

## **MONITOREO SOCIAL ACCESO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO Y A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN TIEMPOS DE CORONAVIRUS**

El Monitoreo Social es una forma de participación ciudadana dirigida a evaluar o auditar el desempeño público en la implementación de decisiones de política pública. En este caso, su finalidad es observar la implementación de la política pública que habilita el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo IVE en tres circunstancias: riesgo vital, inviabilidad fetal incompatible con la vida y violación sexual a las mujeres, niñas, adolescentes y personas gestantes en Chile. También se observó la atención en salud sexual y reproductiva (SSR) en la crisis del COVID19, profundizando en las realidades territoriales e incluyendo una perspectiva interseccional que considera la pertenencia a pueblo originario o afrodescendiente, el habitar el mundo rural, tener la condición de migrante, ser lesbiana, trans, o vivir con alguna discapacidad.

### **I OBJETIVO Y METODOLOGÍA DEL MONITOREO**

Esta es la segunda vez que la Mesa Acción por el Aborto y Fondo Alquimia, en alianza con organizaciones territoriales, realizan un monitoreo de la implementación de la ley IVE. El primero se realizó en el período noviembre 2018-marzo 2019 y develó la ausencia de información sobre la ley a las mujeres y comunidad en general; una preocupante falta de información y capacitación del propio personal de salud; el obstáculo que representa la objeción de conciencia en la entrega de la prestación; y, finalmente, la afectación del derecho de decisión de las personas que estuvieran enfrentando un embarazo en alguna de las causales permitidas por ley.

Este segundo monitoreo se ejecutó entre julio y octubre de 2020, durante la crisis sanitaria que provocó la llegada del coronavirus al país. El trabajo se hizo en alianza con seis organizaciones territoriales: Madre Nativa en la región de Arica y Parinacota, Acción Feminista Ovalle en la región de Coquimbo, Marcha Mundial de Mujeres en la región Metropolitana, Marcha Mundial de Mujeres Fiofío en la región del Biobío, Observatorio de Equidad en Salud según Género y Pueblo Mapuche en la región de la Araucanía y Colectiva Las Furias de Ancud en la región de los Lagos.

La evidencia nacional e internacional muestra que en momentos de catástrofes -y la pandemia del coronavirus lo es- la SSR y el acceso al aborto legal quedan relegados frente a la atención a la emergencia, impactando incluso de manera permanente la vida de las mujeres y de las identidades sexuales y de género. En atención a esta evidencia, las preguntas que guiaron el monitoreo fueron: ¿Qué sucede con la atención en salud sexual y reproductiva, y el acceso al aborto legal en tiempos de Coronavirus? ¿Cómo ha impactado la pandemia en las atenciones de SSR? ¿Se ha garantizado el acceso a la ley IVE? La observación buscó profundizar en las realidades territoriales que condicionan la SSR y el acceso al aborto legal, así como incluir una perspectiva interseccional particular de acuerdo con la pertenencia a pueblo originario o afro, habitar el mundo rural, tener la condición de migrante, ser lesbiana, persona trans, o vivir con alguna discapacidad.

Como era de esperarse, las herramientas habituales de recolección de información tuvieron que adaptarse a las restricciones de distanciamiento físico y la cuarentena. A través de plataformas virtuales y telemáticas, se entrevistaron usuarias de los consultorios incluidos en el monitoreo y profesionales de la salud de la Atención Primaria (APS) y de las Unidades de Alto Riesgo Obstétrico (ARO), que es donde se realizan los abortos. También se conversó con informantes claves, como colectivos y redes feministas territoriales, y se cursaron solicitudes de información por ley de transparencia. En total, se realizaron 130 entrevistas semiestructuradas a personal de salud y usuarias, se aplicaron 33 guías de preguntas a informantes claves y se cursaron 56 requerimientos de información a establecimientos y autoridades de salud regionales. Además, se realizaron dos grupos focales: uno con organizaciones de la diversidad o disidencia sexual y de género, y otros con organizaciones de personas viviendo con alguna discapacidad.

## II HALLAZGOS

Los establecimientos de salud adecuaron su funcionamiento y modelo de atención para hacer frente a la pandemia y priorizaron su cartera de prestaciones. En un primer momento, las distintas autoridades hicieron el llamado a la población a no asistir a los centros médicos si no era estrictamente necesario, para no exponerse innecesariamente al contagio. Con el paso de los meses se fueron retomando atenciones suspendidas. Esto se implementó como resultado de los protocolos del MINSAL, pero principalmente por iniciativa del personal de salud, dado el conocimiento de las particularidades de las usuarias y de los territorios. De hecho, en materia de SSR las primeras guías para el manejo de casos Covid en gestantes, puérperas y díadas se conocen en junio de 2020, y recién en octubre se difunden las orientaciones técnicas y protocolos en ámbitos de la salud sexual y reproductivas.

La pandemia evidenció las debilidades propias de la insuficiencia de recursos en personal técnico y profesional, infraestructura y de equipamiento, frente a las necesidades del 80% de la población que utiliza la red asistencial pública, mostrando cómo las precariedades del sistema público son una de las tantas muestras de la profunda desigualdad en Chile.

### **Interrupción voluntaria del embarazo**

Nuevamente, los hallazgos del monitoreo son preocupantes y debieran llevar a acciones de parte del Ministerio de Salud y los servicios de salud y redes asistenciales en cada territorio observado. El contexto de pandemia agregó dificultades por la insuficiencia o disminución del personal que, junto a las deficiencias que subsisten en la implementación, ha impactado en el acceso a la IVE. De hecho, el número de casos en 2020 fue 22% menor al atendido en 2019. **Al inicio de la crisis sanitaria no hubo instrucciones en torno a la ley IVE**, salvo la de seguir otorgando la prestación. Tampoco se sabía cómo actuar en caso de presencia de un PCR positivo con sintomatología. A partir de las orientaciones de junio de 2020 del MINSAL se estableció que en situación de riesgo vital materno se puede constituir la primera causal.

En las 6 regiones, la constitución de equipos IVE en las unidades de alto riesgo obstétrico ARO y la rutinización de algunos procedimientos de derivación y atención en la red asistencial están hoy instalados, y esto es un logro de los profesionales comprometidos, y no necesariamente de una

política estatal. La realización de interrupciones voluntarias del embarazo se mantuvo durante la pandemia y no se reporta escasez de insumos ni fármacos en los establecimientos que formaron parte del monitoreo para la realización del procedimiento.

Sin embargo, los problemas y obstáculos identificados en el monitoreo de 2019 no se han superado, y en algunos casos se han producido retrocesos en la atención producto de la crisis sanitaria. El monitoreo arroja que en los seis territorios no hay avances sustantivos en los obstáculos de acceso que se identificaron en 2019 producto de la **falta de información a las usuarias y la escasa capacitación e información al personal** -situaciones que afectan principalmente a la atención primaria- y **los altos índices de objeción de conciencia que se registran en los hospitales, particularmente en torno a la tercera causal**. Estas barreras se agrandan en tiempos de pandemia y se potencian con dificultades que tienen que ver con la edad, habitar lo rural, la nacionalidad, la situación socioeconómica, la pertinencia cultural, o los tabús y prejuicios sociales.

El hecho concreto es que las mujeres y personas con capacidad de gestar, de manera significativa, **desconocen que tienen el derecho a interrumpir un embarazo en las causales legalizadas y que esa interrupción debe hacerse de manera expedita, sin afectación de su dignidad y derecho a decisión**. En las entrevistas las mujeres dicen haber conocido de las tres causales por búsqueda propia o por alguna organización feminista y de mujeres en sus territorios. Previo al Coronavirus, era mínima la información disponible en los centros de salud -afiches, folletos o similares- y recibir orientación dependió de acceder a una atención con el personal directamente involucrado en un proceso de IVE. Es grave comprobar que esa ausencia de información se mantiene durante el 2020 cuando se conoce, en los peores meses de la pandemia, del aumento de la violencia y la violencia sexual al interior de las familias contra mujeres, adolescentes y niñas. Este año, la desigualdad de acceso a la información se acrecentó por las brechas de conectividad y de alfabetización digital que transparentaron las medidas de confinamiento.

**Entre el 2019 y el 2020 no se advierten estrategias de información y capacitación al personal de la atención primaria.** Las entrevistas dan cuenta de que éstas han sido escasas y de ninguna manera permanentes. Hay establecimientos de APS donde se realizó una capacitación al inicio de la implementación de la ley, y no se han repetido. Esto significa que, si hubo rotación, hay personal que no ha sido capacitado; y, que no se han incorporado mejoras en las capacitaciones. Como resultado, el rol de la APS en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo no está instalado en los equipos. **Durante la atención a la pandemia en el 2020 se reforzó la visión de que “la IVE” es más un asunto de los hospitales que de los consultorios.** La capacitación que reportan los y las profesionales se produce principalmente en la atención secundaria, donde están las unidades de alto riesgo obstétrico, concentradas en el personal de salud directamente involucrado en el proceso de IVE.

**La ausencia de información a las usuarias y comunidades y las debilidades de la capacitación del personal de salud se potencian negativamente para restringir el acceso a la IVE:** mujeres que pudieron haber constituido una causal no recibieron la opción, otras llegaron tarde o no supieron cómo acceder. Se mencionan casos principalmente en la primera y tercera causal. Respecto de la segunda causal, en las entrevistas se advierte sobre el tiempo que demora llegar a una confirmación

diagnóstica. Habitar una zona rural o aislada constituye una dificultad de acceso a la IVE en tiempos razonable pues las usuarias deben desplazarse a establecimientos de mayor complejidad u hospitales regionales.

En los seis territorios, el monitoreo reafirma la **importancia de las duplas psicosociales en la información y acompañamiento a las usuarias en los procesos de atención y acceso a la interrupción del embarazo**. Estas profesionales también han sido claves en las pocas acciones informativas a la comunidad que se conocen sobre las tres causales. Entre las dificultades para el desempeño de sus labores aparece de manera transversal es la necesidad de contar con mejor infraestructura para una atención más personalizada (fuera de los espacios ligados a la maternidad) y que permita mayor confianza con las usuarias. **Durante la pandemia, sin embargo, su trabajo fue principalmente telemático y, como dice una trabajadora social entrevistada, “las mujeres han estado mucho más solas en estos procesos”.**

En contraposición, **la objeción de conciencia se mantiene como una de las barreras para acceder al aborto legal**. Particularmente en los hospitales con alto número de objetores, las y los profesionales entrevistados relatan situaciones donde se ha afectado el acceso y vulnerado la posibilidad de decisión de las mujeres. La diferencia respecto del monitoreo anterior es que los equipos conocen quiénes son y organizan alternativas de derivación que, en la medida de lo posible, los esquivan. **Persisten los objetores simbólicos -es decir, personas que intentan trabar directa o indirectamente la implementación de la ley aun cuando no sean formalmente objetores de conciencia-** en distintos momentos en la ruta de atención con relatos que pueden ser identificados como violencia simbólica. Casos en los que se sube el volumen en una ecografía para que las mujeres escuchen el latido fetal, o se las felicita por sus embarazos aun en conocimiento de la situación que están enfrentando, son algunas de las situaciones descritas en las entrevistas, así como el uso de lenguaje religioso y de condena moral. También están quienes solicitan mayores evaluaciones de las necesarias para establecer un diagnóstico, y obstruyen con ello la posibilidad de decisión de las mujeres.

Respecto de las causales, el monitoreo muestra la dificultad con la primera causal puesto que hay médicos que hacen una interpretación restringida de las situaciones y los casos que pueden constituirla. Esto pudiera estar ligado al hecho de que fuera de las causales sigue siendo delito, lo que hace que una interpretación amplia tenga riesgos penales. En el caso de la segunda causal, se manifiesta una dificultad evidente con la confirmación diagnóstica de la inviabilidad fetal incompatible con la vida extrauterina, lo que afecta particularmente a las mujeres residentes en zonas rurales y aisladas.

Otra realidad que ha mostrado con claridad este monitoreo es la **dificultad de acceso que pone el número de semanas en la tercera causal**. Son reiterados los relatos que dan cuenta que, en muchos casos, llegan niñas y adolescentes a los establecimientos de salud con embarazos que superan las semanas de gestación establecidas en la ley. **Se conjugan como barreras la naturalización de la violencia sexual y el desconocimiento de la existencia de la ley, entre otros factores**. Es importante relacionar esta información con la que arrojan las cifras de casos identificados por el Ministerio de Salud que muestran que más del 35% de las niñas menores de 14 años continúan con sus embarazos.

Se configura aquí un desafío urgente para que el personal de salud en la APS y en los equipos ARO - particularmente las duplas psicosociales- contribuyan a un acompañamiento que permita la decisión de esas niñas y adolescentes sin la presión de sus familias.

### Salud sexual y reproductiva

El monitoreo da cuenta cómo se agudizó el **déficit programático** que ya estaba presente antes de la pandemia. En general, existe una visión restringida de la atención en SSR, entendida como una respuesta puntual a necesidades específicas de las usuarias. Este enfoque acotado influye en que las mujeres deban buscar información por sus propios medios, a través de Internet o de organizaciones feministas lo que, a pesar de ser positivo, no es viable para todas y muestra un déficit del Estado en materia de Salud. En segundo lugar, impide una decisión informada, afectando la autonomía y ejercicio de derechos de manera cabal.

La información recabada en las entrevistas muestra como la **distancia a un abordaje integral, las debilidades de la red de atención y la ausencia de respuesta a las necesidades de grupos poblacionales específicos marcan de manera importante el acceso a la atención en SSR y la calidad de esa atención**. Es sintomático ver las percepciones enfrentadas que tiene el personal de salud y las usuarias. Los equipos evalúan avances importantes que se expresan en la gama de medios anticonceptivos, el espectro de exámenes, y en general la ampliación de la oferta pública en el contexto de la política de salud sexual y reproductiva. En perspectiva, es evidente que se han dado avances en las últimas décadas. Sin embargo, para las usuarias y usuaries, persiste una importante distancia respecto de sus condiciones y necesidades específicas. De alguna manera, se cuestiona una atención homogenizada, que no responde a las condiciones y opciones de vida de las personas.

Los déficits previos a la crisis sanitaria se agudizaron debido a la discontinuidad en las atenciones, la orientación de no ir a un establecimiento de salud salvo situaciones de emergencia o sospecha de COVID, así como el temor al contagio de las propias mujeres que evitaron acercarse a los consultorios. **La pandemia provocó atrasos en las atenciones y desinformación de la población**.

En los primeros meses del coronavirus la atención se centró en las gestantes -control prenatal y parto- y el recién nacido/nacida. Luego de algunas semanas se retomó la entrega de anticonceptivos, no sin dificultades, tal como ha mostrado la tardía información sobre lotes de anticonceptivos defectuosos que fueron distribuidos en la red asistencial. Todas las otras prestaciones como papanicolaous, mamografías, y manejo de infecciones de transmisión sexual, se suspendieron y sólo se han ido retomando recientemente. El personal de salud expresa temor respecto del impacto de estas postergaciones sobre la mortalidad y enfermedad de las mujeres – por ejemplo, cánceres no detectados a tiempo.

Un grupo particularmente afectado es el de adolescentes y jóvenes: cerradas las escuelas, los internados y los espacios amigables en la red de salud, faltaron estrategias para mantener el contacto y la información con esta población. Veremos consecuencias en su salud sexual y reproductiva, en violencia sexual y en embarazos no deseados.

En cada territorio, los problemas hasta aquí referidos tienen expresión particular. Al mismo tiempo, hay situaciones comunes de la atención en salud sexual y reproductiva que quedan a la vista con el monitoreo:

- Las entrevistas dan cuenta de las dificultades de la salud intercultural en los territorios donde existen centros comunitarios de salud indígena. Las deficiencias se presentan no sólo en las atenciones relacionadas con la maternidad, sino en la inclusión de los saberes de los pueblos originarios en las atenciones de salud. Desde el Wallmapu señalan que las prestaciones de SSR están sujetas al paradigma biomédico, sin reconocer a los agentes de salud tradicional ni garantizando el derecho a la autodeterminación de los pueblos a gestionar sus centros de salud. Una muestra clara de eso es que, en el manejo de la pandemia, en los territorios que formaron parte del monitoreo, no hubo diálogo con la población indígena, ni siquiera en aquellas zonas donde hay consultorios de medicina tradicional, para complementar las medidas de prevención.
- Otro de los elementos que surgió con fuerza en este monitoreo es la poca consideración a la multiculturalidad que tiene el país. En todos los territorios surge con fuerza el tema de las migrantes y cómo las atenciones en salud no han logrado considerar las particularidades de sus culturas, prácticas y tradiciones. La barrera idiomática con la población haitiana no ha sido subsanada sino en algunos lugares donde se cuenta con un/a traductor/a que facilita la comunicación. En las entrevistas aparecen prejuicios respecto de las mujeres migrantes y sus comunidades.
- Durante la pandemia del 2020, en las zonas rurales y aisladas la postergación de la atención fue mayor, sobre todo allí donde la única opción es acercarse al único hospital regional. Tanto los territorios monitoreados de la zona norte y sur presentaron dificultades de conectividad durante la pandemia, y hubo personas que quedaron sin acceso a la atención. Los traslados hacia los centros de salud se vieron afectados por las restricciones de desplazamiento, por ejemplo, la duración de los permisos no alcanzaba para cubrir el tiempo total que necesitaba una persona para asistir a un centro de salud en las zonas más aisladas. Así también, la suspensión de atenciones en algunas de las postas rurales o CESFAM obligaron a las mujeres a desplazarse más de lo normal si es que necesitaron alguna atención, generando dificultades adicionales. Por otra parte, las atenciones vía telemática, que lograron de manera relativamente satisfactoria reemplazar las atenciones presenciales en zonas urbanas, no tuvieron el mismo resultado en zonas rurales, donde la señal de internet es deficiente o inexistente, o la alfabetización digital no es suficiente.
- El monitoreo también da ciertas señales respecto de otras deficiencias de la atención en SSR en poblaciones específicas con necesidades particulares, como las personas en situación de discapacidad y la comunidad LGBTI+, a quienes claramente no ha incorporado el sistema de salud, lo que debe ser estudiado en profundidad en futuros monitoreos. A las mujeres con discapacidad se las infantiliza en su sexualidad, y se las excluye, pues no hay información pensada en términos de accesibilidad universal, ni personal capacitado para entregarla. Por su parte, son muy escasos los establecimientos y profesionales que dan respuesta a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las lesbianas y las personas trans.

- En todos los territorios las usuarias declaran haber vivido y/o conocer situaciones de mal trato en la atención, particularmente durante la adolescencia y juventud, y en el parto. Las mujeres suelen ser cuestionadas, no informadas y vulneradas, situaciones que se agravan cuando son pobres, migrantes, negras, lesbianas, trans, adolescentes, pertenecen a algún pueblo indígena, o tienen alguna discapacidad. Al parecer hay cambios que se han producido con las y los profesionales jóvenes, pero llama la atención la ausencia de una política dirigida a superar y erradicar estos problemas que han sido constantes en la atención de salud sexual y reproductiva.
- La salud mental emerge como un campo de atención de gran requerimiento en toda la red asistencial. Los indicadores de salud mental durante la pandemia dan cuenta de un aumento de los problemas en esta área y particularmente entre las mujeres, quienes han visto aumentada la carga de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, han sido afectadas en mayor medida por el desempleo y expuestas a mayores situaciones de violencia. En lugares como Chiloé se recomienda la incorporación de terapias alternativas, complementarias y naturales, de la mano de la sensibilización, capacitación y actualización por parte de los equipos de salud en estas temáticas. Claramente, la salud mental en general, y de las mujeres en especial, debe ser abordada con prontitud, considerando las particularidades mencionadas.

Finalmente, y haciendo eco de lo que se expresa en las entrevistas, lo que se haya podido hacer en acceso al aborto en tres causales y en atención en SSR que las usuarias valoran ha dependido en mucho del compromiso de los equipos de salud y de las mismas mujeres dentro de esos equipos. Si bien se agradecen las voluntades de profesionales que tienen un interés por resguardar el acceso a la salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos, esto debería ser una garantía estatal, para responder a las necesidades de todas las niñas, adolescentes, mujeres y personas trans. En efecto, el monitoreo arroja que las deficiencias en la atención de salud de las mujeres continúan. La pandemia potenció algunas de ellas y dejó al descubierto otras, de las cuales es imperativo que las autoridades en salud asignen recursos y tomen decisiones de gestión adecuadas, pertinentes y eficientes en el corto plazo. No es posible enfrentar un futuro, con o sin pandemia, en las condiciones actuales.

### **Requerimientos para una apropiada implementación de la ley IVE**

Más allá de las dificultades propias de la emergencia sanitaria de 2020, hay elementos que continúan dificultando la implementación de la ley IVE, varios de ellos ya identificados en el monitoreo 2019. La persistencia de estas falencias hace necesaria una intervención para un correcto ejercicio del derecho de las mujeres a interrumpir el embarazo de acuerdo con esta norma. Se vuelve imperativo reiterar la urgencia de las recomendaciones hechas en 2019, particularmente respecto de la información a las mujeres y personas con capacidad de gestar: el desconocimiento de la ley es una barrera objetiva de acceso a la IVE. Esto es una realidad para todas las causales, pero especialmente cuando se trata de un embarazo producto de violación.



A tres años de la implementación de la ley se hace necesario revisar y actualizar protocolos y procedimientos para incorporar la experiencia y conocimiento acumulado por los equipos médicos y psicosociales, así como definir cursos de acción que permitan resolver las brechas de acceso existentes que la pandemia ha profundizado. La incorporación de una perspectiva interseccional en el monitoreo permitió conocer la distancia a la atención de SSR y a la IVE que marca el lugar donde se vive -zona rural o aislada-, vivir con una discapacidad, ser lesbiana, persona trans o migrante. Mientras el sistema de salud estandariza las prestaciones de SSR, las usuarias necesitan que éstas se diversifiquen y tomen en consideración las particularidades territoriales y culturales.

En igual sentido, es importante que se revise la implementación desde una perspectiva intercultural y se incorporen las necesidades de las mujeres de pueblos indígenas y los saberes de sus culturas en la atención de la SSR y las orientaciones respecto del acceso a la IVE. La ley IVE debe difundirse e implementarse con una perspectiva antirracista.

Se reitera la necesidad de información y capacitación a personal y equipos de salud distintos a los directamente involucrados con la IVE. La formación debe ir más allá de la información sobre el procedimiento o prestaciones incluidas en la ley, dando el énfasis necesario a derecho de las mujeres y personas gestantes a optar por una IVE al encontrarse en alguna de las causales, y el respeto a su decisión.

Se debe abordar la objeción no formal e identificarla como una barrera y una práctica que vulnera derechos.

Unido a esto, los datos muestran una visión extendida de que las mujeres deben estar dispuestas a la maternidad siempre, uniéndola con su realización y desarrollo integral como personas, situación que no ha variado desde el monitoreo anterior. Sin perjuicio de estas medidas específicas que se adopten, la mejora en la implementación de la ley IVE no puede ser abordada sino considerando la SSR y los derechos sexuales y reproductivos de manera integral. En este contexto se debe dar especial atención a la situación de niñas y adolescentes, de manera que otorgar orientación y consejería libre de discursos que subliman la maternidad o la convierten en una obligación, y con pleno respeto a su autonomía progresiva.

La red de atención primaria ha dejado de ser una puerta de entrada para una posible IVE, especialmente en la causal tres, debido a que se restringieron durante la pandemia las atenciones consideradas no esenciales. Esta situación debe ser abordada de manera urgente por las autoridades en este segundo año de crisis sanitaria, por lo que debiera considerarse una modificación en las prioridades en salud que incorpore la atención en SSR en las nuevas planificaciones, incluido el acceso al aborto legal.

Finalmente, el monitoreo vuelve a mostrar que muchas de las situaciones y vulneraciones descritas no sucederían si el aborto, por voluntad de la mujer y dentro de un plazo determinado, además de causales graves (como las actuales tres) que no requieran plazo o plazos más extensos, fuera garantizado por ley de forma segura y gratuita. Así lo indican las restricciones a la interrupción de un embarazo cuando el médico o médica estima que la mujer gestante no está en riesgo vital, aun cuando su salud esté en peligro, o los embarazos no deseados que han producido los lotes de



anticonceptivos dañados y frente a los cuales la legislación vigente no da opciones. Recomendamos la despenalización total del aborto y la ampliación de la actual ley de aborto agregando un sistema de plazos que respete la autonomía reproductiva de las mujeres y personas con capacidad de gestar.