



INFORME ANUAL 2023

RUTA DE ACCESO A LA LEY 21.030

OBSERVADORAS LEY DE ABORTO CHILE

Invitación

I. Vida y riesgo vital

II. Explorando las consultas a OLA:

¿Quiénes buscan información y asesoramiento para abortos por causales en Chile?

III. Implementación del Programa: Ruta de Acceso a la Ley 21.030 en Chile de Observadoras de la Ley de Aborto.

A. El acceso al aborto por causales en Chile desde la experiencia de Observadoras de la Ley de Aborto.

B. La denegación del derecho a una interrupción voluntaria del embarazo, cursando alguna de las 3 causales en Chile.

C. La decisión de no acudir al hospital, una decisión habitual de las mujeres.

IV. Aprendizajes y Reflexiones.

Recursos Consultados



Invitación

Este informe documenta parte de las experiencias y desafíos de OLA puestos en el acompañamiento al acceso a la ley de aborto en Chile. Es también una manifestación de nuestro compromiso con la construcción de un mundo donde las mujeres, jóvenes, niñas y todas las personas vivamos plenamente, participando en proyectos de vida significativos y gozando de justicia social.

OLA comenzó su labor en el año 2018 con el Programa Ruta de Acceso a la ley 21.030, el cual registró hasta el año en curso 2.906 personas que enfrentaron embarazos no deseados y se encontraban en alguna de las 3 causales que permite la ley IVE. (Registro OLA 2018 - 2023).

Con el objeto de ampliar nuestro alcance, lanzamos el 28 de Septiembre del año 2022, Info Aborto Legal Chile, línea telefónica que entrega información a través de mensajería en WhatsApp y llamadas de lunes a viernes, entre las 12:00 y 19:00 hrs. proporcionando información valiosa en materia de derechos sexuales a miles de personas y orientándoles en el acceso a un aborto garantizado por la ley de interrupción voluntaria del embarazo en Chile.

El registro de esta experiencia nos permite levantar evidencia respecto a la implementación de la ley IVE y compartirla a través de este informe con las mujeres y comunidades, equipos de salud, legisladores, decisores e implementadores de políticas públicas.

En este Informe presentamos información relevante sobre los perfiles de quienes se comunicaron con OLA durante el 2023 y cómo resultó el acceso a la ley 21.030 en los servicios de salud, dando cuenta de:

- a) Experiencias en que se accedió al derecho al aborto,
- b) Experiencias en que se denegaron los servicios de aborto garantizados por ley a mujeres que se encontraban en alguna (s) de las causales.
- c) Experiencias en que las mujeres, que pese a estar en alguna de las tres causales, deciden NO ir al hospital a solicitar el servicio.

Seguiremos trabajando hasta que vivir en libertad sea una realidad, y las decisiones sobre nuestros cuerpos sean respetadas y protegidas.

Editoras:

Carolina Cisternas Márquez
Mariana Meza Álvarez
Milena Meza Álvarez

olachile.org

I. Vida y riesgo vital

El concepto de **vida vivible** compromete la calidad de vida en términos de autonomía, integridad, salud, dignidad, bienestar emocional y metas o propósitos que dan sentido a la vida. Enmarcada en los derechos humanos, se refiere a la posibilidad de disfrutar de una existencia que respete y garantice los derechos fundamentales de todas las personas. Es satisfactoria, con hitos significativos positivos y experiencias enriquecedoras para el proyecto de vida elegido y deseado. Esta idea implica cuidar la vida y hacerlo mediante acciones individuales, organizaciones sociales e instituciones públicas y privadas que aseguren garantías y servicios con perspectiva de derechos. Vivir no es sobrevivir, vivir es gozar, disfrutar, elegir, acceder a comunidades que potencien la democracia, el cuidado del medio ambiente y el equilibrio con la naturaleza.

El Estado de Chile ha suscrito acuerdos y convenios internacionales¹ que impulsan y orientan a los distintos Gobiernos para la consideración de políticas sociales de protección y bienestar social pertinentes

1 Declaración Universal de los Derechos Humanos, Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW), La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Belém do Pará), La Conferencia Internacional sobre Población y desarrollo, el Cairo, La declaración y Plataforma de Acción de Beijing.



y diligentes para atender las necesidades humanas diversas que se pueden presentar durante las diferentes etapas de la vida en la comunidad.

El acceso inequitativo a la salud de las mujeres en gran parte del planeta es también parte de estas necesidades por resolver y por lo tanto una amenaza permanente a su **Vida Vivible**². En la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, el Artículo 25 establece el derecho a un nivel de vida adecuado que asegure la salud y el bienestar.

Durante el año 2023, las mujeres que se encontraban en alguna de las 3 causales y se contactaron con OLA, revelaron una preocupante amenaza a la garantía de una vida vivible. Esta amenaza se manifestó especialmente en las siguientes situaciones:

a) Intensificación de la violencia psicológica, física, sexual, simbólica u otra en su entorno más cercano proveniente de su pareja, ex pareja, padre de hijos/hijas, padre biológico, otros familiares o vínculos relevantes.

2 Por ejemplo, 18 Millones de latinoamericanas y caribeñas no tuvieron acceso a métodos anticonceptivos durante la pandemia de la Covid-19 (REDSMLAC, 2023)

*“Siento como si me quemara el alma esto, cuando era muy niña fui abusada, me costó años hacer una vida normal y ahora esto me recuerda a eso... Me siento sin esperanzas desde que me enteré, ya no puedo dormir, ya no puedo seguir así”
(Cuidadora, Iquique, 32 años)*

*“No tenía conciencia, fue sin mi consentimiento, al despertar sentí mucho miedo, no pude hacer nada, después no he dejado de pensar y culparme, estoy mal”
(Trabajadora y Cuidadora, Chillán, 42 años).*

b) Agudización del empobrecimiento económico y limitaciones para el desarrollo productivo, aumentando las labores domésticas y de cuidado que son asumidas de forma gratuita, especialmente por las mujeres adultas y adultas mayores (madres y abuelas en sus roles de género).

*“Te quiero contar que anoche estuve muy mal, llevo muchos años cuidando a mi mamá que está postrada, lo que no me ha permitido tener trabajos constantes, siempre he aguantado malos tratos porque esta casa es de un hermano de mi mamá, anoche sentí deseos de morir... Hoy siento que no puedo esperar ni callar esto, voy a ir al hospital, espero puedan acogerme por la causal 3. Me siento muy mal, necesito que me saquen esto, de verdad ya no puedo con el dolor y la pena que tengo”
(Cuidadora, Puerto Montt, 37 años)*

*“Quiero abortar, tengo 10 semanas, me estaba cuidando y falló, sufro de TLP (Trastorno de la personalidad limítrofe), tengo 2 hijos, no tengo la custodia de ellos por intento de suicido. Estoy en tratamiento con fármacos continuos, esto para mi es horrible, volvieron mis crisis, mi ideación a matarme, no quiero no puedo soportar otro embarazo. A mi me ha costado mucho salir adelante, yo ahora estoy recién volviendo a estar mejor, recién me habían prestado una máquina para mi empresa, me estaba al fin afirmando, pero yo no puedo hacer nada, no tengo fuerzas, imaginate si tuviera otro hijo! por favor no me dejen sola, todavía tengo que recuperar a mis hijos”
(Trabajadora independiente, Santiago, 27 años).*

c.- Agravamiento de diversos diagnósticos clínicos tales como: estados depresivos, presencia de tumores, hipertensión, diabetes, alcoholismo, tromboembolismo pulmonar, trombosis venosa profunda, candidiasis, presión alta, infección urinaria, enfermedades autoinmunes, entre otras.

“Estoy con psicólogo por el tema del cáncer, aun no me hago ecografía, ya no puedo más, desde el cáncer todo ha sido cada vez más difícil” (Cuidadora, La Serena, 38 años).

“Curso un embarazo no deseado, estoy diagnosticada con depresión crónica entre otros trastornos y he estado con ideaciones suicidas desde un comienzo ya que no me siento capaz de seguir con el embarazo” (Estudiante, Valdivia, 25 años).

*“A causa del abuso que viví durante tantos años, llegué a un límite en el que me dolía vivir y desarrolle una severa depresión, quise quitarme la vida 2 veces, hoy me encuentro en tratamiento psiquiatrico y psicologico, tengo un diagnóstico de bipolaridad
(Trabajadora independiente, Rancagua, 26 años).*

*“Yo me encuentro en una etapa 4 de cáncer, además de eso tengo un informe ecográfico que dice que tengo placenta acreta, quiero interrumpir este embarazo, quiero hacer mi tratamiento de cáncer, necesito recuperarme, en mi anterior embarazo casi me morí, fue de 28 semanas y tuve una hemorragia muy complicada”
(Cuidadora, Santiago, 34 años).*

La valoración de la vida, implica reconocer que esta debe ser vivible, lo que significa tener en cuenta tanto las condiciones materiales básicas, como el acceso oportuno a servicios de salud adecuados³. Es fundamental preservar la vida de manera integral, respetando la dignidad de cada persona y las condiciones de acceso a salud digna que se requieren, así como los mínimos básicos que toda persona debería tener garantizado.

El 49% de las personas que solicitaron acompañamiento y se encontraban en causal durante el 2023, informaron haber sido diagnosticadas con una o más condiciones de salud que les generaron preocupación y les hicieron sentir en riesgo o potenciaron riesgos existentes en sus vidas, particularmente en el contexto de una gestación no deseada.

3 Por ejemplo, 18 Millones de latinoamericanas y caribeñas no tuvieron acceso a métodos anticonceptivos durante la pandemia de la Covid-19 (REDSMLAC, 2023)

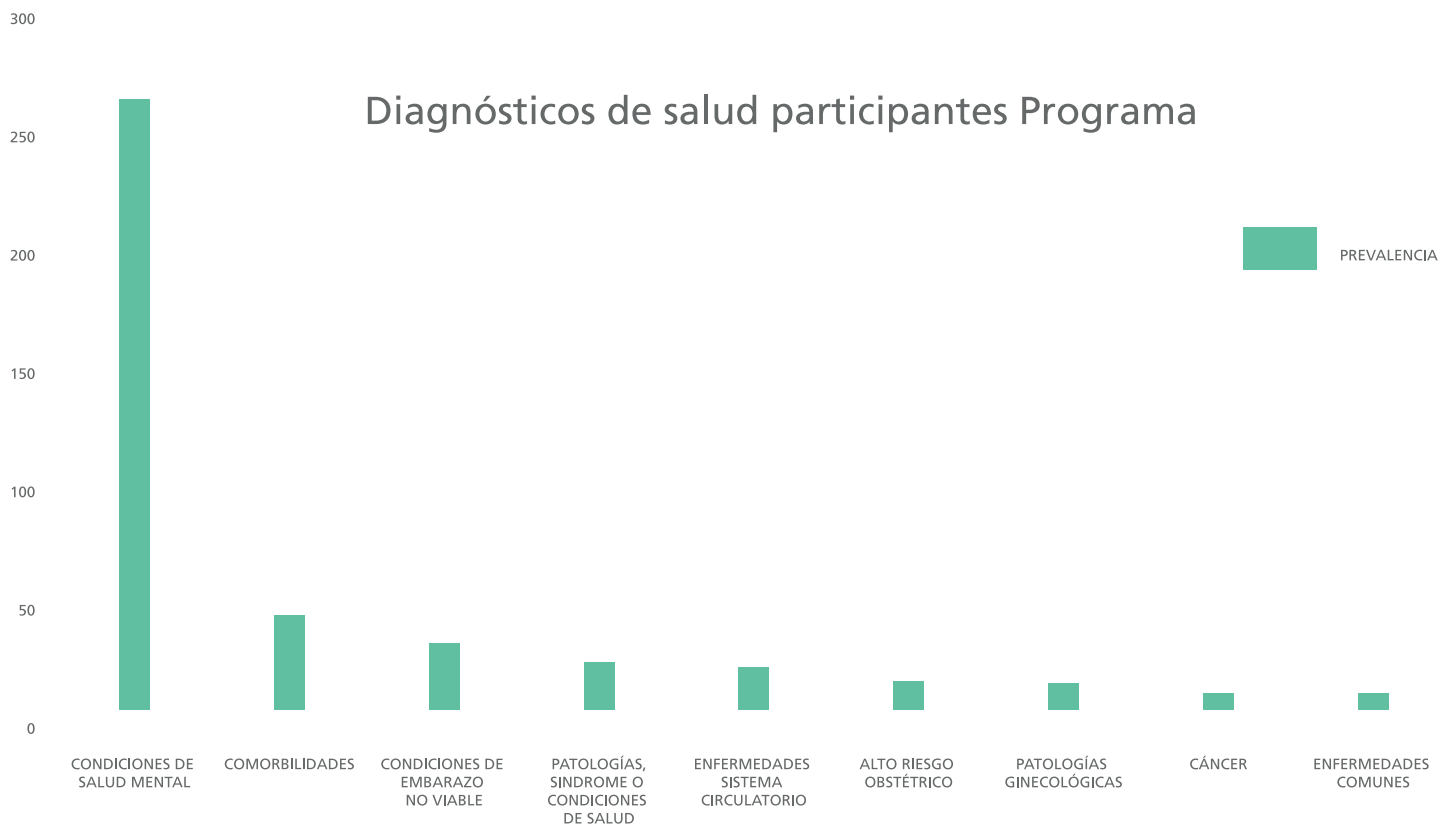


Gráfico 1: Prevalencia Diagnósticos de salud participantes Programa: "Ruta de Acceso a la ley 21.030" OLA - 2023. Ver anexo 1.

DIAGNÓSTICO DE SALUD	PREVALENCIA
CONDICIONES DE SALUD MENTAL	258
COMORBILIDADES	40
CONDICIONES DE EMBARAZO NO VIABLE	28
PATOLOGÍAS, SÍNDROME O CONDICIONES DE SALUD	20
ENFERMEDADES SISTEMA CIRCULATORIO	18
ALTO RIESGO OBSTÉTRICO	12
PATOLOGÍAS GINECOLÓGICAS	11
CÁNCER	7
ENFERMEDADES COMUNES	7

Tabla 1: Diagnósticos de salud participantes Programa: "Ruta de Acceso a la ley 21.030" OLA - 2023.

Los testimonios y datos recopilados reflejan la urgencia de abordar las diversas dimensiones de la salud, donde se entrelazan la violencia de género, la precariedad económica y la salud física y mental. Estos diagnósticos subrayan la necesidad de políticas integrales que respeten su autonomía y dignidad. Estos datos revelan una realidad preocupante que exige una respuesta efectiva y un apoyo integral que atienda tanto las necesidades físicas como emocionales de quienes están en situación de vulnerabilidad.

A medida que avanzamos con la recopilación de estos antecedentes dimensionamos el peso de las enfermedades y deterioro continuo de la salud que cargan las mujeres que fueron parte de nuestro Programa de Acompañamiento durante el año 2023. Las mujeres no nacemos con todas estas enfermedades, más bien son las implicancias del sistema patriarcal, extractivista, racista, adultocentrista, clasista y desigual, lo que nos daña y deteriora la vida.

El acoso callejero, la violencia en contexto de pareja, los espacios estudiantiles sexistas, los trabajos precarios, los procesos migratorios que atraviesan las mujeres y sus familias, entre otros factores sociales y culturales profundizan el deterioro de la salud de nuestras comunidades.

El 48% (436 mujeres, jóvenes, niñas y otras personas) del registro total se encontraba en en causal 3 , quiere decir que han sido víctimas de violencia sexual. De esas 436 mujeres, jóvenes, niñas y otras personas, 256 comparten un poco más de su historia íntima con OLA, otras prefieren no dejar detalles.

El 75% conocía a su agresor y podría encontrarse con él, o seguir viéndole en su diario vivir. En algunos casos se trató del padre de uno o más hijas/os. El 32% de las violaciones fueron realizadas por la pareja actual de la víctima.

RELACIÓN CON EL AGRESOR	
PAREJA ACTUAL	74
EX PAREJA	70
DESCONOCIDO	53
AMIGO O AMIGOS	19
OTROS FAMILIARES	6
COMPAÑERO DE TRABAJO	4
TOTAL	226

Tabla 2: Relación con el agresor de víctimas de violencia sexual. Programa: "Ruta de acceso a la ley 21.030" OLA - Chile.

Recoger los datos que dan cuenta de la violencia y compartirlos con la comunidad es un ejercicio que busca dar cuenta de las realidades urgentes y violentas que viven las mujeres, buscamos promover medidas que aborden esta violencia de manera práctica y material como por ejemplo: garantizar que toda mujer que sufra una violación sea atendida, contenida y reparada por los diversos sistemas de orden público, especialmente lo que corresponde a la salud de las mujeres, jóvenes y niñas.

El 75% conocía a su agresor y podría encontrarse con él, o seguir viéndole en su diario vivir. En algunos casos se trata del padre de uno o más hijas/os. El 32% de las violaciones fueron realizadas por la pareja actual de la víctima.

¿Cómo se vive con esa herida, con un embarazo producto de la violencia? ¿Cómo es/sería esa maternidad obligada que tiene de escenario una de las violencias más desgarradoras que se pueda experimentar?

¿Cómo lo hacemos para vivir mejor? Ese es el reto.

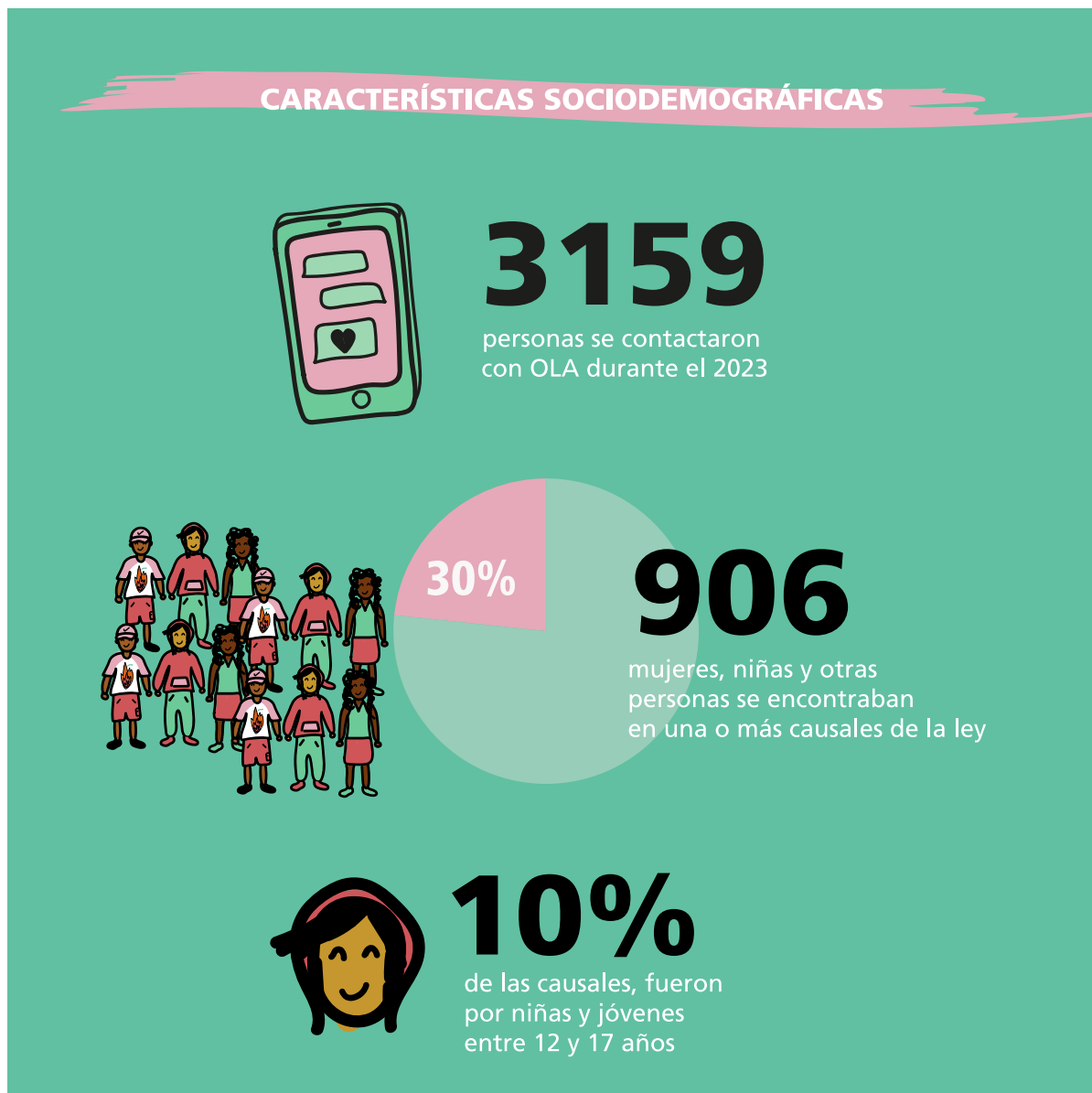
II. Explorando las consultas a OLA:

¿Quiénes buscan información y asesoramiento para aborto por causales en Chile?

Desde nuestros inicios, hemos registrado y documentado la implementación de la ley 21.030 en Chile. Nuestra experiencia nos ha llevado a reflexionar sobre la diversidad de perfiles de quienes buscan acceder a un aborto por causales en algún momento de sus vidas: el lugar donde viven, su historia personal, la etapa de la vida en que se aborta, el historial clínico, los antecedentes de violencia.

Las características sociodemográficas, el contexto social, la historia personal, el historial clínico, los antecedentes de violencia, los contextos económicos y las redes de apoyo disponibles pueden ser determinantes sobre la manera en cómo se vivirá un proceso de aborto.

Este informe se desarrolla en base a los datos registrado durante el año 2023:



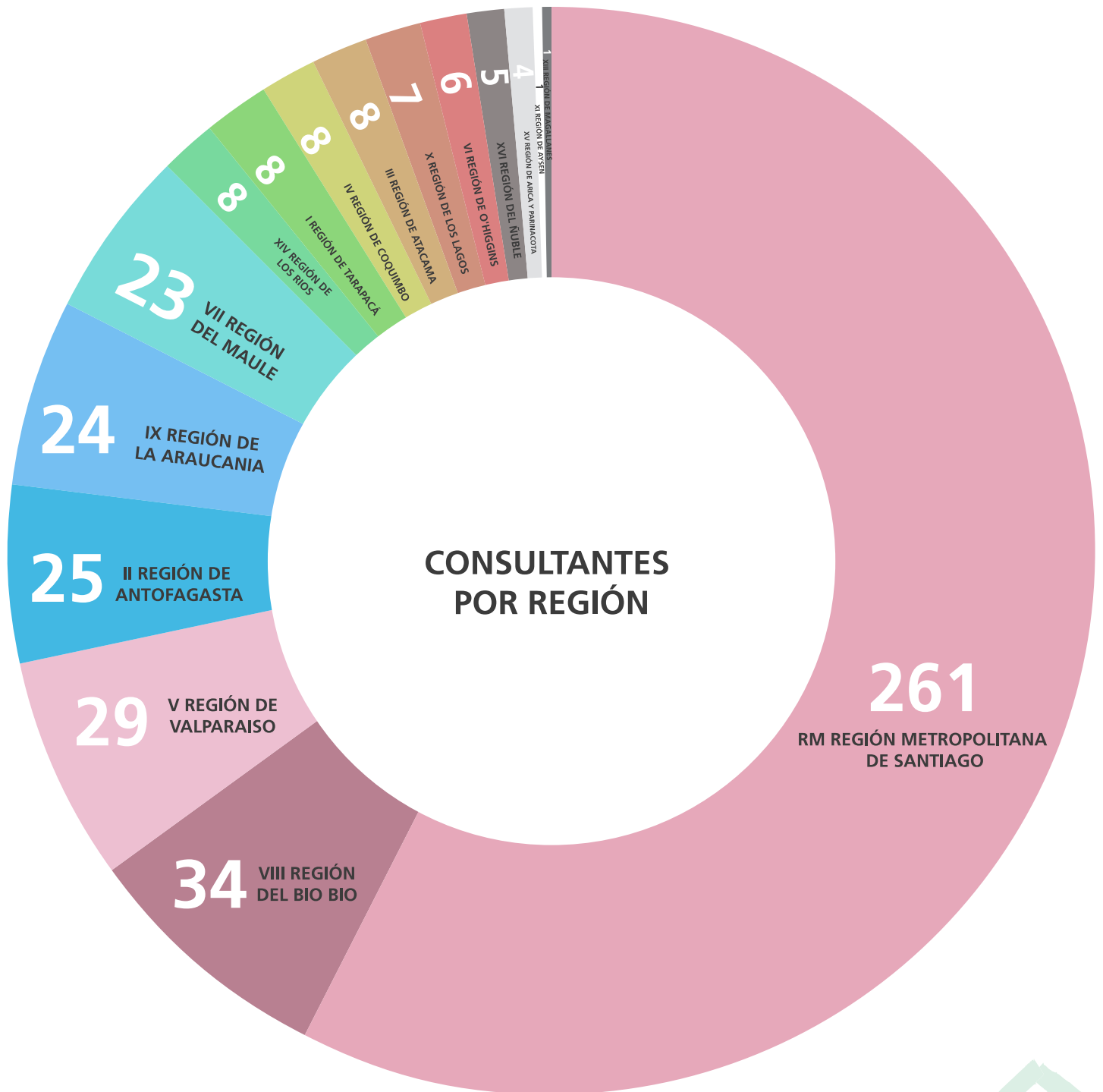


Gráfico 2: Región de residencia consultantes Programa "Ruta de Acceso a la ley 21.030" OLA, elaborado en base a 452 personas que registraron su Región de Residencia durante el segundo semestre 2023.

Un 14% de ellas se encontraban en procesos migratorios y en algunos casos, no tenían comuna de residencia fija.

Un 5% de ellas reconocieron pertenecer a algún pueblo originario.

Un 2% de ellas reconocieron ser afrodescendientes.

PUEBLO ORIGINARIO	N° PERSONAS
MAPUCHE	36
QUECHUA	4
AYMARA	3
NO IDENTIFICA	2

Tabla 3. Pertenencia a pueblos originarios consultantes Programa: "Ruta de Acceso a la ley 21.030" OLA - 2023

Un grupo de 488 personas, entregó información respecto a sus principales ocupaciones. Destaca en estos hallazgos lo siguiente:

35% Estudiante (escuelas, liceos, CFT y Universidades).

25% Trabajo independiente.

22% Trabajo dependiente.

18% Trabajo exclusivo en las tareas de trabajo doméstico y cuidados.

Se reconocen peluqueras, estudiantes, TENS, médicas, abogadas, cuidadoras, auxiliares de aseo, asesoras de hogar, profesoras, trabajadoras sociales, psicólogas, temporeras, pasteleras, choferas, bailarinas, artesanas, vendedoras, ingenieras, recepcionistas, telefonistas, policías, manicuristas, temporeras, enfermeras, ingenieras, y diversas otras ocupaciones.

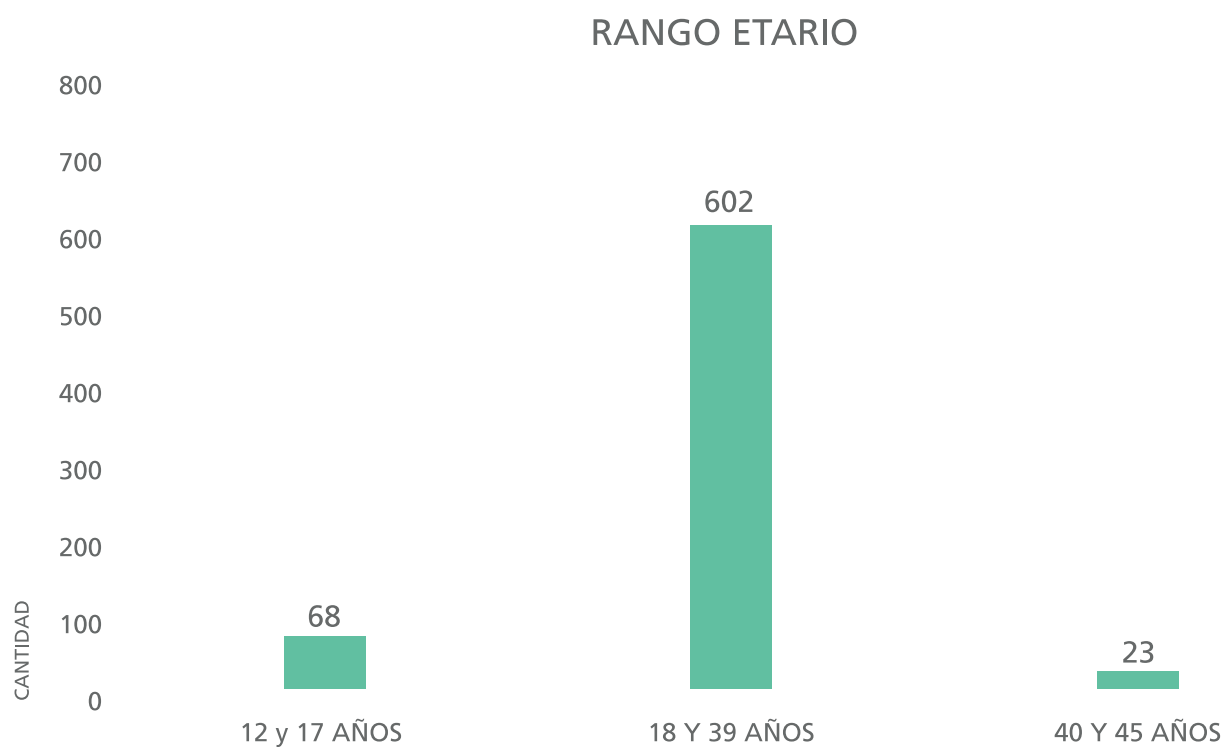
En relación a la previsión de salud, FONASA es la señalada con con mayor afiliación entre las consultantes, alcanzando un total de un 90%.

Las edades de las consultantes fluctuaron entre los 12 y los 45 años. De un total de 693 que registraron su edad:

23 tienen entre 40 y 45 años.

602 tienen entre 18 y 39 años.

68 tienen entre 12 y 17 años.



*Gráfico 3: Rango Etario consultantes Programa:
"Ruta de Acceso a la ley 21030" OLA - 2023.*

La mayoría de las niñas y jóvenes que buscan acceso a la ley tienen entre 15 y 17 años. No obstante, incluso niñas de 12 años figuran en nuestros registros. Esto refleja un sistema que no protege a las niñas desde temprana edad, exponiéndolas a vulnerabilidad y violencia. Una mirada integral permite reconocer que este grupo social experimenta mayores vulnerabilidades en una organización social adulto-céntrica y patriarcal.

La experiencia de reconocer un embarazo no deseado siendo niña o joven implica una serie de tensiones para quien lo vivencia. La situación se ve atravesada por diversos factores: cambios biológicos y

menstruaciones irregulares, falta de acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva, ausencia de redes de apoyo en la decisión, entre otras. Es relevante que en muchas situaciones no se considere el reconocimiento de la autonomía progresiva para la toma de decisiones, teniendo como consecuencia una maternidad no deseada a temprana edad. Las niñas también pueden estar siendo víctimas de situaciones de violencia al interior de sus familias o en sus relaciones de pololeo y/o sexo-afectivas.

Dependiendo del lugar de habitabilidad de las niñas, aparecen otras complejidades, como las experiencias de aquellas que viven en zonas rurales alejadas de los centros cívicos y de aquellas que están viviendo procesos migratorios que las tienen en una situación de vulnerabilidad mayor aún, y en ocasiones son víctimas de xenofobia, racismo y/o redes de tratas de personas.

Es común que niñas y jóvenes con embarazos no deseados, independientemente de que sean o no víctimas de violencia sexual, presenten otros cuadros clínicos que ponen en riesgo su salud y bienestar. En relación a la causal 1: riesgo de vida, los peligros biomédicos y psicosociales asociados a gestaciones en temprana edad coloca a las niñas en una situación de alto riesgo vital. Desde hace más de 10 años, se ha desarrollado evidencia respecto al peligro para la vida de las niñas que implica un embarazo no deseado y un parto, para el propio desarrollo humano.

A la fecha, la evidencia construida desde diversos sectores, entre ellos UNICEF⁴, Organización Mundial de la Salud y FLASOG⁵, indica que:

- El embarazo en edad temprana es la segunda causa de mortalidad en niñas y jóvenes de 15 a 19 años.
- En los embarazos en niñas y jóvenes mientras más joven, más peligrosa es esta situación. Existe riesgo de malnutrición, partos prematuros, desgarros perineales y anemia.
- Puede existir falta de atención médica por desconocimiento del embarazo.
- Puede existir riesgo de preeclampsia y eclampsia.
- Riesgo de fístula obstétrica, una lesión invisibilizada y con efectos que pueden ser devastadores.
- Existe mayor probabilidad de tener una hemorragia post parto, especialmente en las niñas.

4 Fondo Intencional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia.

5 Federación Latinoamericana de Sociedades y Obstetricia y Ginecología; Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos

- Las causas más importantes de los egresos hospitalarios de estas niñas son: parto único espontáneo o por cesárea, hemorragias del posparto, infecciones y sepsis post parto y complicaciones del aborto. Los embarazos adolescentes asociados a la violencia sexual son un problema urgente de salud pública.

“CEPAL reporta que la tasa de fecundidad adolescente del quintil más pobre cuadruplica la del quintil más rico. Para muchos adolescentes pobres un/a hijo/a, representa: el objeto de su afecto, pasaje a la adultez, posición social más respetable y mayor tolerancia social y familiar. En otras oportunidades el embarazo es un intento para escapar de situaciones conflictivas en el hogar. La maternidad en la adolescencia obstaculiza la continuidad escolar y reduce las oportunidades de inserción laboral, provocando la reproducción intergeneracional de la pobreza y la construcción de proyectos de vida distintos a la maternidad.”

(El embarazo en adolescentes menores de 15 años de América Latina y el Caribe. FLASOG, Lima 2011.)

III. Programa: "Ruta de Acceso a la ley 21.030"

El Programa: "Ruta del Acceso a la ley 21.030" de OLA, durante el año 2023 logró acompañar a 906 personas que se encontraban en alguna(s) de las 3 causales definidas en la ley 21.030, registrando las siguientes experiencias:

CAUSALES	ACUDE AL HOSPITAL		NO ACUDE AL HOSPITAL	TOTAL
	CONSTITUIDA	NO CONSTITUIDA		
C1	36	26	380	442
C2	4	10	14	28
C3	110	34	292	436
TOTAL	150	70	686	906

Tabla 4: Registro 2023 desagregadas por causales: acude al hospital, constituidas, denegadas, no acude al hospital. Programa: "Ruta de Acceso a la ley 21.030" OLA - 2023.

- Un 24 % del total, decide acudir a un servicio de salud a solicitar el aborto (nº=220).
- El 73% de quienes accedieron a un aborto en los servicios de salud acompañadas por OLA, solicitaron la causal 3 (nº=110). El 92% de ellas decidió no denunciar a su agresor (nº=101)
- Un 32% de quienes acuden a solicitar el aborto al hospital, NO logran acceder a un aborto en el servicio de salud (nº=70).
- El 76% de las 906 consultantes en causal, decide No presentarse en un servicio de salud, pese a encontrarse en alguna (s) de las 3 causales.
- Un 86% de las que está experimentando riesgo vital inminente o inminente, deciden no presentarse a un servicio de salud a solicitar el aborto.

A. El acceso al aborto por causales en la experiencia del Programa "Ruta de Acceso a la ley 21.030"

Desde nuestro Programa de Acompañamiento, registramos 150 experiencias de acceso al aborto a través de la ley de 3 causales durante el 2023. El 68% de quienes acuden a solicitar el aborto al hospital acompañadas por OLA, logra acceder a un aborto en algún servicio de salud de Chile⁶.

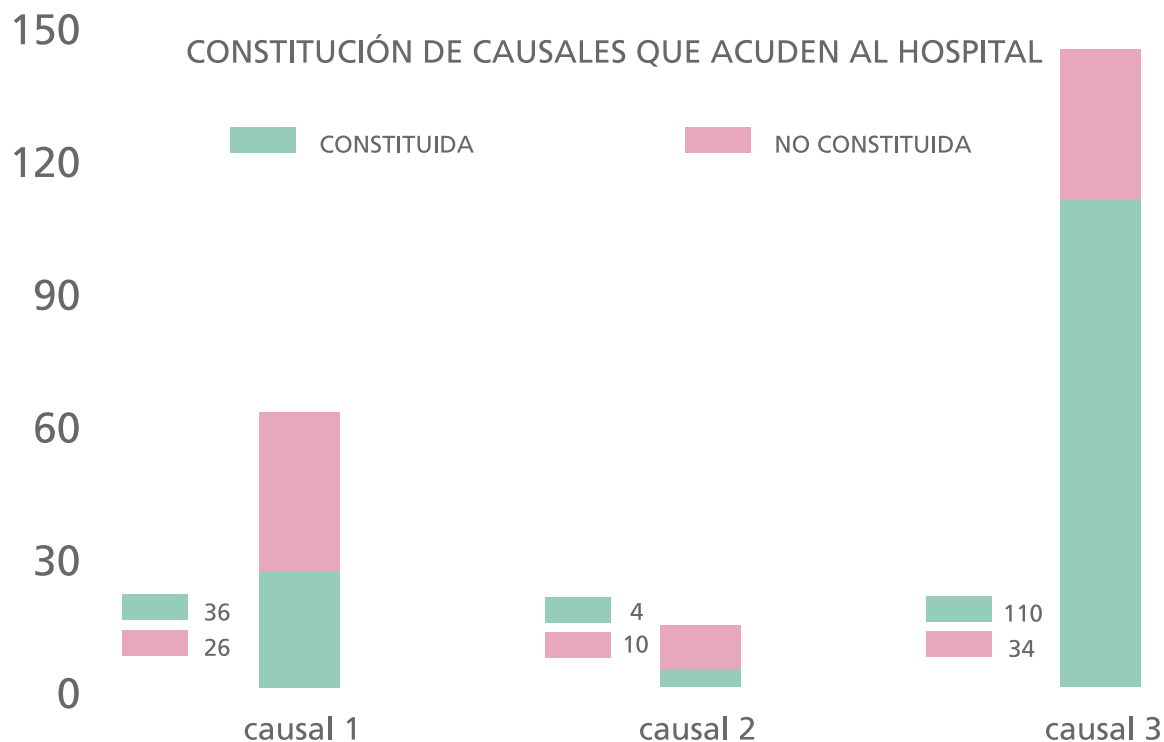


Gráfico 4: Registro 2023 Acude al hospital - Constituye o no constituye, desagregado por causal. Programa: "Ruta de Acceso a la ley 21.030" OLA - 2023.

⁶ Se registra 5 experiencias de mujeres y niñas que tuvieron que viajar fuera de Chile para constituir su causal y acceder a un aborto.

Las condiciones de salud y los determinantes sociales de la misma afectan la vida, poniéndola en riesgo de manera latente o no latente. El registro 2023 del Programa: **“Ruta Acceso a la ley 21.030”** arroja los siguientes datos:

442 de un total de 906 personas que se comunicaron con OLA, presentaron uno o más de los diagnósticos de salud, señalados en el capítulo de “vida y riesgo vital”.

62 de ellas, deciden ir a un servicio de salud para solicitar un aborto por Causal 1. El 58% de ellas logran acceder a la ley:

20 personas de las que constituyeron en causal 1, estaban con sintomatología de salud mental, específicamente con ideación o planeación suicida latente.

16 mujeres de las que constituyeron en causal 1, lo hicieron por otras razones de riesgo vital.

Las mujeres y/o jóvenes nos evidenciaron las diferentes sintomatologías y diagnósticos de salud con las cuales lidian, lo que nos condujo a pensar en el riesgo vital, la vida vivible y los desafíos para las políticas sanitarias a la hora de asegurar y proteger la vida de manera integral.

Un 57% de las personas que se contactaron con OLA para recibir información y acompañamiento en el acceso a la causal 1 de la ley 21.030, reportaron diagnósticos de salud mental, presentándose la mayor prevalencia en **ideación suicida, depresión y depresión mixta.**

La siguiente tabla desagrega por condición de salud mental los 257 diagnósticos reportados por parte de quienes se contactaron con OLA durante el 2023:

DIAGNÓSTICO / CONDICIÓN DE SALUD MENTAL	PREVALENCIA
IDEACIÓN SUICIDA	69
DEPRESIÓN	55
DEPRESIÓN MIXTA	24
DEPRESIÓN MAYOR	17
TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	16
INTENTO SUICIDA	14
TRASTORNO DE ANSIEDAD	12
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR	11
TRASTORNO DE PÁNICO	10
TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	6
POLICONSUMO	6
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA	3
AUTOLESIÓN	2
TRASTORNO ADAPTATIVO	2
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD SIN ESPECIFICAR	2
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	2
TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO	2
TOTAL DIAGNÓSTICOS REPORTADOS	257

Tabla 5: Diagnósticos de salud mental participantes Programa: "Ruta de Acceso a la ley 21.030" OLA - 2023.

Es importante que en la Ruta del Acceso al Aborto se ponga en valor para la constitución de la causal 1, las condiciones médicas, así como las determinantes sociales - económicas en la salud de las personas. En este sentido es fundamental:

- Considerar en todas las atenciones de salud el derecho humano a la vida vivible de quién solicita acogerse a la ley.
- Valorar la historia clínica y la proyección de las enfermedades, de quienes se podrían encontrar en riesgo vital No inminente⁷.
- Valoración de las determinantes sociales (cultural y económicas) de salud y las condiciones materiales de la existencia humana.
- Poner en el centro de la atención de salud la libertad en la toma de decisiones, respetando la autonomía y la propia valoración de la condición de salud de quién solicita interrumpir el embarazo.
- Considerar la posibilidad de agravamiento de la violencia económica, física o psicológica a razón de la continuidad de ese embarazo.

7 Ver "riesgo de vida no inminente" en norma técnica nacional acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la ley 21.030

En relación a la causal 2, el Registro 2023 arroja los siguientes datos:

28 mujeres buscan orientación y acompañamiento para constituir causal 2.

14 deciden ir al hospital a solicitar el aborto.

4 de ellas logran acceder a un aborto por causal 2.

En nuestra experiencia acompañando en el acceso a la causal 3 y el abordaje de la violencia estructural con enfoque de género, nos ha permitido establecer diálogos fructíferos con diversos equipos de salud, trabajando de manera conjunta con ellos, en lo que implica la comprensión de la cultura de la violación y herramientas para la reparación, entre otras materias.

El registro 2023 arroja los siguientes datos:

436 personas del registro se encontraban en causal 3.

144 de ellas, deciden ir a un servicio de salud.

110 pudieron acceder a la ley de aborto.

Los equipos de trabajo pertenecientes al Programa IVE, especialmente en la Causal 3, juegan un rol fundamental en la constitución de la misma, debido a que son responsables de constituir la causal (sin necesidad de participación necesaria de médicos/as en la decisión) y de propiciar un ambiente de confidencialidad para que las mujeres se sientan en confianza de entregar el relato del episodio o episodios reiterados de violencia sexual, del cual son sobrevivientes.

Existen registros de experiencias positivas en esta Ruta, por ejemplo atenciones ambulatorias y urgentes que se resuelven el mismo día que las participantes del Programa acuden al Servicio de Salud :

*“Ayer me dijeron que era ambulatorio y si llego en la mañana en la tarde me darían el alta”
(Estudiante, Rengo, 21 años).*

Múltiples son también los comentarios positivos respecto al acompañamiento que reciben de profesionales de la salud, donde la empatía y comprensión están al centro de la atención que reciben. En algunos casos es la primera vez que esas mujeres pueden hablar de la agresión recibida, los miedos y los dolores que traen.

‘El apoyo fue máximo. Fueron todas muy comprensivas y lindas. Me quebré... No había llorado y me quebré, pude hablar y contarles todo lo que me hacía él, les conté lo de la mamá, lo que ma hacía y decían y como me han manipulado, lloré mucho pero salí aliviada’” (Trabajadora independiente, Ovalle, 27 años).

“La trabajadora social ha estado todo el día conmigo, yo le dije que no tenía a nadie y me acompañaron en todo el proceso con la psicóloga” (Estudiante, Talca, 22 años).

“Sin ustedes nunca hubiera ido, nunca imaginé que existiera esto, ellas me trataron muy bien, no me juzgaron, me dieron información y tengo que volver el martes” (Trabajadora Dependiente Valdivia, 34 años)

“Me faltó añadir un detalle muy bonito, como fui un paciente trans, habían puesto en mi brazalete mi nombre antiguo por sistema, ellos hicieron todo para cambiar a mi nombre de ahora, respetaron mis pronombres en todo momento y me trataron excelente... en el sistema del hospital me habían guiado a la urgencia de adulto por que figuraba como masculino y ellos rehicieron todos los papeles para ingresar en el otro lado (ginecología), agradecido de todo de verdad, fue una experiencia muy emotiva, pero no me sentí solo en ningún momento” (Estudiante, Santiago, 29 años).

B. La denegación del derecho a una interrupción voluntaria del embarazo, cursando alguna de las 3 causales en Chile.

Durante el 2023, se registraron 70 experiencias de mujeres, adolescentes, niñas y otras personas que se les denegó el derecho a una interrupción voluntaria del embarazo, representando un 32% de quienes deciden acudir al servicio de salud encontrándose en alguna de las 3 causales. Estas obstrucciones se pueden presentar durante:

- La primera consulta que se realiza en la ventanilla de urgencia gineco-obstetra.
- La atención en box.
- La descripción diagnóstica y/o durante la evaluación del equipo profesional de especialistas médicos.
- En las recomendaciones de comités éticos, comités especialistas y/o juntas médicas.
- Durante la entrevista, por parte del equipo de acompañamiento psicosocial (IVE).

En la experiencia de OLA, acompañando en causal 1 se evidencia que la negación a esta causal se realiza de manera arbitraria y restrictiva en el enfoque de salud, cada vez que reduce su abordaje a razones biomédicas para la evaluación de las condiciones de salud y vida vivible, sin considerar que esta última compromete la calidad de vida en términos de autonomía, integridad, salud, dignidad, bienestar emocional, metas o propósitos que dan sentido a la vida. Un 42% de las solicitudes de acceso fueron denegadas al interior de los servicios de salud, generando el agravamiento de las condiciones de sintomatologías descritas por las mujeres, inclusive hasta 3 semanas posteriores a la denegación del servicio de aborto.

La Norma Técnica Nacional de Acompañamiento, indica que la valoración de la ficha clínica es parte del proceso de evaluación de riesgo vital, sin embargo hemos observado que en diagnósticos hipertensivos como la preeclampsia en primer trimestre, entre otros ejemplos, no es considerada.

Las mujeres reportan que en las solicitudes de acceso a la ley por diagnóstico de embarazos anembrionarios, muertes embrionarias y abortos retenidos, no reciben las prestaciones médicas de administración de medicamentos que permitan resoluciones de bajo costo y seguros, debido a la burocratización administrativa y por lo mismo, no son informadas correctamente.

En diversas ocasiones, reciben comentarios por parte del equipo de salud que aluden a resolución natural del aborto o a que solo serán atendidas en caso que presenten una infección en curso:

no se puede hacer un aborto a un embarazo anembrionario porque no hay embrion

hay que esperar que caiga de manera natural, vuelve en dos semanas más

tiene que haber una infección para que te podamos ayudar

El Registro 2023 arroja los siguientes datos en relación a la causal 1:

- A 26 personas que se presentaron en los servicios de salud se les niega el derecho a abortar, pese a presentar diagnósticos de salud que comprometen su vida vivible y pronostican deterioro progresivo de su salud (causal 1).
- 12 de ellas acuden al servicio de salud por presentar ideación suicida latente.
- Las 14 restantes presentaron otros diagnósticos de salud.

*“Tengo VIH y síndrome de HELLP en mi embarazo anterior. Fui al hospital y me dijeron que el equipo IVE no existía y que hay que llegar a la semana 34 para evaluar eso, cuando el Síndrome se presenta.
(Trabajadora Independiente, Zona Norte de Chile, 28 años).*

En relación a las solicitudes de acceso al aborto por causal 2 que fueron rechazadas ($n^{\circ}=10$), existe la particularidad de que estas consultantes refieren estar siendo atendidas por los servicios de salud en sus embarazos, sin embargo, señalan padecer largos períodos de espera e incertidumbre frente a procesos de evaluaciones clínicas para la autorización o no de la constitución de la causal.

La principal demanda en la comunicación establecida con OLA es respecto a la búsqueda de orientación sobre cómo acortar dichos

tiempos de espera. Pese a estar atendiendo sus embarazos en los servicios de salud, manejan información confusa respecto la constitución de esta causal. En estos acompañamientos nos encontramos con mujeres que en ocasiones presentan embarazos deseados y estos tiempos de espera y no resolución, significan un deterioro progresivo de su salud mental.

*“Me dijeron que tenía Trisonomía 21, 18, 13; falla renal y ausencia del hueso nasal, que tenía que seguir esperando y así han pasado dos meses”
(Cuidadora, Zona Centro de Chile, 36 años)*

La negación del acceso a interrumpir un embarazo con estas características implica un desgaste profundo en quienes la solicitan. Son diagnósticos médicos fetales que ponen en tensión una vez más la salud mental y vida vivible de quien está gestando. Respetar la voluntariedad de interrumpir dicha gestación es un derecho básico para las mujeres en el marco de los Derechos Sexuales y Reproductivos⁸.

⁸ La Salud Reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. (Conferencia de Beijing (Plataforma de Acción de Beijing); Cairo (Programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo) incluyen factores físicos, sociales y económicos, hace referencia explícita a la protección de la mujer en el ámbito de la reproducción.

Frente a la causal 3 - derecho al aborto por violencia sexual - 34 mujeres y jóvenes fueron rechazadas y se les niega el aborto en el servicio de salud. En estas experiencias aparecen diversos obstáculos:

- Los límites de semanas gestacionales para su implementación (hasta la semana 12 + 6 días para jóvenes de 14 años, y hasta la semana 14 + 6 días para niñas de 13 años o menos edad). Si las relaciones sexuales fueron producto de agresión sexual, es altamente probable que estas personas que se encuentran en situaciones de alta vulnerabilidad no puedan dar cuenta de la voluntad de abortar antes de los límites establecidos por la ley 21.030. Esta limitante en relación a los tiempos de solicitud, niega el derecho al aborto y por lo tanto no contribuyen al mantenimiento de la salud de quienes están viviendo una gestación no deseada.

- Exigir a las víctimas de violencia sexual un relato que contenga datos exactos de fechas y espacios respecto a donde ocurre la agresión sexual. La exigibilidad de esta información niega la existencia de alteraciones post-traumáticas y los efectos que ocurren en víctimas de violencia.

“Me sentí muy cuestionada, incluso me preguntó porque no tomaba pastillas para evitar quedar embarazada producto de esta violación! Fue horrible, me sentí muy mal, me hicieron sentir que estaba mintiendo, también me mostraron el monitor del ecógrafo, yo no quería ver nada nadie me preguntó”
(Estudiante, Zona Centro, 26 años)

La violencia sexual tiene una multiplicidad de manifestaciones que la cultura patriarcal ha naturalizado como parte de las interacciones entre hombres y mujeres. Continuar con una gestación no deseada, y producida debido a un acto o actos reiterados de violencia sexual es una tortura para quiénes lo padecen.

“La primera vez me acerque al hospital por dolor abdominal y sangrado irregular de color marrón. Me atendió una matrona, según ella era un sangrado por ovulación... que a muchas mujeres les pasaba. Yo insistí en que me tomara una ecografía porque mi último bebe nació de 6 meses ya que yo no sabía que estaba embarazada hasta los 5 meses que me enteré por una hemorragia, luego se me rompió el saco amniótico porque no pude guardar reposo ya que tengo una hija con discapacidad severa y debo cargar de ella y su silla de ruedas. Al ver la ecografía lloré, no pude hablar, la matrona me preguntó si tenía apoyo le dije que no, porque había sido una situación que no pude controlar ni consentí con el papa de mis hijos, el cual está demandado por VIF desde el mes de julio, eran situaciones que ocurrían frecuentemente sin mi consentimiento... ella jamás me puso al tanto que existía una opción. No me entregó ningún tipo de información solo me envió a control en el consultorio. Indico 7 semanas de embarazo. Después de enterarme de esta información tomé la iniciativa de ir al hospital ya que no quería correr el mismo riesgo que corrí con mi hijo menor. Y no quería un nuevo embarazo menos en la situación extrema en la que me encuentro.” (Ocupación exclusiva trabajo doméstico, Zona Centro, 41 años)

Los requisitos respecto a la coherencia - plausibilidad entre el relato de violencia sexual y las semanas gestacionales confirmadas por una ecografía (establecidos en la Norma Técnica IVE del 2018), contribuyen en la negación del acceso esta causal y ponen en tensión la aplicabilidad de la misma. En aquellos casos donde existe violencia reiterada, la coherencia del relato de agresión y la ecografía es un requisito que revictimiza a quien solicita la ley.

Entre las principales barreras de acceso identificadas por las mujeres en los servicios de salud se registran las siguientes:

a) No se logra el contacto con el equipo IVE, se niega su existencia o no se encuentran en los horarios de quienes solicitan acogerse a la ley.

“La matrona me dijo que primero tenía que hacer la denuncia, que después se haría una investigación y que después de eso me harían la ecografía. No me atendieron” (Trabajadora independiente y cuidadora, Zona Sur, 35 años)

b) No se entrega información veraz sobre ley IVE, omitiendo y negando pasos a seguir, no realizando derivaciones internas con profesionales disponibles a prestar los servicios garantizados por la ley.

“Me acerque a la maternidad y me dijeron que ellos ya no veían estos casos y que tenía que ir a la urgencia común. Me acerque a la urgencia y el chico que me atendió me dijo exactamente lo mismo que ellos no veían esos casos y que corresponde a maternidad, me devolvió a maternidad y después de esperar dos horas me atendieron, me volvieron a preguntar por que venía, porque el documento que enviaron de admisión solo tenía mis datos personales”. (Estudiante, Zona Norte, 24 años)

c) Presencia de Objetores de Conciencia, que provocan una dilación en respuestas institucionales para la constitución de causales.

*“El hospital tiene muchos objetores, o sea, nos costó mucho encontrar un día para hacer el procedimiento. nos costó hasta encontrar algún anestesista, que no fuera objetor. Me citaron de la fiscalía el 4 de diciembre porque el hospital hizo la denuncia”
(Cuidadora, Zona Centro, 30 años)*

d) Presencia de Obstructores de Derechos que bloquean, omiten, falsean información y dilatan derivaciones oportunas al interior del servicio de salud.

“El hospital es un verdadero asco con las mujeres que hemos sido abusadas. Te tramitan como si estuvieras feliz de estar a la espera de que nazca una guagua que tú ni siquiera deseaste tener una relación sexual. Sus protocolos son lentos y no les importa la salud mental de las mujeres” (Trabajadora, Zona Centro, 33 años)

e) Límites gestacionales para la ejecución del aborto.

“Cuando me hizo la ecografía me indico que el feto corresponde a una edad gestacional aproximadamente de 14 semanas y días. No me dijo nada más, ni me explicó porque el dolor ni el sangrado, solo que me acercara al consultorio lo antes posible a alto riesgo. Y que guardara reposo.” (Estudiante, Zona Sur, 26 años)

f) Cuestionamiento del relato de agresión por parte de los equipos de salud.

*“La chica me hizo pasar a su oficina y me preguntó si efectivamente estaba embarazada y si estaba segura de que era una causal 3, le dije que sí y luego me preguntó si había sido una violación o un abuso dentro del hospital, me dijo que los abusos eran otra cosa, entonces tuve que repetirle y le dije por cuarta vez que sí era una causal 3” .
(Estudiante, Zona Centro, 33 años)*

g) Carencia de especialistas especialmente en el área de psiquiatría.

De acuerdo al último informe emitido por Corporación Humanas (2024) , la objeción de conciencia afecta en forma significativa en la constitución de la causal 3 ;

“Con base a la información registrada por el Ministerio de Salud respecto a objetores/as de conciencia en hospitales públicos habilitados para la implementación de la ley sobre interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, se observa que quienes en mayor medida se acogen a esta figura en al menos una causal son las/los obstetras (45,8%) , seguidos por anestesistas (20,5%) , técnicos/as paramédicos/as (13,0%) , y profesionales no médicos (12,7%) . La causal que concentra los mayores niveles de objeción de conciencia corresponde el embarazo producto de violación, y en menor medida las causales de inviabilidad y riesgo vital”

C. La elección de no ir al hospital: Una decisión habitual de las mujeres.

En el 2023, del total de personas que se comunicaron con OLA (y estaban en alguna(s) de las 3 causales), buscando información y acompañamiento para acceder a un aborto por causales, solo un 24% decide ir a un hospital a solicitar el servicio.

ACUDE AL HOSPITAL

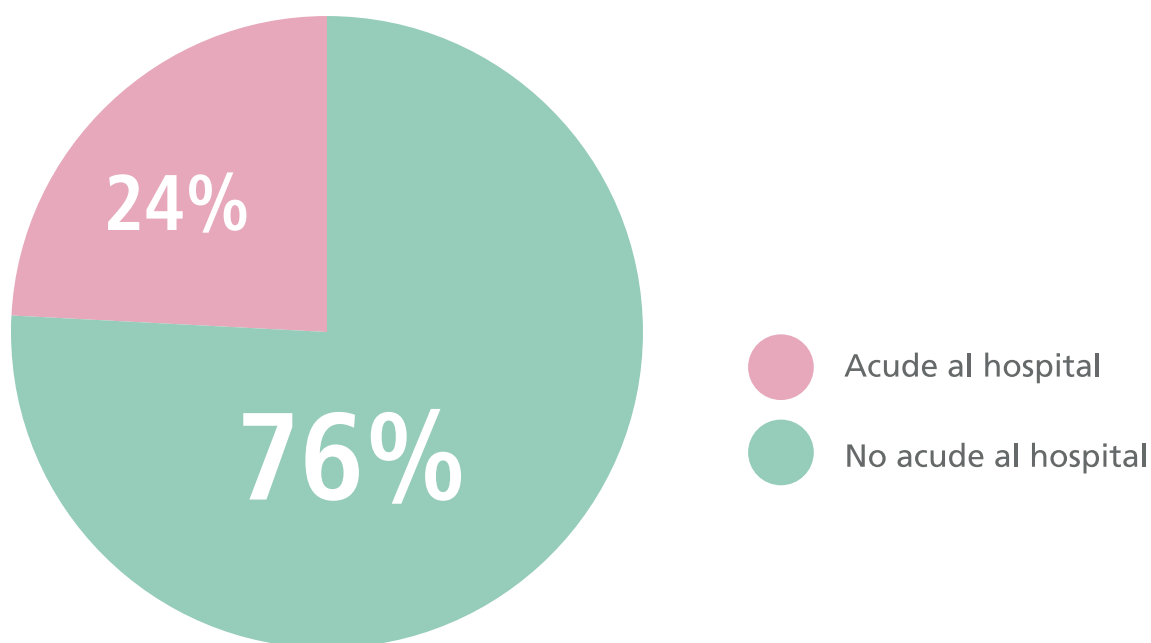


Gráfico 4: Registro 2023 Acude al hospital - No acude al hospital. Programa: "Ruta de Acceso a la ley 21.030" OLA - 2023.

Existen razones estructurales para que las mujeres decidan no ir al hospital a solicitar servicios de aborto y también existen razones contextuales que obligan a la mayoría de ellas a buscar abortos autogestionados o a continuar con embarazos no deseados. Un grupo minoritario de ellas tiene la posibilidad de viajar fuera del país para acceder a un aborto seguro y legal.

En esta decisión convergen una amplia gama de variables y cada una de ellas a distintos niveles: personales, laborales, experienciales, las cuales afectan directamente la posibilidad de acercarse a un servicio de salud a solicitar el acceso a la ley. Entre ellas: la violencia dentro del hogar; la edad y la autonomía progresiva de las niñas, la existencia y registro en seguro de salud o instituciones de salud previsual; los trabajos de cuidados y domésticos, el racismo y el clasismo institucional, entre otros.

De acuerdo a los registros 2023, las cinco principales razones por las cuales las consultantes deciden no acercarse a los servicios de salud son las siguientes:

a. Experiencias previas de violencia en el servicio de salud principalmente referidas al maltrato verbal y simbólico.

b. Miedo al agresor, principalmente cuando el agresor/es se encuentra(n) en el círculo cercano de la gestante⁹:

⁹ Ver: Tabla 1: Relación con el agresor de víctimas de violencia sexual. Programa: "Ruta de acceso a la ley 21.030" OLA - Chile.



c. Miedo a enfrentar procesos judiciales asociados a la solicitud de la ley IVE o por otras situaciones. Es muy importante considerar la relación existente con el agresor, ello determina el lugar que las víctimas de agresión sexual sostienen. El 76% de las mujeres que registraron la relación con el agresor nos relataron que son conocidos; lo que representa una amenaza adicional a la hora de pensar en una posible denuncia. El 92% que acceden por causal 3 decide NO denunciar formalmente a su agresor.

d. Miedo a ser juzgada por su propia familia frente a la decisión de abortar. Aún es frecuente encontrar familias con creencias valóricas muy arraigadas a la maternidad obligatoria que castigan con comentarios, instalando la culpa respecto a la decisión de abortar.

e. Miedo a la pérdida del trabajo, se observa la precariedad laboral que enfrentan las mujeres, lo que les impide acceder a servicios de salud, por temor a ser cuestionadas en sus lugares de trabajo. Esta situación es especialmente relevante para aquellas que se encuentran en situación migratoria irregular o bien tienen condiciones laborales sin garantías de seguridad social, donde es frecuente que se nieguen permisos o licencias médicas. Similar precariedad observamos en mujeres que realizan trabajos de cuidados dentro del hogar propio u otras hogares.

f. Miedo por su situación migratoria y ser criminalizadas debido a esto, desde los servicios de salud y otras instituciones a los cuales podría enfrentar producto del aborto por causales y ser criminalizadas debido a esto, desde los servicios de salud y otros procesos institucionales a los cuales se puedan enfrentar producto del aborto por causales.

g. Distancia geográfica de centros hospitalarios con urgencia ginecológica, que impide acceder al servicio, especialmente por parte de mujeres y niñas rurales.

En conclusión, el no buscar atención médica en un hospital también es una decisión, y es crucial explorar las razones detrás de esta elección. Las mujeres enfrentan una multiplicidad de barreras estructurales y contextuales que influyen en su capacidad para acceder a servicios de salud, particularmente en el contexto del acceso al aborto. Estas barreras abarcan desde la violencia dentro del hogar, la inseguridad laboral y el miedo a ser juzgadas o enfrentar represalias legales, entre otras situaciones de riesgo. Es esencial reconocer y abordar estos desafíos de manera integral y sensible, buscando garantizar que todas las personas puedan ejercer plenamente su derecho a la atención médica y a la toma de decisiones autónoma sobre su propio cuerpo.

IV. Aprendizajes y Reflexiones

a. Existen los equipos garantes de la salud en Chile. ¡Contamos con ellos!

En nuestro quehacer nos encontramos con equipos de salud que **garantizan derechos**, frente a los cuales las mujeres refieren una atención empática, amable, sin juicios y de muy buena calidad.

Hemos aprendido que mantener un diálogo permanente entre los servicios públicos y las organizaciones sociales que trabajamos en esta materia, permite un crecimiento mutuo que se puede traducir en garantías explícitas para la salud de toda la comunidad.

b. El aborto con medicamentos en casa es seguro ¡tiene muchas ventajas!

El manejo clínico del aborto en los servicios de salud en Chile varía según diversos factores, tales como: infraestructura disponible, capacitación en AMEU y otros procedimientos quirúrgicos, disponibilidad de medicamentos y criterios médicos del personal disponible.

Los procedimientos ambulatorios son percibidos por las mujeres como mucho más amigables que los que requieren hospitalización, y por lo tanto su utilización amplía las posibilidades de acceso de quienes buscan los servicios que la ley garantiza.

Esto es muy significativo para aquellas personas que no ven posible una hospitalización que se puede extender inclusive por 5 días. Ante esto, refieren no poder acceder a un aborto enmarcado en la ley 21.030, por motivos de responsabilidades de trabajo remunerado o trabajo sin seguridad social, trabajo de cuidados y/o labores domésticas, tal como revisamos en este Informe.

Más allá de la experiencia de OLA y las redes de acompañantes feministas, el aborto con medicamentos es el método más recomendado en todo el mundo ya que es de bajo costo, fácil almacenamiento y es posible ser realizado en casa sin supervisión médica directa, inclusive hasta la semana 12¹⁰.

10 En marzo de 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó nuevas directrices sobre el aborto, las cuales indican que el aborto con medicamentos puede realizarse de manera segura sin asistencia médica directa hasta las 12 semanas de gestación. Estas directrices se basan en evidencia científica actualizada y buscan mejorar la calidad de la atención del aborto, eliminando barreras regulatorias innecesarias y promoviendo el uso de telemedicina para facilitar el acceso a estos servicios, especialmente durante situaciones como la pandemia de COVID-19.

c. Fiscalización de la Ley 21.030 ¡Tenemos tareas pendientes!

Durante el 2023 el Ministerio de Salud presentó el Manual de Fiscalización como una medida para supervisar la aplicación de la ley. Sin embargo, observamos que este enfoque de seguimiento se centra principalmente en los procedimientos de abortos realizados, excluyendo aquellos casos en los que se deniegan garantías de salud y no se llevan a cabo los abortos.

Esta fiscalización permite velar por el debido procedimiento de los abortos realizados en el marco de la implementación de la ley, lo que demuestra un interés ministerial en estas materias. Consideramos que es un desafío para el Ministerio de Salud la definición de un mecanismo o herramienta que permita velar con la misma eficacia para el abordaje de situaciones en donde las mujeres que estando en causal, reciben una respuesta que les niega garantías y derechos.

d. Chile está cambiando ¿cómo sostenemos un sistema de salud integral e inclusivo para todas las personas?

Los procesos migratorios han generado nuevos desafíos para nuestra sociedad, para las organizaciones sociales y para las políticas públicas. La implementación de ley de aborto tiene sus propios desafíos:

- La entrega de la información en otros idiomas y que considere pertinencia cultural, es fundamental, ya que gran parte de la población migrante carece de redes de apoyo familiar.
- Existe una necesidad de abordar y ser parte de la reparación al miedo que significa la situación de “irregularidad” y en ocasiones, el trauma de la migración forzada.

e. Salud comunitaria y abordaje feminista de la violencia.

Nuestra experiencia trabajando en salud comunitaria nos ha permitido desarrollar un modelo de atención que pone a las personas en el centro, junto con sus experiencias, posibilidades y decisiones. Priorizar por sobre todo la decisión y el proyecto de vida personal en las decisiones de salud, devuelve la confianza a quienes buscan ayuda y orientación respecto a sus derechos y nos permite avanzar hacia una sociedad más equitativa.

De acuerdo a las lecturas feministas, así como los relatos que hemos recogido en nuestro Programa: **“Ruta de Acceso a la ley 21.030”**, el consentimiento sexual al interior de una relación donde existe violencia, se utiliza como estrategia para evitar episodios de maltrato físico, psicológico, económica y/o simbólico; por tanto,

cuando las mujeres señalan estar viviendo violencia, el consentimiento sexual es siempre bajo coerción y por lo tanto debiesen tener oportunidad de acceder a un aborto por la ley de aborto en tres causales.

Algunas personas nos relatan en el marco del acompañamiento consentir relaciones sexuales en el marco de dinámicas de poder y desiguales, caracterizadas por la manipulación, la extorsión, el engaño y las ilusiones. Es esencial destacar que, en tales situaciones, la coerción no siempre se manifiesta mediante la fuerza física, desafiando así la concepción convencional de lo que constituye una violación sexual.

Recursos Consultados:

Departamento de Estadística e Información de Salud, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública. (2023). *Informe de cierre estadístico 2022 de casos en el Marco de la Ley 21.030*. Minsal.

Mamposo Hernández, M. del C. (2002). *Lcda. en Educación UNA. Yaracuy*. Universidad Fermín Toro.

Mamposo Hernández, M. del C. (2007). *MCs en Planificación y Evaluación de la Educación, USM Caracas*. Universidad Fermín Toro.

Mamposo Hernández, M. del C. (2014). *Abogada, UFT*. Universidad Fermín Toro.

Mamposo Hernández, M. del C. (n.d.). *El derecho a una vida vivible: Una visión a la Agenda 2030 para el desarrollo sustentable*. Revista digital La Pasión del Saber. Recuperado de <https://ujap.edu.ve>

Minsal. (n.d.). *NORMA-ACOMPANAMIENTO-Y-ATENCIÓN-INTEGRAL-LEY-21.030*. Recuperado de <https://minsal.cl>

Minsal. (n.d.). *OT-Acompañamiento-Psicosocial-IVE-Resolución-Exenta-401*. Recuperado de <https://minsal.cl>

Naciones Unidas. (n.d.). *La Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Recuperado de <https://un.org>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (n.d.). Recuperado de <https://who.int>

Biblioteca del Congreso Nacional. (n.d.). *Ley Chile - Ley 21030*. Recuperado de <https://bcn.cl>

Corporación Humanas. (2023). *Objeción de conciencia en Chile: Desafíos en la implementación de la ley sobre interrupción voluntaria del embarazo en tres causales a seis años de su dictación. Monitoreo a la ley N° 21.030 sobre aborto en tres causales en relación a la objeción de conciencia de funcionarios/as públicos/as de salud*. Centro Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género.

Embarazo en la adolescencia: causas y riesgos | Ayuda en Acción. (n.d.). Recuperado de <https://ayudaenaccion.org>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2019). *SIN OPCIONES: Muertes Maternas por Suicidio*. Recuperado de https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SIN OPCIONES_MuertesMarternasSuicidio_30may2019_br.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (n.d.). *Embarazo y maternidad en niñas y adolescentes menores de 15 años*. Recuperado de https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1273/P1_Embarazo%20y%20maternidad%20en%20niñas%20y%20adolescentes%20menores%20de%2015%20años.pdf?sequence=1&isAllowed=y

El embarazo en adolescentes menores de 15 años de américa latina y el caribe, FLASOG, Lima 2011 <https://promsex.org/wp-content/uploads/2011/10/BrochureEmbarazoadolescenteFlasog.pdf>