

Séptimo Informe

sobre Derechos
Sexuales y
Reproductivos
en Chile



Séptimo informe sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile

Corporación Miles

Dirección Ejecutiva

Javiera Canales Aguilera

Subdirección de Incidencia Social y Política

Luz Reidel Wagner

Subdirección de Servicios de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva

Soledad Díaz Pastén

Coordinación Informe

Stephanie Otth

Karla Barraza Lara

Francisca Gómez Rivera

Edición

Macarena Gallo Fuenzalida

Diseño y diagramación

Fito Esteban Pérez

Contacto

comunicaciones@mileschile.cl

ISBN: 978-956-9881-09-1

Primera edición

100 ejemplares

Santiago, Chile

Julio, 2025

Está permitida la reproducción total o parcial, distribución, comunicación pública y la creación de obras derivadas de esta publicación siempre y cuando se cite la fuente.

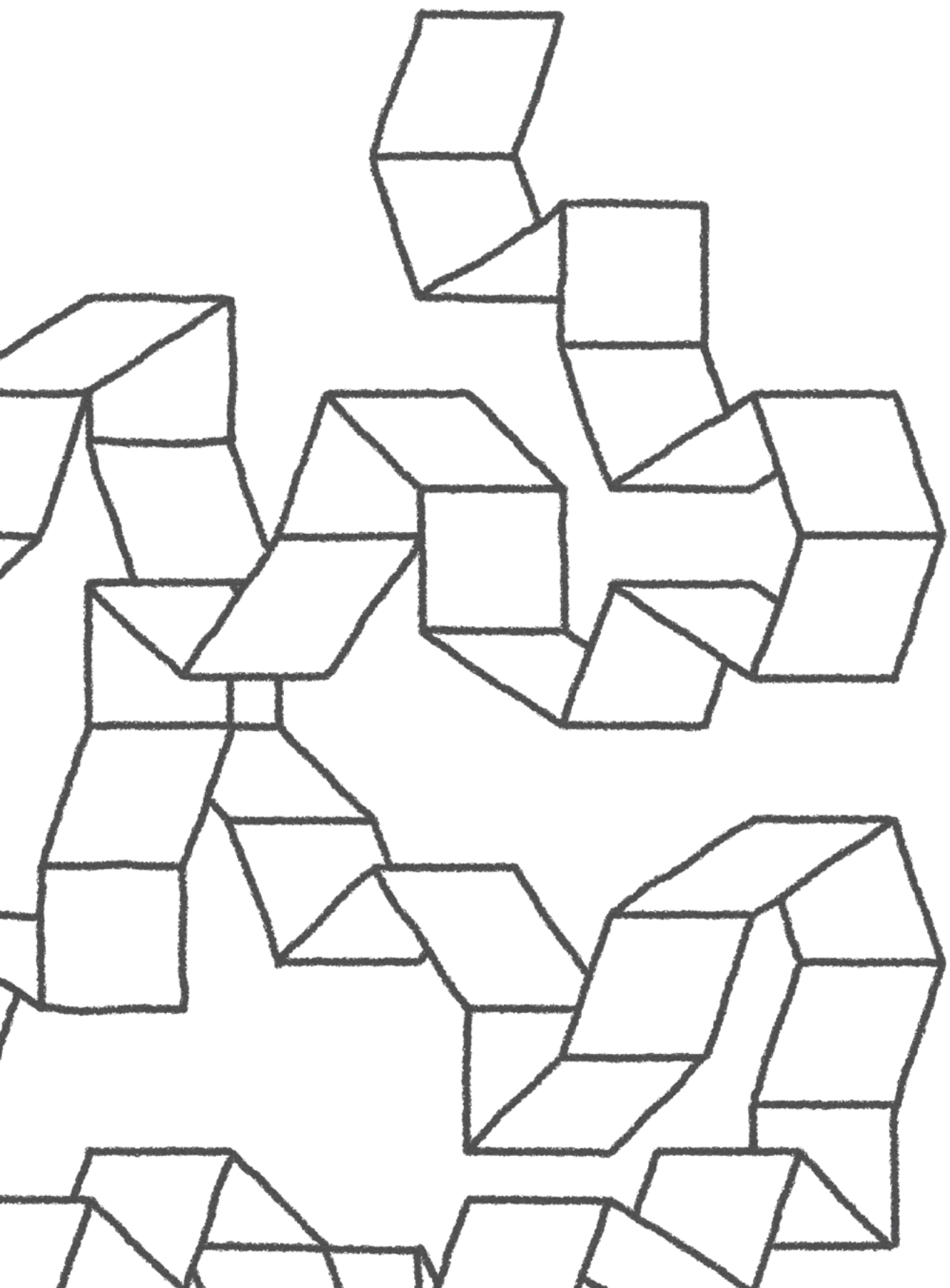
www.mileschile.cl



Séptimo Informe

sobre Derechos Sexuales y
Reproductivos en Chile





01

Página 9

CAPÍTULO **SALUD SEXUAL**

Página 10

¿Cómo percibimos las
pastillas anticonceptivas
en Chile?

02

Página 27

CAPÍTULO **MILES +**

Página 28

El alza de las cesáreas
en Chile

03

Página 50

CAPÍTULO **LEGAL**

Página 51

¿Secreto médico legal
o deber de denuncia?

Página 65

Criminalización del
aborto en Chile

04

Página 85

PALABRAS **FINALES**



INTRODUCCIÓN

Por:

**Javiera Canales
Aguilera**

Directora ejecutiva Corporación MILES.
Abogada UNAB, diplomada en Género y
Violencia UCH y candidata a Magíster en
Derecho Internacional de los DDHH, UDP.

El año 2024 cerró con un retroceso alarmante en la garantía de derechos humanos a nivel global. El resurgimiento de proyectos autoritarios y conservadores ha intensificado la violencia estructural y simbólica contra mujeres, niñas, personas trans y defensoras de derechos humanos en diversas regiones del mundo. La reemergencia política de figuras como Donald Trump –con su negación activa de los derechos de las personas trans y su férrea oposición a los derechos sexuales y reproductivos (DSR)– representa una amenaza directa a los compromisos internacionales en materia de salud y autonomía corporal.

Paralelamente, observamos cómo, en nombre del control demográfico y la natalidad, se están desmantelando acuerdos civilizatorios básicos. En Rusia, por ejemplo, se fomenta el embarazo adolescente como estrategia para revertir la baja natalidad; en Turquía, se ha declarado que las cesáreas contradicen los “roles tradicionales de la familia”; mientras que en Irán, Irak y Afganistán, las mujeres viven bajo regímenes que imponen un verdadero apartheid de género, restringiendo el acceso a servicios básicos como salud, educación y trabajo. Esta tendencia global responde a una lógica de control del cuerpo, la sexualidad y la reproducción, sostenida por discursos nacionalistas, religiosos y misóginos que legitiman políticas de odio y castigo hacia quienes se apartan del modelo hegemónico.

Chile no es ajeno a este escenario. Si bien la Ley N° 21.030 –que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales– representó un avance parcial, el marco jurídico sigue anclado en la penalización del aborto. Su implementación enfrenta obstáculos significativos: objeción de conciencia extendida, prácticas institucionales persecutorias, estigmatización del personal de salud dispuesto a garantizar derechos, y una arquitectura normativa contradictoria que vulnera el acceso digno a la salud sexual y reproductiva.

En este contexto internacional de retroceso, y ante las elecciones presidenciales que vivirá Chile en 2025, es fundamental reconocer los estímulos e influencias externas que promueven agendas regresivas, para prevenir su avance en nuestro país. Hoy más que nunca, es urgente defender los logros alcanzados en materia de derechos sexuales y reproductivos y reforzar el compromiso democrático con la autonomía corporal y la justicia reproductiva.

Desde Corporación Miles hacemos un llamado a la organización activa de mujeres, personas con capacidad de gestar y todas aquellas que creen en la libertad de decidir, a impedir que liderazgos que promueven el odio, la penalización y el control de nuestros cuerpos lleguen a gobernar Chile.

Este Informe de Corporación Miles recoge y analiza evidencia empírica y jurídica sobre las principales expresiones de esta vulneración de derechos. Se trata de un esfuerzo colectivo por visibilizar las múltiples barreras que enfrentan mujeres y personas gestantes al acceder al sistema de salud y justicia, y por proponer transformaciones normativas, políticas y culturales para revertir esas condiciones. Las investigaciones presentadas fueron desarrolladas con metodologías cualitativas y cuantitativas, combinando análisis de datos públicos, revisión de expedientes judiciales, entrevistas semiestructuradas con personas afectadas y un estudio detallado de la normativa nacional e internacional. Cada capítulo busca ofrecer no solo un diagnóstico riguroso, sino también herramienta útiles para la incidencia legislativa, judicial y social, con enfoque feminista, interseccional y de derechos humanos.

Entre los principales temas abordados se encuentran: las tensiones entre el deber de confidencialidad médica y el deber de denuncia en contextos de aborto; la criminalización de mujeres y personas gestantes en procesos penales por aborto consentido; y las percepciones que las mujeres tienen sobre la anticoncepción oral. Estas investigaciones muestran cómo, incluso en un país con democracia formal, las mujeres y personas con capacidad de gestar continúan siendo objeto de vigilancia, castigo y exclusión cuando intentan ejercer su autonomía reproductiva. En un contexto internacional marcado por el negacionismo, el autoritarismo y la embestida contra los derechos conquistados, sostener una voz crítica, informada y comprometida desde la sociedad civil organizada no solo es urgente: es indispensable. Este informe es un ejercicio de memoria, denuncia y propuesta. También es una invitación a seguir luchando colectivamente por una justicia reproductiva real, efectiva y sin excepciones.

01

CAPÍTULO
**SALUD
SEXUAL**





¿Cómo percibimos las pastillas anticonceptivas en Chile?

Un estudio exploratorio sobre percepción y decisión de consumo de anticoncepción oral

Autora:

Stephanie Otth Varnava

Psicóloga Universidad Católica de Chile, Magíster Psicología Clínica U. de Chile
y Master en Género, Sociedad y Representaciones, University College London.



Los métodos anticonceptivos son fundamentales para otorgar a las personas autonomía reproductiva y prevenir embarazos no planificados. No obstante, su efectividad depende en gran medida de la disponibilidad de información clara, científica y veraz. Este estudio se centra en analizar las percepciones de las mujeres sobre el uso de pastillas anticonceptivas, explorando sus experiencias, conocimientos y preocupaciones.

Los hallazgos indican que, a pesar de la aceptación general de estos métodos, existe una necesidad crítica de mejorar las consejerías en salud sexual y reproductiva. Se concluye que una mejor educación y apoyo en este ámbito podría enriquecer la experiencia de las usuarias y fomentar un uso más informado y efectivo de los anticonceptivos orales.

Antecedentes de la Investigación

Desde 1970, el uso de anticonceptivos ha crecido significativamente a nivel mundial, pasando de métodos tradicionales a opciones modernas más efectivas. Sin embargo, más de 160 millones de mujeres aún tienen necesidades de anticoncepción insatisfechas, de las cuales más de 40 millones son jóvenes de entre 15 y 24 años, un periodo crucial para su educación y futuro. A nivel global, las mujeres más jóvenes tienden a utilizar condones y píldoras anticonceptivas, mientras que las mayores optan con más frecuencia por la esterilización (Haakenstad et al., 2022).

En Chile, el uso de métodos anticonceptivos entre mujeres de 15 a 54 años ha variado a lo largo de los años. Entre 1990 y 2012, el porcentaje de usuarias en el sistema público pasó del 31,6% al 38,7% (MINSAL-DEIS, 2018).

En 2008, se incorporaron nuevos métodos, como el inyectable trimestral y el implante subdérmico, a la oferta existente. En la última década, se han observado cambios en la disponibilidad y elección de métodos; por ejemplo, el uso del dispositivo intrauterino de cobre disminuyó del 53% en 2005 al 24% en 2015, mientras que el implante subdérmico aumentó de 15.568 usuarias en 2008 a 164.240 en 2015. A pesar de la mayor disponibilidad de métodos de larga duración, el 67% de las adolescentes que iniciaron un método anticonceptivo en 2018 eligieron opciones de corta duración, como píldoras o inyectables (Leal y Molina, 2021).

No obstante, no se dispone de datos precisos sobre el total de mujeres que utilizan pastillas anticonceptivas, ya que la información se limita a las usuarias del sistema público. Recientemente, ha surgido la preocupación de que muchas mujeres están abandonando la anticoncepción hormonal- especialmente las pastillas- debido a efectos adversos (La Tercera, marzo de 2024). Estudios indican que la falta de información sobre el uso adecuado de estos métodos y los efectos secundarios, como alteraciones en el patrón de sangrado, son causas comunes de abandono. A pesar de ser uno de los métodos más eficaces, entre el 5% y el 10% de las usuarias lo abandonan en el primer año (Barrera et al., 2019). La percepción de efectos adversos, a menudo basada en mitos y creencias erróneas, también contribuye al desapego.

Con estos antecedentes, la Corporación Miles lleva a cabo un estudio exploratorio para investigar el uso de pastillas anticonceptivas entre mujeres de 15 a 55 años en Chile, con el objetivo de conocer sus percepciones sobre seguridad, efectividad, disponibilidad y cómo estos factores influyen en su decisión de uso o abandono.

Metodología

OBJETIVO GENERAL

Explorar cómo perciben las mujeres en Chile las pastillas anticonceptivas y cómo estas percepciones influyen en su decisión de consumo y/o abandono.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la percepción sobre la eficacia de los anticonceptivos orales (ACO).
2. Identificar la percepción sobre la seguridad de los ACO.
3. Identificar accesibilidad de los ACO.
4. Identificar las principales preocupaciones o inquietudes que desincentivan su uso.

MUESTRA

Mujeres entre **14** y **55** años residentes en Chile

METODOLOGÍA E INSTRUMENTO

Se utilizó una metodología cuantitativa, a través de una encuesta online, aplicada entre el 29 de abril y 10 de mayo de 2024. Esta fue difundida principalmente por redes sociales y canales digitales internos de la Corporación Miles. En total, se obtuvieron 231 respuestas.

Análisis de resultados

↓ Identidad de género ↓



↓ Edad ↓



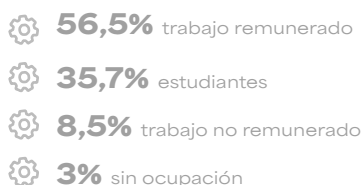
↓ Nacionalidad ↓



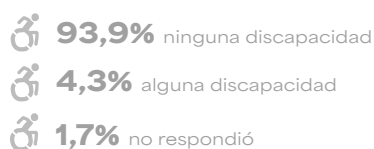
↓ Territorio ↓



↓ Ocupación laboral ↓



↓ Ocupación laboral ↓



CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

En el presente estudio se ha analizado una muestra compuesta mayoritariamente por personas que se identifican como mujeres, representando el 98,7% del total. Por otro lado, un 1,3% de quienes participaron se reconocen como de género no binario. En términos de edad, el 58,7% de las personas encuestadas se encuentra en el rango de 18 a 29 años, mientras que el 40,9% tiene más de 35 años. **Es importante destacar que solo un 0,4% (equivalente a una persona) es menor de edad.** El promedio de edad en la muestra es de 29,2 años.

En cuanto a la nacionalidad, el 98,7% de las participantes son mujeres chilenas y únicamente un 1,3% corresponde a extranjeras (tres personas en total). Respecto a la distribución territorial, se observa que el 61,7% reside en la Región Metropolitana y el 38,3% en otras regiones del país. Aunque se obtuvieron respuestas de todas las regiones chilenas, las mayores contribuciones provienen de la Región de Valparaíso (8,2%), Bío Bío (6,9%) y O'Higgins (4,3%).

En relación con la ocupación laboral de las encuestadas, se encontró que el 56,5% trabaja de manera remunerada. Un 35,7% son estudiantes y un 8,5% realiza labores no remuneradas (incluyendo trabajo doméstico y/o de cuidados y voluntariados). Solo un 3% no participa en ninguna de estas actividades ocupacionales.

Respecto a la salud y capacidades funcionales de las participantes, un 93,9% indica no presentar ninguna discapacidad o dificultad que interfiera significativamente en su vida cotidiana. Por otro lado, un 4,3%

↓ Pueblos originarios ↓



↓ Uso de pastillas anticonceptivas ↓



↓ Uso de pastillas anticonceptivas ↓



reporta tener alguna discapacidad y un 1,7% prefiere no responder a esta pregunta.

En el análisis de la pertenencia a pueblos originarios, se observa que un 92,6% de los encuestados indica no ser parte de ninguna comunidad indígena, mientras que un 6,5% afirma pertenecer a alguna. El 0,9% restante prefiere no responder a esta pregunta.

En relación con el uso de pastillas anticonceptivas, se encontró que un 98,2% de la muestra ha tomado este tipo de anticonceptivos en algún momento de sus vidas. Solo dos personas encuestadas (equivalente al 0,9% del total) reportan nunca haber utilizado pastillas anticonceptivas. Las razones expuestas por estas personas para no haberlas consumido incluyen efectos secundarios y problemas de salud asociados con el uso de anticoncepción oral. De aquellas dos personas que nunca han tomado pastillas anticonceptivas, una se encuentra en el rango de edad de 18 a 29 años y es estudiante; la otra es mayor de 30 años y trabaja de manera remunerada. Ambas residen en la Región Metropolitana, no presentan ninguna discapacidad y tampoco pertenecen a un pueblo originario.

Del total de 231 respuestas obtenidas en la encuesta, solo dos personas han indicado no haber utilizado pastillas anticonceptivas. De las 229 restantes, se observa que 119 (52%) están actualmente consumiendo anticoncepción oral, mientras que 110 (48%) han utilizado pastillas en algún momento anterior pero no las toman en la actualidad.

El análisis a continuación contemplará las respuestas de las personas que actualmente toman pastillas anticonceptivas más aquellas que si bien en la actualidad no toman, sí lo han hecho alguna vez en su vidas. De este modo, el n° total de la muestra se reduce de 231 a 229 personas.

A continuación, se indagarán en las percepciones de seguridad, efectividad y accesibilidad que dichas mujeres tienen sobre la anticoncepción oral y se cruzarán con algunos parámetros caracteriológicos para conocer quiénes son aquellas que mejor y peor perciben las pastillas anticonceptivas.

USO ANTICONCEPCIÓN ORAL

El 52% de las 229 mujeres encuestadas se encontraba tomando pastillas anticonceptivas al momento de responder la encuesta, lo que quiere decir que el 48% restante en algún momento de sus vidas, dejó de tomarlas. En este último grupo, se observa una mayor prevalencia de mujeres mayores de 30 años.

Según los resultados recogidos, principalmente son las mujeres jóvenes, menores de 30 años, quienes actualmente toman pastillas anticonceptivas. Del total de mujeres que las consumen, el 56,7% son menores de 30 años (ver Tabla N°1).

Tabla N°1

¿Has tomado pastillas anti-conceptivas en tu vida?

* Según rango de edad

Rango de edad	#No	#Sí	#Total
14 - 17 años		1	1
18 - 29 años	1	134	135
+30 años	1	94	95
Suma total	2	229	231

No se identifican mayores diferencias entre las mujeres que viven en la Región Metropolitana y quienes viven en otras regiones del país (ver Tabla N°2).

Tabla N°2

¿Has tomado pastillas anti-conceptivas en tu vida?

* Según región

Regiones	#No	#Sí	#Total
Otras		88	88
Metropolitana	2	140	142
Suma total	2	229	231

PRESCRIPCIÓN Y CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El 96,9% de las mujeres que toman o han tomado pastillas anticonceptivas ha recibido una prescripción por un profesional de la salud sexual. No se observan diferencias relevantes entre mujeres de distintas edades ni entre las distintas ocupaciones, observándose que todas -sin distinción de edad ni ocupación- reciben prescripción (Ver tablas N°3 y N°4)

Tabla N°3

¿Las pastillas anticonceptivas que has tomado (ya sea actualmente o en el pasado) han sido prescritas por un profesional de la salud sexual (ej. ginecólogo/a o matró/a)?

* Según rango de edad

Rango de edad	#No	#Sí	#Total
14 - 17 años		1	1
18 - 29 años	4	130	134
+30 años	4	90	94
Suma total	8	221	229

Tabla N°4

¿Las pastillas anticonceptivas que has tomado (ya sea actualmente o en el pasado) han sido prescritas por un profesional de la salud sexual (ej. ginecólogo/a o matró/a)?

* Según ocupación principal

Ocupación	#No	#Sí	#Total
Estudiante	3	79	82
N/A		7	7
Trabajador/a/e no remunerado (voluntariado, labores de cuidado y/o trabajo doméstico, etc)		11	11
Trabajador/a/e remunerado	5	124	129
Suma total	8	221	229

El porcentaje de personas encuestadas que viven en regiones distintas a la Metropolitana, refieren haber recibido consejería en 0.8 puntos más que quienes viven en la capital (Ver tabla N°5).

Tabla N°5

¿Las pastillas anticonceptivas que has tomado (ya sea actualmente o en el pasado) han sido prescritas por un profesional de la salud sexual (ej. ginecólogo/a o matró/a)?

* Según región

Regiones	#No	#Sí	#Total
Otras	2	86	88
Metropolitana	6	135	141
Suma total	8	221	229

Al preguntar por evaluación de historial clínico al momento de recibir prescripción, se observa que el 67,9% del total de personas refiere que el o la profesional que realizó la consejería evaluó su historial de salud para indicar las pastillas más adecuadas. El 32,1% restante refiere que no. En este respecto, se observa que son las mujeres jóvenes - entre 18 y 29 años- quienes en menor medida refieren haber recibido una evaluación previa. Del total de mujeres de ese tramo etario el 36,9% señala no haber sido evaluada, mientras que en el grupo de mayores de 30 años disminuye al 25.6% (Ver tabla N°6).

Tabla N°6

¿El/la profesional de la salud sexual evaluó tu historial de salud para indicarte las pastillas anticonceptivas más adecuadas para ti?

* Según rango de edad

Rango de edad	#No	#Sí	#Total
14 - 17 años		1	1
18 - 29 años	48	82	130
+30 años	23	67	90
Suma total	71	150	221

Por otra parte, se observa que quienes viven en otras regiones del país tienden a recibir menos evaluaciones de salud durante la consejería: un 39,5% de las mujeres que viven fuera de la Región Metropolitana no

recibió evaluación, número mayor al promedio general del 32,1%. En contraste, el 72,6% de las mujeres que viven en la capital recibió evaluación de salud, cifra superior al 67,9% previamente mencionado (Ver tabla N°7).

Tabla N°7

¿El/la profesional de la salud sexual evaluó tu historial de salud para indicarte las pastillas anticonceptivas más adecuadas para ti??

* Según rango de edad

Regiones	#No	#Sí	#Total
Otras	34	52	86
Metropolitana	37	98	135
Suma total	71	150	221

El 54,8% de las mujeres que han recibido consejería declara no haber sido informada sobre los posibles efectos secundarios. El restante 45,2% señala que sí recibió información. Si bien no se observan mayores diferencias por tramo etario, se identifica que las mujeres que viven en regiones distintas a la capital tienden a recibir menos información que quienes residen en la Región Metropolitana (Ver tabla N°8). En términos porcentuales, el 58,1% de las mujeres que viven fuera de Santiago no recibe información sobre efectos secundarios, mientras que el 47,4% de las que viven en la capital sí la recibió.

Tabla N°8

¿Recibiste información sobre sus posibles efectos secundarios y tomaste una decisión informada?

* Según región

Regiones	#No	#Sí	#Total
Otras	50	36	86
Metropolitana	71	64	135
Suma total	121	100	221

PERCEPCIÓN SOBRE LA EFICACIA DE LAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS

Del total de 229 mujeres que toman o han tomado pastillas anticonceptivas, el 78,5% las percibe como altamente confiables para prevenir un embarazo. El 18% del total las percibe como medianamente confiables y el 3% restante como poco confiable. Son las mujeres sobre 30 años quienes perciben las pastillas anticonceptivas como altamente confiables, percepción que tiende a debilitarse entre las mujeres más jóvenes (ver tabla N°9).

Tabla N°9

Nivel de confianza frente a las pastillas anticonceptivas.

* Según rango de edad

Edad / Confianza	#Alta	#Baja	#Mediana	#Total
14 - 17 años			1	1
18 - 29 años	102	6	26	134
+30 años	77	3	14	94
Suma total	179	9	41	229

No se observan diferencias relevantes en esta percepción entre quienes viven en la Región metropolitana y quienes viven en otras regiones del país (Ver tabla N°10).

Tabla N°10

Nivel de confianza frente a las pastillas anticonceptivas.

* Según regiones

Regiones / Confianza	#Alta	#Baja	#Mediana	#Total
Otras	70	2	16	88
Metropolitana	109	7	25	141
Suma total	179	9	41	229

Al consultar por experiencias de embarazo mientras se usaban pastillas anticonceptivas, el 69,7% de las personas encuestadas señala conocer directamente a alguna mujer que quedó embarazada a pesar de usos. Sin embargo, al preguntar por experiencias personales de embarazos tomando pastillas anticonceptivas, ese número desciende al 4%.

El 63,4% de las personas encuestadas- actuales o pasadas usuarias de pastillas- refiere que su decisión de consumo ha estado "altamente influenciada" por la percepción de confiabilidad de este método como forma efectiva para prevenir embarazos no planificados. Esta influencia se observa levemente más en las mujeres de 18 a 29 años, así como también entre quienes viven fuera de la Región Metropolitana. El otro 36,4% señala que su percepción de confiabilidad no impacta mayormente en su decisión de consumo, y esta tendencia se observa levemente más entre mujeres mayores de 30 años (Ver tablas N°11 y N°12).

Tabla N°11

Nivel de influencia de la percepción de seguridad en la decisión de consumo de pastillas anticonceptivas.

* Según rango de edad

Edad / Influencia	#Alta	#Baja	#Total
14 - 17 años	1		1
18 - 29 años	86	48	134
+30 años	58	36	94
Suma total	145	84	229

Tabla N°12

Nivel de influencia de la percepción de seguridad en la decisión de consumo de pastillas anticonceptivas.

* Según región

Regiones / Influencia	#Alta	#Baja	#Total
Otras	59	29	88
Metropolitana	86	55	141
Suma total	145	84	229

PERCEPCIÓN DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS

De las 229 personas que toman o han tomado pastillas anticonceptivas, el 76,4% ha registrado algún malestar significativo en su salud y el 23,6% no. Los principales malestares registrados son: en primer lugar, cambios en el deseo sexual (en un 25,3% de los casos). En segundo lugar, alteraciones en el estado del ánimo en un 17,5% de los casos y, en tercer lugar, alteraciones en el peso y/o composición corporal en un 12,2% de los casos. Mayoritariamente, son las mujeres entre 18 y 29 años quienes reportan más efectos secundarios y/o malestares en su salud y bienestar. (Ver tabla N°13)

Tabla N°13

Cuando tomas o cuando has tomado pastillas anticonceptivas, ¿registras algún malestar significativo en tu salud?

* Según rango edad

Edad / Influencia	#No	#Sí, me incomoda que mi san- grado se vea afectado	#Sí, otros	#Sí, principalmente cambios en mi estado de ánimo	#Sí, principalmente dolores de cabeza	#Sí, principalmente en mi deseo sexual	#Sí, principalmente en mi peso y/o composición corporal	#Total
14 - 17 años		1						1
18 - 29 años	24	11	5	34	8	35	17	134
+30 años	30	4	5	6	15	23	11	94
Suma total	54	16	10	40	23	58	28	229

El análisis muestra que el 51,7% de las personas que registran efectos secundarios considera que estas alteraciones interfieren moderadamente en su funcionamiento y bienestar cotidiano. El 31,6% señala una interferencia alta y el 16,7% restante señala una interferencia baja. En términos generales, el nivel de interferencia se distribuye de forma más o menos homogénea entre los distintos grupos etarios. Sin embargo, se percibe una mayor inclinación de las mujeres mayores de 30 años a reportar una interferencia alta (Ver tabla N°14).

Tabla N°14

Nivel de Interferencia para la vida cotidiana de los efectos secundarios percibidos.

* Según rango de edad

Edad / Confianza	#Alta	#Baja	#Mediana	#Total
14 - 17 años			1	1
18 - 29 años	34	19	57	110
+30 años	22	10	32	64
Suma total	56	29	90	175

Según las personas encuestadas, los efectos secundarios que más interfieren en su vida cotidiana son; alteraciones en el deseo sexual,

con un 36,4% del total de personas que refieren interferencia elevada; dolores de cabeza, con un 26,6% del total; y alteraciones en el estado del ánimo con un 25,5% del total (Ver tabla N°15).

Tabla N°15

**Nivel de Interferencia para la vida cotidiana
de los efectos secundarios percibidos**

* Según efecto secundario

Nivel de interferencia	Tipo de efecto secundario	#Cuenta
Alta interferencia	Sí, me incomoda que mi sangrado se vea afectado (por ej. sea más corto y escaso) que un ciclo sin hormonas	2
	Sí, otros	3
	Sí, principalmente cambios en mi estado de ánimo	14
	Sí, principalmente dolores de cabeza	13
	Sí, principalmente en mi deseo sexual	20
	Sí, principalmente en mi peso y/o composición corporal	4
Suma total		56
Nivel de interferencia	Tipo de efecto secundario	#Cuenta
Baja interferencia	Sí, me incomoda que mi sangrado se vea afectado (por ej. sea más corto y escaso) que un ciclo sin hormonas	8
	Sí, otros	2
	Sí, principalmente cambios en mi estado de ánimo	3
	Sí, principalmente dolores de cabeza	2
	Sí, principalmente en mi deseo sexual	11
	Sí, principalmente en mi peso y/o composición corporal	3
Suma total		29
Nivel de interferencia	Tipo de efecto secundario	#Cuenta
Baja interferencia	Sí, me incomoda que mi sangrado se vea afectado (por ej. sea más corto y escaso) que un ciclo sin hormonas	8
	Sí, otros	2
	Sí, principalmente cambios en mi estado de ánimo	3
	Sí, principalmente dolores de cabeza	2
	Sí, principalmente en mi deseo sexual	11
	Sí, principalmente en mi peso y/o composición corporal	3
Suma total		29

Del total de personas que reportan malestares significativos, el 73% refiere que estos efectos secundarios podrían afectar- o ya han afectado- su decisión de continuar tomando pastillas anticonceptivas. El 27% restante refiere que no afectarían su decisión. No se observan diferencias relevantes entre tramos etarios (Ver tabla N°16).

Tabla N°16

¿Consideras que los efectos secundarios pueden hacer que dejes o hicieron que dejes de tomar pastillas anticonceptivas?

* Según rango de edad

Edad / Confianza	#No	#Si	#Total
14 - 17 años	1		1
18 - 29 años	29	80	109
+30 años	17	47	64
Suma total	47	127	174

Dentro del 73%, que refiere una posible decisión de suspender las pastillas por efectos secundarios, los malestares que más influyen en esa decisión son; los dolores de cabeza, el 78,3% de quienes los presentan considera dejar las pastillas; Alteraciones en el estado de ánimo. Un 75% de quienes las experimenta señala lo mismo (ver Tabla N°17).

Tabla N°17

Nivel de Interferencia para la vida cotidiana de los efectos secundarios percibidos

* Según efecto secundario

Tipo de efecto secundario	#No	#Si	#Total
Sí, me incomoda que mi sangrado se vea afectado (por ej. sea más corto y escaso) que un ciclo sin hormonas	7	9	16
Sí, otros	2	8	10
Sí, principalmente cambios en mi estado de ánimo	10	30	40
Sí, principalmente dolores de cabeza	5	18	23
Sí, principalmente en mi deseo sexual	15	42	23
Sí, principalmente en mi peso y/o composición corporal	8	20	28
No	0	0	0
Suma total	47	127	174

PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD SOBRE LAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS

Al preguntar a las personas cuán seguras se sienten tomando pastillas anticonceptivas-entendiendo la seguridad como la percepción de que las pastillas no representan un riesgo para su salud- el 39,3% refiere percibir las como “altamente seguras”. Un 37,1% las percibe como “medianamente seguras”, mientras que el 23,6% restante refiere una percepción de seguridad “baja”.

En este aspecto, se observa que son principalmente las mujeres sobre 30 años quienes más tienden a percibir las pastillas como algo que no supone o supondría un riesgo para su salud. Por el contrario, tienden a ser más las mujeres jóvenes - menores de 30 años- quienes tienden a percibir las pastillas anticonceptivas con un bajo nivel de seguridad para sí mismas; es decir, que podrían suponer un eventual riesgo para su salud (Ver tabla N°18).

Tabla N°18

Nivel de Percepción de Seguridad de las pastillas anticonceptivas.

* Según efectos secundarios

Edad / Percepción	#Alta	#Baja	#Mediana	#Total
14 - 17 años			1	1
18 - 29 años	43	35	56	134
+30 años	47	19	28	94
Suma total	90	54	85	225

PERCEPCIÓN DE ACCESIBILIDAD DE LAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS

Del total de personas encuestadas, el 89,2% compra las pastillas anticonceptivas en farmacias, mientras que el 10,8% las solicita gratuitamente en el consultorio. Se observa que, del 89,2% que compra las pastillas, el 51,1% pertenece al Fondo Nacional de Salud (FONASA) y -aún pudiendo acceder a ellas gratuitamente- las compra.

También se consultó a las personas si, al momento de la encuesta, estaban informadas de que ciertas pastillas anticonceptivas están contempladas bajo la Ley Cenabast, lo que implica que, en determinadas farmacias asociadas al convenio, se venden a precios inferiores a los del mercado regular. El 55,9% señaló que sí estaba en conocimiento de esto y el 44,1% indicó que no conocía esta información.

Respecto a la accesibilidad de las pastillas anticonceptivas, el 86% refirió que con “poca frecuencia” ha tenido problemas para encontrar las pastillas de su elección o preferencia. El 14% restante refirió que sí ha tenido este problema de manera frecuente. Dentro del grupo reportó problemas frecuentes de accesibilidad, se observa una mayor tendencia

entre quienes viven en regiones distintas a la Metropolitana; del total de personas que viven en regiones, el 19,3% presenta esta dificultad, en comparación con el promedio general del 14% (Ver tabla N°19).

Tabla N°19

Nivel de frecuencia en problemas de accesibilidad de las pastillas anticonceptivas.

* Según región

Regiones	#Frecuente	#Poco frecuente	#Total
Otras	17	71	88
Metropolitana	15	126	141
Suma total	32	197	229

Del total de personas encuestadas que consumen y/o han consumido pastillas anticonceptivas, el 38,4% consume pastillas cuyo valor se encuentra entre los \$10.000 y los \$15.000 pesos chilenos. El 34,1% toma pastillas cuyo valor se encuentra entre los \$15.000 y \$20.000 pesos, el 10,9% toma pastillas cuyo precio supera los \$20.000, y el 16,6% restante compra pastillas de \$10.000 pesos o menos.

Al consultar si alguna vez el valor de las pastillas anticonceptivas significó un impedimento para poder adquirirlas, el 74,7% refiere que no y el 25,3% señala que sí. De este último grupo, se observa que esto ocurre principalmente entre mujeres que compran pastillas cuyo valor está entre los \$15.000 y \$20.000 pesos y que tienen entre 19 y 29 años de edad (Ver tablas N°20 y N° 21).

Tabla N°20

¿Alguna vez has tenido que dejar de comprar tus pastillas anticonceptivas por no poderlas pagar?

* Según rango de precio de las pastillas anticonceptivas que compran

Precios	#No	#Si	#Total
Entre \$10.000 y \$15.000	68	20	88
Entre \$15.000 y \$20.000	50	28	78
Entre \$5.000 y \$10.000	21	6	27
Más de \$20.000	22	3	25
Menos de \$5.000	10	1	11
Suma total	171	58	229

Tabla N°21

¿Alguna vez has tenido que dejar de comprar tus pastillas anticonceptivas por no poderlas pagar?

* Según rango de edad

Edad / Confianza	#No	#Si	#Total
14 - 17 años	1		1
18 - 29 años	96	38	134
+30 años	74	20	94
Suma total	171	58	229

Por último, cabe señalar que la mayoría del análisis presentado (salvo las excepciones mencionadas) se realizó considerando el total de personas que actualmente toman y/o han tomado alguna vez pastillas anticonceptivas. De esas 229 personas, el 55,4% se encuentra actualmente consumiendo anticoncepción oral. Al consultar específicamente a este grupo de personas si piensan que, en la actualidad, podrían dejar de tomar pastillas anticonceptivas debido a su valor económico, el 62,2% señala que no, mientras que el 37,8% refiere que sí. Esta tendencia se observa principalmente en mujeres jóvenes, entre 18 y 29 años de edad (Ver tabla N°22).

Tabla N°22

Si actualmente usas ¿Piensas que puedes dejar de tomar pastillas anticonceptivas por su precio?

* Según rango de edad

Edad / Confianza	#No	#Si	#Total
14 - 17 años		1	1
18 - 29 años	44	34	78
+30 años	35	13	48
Suma total	79	48	127

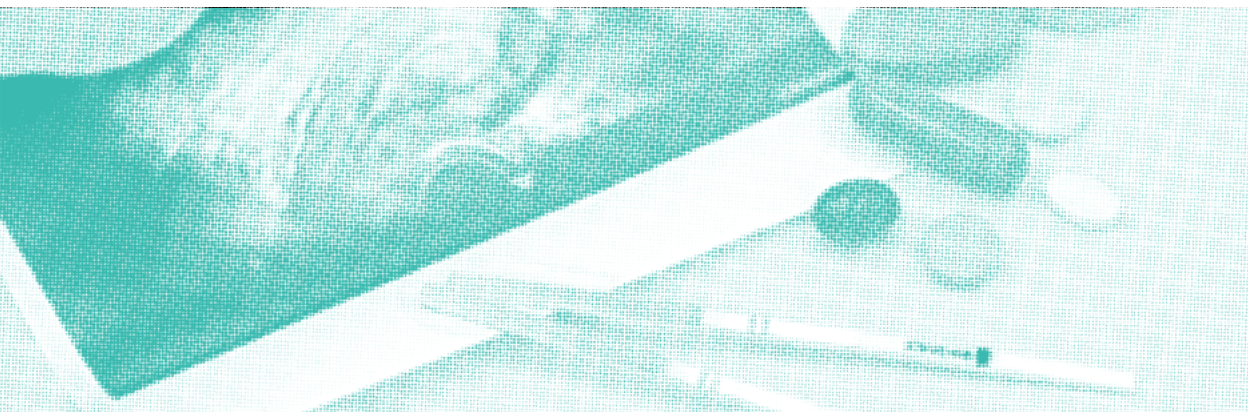
Conclusiones

La encuesta digital, respondida por 231 personas, reveló que el 98,2% (229 personas) consume o ha consumido pastillas anticonceptivas, siendo predominantemente mujeres jóvenes de 18 a 29 años quienes las utilizan actualmente. Las mujeres mayores de 30 años, en cambio, tienden a dejar de usarlas, lo que sugiere un interés en explorar sus razones y creencias al respecto. La mayoría (96,9%) recibe su prescripción en consejería de salud sexual y reproductiva, pero el

32,1% no tuvo evaluación de su historial de salud y el 54,8% careció de información sobre efectos secundarios. Aproximadamente tres cuartas partes de las mujeres consideran las pastillas un método confiable para prevenir el embarazo, especialmente las mayores de 30 años. Sin embargo, la percepción de efectividad influye más en las mujeres jóvenes que en las adultas.

Los efectos secundarios son un problema significativo, con tres de cada cuatro mujeres reportando malestar, principalmente alteraciones en el deseo sexual. El 73% de quienes experimentan efectos secundarios, especialmente dolores de cabeza, consideran abandonar el método. A pesar de esto, el 76,2% percibe las pastillas como inofensivas para la salud.

Finalmente, aunque el 80,2% compra las pastillas en farmacias y más del 70% gasta entre 10 mil y 20 mil pesos chilenos, este costo no se considera un factor determinante para dejar de usarlas, siendo los efectos secundarios la principal razón para su interrupción. Se sugiere reforzar la comunicación sobre la seguridad de las pastillas y mejorar las consejerías para minimizar los efectos adversos.



Recomendaciones

1. Promover una educación sexual integral

Que ofrezca información sencilla, veraz y acorde a las distintas necesidades de las personas a lo largo de su ciclo vital sobre el uso de los métodos anticonceptivos, sus posibles efectos secundarios y alternativas para su mitigación, favoreciendo un uso informado y adecuado para las personas usuarias.

2. Promover y consolidar una formación con perspectiva de género

Junto con la información para la ciudadanía, es importante promover y consolidar una formación con perspectiva de género para lo/as profesionales de la salud que entregue orientaciones sobre cómo profundizar la realización de consejerías en SSR pertinentes y ajustadas a los distintos requerimientos y necesidades de la población.

3. Realizar campañas comunicacionales

Finalmente, también se recomienda la realización de campañas comunicacionales especialmente dirigidas a mujeres jóvenes (sub 30 años), entregando información sencilla que aborde preconcepciones y/o mitos que circulan en torno a la anticoncepción oral, abordando sus inquietudes específicas relacionadas al alcance de sus efectos secundarios.



Bibliografía

— Correa, I. (2024, March 29). ¿Por qué las mujeres están dejando de tomar anticonceptivos? La Tercera. <https://www.latercera.com/paula/por-que-las-mujeres-estan-dejando-de-tomar-anticonceptivos/>

— Barrera Coello, L; Olvera Rodríguez, V; Castelo-Branco Flores, Camil; Cancelo Hidalgo M. J. (2019) Causas de desapego a los métodos anticonceptivos. Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Ginecología y obstetricia de México, 2019, vol. 87, num. Suppl 1, p. S128-S135. <http://hdl.handle.net/2445/138425>

— Haakenstad, A., Angelino, O., Irvine, C. M. S., Bhutta, Z. A., Bienhoff, K., Bintz, C., Causey, K., Dirac, M. A., Fullman, N., Gakidou, E., Glucksman, T., Hay, S. I., Henry, N. J., Martopullo, I., Mokdad, A. H., Mumford, J. E., Lim, S. S., Murray, C. J. L., & Lozano, R. (2022). Measuring contraceptive method mix, prevalence, and demand satisfied by age and marital status in 204 countries and territories, 1970-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* (London, England), 400(10348), 295-327. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00936-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00936-9)

— Leal, Ingrid, & Molina, Temistocles. (2021). Cambios en el uso de anticonceptivos, embarazos no planificados e hijos en adolescentes chilenas entre 1997 y 2018. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 86(4), 360-367. <https://dx.doi.org/10.24875/rechog.m21000014>

— Ministerio de Salud de Chile (2018), Normas Nacionales Sobre Regulación De La Fertilidad, Programa Nacional Salud de la Mujer. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.30_NORMAS-REGULACION-DE-LA-FERTILIDAD.pdf

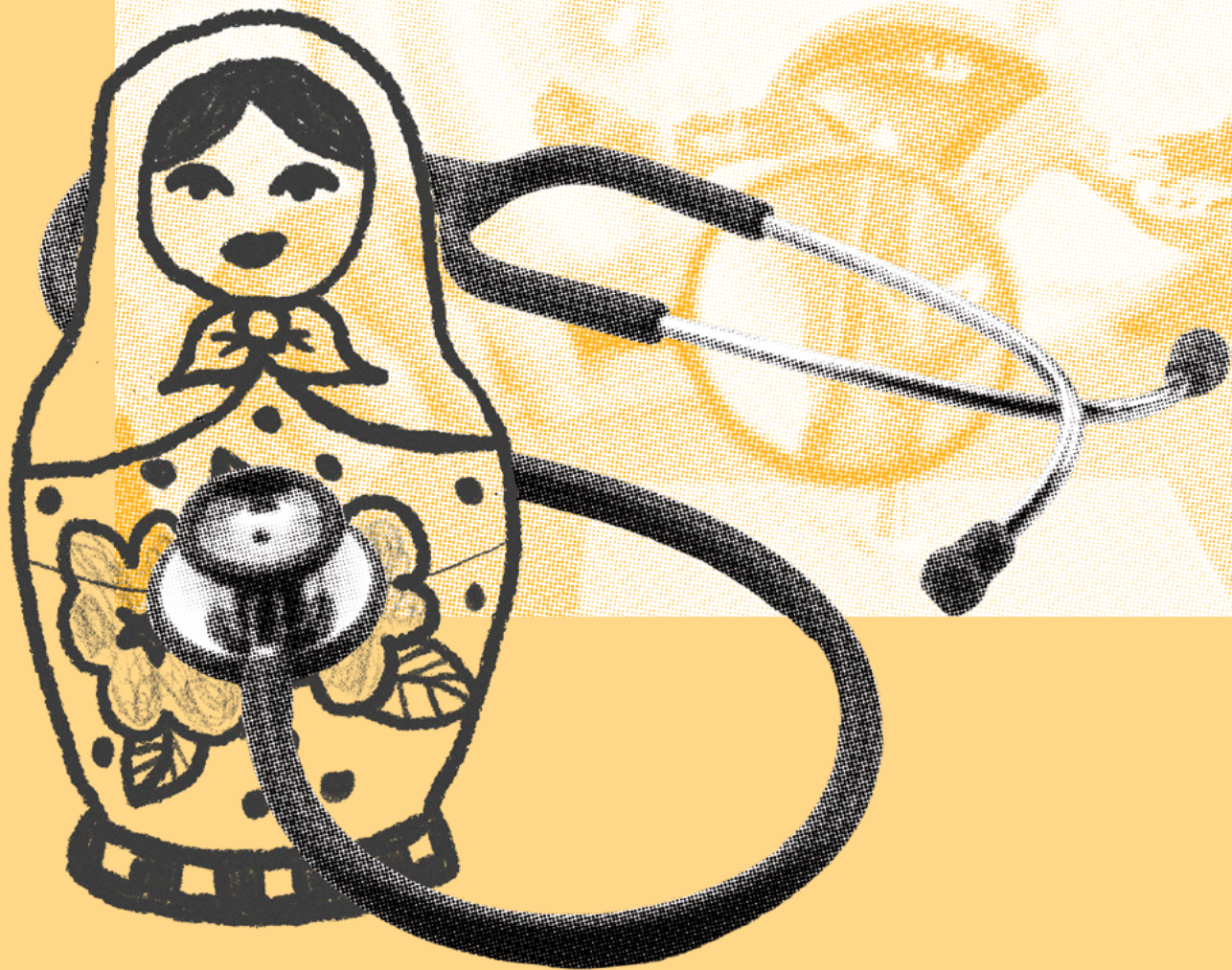


02



CAPÍTULO **MILES MÁS**

En este capítulo especial se presenta, a modo de avance, una investigación seleccionada en el concurso anual Miles+, que promueve la difusión de estudios de personas y organizaciones locales con escasa visibilización. El comité de Corporación Miles eligió este trabajo por su carácter innovador y su aporte a la discusión sobre el abuso de cesáreas y sus consecuencias en mujeres y personas gestantes. Más información: claudia.bustamante_s@mail.udp.cl



El alza de las cesáreas en Chile

El proceso que lleva a las personas gestantes a realizarse una cesárea en lugar de un parto vaginal

Autoras:

Claudia Bustamante Suazo

Socióloga, con Diploma de Honor en Género y Minor en Ciencias Sociales, Universidad Diego Portales, Santiago de Chile.

Camila Gallagher Hormazábal

Socióloga, con Diploma de Honor en Género y Minor en Ciencias Sociales, Universidad Diego Portales, Santiago de Chile.

Michel Odent

Médico francés y defensor del
parto respetado.



*Para cambiar el mundo, primero hay que
cambiar la forma de nacer.*

Antecedentes

↓ Entre 2000 y 2011 ↓

 **60% > 70%**
aumento de cesáreas
en el sector privado

 **30,4% > 38%**
aumento de cesáreas
en el sector público

↓ Obs. de Violencia Obstétrica ↓

 **6 de cada 10**
bebés en Chile nacen por
cesárea. Reporte 2023.

↓ 2021 tasa nacional de cesáreas ↓

 **59% en promedio**

 **49%** en sistema público

 **73%** sector privado

Durante los últimos 20 años se han realizado diversos estudios e investigaciones que problematizan las altas cifras de cesáreas registradas en Chile. Sadler y Rivera (2015) indican que entre 2000 y 2011, en el sector privado la tasa de cesáreas aumentó de un 60% a un 70%, y en el sector público de un 30,4% al 38%. Estas cifras se acrecientan cada año, lo que genera preocupación. Según el reporte del Observatorio de Violencia Obstétrica (2023), 6 de cada 10 bebés en Chile nacen a través de una cesárea. En el año 2021, la tasa nacional de cesáreas fue en promedio de un 59%, de las cuales el 49% se realizaron en el sistema público y el 73% en el sector privado, muchas veces sin razones médicas que las justifiquen (Sadler y Leiva, 2023). Para dimensionar la gravedad del asunto, es importante considerar que desde 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda a los países mantener una tasa de cesáreas entre el 10% y 15% anual, ya que una tasa en torno al 10% a nivel poblacional se asocia con una disminución en las muertes maternas y neonatales.

El parto por cesárea es un procedimiento que puede salvar vidas, pero que también conlleva riesgos o aumenta la probabilidad de experimentar síntomas adversos, tales como hemorragias, infecciones de la herida operatoria, complicaciones respiratorias para el recién nacido, e incluso riesgo de muerte para la madre. Además, puede asociarse a enfermedades del recién nacido como obesidad, asma y alergias (Observatorio de Violencia Obstétrica, 2023). Estos riesgos son de conocimiento médico y deben ser informados adecuadamente a la persona gestante. De lo contrario, constituye una forma de violencia obstétrica. Al mismo tiempo, es importante reconocer que dentro de los factores que inciden en el aumento de cesáreas también se encuentran las decisiones de las personas gestantes, quienes pueden solicitarlas por diversas razones: programar el nacimiento, miedo al parto, razones estéticas, entre otras. La cesárea ha adquirido una connotación de producto de mercado, lo cual representa un problema, ya que se ha vuelto una opción disponible principalmente para quienes pueden costearla.

En el reportaje “Los riesgos detrás de las numerosas cesáreas practicadas en Chile” (2023) emitido por Meganoticias, la ministra del Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, Antonia Orellana, señala que en muchas ocasiones predomina el criterio o la comodidad del equipo médico por sobre el bienestar de la persona gestante y el bebé al momento de realizar una cesárea. Actualmente, se encuentra en tramitación la Ley Adriana, que promueve el parto respetado e indica que la manipulación de información, la coacción o la actuación sin justificación y consentimiento de una cesárea constituyen violencia obstétrica (Observatorio de Violencia Obstétrica, 2021). Aunque este proyecto está en segundo trámite legislativo en la Comisión de Mujer y Género, un grupo de diputadas otorgó urgencia a la propuesta tras casi dos años de estancamiento. Esto impulsó reuniones con la ministra Orellana para acelerar el proceso y otorgarle relevancia desde su cartera. A pesar de que la ley aborda diversas formas de violencia obstétrica y no se limita al abuso de la cesárea, es posible identificar un consenso entre autoridades legislativas, ejecutivas y expertos respecto el uso indiscriminado de este procedimiento y sus alarmantes cifras en el país.



Otro elemento importante a considerar es el rol del sistema público de salud. Este ofrece a las mujeres afiliadas a FONASA la opción de recibir un bono PAD (Pago Asociado a Diagnóstico), que permite a todas las gestantes afiliadas (excepto las del tramo A) y que cumplan con los requisitos de embarazo (bajo riesgo y más de 37 semanas), acceder a servicios de parto en el sector privado. Según Sadler y Leiva (2023), este bono habría contribuido al aumento de cesáreas. Prueba de ello, es que, en 2017, un 72% de los partos realizados bajo el bono PAD fueron cesáreas. Ese mismo año, FONASA habría financiado 56 mil nacimientos por cesárea, lo que representa un gasto aproximado de 60 mil millones de pesos. En la práctica, esto implica un gran traspaso de fondos públicos al sector privado. Además, pone en riesgo a las gestantes, ya que las cesáreas tienen tres veces más riesgo de mortalidad y/o enfermedad materna grave que los partos vaginales normales.

Finalmente, se reconoce que este procedimiento puede ser necesario en casos específicos, pero preocupa su uso en contextos donde no existe una justificación médica, pues puede generar consecuencias graves tanto para la persona gestante como para el recién nacido. En este contexto, el presente estudio se centra en el proceso que lleva a una persona gestante a realizarse una cesárea en lugar de un parto vaginal en Chile, y busca comprender los significados asociados a esa decisión cuando no hay justificación médica. Es crucial abordar este problema desde la perspectiva del parto respetado (propuesta que surge como respuesta a la violencia obstétrica), la cual sostiene que la cesárea debe ser realizada de manera informada, justificada médicamente y en resguardo del bienestar, la seguridad y los derechos de las personas gestantes.

Metodologías de la investigación

Esta investigación busca comprender el proceso que lleva a una persona gestante a realizarse una cesárea en lugar de un parto vaginal. En coherencia con este objetivo, se optó por una metodología cualitativa, ya que permite aproximarse a las experiencias subjetivas y a los significados que las personas atribuyen a los fenómenos que atraviesan, especialmente cuando estos ocurren en contextos específicos y cargados de sentido (Collin, 2006).

El enfoque de esta investigación es de carácter descriptivo, pues busca ofrecer una comprensión detallada de cómo se configura y manifiesta dicho proceso en la experiencia concreta de las personas gestantes, identificando sus características, condiciones y relaciones implicadas. Se utilizó como técnica de recolección de información la entrevista semiestructurada, ya que esta modalidad permite mayor flexibilidad y profundidad en la indagación, generando un espacio de confianza y cercanía con las entrevistadas. Esta característica fue clave para abordar temáticas vinculadas a la vivencia del embarazo y el parto, procesos que forman parte de la intimidad de cada persona y requieren una aproximación respetuosa y empática.

La muestra final estuvo compuesta por 12 entrevistas semiestructuradas, con una duración que varió entre veinte y cuarenta minutos. A las participantes se les ofreció la posibilidad de elegir entre una modalidad presencial u online para la entrevista, resultando una entrevista presencial y once realizadas de manera remota, a través de la plataforma Zoom. En cuanto a la atención en salud, seis de las entrevistadas fueron usuarias del sistema público (tres primíparas y tres multíparas) y seis del sistema privado (tres primíparas –una de ellas usuaria del bono PAD– y tres multíparas –también con una usuaria del bono PAD–).

Esta distribución nos permitió obtener una visión más amplia del fenómeno, considerando no solo la diversidad de experiencias según el tipo de atención sanitaria, sino también el número de partos previos, lo cual aporta matices importantes para el análisis.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Desde la percepción de las personas gestantes en Chile, **¿cuál es el proceso que lleva a realizarse una cesárea en lugar de un parto vaginal?**

OBJETIVO GENERAL

Describir el proceso que lleva a una persona gestante a realizarse una cesárea en lugar de un parto vaginal en Chile.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Explicar la relación entre el personal de salud (médico/a, matronas, enfermera, etc.) y la persona gestante durante el embarazo y el parto por cesárea en Chile.
2. Determinar la información que se proporciona a las personas gestantes en Chile respecto a los riesgos y beneficios de la cesárea durante el embarazo y parto, y comprender cuánto de esa información fue efectivamente entendida.
3. Describir las expectativas y temores que tienen las personas gestantes frente al proceso de parto, considerando los relatos intergeneracionales e interpersonales que las atraviesan.
4. Comparar el proceso que lleva a las personas gestantes del sistema público y del sistema privado de salud en Chile a realizarse una cesárea en lugar de un parto vaginal.
5. Comparar el proceso vivido por personas gestantes primíparas y multíparas al optar por una cesárea en lugar de un parto vaginal en Chile.

Resultados

1 · CESÁREAS SIN JUSTIFICACIÓN MÉDICA

Todas las mujeres entrevistadas relatan haberse sometido a una cesárea sin razones médicas justificadas. Esta situación se presentó en distintos escenarios. Por un lado, hubo mujeres que tuvieron una cesárea programada, es decir, con indicación establecida con antelación; algunas de ellas transitaron todo su embarazo con la idea de una cesárea sin que se profundizara en sus razones o se evaluara el desarrollo del embarazo como un proceso dinámico. Por otro lado, hubo casos donde se planificó inicialmente un parto vaginal, pero ya en la etapa de preparto –incluso el mismo día del nacimiento– se informó que se realizaría una cesárea, anulando la decisión previamente tomada.

Diez de las mujeres entrevistadas se sometieron a una cesárea programada. Entre ellas, dos solicitaron este tipo de parto: ambas se atendieron en el sistema privado. En un caso, la decisión fue motivada por el miedo al parto (primípara); en el otro, por el deseo de realizarse una esterilización quirúrgica (multípara). El personal de la salud como promotores del bienestar de las gestantes, en ausencia de la indicación médica aceptada, deben extremar el asesoramiento para que la decisión de la mujer decida con autonomía y la buena práctica médica, sin recomendar el parto por cesárea en forma rutinaria a todas las embarazadas. En el caso de la entrevistada primípara, ella pidió la opinión de su médico no solo como profesional, sino desde una perspectiva personal:

(...) Le pregunté como si, en el fondo, fuese su hijo, como que él elegiría independiente de los riesgos. Y él me dijo: 'de todos los riesgos, un parto normal tiene esto y una cesárea esto otro. Yo, mis hijos, todos han nacido por cesárea por los riesgos que tiene el parto normal'.
(Entrevistada 1: primípara/privado).

Por otro lado, las indicaciones de las otras ocho entrevistadas lo hicieron por razones que no están respaldadas por la evidencia médica: diagnóstico de cadera angosta, haber tenido una cesárea anterior, o por razones asociadas a la edad materna (34, 36 y 38 años en el momento del embarazo). También se presentaron dos casos específicos en el sistema público en que la indicación fue anemia materna y disautonomía.

En el caso de la anemia, la literatura médica recomienda tratarla durante el embarazo, ya que el parto vaginal suele implicar una menor pérdida de sangre, siendo una opción más segura frente al riesgo de requerir transfusiones (MINSAL, 2015). Respecto a la disautonomía, no se considera una contraindicación para un parto vaginal. Sáez (2017) indica que, en estos casos, es necesario un control hemodinámico riguroso en la segunda fase del parto, apoyo con solución salina y manejo sintomático (sin epinefrina), lo que no excluye el parto vaginal como posibilidad.

Dos de las entrevistadas se sometieron a una cesárea no programada. Ambas se preparaban para un parto vaginal, pero el día del nacimiento se les realizó una cesárea con justificaciones como “falta de dilatación” o “tamaño del bebé”. Tras el análisis de estos relatos, se concluye que ninguna de estas intervenciones correspondió a una cesárea de emergencia ni de urgencia. En uno de los casos, se indicó como motivo el peso fetal estimado (macrosomía), sin que durante el embarazo se les hubiera mencionado sospecha alguna de esta condición, a pesar de los controles mensuales. Se trataba de una mujer primípara atendida en el sistema privado. El diagnóstico de feto macrosómico (peso estimado sobre 4.500 gramos) puede ser indicación de cesárea programada si hay otros factores de riesgo. Sin embargo, en este caso fue presentada como una urgencia el mismo día del parto, sin justificación clara.

En el otro caso, una entrevistada primípara atendida en el sistema público llegó con ruptura prematura de membranas y se encontraba en las primeras fases del trabajo de parto. Fue hospitalizada y se inició inducción con oxitocina. Según su relato, tras un cambio de turno, el nuevo equipo médico decidió interrumpir el proceso:

“Pero cuando llegó el cambio de turno en la noche alrededor de las ocho y media por ahí, llegó la ginecóloga que iba a estar encargada del turno noche y me hacen el último tacto del día y me dice estás en 9 de dilatación, tienes un 90% del cuello borrado, pero tu bebé no está bajando y me dijo por las horas cesárea de urgencia. Así que a las veintiuna veinte ya había nacido mi bebé”.

(Entrevistada 9: primípara/público)

Según las guías clínicas del MINSAL (2021), el trabajo de parto en primíparas puede durar entre 12 y 18 horas. En la fase activa se monitorea la progresión de la dilatación; si no hay avance tras 3-4 horas con menos de 5 cm, se considera falla de inducción. En este caso, la mujer alcanzó los 9 cm y un 90% de borramiento cervical, por lo que el proceso estaba avanzando. Esto indica que la cesárea no fue ni de urgencia ni de emergencia, sino una decisión negligente.

Este tipo de experiencias, especialmente en el caso de mujeres primíparas, se inserta en un momento altamente sensible del proceso de gestación. Tal como plantea Mendanha (2016), en las fases previas al parto es común que aumente la preocupación por el bienestar propio y del bebé, así como el temor frente al parto, dificultando la adaptación a esta nueva etapa. Informar sobre una cesárea pocos días antes o incluso el mismo día del parto puede intensificar estos sentimientos, generando estrés, desorientación y sensación de pérdida de control sobre el propio cuerpo y proceso.

2 · RELACIÓN PERSONAL DE LA SALUD - PERSONA GESTANTE

La relación personal de salud y paciente se produce a través del acto médico, el cual, como se expuso en el marco teórico, se explica por la noción de sociedad de las profesiones. Esto supone que quienes ejercen una profesión ocupan una posición jerárquica legítima dentro de la sociedad. A partir del análisis de las entrevistas, se exploraron diversos aspectos de esta relación, incluyendo la cercanía (proximidad emocional, empatía, escucha activa e interés por el bienestar de la paciente), la intimidad (capacidad de compartir información personal con el/la médico) y la confianza (sentirse segura, creer en la habilidad y honestidad del/la profesional) durante el proceso de embarazo y parto.

También se indagó sobre la posibilidad de realizar preguntas, las conversaciones sobre alternativas de parto y la participación en la toma de decisiones. Desde la perspectiva de Parsons, la relación entre el personal de salud y los pacientes está mediada por la institucionalización de los roles, cumpliendo función de control social dentro de una estructura jerárquica existente (Urteaga, 2009). Si bien esta asimetría no implica necesariamente un abuso, sí condiciona cómo se relaciona la paciente con el profesional. Esta confianza se sustenta a partir del conocimiento que el/a profesional posee y transmite, y es clave para una atención satisfactoria. Además, esta relación se enmarca en un contexto de mercado de la salud, donde se le otorga a la paciente la posibilidad de elegir el tipo de atención que desea para su parto.

*** Espacios de cercanía, intimidad y confianza con profesionales de la salud durante embarazo y parto.**

Respecto a la relación de cercanía, intimidad y confianza entre las entrevistadas y los profesionales (médico/a, enfermera/o, matronas/es, entre otros) que participaron en su embarazo y parto, se observaron percepciones diversas. Estos aspectos son fundamentales en la atención obstétrica y ginecológica, ya que facilitan la comunicación y la participación activa de las pacientes en torno a su embarazo y parto. La cercanía permite un entorno de comodidad para expresar inquietudes; la intimidad posibilita vínculos más profundos y comprensivos; y la confianza se construye sobre la habilidad y honestidad del/la profesional. Cuando esta confianza existe, las pacientes se sienten seguras para manifestar dudas y participar en decisiones de salud (MINSAL, 2021).

Algunas entrevistadas relatan experiencias positivas de cercanía con su médico/a, aunque estas relaciones no siempre profundizaron. Sin embargo, muchas de ellas expresan que, pese a haber experimentado cercanía durante el embarazo, esta se perdió durante el parto y la cesárea, especialmente en el sistema público. En un caso, una entrevistada relata que un tacto vaginal fue realizado de forma brusca:

“Fue muy muy terrible para mí la experiencia en el hospital (...) de hecho, uno de los ginecólogos que estuvo durante el turno de día, me hizo tacto y me hizo tan fuerte que incluso me hizo sangrar, fue muy terrible”.

(Entrevistada 9: primípara/público)

En este caso no se consideró el bienestar emocional ni físico de la gestante. El tacto vaginal es un procedimiento que requiere delicadeza, y su ejecución inapropiada puede generar consecuencias traumáticas. La falta de cercanía, intimidad y confianza también se evidenció en otros relatos. El personal de salud no solo debe contar con habilidades técnicas, sino también con compromiso y humanidad (MINSAL, 2021). Cuando la confianza se rompe o no se construye, se afecta el bienestar de la madre y del recién nacido. La necesidad de confiar se intensifica por la urgencia de decisiones con consecuencias vitales. En los casos donde se realizó una cesárea no programada, pese a haberse planificado un parto vaginal, algunas entrevistadas percibieron al personal médico como poco empático, ya que las decisiones se tomaron sin una conversación conjunta. Por ejemplo:

“(...) yo estaba mentalizada con un parto normal, entonces cuando el doctor me dice que tiene que ser sí o sí cesárea (...) entre los trámites y procesando que iba a ser una cesárea... me sentí bien vulnerable (...) siento que fue poco empático”.

(Entrevistada 3: primípara/privado)

Además algunas entrevistadas que no lograron una relación cercana con su médico(a) obstetra sí relataron vínculos positivos con otros profesionales, especialmente enfermeras/os o matron/as. Estudios recientes destacan que el acompañamiento continuo de una matrona tiene efectos positivos y transformadores en la experiencia del parto (Campos et al., 2020):

“El trato con la enfermera, la matrona nada que decir, fue un 7, pero si yo me quedó como una sensación ingrata con el doctor, que obviamente fue mi doctor de todo mi periodo de embarazo, pero si tú me preguntas, yo no he vuelto a verlo, porque obviamente después tenía que volver a los controles y, no me sentí tranquila (...)”.

(Entrevistada 3: primípara/privado)

“La matrona era muy cercana, nos saludaba de beso, abrazo, me tomaba la mano diciendo tranquila todo estará bien y la ginecóloga como vamos a empezar”

(Entrevistada 2: primípara/ privado, PAD).

Esto permite afirmar que los/las obstetras y ginecólogos/as tienden a ser percibidos como ejecutores de decisiones clínicas más que como constructores de vínculos personales. Las entrevistadas transmiten la impresión de ser atendidas como “una paciente más”, sin que se consideren sus particularidades. La presencia de un profesional que acoja, apoye y oriente en el trabajo de parto es fundamental. La atención debe adaptarse a las necesidades específicas de cada persona gestante, lo cual requiere no solo comunicación efectiva, sino también la inclusión del entorno familiar (MINSAL, 2021).

*** Seguimiento del embarazo: controles y comunicación con profesionales de la salud.**

La mayoría de las entrevistadas asistieron a controles médicos mensuales. En el sector privado, generalmente se atendían con el mismo profesional, lo que generaba mayor confianza para preguntar y expresar inquietudes. En el sistema público, los controles se realizaban con distintos profesionales, aunque igualmente se generaban espacios de confianza. Sin embargo, se observó que muchas veces las entrevistadas no cuestionaban la información entregada por el personal

médico, confiando plenamente en su competencia. Cuando la paciente no realiza preguntas, se asume que comprendió la información:

***“Como que no están acostumbrados a dar como la información sin que uno le pregunte...
tú cómo que en realidad no sabí que preguntar y qué es importante y qué no es importante”***
(Entrevista 6: multipara/privado).

***“Yo como que me dejé llevar y no hacía muchas preguntas y como ellos...
se supone que son los especialistas uno tiene que acatar no más po”***
(Entrevista 10: multipara, público).

En algunos casos, aunque existía espacio para conversar, las pacientes se sintieron incómodas con ciertos temas, como el aumento de peso, lo que dificultó la cercanía: se referían a otros temas que incomodaban a la paciente, lo que alejaba a la paciente de esta cercanía con el profesional de salud:

***“Pero igual me sentía, así como un poco rara, siempre me estaba retando,
me estaba diciendo que cómo subí tanto”.***
(Entrevista 7: primipara/público)

3 · INFORMACIÓN PROPORCIONADA Y SATISFACCIÓN

En esta categoría se examina la calidad y la cantidad de información que el personal de salud entrega a las personas gestantes sobre los tipos de partos, sus beneficios y riesgos, así como la satisfacción que estas expresan con dicha información. Según la Norma técnica y administrativa sobre el monitoreo y vigilancia de la indicación de cesárea (2021), es fundamental que durante el embarazo y el parto se proporcione información adecuada y oportuna sobre los procedimientos a realizar, basada en el uso de tecnologías apropiadas y con la mejor evidencia científica disponible. Además, se debe considerar el respeto a la autonomía, la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las personas gestantes en la toma de decisiones.

Sin embargo, entre las entrevistadas, dos de ellas- ambas multiparas atendidas en el sistema público- afirmaron haber recibido información sobre los tres aspectos consultados: tipos de parto, beneficios y riesgos. Otra entrevistada señaló haber leído los riesgos en el consentimiento informado, y una más indicó que el médico solo mencionó que el parto vaginal era menos riesgoso que la cesárea. El resto manifestó no haber recibido información alguna, destacando incluso que no existía espacio para discutir estos temas, ya que la decisión médica de realizar una cesárea ya estaba tomada:

***“(...) A lo mejor no sacaba nada explicándome que el parto normal
era mejor porque era menos traumático con el hijo o nada de eso”***
(Entrevistada 5: multipara/privado).

Cabe destacar que, respecto del parto por cesárea, el MINSAL (2021) señala que esta, al igual que cualquier otra intervención quirúrgica mayor, conlleva riesgos anestésicos, infecciosos,

hemorrágicos, tromboembólicos, de reoperación, reingreso hospitalario, infección de la herida operatoria y un aumento en la mortalidad y morbilidad materna, perinatal y neonatal, incluyendo complicaciones como encefalopatía hipóxico-isquémica. Por tanto, informar adecuadamente sobre estos riesgos resulta esencial, considerando lo invasivo del procedimiento. En esta línea, dos entrevistadas comentan:

“Yo no recuerdo que en ningún minuto hayamos conversado específicamente qué iba a ser más favorable para mí ¿cachai? Sí recuerdo haberlo conversado con familia, pero así personal de la salud no, porque el tema no salió específicamente hasta que me dijeron que no tenía otra opción que hacer cesárea. Simplemente fue eso”.

(Entrevistada 7: primípara/público)

La Ley N.º 20.584 sobre Derechos y Deberes de los Pacientes establece en sus artículos 8, 10 y 11 el derecho de toda persona a recibir información clara, completa y oportuna sobre su estado de salud, tratamientos y cualquier intervención que requiera su consentimiento informado (Arguedas, 2014). Por lo tanto, incluso en contextos de cesáreas de emergencia, urgencia o programadas, es obligación del personal del salud entregar información comprensible sobre el procedimiento. En aquellos casos donde la cesárea no cuenta con justificación médica clara, se vuelve aún más relevante entregar como mínimo la información relativa a los tres criterios consultados: tipos de parto, sus beneficios y riesgos. De lo contrario, esta omisión podría constituir una forma de violencia obstétrica, al dejar a la persona gestante en un rol pasivo y excluido respecto de las decisiones sobre su propio cuerpo. Esta exclusión afecta su autonomía y vulnera su derecho a decidir de forma libre e informada (Bellón, 2015), generando una forma de violencia simbólica al percibir una atención deficiente por parte del sistema de salud. El Minsal (2021) también estipula que la información sobre la indicación de una cesárea, sus justificaciones, complicaciones y proceso de recuperación, debe ser entregada a todas las gestantes tanto verbal como por escrito, en cualquier nivel de atención –ya sea primaria, secundaria o en hospitalización–. Solo una vez cumplido este proceso, puede firmarse el consentimiento informado. Sin embargo, algunas entrevistadas expresaron incertidumbre sobre este aspecto. Una de ellas relató:

“Que yo recuerde no firmé ningún documento. No, no sabría decirte porque fue todo tan rápido. En ningún momento tuve la opción, sino que llegó la ginecóloga y me dijo ‘ya pasenla no más a pabellón’ y de un momento a otro tenía internas de matronas, tenía enfermeras a mi alrededor y no, fue muy caótico, tenía mucha gente en la sala de parto donde estaba yo y todas haciendo una labor distinta y fue muy... y mi pareja que tuvo que salir y entonces quedé yo sola ahí, con el miedo, fue muy caótico”.

(Entrevistada 9: primípara/público)

La experiencia, descrita como caótica, ilustra una situación en la que la gestante se encontró sola, con miedo y sin claridad respecto de si firmó o no el consentimiento informado. Este desconocimiento plantea interrogantes relevantes sobre la validez del consentimiento otorgado: ¿no se firmó el documento o el evento fue tan traumático que la gestante no lo recuerda? En ambos casos, se ve comprometida la manifestación voluntaria y consciente de su decisión. Respecto a la satisfacción con la información recibida, la mayoría de las entrevistadas señaló que esta fue insuficiente y poco clara. Cuatro de ellas expresaron no haber recibido información sobre ninguno de los tres aspectos clave. Pese a esto, algunas manifestaron estar conformes

con la atención, lo que sugiere que su percepción de satisfacción no se relaciona necesariamente con la calidad de la información brindada, sino más bien con otros factores, como el trato recibido por el personal de salud.

Esta disociación puede explicarse por la relación de poder que se establece entre el personal de salud y las personas gestantes, generando una brecha entre la calidad de la información proporcionada y la percepción de satisfacción (Urteaga, 2009). En este marco, algunas entrevistadas señalaron que la información básica era entregada, pero los detalles solo se proporcionaban si la paciente los solicitaba explícitamente. No obstante, también se evidenció que no siempre existía un ambiente de confianza que permitiera realizar dichas preguntas. Finalmente, seis entrevistadas que no recibieron ningún tipo de información sobre los partos no abordaron el tema de satisfacción, ya que no se consideraban en condiciones de evaluar un aspecto que no estuvo presente en su proceso de atención.

4 · PERCEPCIONES DEL PARTO: INFLUENCIAS Y EXPERIENCIAS

*** Influencia de historias intergeneracionales e interpersonales**

Según Sandler y Rivera (2015), la idea sobre el parto se construye a través de diversas fuentes: el equipo de salud, los medios de comunicación y las historias compartidas por otras mujeres o personas cercanas, como familiares, amigas o redes de apoyo. Estas narrativas, denominadas historias intergeneracionales, influyen en la percepción que tienen las personas gestantes sobre el parto y la cesárea.

En este estudio, nueve de las doce entrevistadas mencionaron que estas historias influyeron en su forma de concebir el parto, aunque de manera diversa. Tres de ellas afirmaron que las experiencias negativas escuchadas en su entorno reforzaron su miedo al parto vaginal, llevándolas a optar por la cesárea como una alternativa más segura. Dicho temor surgía principalmente de relatos sobre negligencias médicas o situaciones humillantes vinculadas al proceso del parto, como la pérdida del control corporal durante el pujo:

“(...) yo igual tenía un poco de trauma, como antecedentes, porque yo tengo a mi sobrina que tiene parálisis cerebral y yo sé que en todas las parálisis (...) el 95% son por negligencias durante el parto, todos por parto normal obviamente. (...) entonces no quería correr ningún riesgo que pudiese cagarle la vida a mi hijo”.
(Entrevistada 1: primípara/privado)

“Miedo, miedo, por eso yo quería cesárea, o sea como que me facilitaron para irme yo a la segura, yo por eso no quería tener hijos, yo veía en mi hermana, mi prima que todo el mundo sufría (...) Y cuando quedé embarazada siempre en mi mente estuvo eso, y porque yo busqué... no, no es que busqué... me dieron la facilidad y yo la tomé, no lo pensé dos veces”.
(Entrevistada 10: múltipara/público)

En contraste, seis entrevistadas indicaron que las historias de su círculo cercano influyeron en su preferencia por un parto vaginal, destacando sus beneficios frente a la cesárea, como una

recuperación más rápida o menor intervención médica. No obstante, incluso en estos casos, muchas relataron que no pudieron concretar un parto vaginal debido a decisiones unilaterales del equipo médico, especialmente durante el proceso de inducción. En varios testimonios se percibe cómo las expectativas originales fueron desestimadas sin justificación clara:

“(...) en realidad yo estaba segura de que sí o sí quería tener un parto normal, no quería cesárea bajo ninguna circunstancia (...), pero dadas las circunstancias... Y la decisión de los médicos pasó la cesárea”.
(Entrevistada 9: primípara/público)

Esto evidencia cómo las expectativas construidas a partir de influencias interpersonales pueden verse anuladas por decisiones médicas que no siempre se comunican o fundamentan adecuadamente.

*** Expectativas de parto**

Las expectativas en torno al parto se manifestaron tanto en clave positiva como negativa. Entre las expectativas positivas, predominó la confianza en el equipo de salud, especialmente entre primíparas atendidas en el sector privado, quienes valoraron la reputación o el trato profesional recibido. En el caso de las multíparas, el recuerdo de experiencias previas con profesionales específicos también generaba tranquilidad. Además, la presencia de una figura cercana durante el parto fue un factor que contribuyó significativamente a generar seguridad y confianza en el proceso.

En cuanto a las expectativas negativas, las entrevistadas manifestaron temor por la salud del bebé, por posibles complicaciones durante el parto o por el uso de anestesia. En algunos casos, estas preocupaciones aumentaron debido a advertencias del personal médico:

“Yo sé que era delicada, entonces me decían: si te mueves un poquito puedes quedar inválida, entonces igual era fuerte (...)”.
(Entrevistada 2: primípara/privado)

*** Experiencia como primíparas y multíparas**

Al comparar las experiencias de primíparas y multíparas, se observaron diferencias importantes en las percepciones y valoraciones posteriores al parto. De las seis primíparas que tuvieron una cesárea, cinco afirmaron que no volverían a someterse a este procedimiento. Aunque algunas consideraron que la intervención fue exitosa, también expresaron un deseo por experimentar un parto vaginal en el futuro. Otras relataron vivencias dolorosas y emocionalmente difíciles, señalando secuelas físicas persistentes:

“(...) hasta ahora por ejemplo de repente tengo dolores de espalda por el tema de la anestesia (...) No lo volvería hacer porque definitivamente para mí estar ya cuatro meses post cesárea sigue siendo un tema (...) fue muy traumático”.
(Entrevistada 9: primípara/público)

“(...) se inflama esa parte y es muy incómodo (...) no comer cosas que produzcan gases (...) realmente duele (...)”.
(Entrevistada 8: primípara/público)

En las mujeres multiparas, se evidenciaron situaciones de negligencia o prácticas médicas cuestionables en alguno de sus partos previos, en especial durante procedimientos quirúrgicos. Aunque estas experiencias fueron narradas con cierto grado de naturalización, reflejan impactos físicos y emocionales significativos:

“(...) que yo llegué al parto y el médico se puso a gritar así como: ¡Negligencia, negligencia!, esta paciente viene de la Bupa (...) me estaba casi rompiendo el útero (...)”.
(Entrevistada 4: multipara/privado)

“Nadie me preguntó, yo no quería, me pusieron la epidural (...) como estaba hablando, y él me dice: ahh entonces te vamos a poner anestesia total, y yo le digo: nooo no quiero, no quiero y paah me dormí (...)”.
(Entrevistada 5: multipara/privado)

“(...) el doctor me hace la incisión y se le resbala la guagua de las manos (...) después se le quebró la aguja mientras me cerraba y tuvieron que hacerme una radiografía para ver si la tenía incrustada (...)”.
(Entrevistada 12: multipara/público)

En síntesis, el miedo al parto no fue necesariamente lo que llevó a las gestantes a optar por una cesárea. Más bien, en muchas ocasiones fue la propia intervención médica—frecuentemente autoritaria o negligente—la que marcó negativamente la experiencia, generando miedo no al parto en sí, sino al personal que lo lleva a cabo. Este temor llegó incluso a influir en la decisión de no querer tener más hijos en el futuro.

Conclusiones

A partir de nuestra pregunta de investigación —**“Desde la percepción de las personas gestantes en Chile, ¿cuál es el proceso que lleva a realizarse una cesárea en lugar de un parto vaginal?”**— hemos llegado a diversas conclusiones que revelan patrones relevantes en torno a la experiencia de parto y la toma de decisiones en el sistema de salud chileno.

En primer lugar, si bien el parto es un proceso íntimo y único para cada persona, los relatos recogidos evidencian coincidencias en torno a la falta de autonomía y de información clara en el momento de optar por una cesárea. En todos los casos, esta intervención fue presentada como la única opción viable, aunque las justificaciones médicas ofrecidas carecían de respaldo técnico adecuado. Esta situación refleja la fuerte influencia del modelo biomédico, donde la figura del/la obstetra o ginecólogo(a) concentra el poder de decisión, minimizando la participación activa de la persona gestante.

Este dominio del saber-poder médico configura una estructura normalizada en el sistema de salud, difícil de cuestionar tanto por pacientes como por el propio personal. A pesar de avances legislativos y normativos que promueven los derechos de los pacientes, como la futura **Ley Adriana**, en la práctica persiste una reproducción acrítica del discurso médico tradicional. Esta reproducción se ve reforzada en la formación profesional y en los espacios clínicos, donde se siguen perpetuando jerarquías y prácticas desactualizadas.

Dentro de esta estructura, es relevante destacar que la relación con el personal de salud varía según el rol profesional. Las matronas y enfermeras fueron percibidas como más cercanas y empáticas, mientras que la figura del/la obstetra o ginecólogo(a) fue asociada mayormente con la toma de decisiones autoritarias, sin espacio para construir vínculos más humanos. Esto evidencia que no es la relación médico-paciente en sí misma la que resulta problemática, sino la forma en que esta se lleva a cabo y los efectos que produce: decisiones alejadas de las necesidades y deseos de las gestantes, con escasa comunicación y nula información comprensible.

La ausencia de información clara y el uso de discursos médicos unilaterales también contribuyen a formas de **violencia obstétrica** que no siempre son evidentes ni físicas. Esta puede manifestarse en la omisión de opciones disponibles, la falta de diálogo y el no reconocimiento de los derechos reproductivos. Muchas personas gestantes no identifican estos hechos como violencia precisamente porque no existe un marco claro de definición ni espacios de contención que les permitan nombrarlos.

Otro aspecto relevante es la influencia de las historias interpersonales e intergeneracionales en las expectativas sobre el parto. Muchas entrevistadas preferían un parto vaginal debido a relatos previos que describían la cesárea como riesgosa o traumática. Sin embargo, aquellas que optaban inicialmente por una cesárea lo hacían por temor a negligencias médicas, no al dolor del parto vaginal. En ambos casos, la decisión final no se construyó desde el deseo individual, sino que fue definida por el/la profesional médico tratante, lo que generó tensiones y frustraciones. Además, se observó una diferencia marcada entre las percepciones de primíparas y multíparas. Mientras que las primeras mostraron apertura a vivir un parto vaginal en futuros embarazos, las multíparas narraron experiencias traumáticas asociadas a cesáreas anteriores, lo que influyó negativamente en su percepción del parto en general.

En este contexto, resulta preocupante que, a pesar de la existencia de protocolos del **Ministerio de Salud** para abordar las altas tasas de cesáreas, su implementación en la práctica sea deficiente. Esto pone en riesgo tanto a las gestantes como a sus bebés y evidencia la necesidad urgente de repensar el modelo de atención obstétrica en Chile. Es fundamental revisar críticamente la formación académica de profesionales de la salud y los modelos de atención actuales, con el fin de promover prácticas centradas en la autonomía, el respeto y la información.

Este estudio no busca poner en duda los conocimientos médicos, sino problematizar el sistema de poder donde estos se ejercen. Se hace necesario formar profesionales capaces de reconocer la importancia del acompañamiento respetuoso y de brindar información accesible y comprensible para cada gestante, garantizando así un proceso de parto verdaderamente informado y humanizado.

Finalmente, esta investigación abre nuevas interrogantes y posibilidades de exploración futura, especialmente desde la perspectiva de los propios profesionales de la salud. Factores como la carga laboral, la jerarquía médica y el sentido de responsabilidad pueden influir en decisiones que, sin quererlo, vulneran los derechos de las gestantes. Por ello, resulta relevante indagar cómo se forman y cómo enfrentan actualmente los/as obstetras y ginecólogos(as) la problemática del aumento de cesáreas. ¿Qué valores éticos guían sus decisiones? ¿Cómo influye su formación académica? ¿Existen diferencias generacionales en la práctica médica?

Estas preguntas no solo permiten ampliar nuestra comprensión del fenómeno, sino que también abren caminos para transformar las políticas públicas y repensar el lugar que ocupa la salud en nuestra sociedad. Abogamos por una atención al parto que no esté subordinada a lógicas de mercado, sino que reconozca el derecho a una salud digna, respetuosa y centrada en la persona.



YO ABORTÉ
Soy la Matrona
que atendió tu
parto



Auton



Bibliografía

— Arancibia, M., Campos, M., Hidalgo, V., Millón, Y., Pantoja, F., Papuzinski, C., Sánchez, L., Silva, A. y Stojanova, J. (2020). Percepción de actores involucrados acerca del parto humanizado y de la violencia obstétrica en Chile: una revisión panorámica. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/347464661_Percepcion_de_actores_involucrados_acerca_del_parto_humanizado_y_la_violencia_obstetrica_en_Chile_una_revision_panoramica

— Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe, 11(1), 145-169.

— Arrieta, A. y Oneto, A. (2006). ¿Quiénes ganan y quiénes pierden con los partos por cesárea? Incentivos médicos y derechos reproductivos. Economía y Sociedad, 66, CIES, diciembre 2007. Disponible en: <https://cies.org.pe/investigacion/quienes-ganan-y-quienes-pierden-con-los-partos-por->

— Belli, L. (2013). La violencia obstétrica otra forma de violación a los derechos humanos Obstetric violence: another form of Human Rights violation. Revista Red-bioética/UNESCO, Año 4, 1 (7): 25-34.

— Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. Universidad de Granada.

— Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [BCN]. (s.f.). Historia de la ley. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Disponible en: <https://www.bcn.cl/historiadelaley/historia-de-la-ley/vista-expandida/5584/>

— Butler, J. (1998). Actos performativos y constitución de género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. Debate Feminista, 18, 296-314.

— Camacaro, M. Herrera, M. Lanza, L y Ramírez, M. (2015). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. Utopía y Praxis Latinoamericana, vol. 20, núm. 68, pp. 113-120. Universidad del Zulia Maracaibo, Venezuela.

— Campos, S. Hernández, M. Soto, S. y Vargas, I. (2020). La confianza en la relación profesional de salud y paciente. Revista Cubana Salud Pública 46 (3). Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n3/e1575#>

— Cañón, A. Lafaurie, M. Perdomo, A. y Rubio, D. (2019). La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina. Doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-36.volc>

— Cárdenas, M. y Salinero, S. (2022). Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. Doi: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55886>

- Collin, F. (2006). *Praxis de la diferencia: Liberación y libertad* (Vol. 65). Icaria Editorial.
- Coordinadora Derechos del Nacimiento. (2023). Proyecto Ley Adriana se aprueba en la cámara pasa al senado. Disponible en: <http://derechosdelnacimiento.cl/noticias/proyecto-ley-adriana-se-aprueba-en-la-camara-y-pasa-al-senado/>
- Cruz, S., Jaurés, S., Leiva, I., Ruíz, C. y Troncoso, P. (2015). El discurso de la Violencia Obstétrica en Chile. Escuela de Psicología Universidad de Chile. Disponible en: <https://docplayer.es/54599998-El-discurso-de-la-violencia-obstetrica-en-chile.html>
- Cuevas, F. (2018). Parir en Chile: violencia obstétrica y vulneración a los Derechos Humanos. Crítica a la ausencia de regularización en la ley chilena con perspectiva de género. *Revista Némesis*, 14, 88-111.
- Da Rocha, R., Franco, S. y Baldín, N. (2011). El dolor y el protagonismo de la mujer en el parto. *Revista Brasileña de Anestesiología*, 61(3), 376-388. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rba/a/5D9QrxXYGnzBLfzWMtC-Fy/?format=pdf&lang=es>
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167.
- Donoso, E. y Carvajal, J. (2012). El cambio del perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultará el cumplimiento del 5° objetivo del Milenio. *Revista médica de Chile*, 140(10), 1253-1262. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012001000003>
- Faundes, A. (2020). La evolución histórica de la tasa de la cesárea: de una excepción en la antigüedad a un exceso en la actualidad. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2021;67(1), pp. 1-4. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v67i2302>
- Felitti, K. (2011). Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, dez. 2011, p.113- 129. Fondo Nacional de Salud (FONASA). (2022). Bonos PAD. Fondo Nacional de Salud (FONASA). Disponible en: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/bonos-pad#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20cubre%3F&text=El%20Bono%20PA%20cubre%20la,cobros%20adicionales%2C%20est%C3%A1%20todo%20incluido%3A&text=Los%20honorarios%20del%20equipo%20de,en%20la%20cirug%C3%A-Da%20o%20procedimiento>
- Foucault, M. [1971] (1987). *El orden del discurso*. Buenos Aires. Tusquets. Foucault, M. [1975] (1986). *Vigilar y castigar*. Madrid. Siglo XXI Editores.
- Fuentes, M. (2001). *Mujeres y salud desde el sur. Reflexiones y experiencias desde una perspectiva de género*. Icaria: Barcelona.
- Galarce, G. (2020, 29 de julio). La privatización de CODELCO y las “Siete Modernizaciones” (“Perversiones”). *Base del Capitalismo Neoliberal en Chile. Le Monde Diplomatique*. Edición chilena. Disponible en: <https://www.lemonediplomatique.cl/la-privatizacion-de-codelco-y-las-siete-modernizaciones-perversiones-bases-del.html#partage>
- Gálvez, N. (2018). *Violencia obstétrica: género y derecho*. [Tesis de pregrado, Universidad de Chile]. Repositorio Universidad de Chile.
- García, A. (2020). Cesáreas injustificadas en América Latina: propuesta para una solución urgente. *Revista de Salud Pública*, 22(1), 12-21.
- Giacaman, P. y Saavedra, R. (2019). *PARIR CON DIGNIDAD: Experiencias de embarazo, parto y posparto de mujeres en hospitales públicos de la Región Metropolitana* [Tesis de pregrado, Universidad Diego Portales]. Sistema Bibliotecas Universidad Diego Portales.

- Gómez, D. (2021). Cesáreas: una lucha de médicos, pacientes e instituciones. *El Dinero*. 4 de noviembre. Disponible en: <https://eldinero.com.do/178155/las-cesareas-se-imponen-sobre-los-partos-vaginales>
- González, L. (2018). La violencia obstétrica en América Latina: un análisis de la literatura. *Revista de Estudios de Género*, 7(2), 34-45.
- Goyenechea, M. (2019). Estado Subsidiario, segmentación y desigualdad en el sistema de salud chileno. *Cuadernos Médico Sociales*, 59(2). Disponible en: <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/175>
- Guzmán, R. y Martínez, L. (2004). ¿Se puede reducir el índice de cesárea? Experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 69(1), 8-13. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262004000100003>
- Hernández, I. y Soto, M. (2020). LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA DESDE LA PERSPECTIVA DE MATRONAS, MATRONES Y GINECÓLOGAS. Una mirada a partir de su formación profesional y condiciones laborales. [Tesis de pregrado, Universidad Diego Portales]. Sistema Bibliotecas Universidad Diego Portales.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6° Ed.). México, D.F., México: McGraw Hill Interamericana.
- Ibaldí, F. (2017). La función del dolor en el parto [Tesis de grado, Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología]. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/10929>
- Izcarra Palacios, S. P. (2014). *Manual de investigación cualitativa*. Fontamara.
- Lagarde, M., (1996). "Nociones y definiciones básicas de la perspectiva de género." En: *Estudios básicos de Derechos Humanos*, Laura Guzmán y Gilda Pacheco (Comp), San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos: Comisión de la Unión Europea.
- Lamas, M. (1996). La perspectiva de género, en *Hablemos de sexualidad*. Lecturas, CONAPO, Mexfam, 3a edición.
- Lemay, G. (2010). La naturaleza de parir y nacer. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/parto>
- Mallén, L., Juvé, M., Roé, M., Y Domènech, À. (2015). Dolor de parto: análisis del concepto. *Matronas Prof.* 2015; 16(2): 61-67.
- Martínez, A. (1996). Antropología de la salud, una aproximación genealógica. En: *Ensayos de antropología cultural*. Ariel: Barcelona. Joan Prat, Angel Martínez (Eds.).
- Martínez, S. (2021). La cesárea como forma de violencia obstétrica en América Latina. *Revista Internacional de Obstetricia y Ginecología*, 28(3), 56-65.
- Marrero, A. (1997). *Formulación y puesta en práctica de diseños de investigación*. Montevideo: Fundación de Cultura Universitaria: Universidad de la República.
- MegaNoticias. (2023, enero 11). Los riesgos detrás de las numerosas cesáreas practicadas en Chile Meganoticias. Disponible en: <https://www.meganoticias.cl/reportajes/402052-los-riesgos-detras-de-las-numerosas-cesareas-practicadas-en-chile-11-01-2023.html>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2015). *Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio*. 1° edición y publicación 2015, Santiago.
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2021). *Norma técnica y administrativa del monitoreo y vigilancia de la indicación cesárea*. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Norma-Tecnica-CESAREA-ISBN.pdf>
- Monje, M. y Riveros, N. (2021). *Violencia obstétrica. Vejación hacia el género femenino y ausencia legislativa* [Tesis de pregrado, Universidad de Tarapacá]. Repositorio Universidad de Tarapacá.

- Muños Hernández, J., Freyermuth Enciso, M. y Ochoa Torres, M. (2020). Factores asociados al incremento de cesáreas en México, 2011-2014. *Población y Salud en Mesoamérica*, 17(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v17i2.40047>
- New York City Bar. (2017, 11 agosto). Mala práctica o negligencia médica. [nycbar.org](https://www.nycbar.org/get-legal-help/es/article/danos-personales-y-accidentes/mala-practica-o-negligencia-medica/#:~:text=La%20mala%20pr%C3%A1ctica%20m%C3%A9dica%20). Disponible en <https://www.nycbar.org/get-legal-help/es/article/danos-personales-y-accidentes/mala-practica-o-negligencia-medica/#:~:text=La%20mala%20pr%C3%A1ctica%20m%C3%A9dica%20>
- Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. (14 de septiembre, 2021). Ley Adriana: La lucha por educar y poner fin a la violencia obstétrica en Chile. Disponible en: <https://ovochile.cl/noticias/ley-adriana-la-lucha-por-educar-y-poner-fin-a-la-violencia-obstetrica-en-chile/#:~:text=Luego%20de%20tres%20años%20estancada,educar%20y%20también%20cambiar%20el>
- Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. (11 de enero de 2023). Los riesgos detrás de las numerosas cesáreas realizadas en Chile. Disponible en: <http://ovochile.cl/noticias/reportaje-los-riesgos-detras-de-las-numerosas-cesareas-practicadas-en-chile/>
- Ojeda, M. (2019). ¿Por qué la tasa de partos por cesárea es alta en Latinoamérica? Clue. 10 de septiembre. Disponible en: <https://hellocue.com/es/articulos/etapas/por-que-la-tasa-de-partos-por-cesarea-es-alta-en-latinoamerica>
- Olabuénaga, J. (2009). Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao, España: Univ. Deusto.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Declaración de la OMS. Obtenido el 30 de marzo de 2023. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=1BA7F864C757CBBA2357E49FF7116CA1?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Obtenido el 20 de mayo de 2023. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/714843/retrieve>
- Prado, A. (2021). La cesárea rutinaria como una forma de violencia obstétrica: Experiencias de mujeres y médicos de un hospital público en la Ciudad de México. *MUSAS: revista de investigación en mujer, salud y sociedad*, ISSN- e 2385-7005, 6(1), pp. 59-76. DOI: <https://doi.org/10.1344/musas2021.vol6.num1.4>
- Rodríguez, N. (2008). Manual de Sociología de las profesiones. Barcelona: Ediciones Universidad de Barcelona.
- Ruiz, J. (1996). Metodología de la Investigación Cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sadler, M. (2003). Así nació mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario. Santiago, Universidad de Chile. Departamento de Antropología. Tesis para optar al título de antropóloga.
- Sadler, M. y Rivera, M. (2015). El temor al parto: Yo no me imagino el parto ideal, yo me imagino el peor de los partos. *Revista Contenido, Cultura y Ciencias Sociales*, 6, 61-72. Disponible en: <http://www.revistacontenido.com/wp-content/uploads/2015/12/RC6-Sadler-Michelle-y-Rivera-Magdalena-El-temor-al-parto.pdf>
- Sadler, M. y Leiva, G. (2023, 11 de enero). Más Cesáreas que nunca en Chile. *Ciperchile.cl*. Disponible en: <https://www.ciperchile.cl/2023/01/11/mas-cesareas-que-nunca-en-chile/>
- Sáez, Am. (2017, 10 de mayo). Disautonomía y embarazo. *Aurodisautonomia.blogspot.com/2017/05/disautonomia-y-embarazo.html*

— Septién, J. (2017). En América Latina los niños ya no nacen ni en vacaciones ni en día festivo. Aleteia. 13 de agosto. Disponible en: <https://es.aleteia.org/2017/08/13/en-america-latina-los-ninos-ya-no-nacen-ni-en-vacaciones-ni-en-dia-festivo/>

— Šimonović, D. (2019). Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Informe ONU [en línea]. Ginebra, 25-26 abril 2019. p. 1-26.

— Superintendencia De La Salud Chile. (2021). Análisis Estadístico del Sistema Isapre con Perspectiva de Género. Departamento de Estudios y Desarrollo. Disponible en: <https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-21784.html>

— Superintendencia De La Salud Chile. (2022) ¿Cómo se clasifican los beneficios de Fonasa según su tramo?. Afiliación y Desafiliación. Supersalud.gob.cl. Disponible en: <https://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-article-6304.html>

— Schökel, L. (2011). La Biblia De Nuestro Pueblo. Ediciones Mensajero, S.A.U.

— Urteaga, E. (2009). Las profesiones en cuestión. Univ. del País Vasco/Euskal Herriko Unib. Dpto. de Sociología 1. Disponible en: <http://hedatuz.euskomedia.org/8204/1/14111138.pdf>

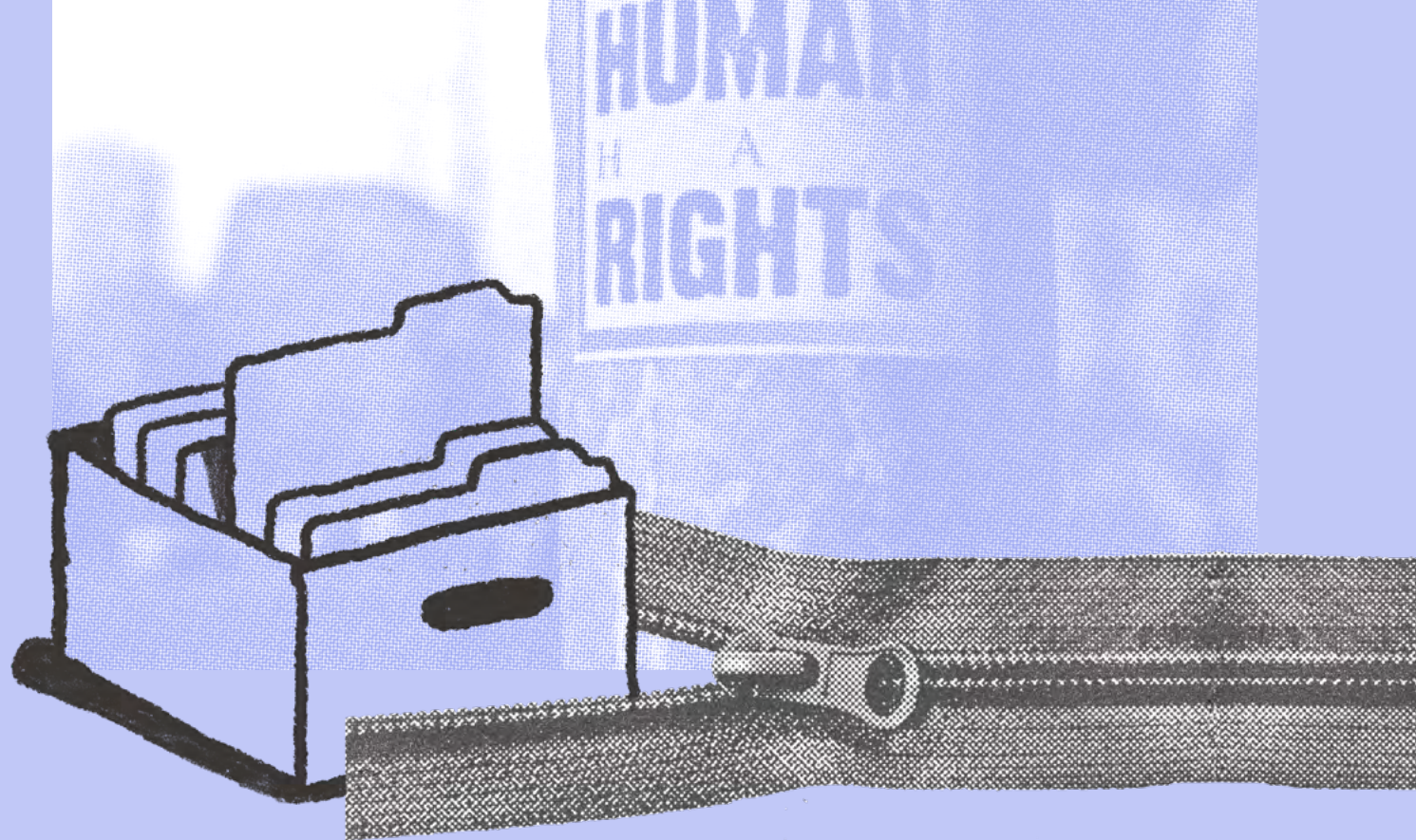
— Vallana, V. (2016). Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obstétrica: discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá [Tesis de Magíster, Pontificia Universidad Javeriana]. Repositorio Institucional – Pontificia Universidad Javeriana. DOI: <https://doi.org/10.11144/javeriana.10554.19135>

— Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. Debate Feminista.



03

CAPÍTULO
LEGAL



¿Secreto médico profesional o deber de denuncia?

En el contexto de interrupción voluntaria del embarazo dentro del ordenamiento jurídico chileno

Autoras:

Luz Reidel Wagner

Abogada, Mg. en Derecho Penal y Procesal Penal UMayor, diplomada en Género y Políticas Públicas PUC, Subdirectora de incidencia social y política en Corporación Miles

Javiera Canales Aguilera

Directora ejecutiva Corporación Miles. Abogada UNAB, diplomada en Género y Violencia UCH y candidata a Magister en Derecho Internacional de los DDHH, UDP.



Este estudio analiza la tensión entre el derecho a la confidencialidad de los pacientes y el deber de denuncia de los profesionales de la salud en casos de sospecha de aborto.

Se examina la legislación vigente, la jurisprudencia y la literatura relevante para identificar las contradicciones y ambigüedades que generan incertidumbre jurídica.

Se explora el impacto de esta disyuntiva en la vida de las mujeres y personas gestantes, así como en la práctica médica.

Se propone una interpretación que priorice el derecho a la confidencialidad en situaciones de urgencia obstétrica, con el fin de proteger la salud y la integridad de las pacientes.

Antecedentes

Entre los derechos sexuales y reproductivos, el que suscita un mayor debate valórico en nuestro país es la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Esto ha tenido repercusiones en los avances legales en esta materia, y es posible verlo materializado en el actuar de las y los profesionales del ámbito médico. Las cifras nacionales de médicos obstetras personal de salud en general, que se declaran como objetores de conciencia para abstenerse de llevar a cabo procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo, legalmente garantizados, llegan actualmente al 41,6% para la causal violación en el caso de los/as médicos/as obstetras, que es el caso en que alcanza un mayor porcentaje. Esta proporción contrasta con el 20,8% para el caso de la inviabilidad fetal, y el 13,9% para el caso de riesgo para la vida de la gestante, manifestados por los mismos profesionales. En particular en el caso de la violación, desde 2018 se mantienen porcentajes estables sobre el 40% de objeción de conciencia (Humanas, 2024).

Adicionalmente, en la actualidad existen 3 hospitales donde todos los profesionales obstetras se declaran objetores para la causal de violación (Cauquenes, Lautaro y Constitución) y en 20,6% de los establecimientos, el porcentaje excede los dos tercios (Humanas, 2024).

Esta perspectiva va más allá de la interrupción voluntaria del embarazo garantizada por la Ley N° 21.030, ya que las concepciones que el personal médico tiene sobre sus obligaciones al tomar conocimiento de situaciones de aborto, aparentemente inducidos, en mujeres que acuden a centros de salud con complicaciones derivadas de estos procedimientos, se manifiestan en sus discursos y sus prácticas durante la atención.

La regulación legal respecto del secreto médico profesional es poco clara, con mandatos legales opuestos, que en general obligan al personal de salud a denunciar delitos de los que tomen conocimiento, la cual es obedecida sin mayor cuestionamiento en estos casos.



Aunque las estadísticas sobre quiénes presentan denuncias son limitadas, un estudio de la Corporación Miles, que analizó 444 casos de personas imputadas por aborto consentido (artículo 344 del Código Penal) entre 2012 y 2022, reveló que en 181 causas se pudo identificar al denunciante, siendo el personal de salud el principal iniciador (87 casos). Además, en 114 de los casos donde no se identificó al denunciante, las personas investigadas recibieron atención hospitalaria postaborto, lo que sugiere que la denuncia pudo haber sido realizada por el establecimiento de salud. Al sumar ambas cifras, se estima que en 201 causas de las 444 (45,27%), la imputada fue denunciada por personal de salud.

Esto sugiere que existe una creencia arraigada en la comunidad médica de que denunciar a una mujer por aborto es cumplir con un mandato legal. Esta creencia puede estar reforzada por convicciones personales de carácter moral y por la interpretación del marco legal que regula su práctica profesional.

Las disposiciones que rigen la obligación de denunciar los delitos que toman conocimiento los profesionales de salud en el ejercicio de sus funciones se encuentran en conflicto con aquellas que regulan la confidencialidad de las atenciones y la violación del secreto profesional. Para el caso específico de la interrupción del embarazo, ya sea por el relato de la mujer, por la sintomatología o signos físicos que ella presente, o por su propio prejuicio, las y los médicos se ven enfrentados a la disyuntiva entre denunciar los hechos o guardar secreto, respetando la confidencialidad.

Esta disyuntiva ocurre principalmente por la contradicción normativa entre lo dispuesto en el artículo 175 del Código Procesal Penal, que obliga a los profesionales de la salud a realizar una denuncia que conlleva la revelación a terceros de información que debe ser protegida por el secreto profesional, según lo dispuesto en el artículo 247 del Código Penal.

Esta contradicción genera incertidumbre jurídica sobre las obligaciones del personal médico y afecta la vida de mujeres y personas gestantes que experimentan pérdidas reproductivas, ya sean espontáneas o inducidas. La decisión de denunciar o no puede llevar a la criminalización de estas personas, con las consecuencias legales y personales que esto implica. Para abordar esta problemática, Corporación Miles realizó un análisis jurídico con el fin de clarificar las obligaciones legales del personal médico y proteger el acceso de las mujeres a la atención de salud.

Metodologías de la investigación

La metodología de esta investigación es de carácter cualitativo, utilizando herramientas de análisis e interpretación de la información. Para su realización, se estudió el marco normativo nacional e internacional que rige la actuación del personal médico y la problemática que existe al denunciar las interrupciones voluntarias del embarazo.

El objetivo general de la investigación es analizar la contradicción que se establece en las normas relativas al deber de denunciar los delitos y el deber de confidencialidad en los casos de aborto, con la finalidad de resolver esta contradicción a la luz de los medios disponibles para ello.

LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS SON:

1. Analizar el marco normativo para detectar las normas que generan conflicto entre el deber de denuncia y el secreto profesional.
2. Analizar el marco normativo internacional para identificar mecanismos que resuelvan la contradicción normativa existente.

Resultados

MARCO NORMATIVO QUE RIGE LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES

Las funciones profesionales del personal médico se rigen por una serie de normas de diversa naturaleza; coexisten normas extrapenales autoimpuestas por su propio rubro, obligaciones que se coligen de las normas relativas a la responsabilidad civil, cuerpos normativos especiales, instrumentos de rango administrativo y normas penales que tipifican conductas que importan la comisión de delitos o faltas.

Las obligaciones del médico se rigen por la Lex Artis, la cual es precisada por la autoridad administrativa a través de los protocolos dictados por el Ministerio de Salud, y en el ámbito de la responsabilidad civil, por el órgano judicial, a través de su aplicación en diversas sentencias (Wilson, 2014).

CÓDIGO DE ÉTICA DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE

La asociación gremial de los médicos de nuestro país se ha impuesto a sí misma, y a sus miembros, un Código de Ética que dispone principios y normas que rigen los diversos aspectos de su actuar profesional y sanciones ante el incumplimiento de dichas normas.

Este instrumento consagra el deber de confidencialidad, señalando dentro del juramento de estos profesionales: *“Guardaré silencio sobre todo aquellos que en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deban ser públicos, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas”* (Colegio Médico de Chile, 2019). Posteriormente, dedica un apartado completo al secreto profesional, consignándolo como un *“deber inherente al ejercicio de la profesión médica”* (Colegio Médico de Chile, 2019), extendiendo dicho deber a toda aquella información de la que tome conocimiento el médico en el ejercicio de sus funciones. En caso de no cumplir con el secreto profesional, el Código de Ética (2019), en su artículo 76, impone sanciones a la inobservancia de esta obligación, que van desde la amonestación, pasando por multas de dos hasta diez unidades tributarias mensuales, hasta la expulsión del Colegio Médico (p.37).

Existen excepciones al deber de confidencialidad, en casos específicamente delimitados en su artículo 38, bajo una fórmula de *numerus clausus*, y que exige además una *“debida deliberación del médico”* (COLMED, 2019). Es decir, para que una determinada situación se entienda excluida del deber de confidencialidad, debe encontrarse dentro de una de las hipótesis contempladas por el artículo, y, además, el médico deberá evaluar la procedencia y conveniencia de transgredir este deber en el caso en concreto. No obstante, las situaciones contempladas por la norma como excepción al deber de confidencialidad no incluyen la hipótesis de la denuncia por parte del médico de los delitos de los que tome conocimiento, por lo que esta hipótesis debe estar resguardada por el deber de confidencialidad.

Específicamente, la posible comisión del delito de aborto no se encuentra comprendida dentro de las excepciones al deber de confidencialidad, pues se trata de casos en que no existe un

perjuicio para la paciente que se pudiera evitar mediante la denuncia; menos aún este podría revestir el carácter de gravedad exigida por la norma. Por el contrario, es la propia denuncia la que desencadena hechos perjudiciales para la salud mental y/o física de la persona denunciada. Esta interpretación del deber de secreto profesional, en relación con el delito de aborto, ha sido adoptada por el propio Colegio Médico de Chile, como ha sido explicitado por el Departamento de Ética de la misma asociación gremial (A.G., 2014).

LEY N° 20.584: LEY DE DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE

El 24 de abril de 2012 se publicó la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud. Este hito significó un avance normativo importante, pues condensa, en un único instrumento, directrices para aspectos diversos de las atenciones de salud que reciben las personas, consagrando, como su nombre lo señala, derechos y deberes tanto para quienes reciben estas atenciones como para los prestadores de los servicios de salud. La norma consagra una serie de derechos y deberes de los pacientes en relación con las atenciones de salud que estos requieran y reciban, teniendo estos derechos su correlato en obligaciones que pesan sobre los prestadores de salud, tendientes a asegurar y hacer efectivos los derechos de los pacientes. El título II de la Ley N° 20.584 contiene el catálogo de derechos de los pacientes, elaborando en cada caso el contenido de los mismos, así como los deberes de los prestadores de salud correlativos a estos derechos.

En relación con la privacidad y la confidencialidad de las atenciones de salud, el párrafo 6° de la ley N° 20.548 trata de la reserva de la información contenida en la ficha clínica. En el artículo 12, luego de definir el concepto de ficha clínica, señala que toda la información que esta contenga, y los demás estudios y documentos “[...] *donde se registren procedimientos y tratamientos a los que fueron sometidas las personas, será considerada como dato sensible, de conformidad con lo dispuesto en la letra g) del artículo 2° de la Ley N° 19.628*”.

Ante el incumplimiento de los deberes impuestos a los prestadores de salud, la paciente podrá reclamar ante los prestadores institucionales y, en caso de no obtener respuesta, o que esta sea insatisfactoria, podrá recurrir ante la Superintendencia de Salud, y, de forma alternativa, también podrá recurrir al procedimiento de mediación contemplado en la Ley N° 19.966. Si bien hay procedimientos administrativos para presentar reclamos por incumplimiento de la normativa, se requiere evaluar su efectividad. Adicionalmente, es fundamental determinar qué vías de reclamo reales existen cuando la privacidad de la paciente es vulnerada y lo que se le investiga sea eventualmente constitutivo de delito.

ESTATUTO ADMINISTRATIVO

En términos generales, el personal médico puede desempeñar sus funciones profesionales en el ámbito privado, ya sea de forma personal o prestando servicios a una institución, o en el sistema público de salud. En este último caso, el médico tendrá la calidad de funcionario público y, por tanto, se somete a las normas que rigen la actuación de aquellos.

El artículo 61 de la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo, enumera las obligaciones de los funcionarios públicos, entre las que destaca: *“Guardar secreto en los asuntos que revistan el carácter de reservados en virtud de la ley, del reglamento, de su naturaleza o por instrucciones especiales”* (DFL, 2004). En relación con esta norma, podemos concluir que el médico que tiene la calidad de funcionario público deberá necesariamente guardar secreto sobre los antecedentes de los que toma conocimiento en el ejercicio de su labor profesional médica, pues se trata de antecedentes reservados, conforme a la Ley de Derechos y Deberes del Paciente, y también por la naturaleza de los mismos, ya que los antecedentes médicos revisten una calidad especial por pertenecer al ámbito de la intimidad y la vida privada de las personas, cuestión que se ve reforzada por las decisiones adoptadas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que revisaremos más adelante.

Conforme con lo dispuesto en los artículos 119 y siguientes de la Ley N° 18.834, guardar secreto respecto de los antecedentes de los que toman conocimiento será, entonces, una obligación del personal médico en general, y un deber reforzado para los médicos que se desempeñan en el sistema público de salud, por su calidad de funcionarios públicos.

DISPOSICIONES ADMINISTRATIVAS

Las normas penales que exigen al personal médico denunciar delitos crean un dilema ético al forzar la violación de la confidencialidad, particularmente en casos de aborto. Aunque se implementó una norma administrativa para mitigar este problema, las denuncias persisten, lo que lleva a la criminalización de mujeres que requieren atención médica tras un aborto voluntario. Esta criminalización es impulsada, en parte, por la práctica habitual de denuncias por parte del personal médico.

Esta disposición administrativa es el Ordinario A15/1675, dictado por el Ministerio de Salud el 25 de abril de 2009. El instrumento enfatiza lo dispuesto por la **Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes**, y la contravención a sus disposiciones que supone la abstención de declaraciones en el contexto de atenciones de salud de las mujeres que concurren a los centros asistenciales por las complicaciones derivadas de la práctica de una interrupción voluntaria del embarazo, señalando expresamente que: *“La atención médica debe ser incondicional y cualquier confesión obtenida en el contexto descrito es completamente ilegal”* (Ministerio de Salud, 2009).

NORMAS PENALES

El ordenamiento chileno ha tipificado como delito tanto la divulgación de la información obtenida en el ejercicio de las funciones del profesional médico, como la omisión de denunciar un posible delito del que toma conocimiento en este contexto, obligando al profesional a revelar dicha información.

El artículo 247 del Código Penal tipifica el delito de violación de secretos, castigando con las penas de reclusión menor en sus grados mínimo a medio, y multa de seis a diez unidades tributarias mensuales *“[...] a los que, ejerciendo alguna de las profesiones que requieren título, revelen los secretos*

que por razón de ella se les hubieren confiado". La conducta tipificada consiste en revelar los secretos que, por razón de su profesión, se les hubieren confiado. En el caso particular del médico, todo aquello de lo que toma conocimiento dentro del contexto de la atención médica, le es revelado, precisamente, por la profesión que ejerce y, por tanto, si obtiene información sobre la posible comisión de un delito, al revelar esta información por cualquier vía- por ejemplo, a través de una denuncia- incurrirá en el delito sancionado por el artículo 247 del Código Penal.

El Código Procesal Penal, en su artículo 175, impone a un catálogo diverso de sujetos la obligación de denunciar los delitos de los que toman conocimiento en el contexto del desempeño de su trabajo, obligándolos entonces a revelar la información que conocen en dicho contexto, contradiciendo así lo dispuesto en el artículo 247 del Código Penal, en el caso específico de los profesionales de la salud.

CONTRADICCIÓN DE LAS NORMAS PENALES

La contradicción de las normas penales que rigen el actuar del personal médico muestra el caso de una antinomia normativa, en la cual *"[...] el Derecho resuelve el caso concreto de forma inconsistente, mediante dos o más normas incompatibles"* (Henriquez, 2013).

La contradicción aparece cuando el personal de la salud debe denunciar algún hecho del que toma conocimiento y que constituye delito, y cuando lleva a cabo una denuncia respecto de información obtenida en el ejercicio de sus funciones, violando así el secreto profesional.

En ese sentido, las mujeres/personas gestantes, al acercarse a un centro de salud - ya sea por emergencias obstétricas o por complicaciones- son apremiadas por el profesional médico, que confunde sus funciones y termina actuando como ente persecutor. Es importante recalcar que la institución que debiera identificar qué hechos son constitutivos de delito es el Ministerio Público, pues las personas sin capacitación profesional para ello pueden incurrir en persecuciones arbitrarias.

Esta contradicción normativa pone al personal médico ante una disyuntiva de la que emanan consecuencias jurídicas diversas e impacta en la posibilidad de que las mujeres que se han sometido a un procedimiento de aborto, o que sufran una pérdida reproductiva espontánea cuyos síntomas puedan ser compatibles con un aborto inducido, accedan a las atenciones de salud que requieren al sufrir complicaciones como producto de las situaciones descritas. Esto ocurre porque existe en ellas la creencia justificada de que, al solicitar la atención de salud, podrán ser denunciadas ante las autoridades por el personal médico que las atienda, en cumplimiento del deber de denunciar, transgrediendo el derecho que tienen a recibir una atención de salud digna y confidencial. Cuestión que se sustenta, precisamente, en la contradicción normativa observada.

ELABORACIÓN DEL CONCEPTO DE SECRETO PROFESIONAL EN LA JURISPRUDENCIA INTERNACIONAL

En 2021, la Corte Interamericana de Derechos Humanos se pronunció respecto del caso **Manuela y Otros versus El Salvador**, en el que se acusó a dicho Estado de violar una serie de derechos humanos (derecho a la libertad personal, a no ser privada de libertad arbitrariamente, principio de presunción de inocencia, derecho a la protección judicial, a la vida privada, a la salud, entre otros) de una mujer que concurrió a un establecimiento de salud producto de una pérdida reproductiva, y fue denunciada por el delito de aborto por el personal médico que la atendió, lo que dio lugar a su detención y posterior condena por el delito de homicidio agravado. La mujer murió mientras se encontraba privada de libertad.

Este caso puso en tela de juicio la regulación del secreto profesional en El Salvador, por no cumplir con el requisito de legalidad, como menciona la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2019), al no establecer claramente en qué casos es procedente este deber y en cuáles se exceptúa, evidenciando una contradicción normativa en el ordenamiento jurídico salvadoreño, en términos similares a lo que se observa en el caso chileno. En la sentencia, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (2021) determinó que la divulgación de información médica de Manuela constituyó una violación a sus derechos a la vida privada y la salud, al incumplirse la obligación de mantener el secreto profesional y destacó que este tipo de disposiciones “puede inhibir que las personas busquen atención médica cuando lo necesiten, poniendo en peligro su salud [...]”.

En el caso **La Cruz Flores contra Perú**, Teresa de la Cruz Flores, una médica, fue acusada de colaborar con terroristas de Sendero Luminoso por atenderlos y no denunciarlos. La Corte Interamericana de Derechos Humanos, al dictar sentencia, afirmó que la información médica está protegida por el secreto profesional. Esta protección se basa en el Código Internacional de Ética Médica y en leyes peruanas que eximen a los médicos de la obligación de testificar, similar a lo que establece el artículo 303 del Código Procesal Penal en el ordenamiento chileno.

El hito normativo internacional de mayor relevancia en relación con el reconocimiento y garantía de los derechos de las mujeres es la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (en adelante CEDAW, por su sigla en inglés), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979, suscrita por nuestro país y promulgada en diciembre de 1989. La Convención constata la situación de discriminación hacia la mujer como una realidad que persiste, a pesar de los acuerdos adoptados previamente por los Estados para su erradicación, y reconoce la necesidad imperante de adoptar medidas efectivas para alcanzar dicho objetivo.

Al suscribir la Convención, el Estado chileno se compromete a la erradicación de toda forma de discriminación contra la mujer, debiendo adoptar medidas legislativas que la prohíban, abstenerse de incurrir en actos o prácticas discriminatorias en su actuación, y tomar medidas apropiadas para erradicar la discriminación por parte de particulares (artículo 2, letras b, d, y e). En lo que respecta a las normas penales, los Estados suscriptores se comprometen a “[d]erogar todas las disposiciones penales nacionales que constituyan discriminación contra la mujer”.

Este compromiso cobra especial relevancia al evaluar la situación de criminalización de las mujeres que se someten voluntariamente a una interrupción del embarazo, en particular, y de aquellas que sufren una pérdida reproductiva en general, constituyéndose en uno de los antecedentes normativos más relevantes para determinar la solución a la contradicción aparente entre la norma que obliga a denunciar estos delitos y aquella que tipifica como delito la violación del secreto profesional.

Como se ha señalado, la práctica del personal médico de denunciar a las mujeres que se someten a un aborto y solicitan atención médica constituye un obstáculo para el acceso a la salud. Es frecuente que mujeres que presentan complicaciones derivadas del procedimiento eviten concurrir a los centros de salud por temor a ser objeto de persecución penal.

SOLUCIONES A LA CONTRADICCIÓN

La contradicción normativa, o antinomia, supone un problema dentro del sistema jurídico y, por ello, tanto la doctrina como el derecho han definido criterios para resolver cuál norma debe aplicarse en un caso concreto: criterio jerárquico, criterio cronológico y criterio de especialidad.

El criterio de especialidad, según el cual prevalece la norma particular sobre la general, no resulta útil en este caso, pues ninguna de las normas en análisis tiene un carácter de especificidad. Por otra parte, el criterio cronológico da primacía a la norma más reciente. Si bien este criterio haría aplicable lo dispuesto en el artículo 175, por haber sido promulgada con posterioridad, su aplicación limita la interpretación normativa y no integra las demás normas internas que regulan la actuación médica, las garantías constitucionales involucradas, los tratados internacionales de derechos humanos suscritos por Chile y su desarrollo en el derecho internacional. Dado el impacto del artículo 175 sobre los derechos fundamentales de las mujeres, cabe preguntarse si este criterio es suficiente para determinar su primacía por sobre el deber de secreto profesional, y si permite una respuesta satisfactoria desde una perspectiva de género y derechos humanos. Es aquí donde cobra pertinencia la aplicación del criterio jerárquico. Si bien en un sentido restringido no resuelve el conflicto— pues ambas normas poseen igual jerarquía formal—, *“jerarquía es algo más que un mero método normativo de solución de antinomias: es, sobre todo, un principio de orden aplicable a diversos objetos; una directriz que evidencia que en el ordenamiento jurídico no todo tiene el mismo peso, importancia o valor, pues hay cosas superiores e inferiores”*.

Para determinar la importancia o valor que tienen las normas en contradicción dentro del ordenamiento jurídico, recurriremos a tres criterios: la gravedad de la pena, el bien jurídico protegido y los derechos fundamentales involucrados.

1. PENA ASIGNADA A LOS DELITOS:

La pena refleja el disvalor normativo y social de las conductas tipificadas. La transgresión del deber de secreto profesional es una conducta con mayor disvalor en nuestro ordenamiento, lo que se refleja en la imposición de una pena privativa de libertad y multa. En cambio, la omisión de denuncia conlleva solo una multa, situándola en un plano subordinado.

2. BIENES JURÍDICOS PROTEGIDOS Y DERECHOS FUNDAMENTALES INVOLUCRADOS:

En el caso del secreto profesional, el bien jurídico protegido es el derecho a la vida privada de las personas que requieren servicios profesionales. Este es un derecho fundamental garantizado por la Constitución Política de la República, en su artículo 19, número 4o, que establece que el Estado de Chile *“asegurará a todas las personas [...] El respeto y protección a la vida privada y a la honra de la persona y su familia, y asimismo, la protección de los datos personales”*.

Este derecho también cuenta con reconocimiento en los instrumentos internacionales suscritos por Chile, y ha sido desarrollado en el derecho internacional en relación con la interrupción voluntaria del embarazo. Existe una estrecha relación entre el derecho a la vida privada y el derecho a la salud, siendo la confidencialidad un requisito necesario e indispensable para garantizar este último. La transgresión de la confidencialidad disuade a las mujeres de acudir a los servicios de salud, afectando la accesibilidad, un componente esencial para entender que el derecho a la salud se encuentra debidamente asegurado.

Entonces, aplicando el criterio jerárquico, que permite incorporar las obligaciones del Estado de Chile respecto de los derechos humanos de las mujeres, debe primar siempre la obligación del personal médico de guardar estricto secreto sobre la información obtenida en el ejercicio de sus funciones. La norma que obliga a denunciar abortos carece de validez si contradice estos derechos fundamentales. La información sensible y los datos personales de salud- aunque no estén expresamente en el artículo 11 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2018)- describen aspectos profundamente íntimos de una persona, por lo que deben entenderse protegidos por el derecho a la privacidad y la confidencialidad.

Conclusiones

La contradicción normativa entre la obligación legal de denunciar ciertos delitos- como el aborto- y el deber ético y legal del secreto profesional médico exige una resolución definitiva que otorgue certeza jurídica al personal de salud. La ambigüedad actual no solo dificulta el ejercicio adecuado de sus funciones, sino que también vulnera derechos fundamentales de mujeres y personas gestantes, especialmente su derecho a la vida privada y a la salud. Ninguna persona debería enfrentar el riesgo de una persecución penal al acudir a un centro de salud en busca de atención médica.

A la luz del análisis realizado, resulta imprescindible adoptar una interpretación jurídica que, considerando la jerarquía normativa y la protección de derechos fundamentales, como la vida privada y la salud, protegidos por el artículo 247 del Código Penal, permita resolver esta antinomia de forma coherente con las obligaciones del Estado chileno en materia de derechos humanos.

La criminalización de mujeres que enfrentan emergencias obstétricas o pérdidas reproductivas –producto de denuncias realizadas por el propio personal de salud– constituye una grave vulneración de sus derechos. La difusión no autorizada de información médica inhibe el acceso oportuno a servicios de salud, generando un efecto disuasivo que pone en riesgo la vida, la integridad y la salud de mujeres y personas gestantes. En este contexto, el deber de preservar el secreto profesional no solo debe prevalecer, sino que debe ser activamente protegido por el Estado como una garantía indispensable para el ejercicio de otros derechos fundamentales.

Recomendaciones

Si bien la solución a la contradicción normativa parece clara desde un enfoque de derechos humanos, su implementación práctica aún enfrenta obstáculos dentro del sistema de salud. Las denuncias por aborto continúan, evidenciando la necesidad de reformas normativas, institucionales y culturales. En este sentido, y retomando algunas de las recomendaciones formuladas por la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso **Manuela y otros vs. El Salvador**, se proponen las siguientes acciones para el contexto chileno:

1. Regular expresamente la obligación de mantener el secreto profesional médico, asegurando la confidencialidad de la historia clínica de las mujeres y personas gestantes, incluso en contextos de atención por aborto o pérdida reproductiva.
2. Desarrollar e implementar protocolos clínicos específicos para la atención de urgencias obstétricas, que integren un enfoque de derechos humanos y perspectiva de género, y que eviten prácticas discriminatorias o criminalizantes.
3. Revisar la legislación sobre prisión preventiva en mujeres y personas gestantes, asegurando su uso restrictivo y conforme a estándares internacionales de derechos humanos.
4. Establecer programas obligatorios de formación, sensibilización y capacitación continua para personal judicial y sanitario, orientados a erradicar estigmas y prácticas discriminatorias contra mujeres y personas gestantes que abortan o enfrentan emergencias obstétricas.
5. Adecuar su regulación relativa a dosimetría de la pena del infanticidio.
6. Diseñar e implementar un programa de salud sexual y reproductiva con enfoque de género y basado en los derechos humanos, que incluya servicios integrales, confidenciales y seguros para mujeres y personas gestantes..
7. Garantizar el acceso oportuno y sin discriminación a la atención médica en situaciones de emergencia obstétrica, evitando cualquier forma de criminalización directa o indirecta.





Bibliografía

- Código Penal [CP]. Ley N° 2.561 de 1874. 12 de noviembre de 1874 (Chile). Art. 247, inciso segundo. Recuperado el 30 de Octubre del 2024, de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1984>
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) p. 3.
- Constitución Política de la República. 17 de septiembre de 2005 (Chile). Recuperado el 05 de noviembre de 2024, de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=242302>
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2004). Recomendación general N° 25, sobre el párrafo 1 del artículo 4 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, referente a medidas especiales de carácter temporal. 3. Recuperado el 05 de noviembre de 2024, de [https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/General%20recommendation%2025%20\(Spanish\).pdf](https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/General%20recommendation%2025%20(Spanish).pdf)
- Colegio Médico de Chile. (2019). Código de Ética. Santiago, Chile. Página 7. Recuperado el 18 de noviembre de 2024, de https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/12/codigo-de-etica_FINAL.pdf
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2018). Informe No. 153/18, Caso 13.069. Fondo. Manuela y Familia. El Salvador. 23-25. Recuperado el 28 de abril de 2021, de <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/corte/2019/13069FondoEs.pdf>
- Corporación Humanas. (2024). Objeción de conciencia en Chile: Monitoreo a la implementación de la ley sobre interrupción voluntaria del embarazo en tres causales a 7 años de su dictación.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2020). Caso Manuela y otros Vs. El Salvador. Recuperado el 31 de marzo de 2021, de https://www.corteidh.or.cr/docs/tramite/manuela_y_otros.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2020). Sentencia de 2 de noviembre de 2021 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas). Recuperado el 31 de marzo de 2022, de https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_441_esp.pdf.
- Departamento de Ética, Colegio Médico de Chile (A.G.). (junio de 2014). Posición del Departamento de Ética del colegio Médico de Chile a propósito de la discusión legislativa sobre aborto.
- Decreto 29 de 2004 [con fuerza de ley]. Fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.834, sobre estatuto administrativo. 16 de junio de 2004 (Chile). Art. 61, letra h). Recuperado el 29 de abril de 2021, de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=236392>
- Henríquez Viñas, M. (2013). Los jueces y la resolución de antinomias desde la perspectiva de las fuentes del derecho constitucional chileno. Estudios Constitucionales, Año 11(1), p. 460. Recuperado el 4 de mayo de 2013, de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002013000100012>
- Matus Acuña, J., & Ramírez Guzmán, M. (2021). Manual de Derecho Penal Chileno, Parte General. 93. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (24 de abril de 2009). ORD. A15/1675. Chile. Recuperado el 2021 de enero de 25, de <https://es.slideshare.net/jmfmoran/ordinario-a15-1675-minsal-2009>
- Wilson, C. P. (2014). El contrato médico: calificación, contenido y responsabilidad. Revista chilena de derecho 41(3), 825-843. Recuperado el 31 de marzo de 2021, de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-34372014000300003>
- Riofrío, J. C. (2020). Alcance y límites del principio de jerarquía. Criterios para jerarquizar derechos, valores, bienes y otros elementos. Derecho PUCP(84), 203.



Criminalización del aborto en Chile

Vulneraciones en el proceso
y el impacto en las mujeres y
otras personas gestantes en
el periodo 2012-2022.

Autor:

Sebastián Vergara Vigorena

Abogado de la Universidad Diego Portales, con Minor en Ciencias Sociales y Diplomado en Género:
Políticas Públicas y Sociedad en la Pontificia Universidad Católica de Chile



*La criminalización del aborto consentido conlleva graves violaciones a los derechos humanos fundamentales.
Este estudio analiza el impacto físico, mental y social en mujeres y personas gestantes sometidas a procesos penales por esta causa.*

Antecedentes

En el ámbito global y en Chile, la criminalización del aborto se ha utilizado como un mecanismo de castigo simbólico y una clara obstrucción a los derechos reproductivos y la autonomía de mujeres y personas gestantes.

En Chile, el aborto se encuentra tipificado como delito, con la sola excepción de la Ley IVE (21.030), que modifica el Código Sanitario y regula la despenalización del aborto en tres causales:

Causal 1.

Cuando la mujer o persona gestante se encuentra en riesgo vital.

Causal 2.

Cuando el embrión o feto padece una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente de carácter letal.

Causal 3.

Cuando el embarazo es resultado de una violación.

Junto con los requisitos diagnósticos para la constitución de la respectiva causal, se requiere la voluntad de la persona para el procedimiento. En el caso de niñas y adolescentes menores de 14 años, se necesita, además, la autorización de su representante legal o, en su defecto, una autorización judicial.

↓ Según DEIS, desde el 2018 ↓

❗ **5952** interrupciones voluntarias del embarazo. Hasta 2024

30% = **1782** causal 1

45% = **2705** causal 2

26% = **1465** causal 3

Según la información proporcionada por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), desde el 2018 – año en que se digitalizan los registros de las atenciones IVE – hasta diciembre de 2024, se han realizado 5952 procedimientos de interrupción voluntaria de embarazos en Chile. Aproximadamente el 30% de los casos (1782 procedimientos) se efectuaron bajo la causal 1 (riesgo de vida de la mujer), el 45% (2705 casos) por causal 2 (inviabilidad fetal extrauterina); y el 26% (1465 atenciones) por causal 3 (violación) (DEIS, 2025).

Sin embargo, es imperativo aclarar que la mayor parte de las interrupciones de embarazo se siguen realizando de forma clandestina, puesto que la libertad de decidir continúa constituyendo un delito.

Es importante comprender la criminalización del aborto como una forma de control penal, social y corporal hacia las mujeres y personas gestantes, y como esta perpetúa desigualdades de género atravesadas por variables como la clase social y los recursos de quienes lo practican. Más allá de lo moral o político, las restricciones del aborto tienen un impacto profundo en la salud y el bienestar físico, mental social y económico en las mujeres y personas gestantes.

Metodología de la investigación

Corporación Miles llevó a cabo una investigación cualitativa, basada en el análisis de procesos penales de mujeres en Chile entre el 2012 y el 2022, vinculados a delitos de aborto. La información obtenida fue analizada con un enfoque interseccional, lo que permitió identificar diferencias y brechas en relación con los distintos ejes identitarios de las mujeres involucradas.

El objetivo general fue identificar los patrones de vulneración en los procesos penales vinculados con los delitos de aborto durante ese periodo.

LOS SIGUIENTES OBJETIVOS ESPECÍFICOS SON:

1. Caracterizar los procesos penales vinculados al aborto consentido en Chile, durante el periodo 2012-2022, identificando sus efectos para las personas implicadas.
2. Evaluar los impactos de la criminalización del aborto consentido en Chile a la luz de los estándares internacionales de derechos humanos.
3. Elaborar un marco argumentativo, sustentado en evidencia multidisciplinaria, para promover la despenalización del aborto y su regulación dentro del sistema de salud pública en Chile.

Para el levantamiento de información, se utilizaron cinco herramientas de investigación:

- 1) Recopilación de información a instituciones estatales.
- 2) Revisión de expedientes y/o sentencias.
- 3) Entrevistas semiestructuradas.
- 4) Seguimiento de casos.
- 5) Relevamiento de medios digitales.

Se analizó la información contemplando la siguiente muestra:

- * **Mujeres, niñas y personas gestantes** imputadas por aborto consentido.
- * **Proveedores de salud imputado/as** como autores, cómplices y/o instigadores del aborto de su paciente.
- * **Terceras personas**, como activistas, familiares, parejas u otro/as, imputado/as como partícipes del aborto de la persona gestante.

La recopilación de información se realizó mediante:



17 solicitudes de información a instituciones estatales, todas respondidas



523 revisiones de expedientes o partes de expedientes.



51 sentencias de expedientes o partes de expedientes.



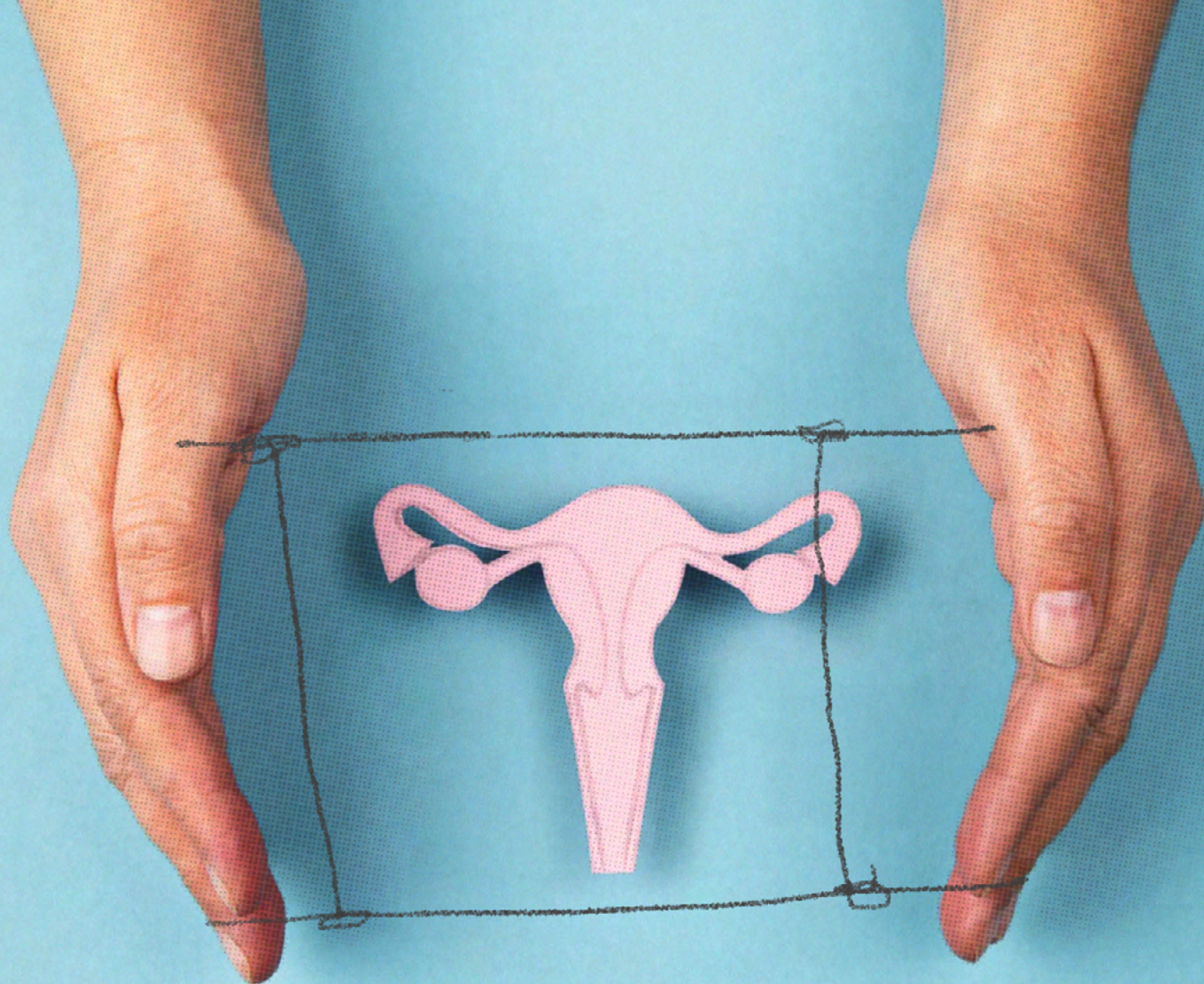
7 entrevistas



1 caso acompañado por Corporación Miles



7 notas periodísticas relacionadas con aborto entre el periodo 2012 - 2022

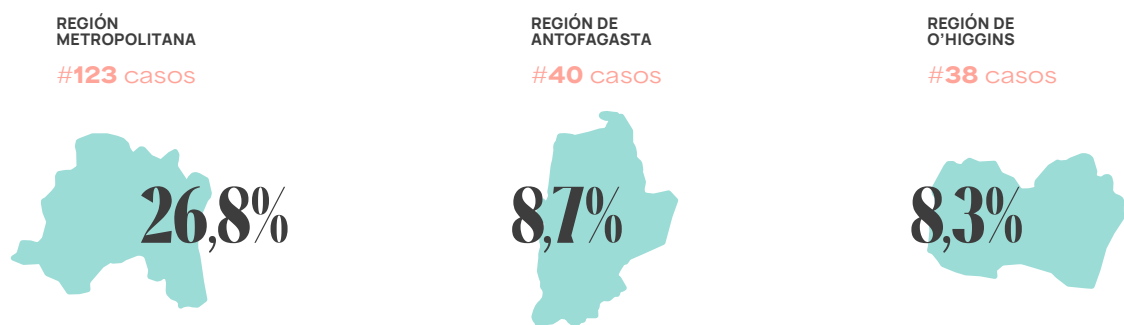


Resultados

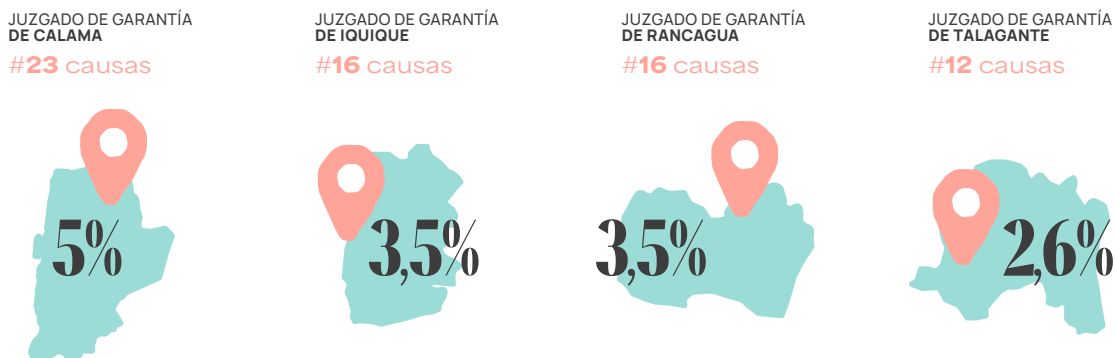
CAUSAS RELATIVAS A MUJERES/PERSONAS GESTANTES O TERCERAS PERSONAS QUE CAUSAN UN ABORTO

Se identificaron **459 causas** vinculadas a mujeres, personas gestantes o terceras personas involucradas en un aborto consentido, conforme a lo establecido en los artículos **342 N°3** y **344 del Código Penal**, tramitadas ante los **juzgados de Garantía** y los **Tribunales de Juicio Oral en lo Penal**.

Las regiones con mayor concentración de causas tramitadas son:



Los tribunales con mayor cantidad de causas tramitadas son:



En cuanto a la **publicidad del proceso**, de las 459 causas señaladas, **68 se encuentran reservadas** (14,8%). Por tanto, el análisis posterior se realizó únicamente sobre las **391 causas públicas**.

CLASIFICACIÓN DE CAUSAS SEGÚN MATERIA

La información fue obtenida a través de solicitudes vía Ley de Transparencia dirigidas a la Corporación Administrativa del Poder Judicial y del portal web "Poder Judicial en Números". Sin embargo, estas fuentes no hacen distinción entre causas por:

*** Aborto consentido cometido por la mujer o persona gestante (artículo 344).**

*** Aborto consentido cometido por una tercera persona (artículo 342 N°3).**

Por ello, se realizó una revisión exhaustiva de cada causa, clasificándolas en:

- 1. Aborto consentido cometido por la mujer o persona gestante.**
- 2. Aborto consentido cometido por un/a tercero/a.**
- 3. Aborto consentido sin especificación.** (En estos casos, los antecedentes del expediente no permiten identificar con claridad a la persona investigada).

Cabe destacar que en una misma causa pueden figurar varias personas investigadas y múltiples materias. Por ejemplo, en un solo proceso puede ser investigada tanto la mujer gestante como un familiar o pareja que colaboró en el aborto.

Para el análisis, se consideraron **444 personas** investigadas:



Finalmente, es importante señalar que *una misma persona investigada puede estar involucrada en más de una causa*. El análisis de los procedimientos judiciales se realizó con base en las 444 personas investigadas correspondientes a las 391 causas públicas.

INICIO DEL PROCESO

La mayoría de los procedimientos de investigación (98,2%, 436 casos) se iniciaron por denuncia, mientras que solo un 1,8% (8 casos) se iniciaron mediante querrela.

Al analizar la identidad del denunciante, se constata que en 263 casos (59,2%) esta información no está disponible. Del resto, la mayoría de las denuncias provienen del personal de salud en todos los niveles de atención (87 casos, 19,6%), seguidas por denuncias de conocido/as de la persona investigada (66 casos, 14,9%) y de instituciones vinculadas al sistema de justicia (13 casos, 2,9%).

Entre las 263 denuncias de origen desconocido en 114 se trata de mujeres o personas gestantes que recibieron atención hospitalaria postaborto, lo que sugiere como plausible que la denuncia haya sido realizada desde el establecimiento de salud.

El análisis de las entrevistas evidencia que los procedimientos legales derivados de una sospecha de aborto inducido se caracterizan por ser caóticos y engorrosos para las mujeres, exponiéndolas a negligencias y a situaciones de revictimización. La denuncia, mayoritariamente realizada por personal de salud durante el ingreso hospitalario, marca el inicio de estos procesos.

Las activistas entrevistadas describen este acto como una vulneración de derechos, destacando la brevedad e informalidad de los procedimientos, que rara vez culminan en encarcelamiento:

“La mayoría de los casos se resuelven en pocos días, mientras las mujeres aún están hospitalizadas. Lo que ellas experimentan es la presencia policial, rara vez interactúan con el fiscal y, en ocasiones, reciben una orden judicial. El proceso es confuso y poco comprensible para ellas”

(Activista 1).

Además, las denuncias se presentan tanto en el sistema público como en el privado. Las entrevistadas destacan que también en clínicas privadas se vulneran derechos:

“Las compañeras que trabajan en clínicas privadas se ven enfrentadas a esto. Por ejemplo, hace unas semanas en la Indisa, un ginecólogo le pidió a una compañera que denunciara a una mujer. Ella se negó, porque todos los fines de semana atienden a tipos intoxicados con cocaína y nadie denuncia nada. Esa lógica opera dentro de las clínicas privadas.”

(Activista 1)

En cuanto al grado de participación, del total de personas investigadas:



En tres casos, se atribuyen diferentes tipos de responsabilidad (autoría, complicidad y/o encubrimiento) a una misma persona, dentro de una causa iniciada por querrella, en la cual se denuncia a cinco personas, de las cuales tres presentan múltiples calificaciones de participación.

TIPOS DE PROCEDIMIENTO

La gran mayoría de los casos (397, 89,4%) se tramitó mediante procedimiento ordinario. Solo 38 personas investigadas (8,6%) accedieron a un procedimiento abreviado, lo que implica la aceptación expresa de los hechos imputados. Además, se identificaron 6 casos tramitados por procedimiento simplificado (1,4%). Si bien este procedimiento no suele aplicarse a delitos de aborto consentido, cuando ocurren atenuantes y la pena no excede a 540 días, puede aplicarse. Una mujer criminalizada ejemplifica la presión por optar por procedimientos abreviados como una estrategia para cerrar el proceso:

“Me dieron la opción de terminar el proceso de manera abreviada si yo confesaba y aceptaba las declaraciones de mi ex pareja. La abogada de ustedes me dijo que podíamos seguir con el juicio porque, en su opinión, las pruebas no eran válidas y no iba a pasar nada más, pero yo quería que esto se acabara, así que acepté lo que me propusieron”.

(Entrevistada 1)

Una defensora aporta otra perspectiva sobre las irregularidades al inicio del proceso:

“Una de ellas testifica pese a saber que tenía derecho a tener un abogado, y declara sin abogado... O sea, renuncia, en definitiva, a su derecho a guardar silencio, pese a que ni le leen sus derechos. Todo el procedimiento era ilegal. Distinto es cuando ya los abogados intervienen; ahí el proceso es más ordenado. Es en los primeros momentos donde se producen las mayores vulneraciones de derechos.”

(Defensora 2)

El proceso penal enfrentado por mujeres y personas gestantes sospechosas de haber interrumpido su embarazo genera revictimización, aislamiento y una profunda afectación emocional. Muchas de ellas expresan el deseo urgente de cerrar el proceso y retomar sus vidas, acompañadas de sentimientos de soledad y desamparo:

“Fue muy duro, la verdad, algo de lo que nunca hablé, ni en ese momento ni después con nadie. Nadie lo sabe, solo ustedes y mi expareja. (...) Me sentí muy sola, sin la posibilidad de pedir ayuda, y la verdad es que aún no lo he hecho.”

(Entrevistada 1)

TÉRMINO DE LOS PROCESOS



El análisis de las formas de término de los procesos revela que las más frecuentes son:

Respecto a los sobreseimientos temporales, si bien fueron considerados, cabe recordar que no constituyen una forma definitiva de término, sino que implican la suspensión del proceso, lo que suele ocurrir cuando la persona imputada se encuentra en rebeldía.

La categoría “*no aplica*” corresponde, en general, a causas que siguen vigentes o se encuentran suspendidas por la aplicación de una salida alternativa. Sin embargo, existen particularidades que llaman la atención:

* En un caso, la causa está concluida, aunque la mujer gestante aparece catalogada como “*víctima*”. Sin embargo, en la práctica fue tratada como imputada, ya que se autorizó la entrega judicial de su ficha clínica, y la causa fue ingresada al sistema bajo la materia “*Aborto consentido por causales no reguladas art. 342 N°3 Y 344*”. Durante la tramitación, los antecedentes indican que se trató de un aborto sin consentimiento de la mujer gestante, figurando como denunciado su pareja. Como la mujer gestante nunca fue formalmente consignada como imputada, no existe una forma de término asignada a su proceso.

* En 3 casos (cuyas causas se iniciaron en 2014, 2015 y 2020), los procesos aparecen archivados computacionalmente. Esta acción no constituye legalmente una forma de término, por lo que se consigna que la causa sigue vigente, a pesar de estar cerrada en el sistema informático. Del total de 51 procedimientos que culminaron en sentencia, 49 fueron condenatorias (96,1%) y solo 2 resultaron absolutorias (3,9%). Entre las sentencias condenatorias, la mayoría (38 casos, 77,6%) derivó de procedimientos abreviados, mientras que las 2 absolutorias se obtuvieron mediante procedimientos ordinarios.

PROCESOS CON ESTEREOTIPOS

Para realizar un estudio integral de los procesos y evidenciar las vulneraciones específicas relacionadas con el género que enfrentan las imputadas en causas por el delito de aborto consentido, se analizó la presencia de estereotipos en los expedientes y sentencias judiciales.

Por estereotipo se entiende: “*Imágenes simplificadas que generalizan y/o exageran aspectos de un determinado grupo social y que son compartidas por un conjunto de personas. Estos impiden ver la realidad como es y van habitualmente asociados a prejuicios peyorativos. Los estereotipos de género, en tanto, son construcciones culturales que promueven una visión determinada sobre el rol de las mujeres y los hombres en la sociedad. (...) Estos estereotipos insertos en nuestra cultura contribuyen a una manera de pensar que discrimina en especial a las mujeres en una variedad de ámbitos: desde lo social y cultural hasta lo político y lo económico*” (Ministerio Secretaría General de Gobierno, 2016).

Del total de personas investigadas, se identificaron 109 procesos en los que se utilizaron estereotipos, lo que corresponde al 24,5%. La presencia de estos estereotipos genera un estigma particular sobre quienes enfrentan procesos penales por el delito de aborto consentido.

Los estereotipos observados en los procesos incluyen:

* Doble rol de víctima e imputada: Causas donde la mujer o persona gestante aparece tanto como víctima e imputada; o bien, está formalmente catalogada como víctima, pero recibe un trato procesal de imputada (por ejemplo, autorización judicial de medidas intrusivas en su contra).

* Detenciones en el establecimiento de salud: en algunos casos durante varios días y/o mientras la mujer o persona gestante se encontraba en tratamiento médico. También se reporta la insistencia de personal de salud para obtener confesiones en contextos de atención médica.

* Condiciones estigmatizantes en la suspensión condicional del procedimiento: por ejemplo, imponer como condiciones la asistencia a charlas o programas vinculados con maternidad o protección de la vida, o el pago de dinero a organizaciones pro vida o relacionadas con enfermedades de la infancia.

* Uso de lenguaje emotivo o cargado ideológicamente para referirse al feto: “la criatura”, “bebé”, “hijo”, etc., con el fin de impactar emocionalmente o reforzar la gravedad del hecho.

* Argumentaciones o declaraciones con sesgos o estereotipos de género por parte de los intervinientes del proceso o testigos.

* Denuncias improcedentes realizadas por profesionales de la salud, contraviniendo principios de confidencialidad médica y respeto de derechos.

SENTENCIAS CON ESTEREOTIPOS

De las 51 personas investigadas cuyos procesos terminaron con sentencia definitiva, se identificaron 48 sentencias (algunas incluyen más de una persona). De estas, 7 sentencias contienen estereotipos de género (14,6%), con los siguientes elementos:

Reconocimiento de calidad de persona al feto:

Tres sentencias dictadas en 2013 hacen referencia al “*ser humano en formación*”, a la “*intención directa de producir la interrupción de la vida del que está por nacer*”, “*la criatura*” o “*la guagua*”.

Una sentencia de 2015 utiliza el término “*hijo*”.

Estereotipos vinculados con la mujer/persona gestante:

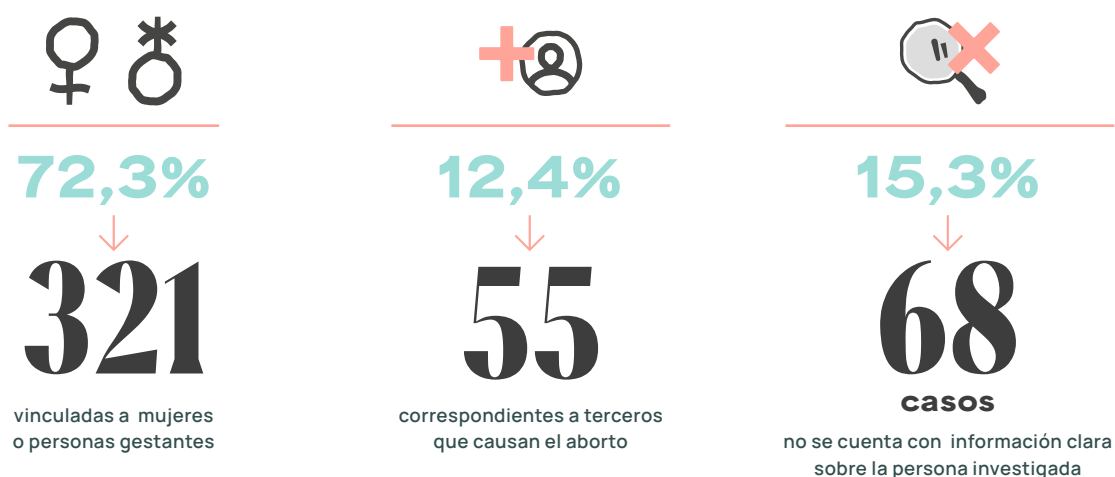
En una sentencia de 2021, el alegato de fiscalía destaca el contexto del delito como una situación de consumo de alcohol y drogas, haciendo énfasis reiterado en el término “*madre*” a lo largo del fallo.

CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS IMPUTADAS

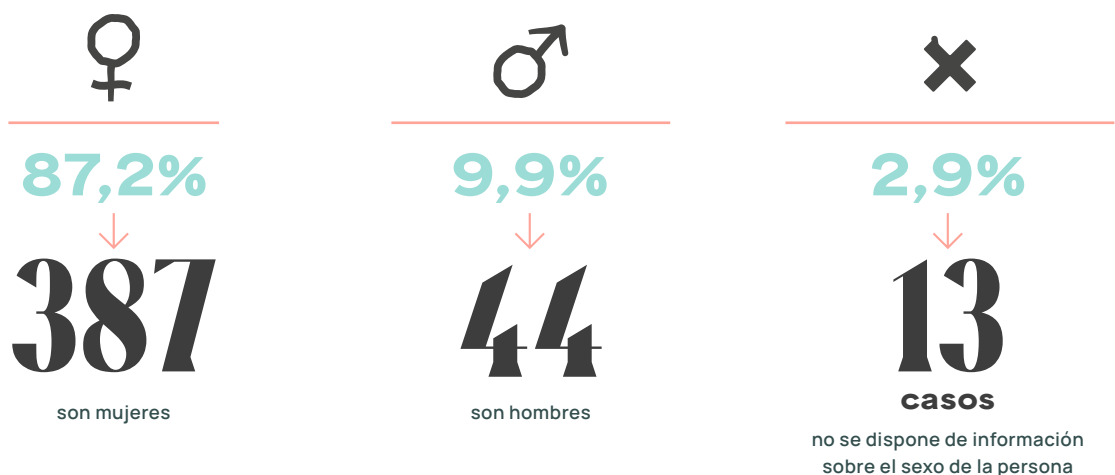
El análisis de la información se realizó en dos grupos:

- 1) **Mujeres o personas gestantes**, o terceras personas que causan un aborto.
- 2) **Facultativos/as que causan un aborto o cooperan en él.**

Se identificaron 459 causas relativas a mujeres/personas gestantes o terceras personas que causan aborto, de las cuales 68 se encuentran reservadas. Por lo tanto, el análisis se limita a 391 causas accesibles, en las que se identificaron 444 personas investigadas:



Del total de personas investigadas:



En cuanto a la edad:



En las entrevistas cualitativas, las mujeres criminalizadas presentan un perfil joven, con edades entre 18 y 27 años, y generalmente se encuentran trabajando y/o estudiando.

Destaca el caso de una niña de 13 años que enfrentó un proceso penal por aborto consentido, siendo imputable en Chile. Aunque no aparece expresamente como denunciada, la causa fue ingresada bajo la materia "Aborto consentido por causales no reguladas, artículos 342 N°3 y 344 del Código Penal".

Este caso se originó a partir de la denuncia del director del establecimiento de salud, tras la realización de una IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) en un hospital. Posteriormente, se recibió una denuncia por violación contra la menor. La fiscalía solicitó al tribunal aprobar la decisión de no iniciar investigación, indicando: *"En atención a que la interrupción voluntaria del embarazo realizada a la menor de edad se encuentra amparada por las causales previstas en la Ley N°21.030, es que, a juicio del ente persecutor, los hechos antes descritos no configuran ningún ilícito penal..., por lo que la situación expuesta no puede ser sancionada a título alguno en materia criminal"*. A pesar de ello, la denuncia fue ingresada y se abrió la causa judicial, evidenciando un procedimiento innecesario en un caso de aborto legal.

Las causas por aborto cometido por facultativo/as se enmarcan en el artículo 345 del Código Penal, que funciona como agravante en relación con los tipos penales definidos en el artículo 342:

1) Aborto con violencia en la mujer embarazada.

2) Aborto sin consentimiento.

3) Aborto con consentimiento. En la práctica, las causas se catalogan bajo el artículo 345, sin distinción inicial sobre el consentimiento, lo que requiere un análisis exhaustivo para identificar los casos en que hubo consentimiento de la mujer o persona gestante.

Se identificaron 21 causas por aborto cometido por facultativo/a entre 2012 y 2022, que involucran a 22 personas investigadas. Solo se consideraron en el análisis los casos con consentimiento confirmado o donde no fue posible despejar la información, excluyendo los casos sin consentimiento. De ellas, 10 causas son públicas, involucrando a 11 facultativos/as investigado/as, los cuales componen el universo analizado.

Estado procesal de las causas:



81,8%

9 investigaciones
no están formalizadas



18,2%

2 investigaciones
sí cuentan con formalización, ambas referidas a una misma persona con causas acumuladas.



1 sola causa

ha llegado a la etapa de acusación formal y preparación de juicio oral.



90,9%

10 causas
no presentan acusación



90,9%

10 procesos
se encuentran concluidos



4 años de duración

La mayoría de los procesos no supera este tiempo. Solo una causa supera los 9 años.

Todos los casos se tramitaron mediante procedimientos ordinarios, sin que se haya aprobado alguna salida alternativa ni dictado sentencia.

Es importante destacar que en ninguno de los casos se acreditó el delito de aborto cometido por facultativo/a. Además, la mayoría de las personas investigadas contó con defensa pública (63,6%).

POSIBLES IMPACTOS DE LOS PROCESOS PENALES SOBRE LAS PERSONAS IMPUTADAS

Dado que, a partir del análisis de los expedientes judiciales, no es posible acceder directamente a la percepción de las personas investigadas sobre los efectos que los procesos penales han tenido en sus vidas y entornos –ya sea porque ejercieron su derecho a guardar silencio o porque sus declaraciones no quedaron registradas en actas–, se recurre a la identificación de indicios que permiten inferir posibles impactos.

Es importante destacar que los efectos pueden ser múltiples y diversos, y que una misma situación puede generar distintas consecuencias en las personas involucradas. Desde una perspectiva metodológica, ciertos indicios se asocian a impactos específicos, sin excluir la posibilidad de otros efectos no mencionados.

A) POSIBLES IMPACTOS EN LA VIDA PRIVADA

Inicio de la investigación:

La interposición de una denuncia da inicio a una investigación penal por parte del Ministerio Público, extendiéndose por un periodo indeterminado. Durante este proceso, se realizan diligencias que pueden afectar el derecho a la vida privada de las personas investigadas, como los apercibimientos o la toma de declaraciones policiales. Violación a la confidencialidad de la información médica: La exposición de la vida privada de la persona imputada no sucede, en todos los casos, previa orden judicial. En la presente investigación se identifica que profesionales o trabajadores del área de salud han entregado información confidencial de la persona investigada de las denuncias.

B) POSIBLES IMPACTOS EN LA INTEGRIDAD PSÍQUICA

Denuncias improcedentes:

El solo tránsito por una investigación o proceso penal puede generar sentimientos de angustia, temor e incertidumbre. Estos efectos se agravan en situaciones donde las denuncias son infundadas, como en casos de aborto espontáneo, generando en la persona investigada una forma de revictimización.

Vulneración a la presunción de inocencia:

Sobre toda persona existe la presunción de inocencia, mientras no exista una condena en su contra. Sin embargo, las mujeres/personas gestantes son tratadas como culpables desde el principio.

Uso de lenguaje con sesgos o estereotipos de género:

En las actuaciones del proceso y en las diversas audiencias se identifican diversos sesgos o estereotipos de género utilizados por intervinientes, testigos e incluso por jueves, donde la persona investigada es muchas veces cuestionada bajo un juicio social y valórico. Muchas de estas argumentaciones se encuentran contenidas en las sentencias, circunstancia que implica que fueron ventiladas en la audiencia respectiva, en presencia de la persona imputada. Si la persona investigada se ve enfrentada de forma directa o toma conocimiento de ellos, se puede generar un impacto emocional alto, al ser sometida a cuestionamientos y prejuicios sobre su persona, conducta o acciones.

C) POSIBLES IMPACTOS EN LA SALUD DE LAS PERSONAS INVESTIGADAS**Detenciones en los establecimientos de salud:**

Los centros de salud están destinados a brindar atención médica, por lo que la permanencia de una persona en ellos responde a la necesidad de proteger su salud. Las detenciones en dichos lugares pueden interrumpir los tratamientos o atenciones requeridas, generando consecuencias negativas en la salud física y emocional de la persona investigada.

Pérdida de confianza en el sistema de salud:

La vulneración de derechos en contextos sanitarios impacta negativamente en la confianza de la población, especialmente de las mujeres y personas gestantes. La obligación de denunciar supuestos delitos puede desincentivar la búsqueda de atención médica, con riesgos directos para la vida. Chile ha sido observado por organismos internacionales que instan al Estado a garantizar el derecho a la vida de quienes deciden interrumpir su embarazo, asegurando la confidencialidad de la información médica (CCPR, 1999).

D) IMPACTO EN LA VIDA LABORAL, ECONÓMICA, SOCIAL Y FAMILIAR**Larga duración de los procesos:**

Cuando los procesos se extienden más de plazos razonables, en muchos casos debido a la falta de diligencia del ente persecutor, se generan cargas emocionales, económicas y sociales que se prolongan por años. En esta investigación se identificaron varias causas con una duración excesiva.

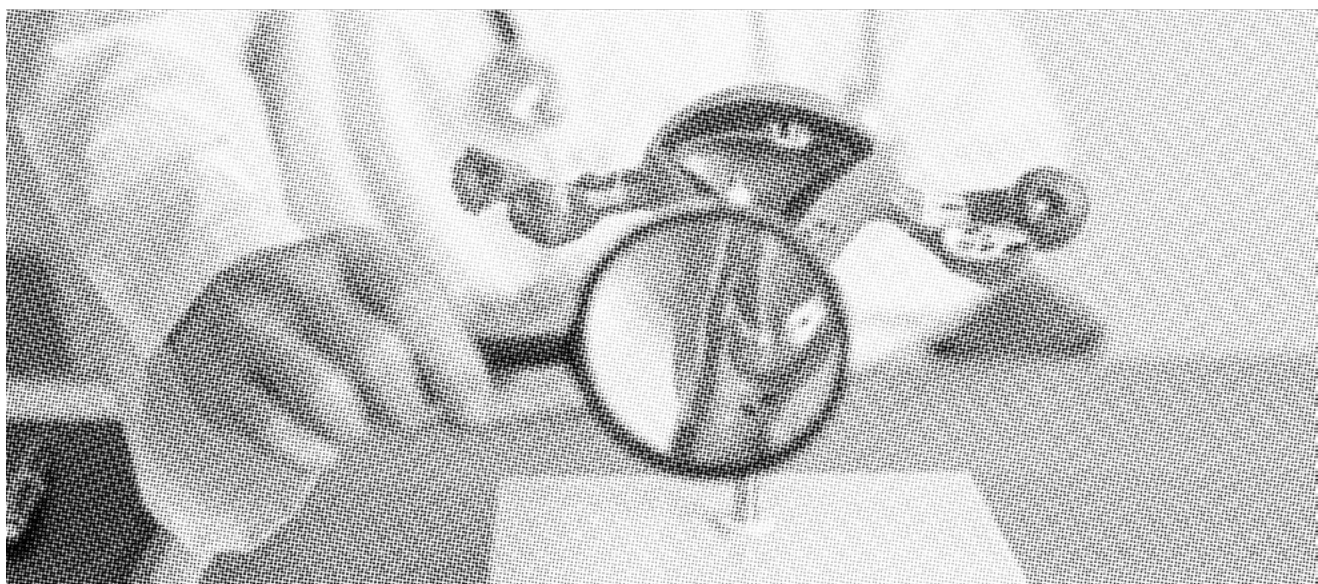
Medidas cautelares:

Estas medidas imponen restricciones significativas. Por ejemplo, el arraigo nacional puede impedir que una persona salga del país por razones de estudio o trabajo; el arresto domiciliario puede dificultar la continuidad laboral o académica. Cuando las medidas no son levantadas oportunamente, sus efectos perjudiciales se extienden de manera innecesaria.

E) IMPACTOS ESPECÍFICOS SOBRE NIÑAS Y ADOLESCENTES

Tránsito por procesos penales:

Las personas menores de edad se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, la cual se intensifica en el caso de niñas y adolescentes. En estos casos, los derechos pueden ser fácilmente menoscabados. Esta investigación documentó múltiples causas relacionadas con menores de 18 años, algunas de las cuales aparecen formalmente investigadas, mientras que en otras ni siquiera queda clara su condición en el proceso (denunciadas o víctimas).



Conclusiones

Entre los principales hallazgos de esta investigación se identificaron irregularidades graves que vulneran derechos fundamentales consagrados en la normativa nacional y en tratados internacionales de derechos humanos ratificados por Chile. Entre estos derechos se encuentran el derecho a la salud, a la vida privada e intimidad, y a contar con garantías procesales adecuadas.

Asimismo, el estudio evidencia el profundo impacto que un proceso penal por aborto puede tener en la vida de las personas investigadas, afectando de manera significativa sus proyectos de vida, salud física y mental, estabilidad económica, desarrollo profesional, así como sus vínculos familiares y sociales. En particular, se observaron patrones sistemáticos de vulneración a los derechos y garantías procesales, los cuales no solo prolongan injustificadamente los procesos judiciales, sino que también los agravan. En numerosos casos, estos procesos contienen actuaciones, argumentaciones y medidas cargadas de estigma hacia las personas investigadas, reproduciendo prejuicios y estereotipos. La investigación da cuenta, además, de un uso excesivo del derecho penal como mecanismo de castigo contra mujeres y personas gestantes que no ejercen la maternidad, inclusive en contextos de abortos espontáneos. Esta penalización refuerza estereotipos de género vinculados al mandato de la maternidad, trasladando una carga social y jurídica sobre quienes deciden interrumpir un embarazo o atraviesan una pérdida gestacional, y consolidando su imagen como sujetos delictivos.

La criminalización del aborto transmite un mensaje social basado en roles de género impuestos, donde quien aborta es percibido como transgresor del mandato materno, lo que repercute directamente en el trato social, institucional y judicial que recibe.

Recomendaciones

Para avanzar hacia la despenalización del aborto en Chile y mitigar los efectos negativos sobre las personas sujetas a investigaciones y procesos judiciales, se proponen las siguientes medidas:

1. Capacitación Obligatoria y Continua al Personal de Salud

La persistente creencia en un supuesto deber de denuncia, junto con la presión de las jefaturas, evidencia la necesidad de una formación sólida. Se recomienda implementar un programa de capacitación obligatoria y continua, enfocado en derechos sexuales y reproductivos, confidencialidad médica, y eliminación del estigma en torno al aborto.

Esta formación debe contemplar herramientas para resistir presiones jerárquicas y promover prácticas que resguarden los derechos de las personas atendidas.

2. Despenalización del Aborto

Los resultados de esta investigación muestran que la criminalización del aborto somete a mujeres y personas gestantes a procedimientos policiales y judiciales que resultan estigmatizantes, violando sus derechos fundamentales. Además, se observa un bajo índice de condenas, lo que demuestra la ineficacia del uso del derecho penal en este ámbito. Por ello, se recomienda avanzar con urgencia en la despenalización del aborto, a fin de evitar la revictimización, asegurar el acceso efectivo a la salud reproductiva y garantizar el respeto a los derechos humanos.





Bibliografía

— Ley N°21.030 de 2017. Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Diario Oficial, 23 de septiembre de 2017.

— Código Penal de 1874. Diario Oficial, 12 de noviembre de 1874. Última versión 24 de noviembre de 2023 a 26 de enero de 2025.

— Corporación Humanas (2024). El aborto clandestino en Chile: entre 30.000 y 150.000 cada año, sin apoyo médico y con medicamentos del mercado negro. Recuperado de: <https://www.humanas.cl/el-aborto-clandestino-en-chile-entre-30-000-y-150-000-cada-ano-sin-apoyo-medico-y-con-medicamentos-del-mercado-negro/>

— Constitución Política de la República de Chile, de 1980. Artículo 19 N°7.

— Convención Americana sobre Derechos Humanos, de 1978. Artículo 7. *“Derecho a la Libertad Personal (...) Nadie puede ser privado de su libertad física, salvo por las causas y en las condiciones fijadas de antemano por las Constituciones Políticas de los Estados partes o por las leyes dictadas conforme a ellas (...).”*

— Departamento de Estadísticas de Información en Salud, DEIS. Reporteria IVE, disponible en https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F382105c8-521f-4356-b1b8-6bad21ba8b08§ionIndex=0&so_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false (última consulta 4, Abril, 2025)

— Ministerio Secretaría General de Gobierno (2016) *“Guía ilustrada para una comunicación sin estereotipos de género.”* Santiago de Chile, enero 2016.

— Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos, Chile, U.N. Doc. CCPR/C/79/Add.104 (1999), párr. 15.

— Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, de 1966. Artículo 9. 1. *“Todo individuo tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales. Nadie podrá ser sometido a detención o prisión arbitrarias. Nadie podrá ser privado de su libertad, salvo por las causas fijadas por ley y con arreglo al procedimiento establecido en ésta.”*

04

PALABRAS
FINALES





Los derechos se garantizan:

Ideas clave para avanzar en derechos sexuales y reproductivos en Chile

Por:

Soledad Díaz Pastén

Presidenta del directorio de Corporación Miles

Desde Corporación Miles, año tras año hemos considerado fundamental presentar un informe sobre derechos sexuales y reproductivos. Este es nuestro séptimo informe. En cada edición elegimos tópicos que consideramos clave profundizar, con la esperanza de que sean de utilidad para quienes trabajan en el análisis e incidencia política en materia de derechos humanos, con énfasis en sexualidad y reproducción.

El aborto en Chile continúa penalizado fuera de las tres causales que establece la Ley 21.030, lo que genera graves vulneraciones a los derechos humanos de mujeres y personas gestantes. La criminalización se traduce en procesos judiciales extensos, estigmatizantes y con impactos negativos en la salud física y mental, así como en la vida social, laboral y económica de las personas afectadas. Por ello, es urgente avanzar hacia una legislación que garantice el derecho a decidir, eliminando la criminalización del aborto y previniendo así la revictimización judicial y social.

Las contradicciones normativas y la violación del secreto profesional evidencian una preocupante ambigüedad legal entre el deber de confidencialidad médica y la obligación de denunciar abortos. Esto incentiva la criminalización y desincentiva la búsqueda de atención médica, incluso en contextos de urgencia obstétrica. Por ello, es prioritario reforzar el secreto profesional mediante protocolos que aseguren la confidencialidad, especialmente en situaciones de urgencia, garantizando así atención oportuna y evitando denuncias indebidas. La capacitación en derechos sexuales y reproductivos, confidencialidad médica y enfoques libres de estigma es clave para asegurar una atención obstétrica libre de prejuicios y discriminación.

Aunque Chile ha desarrollado normativas e instrumentos para regular la fertilidad, aún existen brechas significativas en el acceso efectivo, especialmente en atención primaria. Las barreras van desde la falta de stock hasta la desinformación y los estigmas culturales. Una estrategia clave es garantizar el acceso a anticoncepción mediante la disponibilidad permanente y consejería en salud sexual y reproductiva en todos los niveles de atención, particularmente en el sistema público, con un enfoque territorial, intercultural y de derechos humanos.

Los derechos sexuales y reproductivos no se garantizan por inercia ni se preservan sin lucha. En el contexto actual, marcado por retrocesos democráticos y discursos conservadores, es imprescindible sostener una voz firme y comprometida. Este séptimo informe no solo es una herramienta para la incidencia, sino también una invitación a cuestionar las omisiones del Estado, visibilizar las desigualdades persistentes y construir estrategias colectivas centradas en la dignidad y autonomía de mujeres, niñas y personas con capacidad de gestar.

Desde Corporación Miles reafirmamos que el derecho a decidir es una exigencia política urgente y un pilar fundamental de toda sociedad que se proclame justa, libre y democrática. Hacemos un llamado a legisladores/as, funcionarios/as públicos, profesionales de la salud y organizaciones de la sociedad civil a asumir un compromiso real con la justicia reproductiva. Porque garantizar el derecho a decidir no es solo una cuestión de salud, sino también de democracia, dignidad y derechos humanos.

Agradecemos especialmente a IPAS por su valioso apoyo, que hizo posible la elaboración de este Séptimo Informe. Su compromiso con la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos ha sido fundamental para el desarrollo de estas investigaciones y para seguir avanzando hacia sociedades más justas e inclusivas.

El **Séptimo Informe sobre Derechos Sexuales y Reproductivos** de Corporación Miles reúne investigaciones clave para comprender los desafíos actuales en Chile: cómo percibimos los anticonceptivos, los dilemas del secreto profesional en casos de aborto, y nuevos datos sobre la criminalización del aborto sin consentimiento.

Además, incorpora un estudio pionero de la convocatoria **Miles+** sobre el abuso de cesáreas y su impacto en mujeres y personas gestantes.

Corporación Miles, con el apoyo de su equipo y pasantes, junta directiva e Ipas LAC, reafirma su compromiso con la defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Este informe busca ser un aporte para quienes trabajan por una sociedad más justa y respetuosa de los derechos humanos, en Chile y la región.



www.mileschile.cl

