

Aborto inducido en Chile

Chile es uno de los poquísimos países en el mundo que prohíben el aborto inducido bajo toda circunstancia, incluso cuando la vida de la mujer está en riesgo. Esta prohibición, vigente desde hace muchos años y que va en contra del compromiso expresado por Chile en relación con los tratados internacionales sobre derechos de las mujeres, enfrenta un fuerte reto en la forma de una reciente iniciativa de ley propuesta por el gobierno de la Presidenta Bachelet, que permitiría el procedimiento bajo circunstancias limitadas. Sin embargo, el debate informado en torno a este tema se ve obstaculizado por la falta de datos sobre la incidencia y el contexto del aborto inducido clandestino.

En todos los países, sin importar el estatus legal del aborto inducido, algunas mujeres que tienen embarazos no planeados recurren al aborto para terminarlos.¹ Chile no es la excepción a este patrón mundial. Sin embargo, los datos sobre uso de anticonceptivos, embarazos no planeados y otros determinantes del aborto en el país son incompletos o no existen, debido a que en Chile no se llevan a cabo las Encuestas de Demografía y Salud que están disponibles para la mayoría de los países en desarrollo.

Además de esta falta de datos provenientes de encuestas, la naturaleza clandestina del aborto en Chile (ver recuadro) tiene como consecuencia que todos los aspectos del procedimiento sean difíciles de investigar. El único estudio nacional, realizado en 1990, estimó que aproximadamente 160,000 abortos inducidos ocurrían anualmente en Chile, equivalente a una tasa de 45 por cada 1,000 mujeres de 15 a 49

años.² Las estimaciones más recientes — pero menos corroboradas — que se citan en los medios fluctúan en un rango de 60,000³ a 300,000⁴ abortos cada año.

No existen datos sobre las características de las mujeres que tienen abortos en Chile, ni las razones que las llevan a hacerlo. Como señala una investigadora, “no se sabe...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”.^{5(p.52)} Sin embargo, existe un amplio consenso de que las mujeres chilenas que recurren a la terminación insegura del embarazo y, posteriormente buscan tratamiento por complicaciones, tienden a provenir de los grupos de mayor desventaja socioeconómica del país.^{6,7} Es probable que

las razones de las mujeres chilenas sean similares a las que más comúnmente citan las mujeres alrededor del mundo: el deseo de retrasar o terminar la maternidad, el temor a afectar su educación o empleo, la falta de medios económicos para criar a un hijo, la falta de apoyo de su pareja, los problemas en su relación con el padre y la percepción de ser demasiado jóvenes para tener un hijo.⁸

Las muertes y lesiones relacionadas con el aborto han disminuido de forma dramática

En los años sesenta, muchas mujeres chilenas que tuvieron abortos inseguros murieron como resultado de ello, o sufrieron serias complicaciones de salud a corto o largo plazo, para las cuales no recibieron el tratamiento médico que necesitaban.⁹ En 1960, ocurrieron 294 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos¹⁰ y un tercio de esas muertes fueron atribuibles a abortos inseguros.¹¹ Una de cada cinco camas en la sección obstétrica de los hospitales estuvo ocupada por mujeres que recibieron tratamiento postaborto.

La razón de mortalidad materna en Chile disminuyó de 55 muertes por 100,000 nacidos vivos en 1990, a 22 en 2013.¹² La contribución precisa del aborto inducido inseguro en la mortalidad materna no es clara, pero expertos en este campo concuerdan que, actualmente, hay un número mucho menor de muertes que resultan del aborto inducido inseguro, en comparación con lo que sucedía hace 50 años. Esta disminución se ha atribuido al aumento en el uso de métodos de aborto más seguros (principalmente el misoprostol); a una mejora en el manejo de las complicaciones postaborto por parte de las instituciones públicas chilenas de salud; y a una

menor fecundidad resultante de un mejor acceso a servicios de planificación familiar.¹³

Los datos de egresos hospitalarios a nivel nacional proporcionan indicios indirectos de que la frecuencia del aborto clandestino que resulta en complicaciones de salud lo suficientemente graves para requerir hospitalización, también está disminuyendo. Los casos de morbilidad que resultan del total de embarazos que no llegaron a término disminuyeron de 56,391 en 1964¹⁴ a 30,434 en 2012,¹⁵ lo que representa una disminución en la tasa de morbilidad de 32 a ocho hospitalizaciones por 1,000 mujeres chilenas en edad reproductiva. Debido al subregistro y a diagnósticos probablemente erróneos, es difícil distinguir cuál es la proporción de esas hospitalizaciones que involucran a mujeres con complicaciones

por intentos de aborto inseguro, en comparación con aquellas que requieren atención por complicaciones relacionadas con otras razones por las cuales los embarazos no llegan a término (como en el caso de embarazos ectópicos o molares, o la pérdida espontánea del embarazo). Es necesario realizar más investigación sobre este tema.

La disponibilidad de misoprostol es cada vez mayor en Chile

Estudios realizados a pequeña escala y la evidencia anecdótica sugieren que las mujeres chilenas de mayores recursos económicos tienen acceso a abortos seguros de proveedores capacitados, cuyas técnicas más comúnmente usadas se cree son la dilatación y legrado, la aspiración manual endouterina y, cada vez con mayor frecuencia, el aborto médico con misopros-

tol.^{16,17} Por su parte, las mujeres chilenas más pobres usualmente no pueden pagar los honorarios que cobran los obstetras y ginecólogos privados por efectuar procedimientos seguros. Sin embargo, el aumento en el acceso al misoprostol fuera de los entornos formales de atención a la salud demuestra que la falta de recursos económicos puede haber dejado de ser lo que alguna vez fue—una barrera insuperable para obtener un aborto relativamente seguro. Un estudio a pequeña escala realizado en 2013 acerca de mujeres acusadas de infringir la ley de aborto chilena, encontró que las interrupciones de embarazo usando misoprostol cuestan entre US\$75 y \$215,¹⁸ mientras que se dice que los procedimientos quirúrgicos de diferentes niveles de seguridad realizados por médicos pueden costar hasta US\$2,000.¹⁹

Aunque es ilegal cuando se vende o se usa para inducir el aborto, el misoprostol puede adquirirse fácilmente en Chile a través de internet, y también está disponible por medio de algunos proveedores de servicios de aborto clandestino. Cuando se usa en las primeras nueve semanas de embarazo y en la dosis correcta, el medicamento es efectivo en un 75% a 90% de los casos.²⁰ Sin embargo, cuando se usa después del primer trimestre o con dosis equivocadas, este método puede resultar en aborto incompleto, hemorragia abundante y otras complicaciones. Al parecer, muchos comerciantes sin escrúpulos venden por internet píldoras falsas o las suministran a las mujeres con dosis incorrectas, a la vez que cobran altos precios por ellas.¹⁹ Con frecuencia, el medicamento viene sin información sobre su

uso correcto aunque se suministre la dosis correcta.

Aparte del aumento en el uso de misoprostol por las personas que pueden obtenerlo y pagarlo, los métodos de aborto en Chile han cambiado muy poco desde los años noventa. Quienes no pueden obtener servicios seguros por medio de proveedores capacitados todavía recurren a métodos tradicionales, los cuales muchas veces son inseguros, no efectivos o ambos. Estos métodos varían desde beber cerveza hervida o tés herbales, hasta introducirse agujas de tejer, tijeras o sondas de caucho.^{21,22}

Las mujeres pobres llevan la peor parte de la persecución penal relacionada con el aborto

Cada año, mujeres y hombres chilenos son denunciados ante las autoridades locales por haber tenido o asistido en un aborto inducido.^{16,18} Se considera que las mujeres pobres tienen una mayor probabilidad de usar métodos de aborto inseguros y de buscar tratamiento post-aborto en instituciones de salud del sector público, las cuales son la fuente de casi todas las denuncias relacionadas con el aborto presentadas al sistema de justicia penal. Según informes de la Gendarmería Nacional, entre 2003 y 2012, un total de 3,570 mujeres y 975 hombres fueron sentenciados en Chile por estas infracciones al código penal existente.¹⁶ La abogada que analizó estas estadísticas concluyó que “la persecución penal es muy selectiva, recayendo sobre todo...en las mujeres más pobres”.^{16 (p.72)}

El número de mujeres que fueron encarceladas por hacerse un aborto ha disminuido de forma dramática en años recientes, de

La ley de aborto en Chile

Entre 1931 y 1989, el Código Sanitario de Chile permitía el aborto inducido para salvar la vida de la mujer.¹ En 1989, cerca del final del régimen de Augusto Pinochet, se estableció una prohibición total del aborto. Desde entonces, algunos legisladores han realizado varios intentos para flexibilizar esa prohibición pero, con el apoyo de la altamente influyente iglesia católica, los miembros del Congreso opuestos a cambiar la ley han bloqueado con éxito tales iniciativas legislativas.^{2,3}

La más reciente propuesta de ley presentada en enero de 2015, enmendaría los códigos sanitario y penal existentes para permitir interrumpir un embarazo en tres circunstancias: cuando la mujer se encuentre en riesgo vital de modo que la interrupción evite un peligro para su vida; cuando el embrión o feto padezca una alteración estructural congénita o genética de carácter letal; y cuando el embarazo es resultado de una violación siempre y cuando no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación (para niñas menores de 14 años de edad, puede realizarse hasta la semana 14).⁴ La iniciativa de ley daría prioridad a la confidencialidad de la paciente por encima del requerimiento de que los médicos denuncien a las mujeres que atienden, y permitiría igualmente la objeción de conciencia por parte de médicos o cirujanos que no deseen realizar abortos legales bajo las causales cubiertas por la iniciativa de ley propuesta. Se requerirá que los médicos que reciban esta exención aseguren la asignación de un médico sustituto. En septiembre de 2015, la iniciativa fue aprobada por la Comisión de Salud de la cámara baja del Congreso y, a la fecha de elaboración de este documento, la iniciativa está en tramitación por parte de la Comisión de Constitución, Legislación y Justicia y, requerirá ser aprobada por las dos cámaras del Congreso para convertirse en ley.⁵

Referencias en página 4.

88 en 2003 a cinco en 2012; en la actualidad, la mayoría son sentenciadas a libertad vigilada. La duración de sentencias para mujeres condenadas por tener o ayudar en un aborto entre 2003 y 2012 varió de 1.5 a tres años, según lo estipulado en el código penal.²³ Los médicos o parteras profesionales encontrados culpables de haber realizado abortos recibieron sentencias de 3 a 5 años, mientras que los proveedores no calificados o no capacitados (incluidas las comadronas tradicionales) recibieron sentencias menores a tres años.

Faltan datos sobre el uso de anticonceptivos en Chile

En ausencia de datos de encuestas sobre intenciones de embarazo y uso de anticonceptivos, es imposible estimar el nivel de necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna. La única estimación disponible sobre el uso de anticonceptivos en Chile es para hombres y mujeres juntos, de 15 años y más, una medición no estándar que impide evaluar separadamente las necesidades de las mujeres en edad reproductiva.²⁴ A menos que la gran mayoría de mujeres que desean evitar un embarazo esté usando métodos anticonceptivos efectivos de manera consistente y correcta, es probable que tanto los embarazos no planeados como los abortos estén ocurriendo a niveles significativos.^{25,26}

Los datos sobre adolescentes y jóvenes adultos proporcionan indicios de los riesgos y retos específicos que enfrenta la gente joven en Chile. En 2009, la edad promedio de la primera relación sexual fue 16 años para los hombres y 17 para las mujeres, y más de nueve de cada 10 personas jóvenes de 15 a 29 años

nunca habían estado casadas, lo que indica que muchas personas jóvenes comienzan a ser sexualmente activas mucho antes de que probablemente deseen tener un hijo.²⁷ Aun así, es posible que la educación sexual en las escuelas no esté respondiendo a las necesidades que tienen los adolescentes de recibir una información más completa y basada en la evidencia. Una evaluación del programa oficial de educación sexual de Chile realizada en 2006 concluyó que el programa no incluía instrucción sobre las consecuencias negativas del embarazo no deseado en la adolescencia, ni proporcionaba asesoramiento que pudiera ayudar a los estudiantes a evitar la maternidad fuera del matrimonio.²⁸ En 2009, cuatro de cada 10 mujeres con experiencia sexual de 15 a 19 años habían tenido un embarazo no planeado, y 7% de las personas jóvenes de 15 a 29 años que habían tenido un embarazo no planeado reportaron que éste había terminado en un aborto inducido.²⁷ Sin embargo, esta baja proporción es probablemente un reflejo del subregistro, debido a la ilegalidad del procedimiento.

Resumen

La falta de conocimiento sobre la prevalencia y consecuencias del aborto inducido en Chile impide un debate plenamente informado sobre el impacto del aborto clandestino en las mujeres chilenas y sus familias. Es necesario realizar más investigación para superar esta brecha y proporcionar la información que necesitan quienes formulan políticas y proveen servicios de salud con el fin de diseñar políticas e intervenciones adecuadas que promuevan de la mejor manera posible la salud pública

del país. Resulta de particular importancia que hayan nuevos datos y políticas para verificar y abordar las inequidades que sugieren los datos existentes: las mujeres pobres parecen tener un riesgo elevado de obtener procedimientos inseguros y de ser perseguidas penalmente como resultado de ello.

A nivel mundial, las mujeres recurren al aborto inducido — ya sea legal o clandestino — en la gran mayoría de los casos en respuesta al embarazo no planeado. La mayoría de las parejas chilenas desean tener familias pequeñas y, para lograr el tamaño deseado de familia y evitar la necesidad del aborto, necesitan usar anticonceptivos efectivos de manera correcta y consistente durante la mayor parte de sus vidas reproductivas. Se necesitan investigaciones sobre los embarazos no planeados y sobre la necesidad insatisfecha de anticoncepción, tanto para contextualizar el recurso de las mujeres al aborto, como para ayudar a evaluar y mejorar la capacidad de las mujeres a la hora de planificar el espaciamiento y número de sus embarazos.

REFERENCIAS

1. Singh S et al., *Aborto a nivel mundial: Una década de progreso desigual*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2009.
2. Singh S y Wulf D, Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1994, pp. 3–13.
3. Díaz S, Aspectos médicos del aborto, Santiago: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, 2012, Diapositiva 30.
4. Jarroud M, Chile afronta su deuda con el derecho al aborto de las mujeres, Inter Press Service, 2015, <http://www.ipsnoticias.net/2014/09/chile-afronta-su-deuda-con-el-derecho-al-aborto-de-las-mujeres/>
5. Palma Manríquez I y Moreno Standen

C, Las paradojas y desafíos para la investigación social del aborto inducido en Chile, en: *Articulación Feminista por la Libertad de Decidir (AFLD), Voces Sobre el Aborto, Ciudadanía de las Mujeres, Cuerpo y Autonomía*, Santiago: AFLD, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, 2014, pp. 51–59.

6. Casas Becerra L, Women prosecuted and imprisoned for abortion in Chile, *Reproductive Health Matters*, 1997, 5(9):29–36.
7. Basadre P y Toro I, Cómo opera la justicia en los casos de aborto: la historia de tres condenadas por el “delito de mujeres pobres,” *The Clinic*, 2014, <http://www.theclinic.cl/2014/06/12/como-opera-la-justicia-en-los-casos-de-aborto-la-historia-de-tres-condenadas-por-el-delito-de-las-mujeres-pobres/#commentsSection>
8. Bankole A, Singh S y Haas T, Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(3):117–127 & 152.
9. Faúndes A y Barzelatto J, *El drama del aborto: En busca de un consenso*, Bogotá: Tercer Mundo Editores, 2006.
10. Molina Cartes R, Perspectiva médico-epidemiológica del aborto en Chile, en: *AFLD, Voces Sobre el Aborto, Ciudadanía de las Mujeres, Cuerpo y Autonomía*, Santiago: AFLD, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, 2014, Cuadro 1.
11. Ministerio Secretaría General de la Presidencia, República de Chile, Mensaje 1230–362: Mensaje de S. E. la Presidenta de la República con el que inicia un Proyecto de Ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, 2015, <http://www.minsegpres.gob.cl/wp-content/uploads/2015/01/1230-362-despenalia-interrupcion-emabarro-3-causales-con-ingreso-camara.pdf>
12. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Tendencias de la mortalidad materna: 1990 a 2013*, 2014, Apéndice 2, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112682/2/9789241507226_eng.pdf?ua=1.
13. Donoso Siña E, Reducción de la mortalidad materna en Chile de 1990 a 2000, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2004, 15(5):326–330, doi: 10.1590/S1020-49892004000500007.
14. Molina Cartes R, Impacto del aborto, en: Dides C, Benavente MC y

Sáez I, eds., *Dinámicas Políticas sobre Aborto en Latinoamérica: Estudio de Casos*, Santiago: Flacso-Chile, 2010, pp. 17–43.

15. Departamento de Estadísticas e Información de Salud I (DEIS), Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, *Egresos Hospitalarios Según Edad y Causa—Servicios*, 2012, sin fecha, http://intradeis.minsal.cl/egresoshospitalarios/menu_publica_nueva/menu_publica_nueva.htm

16. Casas Becerra L et al., La penalización del aborto como una violación a los derechos humanos de las mujeres, Capítulo 2, en: Universidad Diego Portales (UDP), *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2013*, Santiago, Chile: Centro de Derechos Humanos, 2014, pp. 69–120, <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/527>

17. Jones E, Chile's black-market abortions, *Pulsamerica*, 2011, <http://www.pulsamerica.co.uk/2011/04/14/chile-s-black-market-abortions/>

18. Casas Becerra L y Vivaldi L, Abortion in Chile: the practice under a restrictive regime, *Reproductive Health Matters*, 2014, 22(44):70–81.

19. Crellin O, Therapeutic abortion shot down again in Chilean Congress, International Consortium for Medical Abortion, sin fecha, <http://www.medicalabortionconsortium.org/news/therapeutic-abortion-shot-down-again-in-chilean-congress-1598.html>

20. OMS, Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, Métodos médicos para el aborto en el primer trimestre, 2004, <http://apps.who.int/rhl/fertility/abortion/dgguide/es/index.html>

21. Weisner M et al., Algunos resultados de la encuesta sobre opiniones acerca del aborto clandestino realizada por el AGI en Brasil, Chile, Colombia, México, Perú y República Dominicana, documento presentado en el Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe: Atención Hospitalaria y Costos del Aborto, Santafé de Bogotá, Colombia, 15–18 de noviembre de 1994.

22. Lesbianas y Feministas por el Derecho a la Información, *Línea Aborto Chile: El Manual ¿Cómo las Mujeres Pueden Hacerse un Aborto con Pastillas?* 2013, <http://infoabortochile.org/wp-content/uploads/2013/05/manual.pdf>

23. Casas Becerra L, Facultad de Derecho, Centro de Derechos Humanos, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile, comunicación personal, 28 de abril de 2015.

24. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, *II Encuesta de Calidad de Vida y Salud, Chile, 2006, Informe de Resultados, Total Nacional*, 2006, <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2013/06/ENCAVI-2006.pdf>

25. DEIS, Tasa global de fecundidad, Chile, 1992–2011, sin fecha, http://www.deis.cl/?page_id=3307.

26. Bongaarts J y Westoff CF, The potential role of contraception in reducing abortion, *Studies in Family Planning*, 2000, 31(1):193–203.

27. Instituto Nacional de la Juventud, Gobierno de Chile, *6ta Encuesta Nacional de Juventud 2009, 2010*, pp. 256–281, http://www.injuv.gob.cl/portal/wp-content/files_mf/sextaencuestanacionaldejuventud.pdf

28. Olavarría J, *La Política de Educación Sexual del Ministerio de Educación de Chile. Consideraciones para una Evaluación*, 2006, Santiago, Chile: Seminario Internacional Equidad de Género en las Reformas Educativas de América Latina, 2005, http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/La_Politica_de_Educacion_del_Ministerio_de_Educacion_de_Chile_Olavarr.doc

Referencias para recuadro

1. Casas Becerra L y Vivaldi L, Abortion in Chile: the practice under a restrictive regime, *Reproductive Health Matters*, 2014, 22(44):70–81.

2. Casas Becerra L et al., La penalización del aborto como una violación a los derechos humanos de las mujeres, Capítulo 2, en: Universidad Diego Portales, *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2013*, Santiago, Chile: Centro de Derechos Humanos, 2014, pp. 69–120, <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/527>.

3. Maturana-Kesten C, Aborto: derechos humanos de las mujeres frente al parlamento chileno, en: AFLD, *Voces Sobre el Aborto, Ciudadanía de las Mujeres, Cuerpo y Autonomía*, Santiago: AFLD, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, 2014, pp. 81–90.

4. Cámara de Diputados de Chile, Informe de la Comisión de Salud recaído en el proyecto que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, 2015, no. 9.895-11, Artículo 119.

5. Centro de Derechos Reproductivos, La Comisión de Salud de Chile aprueba el proyecto de ley que permitiría el aborto en circunstancias específicas, comunicado de prensa, 2015, <http://www.reproductiverights.org/es/centro-de-prensa/la-comisi%C3%B3n-de-salud-de-chile-aprueba-el-proyecto-de-ley-que-permitir%C3%ADa-el-aborto-e>.

CRÉDITOS

Esta edición de *En Resumen* fue escrita por Elena Prada, consultora independiente y por Haley Ball, Guttmacher Institute. Fue editada por Lisa Melhado, Guttmacher Institute. Las autoras agradecen las sugerencias proporcionadas por Ann Biddlecom y Julia Ferré, División de Población de Naciones Unidas; Lidia Casas, Facultad de Derecho de la Universidad Diego Portales, Chile; Claudia Dides, organización Miles, Chile; Ramiro Molina, Facultad de Salud Pública, Universidad de Chile; y Cristina Villarreal, Fundación Oriéntame, Colombia. También agradecen a los siguientes colegas de Guttmacher por sus contribuciones: Sneha Barot, Isaac Maddow-Zimet, Lisa Remez, Susheela Singh y Gustavo Suárez.

Cita sugerida: Prada E y Ball H, Aborto inducido en Chile, *En Resumen*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2016.



Progresando en la salud sexual y reproductiva en el mundo a través de la investigación, el análisis de políticas y la educación pública

125 Maiden Lane
New York, NY 10038 USA
Tel: 212.248.1111
info@guttmacher.org

www.guttmacher.org