborto²⁴. En el último examen del EPU en la 18^{ava} sesión del Consejo de Derechos Humanos, en enero de 2014, Chile recibió una vez más recomendaciones de 10 países para modificar la legislación del aborto. La representante del SERNAM en la delegación reiteró que la Constitución protege la vida desde la concepción y que el aborto es un delito. Señaló que el aborto terapéutico está permitido y se práctica en el sentido de que los médicos pueden realizar todo tipo de intervenciones médicas para proteger a la madre, incluso en desmedro de la vida del hijo. Chile rechazó ante el Consejo las recomendaciones en este sentido. Sin embargo, nuestras conclusiones muestran que la ley inhibe y retarda la actuación de los médicos. Esperamos que los nuevos aires de la administración que comienza se tome en serio los derechos de las mujeres. ■

Notas

1. Este se puede descargar en: http://www.derechoshumanos.udp.cl/wp/wp-content/uploads/2013/10/libro_DD_HH_capitulo2.pdf.

2. Esta parte de la investigación se realizó a través de entrevistas semi estructuradas de tal manera de obtener información en profundidad, teniendo especial cuidado en resguardar la confidencialidad de las/os participantes. Se entrevistó a las personas entre enero y julio de 2013^{2,2}. Las preguntas buscaron identificar los efectos que tiene la criminalización del aborto bajo toda circunstancia en la vida de las mujeres, las prácticas a las cuales se someten, la actuación de la comunidad médica frente a las complicaciones del aborto clandestino y las situaciones de interrupción del embarazo por indicación de salud, tales como malformaciones del feto. Se entrevistó a otras mujeres y hombres quienes acompañaron en este proceso y a profesionales de la salud que colaboraron aconsejando sobre el uso del misoprostol o apoyando a mujeres en alguna etapa posterior al aborto. La forma de contactar a las/os entrevistadas/os fue variada: se difundió la información de la investigación a través de conocidos/as y mediante correos electrónicos. Se buscó obtener una muestra que abarcara diferentes segmentos sociales y edades. Se garantizó la confidencialidad por lo cual las/os entrevistadas/os no consignaron su firma en la hoja de consentimiento, atendido el carácter de ilegalidad de las conductas materia de la investigación.

Las entrevistas se realizaron principalmente en Santiago en forma presencial. Otras entrevistas se hicieron por vía telefónica o a través de internet en distintas ciudades del país (norte, sur y zona central) y fuera de Chile.

3. El legrado es un vaciamiento de la cavidad uterina a través del cual se

raspa y recolecta tejido (endometrio) del interior del útero. Es conocido como raspaje.

4. Defensoría Penal Pública, Delitos de aborto e infanticidio: Delitos procesados en Chile, 2009, sin publicar, p. 36. Como muestran sus resultados, todavía hay imputadas que utilizaron prácticas de aborto con sonda o tijera. En el lenguaje de la Defensoría se denomina aborto por facultativo el realizado por un profesional de la salud.

5. Organización Mundial de la Salud (OMS), Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, 2a ed., 2012, pp. 45-46.

6. Por ejemplo, la utilización de tijeras, lavados o alambres.

7. Emol.com: Alex Delgado, “Aborto frustrado provocó daño neurológico en niño en Viña del Mar”, 23 de marzo de 2010.

8. Así lo ha dicho recientemente el Dr. Ramiro Molina en El Dínamo: Carolina Rojas, “El día después del aborto”, 2 de agosto de 2013.

9. Murielle González, “Abortos on line. Venta de misotrol en Internet”, *Revista Nos*, marzo de 2007. Sin embargo, hasta el cierre de este informe no se pudo corroborar la resolución del Ministerio de Salud.

10. Rojas, op. cit.

11. Véase, www.infoabortochile.org.

12. Entrevista con mujeres de la Red de Feministas y Lesbianas por el Derecho a la Información, enero de 2013.

13. Véase, <http://infoabortochile.org>.

14. Entrevista del 11 de marzo de 2013.

15. Presentación Línea “Aborto Información Segura”, julio de 2011 (www.infoabortochile.org).

16. Una práctica clínica que se realizó en el Uruguay antes de su despenali-

zación. Véase Ministerio de Salud Pública República Oriental del Uruguay, Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo, Montevideo, 2004.

17. El nuevo sistema de justicia criminal comenzó a regir en todo el territorio nacional en 2005.

18. La remisión condicional de la pena es un beneficio de cumplimiento de la pena alternativa a la privación de libertad en la cual la persona queda bajo supervisión de Gendarmería por el tiempo que establezca la condena, sin perjuicio de la anotación en sus antecedentes penales. Ver Ley 18.216.

19. La suspensión condicional del procedimiento es una medida judicial que otorga la Fiscalía al imputado o imputada a fin de evitar la solución a través de juicio. Se otorga en la nueva justicia criminal atendido el delito imputado y cuando no hubiera sido condenado/a por otro delito anteriormente. Código Procesal Penal, art. 237.

20. ONG que publicita un servicio de acogida a mujeres que consideran el aborto como una opción ante un embarazo no deseado. <http://www.chileunido.cl/>

21. La mujer pagó un millón y medio de pesos por el aborto, y luego dos millones y medio por su defensa. Para pagar ambos debió pedir un préstamo.

22. La madre de la entrevistada consiguió el dinero y pagó más de dos millones.

23. Ministerio de Salud, Ordinario A15/1675, 24 de abril de 2009.

24. Examen Periódico Universal, Responses to recommendation, Chile, párr. 98, en http://www.upr-info.org/IMG/pdf/Recommendations_to_Chile_2009.pdf

Aproximaciones normativas al aborto en Chile

Javier Pineda Olcay*

El aborto es un tema profundamente conflictivo en nuestra sociedad, generando diversas reacciones en la población. El derecho chileno es uno de los más conservadores en su regulación, pues lo prohíbe en cualquier circunstancia. Esto se explicita a través de la tipificación del aborto en el Código Penal y su prohibición absoluta en el Código Sanitario. Ello, sumado a una interpretación conservadora de la Constitución de la República, nos lleva a una realidad normativa que atenta contra el Derecho Fundamental de la Autonomía Reproductiva de la mujer.

El presente artículo tiene por objeto:

(I) analizar el tratamiento constitucional dado al *nasciturus* y las posibilidades de aborto existentes bajo una interpretación no conservadora de la Constitución; (II) analizar el tratamiento del aborto por nuestro Código Penal y Código Sanitario; (III) abordar el tratamiento del aborto a nivel de Derechos Humanos; y, como conclusión (IV) determinar cuáles serían los pasos que debiese seguir el legislador para garantizar el aborto seguro, libre y gratuito.

I. Tratamiento constitucional dado al *nasciturus*.

Nuestra Constitución sostiene la igualdad en dignidad y derecho de las personas (artículo 19 N°1 inciso primero), lo cual se traduce en el reconocimiento de un derecho a la vida esencialmente igual para todas las personas. Sin embargo, el *nasciturus*, es decir, el ser perteneciente a la especie humana que se encuentra en alguna fase de su desarrollo vital previa al nacimiento, es un caso distinto.

La cuestión del derecho a la vida del *nasciturus* cobra importancia desde el punto de vista de los límites constitucionales a la regulación legal del aborto y a las técnicas de reproducción asistida.

Cabe observar que la redacción de la Constitución establece que el principio de la igualdad en dignidad y derechos siempre se ha referido a seres humanos *nacidos*. Por lo tanto, la dignidad y la igualdad de protección de los derechos fundamentales tendrían aplicación entre todos los seres humanos nacidos, de cualquier sexo o género, pero no entre éstos y los seres humanos aún no nacidos.

* *Estudiante Derecho Universidad de Chile, Director Centro de Estudios Federación de Estudiantes Universidad de Chile (CEFECH) y miembro Comisión Política Alianza de Juventudes Latinoamericanas y Caribeñas para revisión Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo ONU y de los Objetivos del Milenio y su devenir Post 2015.*

La Constitución, en su artículo 19 N°1 inciso segundo, establece que “[l]a ley protege la vida del que está por nacer”. La interpretación dominante de esta disposición ha sido la sostenida por la doctrina de la Iglesia Católica, la cual declara que el *nasciturus*, desde el momento mismo de la constitución del cigoto, debe ser tratado como una persona humana en el sentido de ser un sujeto de derechos¹. Esta interpretación sostiene que el *nasciturus* es titular de un derecho constitucional a la vida, el cual sería igual al derecho a la vida de los seres humanos nacidos, por lo cual tendría deber correlativo la prohibición absoluta de dar muerte al *nasciturus*.

Sin embargo, esta interpretación de la Constitución es inadmisibles, pues contraviene manifiestamente la voluntad normativa que subyace al texto constitucional. Al analizar los antecedentes de la historia fidedigna del establecimiento del texto constitucional, en las Actas de la Comisión de Estudios de la Nueva Constitución (Comisión Ortúzar), queda demostrado que la interpretación de la Iglesia Católica, sostenida por el miembro de la Comisión, Jaime Guzmán, fue minoritaria, sobreponiéndose a ella una interpretación que sostenía que bajo ciertos supuestos el aborto podía resultar justificable y que la regulación de dicha materia debía ser entregada al Código Penal. Inclusive, Enrique Ortúzar, Presidente de la Comisión, sostuvo que un deber tan riguroso como sacrificar la vida de la mujer embarazada era jurídicamente inexigible, y que tampoco había certeza en la determinación de la existencia del *nasciturus*, lo cual hacía difícil reconocerlo sin más como titular de derechos².

En conclusión, la propuesta de Jaime Guzmán, consistente en recoger en el texto constitucional los principios de reconocimiento expreso del derecho a la vida al *nasciturus* y, como consecuencia de lo anterior, la expresa proscripción o condena del aborto en términos absolutos no está consagrada en la Constitución de 1980, pues no pretende imponer a todos los chilenos la doctrina de la Iglesia Católica.

Tal como sostiene el profesor Bascuñán, mediante el uso de una teoría liberal de la justicia como clave interpretativa de la Constitución, se concluye que en un Estado secular y pluralista de Derecho las cuestiones sobre la concepción del mundo y del sentido último de la existencia personal corresponden al ámbito de la autonomía individual y, en consecuencia, no pueden ser impuestas coercitivamente por el Estado. Por lo tanto, conforme al acuerdo de la opinión de mayoría de la Comisión, el estatus constitucional de la vida del *nasciturus* no es esencialmente igual al estatus constitucional de la vida del nacido³.

En este sentido, bajo la Constitución actual, es posible una alternativa interpretativa que sostenga que el *nasciturus* no es titular de un derecho constitucional a la vida y que la vida del *nasciturus* tampoco es objeto de protección constitucional directa, por lo cual la disposición se trataría de un mandato dirigido al legislador, que sería el único modo de protección de la vida del *nasciturus* reconocible en la Constitución. Bajo esta interpretación constitucional, sería posible entonces garantizar legalmente el aborto terapéutico, embriopático y ético-jurídico (casos de violación), y también el aborto bajo un sistema de plazos.

Sin embargo, esta interpretación encuentra sus topes legales y no constitucionales, pues en nuestra legislación el aborto se encuentra penalizado.

II. Tratamiento normativo del Aborto en el Derecho chileno.

El aborto se encuentra penalizado en nuestra legislación. El Código Penal sanciona el aborto consentido por la mujer embarazada, imponiendo a esa mujer una pena de presidio de tres años y un día a cinco años (artículo 344).

Asimismo, no se encuentra en la legislación ninguna excepción a dicha disposición (llámese aborto terapéutico, en caso de violación o “eugenésico”). Entre 1931 y 1989 el derecho chileno sí contempló

una excepción, el así denominado aborto terapéutico, permitido por el artículo 226, posteriormente artículo 119, del Código Sanitario. Sin embargo, la Ley 18.826, de 15 de Septiembre de 1989, eliminó esa excepción, disponiendo en su reemplazo que “*no podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto*”.

Desde entonces, han existido diversos proyectos de ley que buscan la legalización del aborto. La discusión más reciente ha sido la dada en el Senado, donde se discutieron tres proyectos sobre la legalización del aborto terapéutico, por malformaciones fetales graves incompatibles con vida extra-uterina y por violación, sin embargo, todos fueron rechazados en abril de 2012. Por lo tanto, no existen disposiciones legales en el ordenamiento jurídico chileno que explícitamente permitan la práctica de un aborto con el consentimiento de la mujer embarazada.

a. Aproximación histórica a la legislación sobre el aborto.

La primera etapa está constituida por la regulación legal previa al Código Sanitario, es decir, el periodo que se extiende desde la promulgación del Código Penal en 1875 hasta 1931. Desde la discusión en el seno de la comisión redactora del Código Penal se manifestó la idea de que el aborto cometido por un médico podía ser lícito en ciertos casos, posición que se extendió hasta la autorización del aborto terapéutico por el Código Sanitario en 1931, el cual respondió a una consideración firmemente establecida en la doctrina y la práctica jurídica y médica chilena.

La segunda etapa se extiende desde la dictación del Código Sanitario en 1931 hasta su reforma en el año 1989. En el artículo 226 de dicho cuerpo legal, se consagraba en el Derecho chileno expresamente el aborto con “*finés terapéuticos*”. Esta disposición es modificada por el artículo 119 en 1967, principalmente en aspectos procesales, estableciendo que “[S]ólo con *finés terapéuticos* se podrá interrumpir un embarazo. Para proceder

a esta intervención se requerirá la opinión documentada de dos médicos-cirujanos⁴”.

La doctrina mayoritaria realizó una interpretación extensiva de la expresión “finés terapéuticos”. Conforme a esta interpretación, la causa de justificación no exige una situación de *peligro actual o inminente para la vida* de la mujer, sino que se satisface también con una situación de *peligro futuro*, ya sea para la vida o para la *salud* de la mujer. Incluso se sostiene que ante la concurrencia de una situación de esa índole, el sistema jurídico debe otorgar a la práctica médica una prerrogativa discrecional de decisión.

En el contexto algo más elaborado de la teoría del delito, la cuestión se planteó en dos términos: (i) la opinión más extendida consideraba al aborto terapéutico como un caso de estado de necesidad justificante, y (ii) el supuesto de cumplimiento de un deber o ejercicio legítimo de un oficio, para lo cual se requería que debía tratarse de un interés relativo al bienestar de la mujer embarazada, es decir, a su salud en un sentido amplio y, en segundo lugar, la concurrencia de un peligro grave para la salud. Además de esta interpretación extensiva, se consideraba la licitud de ciertos casos de aborto que se realicen en situación de emergencia, en la cual se podía invocar en su favor, un estado de necesidad justificante suprallegal. Es así como los autores Francisco Grisolia, José Burgos y Sergio Politoff sugerían para invocar en el primer caso el ejercicio legítimo de un derecho (Art. 10 N° 10 CP), y para el segundo caso, la fuerza irresistible (art. 10 N°9 CP)⁵.

La tercera etapa y actual, corresponde a la prohibición absoluta del aborto. La génesis de esta etapa se encuentra en la moción del entonces Almirante y Comandante en Jefe de la Armada, José Toribio Merino, quien propuso mediante el proyecto de ley respectivo introducir modificaciones en la regulación del aborto contemplada por el Código Penal, agravando las penalidades, y reemplazar el Art. 119 del Código Sanitario de 1967, prohibiendo el aborto directo, pero permitiendo el aborto como

efecto indirecto de una intervención terapéutica. La distinción entre aborto directo y aborto indirecto se efectuaba conforme a la doctrina del doble efecto, sustentada por el magisterio eclesiástico de la Iglesia Católica.

El Almirante Merino sostuvo que “el único compromiso” de esa moción era con los “valores permanentes” de la nación chilena⁶, sin embargo, surge la legítima duda planteada por el Profesor Bascuñán Rodríguez: ¿cómo se explica la modificación de una disposición legal que tenía cincuenta años de vigencia y que correspondía a una regla de la praxis médica cuya vigencia puede acreditarse incluso en el siglo XIX? Si algo expresaba a la tradición valorativa chilena era el reconocimiento de la legitimidad del aborto provocado por un médico para evitar un daño a la mujer embarazada⁷.

Luego de la insistencia del Arzobispado de Santiago y del Almirante Merino, la Junta de Gobierno aprobó reemplazar el artículo 119 del Código Sanitario, mediante la Ley N° 18.826, cuya única disposición estableció que “*No podrá ejecutarse ninguna acción directa destinada a provocar el aborto*”.

De esta revisión histórica podemos desprender que la prohibición del aborto como una norma absoluta correspondía a la tradición de la teología moral de la Iglesia Católica, pero no a la tradición del derecho ni de la ética médica de la República de Chile.

b. Procedencia de los distintos tipos de aborto si se declarara la inconstitucionalidad del artículo 119 del Código Sanitario.

Conforme a la modificación que sufrió el artículo 119 del Código Sanitario mencionado anteriormente, se produjeron dos efectos prácticos en relación con la regulación del aborto: (a) se elimina toda justificación de cualquier aborto consentido realizado deliberadamente como medio para el logro de otro fin, incluso si se tratare de salvaguardar a la

mujer embarazada; (b) se mantiene la justificación del aborto consentido realizado con fines terapéuticos, en los casos en que la muerte del feto es un resultado no buscado deliberadamente (teoría del doble efecto sostenida por la Iglesia Católica).

Esta regulación es evidentemente inconstitucional a la luz de lo planteado en la primera parte. Aun si se concediera al *nasciturus* la calidad de persona, y se le reconociera un derecho a la vida, no podría deducirse de ello una prohibición absoluta de causar un aborto. En todos los casos que un ser humano genere un peligro letal para otro, este último no tiene por qué soportarlo. Un ejemplo de esto en nuestra legislación es la comisión de un homicidio por legítima defensa, el cual no es penalizado.

El argumento que sostiene que la protección del *nasciturus* sería un derecho absoluto, desconoce que no se requiere de una declaración expresa de la Constitución para que un derecho fundamental pueda verse limitado, por lo cual basta que se dé una situación de colisión de derechos para que pueda plantearse la justificación de su limitación. Pues de lo contrario se desconocería el mandato de optimización que domina la solución de los conflictos de principios.

Conforme a la Constitución, no sería exigible el deber de tolerar el embarazo en toda circunstancia, siendo necesario que el legislador decida estas situaciones de conflictos de intereses cuando la afectación de los intereses personalísimos de la mujer supere el umbral y margen propio de afectación de cada embarazo. El deber de tolerar el embarazo se encuentra en conflicto con el interés de autonomía, que corresponde a un derecho fundamental de la mujer y encuentra su correlato en la igual dignidad de la persona, prohibiendo la utilización de un ser humano como medio para realización de los fines de otro ser humano.

Cumpliendo con el orden constitucional, el cual exige ponderación de los intereses en conflicto bajo un mandato de optimización, se hace necesario

que el Legislador modifique la legislación actual, considerando la licitud del aborto en los casos que se produzca una afectación por indicaciones terapéuticas, en casos de violación y en los casos de malformaciones fetales graves incompatibles con la vida extrauterina.

Además, cabe plantear como cuestión de exigibilidad diferenciada el derecho de la mujer a una oportunidad razonable para tener la última palabra en torno a la exigibilidad del sacrificio de sus intereses personalísimos, por lo cual la legislación debiese contemplar un sistema de plazos para que ejerza este derecho, tal como sucede en países como Uruguay, Francia y Estados Unidos.

Estas causales o indicaciones de un aborto lícito, son situaciones en las cuales el deber de solidaridad de la madre deja de ser exigible, privilegiando el principio de autonomía por sobre la utilización de su cuerpo como medio para lograr la supervivencia del feto. Frente a una declaración de inconstitucionalidad del artículo 119 del Código Sanitario, debiesen ser lícitos los siguientes “tipos” de aborto:

1. *Aborto Terapéutico*. Se trata de situaciones de afectación de intereses personalísimos relacionados con la vida, la integridad corporal o la salud de la mujer, distintos del peligro actual o inminente para su vida. Este pronóstico de peligro probable implica un traspaso del umbral de afectación de los intereses personalísimos de la mujer que es inherente del embarazo, por lo cual entrar en ese peligro es una decisión de conciencia de la mujer embarazada que el Estado no puede exigir por la fuerza.

2. *Aborto por indicaciones ético-jurídicas*. Conocido usualmente como aborto en “caso de violación”, corresponde a supuestos en los cuales la concepción del feto ha sido presumiblemente el resultado de una acción sobre el cuerpo de la mujer no consentida por ésta. El caso paradigmático de esa acción es el abuso sexual de la mujer, en el cual un embarazo producto de ese abuso implica

que el cuerpo de la mujer ha sido utilizado como un mero objeto, siendo afectada la dignidad de la mujer como agente autónomo. Sin embargo, en esta causa de exclusión de la ilicitud no sólo el padecimiento de acciones constitutivas de delitos de abuso sexual deben ser incluidos, sino cualquier interacción coercitiva que sea causalmente idónea como acción reproductiva, como la inseminación no sexual y la transferencia no consentida de embriones.

3. *Aborto por indicación embriopática*. Esta indicación es conocida habitualmente como “eugenésica”, sin embargo, esa denominación es errónea, pues su finalidad consiste en evitar el nacimiento de seres humanos defectuosos, conforme a algún estándar de calidad. Esto sería incompatible con el principio de la igual dignidad de todas las personas.

La indicación embriopática atiende ciertamente a una malformación congénita del feto, pero no se orienta a la realización de una finalidad eugenésica. Su fundamento se encuentra en la afectación de la autonomía de la mujer que esa patología del embrión conlleva. Esta indicación se trataría de los casos en que la malformación del feto permite el pronóstico de su inviabilidad fuera del cuerpo de la mujer. La exigencia del deber de tolerar el embarazo en estos casos sólo puede basarse en una consideración del respeto por la vida del feto de carácter trascendente o sobrenatural, ajena a su concepción como un presupuesto de la autonomía (potencial) de un ser humano.

En los términos en que está planteada nuestra Constitución, la solución del plazo sólo es admisible bajo la exigencia de que sea un modo alternativo de satisfacción del deber de protección de la vida del *nasciturus* impuesto por el Estado. Esto requeriría una política social agresiva favorable a la maternidad que pueda resultar satisfactoria como modo de satisfacción de ese deber constitucional, alternativo a la protección penal. Lo anterior implica, obviamente, una intervención del legislador.

Sin embargo, debiese considerarse constitucionalmente que la solución del plazo es una solución legítima del conflicto de intereses constitucionales que corresponde a la situación del embarazo no deseado por la mujer, cuestión que no sucede actualmente bajo nuestra legislación.

III. El aborto desde una perspectiva de Derechos Humanos.

Nuestra discriminatoria legislación que privilegia en todos los casos el “derecho a la vida” del *nasciturus* por sobre los derechos personalísimos de la mujer, ha sido materia de críticas no solo a nivel doctrinario como revisamos en la sección anterior, sino también por diversos organismos internacionales de Derechos Humanos.

En primer lugar, cabe mencionar la posición de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. En el caso *Artavia Murillo con Costa Rica*⁸, sostiene el derecho inalienable de las personas a decidir si tener o no hijos, cuántos tener y sobre su espaciamiento, es decir, el intervalo entre los nacimientos. Lo anterior constituye el núcleo central de una maternidad voluntaria que respete el derecho a la libertad, autonomía y vida privada de las mujeres⁹.

En segundo lugar, la Convención Sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer¹⁰ (CEDAW, por sus siglas en inglés) contempla el derecho a la vida privada de la mujer, el cual se relaciona con la autonomía reproductiva y con el acceso a servicios de salud reproductiva.

En tercer lugar, la autonomía reproductiva de la mujer en relación con su derecho a la privacidad ha sido contemplada en la Observación General 28 sobre igualdad entre hombres y mujeres del Comité de Derechos Humanos, que vigila el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos¹¹. A su vez, esta misma Observación General afirma que “cuando los Estados imponen a los médicos y a otros funcionarios de salud la obligación de notificar los casos de mujeres que

se someten a abortos”, vulneran el derecho a la vida privada, además de los derechos a la vida e integridad y a no ser sometido a trato cruel, inhumano y degradante.

Al respecto de este deber de confidencialidad de los funcionarios de la salud y médicos, el Comité contra la Tortura, en sus observaciones al Informe de Chile en 2009, recomendó evitar que las mujeres que concurren a los hospitales por aborto inducido sean sometidas a interrogatorios. La Corte IDH, en el caso *De la Cruz-Flores con Perú*, estableció que la información proveniente de la relación médico paciente es privilegiada, y no puede ser divulgada por la obligación de denunciar¹². La Corte apoya este argumento en las Observaciones que le hiciera el Comité de Derechos Humanos de la ONU a Chile en 1999 respecto de las mujeres denunciadas en los hospitales públicos.

En cuarto lugar, el aborto y su práctica clandestina puede analizarse desde dos puntos de vista: por una parte como una violación del derecho a la vida de las mujeres, en conformidad al artículo 4 de la Convención Americana de Derechos Humanos y el artículo 6 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos, y, por otra, del derecho a la integridad física y psíquica, usualmente conceptualizado como la prohibición de tratos crueles e inhumanos, según lo dispone el artículo 5 de la Convención Americana de Derechos Humanos y el artículo 7 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos¹³. Asimismo, constituye una violación al derecho a la integridad y una discriminación de la mujer cuando se la obliga a proseguir un embarazo producto de una violación.

La obligación de mantener un embarazo a sabiendas que el producto del mismo es un malformado incompatible con la vida extrauterina, constituye un trato cruel e inhumano, como ha sostenido el Comité de Derechos Humanos. Como también lo constituye la obligación de proseguir un embarazo producto de una violación.

Finalmente, Chile ha suscrito el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1994, el cual establece que en todos los casos, las mujeres deberán tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post-aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos. Dicho Programa fue ratificado en agosto de 2013, con la suscripción de nuestro país del Consenso de Montevideo, producto de la Primera Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo, en el cual se estableció la necesidad de *“asegurar, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional, la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados y no aceptados e instar a los demás Estados a considerar la posibilidad de modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos¹⁴”*.

IV. Conclusiones

Como conclusión, el Derecho chileno discrimina a la mujer, vulnerando su derecho fundamental a la autonomía, e inclusive, la prohibición absoluta del aborto constituye un trato cruel, inhumano y degradante para la mujer que no puede realizarse un aborto cuando se encuentra en situaciones de procedencia de un aborto terapéutico, embriopático o en caso de violación.

El artículo 119 del Código Sanitario, que establece una prohibición absoluta para realizar un aborto directo resulta inconstitucional. Más allá de las críticas que puedan realizarse al origen ilegítimo de la Constitución, en su historia fidedigna no se contempla esta posibilidad de prohibición absoluta, e inclusive los miembros de la Comisión Redactora de la Constitución del 80, reconocieron que no

podían pretender imponer a todos los chilenos la doctrina de la Iglesia Católica.

Es imperativo que el legislador termine con esta situación de discriminación y vulneración del derecho a la autonomía de la mujer, avanzando en la legalización del aborto terapéutico, embriopático y en los casos de violación.

Además, para garantizar plenamente el principio de autonomía en la mujer, el legislador debe establecer un sistema de plazos, de modo que la mujer tenga una oportunidad razonable para tener la última palabra en torno a la exigibilidad del sacrificio de sus intereses personalísimos. Solo de esta forma la mujer podrá ejercer plenamente sus derechos fundamentales y nuestra legislación podrá adecuarse a los estándares internacionales de los Derechos Humanos.■

Bibliografía

1. Actas Oficiales de la Comisión Constituyente, Sesión 87.
2. Bascuñán R., Antonio. “*La licitud del aborto consentido en el Derecho chileno*” en Revista Derecho y Humanidades, N° 10, 2004.
3. Casas, Lidia y Vivaldi, Lieta. “*La Penalización del aborto como una violación a los Derechos Humanos de las Mujeres*”, en Informe Anual de Derechos Humanos 2013, Universidad Diego Portales, Santiago.
4. Código Penal de la República de Chile.
5. Código Sanitario de la República de Chile.
6. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General 24 (La Mujer y la Salud), 02/02/99, párrs. 21 y 31 b).
7. Consenso de Montevideo, Sección “Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva”, 05/09/2013, punto 42.
8. Corte IDH, Caso Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica, sentencia del 28 de noviembre de 2012 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas).
9. Corte IDH, Caso De la Cruz-Flores vs. Perú, 18 de noviembre de 2004 (Fondo, Reparaciones y Costas).
10. Instrucción de la Congregación de la Doctrina de la Fe “Donum Vitae”, 22 de febrero de 1987.
11. ONU, Comité de Derechos Humanos, Observación General 28 artículo 3 La igualdad de derechos entre hombres y mujeres, 68° periodo de sesiones de 2000.

Notas

1. Instrucción de la Congregación de la Doctrina de la Fe “Donum Vitae”, 22 de febrero de 1987.
2. Actas Oficiales de la Comisión Constituyente, Sesión 87, págs. 11-23.
3. Bascuñán R., Antonio. “*La licitud del aborto consentido en el Derecho chileno*” en Revista Derecho y Humanidades, N° 10, 2004. Págs. 149.
4. Artículo 119, Código Sanitario, reformado por el Decreto con Fuerza de Ley N° 725, de 11 de diciembre de 1967, que aprueba el texto de nuevo Código Sanitario.
5. Bascuñán R., A. op. cit. págs. 148-150.
6. Ordinario N° 6583/6031, de 5 de abril de 1989, fs. 272-279, en Bascuñán R., Antonio. “*La licitud del aborto consentido en el Derecho chileno*” en Revista Derecho y Humanidades, N° 10, 2004. Pág. 153.
7. Bascuñán R., A. op. cit., p. 153.
8. Corte IDH, Caso Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica, sentencia del 28 de noviembre de 2012 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas).
9. Casas, Lidia y Vivaldi, Lieta. “*La Penalización del aborto como una violación a los Derechos Humanos de las Mujeres*” en Informe Anual de Derechos Humanos 2013, Universidad Diego Portales, Santiago p. 112.
10. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General 24 (La Mujer y la Salud), 02/02/99, párrs. 21 y 31 b).
11. ONU, Comité de Derechos Humanos, Observación General 28 artículo 3 La igualdad de derechos entre hombres y mujeres, 68° periodo de sesiones de 2000, párr. 20.
12. Corte IDH, Caso De la Cruz-Flores vs. Perú, 18 de noviembre de 2004 (Fondo, Reparaciones y Costas).
13. Casas, L. op. cit. p. 116.
14. Consenso de Montevideo, Sección “Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva”, 05/09/2013, punto 42, pág. 14. El destacado es nuestro.

Aborto: derechos humanos de las mujeres frente al parlamento chileno*

Camila Maturana Kesten**

Enfrentarse a la decisión de interrumpir un embarazo no es sencillo para nadie y probablemente ninguna mujer espera encontrarse en tal situación. Aun así, miles de mujeres se ven enfrentadas a embarazos que, por múltiples y complejas razones, no pueden llevar a término. A ellas (nosotras), el Estado solo ofrece como respuesta la criminalización total del aborto, negando cualquier posibilidad de decidir autónomamente en base a sus circunstancias personales y sus propios valores.

Esto no siempre ha sido así, pues en Chile se reconoció el derecho al aborto terapéutico hasta 1989, cuando las autoridades militares de la época resolvieron en forma inconsulta derogar tales normas¹. Así, el país pasó a integrar el minoritario grupo de naciones que prohíben el aborto en toda circunstancia y que desconocen los más elementales derechos humanos a las mujeres, tales como: el derecho a la vida, el derecho a la integridad física y síquica, el derecho a no sufrir torturas y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes, el

derecho a la autonomía personal, el derecho a la salud, el derecho a la libertad y seguridad personal, el derecho a la libertad de conciencia y religión, el derecho a una vida libre de violencia, el derecho a decidir el número de hijos/as, el derecho a gozar de los progresos científicos, así como el derecho básico de todo ser humano a decidir autónomamente respecto de su propio proyecto de vida.

En ningún país del mundo se ha logrado reducir la práctica del aborto mediante leyes punitivas. Muy por el contrario, el efecto de leyes criminalizadoras como la chilena es transformar toda interrupción del embarazo en ilegal y clandestina, con graves daños para la vida y salud de las mujeres. Es por ello que los países que reconocen a las mujeres como sujetas de derechos y ciudadanas plenas, y buscan disminuir la mortalidad y morbilidad a causa de abortos inseguros y reducir la tasa de abortos, junto con legalizarlo han ampliado el acceso a la información y servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente de regulación de la

* *Este artículo fue elaborado en marzo de 2014 para esta edición. En consecuencia, no se refiere al debate público ocurrido en Chile a partir del anuncio presidencial del 21 de mayo, en el cual la Presidenta de la República, Michelle Bachelet, afirmó que el gobierno actual está comprometido con legalizar la interrupción del embarazo en casos de riesgo para la vida de la mujer, inviabilidad fetal y violación.*

** *La autora es abogada de Corporación Humanas, y coordinadora del Observatorio Parlamentario que realiza el Balance al Poder Legislativo chileno.*

fecundidad, en un contexto amplio de leyes y políticas que protejan los derechos de las mujeres.

Las leyes que penalizan todo aborto —incluso cuando se trata de proteger la vida y la salud de las mujeres, en caso de violación o si la criatura es inviable—, son inaceptables en una sociedad democrática, signataria de instrumentos internacionales que protegen los derechos humanos. En un Estado democrático de derecho las leyes y políticas públicas se orientan al reconocimiento, protección, garantía y promoción de los derechos de las personas, en conformidad a las obligaciones internacionales, pero en Chile los derechos humanos de las mujeres no han llegado a ser reconocidos plenamente y esta deuda debe ser enfrentada por las autoridades.

Además del evidente carácter laico del Estado moderno —que en Chile se consagra desde la Constitución de 1925—, es propio de un Estado democrático de derecho una clara separación entre la moral y el derecho, cuestión que en materia de aborto está lejos de cumplirse en el país. El derecho no constituye una herramienta coercitiva para la observancia de ciertos preceptos morales, ni siquiera de aquellos derivados de concepciones morales mayoritarias. Su función es resguardar la convivencia social y el respeto a los derechos de las personas, sin otras limitaciones a la autonomía individual que las derivadas de la necesidad de proteger la libertad y los derechos de los/as otros/as. Ni aun tratándose de concepciones morales mayoritarias compete a la legislación valorarlas y priorizarlas por sobre otras, menos aún pretender proscribir determinadas conductas recurriendo para ello al derecho penal.

Mantener la prohibición de cualquier interrupción del embarazo bajo la amenaza del castigo penal únicamente puede sustentarse si no se reconoce a las mujeres su condición de sujetas de derecho, si la vida de las mujeres no se estima lo suficientemente valiosa, como tampoco su salud, su integridad personal ni ninguno de sus derechos, despojando de sentido a la autonomía personal y al propio

cuerpo como primer territorio para el ejercicio de derechos. En las actuales condiciones, el cuerpo de las mujeres no es un territorio propio sino un mero objeto para la realización del mandato social de la maternidad forzada.

La maternidad puede ser una experiencia maravillosa, pero la primera condición para ello es que sea producto de la libre decisión. Es la voluntad lo que convierte a la maternidad en una vivencia propiamente humana, diferenciándonos de otras especies animales. Las mujeres somos sujetas morales, capaces de tomar nuestras propias decisiones respecto de lo que queremos sea nuestra vida. La capacidad de guiar nuestra existencia según nuestro propio plan de vida es lo que nos constituye en seres humanos. Sin embargo, las leyes que prohíben todo aborto niegan a las mujeres la más básica facultad humana de la autodeterminación.

La vigencia de leyes punitivas en Chile que imponen a las mujeres la continuación de todo embarazo bajo coerción penal, no ha sido indiferente a la comunidad internacional por su gran impacto en la vulneración de sus derechos humanos. Desde 1999 en adelante, sistemáticamente, los organismos supervisores de los tratados internacionales vigentes en el país han reprochado la legislación nacional, instando a su reforma. Así se han pronunciado el Comité de Derechos Humanos² (en 1999 y 2007); el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales³ (en 2004); el Comité de Derechos del Niño⁴ (en 2007); y el Comité sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer⁵ (en 1999, en 2006 y en 2012); los que han recomendado permitir el aborto en casos de violación y riesgo para la vida o la salud, incluida la salud mental, de las mujeres.

Además, crecientemente la ciudadanía demanda cambios normativos que resguarden los derechos de las mujeres. De acuerdo a la *Novena Encuesta Nacional Percepciones de las Mujeres sobre su situación y condiciones de vida en Chile 2013*, de Corporación Humanas, el 84% de las mujeres está de acuerdo con legalizar el aborto terapéutico

y el 80% en caso de violación, así como frente a malformaciones incompatibles con la vida; en tanto el 29% expresa su acuerdo con la legalización por cualquier razón que la mujer decida, el 24% por motivos económicos y el 28%, en cambio, en ningún caso⁶.

En contraste con ello, las autoridades, que han sido elegidas precisamente para la representación de los intereses de la ciudadanía en la toma de decisiones, han sido incapaces de recoger esta voluntad ciudadana y ajustar la legislación chilena a las obligaciones internacionales de respeto y garantía de los derechos y libertades humanas de las mujeres, profundizando la brecha entre representantes y representados/as.

Por más de dos décadas el Parlamento chileno no ha podido reformar las leyes que imponen a las mujeres la maternidad forzada en cualquier circunstancia, privándolas de su condición de sujetas de derechos y ciudadanas plenas. Los numerosos proyectos de ley que parlamentarios/as de diversa orientación política han presentado a los largo de estos años para introducir excepciones a la penalización absoluta, no han llegado a ser aprobados y, en su inmensa mayoría, ni siquiera fueron considerados.

De hecho, hasta el año 2011 ningún debate legislativo tuvo lugar respecto de las propuestas orientadas a flexibilizar la total criminalización. No obstante, el compromiso de algunos/as legisladores/as con los derechos de las mujeres permitió que en agosto de ese año en la Comisión de Salud del Senado comenzara el estudio de algunas mociones presentadas en años previos para despenalizar el aborto terapéutico⁷; en caso de riesgo para la vida de la mujer y de inviabilidad fetal⁸; y en caso de riesgo vital, malformaciones del feto y violación⁹.

Durante varias sesiones la Comisión de Salud recibió a diversas organizaciones y entidades especialmente invitadas a comentar los contenidos de las propuestas en debate¹⁰. Luego de ello, el 6 de

septiembre se acordó someter a votación las propuestas, sin llegar a refundirlas, siendo aprobada la idea de legislar por la mayoría de sus integrantes. A favor se pronunciaron el Presidente de la Comisión de Salud Fulvio Rossi (PS), Guido Girardi (PPD) y Mariano Ruiz-Esquide (DC), mientras que votaron en contra los senadores oficialistas Francisco Chahuán (RN) y Gonzalo Uriarte (UDI)¹¹.

El Gobierno, por su parte, no participó de la discusión legislativa en el Senado y, ciertamente, jamás asignó urgencia a ninguna de ellas, pero frente al avance de los proyectos manifestó expresamente su posición de rechazo a los mismos, anunciando incluso que para impedir su aprobación el Presidente de la República ejercería su facultad de veto¹².

Por varios meses, estos proyectos de ley permanecieron en estado de tabla y solo fueron debatidos en la Sala del Senado a partir de marzo de 2012. La discusión parlamentaria en torno a la posibilidad de permitir el aborto en determinadas circunstancias generó gran expectación y cobertura de prensa, fue atentamente seguida por organizaciones y movimientos partidarios de dichas reformas, así como por detractores, y profusamente comentada en las redes sociales, especialmente por tratarse de la primera oportunidad en más de veinte años en que el Poder Legislativo debatía al respecto.

Sin embargo, durante el debate pudo advertirse que para parte importante de los senadores/as, sus creencias morales y religiosas estaban por sobre los derechos de las mujeres e incluso por sobre las garantías constitucionales y las obligaciones internacionales asumidas por el Estado de Chile, que al Parlamento en tanto Poder del Estado corresponde resguardar en las leyes que adopten.

Tras debatirse las propuestas en extensas sesiones el día 21 de marzo, el 3 de abril y el 4 de abril¹³; finalmente fueron sometidas a votación, sin que ninguna de las tres mociones alcanzara la mayoría necesaria para continuar en tramitación legislativa.

La iniciativa que planteaba reponer el aborto terapéutico en el Código Sanitario, propuesta por el Senador Camilo Escalona (PS), fue la que más apoyo suscitó, votando a favor 15 senadores/as pero 18 lo hicieron en contra¹⁴.

En tanto, la moción presentada por el Senador Fulvio Rossi (PS) y la entonces Senadora Evelyn Matthei (UDI) para despenalizar el aborto por razones médicas y en caso de inviabilidad fetal, fue apoyada por 12 senadores/as y rechazada por 19¹⁵.

Por último, el proyecto del Senador Guido Girardi (PPD) junto al ex Senador Carlos Ominami, que planteaba permitir el aborto en caso de violación—además de las hipótesis terapéutica y por malformaciones graves—contó con el respaldo de nueve legisladores/as pero 22 votaron en contra¹⁶.

En definitiva, los/as senadores/as del Partido Socialista (Isabel Allende, Camilo Escalona, Pedro Muñoz y Fulvio Rossi), Partido Por la Democracia (Guido Girardi, Ricardo Lagos y Jaime Quintana), Partido Radical Social Demócrata (José Antonio Gómez) y Movimiento Amplio Social (Alejandro Navarro) que participaron de la votación¹⁷ apoyaron la despenalización del aborto en las tres circunstancias debatidas: riesgo para la vida de la mujer, inviabilidad fetal y violación. En tanto, de los/as nueve senadores/as de la Democracia Cristiana, dos respaldaron su despenalización en caso de riesgo vital e inviabilidad fetal (Ximena Rincón y Jorge Pizarro), tres solo apoyaron el aborto terapéutico (Eduardo Frei, Ignacio Walker y Andrés Zaldívar), mientras que otros tres lo rechazaron en toda circunstancia (Soledad Alvear, Hosaín Sabag y Patricio Walker), y otro senador no votó por estar pareado (Mariano Ruiz-Esquide). Los senadores independientes, por su parte, adoptaron posiciones diversas Carlos Cantero apoyando la despenalización del aborto terapéutico y en caso de inviabilidad fetal, y votando en contra de los tres proyectos el Senador Carlos Bianchi. En Renovación Nacional¹⁸ y la Unión Demócrata Independiente, en cambio, la postura de rechazo

se mantuvo completamente cerrada, votando en contra de las iniciativas de ley la totalidad de los/as senadores/as participantes¹⁹.

Tras el rechazo a legislar en la materia quedó impedido el Senado de analizar otras propuestas similares por el período de un año, transcurrido el cual se presentaron nuevas iniciativas, según se comenta más adelante. Precisamente durante ese período correspondió al Estado de Chile rendir un nuevo examen ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en octubre de 2012, debiendo exponerse el estado del debate legislativo sobre las leyes que penalizan toda interrupción del embarazo que, con anterioridad, el Comité había recomendado revisar “*con miras a enmendarla, en particular con objeto de proporcionar abortos en condiciones de seguridad y permitir la interrupción del embarazo por razones terapéuticas o relacionadas con la salud de la mujer, incluida la salud mental*”²⁰.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer lamentó “*profundamente que todas las recientes iniciativas parlamentarias encaminadas a despenalizar el aborto hayan fracasado en el Estado parte, incluso en los supuestos de riesgo para la salud o la vida de la madre, grave malformación del feto o violación*”²¹ y recomendó revisar “*la legislación vigente sobre el aborto con miras a despenalizarlo en los casos de violación, incesto o riesgo para la salud o la vida de la madre*”²².

Durante el año 2013 se presentaron diversas mociones en la materia²³. El 2 de abril los/as senadores/as José Antonio Gómez (PRSD), Isabel Allende (PS), Ricardo Lagos (PPD) y Fulvio Rossi (PS) ingresan el proyecto de ley que establece licitud de los procedimientos de interrupción del embarazo en casos determinados. La moción busca derogar el Artículo 119 del Código Sanitario y regular la interrupción médica del embarazo, previo consentimiento de la mujer en tres situaciones excepcionales. En primer lugar, si es “*indispensable para salvar la vida de la mujer o evitar un daño irremediable a*

su salud física o mental”; en segundo término, si el “*embrión o feto presente patologías congénitas incompatibles con la vida extrauterina*”; y, en tercer lugar, “*cuando el embarazo sea producto de violación o cualquier abuso sexual con eficacia reproductiva, o bien, sea producto de cualquier técnica de reproducción asistida no consentida por la mujer embarazada*”, caso en el cual se limita a 12 semanas el tiempo para llevar a cabo la interrupción²⁴.

El 9 de julio el Senador Guido Girardi (PPD) presentó el proyecto de ley que modifica el Código Sanitario para autorizar el aborto en los casos que indica y el Código Penal para su despenalización en las mismas hipótesis. La propuesta busca regular en el Código Sanitario la interrupción de un embarazo por tres causales: riesgo para la vida de mujer, malformaciones fetales graves y embarazo a consecuencia de una violación, limitando en este caso a las primeras 12 semanas de gestación²⁵.

En tanto, ante la Cámara de Diputados el 7 de mayo también se presentó una propuesta, elaborada por MILES Por la Interrupción Legal del Embarazo, por las diputadas María Antonieta Saa (PPD), Adriana Muñoz (PPD), Clemira Pacheco (PS), junto a Gabriel Ascencio (DC), Juan Luis Castro (PS), Aldo Cornejo (DC), Hugo Gutiérrez (PC), Marco Antonio Núñez (PPD), Alberto Robles (PRSD) y Gabriel Silber (DC). La iniciativa plantea, entre otros aspectos, una rebaja de las sanciones penales previstas para la mujer que se practica o somete a un aborto. Y de un modo similar a otras mociones en la materia, propone regular la interrupción del embarazo frente a riesgo vital o peligro grave para la salud de la mujer, inviabilidad fetal y embarazo producto de violación o inseminación no consentida, considerando que dicha interrupción constituye una legítima prestación de salud²⁶.

Cabe señalar que el 5 de julio de 2013 la opinión pública chilena conoció a través de la prensa el caso de “*Belén*” (nombre ficticio), una niña de 11 años embarazada producto de las reiteradas violaciones sexuales que habría cometido la pareja

de su madre²⁷. Además de la dramática vivencia de violencia sexual que sufrió por años, debido a la penalización absoluta del aborto impuesta en el país la niña no tuvo ninguna otra alternativa que llevar adelante el embarazo, pese a los evidentes y graves riesgos para su salud física y psíquica derivados de la continuación de la gestación.

El conocimiento público de esta situación generó una serie de reacciones tanto a nivel nacional como internacional, principalmente de carácter crítico frente a una legislación totalitaria que, sin atender a situaciones excepcionales y gravísimas, mantiene en total desprotección a mujeres y niñas que se ven obligadas a llevar adelante un embarazo, incluso si es consecuencia de violencia sexual. Únicamente algunas autoridades, como el Presidente Sebastián Piñera y parlamentarios oficialistas, defendieron la cuestionada normativa. Al referirse a “*Belén*”, el Primer Mandatario destacó la supuesta madurez de la niña para enfrentar el embarazo producto de las violaciones sufridas²⁸, lo que fue ampliamente criticado²⁹.

Pese al debate social generado por el conocimiento de la situación padecida por “*Belén*”, seguido de la denuncia pública de otros embarazos cursados por niñas de corta edad, violadas e impedidas de abortar, ningún cambio normativo llegó a concretarse. Algunos/as parlamentarios/as formularon llamados a sus pares y a las autoridades gubernamentales a debatir al respecto³⁰, pero en definitiva únicamente la Comisión de Salud del Senado destinó un par de sesiones al análisis de algunas mociones en la materia, sin que ningún acuerdo se adoptara para avanzar en la tramitación legislativa de las iniciativas pendientes de debate³¹.

A la falta de avances en las necesarias reformas a la criminalización total del aborto en los últimos años, se agrega otra pésima señal. En noviembre de 2013 se dictó la Ley N° 20.699 que consagra el 25 de marzo de cada año como “*Día del que está por nacer y de la adopción*”³², confirmando a las criaturas no nacidas un reconocimiento simbólico que se aparta por completo de los estándares inter-

nacionales de derechos humanos, que reconocen derechos fundamentales únicamente a las personas pero no a los seres en gestación. Aun cuando la conmemoración de una fecha no conlleva ninguna clase de efectos jurídicos, ciertamente importa posicionar una entidad, el que está por nacer, en un ámbito público en el que estaba ausente, pudiendo favorecer un clima social adverso al debate democrático sobre los derechos humanos de las mujeres que el país requiere.

Cabe señalar que el ex Presidente de la República Sebastián Piñera mantuvo durante todo su mandato una posición extrema de rechazo absoluto a cualquier debate que permita flexibilizar la restrictiva legislación sobre el aborto vigente en el país, incluso —como se señaló anteriormente— llegando a considerar un veto presidencial para impedir tal reforma. A pocos meses de finalizar su período, con ocasión de la entrega del *Informe Anual 2013 Situación de los Derechos Humanos en Chile* del Instituto Nacional de Derechos Humanos, el Presidente Piñera insistió en defender su postura contraria, indicando que se trata de un debate “*legítimo y necesario en una sociedad democrática como la nuestra*” en el que debe argumentarse “*con respeto, seriedad, en base a principios, convicciones y la búsqueda del bien común*”, pero reiterando que “*en muchas ocasiones he manifestado no estar a favor del aborto, por estar a favor de la vida*”³³.

Por otra parte, la campaña presidencial que tuvo lugar los últimos meses de 2013 favoreció el posicionamiento público de la necesidad de reformas legislativas en materia de aborto. De los/as nueve candidatos/as presidenciales que compitieron en primera vuelta, siete incluyeron el debate legislativo de propuestas para despenalizar el aborto en determinadas causales como parte de sus compromisos programáticos: Marcos Enríquez-Ominami, Franco Parisi, Marcel Claude, Alfredo Sfeir, Roxana Miranda, Tomas Jocelyn Holt, y Michelle Bachelet. Durante la campaña de la segunda vuelta, las candidatas Evelyn Matthei y Michelle Bachelet se situaron en veredas opuestas al respecto, planteando la candidata oficialista un rotundo rechazo

a innovar al respecto, pese a que en diciembre de 2010, desde su cargo de senadora, había presentado una propuesta para la despenalización en caso de riesgo vital e inviabilidad fetal.

En definitiva, corresponderá a la nueva Presidenta de la República, Michelle Bachelet, y a los y las congresistas que asumen en marzo de 2014, la responsabilidad de modificar la legislación para permitir el aborto, al menos en determinadas circunstancias, en consonancia con el respeto a los derechos, libertades y dignidad de las mujeres chilenas. ■

Notas

1. República de Chile, Ley N° 18.826, sustituye Artículo 119 del Código Sanitario, publicada en el Diario Oficial el 15 de septiembre de 1989. En virtud de esta Ley se modificó el Artículo 119 del Código Sanitario que desde entonces dispone: “No podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto”.

2. COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS, Examen de los informes presentados por los Estados partes con arreglo al Artículo 40 del Pacto, Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Chile, 65° período de sesiones, 30 de marzo de 1999, CCPR/C/79/Add.104, Párrafo 15; COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS, Examen de los informes presentados por los Estados partes con arreglo al Artículo 40 del Pacto, Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos Chile, 89° período de sesiones, 17 de abril de 2007, CCPR/C/CHL/CO/5, Párrafo 8.

3. COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, Examen de los informes presentados por los Estados partes de conformidad con los Artículos 16 y 17 del Pacto, Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Chile, 33° período de sesiones, 1° de diciembre de 2004, E/C.12/1/Add.105, Párrafo 52.

4. COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO, Examen de los informes presentados por los Estados partes con arreglo al Artículo 44 de la Convención, Observaciones finales Chile, 44° período de sesiones, 23 de abril de 2007, CRC/C/CHL/CO/3, Párrafo 56.

5. COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER, Observaciones finales del Comité para la Eliminación

de la Discriminación contra la Mujer: Chile, 21° período de sesiones, 7 a 25 de junio de 1999, U.N. Doc. A/54/38/Rev.1, Párrafos 228 y 229; COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER, Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Chile, 36° período de sesiones, 25 de agosto de 2006, CEDAW/C/CHL/CO/4, Párrafos 19 y 20; COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto de Chile, adoptadas por el Comité en su 53° período de sesiones (1° a 19 de octubre de 2012), 53° período de sesiones, 12 de noviembre de 2012, CEDAW/C/CHL/CO/5-6, Párrafos 34 y 35 letra d).

6. CORPORACIÓN HUMANAS, Novena Encuesta Nacional “Percepciones de las Mujeres sobre su situación y condiciones de vida en Chile 2013”, octubre de 2013. Información corresponde a P15 ¿Cuán de acuerdo está usted, que sea legal el aborto en cada una de las siguientes situaciones?

7. Proyecto de ley sobre interrupción terapéutica del embarazo, moción presentada por el Senador Camilo Escalona (PS), 13 de mayo de 2009. La iniciativa propone reemplazar el Artículo 119 del Código Sanitario por el siguiente texto: “Art. 119. Se podrá interrumpir el embarazo, sólo con fines terapéuticos, mediante intervención médica, cuando esta sea documentada por dos médicos cirujanos” (Boletín Legislativo N° 6.522-11).

8. Proyecto de ley que despenaliza la interrupción del embarazo por razones médicas, moción presentada por el Senador Fulvio Rossi (PS) y la ex Senadora Evelyn Matthei (UDI), 15 de

diciembre de 2010. Plantea la iniciativa incorporar como nuevos incisos al Artículo 345 del Código Penal:

“No se considerará aborto cuando se produzca la muerte del feto como consecuencia de una intervención, tratamiento o administración de algún fármaco que sea indispensable para salvar la vida de la madre, lo que deberá ser certificado por un grupo de tres médicos.”

No será punible la interrupción de un embarazo cuando se haya certificado por un grupo de tres médicos la inviabilidad fetal.

Un grupo de tres médicos del hospital o del Servicio de Salud correspondiente deberá otorgar en forma unánime e inequívoca las certificaciones de los dos incisos anteriores. Los médicos que otorguen la certificación no podrán formar parte del equipo tratante de la madre.

Copia de las certificaciones, sus fundamentos y antecedentes serán mantenidas en el respectivo Servicio de Salud por un período de tiempo de 5 años. Será responsabilidad del Jefe del Servicio de Salud custodiar dichos documentos por el período de tiempo indicado.

Los médicos que otorgaren certificaciones falsas o que intervengan sin cumplir con las exigencias anteriores serán sancionados con pena de presidio menor en su grado máximo” (Boletín Legislativo N° 7.373-07).

9. Proyecto de ley que modifica el Código Sanitario señalando los casos en los cuales se podrá interrumpir el embarazo, moción presentada por el Senador Guido Girardi (PPD) y el ex Senador Carlos Ominami (IND), 3 de julio de 2009. Plantea la iniciativa reemplazar el Artículo 119 del Código Sanitario por el siguiente texto:

“Artículo 119. Sólo con los fines terapéuticos, eugenésicos o ético-sociales que a continuación se expresan se podrá interrumpir un embarazo.

En caso en que esté en riesgo la vida de la madre y no existan otros medios para evitar dicho riesgo.

Cuando el feto presente o se establezca clínicamente que presentará graves taras o malformaciones físicas o psíquicas.

Cuando el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo del delito de violación.

En este último caso, la interrupción del embarazo sólo podrá practicarse dentro de las primeras 12 semanas de gestación.

En todos los casos, se requerirá el consentimiento de la madre, la intervención de un médico-cirujano y la opinión documentada de otros dos médicos-cirujanos” (Boletín Legislativo N° 6.591-11).

10. La discusión de las referidas mociones comenzó el 2 de agosto, oportunidad en que los senadores de la Comisión de Salud recibieron al Doctor Ramiro Molina, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Posteriormente, diversas entidades fueron escuchadas por los senadores de la Comisión de Salud en relación a los proyectos en debate. El 9 de agosto expusieron el Doctor Jaime Burrows de la Universidad del Desarrollo, Carolina Carrera y Camila Maturana de Corporación Humanas, Patricia Gonnelle de la ONG ISFEM, así como Karen Espíndola y su pareja Mauricio Castro. El 16 de agosto se escuchó a la Doctora Soledad Barria del Movimiento por la Interrupción Legal del Embarazo, MILES, al Doctor Elard Koch Director de Investigación del Departamento de Medicina

Familiar de la Universidad de Chile, y a Adriana Avendaño de la Asociación Proyecto Esperanza. En la sesión del 30 de agosto, se escuchó al Doctor Mauro Parra del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Por último en la sesión del 6 de septiembre se recibió a los doctores Julio Montt y Mauricio Besio del Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile y al Doctor Ricardo Vacarezza de la Sociedad Médica de Santiago. Además de las sesiones celebradas por la Comisión de Salud, el 8 de agosto se realizó el Seminario *Interrupción Legal del Embarazo en Chile, ¿Una Necesidad?* organizado por la Presidencia del Senado, la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y la ONG MILES, a fin de debatir sobre el aborto por razones médicas en el país.

11. SENADO DE LA REPÚBLICA, Informe de la Comisión de Salud recaído en los proyectos de ley en primer trámite constitucional que despenalizan la interrupción del embarazo, Boletines N°s 7.373-07, 6.522-11 y 6.591-11, 13 de septiembre de 2011.

12. El Mercurio, *Mandatario usará veto si se aprueba proyecto sobre el aborto terapéutico*, 9 de septiembre de 2011, página C2.

13. SENADO DE LA REPÚBLICA, Diario de Sesiones del Senado, Legislatura 360ª, Sesión 4ª, Extraordinaria, 21 de marzo de 2012; SENADO DE LA REPÚBLICA, Diario de Sesiones del Senado, Legislatura 360ª, Sesión 5ª, Ordinaria, 21 de marzo de 2012; SENADO DE LA REPÚBLICA, Diario de Sesiones del Senado, Legislatura 360ª, Sesión 6ª, Ordinaria, 3 de abril de 2012; SENADO DE LA REPÚBLICA, Diario de Sesiones del Senado, Legislatura 360ª, Sesión 7ª, Ordinaria 4 de abril de 2012.

14. Votaron a favor los/as senadores/as Isabel Allende (PS), Carlos Cantero (IND), Camilo Escalona (PS), Eduardo Frei (DC), Guido Girardi (PPD), José Antonio Gómez (PRSD), Ricardo Lagos (PPD), Pedro Muñoz (PS), Alejandro Navarro (MAS), Jorge Pizarro (DC), Jaime Quintana (PPD), Ximena Rincón (DC), Fulvio Rossi (PS), Ignacio Walker (DC) y Andrés Zaldívar (DC); mientras en contra lo hicieron: Soledad Alvear (DC), Carlos Bianchi (IND), Francisco Chahuán (RN), Juan Antonio Coloma (UDI), Alberto Espina (RN), José García (RN), Alejandro García-Huidobro (UDI), Hernán Larraín Fernández (UDI), Carlos Larraín Peña (RN), Jovino Novoa (UDI), Jaime Orpis (UDI), Lily Pérez San Martín (RN a la fecha), Víctor Pérez Varela (UDI), Baldo Prokurica (RN), Hosaín Sabag (DC), Gonzalo Uriarte (UDI), Ena Von Baer (UDI) y Patricio Walker (DC). No votaron pues no asistieron a dicha sesión los senadores Antonio Horvath (RN a la fecha), Carlos Kuschel (RN), Juan Pablo Letelier (PS) y Eugenio Tuma (PPD); como tampoco el Senador Mariano Ruiz-Esquide (DC) por encontrarse pareado. SENADO DE LA REPÚBLICA, Diario de Sesiones del Senado, Legislatura 360ª, Sesión 7ª, Ordinaria, 4 de abril de 2012, págs. 2, 3, 116 y 117 (Boletín Legislativo N° 6.522-11).

15. Votaron a favor Isabel Allende, Carlos Cantero, Camilo Escalona, Guido Girardi, José Antonio Gómez, Ricardo Lagos, Pedro Muñoz, Alejandro Navarro, Jorge Pizarro, Jaime Quintana, Ximena Rincón y Fulvio Rossi. En contra lo hicieron Soledad Alvear, Carlos Bianchi, Francisco Chahuán, Juan Antonio Coloma, Alberto Espina, José García, Alejandro García-Huidobro, Hernán Larraín Fernández, Carlos Larraín

Peña, Jovino Novoa, Jaime Orpis, Víctor Pérez Varela, Baldo Prokurica, Hosain Sabag, Gonzalo Uriarte, Ena Von Baer, Ignacio Walker, Patricio Walker y Andrés Zaldívar. Además de los senadores ausentes y pareado, no votó este proyecto el Senador Eduardo Frei, mientras la Senadora Lily Pérez San Martín hizo constar “*su intención de voto por el rechazo*”. SENADO DE LA REPÚBLICA, Diario de Sesiones del Senado, Legislatura 360ª, Sesión 7ª, Ordinaria, 4 de abril de 2012, págs. 173 y 174 (Boletín Legislativo N° 7.373-07).

16. A favor votaron Isabel Allende, Camilo Escalona, Guido Girardi, José Antonio Gómez, Ricardo Lagos, Pedro Muñoz, Alejandro Navarro, Jaime Quintana y Fulvio Rossi. En contra se pronunciaron Soledad Alvear, Carlos Bianchi, Francisco Chahuán, Juan Antonio Coloma, Alberto Espina, José García, Alejandro García-Huidobro, Hernán Larraín Fernández, Carlos Larraín Peña, Jovino Novoa, Jaime Orpis, Lily Pérez San Martín, Víctor Pérez Varela, Jorge Pizarro, Baldo Prokurica, Ximena Rincón, Hosain Sabag, Gonzalo Uriarte, Ena Von Baer, Ignacio Walker, Patricio Walker y Andrés Zaldívar. Los senadores Carlos Cantero y Eduardo Frei no emitieron su voto respecto de este proyecto. SENADO DE LA REPÚBLICA, Diario de Sesiones del Senado, Legislatura 360ª, Sesión 7ª, Ordinaria, 4 de abril de 2012, págs. 140 y 141 (Boletín Legislativo N° 6.591-11).

17. No asistieron a la sesión del 4 de abril de 2012 los senadores Juan Pablo Letelier (PS) y Eugenio Tuma (PPD). SENADO DE LA REPÚBLICA, Diario de Sesiones del Senado, Legislatura 360ª, Sesión 7ª, Ordinaria, 4 de abril de 2012, págs. 2 y 3.

18. No asistieron a la sesión del 4 de abril de 2012 los senadores Antonio Horvath (RN a la fecha) y Carlos Kuschel (RN). SENADO DE LA REPÚBLICA, Diario de Sesiones del Senado, Legislatura 360ª, Sesión 7ª, Ordinaria, 4 de abril de 2012, págs. 2 y 3.

19. OBSERVATORIO PARLAMENTARIO, CORPORACIÓN HUMANAS, CENTRO DE DERECHOS HUMANOS DE LA UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES, CENTRO DE ESTUDIOS DE LA MUJER CEM, CORPORACIÓN OPCIÓN, OBSERVATORIO CIUDADANO, AMNISTÍA INTERNACIONAL-CHILE (colaboración), Balance al Poder Legislativo Año 2012, págs. 72 a 77.

20. COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER, Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Chile, 21º período de sesiones, 7 a 25 de junio de 1999, U.N. Doc. A/54/38/Rev.1, Párrafo 299.

21. COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto de Chile, adoptadas por el Comité en su 53º período de sesiones (1º a 19 de octubre de 2012), 53º período de sesiones, 12 de noviembre de 2012, CEDAW/C/CHL/CO/5-6, Párrafos 34.

22. *Ibidem*, Párrafo 35 letra d).

23. OBSERVATORIO PARLAMENTARIO, CORPORACIÓN HUMANAS, CENTRO DE DERECHOS HUMANOS DE LA UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES, CENTRO DE ESTUDIOS DE LA MUJER CEM, CORPORACIÓN OPCIÓN, OBSERVATORIO CIUDADANO, AM-

NISTÍA INTERNACIONAL-CHILE (colaboración), Balance al Poder Legislativo Período 2010-2013.

24. Proyecto de ley que establece licitud de los procedimientos de interrupción del embarazo en casos determinados, moción presentada por los/as senadores/as Isabel Allende (PS), José Antonio Gómez (PRSD), Ricardo Lagos (PPD) y Fulvio Rossi (PS), 2 de abril de 2013, remitido a la Comisión de Salud (Boletín Legislativo N° 8.862-11).

25. Proyecto de ley que modifica el Código Sanitario para autorizar el aborto en los casos que indica y el Código Penal para su despenalización en las mismas hipótesis, moción presentada por el Senador Guido Girardi (PPD), 9 de julio de 2013, remitido a la Comisión de Salud (Boletín Legislativo N° 9.021-11).

26. Proyecto de ley interrupción legal del embarazo por razones terapéuticas, moción presentada por los/as diputados/as Gabriel Ascencio (DC), Juan Luis Castro (PS), Aldo Cornejo (DC), Hugo Gutiérrez (PC), Adriana Muñoz (PPD), Marco Antonio Núñez (PPD), Clemira Pacheco (PS), Alberto Robles (PRSD), María Antonieta Saa (PPD) y Gabriel Silber (DC), 7 de mayo de 2013, remitido a la Comisión de Salud (Boletín Legislativo N° 8.925-11).

27. Televisión Nacional de Chile, Violada y embarazada a los once años, Reportaje del noticiero 24 Horas disponible en: <http://www.24horas.cl/noticiarios/cronicas/violada-y-embarazada-a-los-once-anos-729589> (revisado por última vez el 31 de enero de 2014).

28. Señaló el Presidente: “*ella hoy día tiene catorce semanas de embarazo, y ayer nos sorprendió a todos con palabras que demostraban una pro-*

fundidad y una madurez, cuando dijo que a pesar del dolor que el hombre que la violó le había causado, ella iba a querer y cuidar a su guaguüita". El Mostrador, Piñera destaca "palabras de profundidad y madurez" de niña violada que será madre, 9 de julio de 2013, disponible en: <http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2013/07/09/pinera-destaca-madurez-de-nina-violada-que-sera-madre-y-desata-la-ira-de-cientos-de-tuiteros/> (revisado por última vez el 31 de enero de 2014).

29. Las desafortunadas declaraciones del Presidente Piñera fueron difundidas incluso por medios de prensa extranjera, como The Washington Post, BBC y El País, entre otros, que no solamente criticaron las expresiones vertidas por el Primer Mandatario, sino además la vigencia en el país de leyes dictadas durante la dictadura militar que prohíben el aborto incluso por razones médicas y en caso de violación, que el actual Gobierno se ha opuesto a modificar. El Mercurio On Line, *Prensa internacional critica dichos de Piñera sobre niña embarazada*, 10 de julio de 2013, disponible en: <http://www.emol.com/noticias/nacional/2013/07/10/608331/washington-post-y-pinera.html> (revisado por última vez el 31 de enero de 2014).

30. Así, el Senador Fulvio Rossi calificó como "una tortura por parte del Estado Chileno que una niña de 11 años violada por su padrastro prosiga con un embarazo hasta el final" y formuló un llamado al Gobierno para que asigne urgencia al debate de la moción que despenaliza el aborto bajo ciertas causales, incluyendo la violación, para que el "Parlamento decida de cara a la gente, de cara a la ciudadanía, que cada parlamentario que votó en contra hace un año y medio de que tuviéramos aborto terapéutico en Chile, se haga cargo y que le diga a

la sociedad chilena que quiere que esa niña, siga con su embarazo". Agregó que "Más allá de todas las declaraciones, columnas, opiniones y comentarios en las redes sociales, la verdad es que no hay una respuesta del Estado para esa niña. Hoy el Estado Chileno se lava las manos respecto de lo que le pasa no solo a ella, también le pasa a muchas otras niñas". Ver nota de prensa: *Instant al Ejecutivo a poner urgencia a proyecto sobre interrupción del embarazo*, Senado de la República, Prensa Parlamentaria, 8 de julio de 2013. En: http://www.senado.cl/prontus_senado/site/artic/20130708/pags/20130708180612.html. En tanto en la Cámara de Diputados, la bancada del Partido Por la Democracia, igualmente interpelló a debatir la legislación sobre aborto. Ver nota de prensa: *Diputadas PPD llaman a reabrir debate sobre despenalización del aborto*, Cámara de Diputados, Noticias, 9 de julio de 2013. En: http://www.camara.cl/prensa/noticias_detalle.aspx?prmId=73926. *Diputados PPD llaman a legislar sobre aborto terapéutico*, Cámara de Diputados, Noticias, 10 de julio de 2013. En: http://www.camara.cl/prensa/noticias_detalle.aspx?prmId=74208 (revisados por última vez el 31 de enero de 2014).

31. Dos sesiones de trabajo legislativo destinó la Comisión de Salud del Senado, el 27 de agosto y el 3 de septiembre de 2013, al análisis de tres mociones sobre aborto correspondientes a la propuesta de los/as senadores/as Isabel Allende, Gómez, Lagos y Rossi (Boletín Legislativo N° 8.862-11); junto a la iniciativa del Senador Girardi (Boletín Legislativo N° 9.021-11); además de un proyecto que en octubre de 2011 habían presentado los senadores de la Democracia Cristiana, Ignacio Walker, Jorge Pizarro, Mariano Ruiz-Esquide y Andrés Zaldívar para permitir la in-

terrupción del embarazo si se requiere "salvar la vida de la madre, cuando existiere un riesgo demostrado para la misma", evento en el cual dicha acción "no se considerará aborto" (Boletín Legislativo N° 7.965-11).

32. República de Chile, Ley N° 20.699, establece Día del que está por nacer y de la adopción, publicada en el Diario Oficial el 2 de noviembre de 2013 (Boletín Legislativo N° 7.254-07).

33. "Respecto del aborto. En muchas ocasiones he manifestado no estar a favor del aborto, por estar a favor de la vida. Y por dos razones fundamentales. La primera es de carácter jurídico. Nuestra Constitución Política asegura a todas las personas el derecho a la vida, y tanto la Corte Suprema como el Tribunal Constitucional han fallado invariablemente que, de acuerdo a nuestro ordenamiento jurídico, el niño que está por nacer es también una persona cuya vida debe ser protegida. De hecho, la propia Constitución le encarga al legislador la adopción de todas las medidas necesarias para proteger la vida del que está por nacer. Y la segunda razón es una de naturaleza jurídica. Yo pienso que siempre es mejor optar por la vida, porque aun si no tuviéramos la certeza respecto del tratamiento jurídico que ha de darse a una vida humana en gestación, en mi opinión lo correcto y lo más sabio es asumir una posición humilde y optar por aquella que sea la más favorable a la protección y el desarrollo de esa vida en gestación (...)". Palabras de S.E. el Presidente de la República, Sebastián Piñera, en ceremonia de entrega de "Informe Anual Situación de los Derechos Humanos en Chile 2013", Santiago, 9 de Diciembre de 2013. En: <http://www.prensapresidencia.cl/discursos.aspx?codigo=8955> (revisado por última vez el 31 de enero de 2014).

Posición de los médicos frente al aborto*

Aníbal Faúndes Latham y José Barzelatto Sánchez**

El valor de la vida y los profesionales de la salud

Salvar vidas es el objetivo primordial de los prestadores de cuidados médicos; en el caso de quienes atienden a las mujeres embarazadas, ese objetivo incluye tanto la vida de la madre potencial como la de su descendiente. Las razones y circunstancias sobre cuya base los profesionales de la salud deciden aceptar o rechazar el pedido de interrupción del embarazo formulado por una mujer se deben analizar con esa perspectiva en mente.

La mayoría de los jóvenes estudiantes ingresan a la facultad de medicina impulsados por el deseo de ayudar a otros, curar enfermedades y salvar vidas. Así, desde el comienzo de su carrera, la principal motivación de los estudiantes de medicina es adquirir la capacidad de salvar vidas en el proceso de transformarse en médicos. Más adelante, en el momento de decidir a qué especialidad dedicarse,

la motivación habitual de quienes escogen la obstetricia es la posibilidad de contribuir al proceso de inicio de una nueva vida.

Los obstetras y el feto

La vida diaria del obstetra está tan dedicada a la salud y la vida del feto como a la de la madre. Desde la primera visita antenatal, su atención se concentra en verificar la normalidad del desarrollo fetal y asegurar la salud y el bienestar de la madre en potencia. Las mujeres que quieren tener un hijo confían a su médico la salud del futuro bebé, tanto como la propia, y muchas parecen preocuparse más por su descendencia que por sí mismas. La reacción lógica del obstetra es sentirse tan consagrado al feto como a la clienta adulta. Es necesario entender esta subcultura de la práctica obstétrica para advertir lo traumática que puede ser la idea del aborto para este profesional.

* Adaptación del capítulo “Los profesionales de la salud frente a valores en conflicto”, del libro “El Drama del Aborto, en busca de un consenso”, de los mismos autores, Grupo Tercer Mundo, Bogotá, 2005. Fue publicada en Cuadernos Mujer Salud No. 9, Cuerpos autónomos, vidas soberanas. Mujeres y derecho al aborto libre y seguro, Santiago, RSMLAC, 2004.

** Aníbal Faúndes es médico obstetra chileno, investigador y docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Campinas, Brasil. José Barzelatto, médico, investigador y docente chileno, fue Vicepresidente de The Center for Health and Social Policy, con base en San Francisco, California. Falleció el año 2006.

La presencia del feto y la tecnología médica

Durante las primeras semanas, el embarazo es fundamentalmente una abstracción, marcada por incomodidades y molestias. Hasta hace poco, la percepción de los movimientos fetales era la primera indicación directa de que una nueva vida se desarrollaba dentro de ella. A partir de ese momento, la mujer entablaba una relación emocional más intensa de madre e hijo con el feto.

Esta situación comenzó a cambiar con la aparición de los equipos de sonar, que envían una onda hacia el corazón del feto y transforman los movimientos del latido fetal en un sonido que se retransmite con la forma de otra onda. Así, los médicos y la madre pueden “oír” los latidos del corazón del feto algunas semanas antes de comenzar a percibir los movimientos fetales.

Todo esto volvió a cambiar con el desarrollo del ultrasonido, que es cada vez más eficiente para “ver” el crecimiento y desarrollo del embrión y el feto dentro del vientre materno. En la actualidad, con la tecnología del ultrasonido, podemos “ver” y tomar una fotografía del embrión apenas seis semanas después de la última menstruación de la mujer o dos semanas después de la falta de su período. El hecho de que en esta etapa aquel solo sea una masa de células dentro del saco embrionario, sin semejanza con una forma humana y en nada diferente del embrión de cualquier otro mamífero (Morowitz y Trefil, 1992), no tiene importancia desde el punto de vista psicológico.

La observación de las imágenes ultrasónicas del embrión inicial y del feto se ha convertido en una de las principales motivaciones que impulsan a las embarazadas y sus maridos a acudir a la atención prenatal. La imagen fotográfica de uno y otro ya es hoy parte del álbum de fotos de los niños en muchas familias. Esta nueva tecnología ha dado visibilidad al embrión y el feto, que desde una etapa muy temprana del embarazo ya no son una abstracción sino una nueva entidad.

La tecnología y la aceptación del aborto

La “visibilidad” del embrión gracias a la tecnología del ultrasonido ha modificado su valor subjetivo para la madre, el médico, la familia y la sociedad. Mientras el embrión o el feto no eran visibles, no pasaba de ser un “atraso menstrual”, y para muchas mujeres el hecho de que la sangre uterina volviera a fluir no equivalía a tener un aborto, aun cuando supieran que estaban embarazadas (Osis et al., 1996).

Para el médico, en la medida en que el embarazo era un cambio en el cuerpo de la mujer, el aborto era también un restablecimiento de su condición anterior y solo se prestaba escasa consideración al contenido eliminado del útero. La visualización física del embrión gracias al ultrasonido suscitó mayor atención hacia lo que se evacuaba, con la intención de proteger el bienestar físico, psicológico o social de la mujer. Para muchos médicos la visualización afecta seriamente su capacidad de aceptar que el aborto es la mejor solución en numerosas situaciones de la vida de una mujer. El movimiento provida ha comprendido el poder de la imagen del embrión en desarrollo y ha usado y abusado de ella, atribuyendo una edad gestacional anterior a fetos que ya están en una etapa más avanzada de su evolución.

Otros avances tecnológicos han tenido el efecto opuesto. Para quienes tienen que evacuar concretamente el útero hay una gran diferencia entre el método de dilatación y raspado (D & R) y la aspiración al vacío del contenido uterino. En el primer procedimiento, tan pronto como las partes fetales son susceptibles de distinguirse (alrededor de las ocho semanas) (Lumley, 1980), el médico puede verlas mientras la cureta las elimina. La aspiración al vacío libera a los profesionales de ver en concreto los fragmentos del feto, y por lo tanto facilita la realización del aborto.

Los métodos farmacológicos para interrumpir un embarazo de pocas semanas facilitan aún más el procedimiento, pues eliminan el acto físico de

extracción del embrión o feto del útero materno. Aunque el objetivo y el resultado final son los mismos, para el médico siempre es más fácil aceptar y aprobar la decisión de la mujer cuando no debe intervenir directamente en la acción que es su consecuencia. La interrupción farmacológica del embarazo aleja bastante al médico del papel que debe desempeñar durante una D & R. Esa distancia representa una diferencia psicológica muy importante.

Los obstetras y los embarazos no deseados

Para muchos obstetras, la interacción con las mujeres embarazadas que no quieren ser madres es poco frecuente y esporádica. En los países en desarrollo donde el aborto es ilegal, las mujeres pobres, que constituyen la gran mayoría, saben muy bien que no pueden contar con ninguna ayuda de los servicios de salud pública si quieren abortar un embarazo imprevisto o no deseado.

En otras palabras, una gran proporción de las mujeres que tienen embarazos no deseados son prácticamente invisibles para la enorme mayoría de los obstetras de muchos países, sobre todo aquellos donde el aborto es objeto de restricciones legales. La única interacción que numerosos especialistas tienen con los embarazos no deseados es su contacto con mujeres afectadas de complicaciones resultantes de abortos ilegales, inseguros y clandestinos. Alarmados e impresionados por las graves consecuencias del aborto inseguro sobre la salud de la mujer, la primera reacción de muchos médicos es de condena y no de comprensión. Se trata de una reacción similar a la respuesta de los médicos que tratan a una persona víctima de los efectos de una sobredosis de drogas ilegales. Los profesionales ven a estos dos tipos de pacientes como si se tratara de malhechores.

Las circunstancias que empujan a una mujer a decidir abortar no se discuten y menos aun se comprenden. No cabe esperar simpatía alguna; al contrario, la actitud normal de los profesionales de la salud que tratan a mujeres con complicaciones debidas

al aborto es de condena y desaprobación. Influidos por la experiencia mucho más habitual de mujeres que expresan un anhelo ferviente de tener un bebé y muestran su alegría ante el nacimiento inminente, los obstetras tienden a alinearse en defensa del feto y en oposición a las mujeres que abortan. Es mucho más fácil y cómodo condenar que tratar de entender los motivos. Es muy natural que quienes eligen la obstetricia debido al sentimiento positivo que el nacimiento de un niño suscita en la madre, la familia y el profesional actuante, no se sientan cómodos frente al aborto y rechacen sin muchos miramientos la idea de interrumpir un embarazo, con la pérdida inevitable del feto.

Presiones culturales

La situación es mucho peor en los países donde el aborto es ilegal y las intervenciones clandestinas suelen estar conectadas con otras actividades fuera de la ley. Por lo común, los médicos que realizan abortos deben mezclarse en una red de corrupción policial y a menudo tienen que sobornar a integrantes del Poder Judicial. Esas redes de corrupción tienen estrechos vínculos con la cobertura de otras actividades ilegales, como la prostitución y el narcotráfico.

Hay algunos ejemplos de médicos que, por motivos altruistas, dedican la vida a llevar a cabo abortos seguros en países donde existen severas restricciones legales a esa práctica. Al margen de estos casos excepcionales, la mayoría de los profesionales que realizan abortos ilegales están motivados por la ganancia y de ese modo logran enriquecerse, pero suelen ser excluidos de los círculos de élite del mundo médico. Se los considera corrompidos por el dinero que ganan, dado que sus altos honorarios solo se explican por la naturaleza ilegal y clandestina de la intervención. En ese marco, el hecho de ser “abortero” es sinónimo de mala reputación entre los médicos, y muchas mujeres que utilizan sus servicios se sienten explotadas y no muestran gran respeto por ellos. Irónicamente, sin embargo, los aborteros cuentan con la protección de saber

que sus servicios serán requeridos en cualquier momento. Con no poca frecuencia, los más severos custodios de los principios morales de la medicina, públicamente opuestos al aborto, solicitan los servicios de un despreciable “abortero” para que atienda a una pariente o amiga “con un problema muy personal originado en circunstancias absolutamente excepcionales”.

Otras razones aducidas por los médicos para oponerse a la práctica del aborto son el deseo de no hacer nada contrario a la ley, los dictados éticos de las instituciones profesionales o las sanciones morales de la religión prevaleciente en la sociedad en que viven. Los médicos son particularmente sensibles a la necesidad de mantenerse dentro de la ley en su práctica. La sola idea de ser convocados a testificar o de quedar en la situación de acusados aterroriza a la mayoría. La posibilidad de ser sometidos al juicio ético de la asociación médica correspondiente es igualmente alarmante, tanto más si se considera que esas asociaciones tienen con frecuencia la facultad de suspender de manera temporaria o permanente el derecho del médico a ejercer su profesión.

Condena pública y aceptación privada

La condena pública del aborto en general no impide comprenderlo e incluso aprobarlo de manera tácita y privada en las “circunstancias muy personales y excepcionales” de una pariente, amiga o cliente.

Las convicciones antiaborto de los médicos no solo vacilan debido a los casos de parientes y amigas. También puede tratarse de la situación de una cliente. A menudo, un obstetra tiene una paciente a quien ha atendido durante muchos años en uno, dos o más embarazos y partos. Un día, esa persona, que ha depositado toda su confianza en el profesional, acude a su consultorio con un embarazo no deseado que no puede seguir delante de ninguna manera. La reacción inicial del médico enfrentado a una situación de esas características consiste en tratar de convencer a la paciente de que no interrumpa el embarazo; a menudo lo consigue. Sin embargo,

si no logra persuadirla y la paciente aduce otras razones personales que hacen inaceptable su continuidad, su médico de muchos años suele terminar por entender y apoyar su decisión de abortar “en ese caso en particular”.

Pese a ese apoyo, el profesional generalmente afirma no hacer abortos (González y Salinas, 2000; Ramos et al., 2001). Sin embargo, en muchos casos ayudará a la paciente indicándole las señas de un colega que se gana la vida haciendo abortos seguros (Faúndes et al., 2004). Casi todos los médicos sugerirán que, una vez hecho el aborto, la paciente vuelva a su consultorio para verificar que la intervención no ha tenido consecuencias negativas para su salud.

En tiempos más recientes, gracias a la posibilidad concreta del aborto farmacológico, algunos médicos que “no hacen abortos” por una cuestión de principio no muestran igual renuencia a dar indicaciones sobre el uso del misoprostol. Esta droga, comúnmente empleada en medicina con otras finalidades, es mucho más accesible en el mundo en desarrollo que la mifepristona (también conocida como RU 486 o “píldora del aborto”). Esa aceptación, sin embargo, no suele impedir a dichos médicos persistir en su condena pública de las mujeres que abortan y de los colegas que las asisten.

De aceptar la excepción a comprender la regla

Pocos ginecólogos han tenido la oportunidad de escuchar a muchas mujeres sometidas a abortos inducidos. La mayoría tarda años en acumular esa experiencia. No obstante, cualquiera sea el tiempo transcurrido, muchos de nosotros hemos atravesado el mismo proceso secuencial, de la censura inicial a la escucha, los sentimientos de perplejidad y ambivalencia y, por último, la comprensión de que la condena de las mujeres que abortan es injustificada e inútil. La solución al problema del aborto es otra (McKay et al., 2001).

Desde luego, no todos los obstetras y ginecólogos han seguido este camino. Para muchos, la defensa del feto sigue siendo la primera prioridad y, por lo menos en público, sostienen una posición de estricta condena del aborto en todas o casi todas las circunstancias. Sin embargo, la mayor parte de los profesionales con experiencia obstétrica y ginecológica han debido, al menos en algunas ocasiones, aceptar como válidas las razones alegadas por una mujer para abortar, y coincidieron en considerarla merecedora de su comprensión y simpatía. Hay una enorme distancia, sin embargo, entre la aceptación privada de “casos muy específicos” y el reconocimiento público de que el aborto es un fenómeno personal y social que no se resolverá penalizando a las mujeres que recurren a él.

En un estudio realizado en Brasil en que 4.300 obstetras y ginecólogos respondieron una encuesta sobre el aborto, el 40% declaró haber ayudado a pacientes que consultaban queriendo abortar un embarazo considerado como absolutamente no deseado. La ayuda consistió habitualmente en referir la paciente para que fuera intervenida con la mayor seguridad posible y solo una pequeña minoría había practicado el aborto personalmente. El porcentaje que ayudó a la mujer a abortar subía al 48% cuando quien consultaba era un familiar del médico. Por otra parte, entre los embarazos no deseados que habían enfrentado personalmente esos mismos médicos o su pareja, casi el 80% había terminado en aborto. Creemos que esta es una clara demostración de que nuestra capacidad de comprender y reaccionar favorablemente frente a una mujer que busca abortar, aumenta progresivamente mientras más cerca de nosotros está el problema (Faúndes et al., 2004).

En suma, los profesionales de la salud en general, y los obstetras y ginecólogos en particular, suelen tener una actitud ambivalente con respecto al problema del aborto, porque se enfrentan a valores profesionales y morales conflictivos. Pese a ello, la gran mayoría termina por aceptar que los abortos son moralmente justificados en ciertas circunstancias, aunque muchos se niegan a decirlo en público

y solo algunos están preparados para llevar a cabo la intervención. La cuestión fundamental es que la perspectiva del ginecólogo y obstetra es diferente y singular, al menos por dos razones. En primer lugar, porque su motivación profesional y rutina diaria consisten, en parte, en proteger al feto; en segundo lugar, porque son quienes deben llevar a cabo los abortos, con todas sus implicaciones legales, sociales y psicológicas.■

Bibliografía

Faúndes, A.; Duarte, G. A.; Andalaft-Neto, J.; Sousa, M. H. (2004). "The closer you are, the better you understand: The reaction of Brazilian Obstetrician-Gynaecologists to unwanted pregnancy". En: *Abortion Law, Policy and Practice in Transition*. Berer M. (ed). London: Supplement to Reproductive Health Matters, 2004; 12(24):47-56.

González, D. L. A.; Salinas, A. A. U. (2000). *Resultados de una encuesta sobre aborto aplicada a residentes de la especialidad en ginecología y obstetricia en hospitales públicos de Ciudad de México*. Reporte de Investigación del Proyecto "Atención del Aborto en México: Una aproximación a las actitudes de los Médicos". México, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, octubre 2000.

Lumley, J. (1980). "The image of the fetus in the first trimester". En: *Birth Fam J.*, 1980; 7:5-14.

McKay, H. E.; Rogo, K. O.; Dixon, D. B. (2001). "FIGO society survey: acceptance and use of new ethical guidelines regarding induced abortion for nonmedical reasons". En: *Int J Gynaecol Obstet*, 2001; 75:327-336.

Morowitz, H. J. y Trefil, J. S. (1992). *The facts of life. Science and the abortion controversy*. New York, Oxford University Press.

Osis, M. J. D., Hardy, E.; Faúndes, A.; Rodrigues, T. (1996). "Dificuldades para obter informações da população de mulheres sobre aborto ilegal". En: *Rev Saúd Públ*, 1996; 30(5):444-451.

Ramos, S.; Gogna, M.; Petracci, M.; Romero, M.; Szulic, D. (2001). *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto. ¿Una transición ideológica?* Buenos Aires, CEDES. 144 p.

Capítulo 2

Estrategias latinoamericanas



Situación del aborto en Uruguay. Lo que trajo la ley

Lilián Abracinskas Ceplikas*

Uruguay, desde diciembre de 2012, se suma a la lista de países de la región que habilitan por ley la implementación de servicios legales de aborto seguro. Hasta las 12 semanas de gestación y por solicitud de la mujer no se aplicará la pena para la interrupción del embarazo, siempre que se cumplan las condiciones establecidas por la nueva normativa.

Todas las instituciones afiliadas al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), tanto las del subsector público como privado, deben integrar la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) a sus servicios de salud sexual y reproductiva constituyendo equipos de referencia conformados por profesionales ginecólogos, de la salud mental y de servicio social. Estos equipos informarán a la mujer sobre las políticas de apoyo a la maternidad, la adopción como una alternativa y los riesgos (así lo estipula la ley) asociados al aborto. En estas instituciones y con estas condiciones la práctica del aborto no será penada, de lo contrario quien lo realice cometerá el delito de aborto vigente aún en el Código Penal y, por lo tanto, la persona será pasible de persecución y condena.

De acuerdo a los datos emitidos por el Ministerio de Salud, a un año de implementación de los servicios, 6.500 mujeres tuvieron sus abortos en condiciones sanitarias adecuadas y bajo el régimen que establece la reglamentación, lo que significa un beneficio incuestionable del cambio producido. Sin embargo, los servicios de IVE no están disponibles aún en todo el país y, por lo tanto, hay mujeres -particularmente las que viven en el interior y en las condiciones de mayor vulnerabilidad- que no gozan de igualdad de acceso al logro conquistado.

En el año 2013 se registró la muerte de una mujer joven cuyo aborto fue realizado fuera del sistema legal, lo que evidencia que la brecha con la estimación de 33.000 abortos clandestinos anuales calculada en el año 2003 (RUDA, 2004), está pendiente de ser subsanada. Los estudios realizados desde el Observatorio de Género y SSR de MYSU dan cuenta que la objeción de conciencia de los ginecólogos es uno de los obstáculos importantes, así como se identifican situaciones específicas que afectan a las mujeres por su condición de trabajadoras, migrantes, jóvenes. Las fuentes oficiales

* La autora es fundadora y Directora Ejecutiva de Mujer y Salud en Uruguay, MYSU. Además fue fundadora del colectivo Cotidiano Mujer y coordinadora ejecutiva de la Comisión Nacional de Seguimiento Mujeres por Democracia, Salud y Ciudadanía.

indican que el 30% de los ginecólogos han adherido al recurso de objeción de conciencia llegando a ser la totalidad entre los profesionales disponibles en varios lugares del país, con lo cual también hay diferencias por razones territoriales.

El ingreso de mefiprestona fue muy rápido dado que las autoridades responsables habilitaron su registro en muy poco tiempo. El aborto con medicamentos en la combinación mefi+misoprostol es la vía priorizada por las normativas y guías clínicas elaboradas desde el Ministerio de Salud, aunque también se habilita la intervención quirúrgica pero fundamentalmente en casos de falla de la medicación o cuando las mujeres están en el límite del plazo admitido. La medicación está disponible legalmente en las farmacias de las instituciones de salud del Sistema Nacional Integrado de Salud, SNIS, y solo puede prescribirla un médico ginecólogo. Fuera de esas condiciones, la adquisición y uso del producto con fines abortivos es ilegal y su provisión clandestina.

La Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (No 18.987) fue el producto de una iniciativa presentada a comienzos de la actual legislatura impulsada nuevamente por la bancada oficialista del Frente Amplio (coalición de partidos de izquierda), buscando subsanar lo que en 2008 generó el veto interpuesto por el entonces Presidente Tabaré Vázquez. El proyecto de ley original tenía el propósito de reconocer el derecho de las mujeres a decidir y proponía eliminar el carácter delictivo de la práctica en función de un criterio de plazos.

En el proceso de negociación legislativa el texto fue debilitándose porque hubo que recurrir a votos de la oposición debido a que en la bancada progresista hubo legisladores que se opusieron a la propuesta. El voto que dio la mayoría y habilitó la aprobación introdujo modificaciones sustantivas al contenido y propósito del proyecto original. Se aceptó la interrupción por solicitud de la mujer hasta las doce semanas de gestación, pero se mantuvo la figura delictiva del aborto. Se ampliaron las razones para no punir la práctica pero se fijaron

requisitos y condiciones que tutelan la decisión de la mujer. El cometido de la ley se dirigió a persuadir a las mujeres de no abortar, estableciendo una ruta engorrosa de acceso a la interrupción.

El texto alcanzado, si bien no estuvo a la altura de los avances culturales que registra la sociedad uruguaya y fue insuficiente en relación a los reclamos y demandas en salud y derechos sexuales y reproductivos impulsados por la movilización social, es importante e implica un cambio sustantivo en Uruguay. Da cuenta que las transformaciones son posibles a pesar que hayan fuerzas adversas y que las resistencias de los actores políticos sean muy significativas.

La experiencia uruguaya es producto de un intenso proceso de participación y construcción de ciudadanía en torno a la salud y los DSR, que generó una amplia base social de apoyo a partir de la construcción de alianzas entre diversos movimientos y actores sociales que fueron sumándose a la lucha surgida desde las organizaciones feministas hace más de veinte años. La defensa de la salud y los derechos de las mujeres es un asunto insoslayable de la agenda pública a raíz de la acción ciudadana, más allá que los nuevos marcos normativos se hayan concretado por la voluntad de los decisores políticos y sean acreditados como logros de gobierno.

En junio de 2013, cuando los grupos anti-derechos intentaron derogar la ley utilizando el mecanismo de consulta ciudadana, su fracaso fue rotundo. Necesitaban la adhesión del 25% del electorado para convocar a un plebiscito derogatorio y solo lograron alcanzar el 8,7% de adhesiones. Los líderes políticos que hoy integran las fórmulas presidenciales de los principales partidos en contienda electoral, incluyendo al del Frente Amplio, fueron a votar por la derogación pero no lograron convocar a sus seguidores.

La Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo quedó ratificada por la ciudadanía generando mejores garantías ante posibles intentos futuros de

retroceso. Este resultado cerró la fase de debate parlamentario por los próximos años, dando lugar a la etapa de implementación con nuevos desafíos para los gestores de la política pública pero también para la ciudadanía organizada para que los servicios legales de aborto sean universales, de calidad y accesibles para todas las mujeres, sin discriminaciones.

Uruguay ha pasado a tener un lugar destacado en el contexto regional y ha tenido un rol preponderante al cerrarse los veinte años de implementación del Plan de Acción de la Conferencia sobre Población y Desarrollo (Cairo+20). El Consenso de Montevideo, adoptado en la Primera Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo organizada por CEPAL y el UNFPA, en agosto de 2013, es un ejemplo de esta incidencia.

La experiencia acumulada en todos estos años con el desarrollo de argumentos y estrategias impulsadas desde las organizaciones sociales es muy rica y debería ser compartida para servir de insumo a la acción de los grupos e instituciones que, en los distintos países de la región, están librando sus batallas. Para las propias organizaciones uruguayas, el cambio obtenido ha requerido evaluar lo sucedido, readecuar las estrategias y fijar los cometidos para los próximos años. Es necesario difundir lo logrado para que las personas se apropien y hagan uso de las condiciones creadas para tomar sus decisiones de manera segura, autónoma e informada.

Pero también hay que monitorear la implementación de los servicios, generar evidencias y detectar vacíos para elaborar nuevas propuestas que aporten a erradicar las brechas y problemas persistentes. Hay que reorganizarse y revitalizar fuerzas para defender lo conquistado ante cualquier intento de retroceso y viabilizar mecanismos que canalicen las denuncias ante situaciones de mala gestión u omisión de asistencia. La universalización de las prestaciones y el acceso sin discriminaciones a servicios adecuados e integrales de salud sexual y reproductiva en todo el país, es uno de los principales desafíos.

El año 2014 es período de elecciones nacionales. La nueva Administración de gobierno asumirá en marzo del próximo año y por un período de cinco. Para afrontar este contexto se ha elaborado una plataforma en defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos que recoge las propuestas y demandas más relevantes de las distintas poblaciones y sectores organizados en torno a diversos problemas vinculados a este terreno de la salud y los derechos humanos. Importantes y diversas organizaciones, gremios y personas han participado de su elaboración y fue aprobada en la 5ta Jornada Nacional por la Salud y los DSR con el propósito de presentarla a los partidos políticos en contienda electoral y lograr compromisos para que esta agenda sea incluida como prioridad en el programa del próximo gobierno. La plataforma está disponible en www.mysu.org.uy

La ley en Uruguay trajo cambios y con ellos nuevos retos porque aún resta mucho por andar en la lucha por la justicia, la equidad y el respeto pleno de los derechos humanos, particularmente de las mujeres de todas las edades y condiciones. ■

¡Seguimos en Campaña!

Prácticas y desafíos por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito en Argentina (2005-2014)

Claudia Anzorena Abaca*

“Si bien el libre ejercicio por parte de todas las mujeres de la elección sexual y procreadora catalizará enormes transformaciones sociales (yo así lo creo), también creo que sólo puede ocurrir codo a codo, no antes ni después, con otras demandas que se han negado durante siglos a las mujeres y algunos varones: el derecho a ser personas, el derecho a compartir justamente los productos de nuestro trabajo, no ser usadas sólo como un instrumento, un papel, un útero, un par de manos o una espalda o un conjunto de dedos; a participar plenamente en las decisiones de nuestro lugar de trabajo, nuestra comunidad; a hablar por nosotras mismas, por derecho propio” (Adrianne Rich, 1986).

En este artículo daré mi opinión como activista feminista de Mendoza (Argentina) pero también como cientista social ya que para mí, pensamiento y praxis son indivisibles. La finalidad es compartir algunas de las acciones, reflexiones y experiencias que hemos transitado desde hace más de 10 años en Argentina, en el marco de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Formo parte de esta Campaña desde sus inicios en 2005, me he involucrado en acciones locales, nacionales y en países latinoamericanos. También fui integrante de la comisión de articulación nacional desde fines de 2009 hasta fines de 2012, lo que me dio una perspectiva diferente de este gran movimiento de fronteras imprecisas y móviles. Como señalábamos en otra oportunidad con Ruth

Zurbriggen, nuestra perspectiva no pretende ser *La Historia* sobre este proceso, sino que se trata apenas de un retazo en esta trama que venimos tejiendo las feministas en Argentina en la búsqueda de la autonomía y autodeterminación sobre nuestros cuerpos (Anzorena y Zurbriggen, 2011; 2013).

Contextualizando...

Desde los años 70, las feministas en Argentina enarbolaron la bandera del aborto legal y gratuito realizado en los hospitales públicos, reclamo que si bien no ocupaba un lugar central en las disputas políticas de la época, igualmente quedó silenciado con la dictadura militar que arremetió contra todas las libertades el 24 de marzo de 1976. Una vez

* Investigadora del CONICET, Mendoza, Argentina. Integrante de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito de Argentina, de La Malona Rosa y de Socorristas en Red. claudia_anzorena@yahoo.com.ar

reinstaurada la democracia, en diciembre de 1983, si bien hubo feministas que siempre impulsaron esta lucha (entre ellas, Dora Coledesky), tomó casi dos décadas reinstalar el tema como central para el movimiento amplio de mujeres. De la mano de la protesta social y la revitalización de los movimientos sociales y sus organizaciones a inicios de 2000, el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo se volvió una demanda legítima y abrazada de manera creciente por dichos movimientos gracias a la participación de las feministas y la conformación de grupos de mujeres que incidían en construcción de las reivindicaciones de los propios movimientos.

Los Encuentros Nacionales de Mujeres (ENM) fueron y son caldo de cultivo en la trama de nuevas experiencias y articulaciones locales y nacionales. Se trata de una reunión anual autónoma y autogestiva, que se realiza desde 1986 en diferentes localidades de Argentina. Miles y miles de mujeres se dan cita cada año para debatir en talleres horizontales sobre extensas temáticas¹.

Los derechos sexuales y reproductivos forman parte de un conjunto de derechos humanos llamados de tercera generación, que responden a los retos impulsados por diferentes movimientos sociales. Entre estos, el feminista planteó una serie de derechos específicos para las mujeres y las niñas, que llegaron a ser consagrados por las Naciones Unidas en diferentes conferencias, pactos y convenciones mundiales a partir de 1975, y que Argentina fue suscribiendo desde 1985. Estos derechos implican cuestiones que van más allá del reconocimiento formal porque comprenden la autonomía, la dignidad, la justicia reproductiva, la libre opción sexual, la maternidad voluntaria, y la libre determinación sobre los propios cuerpos y las capacidades reproductivas. Su garantía y acceso impactan directamente sobre la vida cotidiana de las personas, y especialmente de quienes sufren mayor discriminación: mujeres, niñas/os, travestis y las personas trans.

El aborto voluntario es una demanda histórica que está vigente en las preocupaciones de los movimientos feministas de diferentes latitudes, ya sea para ampliar el acceso en los países donde está prohibido o bien para resistir a los obstáculos o recortes en donde ya es legal. El aborto existe. Su práctica es tan real, concreta, palpable como lo es menstruar, gestar, parir. Los 500 mil abortos por año que estimó el Ministerio de Salud de la Nación en 2006 así lo muestran. Las cientos de mujeres que día a día piden información o ayuda a las colectivas feministas también. Las mujeres abortaron, abortan y abortarán sin importar abstracción alguna: ni códigos penales, ni opiniones, ni creencias, ni fetismos. El aborto es una práctica que, mediada por la legalidad o la clandestinidad, libre o condicionada, se presenta como una opción ante un embarazo imprevisto, no deseado, riesgoso, producto de una violación, inviable. Ninguna ley, ninguna pena o amenaza ha logrado que las mujeres dejen de abortar, aunque el precio de esta decisión sea la vida o la libertad.

En Argentina, muchas activistas han introducido la justicia de la demanda por la despenalización y legalización del aborto como una cuestión de salud pública, de justicia social y de derechos humanos, a la vez que exigen que se cumpla con los abortos permitidos, con las leyes que amparan el acceso a la información y la sanción, prevención y erradicación de todas las formas de violencia contra las mujeres en todos los ámbitos donde desarrollan su vida.

Desde el retorno a la democracia, una serie de demandas lograron instalarse como derechos que debían respetarse en un Estado y una sociedad que avanzaban hacia formas de relaciones más democráticas y modernas: patria potestad compartida, divorcio vincular, igualdad de salarios, salud sexual y reproductiva, educación sexual integral, no violencia, lucha contra la trata de personas, matrimonio igualitario, reconocimiento legal de la identidad de género. Sin embargo, el cumplimiento integral de los derechos sexuales y reproductivos hoy es aún débil y su garantía tiene

grandes baches, sobre todo cuando se trata del aborto incluso en los casos en que está legalmente permitido: peligro de la salud y la vida de la mujer gestante y cuando el embarazo es producto de una violación (AAVV, 2013).

Los caminos en la búsqueda de una sociedad sin discriminación son sinuosos. Las demandas de las mujeres muchas veces son tomadas como exageraciones, como secundarias, como distractoras, opuestas al bien general que plantean otros movimientos sociales e inclusive el propio Estado. Ahora ¿por qué las demandas por el derecho al aborto voluntario crean especial aversión? Con sus prácticas teóricas y políticas, las feministas transforman los modos de plantear y negociar las demandas sociales en el espacio político. Al reivindicar el aborto como derecho en sociedades como las nuestras (machistas, reaccionarias, racistas, etc.), las feministas despliegan nuevas dimensiones de la justicia que ponen en cuestión y buscan transformar lo que “normalmente” se entiende que es justo, para quién es justo y cómo se determina este qué y quién de lo justo (Fraser, 2008).

¿Qué quiere decir esto?

Quiere decir que estamos diciendo ¡BASTA! Que es injusto que las decisiones que tomamos sobre nuestras sexualidades y capacidades reproductivas tengan que ser gestionadas en la clandestinidad, con todo lo que esto significa, sobre todo para las mujeres más pobres, las racializadas² y las jóvenes. Este clamor, puesto en el espacio público, produce resistencias entre quienes están cómodos en el orden tal cual está, como se resistieron en otro momento a la abolición de la esclavitud o al sufragio femenino, por dar dos ejemplos.

Quiere decir que los discursos y las prácticas en favor del aborto voluntario, en sus diferentes versiones, transgreden los mecanismos establecidos (psicológicos, sociales, económicos, políticos, ideológicos) sobre cómo se entiende el mundo, transgreden las relaciones que determinan qué se considera un derecho y para quién. Y crean resis-

tencias porque se trata de prácticas y discursos que sacan a las mujeres del lugar subalterno, de víctimas, de vulnerables, y las posicionan como sujetas autónomas, con capacidad para tomar decisiones y llevarlas a cabo hasta las últimas consecuencias.

Las diosas las crean y ellas se amontonan... y se organizan

Heredera y partícipe de estos movimientos, la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito fue lanzada el 28 de mayo de 2005 en diferentes puntos de la Argentina (<http://www.abortolegal.com.ar/>). Impulsada por organizaciones y colectivas feministas, articula fuerzas y recursos de las acciones que muchas feministas venían desarrollando localmente desde hacía 20 años.

El 18° Encuentro Nacional de Mujeres realizado en Rosario en 2003, fue un punto de convergencia de aquellas que pensábamos que eran necesarias nuevas formas de organizarnos y de ampliar las filas por la legalización del aborto. En este encuentro se realizó una asamblea que puso la semilla para la concreción de una articulación federal de alcance nacional, pacto que se selló con la marcha de más de 20 mil personas que se expresó masivamente por la legalización del aborto y en repudio de la ofensiva de la iglesia católica argentina contra los derechos sexuales y reproductivos (Alma y Lorenzo, 2008).

Eran varias las colectivas feministas que activaban el tema en sus lugares, algunas recién creadas y otras con más trayectoria. Feministas de Córdoba, Neuquén, Mendoza, La Plata, Morón, Rosario, Santa Fe, Capital Federal, veían que era posible urdir acciones coordinadas en un momento cuando el reclamo por el aborto legal iba haciéndose eco en los diversos movimientos sociales y populares, donde las mujeres eran protagonistas indiscutidas en todo el país. Pensar una campaña nacional significaba pensar un paraguas que aglutinara

las acciones dispersas y permitiría superar el aislamiento... sentir y mostrar que no éramos las únicas, que no éramos pocas. Se trataba de pensar salidas colectivas.

En mayo de 2005 se realizó en Córdoba una reunión con referentes de diferentes puntos del país. Allí se le dio forma a la idea. En los dos días que se extendió la primera reunión hicimos un intenso trabajo. Éramos unas 70 mujeres, provenientes de 17 localidades (hoy estamos en más de 32). La Campaña tendría dos objetivos iniciales: instalar en el espacio público el derecho al aborto como un derecho humano fundamental, y la elaboración, impulso y aprobación de una ley que permitiera el aborto voluntario. Sería lanzada paralelamente en todas las provincias el 28 de mayo de ese año, como Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres. Pensamos las primeras acciones: recolectar firmas en nuestros lugares que serían entregadas en una gran marcha federal el 25 de noviembre de ese año, y elaborar un proyecto de ley para presentar en el Congreso de la Nación. También definimos que el color verde y los pañuelos serían nuestros distintivos.

Adoptamos una consigna que tenía que ver con la coyuntura y con la integralidad de nuestras reivindicaciones. Reclamábamos todo el complejo entramado que implican los derechos sexuales y reproductivos. Hacía poco, en 2002, se había aprobado el Programa Nacional de Salud Reproductiva después de 10 años de impulsarlo, y en ese momento se estaba discutiendo la Ley de Educación Sexual Integral en las escuelas, entonces incluimos una frase que diera cuenta de nuestro apoyo. Y de allí surgió: *“educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”*.

Se trata de una consigna sobre la que hemos ido reflexionando, porque fuimos cambiando nuestra propia concepción del aborto. Empezamos a difundir que lo que mata o afecta a la salud es la clandestinidad, la inseguridad, el desconocimiento. Que el aborto realizado adecuadamente

por un/a profesional o por la misma mujer, en buenas condiciones, es seguro. Que el misoprostol ha significado una revolución en el acceso a los abortos seguros (aunque en algunos lugares se ha hecho más difícil conseguirlo). Al dejar de pedir disculpas por estar convencidas de que el aborto es un derecho, nos alejamos de los discursos que criminalizan las decisiones de las mujeres. Este camino nos llevó a hablar de subjetividades, de experiencias, de democracia, de ciudadanía, de justicia, de derechos humanos de las humanas.

Comenzamos a producir una gran cantidad de argumentos para plantear la legalidad y despenalización (jurídica y social) del aborto como un paso que nos reivindica como sujetas soberanas, un paso que va más allá de un simple paliativo a las fallas en las políticas de prevención que las instituciones deberían garantizar y no lo hacen. Dejamos de ver el aborto como un problema, para postularlo como algo que las mujeres experimentan, viven y significan de diferentes modos, y no de una única y traumática manera como algunos pretenden hacernos creer. Así nuestras consignas se han ido multiplicando de acuerdo al debate social y parlamentario. Esto se refleja en los nombres de las actividades, en los comunicados e inclusive en nuestros cantos.

A través de la gran diversidad de actividades realizadas en diferentes lugares, la Campaña ha cumplido un papel relevante en la instalación del tema en la sociedad, en la opinión pública, en los medios de comunicación y en el campo político. Así surgieron acciones que unos años atrás hubieran sido impensables sin un cambio en el contexto y la contención nacional, sobre todo en lugares con gobiernos locales conservadores o bastiones del fundamentalismo católico con gran poder económico (como por ejemplo, Mendoza, una provincia a la que mujeres chilenas se trasladan para abortar cuando no pueden acceder en su propio país).

La Campaña, durante el año 2006, elaboró un proyecto de ley denominado “Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo”. Este proyecto y su

fundamentación son producto de años de estudio y de horas de trabajo colectivo, basado en un amplio repertorio de leyes, análisis jurídicos y estudios sociales, de salud, de derechos humanos, de legislación comparada. Propone, entre otras cosas, que toda mujer pueda interrumpir un embarazo durante las primeras 12 semanas de gestación por voluntad propia, en todos los servicios de salud (pública, privada y obras sociales), y deroga los artículos del Código Penal donde se indican las penas al aborto provocado. El proyecto se fundamenta sobre tres pilares: salud pública, justicia social y derechos humanos aunque sus argumentos son más amplios. Contempla el fin de las sanciones morales y sociales, el reconocimiento de la dignidad, capacidad y derechos que tienen las mujeres para decidir sobre sus vidas, y la obligación de las instituciones de garantizar las opciones y la atención de calidad para las mujeres, en consonancia con los derechos sexuales y derechos reproductivos reconocidos por los organismos internacionales. El texto del proyecto fue discutido en una reunión plenaria entre activistas de distintas localidades y ámbitos de actuación. El acuerdo fue complejo ya que habían posiciones que privilegiaban más la libertad o la autonomía, y otras las circunstancias en las que se permitiese interrumpir un embarazo (Tribe, 2012). Sin embargo, en definitiva, primó la necesidad de buscar que sea tratado en el Parlamento.

El proyecto de ley una vez armado empezó a recorrer los caminos parlamentarios. Es así que en 10 años ha sido presentado 5 veces. La primera el 28 de mayo de 2007 como iniciativa de la sociedad civil, y al año siguiente, formalmente en la Cámara de Diputados/as de la Nación. En 2010, 2012 y 2014 se repitió la operación ya que cada 2 años, si un proyecto no es tratado, pierde estado parlamentario. Sin embargo, no siempre se presenta en las mismas condiciones: el contexto es diferente va cambiando, hoy las relaciones entre la iglesia católica y el gobierno se han renovado, la elección de Jorge Bergoglio como Papa y la reticencia del bloque oficialista a impulsar el proyecto, como lo hizo con la ley de matrimonio igualitario e identidad de género, nos juegan en contra. Y nosotras

mismas hemos cambiado, actualmente nos encontramos en un proceso de necesidad de revisar los fundamentos que sostienen el proyecto.

La presentación del proyecto y el trabajo de cabildeo han ido acompañados con el impulso de diferentes iniciativas desarrolladas en el espacio parlamentario, además de las actividades de instalación en la sociedad. Reuniones con legisladoras/es, asesoras/es y representantes de la sociedad civil, la organización o auspicio de seminarios o conferencias en el ámbito del Senado o de la cámara de Diputados/as, y algo muy importante, audiencias públicas en las que se ha abordado el tema de la constitucionalidad de la norma, la compatibilidad con los tratados internacionales que suscribe Argentina, y la situación de vulneración de los derechos humanos. En definitiva, para insistir en la urgencia de abordar el tema del aborto en Argentina.

La suma de avales al proyecto, las audiencias, el involucramiento de organizaciones internacionales y de movimientos sociales, el pronunciamiento de Universidades Nacionales, la sanción de la Corte Interamericana de DDHH al Estado argentino por el caso LMR (Díaz, 2011), el fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación que incluye la causal violación en los abortos permitidos, entre otras cosas, muestran cómo la Campaña ha ido avanzando y ganando apoyo a la legalización del aborto en espacios institucionales. Pero también muestran las dificultades para lograr compromisos activos e iniciativas que vayan más allá de un acompañamiento silencioso o de un apoyo retórico. Parafraseando una consigna del último Encuentro de Mujeres (San Juan, 2013), el derecho al aborto está instalado en las casas y en las calles, nos preguntamos ¿para cuándo en el Congreso de la Nación?

Aquí vale detenerse en la cuestión del proceso. Si pensamos de manera exitista, propia de nuestras sociedades competitivas y machocéntricas, esto nos lleva a pensar que hemos fracasado porque no hemos conseguido aún la ley. En cambio, si

pensamos la lucha como una corriente que fluye hacia lugares inimaginables, que se ramifica, con más o menos fuerza o velocidad (según muchos factores), esto nos permite entender que somos parte de una transformación más profunda que la modificación de una norma legal específica: estamos en un proceso social, político, cultural, económico. Estamos siendo parte de los movimientos de la historia. Y pensar esto es muy fuerte, porque un gran objetivo de transformación implica una gran responsabilidad.

Organizar una articulación nacional implicó también incluir en nuestras filas a otras redes y organizaciones con estructuras muy diferentes. Nos vimos en la necesidad de dialogar con instituciones y organizaciones donde muchas veces las demandas y prácticas feministas son resistidas. Cuando consideramos que teníamos que aunar fuerzas para conseguir que el aborto sea legal en Argentina, estábamos reinventando las formas de organizarnos, para posicionarnos como interlocutoras legítimas y así plantear nuestras inquietudes ante la sociedad, las instituciones y el Estado, campos donde se juegan poderes y lógicas que nos resultan ajenas, excluyentes, ásperas. Suponía entrar en lugares donde las reglas nos anteceden y no nos favorecen. Donde el poder no se construye de un día para otro, y estábamos -y aún hoy estamos- años luz de quienes vienen pergeñando la política desde hace un par de siglos. Pero la ilegalidad del aborto y las consecuencias de la criminalización ponen, insistentemente a los poderes estatales como un lugar ineludible para plantear el tema como una cuestión política, mal que nos pese... y a veces nos pesa.

Avances y desafíos...

En estos casi 10 años, la Campaña ha motorizado procesos que muestran los avances y los desafíos que se nos presentan. Vale aclarar que no los ha llevado de manera exclusiva la Campaña, pero es innegable que, con su federalidad y pluralismo, ha sido una actora importante y presente.

Hay cuatro procesos que considero interesante destacar: primero, el impulso a la creatividad feminista en lo artístico y en lo intelectual; segundo, la ampliación del apoyo al objetivo por parte de organizaciones e instituciones no feministas; tercero, la promoción del cumplimiento de los abortos que ya son legales³; y, por último, lo más importante, la creación y fortalecimiento de las redes de solidaridad. Me voy a detener brevemente en el primero y en el último.

En cuanto al primero, la Campaña ha permitido desarrollar, expresar y compartir la creatividad feminista, tanto en las actividades nacionales como en las locales, con el objetivo de visibilizar nuestra demanda. También ha promovido las expresiones artísticas y audiovisuales vinculadas con el aborto desde la vivencia de las mujeres, dando lugar a miradas que van inscribiendo en el imaginario colectivo otros rostros del aborto, los rostros de la lucha, de las y los activistas, de las mujeres que deciden⁴.

En el trabajo intelectual, se ha elaborado un interesante y nutrido repertorio de estudios sobre el tema en el país, tanto de académicas, estudiantes, militantes, periodistas, inclusive de organismos públicos y empresas privadas, y realizados desde diversos puntos de vista y disciplinas⁵. De este modo, vamos recuperando nuestras experiencias y las de otras. Vamos cambiando las dimensiones de la justicia al llenar el espacio con nuevas significaciones, con gran respeto de los procesos personales, muy serias en torno a la seguridad y al cuidado; significaciones más cercanas a las vivencias y a la cuestión de la ampliación de los derechos humanos, la dignidad y la autonomía.

Finalmente, en cuanto a renovación de las redes de solidaridad, muchas de las integrantes de la Campaña también nos vimos enfrentadas al dilema del “mientras tanto”, es decir, con la elección que las mujeres deben hacer cuando se enfrentan a un embarazo que no pueden o no quieren continuar, que las pone entre la espada y la pared. Y no podíamos ignorar esta situación. Entonces surgió

el impulso de crear y fortalecer las redes para informar, ayudar, acompañar, porque Argentina es un territorio muy extenso y altamente desigual, donde el mayor acceso a los servicios está concentrado en los grandes centros urbanos y en las zonas más ricas.

Al principio nos íbamos enterando sobre la situación de cada provincia, de cada uno de los contextos que iban integrándose a la Campaña. Empezó como conocimientos particulares, dispersos y locales (un dato, un contacto) y se fue extendiendo, al punto que se conformó una red federal de información que se ha ido consolidando.

Así nace Socorristas en Red, una red de feministas surgida en 2012, que genera espacios cara a cara de consejerías y acompañamientos pre y postaborto para que las mujeres que decidan abortar -y lleguen a nosotras- lo hagan de manera segura y sin recurrir a circuitos clandestinos de dudosa calidad o bien muy costosos e inaccesibles para la mayoría. Se trata de una red ideada desde las mismas periferias, y que ha logrado descentralizar la solidaridad y hacerle frente a los desequilibrios imperantes en los diferentes puntos de nuestro país. Activamos en distintas geografías de Argentina, en grupos que se han organizado en función del contexto en que se inscriben: Córdoba, Neuquén, Mendoza, San Luis, San Juan, Tucumán, Santa Fe, CABA, Prov. de Buenos Aires. Brindamos información y trabajamos para que las mujeres vivan esta decisión con más apoyo. Hacia el interior, ponemos el acento en la cooperación, la reflexión, el aprendizaje y la construcción de conocimientos colectivos sobre la experiencia de abortar y de acompañar, sobre aquello que compartimos y sobre las particularidades regionales, que nos permiten producir argumentos para la exigencia del derecho al aborto nucleadas en la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Además de los acompañamientos que se hacen en cada lugar, Socorristas en Red promueve la creación de espacios colectivos de debate, interacción, sistematización de información y difusión que ayudan a las mujeres a saber cómo actuar de

manera segura, a defenderse frente a la vulneración de sus derechos (por ejemplo, si tienen que asistir a un servicio de salud no deben ser maltratadas o denunciadas), y también informar sobre métodos anticonceptivos o asesoramiento legal en los casos de violaciones o peligro de la salud (www.socorristasenred.blogspot.com.ar).

Todas las redes que vamos tejiendo van impactando en la forma de entender el aborto, los nuestros y los de otras. Forman parte del alejamiento de los discursos relacionados con la muerte o la condena, y el acercamiento a la cuestión del acompañamiento y la ayuda como formas de solidaridad y de ejercer nuestras decisiones de manera segura. Sería interesante que desde instituciones con alcance nacional y desde el Estado mismo, se realizaran estudios serios sobre la incidencia en la magnitud y formas del aborto a partir de la mayor información y acceso a prácticas seguras.

A modo de cierre...

La Campaña es un movimiento que ha tomado alcances que van más allá de los objetivos iniciales y de quienes la impulsamos de manera más directa como parte de nuestra praxis colectiva y política. Las relaciones al interior de esta articulación son complejas. Está atravesada por diversidad de ideologías, tensiones y contradicciones propias de un espacio de encuentro plural (Francisco y Antrobus, 2011). Un gran reto para quienes estamos comprometidas con el reconocimiento legal y social del derecho al aborto voluntario es mantener, inclusive cuidar y atender, la articulación de nuestras luchas en pos del objetivo común, aprendiendo también de nuestros desaciertos, desacuerdos, desencuentros (Lorde, 2003). Es un desafío, después de 10 años, mantener activa una articulación que es heterogénea y seguir ampliando el interés a aquellos sectores de los movimientos sociales que aún piensan que se trata de demandas particulares o secundarias, lo que significa también seguir cambiando la representación y las significaciones del aborto. Aprender que no hay soluciones

instantáneas, que la lucha no se resuelve de manera inmediata, sino que se trata de un continuo. Instalar una reivindicación y provocar un cambio social conlleva esfuerzos de larga duración.

Desde otro ángulo, el desprecio por las decisiones de las mujeres sobre sus capacidades reproductivas y sus sexualidades es discriminación. Penalizar el aborto y no debatir su legalización es desentenderse de la situación en que viven las mujeres en nuestros países. Prohibir el aborto y evadir el tema, como si los riesgos fueran individuales, es no asumir la responsabilidad que tienen los gobiernos, las instituciones y las sociedades, por las fallas en el acceso a la salud y a la justicia. Es ser cómplice de que unos pocos se benefician y se enriquezcan

a costa de los cuerpos de las mujeres, entrampados en la hipocresía, en la pobreza, en el tutelaje. Es ser cómplice de las estafas de quienes se aprovechan de las situaciones de desesperación. Es ser partícipe de la injusticia social que implica que algunas accedan a abortos en buenas condiciones porque tienen los recursos apropiados (dinero, contactos, conocimiento, acompañamiento, etc.), y otras se vean obligadas a someterse a prácticas inseguras.

Como hemos dicho incansablemente: el derecho al aborto legal, seguro y gratuito es la gran deuda que las ya no tan jóvenes democracias latinoamericanas tienen con las mujeres en el camino que dicen haber emprendido para reconocerlas como ciudadanas. ■

Notas

1. Para conocer más de los ENM se puede consultar el libro de Amanda Alma y Paula Lorenzo "Mujeres que se Encuentran" (2008, Buenos Aires: Feminaria), disponible en <http://www.rimaweb.com.ar/>

2. Con "raza" no expresamos una identidad biológica para la clasificación de grupos humanos, sino que cuando hablamos de "raza" y "racialización", nos referimos a categorías y mecanismos de poder a partir de los cuales se asignan lugares de subalternidad a los sujetos y se construyen relaciones racistas. En nuestras sociedades occidentales, las marcas sexuales, raciales, generacionales que distinguen a los sujetos son percibidas como peculiaridades de los "otros cuerpos", de los cuerpos "no masculinos", "no blancos", "no jóvenes-adultos". Las feministas negras como Angela Davis, Bárbara Smith, Bell Hooks, Audre Lorde, Patricia Hill Collins a partir de los años 60, realizaron una crítica teórica

y política al feminismo blanco del Norte, que había creado, y convertido en hegemónica, una categoría "mujer" homogénea, abstraída de otras opresiones que no fueran las de varones sobre mujeres. En este sentido busco situarme en un lugar que permita mostrar las relaciones de poder coconstituidas y atravesadas simultáneamente por el racismo, el elitismo, el heterosexismo, el clasismo, la xenofobia, como variables interdependientes unas de otras, inscritas unas en las otras (Curiel, 2006, Brath, 2004, Lorde, 2003).

3. Sobre este tema escribí un artículo denominado: "Romper la ley: el gobierno de Mendoza frente al "aborto no punible", en Revista Bagoas, Estudios Gays, Género e Sexualidades, N° 9, 2013. <http://www.periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/4665>. Pp 267-292

4. Por ejemplo, la muestra fotográfica itinerante "La Campaña en imágenes...

2005-2010" (2010) coordinada por las HMyO de Córdoba y financiada por la Campaña; el corto "En boca de todas" (2011) del grupo Mansa Ballena de La Plata, y el documental "Yo Aborto. Tu Abortas. Todxs Callamos" (2013) dirigido por Carolina Reynoso, y filmado en diferentes partes del país.

5. En el año 2006 el Ministerio de Salud de la Nación encargó al CEDES un estudio para estimar la magnitud del aborto en Argentina (Mario y Pantelides, 2007); se han publicado libros con ponencias de los seminarios realizados (AAVV, 2011); también la Campaña ha sistematizado los casos de aborto no punible que acompañó desde 2005 a 2009 (Foro, 2009), y ha publicado un libro con los trabajos de la primera mesa de aborto en las Jornadas de Historia de las Mujeres llamado "El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible" (AAVV, 2013).

Bibliografía

- AAVV, *Seminario Internacional: Acceso a la justicia reproductiva*. Buenos Aires, INSGENAR-CCD-IPPF, 2011
- AAVV. *El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible*. Buenos Aires, Herramienta, 2013.
- Alma, Amanda, y Lorenzo, Paula. *Mujeres que se Encuentran. Una recuperación histórica de los Encuentros Nacionales de Mujeres en Argentina (1986-2005)*. Buenos Aires, Feminaria, 2008.
- Anzorena, Claudia; Zurbriggen, Ruth. Notas para pensar una experiencia de articulación por la ciudadanía sexual y reproductiva: la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito de Argentina. En: *Revista Herramienta*, n° 48, Octubre 2011, 197-211.
- Anzorena, Claudia; Zurbriggen, Ruth. Trazos de una experiencia de articulación federal y plural por la autonomía de las mujeres: la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, Legal, Seguro y Gratuito en Argentina. En: AAVV, *El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible*. Buenos Aires, Herramienta, 2013.
- Brah, Avtar. "Diferencia, diversidad y diferenciación". En: *Otras inapropiables. Feminismos desde las fronteras*. Madrid, Traficantes de Sueños, 2004.
- Curiel, Ochy. "Los límites del género en la práctica política feminista y en las visiones académicas". Conferencia presentada en el Coloquio El género. ¿Una categoría útil para las ciencias sociales?. Escuela de Estudios de Género y el Centro de Estudios Sociales de la Universidad Nacional de Colombia, Abril, 2006, Bogotá.
- Díaz, Estela. La historia de L.M.R. En: AAVV, *LMR contra Estado Argentino. Acceso a la justicia en un caso de aborto legal*. Argentina, CCD – INSGENAR – CLADEM- AECID, 2011. pp. 7-21.
- Foro: *Las acciones de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito ante el Aborto No Punible*. En <http://abortolegalseguro-ygratuito.blogspot.com.ar/2009/08/foro-las-acciones-de-la-campana.html>. La Pampa, 2009.
- Francisco, Josefa y Antrobus, Peggy. Movimiento de mujeres: negociaciones de los contratos sociales en espacios intergubernamentales multilaterales y entre movimientos transnacionales. En: Graciela Di Marco y Constanza Tabbush, *Feminismos, democratización y democracia radical*. Provincia de Buenos Aires, USAM Edita, 2011. pp. 55-74.
- Fraser, Nancy. *Escala de justicia*. Barcelona, Herder, 2008.
- Lorde, Audre. Aprender de los sesenta. En: Audre Lorde, *La hermana, la extranjera*. Madrid, Horas y HORAS, 2003.
- Lorde, Audre. "Edad, raza, clase y sexo: las mujeres redefinen la diferencia". En: Audre, Lorde, *La Hermana, La extranjera*. Artículos y conferencias. Madrid, horas y HORAS, 2003.
- Mario, Silvia y Pantelides, Edith. *Resumen Ejecutivo Morbilidad materna severa en la Argentina. Estimación de la magnitud del aborto inducido*. Buenos Aires, CEDES-CENEP, 2007.
- Rich, Adrienne. Introducción a la edición de 1986, en "Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución". Valencia, Cátedra, 1996.
- Tribe, Laurence H. *El aborto: guerra de absolutos*. México. FCE -INCP, 2012.

O Acesso ao Aborto Legal e Seguro como Direito das Mulheres: A Experiência Brasileira

Maria José de Oliveira Araújo*

Contexto da Implantação dos Serviços de Aborto Legal

Desde a década de 80, o movimento de mulheres no Brasil vem atuando no cenário nacional e internacional pelo reconhecimento e promoção dos direitos das mulheres como parte indivisível dos direitos humanos. A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU, de 1948, as mulheres passaram a contar com um sistema normativo internacional de proteção dos direitos humanos integrado por vários instrumentos internacionais de alcance geral, tal como a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, ratificada pelo Brasil em 1984 (WHO, 1995).

O sistema regional de proteção dos direitos humanos possui também um instrumento de proteção específica dos direitos humanos das mulheres, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher de 1994- a Convenção de Belém do Pará, ratificada pelo Brasil em 1995. Esta Convenção reconhece a violência contra a mulher como um problema que atinge as

mulheres de todas as classes sociais, sem distinção de raça, religião, idade e orientação sexual, causando graves danos à sua saúde física e mental, chegando a levar à morte um número expressivo de mulheres.

O Brasil vem realizando avanços importantes no tocante aos aspectos legais para o enfrentamento da violência contra mulheres e adolescentes, com a criação de leis nacionais, reformas legislativas, ratificação de convenções e assinaturas de acordos internacionais, além de políticas de enfrentamento à violência e suas repercussões sobre a vida e a saúde das mulheres, no âmbito do Governo Federal, dos estados e municípios.

Os avanços mais recentes no que se refere às questões legais deram-se com a criação dos seguintes dispositivos: i) em 2003, com a Lei nº 10.778, que dispõe sobre a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher atendidos nos serviços de saúde; ii) em 2005 e 2009, com as Leis nº 11.340 e 12.015, que reformam o Código Penal Brasileiro; iii) em 2006, com a Lei nº 11.340, a Lei Maria da Penha e iv) em 2013 a Lei

* Médica, pediatra e especialista em saúde materno-infantil pela Universidade Sorbonne, França; membro do Conselho Diretor da Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, do CLACAI e da Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe; Co-leader de Global Doctor For Choice/Brasil; conselheira da sociedade civil do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher da Presidência da República.

que garante o atendimento nos serviços de saúde às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual. Além desses instrumentos legais, o Código Penal Brasileiro de 1942 possui permissivos que garantem o acesso ao aborto nos casos de gravidez resultante de violência sexual e de risco de vida para a mulher.

Mais recentemente, em 2012, o Supremo Tribunal Federal deu parecer favorável à interrupção da gravidez nos casos de fetos anencefálicos, má formação fetal incompatível com a vida. Antes dessa decisão, as mulheres só tinham o direito de realizar a antecipação do parto com permissão do juiz, o que na maioria dos casos acontecia tardiamente, por volta do último mês de gestação, levando muitas delas a terem que continuar uma gravidez mesmo com o diagnóstico confirmado de anencefalia.

As ativistas dos direitos das mulheres e entidades profissionais da área da saúde tiveram papel fundamental no processo de aprovação dessa medida, contribuindo para qualificar as informações e pautar o debate em torno do tema. Estes seguimentos baseiam seus argumentos em evidências científicas e apoiam-se em princípios e valores éticos contidos no ordenamento jurídico nacional e internacional que sustenta os regimes democráticos e advoga o reconhecimento e a efetivação dos direitos humanos das mulheres (Simonetti, Souza & Araújo, 2008).

Nas três situações de exceção citadas acima, o abortamento é um direito das mulheres que deve ser garantido pelo Estado, conforme dispositivos da Constituição Federal, das Normas Internacionais de Direitos Humanos e das Normas Técnicas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), que tratam do direito à atenção integral, inclusive à saúde sexual e reprodutiva.

No âmbito das políticas públicas, o Governo Federal lançou, em 2013, através da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, o Programa Mulher, Viver sem Violência,

que contempla ações nas áreas da saúde, segurança pública, assistência social e justiça, destinado a prevenir e atender mulheres e adolescentes em situação de violência sexual e doméstica. Esse programa está sendo implantado em todo o território brasileiro e reafirma algumas políticas públicas já existentes desde o final dos anos 80, nas diversas áreas relacionadas à violência contra a mulher.

Apesar de possuir leis consideradas avançadas e programas em relação à violência contra as mulheres, e em que pese o crescimento da economia brasileira, situando-se entre as maiores economias mundiais, os recentes avanços alcançados na redução dos índices de pobreza, e os esforços para consolidar-se como país democrático aos olhos do mundo, o Brasil confunde-se com as nações mais pobres na escala dos indicadores de promoção da justiça social e da cidadania das mulheres. Sua posição é semelhante à dos países minoritários, no seu conjunto, que tratam como crime a interrupção da gestação, com exceção dos casos já citados anteriormente (ROSCO & ZAIDAN, 2008).

A situação do aborto inseguro no mundo está associada ao predomínio de legislações mais restritivas às liberdades individuais em geral e, particularmente, à autonomia das mulheres e à liberdade sexual e reprodutiva. É comum nestes países a presença de segmentos conservadores, que atuam junto à sociedade e às instituições do Estado como forças organizadas, assumidas ou não como religiosas.

A atuação desses grupos vem crescendo nos países da América Latina, como bem observa o estudo de Mujica realizado no Perú e demais países do continente. Este estudo revela que os conservadores têm desenvolvido diferentes estratégias para adentrar no aparelho do Estado e no legislativo e influenciar as políticas públicas e as leis nacionais, numa lógica perversa que contradiz a democracia e a universalidade dos direitos humanos (Mujica, 2007).

O Brasil, como muitos dos países do continente, vem sendo influenciado por essa onda conserva-

dora desde o final dos anos 90. Esse seguimento amplia sua influência no executivo e no legislativo, tendo forte atuação no Congresso Nacional, com múltiplos projetos de lei, todos com perdas para a cidadania e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Nas Câmaras Municipais, propõem leis contrárias ao acesso à contracepção de emergência e a não efetivação do direito ao aborto nas unidades da rede pública de saúde.

No executivo, lutam pela não implantação da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, política que tem como princípio o direito universal à saúde e o respeito à decisão e autonomia das mulheres e suas escolhas reprodutivas. Não se destacam na luta pelas ações preventivas que podem reduzir a gravidez indesejada mas se colocam publicamente contra o uso de métodos contraceptivos de escolha das mulheres.

Estes são os mesmos grupos que há 20 anos propuseram que a Assembleia Nacional Constituinte aprovasse o direito à vida desde a concepção, eliminando da lei o direito, inclusive nos dois únicos casos de aborto permitidos por lei. Mais recentemente, o governo federal sofreu fortes pressões dos grupos conservadores e religiosos no Congresso Nacional para não aprovar projeto de lei que garanta a atenção nos serviços de saúde às mulheres vítimas de violência sexual. A importante atuação das ativistas dos direitos das mulheres e de deputadas progressistas junto ao governo e no Congresso Nacional foi crucial para reverter a posição governista e para a aprovação do projeto.

É nesse contexto de profundas contradições políticas e de ameaça de retrocesso de direitos já conquistados que se dá a implantação dos serviços de atenção à violência contra a mulher e o acesso ao aborto previsto por lei, ou aborto legal, existente no Código Penal Brasileiro há mais de 70 anos.

Avanços e Retrocessos na Implantação dos Serviços de Atenção à Violência Sexual e Aborto Legal

No Brasil ainda prevalece o que foi definido pelos legisladores em 1940: o aborto é crime, previsto no Código Penal, com pena de reclusão para quem o pratica (Art. 124), exceto nos casos já citados (Art. 128). Um detalhe revela um dos aspectos perversos desta proibição. Mesmo nas duas situações em que não é punível, o aborto foi inacessível nos serviços públicos de saúde até 1989. Neste ano, graças à entrada no poder de um governo democrático e à participação de feministas em instância de decisão do sistema de saúde, o aborto seguro nos casos de gravidez resultante de violência sexual foi implantado, estabelecendo o acesso na rede pública e o cumprimento de um direito legal das mulheres.

Esse serviço, o primeiro a funcionar formalmente no Brasil, foi implantado no município de São Paulo, na gestão da Prefeita Luísa Erundina. Estava inserido numa proposta mais ampla de redes integradas de atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência sexual, proposta ainda atual, sendo uma das estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, para garantir o atendimento nestes casos¹.

Muitos anos se passaram desde a criação deste serviço e, com seus avanços e limites, esta experiência é rica em lições sobre a importância da implementação de políticas públicas e também do cumprimento de leis que contribuem para o avanço da cidadania das mulheres e dos direitos sexuais e reprodutivos. A principal contribuição que esse serviço aportou naquele momento para os profissionais da área jurídica foi a discussão sobre a legalidade e a aplicabilidade do artigo 128 do Código Penal, ainda hoje questionado pelos conservadores que continuam opondo-se, com argumentos jurídicos insustentáveis, à continuidade dos serviços existentes e à criação de novos.

A implantação do primeiro serviço de aborto legal não se deu sem conflitos. A decisão política da gestão de garantir esse direito às mulheres encontrou adesão de profissionais da saúde e da área jurídica mas também forte resistência de setores conservadores ligados à Igreja Católica, com cargos estratégicos na Prefeitura de São Paulo. Alguns profissionais de saúde atuantes no processo sofreram sérias ameaças dos grupos pró-vida, que tiveram o apoio de juristas reconhecidos nas suas respectivas áreas e contrários aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. O debate público e democrático sobre o processo propiciado pela gestão envolveu a Ordem dos Advogados do Brasil, deputados e deputadas progressistas, o movimento de mulheres e outros setores sensíveis ao tema e teve papel crucial para neutralizar os conflitos advindos dos conservadores. A firma decisão da Prefeita foi peça chave para a concretização desse direito.

A partir desta experiência, que contribuiu também para o avanço da discussão sobre o direito ao aborto na área da saúde, debate ainda incipiente no final dos anos 80, vários municípios criaram serviços em hospitais da rede pública. Após mais de vinte anos dessa primeira experiência, a evolução da implantação dos serviços de atenção à violência contra a mulher e do aborto legal nos permite afirmar que ela tem sido lenta e de difícil avaliação. Algumas razões podem ser apontadas para justificar essa situação: descontinuidade das políticas e das ações por mudança de gestores e dos profissionais que estão diretamente envolvidos na prestação dos serviços de saúde; falta de prioridade política e financeira para as políticas de saúde da mulher por parte dos municípios; inexistência de dados sistematizados sobre o funcionamento dos serviços e sobre a real magnitude dos casos de gravidez por violência, além do desconhecimento dos trabalhadores/as dos direitos das mulheres, levando ao não cumprimento de protocolos e normas do Ministério da Saúde.

Os dados sobre o número de serviços de aborto legal em funcionamento são contraditórios. No início dos anos 2000, as estatísticas oficiais davam a

existência de 82 hospitais com serviços de atenção à violência sexual, alguns deles com a realização da interrupção da gravidez, distribuídos na sua maioria, nas regiões sul e sudeste do país. O dossiê “Serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004)” revela a existência de 56 serviços (Católicas pelo Direito de Decidir, 2005). Em 2006, o número de serviços de atenção à violência era de 131, distribuídos em todas as regiões brasileiras e o número de serviços de aborto legal de 67 (Brasil, 2007). Rosas aponta um total de 138 serviços em 2008 (2008). Mais recentemente, documento da instituição ANIS (2012) informa a existência de 63 serviços de aborto legal, sem especificar os estados onde estão localizados.

Dados mais recentes do Ministério da Saúde referem a existência de 65 serviços de atenção ao aborto legal sendo ainda a maioria nas regiões sul e sudeste (Brasil, 2013). Algumas capitais brasileiras, como por exemplo Salvador², possui apenas um serviço de aborto legal implantado, obrigando as mulheres do interior do estado a se deslocarem para ter acesso a ele. Essa situação se repete em grande parte das capitais, mesmo naquelas cidades administradas por governos progressistas que conseguiram avançar nas políticas de saúde.

A contradição entre os dados revela a dificuldade de se afirmar, com segurança, quantos serviços realmente funcionam no país. Muitas razões explicam essa situação, tais como questões éticas e legais inerentes ao processo de implementação de políticas que envolvem temas complexos como o aborto; desconhecimento dos dispositivos da lei que permitem aos profissionais realizar os procedimentos técnicos sem problemas de ordem legal, levando a que, mesmo os hospitais que possuem esse tipo de atenção, o serviço não seja divulgado³; a pressão da igreja e dos conservadores para que os dirigentes não implementem políticas de direitos reprodutivos e terminem com os serviços existentes e o desconhecimento das mulheres sobre os seus direitos na área da saúde, havendo baixa pressão social para que esses direitos sejam reconhecidos e implementados.

Além disso, a criminalização do aborto tem papel relevante para que esta situação continue. A ilegalidade tem repercussões inclusive nos casos permitidos no Código Penal. Pesquisa de CDD (2005) revela que mesmo os profissionais de saúde sensíveis às mulheres que sofrem violência, se intimidam com as possíveis repercussões da realização de um aborto legal. Repercussões no meio profissional e temor a ser penalizado por processos judiciais, que na realidade nunca aconteceram, nem mesmo no final dos anos 80, quando o primeiro serviço foi criado.

Essa resistência dos profissionais de saúde, seja por razões religiosas ou objeção de consciência, tem forte impacto na política e é um fator que dificulta a ampliação do número de serviços, mesmo nas principais capitais do país. Essa situação é mais marcante nas regiões norte e centro-oeste, que possuem poucos serviços ou nenhum, como acontece em algumas capitais, a exemplo do Acre e Amapá, que não registram atendimentos em alguns anos.

Objetivando amenizar essa resistência dos profissionais de saúde, os primeiros serviços de aborto legal exigiam que a mulher apresentasse documentos que não constam no Artigo 128 do Código Penal Brasileiro, tais como o Boletim de Ocorrência Policial e o Laudo do Instituto Médico Legal. Para cumprir corretamente o que diz esse Código, o Ministério da Saúde, em 2005, realizou revisão da Norma Técnica de Atenção à Violência Sexual, e dentre várias modificações, retirou essa exigência, permitindo que a mulher possa ter acesso aos serviços sem ter que passar por constrangimentos de qualquer ordem, por exemplo, ter que ir a uma delegacia de polícia ou passar por exame de corpo de delito.

Essa medida foi importante para o avanço dos direitos das mulheres. Pesquisa realizada em 2006 sobre o perfil do atendimento à violência sexual no Brasil (Faundes et al., 2006), revela que mais de 20% dos serviços que realizavam o aborto previsto por lei exigiam documentos alguns deles

completamente desnecessários, submetendo as mulheres a outra violência psicológica, além do retardo no atendimento. Nesse caso, a documentação exigida era alvará do juiz (50%), parecer de junta médica (26,7%), solicitação por escrito feita pela gestante (26,6%) e boletim de ocorrência policial (21,8%).

No Brasil, o aborto inseguro é a 4ª causa de mortes maternas, atingindo desigualmente as regiões e as mulheres segundo grupos sociais, culturais e étnico-raciais, e penaliza principalmente as mulheres jovens, negras e de pouca escolaridade, residentes nas regiões mais pobres do país (Simonetti, Souza e Araújo, 2008). Em 2008, os dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do Sistema Único de Saúde - SUS sobre internações hospitalares de mulheres em processo de abortamento foram de 215 mil (Brasil, 2009)⁴. Nesse mesmo ano, as internações para interrupção da gravidez resultante de violência sexual foram de 3.200, significando que esse tipo de procedimento aumentou em 242% em relação ao ano 2000, ou seja, passaram de 946 casos para 3.200.

Porém, os dados para 2010 e 2011 revelam uma queda, chegando neste último ano a 1504 internações de mulheres que realizaram o aborto por razões médicas e legais⁵. Essa queda pode estar relacionada ao importante incremento da distribuição de métodos contraceptivos pelo Ministério da Saúde, sobretudo da contracepção de emergência, que está disponível em um número importante de municípios brasileiros. Também ao incremento do uso do misoprostol, adquirido a alto custo nas farmácias pelas mulheres das classes populares. Mas pode também estar relacionada à criminalização, que tem o efeito de dificultar o conhecimento do problema e da sua dimensão. A começar por impedir que o dado seja colhido corretamente na fonte, já que as mulheres estariam confessando, mesmo nos casos de aborto legal, um possível crime, segundo muitos profissionais de saúde. A criminalização também legitima atitudes preconceituosas contra as mulheres que realizam

um aborto nos casos de violência, com julgamentos morais e culpabilização.

Os estudiosos do tema inferem que entre 5 e 6% dos abortamentos atendidos no SUS são de mulheres que sofreram violência sexual, mesmo que esse dado não seja revelado por elas no momento do atendimento. Os dados sobre aborto por razões médicas e legais do ano de 2008 apontam 3230 internações, correspondendo a 1,5% do total das internações por aborto, revelando um percentual bem inferior ao padrão proposto pelos especialistas do tema.

Ou seja, tais resultados servem como indicativo da necessidade de análises mais detalhadas por estarem possivelmente relacionados às barreiras de acesso e insuficiências dos serviços de aborto legal, entre outros aspectos, explicitados anteriormente. Destaca-se a importância da disponibilização de dados nos bancos das estatísticas oficiais e sua possível utilização pelo público interessado no tema, o que permite analisar rotineiramente os dados sobre aborto.

Entre os vários fatores que podem influenciar as estatísticas sobre aborto legal podemos destacar: precário funcionamento dos serviços; inexistência de serviços regionalizados ao interior dos estados; registros médicos insuficientes; pouca consciência sobre a importância da informação e o preenchimento correto dos registros estatísticos, bem como a lógica do faturamento do Sistema de Internações Hospitalares do SUS.

A grande variabilidade quanto à qualidade da informação dos dados sobre a morbidade por aborto obtidos através dos sistemas de informação apresenta limitações e deve ser complementada com outros tipos de metodologias. Só assim, será possível detectar problemas e orientar ações para obter informações de maior qualidade a fim de orientar a tomada de decisões.

Mesmo considerando o aumento do número de hospitais e de mulheres que tiveram acesso a esses

serviços desde a sua criação, em 1989, podemos afirmar que ainda é insuficiente a atenção prestada às mulheres que sofreram violência sexual. O número de serviços é pequeno em relação aos dados de mulheres que sofrem violência no Brasil; a maioria dos serviços está localizada nas capitais, tornando o acesso difícil para as mulheres das pequenas cidades e do meio rural; os serviços são desconhecidos da população, levando a que as mulheres que deles necessitam não tenham conhecimento da sua existência. Muitas delas chegam para o atendimento tardiamente, após 20 semanas de gestação, inviabilizando uma possível solução para o caso.

A pesquisa de CDD (2005) aponta, no entanto, o avanço que representa a implementação dos serviços de aborto legal no Brasil, mesmo considerando o pequeno número para um país continental e os limites existentes. Avanços do ponto de vista legal e da saúde das mulheres, já que a grande maioria deles oferece ações de profilaxia recomendadas pelo Ministério da Saúde- a contracepção de emergência e medicamentos de prevenção do HIV- e encaminha a mulher para outro serviço, caso não possa atendê-la adequadamente.

Segundo essa pesquisa, constata-se, ainda, que as adversidades enfrentadas parecem ter fortalecido o ânimo dos profissionais de saúde, atuantes em muitos serviços, que têm se demonstrado incansáveis defensores dos direitos das mulheres, participando e liderando comissões para debater o assunto no âmbito das diversas associações, federações, corporações médicas, do poder executivo e do legislativo. Muitos desses profissionais estão presentes desde o início da luta pela despenalização do aborto no Brasil e são importantes parceiros das ativistas dos direitos das mulheres.

Conclusão

O Brasil possui leis progressistas e políticas públicas baseadas nos direitos humanos. No entanto, alianças políticas com setores conservadores têm influenciado alguns segmentos do Governo Federal, sobretudo a área da saúde, por ser esta o espaço onde são definidas e elaboradas as políticas públicas de direitos sexuais e direitos reprodutivos, temas críticos para a Igreja e outros segmentos conservadores. Mesmo com o processo de descentralização do SUS, em curso, o Ministério da Saúde ainda é uma referência importante para os estados e municípios. Na medida em que suas políticas sofrem retrocessos e a Área Técnica de Saúde da Mulher se abstrai do seu papel de fazer avançar os direitos sexuais e reprodutivos em outros domínios que não o materno-infantil, os estados e municípios também retrocedem nas suas concepções sobre a saúde da mulher. Essa é a polêmica realidade das políticas que envolvem a saúde da mulher conforme paradigmas da primeira metade do século XX, quando a concepção dos direitos sexuais e reprodutivos não existiam.

O Brasil vem realizando importantes avanços no tocante à atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual. Possui programas tanto na área da saúde, da assistência social, da segurança, como leis que podem ser consideradas progressistas e que tentam garantir os direitos humanos da sua população.

Porém, é importante salientar que nem sempre esse avanços se refletem nos níveis locais, ou seja, nos estados e municípios, locus das ações concretas, por razões que vão desde a falta de prioridade nas políticas públicas, o desconhecimento dessas leis e políticas e mais recentemente, o conservadorismo que vem influenciando severamente as decisões governamentais sobre as políticas.

O caso da implementação de serviços de atenção à violência sexual e de aborto legal é emblemático dessas dificuldades, demonstrando que apesar desses avanços, muitas mulheres continuam a ter

os seus direitos violados, sobretudo aquelas mais vulneráveis, como as adolescentes, as mulheres negras e aquelas das classes mais desfavorecidas.

A Plataforma de Ação de Beijing e seus acordos, assinados pelo Governo Brasileiro, reafirma o disposto no Documento do Cairo sobre os direitos reprodutivos e a saúde reprodutiva, com destaque para a relação entre pobreza, discriminação e gênero, e o contexto de violência contra as mulheres como fatores que limitam as suas oportunidades na vida pública e privada, no acesso à educação e de pleno exercício de outros direitos políticos e econômicos.

Espera-se que o Brasil cumpra a sua dívida com as mulheres, garantindo todos os seus direitos, inclusive os direitos sexuais e reprodutivos como exercício de cidadania plena e legítima.■

Referências Bibliográficas

ANIS-Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. Aspectos Éticos do Atendimento ao Aborto Legal-Perguntas e Respostas. ANIS. Apoio ELLAS, Fundo de Investimento Social. Brasília, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Acessado em janeiro/2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: norma técnica. 2ª edição atualizada e ampliada-Brasília:Ministério da Saúde, 2005. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos-Caderno nº 6).

Faúndes, A; Hardy, E; Osis, MJD; Makuch, MY; Duarte, GA; Neto, J. Perfil do Atendimento à Violência Sexual no Brasil. CEMICAMP e Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Apoio Ministério da Saúde. Dezembro de 2006.

Rosas C. F. Evidências Científicas sobre o Uso do Misoprostol. (Paper apresentado no Simpósio “O Papel do Misoprostol na Redução da Morbimortalidade Materna e Neonatal). São Paulo, outubro de 2008.

Simonetti C; Souza L; Araújo M.J.O. Dossiê “A Realidade do Aborto Inseguro na Bahia: a Ilegalidade da Prática e seus Efeitos na Saúde das Mulheres em Salvador e Feira de Santana”. Salvador, dezembro de 2008.

WHO-World Health Organization. Global Consultation Violence and Health. Geneva, 1996.

Rosco, A; Zaidan, P. As leis de aborto no Brasil e no mundo. In: Revista Cláudia Online. 2008. Disponível em <http://claudia.abril.com.br/materias/2882/>

Simonetti, C; Souza, M.H; Araújo, M.J. A Realidade do Aborto na Bahia: a ilegalidade da Prática e seus Efeitos na Saúde das Mulheres em Salvador e Feira de Santana. Organização IMAIS, Salvador, dez/2008.

Notas

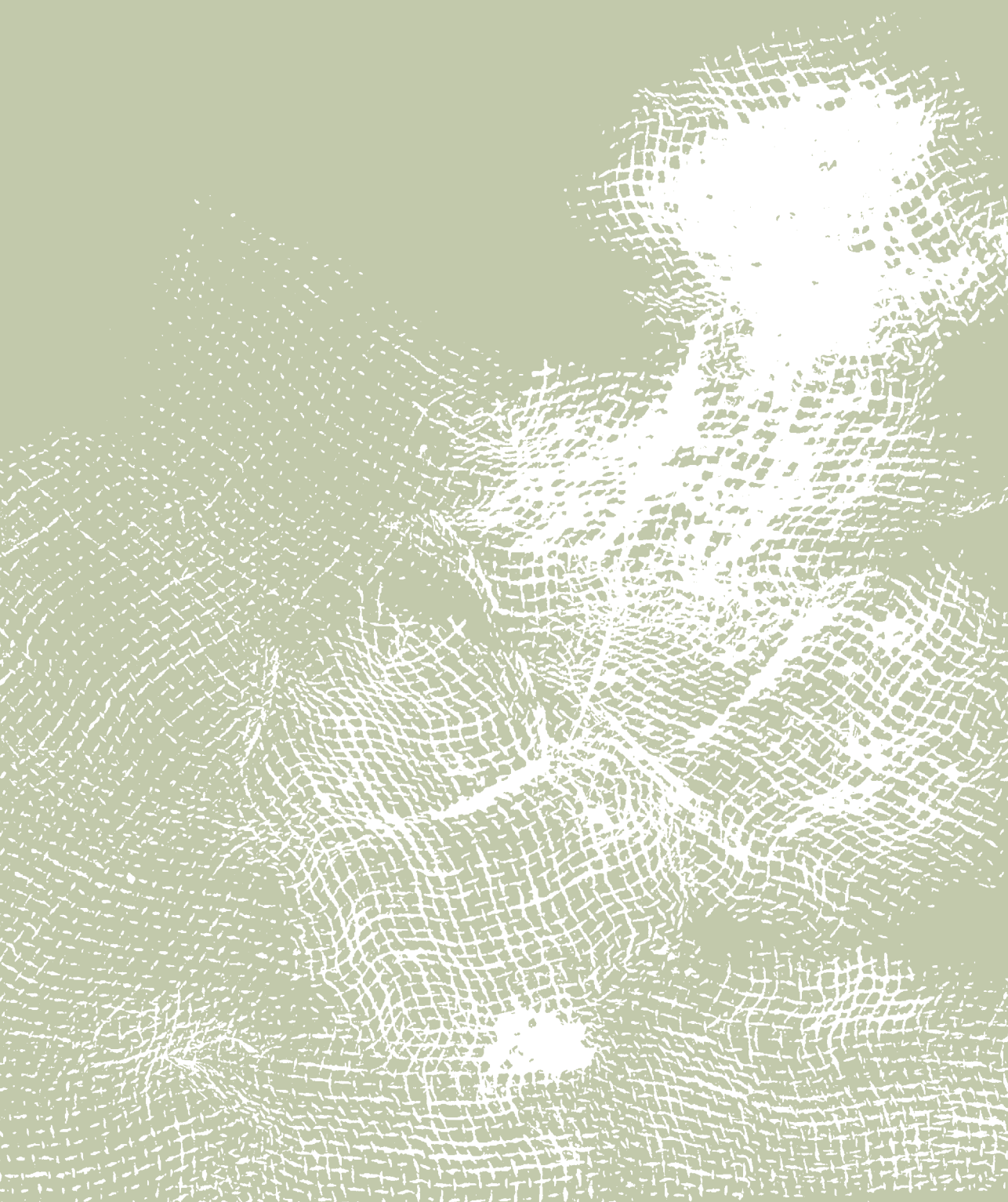
1. O primeiro serviço de aborto legal foi implantado no hospital municipal Dr. Artur Ribeiro de Sabóia, mais conhecido como hospital do Jabaquara, na 1ª gestão do Partido dos Trabalhadores na cidade de São Paulo (1989-1992).

2. Salvador é a capital do estado da Bahia e fica situada na região Nordeste do Brasil. Possui em torno de 2,800 milhões de habitantes, sendo a maioria da população formada por pessoas da raça negra.

3. Existem serviços de aborto legal implantados em hospitais universitários que são desconhecidos das mulheres por falta de divulgação, não tendo inclusive dados públicos que deem conta do seu funcionamento.

4. O Sistema Único de Saúde é público, universal e descentralizado. Atende em torno de 70% da população brasileira, em todas as regiões do país.

5. Atualmente não é possível separar no banco de dados do SUS os abortos por razões médicas daqueles realizados em mulheres que foram vítimas de violência sexual.



Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe

Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y enfoque de derechos: clave para el Programa de Acción de El Cairo después de 2014

Montevideo, 12 a 15 de agosto de 2013

CONSENSO DE MONTEVIDEO SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO

PREÁMBULO

PRINCIPIOS GENERALES

MEDIDAS PRIORITARIAS

A. Integración plena de la población y su dinámica en el desarrollo sostenible con igualdad y respeto de los derechos humanos

B. Derechos, necesidades, responsabilidades y demandas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes

C. Envejecimiento, protección social y desafíos socioeconómicos

D. Acceso universal a los servicios de salud sexual y salud reproductiva

E. Igualdad de género

F. La migración internacional y la protección de los derechos humanos de todas las personas migrantes

G. Desigualdad territorial, movilidad espacial y vulnerabilidad

H. Pueblos indígenas: interculturalidad y derechos

I. Afrodescendientes: derechos y combate al racismo y la discriminación racial

J. Marcos para la puesta en marcha de la futura agenda regional en población y desarrollo

RECOMENDACIONES DE SEGUIMIENTO

Apéndice 1 Reserva presentada por la delegación de Guatemala

(Extracto)

D. ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

Considerando que los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte integral de los derechos humanos y su ejercicio es esencial para el goce de otros derechos fundamentales y para alcanzar las metas internacionales de desarrollo y de eliminación de la pobreza,

Teniendo en cuenta que el avance hacia el logro de la meta de acceso universal a la salud sexual y la salud reproductiva ha sido insuficiente y desigual y que la educación y la calidad de la atención en salud representan factores fundamentales para alcanzar el objetivo final de mejorar la salud sexual y la salud reproductiva,

Reafirmando que la mortalidad materna es una afrenta a los derechos humanos y reconociendo que las muertes maternas en su abrumadora mayoría son prevenibles,

Preocupados por las elevadas tasas de muertes maternas, en gran medida debidas a la dificultad para acceder a servicios adecuados de salud sexual y salud reproductiva y a la realización de abortos inseguros, y conociendo que algunas experiencias en la región muestran que la penalización del aborto provoca el incremento de la mortalidad y morbilidad maternas y no disminuye el número de abortos, todo lo cual aleja a los Estados del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio,

Reconociendo que, a pesar de los avances en la cobertura del tratamiento antirretroviral y en la disminución de la transmisión vertical del VIH, continúan vigentes desafíos en materia de conocimiento y prevención del VIH/SIDA, detección voluntaria oportuna, atención de las personas con VIH/SIDA y eliminación del estigma y la discriminación, que siguen siendo generalizados, en especial respecto

de personas LGBT, las trabajadoras del sexo, las mujeres que viven con VIH/SIDA, las personas que usan drogas y otros grupos clave,

Considerando que las brechas en salud continúan sobresalientes en la región y que las estadísticas promedio suelen ocultar los altos niveles de mortalidad materna, de infecciones de transmisión sexual, de infección por VIH/SIDA y de demanda insatisfecha de anticoncepción entre la población que vive en la pobreza y en áreas rurales, entre los pueblos indígenas y las personas afrodescendientes y grupos en condición de vulnerabilidad como mujeres, adolescentes y jóvenes y personas con discapacidad,

Acuerdan:

33. Promover, proteger y garantizar la salud y los derechos sexuales y los derechos reproductivos para contribuir a la plena realización de las personas y a la justicia social en una sociedad libre de toda forma de discriminación y violencia;

34. Promover políticas que contribuyan a asegurar que las personas ejerzan sus derechos sexuales, que abarcan el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y salud reproductiva;

35. Revisar la legislación, las normas y prácticas que restringen el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, incluida la provisión de servicios integrales amigables en el caso de adolescentes y jóvenes, y asegurar el acceso a la

información completa sobre todas las opciones de servicios disponibles para todas las personas sin discriminación de ningún tipo, para asegurar que se cumplan en nuestra región los más altos estándares internacionales de protección a los derechos humanos y libertades fundamentales;

36. Desarrollar políticas y programas tendientes a erradicar la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género en el ejercicio de los derechos sexuales y su manifestación;

37. Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGBT, personas mayores y personas con discapacidad, prestando particular atención a personas en condición de vulnerabilidad y personas que viven en zonas rurales y remotas y promoviendo la participación ciudadana en el seguimiento de los compromisos;

38. Promover la prevención y la detección oportuna y garantizar el acceso universal al tratamiento integral del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual, y eliminar el estigma y la discriminación de que suelen ser víctimas las personas que viven con el virus;

39. Fortalecer las medidas de detección del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en mujeres embarazadas, y de prevención de la transmisión vertical del virus;

40. Eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando en el conjunto de prestaciones integrales de los servicios de salud sexual y salud reproductiva medidas para prevenir y evitar el aborto inseguro, que incluyan

la educación en salud sexual y salud reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado y, asimismo, la atención integral después del aborto, cuando se requiera, sobre la base de la estrategia de reducción de riesgo y daños;

41. Promover programas de prevención y de autocuidado en salud sexual y salud reproductiva de los hombres;

42. Asegurar, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional, la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados y no aceptados e instar a los demás Estados a considerar la posibilidad de modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos;

43. Asegurar el acceso efectivo de todas las mujeres a la atención integral en salud en el proceso reproductivo, específicamente a atención obstétrica humanizada, calificada, institucional y de calidad, y a servicios óptimos de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como a servicios que integren la interrupción del embarazo en los casos previstos por la ley y garantizar el acceso universal a técnicas de fertilización asistida;

44. Garantizar el acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos, basados en evidencia científica con pertinencia cultural, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia;

45. Formular planes para fortalecer los mecanismos de detección de alteraciones del embarazo, incluida la preconcepción, elevar la calidad de atención prenatal con enfoque intercultural, garantizar la provisión de sangre segura para la atención del embarazo, parto y puerperio, y mejorar la atención humanizada del parto y el nacimiento y los cuidados perinatales integrales, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres, los niños, las niñas y las familias;

46. Garantizar una dotación suficiente de recursos financieros, humanos y tecnológicos para brindar un acceso universal a la salud sexual y la salud reproductiva de todos y todas, incluidos hombres, mujeres, adolescentes, jóvenes, personas mayores y personas con discapacidad, sin discriminación alguna.■

Nota: Para consultar el texto completo del Consenso de Montevideo acceda a: http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-Consenso_Montevideo_PyD.pdf

Documento de Posición de Redes y Organizaciones de la Sociedad Civil sobre el Acceso Igualitario al Aborto Legal, Seguro y Gratuito

Montevideo, Uruguay, Agosto 2013

Con motivo de la revisión de los compromisos adquiridos hace 20 años en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo (CIPD), y con miras a la construcción de una nueva agenda de desarrollo que represente el mundo en el que todas y todos queremos vivir, las organizaciones y redes firmantes de esta declaración llamamos a los Estados reunidos en Montevideo en el marco de la I Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe a tomar una postura dirigida a garantizar y respetar los derechos humanos de todas las niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres a tener acceso a servicios de aborto legal, seguro, gratuito y de calidad sin discriminación, coerción o violencia.

Si bien reconocemos y hacemos nuestros los avances sustantivos que se han logrado a lo largo de estos 20 años de implementación del Programa de Acción de la CIPD, incluido el reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos, la inclusión de los mismos en marcos normativos nacional, regionales e internacionales y la creación de políticas públicas que permiten un mejor acceso a la salud sexual y reproductiva en la región, aún hay muchas brechas que vencer. Además, los Estados de la región tienen compromisos y recomendaciones que honrar derivados de las Conferencias, tratados y mecanismos internacionales de derechos humanos en la materia.

Entre los grandes pendientes consideramos que son dos los temas que ameritan una atención prioritaria. Por un lado, la despenalización del aborto que garantice el acceso igualitario a servicios de aborto legal, seguro y gratuito acompañados de una política pública que garantice su implementación eficaz y de calidad para todas las niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres. Y por otro lado la instauración de Estados laicos que garanticen el actuar del mismo sin ninguna interferencia de posturas religiosas e ideológicas que afecten los derechos humanos de las mujeres. Estos pendientes son tan urgentes que ya no pueden esperar más, por las siguientes razones:

- Latinoamérica y el Caribe sigue siendo la región con mayor criminalización del aborto en el mundo, existiendo aún 7 países (Chile, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Haití, Surinam y República Dominicana) que mantienen leyes que prohíben de manera absoluta el acceso a servicios de aborto.
- Como resultado, niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres viven serias y graves violaciones a sus derechos humanos al ser víctimas de violencia institucional, en el sentido que:
 - Son obligadas a continuar con embarazos no deseados, incluso en casos cuando éste es resultado de violación, o que pone en riesgo su salud y su vida, resultando en la comisión de actos de tortura, como ya ha sido señalado por organismos internacionales de derechos humanos.
 - Como resultado de la denegación del aborto han visto afectada severamente su salud física, mental y emocional o han muerto. Estos han sido los casos, por ejemplo, de Esperancita en República Dominicana o de Beatriz en El Salvador. La diferencia entre estos casos es que Esperancita murió tras no recibir ningún tipo de atención, mientras que Beatriz vive con secuelas físicas y emocionales, tras recibir atención tardía solamente después de que la Corte Interamericana de Derechos Humanos ordenara medidas provisionales a El Salvador para garantizar el tratamiento médico adecuado para salvar su vida, después que el Estado se negara a cumplir en dos ocasiones con las medidas cautelares emitidas por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.
- En otros casos la ilegalidad las ha orillado a buscar servicios inseguros que también han puesto en riesgo su vida y su integridad personal. En América Latina y el Caribe aproximadamente 11% de las muertes maternas son consecuencia de abortos inseguros y más de un millón de mujeres y niñas son hospitalizadas cada año para recibir tratamiento por complicaciones de aborto inseguro.
- Algunas de las adolescentes, jóvenes y mujeres han sido estigmatizadas, criminalizadas y muchas han perdido su libertad. Tales son los casos documentados en El Salvador, Brasil y México, donde han sido denunciadas por prestadores de servicio quienes las han atendido ya sea por complicaciones de abortos inseguros, por simples abortos espontáneos, complicaciones de partos prematuros o emergencias obstétricas. Tras enfrentarse a un sistema de justicia represor y discriminatorio, que ha violado su presunción de inocencia, en algunos casos, se les ha impuesto penas mayores que van de los 20 a los 40 años de prisión, al ser acusadas por el delito de “homicidio calificado” (agravado) y “homicidio en razón de parentesco”. Este es el caso, por dar un ejemplo, de Teresita en el Salvador, quien actualmente se encuentra presa al recibir una sentencia de 40 años de prisión por el delito de homicidio agravado, a pesar que lo que le sucedió fue una emergencia obstétrica.
- Dicha criminalización disuade a las adolescentes, jóvenes y mujeres de recurrir a los servicios de salud cuando lo requieren poniendo nuevamente en riesgo su salud y su vida.

En aquellos países donde el aborto está permitido en ciertas circunstancias, siguen existiendo graves problemas de implementación de los servicios, ya sea por la falta de lineamientos claros para su aplicación, por falta de presupuestos destinados a estos servicios, por obstáculos normativos o de facto

-algunos propiciados por la intervención de grupos fundamentalistas que están en contra del aborto-, o por la falta de acceso a información fidedigna, de calidad y basada en criterios científicos. Como consecuencia las niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres se han visto impedidas de acceder a los servicios de aborto seguro, gratuito y de calidad.

La penalización del aborto afecta especialmente a mujeres jóvenes, pobres y que viven en condiciones de vulnerabilidad, pues son quienes cuando interrumpen sus embarazos lo hacen bajo condiciones de alto riesgo, siendo por tanto un tema de injusticia social y con profundas raíces en la discriminación por razones económicas, étnicas, de raza, de clase, de condición migratoria, entre otras. Reconocemos que ha habido grandes avances en algunos países de la región, que han logrado despenalizar el aborto (Uruguay y el D.F. en México) o han ampliado el número de causales para acceder a él (Colombia). Sin embargo, también reconocemos que el riesgo de retroceso sigue presente y que las reacciones de sectores fundamentalistas se han exacerbado.

Las estrategias por obstruir el derecho de las adolescentes, jóvenes y mujeres a tomar las decisiones que afectan su vida privada y a tomar control sobre su propio cuerpo son cada vez más feroces, agresivas y amplias, logrando ocupar espacios que podrían impedir que se avance en el pleno ejercicio de los derechos humanos de las mujeres o que se retroceda en aquellos espacios que ya se han ganado gracias al esfuerzo de muchas voluntades, tanto de gobiernos progresistas como de las organizaciones feministas y defensoras de los derechos de las mujeres.

En este sentido también es de preocupación que las defensoras de derechos humanos que defienden el derecho al aborto, los derechos sexuales y los derechos reproductivos y sus organizaciones son cada vez más estigmatizadas, amenazadas, atacadas o criminalizadas. Ejercer el derecho a defender los derechos sexuales y los derechos reproductivos y

abogar por el derecho a decidir de todas las personas, hoy en día es un gran riesgo.

Así, a 20 años de espera necesitamos una respuesta contundente, sin titubeos ni medios acuerdos por parte de los Estados, que atienda y dé respuesta a las realidades que enfrentan las niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres todos los días en nuestra región, por el simple hecho de vivir el proceso biológico del embarazo. YA BASTA de esperar 20 años más para que las niñas, adolescentes, jóvenes y las mujeres puedan decidir sobre sus vidas, empezando por sus cuerpos, y sobre cómo vivir.

Estamos seguras que NO se logrará reducir la morbi-mortalidad materna sin acceso a servicios de aborto legal, seguro, gratuito y de calidad. No podemos hablar de Estados democráticos sin el respeto de los derechos humanos de las niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres en todas sus dimensiones y considerando su universalidad e indivisibilidad. No podemos seguir tolerando discursos de Estados que se dicen protectores de derechos humanos mientras ignoran esta realidad y que no dan frente a la situación.

¡Hoy es tiempo de actuar y de ser coherentes!

Las organizaciones firmantes llamamos a los Estados reunidos en Montevideo en el marco de la I Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo para América Latina y el Caribe a que se comprometan a:

1. Priorizar este tema en los acuerdos derivados de la Conferencia Regional, en cumplimiento de sus compromisos internacionales adquiridos previamente, tanto en Conferencias como en los tratados internacionales de derechos humanos y en consonancia con los estándares internacionales
2. Cumplir sin dilación alguna las recomendaciones hechas a los países de la región por los Comités de monitoreo de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano en esta materia.

3. Despenalizar el aborto, eliminar las barreras legales y de implementación para garantizar el acceso a los servicios integrales de interrupción segura, gratuita y de calidad del embarazo, libre de requisitos de tutela o consentimiento marital o parental.

4. Poner en libertad inmediata y cesar la criminalización de las niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres, debidas a la penalización del aborto, en especial en aquellos países donde la prohibición es absoluta.

5. Brindar información de calidad, fidedigna y basada en criterios científicos sobre este tema a toda la población, sin discriminación alguna.

6. Eliminar las barreras socioculturales que refuerzan estereotipos de género con respecto a la maternidad y que estigmatizan a las niñas, adolescentes, jóvenes y mujeres, impidiéndoles tomar decisiones libres e informadas sobre su sexualidad y su propio cuerpo. Garantizar, además, una educación integral para la sexualidad.

7. Garantizar el acceso a métodos de anticoncepción, incluida la de emergencia, de calidad, variados, amigables, de acuerdo a las necesidades de las adolescentes, jóvenes y mujeres, y garantizando la confidencialidad

8. Cesar el hostigamiento, la criminalización y las agresiones dirigidas a las redes, organizaciones civiles, feministas y a las defensoras de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Garantizar la seguridad e integridad de las defensoras amenazadas por mecanismos represivos del Estado o por grupos civiles portadores del odio y el fundamentalismo.

¡Aborto legal y seguro, un asunto de derechos, un asunto de democracia!

¡Aborto ilegal, violencia estatal! ■

Redes y Organizaciones Firmantes:

Campaña 28 de Septiembre por la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe

Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos (RMMDR)

Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMAC)

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM)

Campaña por la Convención de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos

Red Latinoamericana y Caribeña de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos/ REDLAC

Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir (Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, El Salvador, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, además CDD-España)

Red de Mujeres Afrolatinoamericanas, Afrocaribeñas y de la Diáspora

Articulación Feminista Marcosur

Foro de Salud y Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (Chile)

Articulación Feminista por la Libertad de Decidir, AFLD (Chile)

Red de Mujeres Jóvenes por la Elección y el Placer

Coalición Salvadoreña de Mujeres Rumbo a Cairo + 20

Concertación Feminista

<i>Plataforma Juvenil Salvadoreña por los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos</i>	<i>Movimiento por una Cultura Laica (MCL) (El Salvador)</i>
<i>Colectiva Mujer y Salud (República Dominicana)</i>	<i>Mujeres por la Asamblea Constituyente (Chile)</i>
<i>Cotidiano Mujer (Uruguay)</i>	<i>Observatorio de Equidad de Género en Salud (Chile)</i>
<i>Colectiva de Mujeres Jóvenes Teclenas MEZTLI</i>	<i>Agrupación Ciudadana por la Despenalización del Aborto Terapéutico, Ético y Eugenésico (El Salvador)</i>
<i>La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (Colombia)</i>	<i>Alianza por la Salud Sexual y Reproductiva en El Salvador (ASSR)</i>
<i>Red Nacional de Mujeres de Colombia</i>	<i>Organización de Mujeres Salvadoreñas por la Paz (ORMUSA) (El Salvador)</i>
<i>Ipas México</i>	<i>Coordinación de Mujeres del Paraguay (CMP)</i>
<i>Mujer y Salud, MYSU (Uruguay)</i>	<i>Frente Ecuatoriano por los Derechos Sexuales y Reproductivos</i>
<i>Alianza Nacional por el Derecho a Decidir (México)</i>	<i>Centro de Estudios de Género de la Universidad de El Salvador (CEG-UIES)</i>
<i>Pacto Nacional por la Vida, Libertad y Derechos de las Mujeres (México)</i>	<i>Concertación Feminista “Prudencia Ayala” (El Salvador)</i>
<i>Punto Focal Campaña 28 de Septiembre (Guatemala)</i>	<i>Colectiva Feminista para el Desarrollo Local (El Salvador)</i>
<i>INADE Joven (Guatemala)</i>	<i>Taller Salud (Puerto Rico)</i>
<i>Coordinadora Política Juvenil por la Equidad de Género CPY-EC</i>	<i>Consorcio para el Diálogo Parlamentario (México)</i>
<i>Colectiva Salud Mujeres (Ecuador)</i>	<i>Central Sindical Única (PIT-CNT) (Uruguay)</i>
<i>Jóvenes Ecuador Rumbo a Cairo + 20</i>	<i>Centro de Documentación de Estudios (CDE) (Paraguay)</i>
<i>Feministas en Resistencia (Honduras)</i>	<i>Tierra Viva (Guatemala)</i>
<i>Red Nacional de Defensoras (Honduras)</i>	<i>BECA (Paraguay)</i>
<i>Círculo de Estudios Feminista (Honduras)</i>	
<i>Articulação de Mulheres Brasileiras (Brasil)</i>	
<i>Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (Brasil)</i>	

