UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Marco legal de la interrupción voluntaria del embarazo en tres países de Latinoamérica, Colombia, Cuba y Chile 2017

Jully Viviana Cáceres Pérez

Diana Marcela Cardona Mazo

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de salud Pública

Bogotá D.C., Colombia

2017

Marco legal de la interrupción voluntaria del embarazo en tres países de Latinoamérica, Colombia, Cuba y Chile 2017

Jully Viviana Cáceres Pérez

Diana Marcela Cardona Mazo

Tesis o trabajo de grado presentada(o) como requisito parcial para optar al título de:
Especialista en Administración en Salud Pública

Director (a):
Rocío Robledo Martínez.
OD., M. Sc., Ph.D. (C).

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de salud Pública
Bogotá D.C., Colombia
2017

Resumen

Objetivo general: Realizar una comparación sistemática con respecto a la normatividad relacionada con la Interrupción Voluntaria del Embarazo de tres paises Colombia, Chile y Cuba.

Metodología: Se realizó una investigación a partir de la información bibliográfica recolectada de los tres países de América Latina; la búsqueda bibliográfica se desarrolló en las bases de datos de salud: Pubmed, Medline, Bireme, Scielo y se revisaron los archivos normativos correspondientes. La categorización y análisis comparativo de la información tuvo como parámetros los antecedentes históricos, los lineamientos normativos y la implementación de la norma.

Resultados: Se encontró que la prohibición del aborto en todas sus modalidades no persuade a las mujeres de no practicarlo, por el contrario se sigue practicando en condiciones inseguras que ponen en riesgo la vida de la mujer. Se resalta que en países en donde aún está penalizada la práctica del aborto victimiza a la mujer y no reporta resultados positivos.

Conclusiones: La normatividad correctamente estructurada, implementada y vigilada disminuye el riesgo de afectaciones en la salud de la mujer.

Palabras clave: Interrupción voluntaria del embarazo, aborto, Colombia, Chile, Cuba

Abstract

Objective: To make a systematic comparison respect regulations related with Voluntary Interruption of Pregnancy in three countries, Colombia, Chile and Cuba.

Methodology: Investigation was carried out based on the bibliographical information collected from the three countries of Latin America; the bibliographic search was conducted in the health databases: Pubmed, Medline, Bireme, Scielo and the corresponding normative files were reviewed. The categorization and comparative analysis of the information had as parameters the historical antecedents, the normative guidelines and the implementation of the norm.

Results: It was found that the prohibition of abortion in all its forms does not persuade women not to practice it, by the contrary it is still being put in practice in unsafe conditions that endanger women´s life. It is highlighted that in countries where abortion is still penalized, it victimizes women and does not report positive results.

Conclusions: The correctly structured, implemented and monitored regulations reduce the risk of affectations in women's health.

Keywords: Voluntary abortion, abortion, Colombia, Chile, Cuba

Contenido

Pág.

Resumen ..... **IV**

Introducción **1**

1. Interrupción voluntaria del embarazo – Aborto **3**

1.1 Contexto Mundial del Aborto 4

1.2 Estadísticas Mundiales de Aborto según Institute Guttmacher 6

1.3 Tipos de aborto 9

1.4 Técnicas para la interrupción voluntaria del Embarazo 10

1.4.1 Método farmacológico 10

1.4.2 Método Quirúrgico 11

1.5. Problemática del aborto 12

2. Interrupción voluntaria del embarazo en Colombia **17**

2.1 Antecedentes 17

2.2 Normatividad 20

2.3 Implementación 24

3 Interrupción voluntaria del embarazo en Cuba **26**

3.1 Antecedentes 26

3.2 Normatividad 29

3.3 Implementación 30

4. Interrupción voluntaria del embarazo en Chile **32**

4.1 Antecedentes 32

4.2 Normatividad 36

4.3 Implementación 42

5. Sistematización de la información.....43

6. Discusión 50

BIBLIOGRAFÍA.....55

A. Anexo 1: GLOSARIO 60

Introducción

La OMS define el aborto como la Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno. La viabilidad extrauterina es un concepto cambiante que depende del progreso médico y tecnológico, estando actualmente entorno a las 22 semanas de gestación (OMS, 2009).

La interrupción voluntaria del embarazo se define como un procedimiento clínico para finalizar un embarazo, realizado por profesionales sanitarios acreditados, amparado bajo los derechos fundamentales sexuales y reproductivos de la mujer. Ministerio de salud, Colombia (Corte Constitucional, 2006).

La interrupción voluntaria del embarazo IVE, se constituye como una problemática de salud pública a nivel mundial, influenciada por el área de la atención médica, religiosa y por algunas organizaciones sociales. Entre 2010 y 2014, se estima que cada uno de los años ocurrió 56 millones de abortos inducidos a nivel mundial, es un fenómeno que está aumentado progresivamente en el mundo principalmente en países desarrollados. (Guttmacher, 2014)

Quienes están a favor de la IVE, argumentan que es un derecho inalienable de la mujer, la cual está en toda la capacidad de decidir sobre su propio cuerpo y sobre desistir de un embarazo no planeado y/o no deseado, mientras tanto los opositores de la IVE en su mayoría basados en corrientes religiosas, manifiestan que desde el momento de la concepción ya hay vida y esta debe ser respetada por encima de la decisión de la madre, por lo que consideran el aborto como el homicidio de un ser inocente, lo que genera controversia alrededor de la práctica (Catolica, 2007).

En esta monografía se tomaron tres países latinoamericanos con problemáticas diferentes entorno a la IVE, en Colombia es una práctica despenalizada en tres casos específicos como

violación, malformaciones congénitas del feto incompatibles con la vida y en caso de afectación de la salud de la madre; en Cuba la IVE es una práctica completamente libre, no penalizada; y en Chile aún se encuentra penalizada y criminalizada cualquier tipo de práctica del aborto.

A pesar de que la mayoría de los países han despenalizado el aborto en Latinoamérica en circunstancias determinadas y que estos se practican en centros hospitalarios con seguridad sanitaria para las pacientes, se siguen presentando gran cantidad de abortos clandestinos, trayendo consigo complicaciones post aborto y un gran porcentaje de población adolescente implicada. Sin embargo, dada la naturaleza ilegal del mismo, no se cuenta con datos confiables sobre su incidencia (OMS, 2014).

La legalización del aborto ofrece a las mujeres la seguridad de la atención sanitaria para la realización de estos procedimientos de interrupción de embarazos no planeados, aunque en los países en donde se encuentra penalizado, esta práctica se realiza de manera ilegal y anónima, se estima que los abortos realizados en la clandestinidad y sus complicaciones representan un fuerte impacto en la mortalidad materna y un gran costo para el sistema de salud de los países, teniendo en cuenta que no todas las complicaciones del aborto son atendidas intrahospitalariamente (Centro de derechos reproductivos, 2013).

1. Interrupción voluntaria del embarazo – Aborto

La OMS define el aborto como la Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno. La viabilidad extrauterina es un concepto cambiante que depende del progreso médico y tecnológico, estando actualmente entorno a las 22 semanas de gestación (Astete, 2014).

En el idioma castellano se entiende la interrupción, como la detención momentánea o definitiva de un proceso, antes de que llegue a su término. Y a si mismo se entiende la interrupción voluntaria del embarazo como la finalización de un embarazo sin importar si el feto es viable o no; con intención y resultado de muerte del ser en gestación (Echeverría, 2015).

Así mismo, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ha recordado la anterior definición de aborto que recoge la Organización Mundial de la Salud (OMS) y también la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia: "El aborto es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso, que se alcanza a las 22 semanas" (OMS, 2009).

La interrupción voluntaria del embarazo también se define como un procedimiento clínico para finalizar un embarazo, realizado por profesionales sanitarios acreditados, amparado bajo los derechos fundamentales sexuales y reproductivos de la mujer. Ministerio de salud. Colombia (Corte Constitucional, 2006).

El aborto peligroso es definido como una intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez (OMS, 2014).

Para el presente trabajo se tomó el Embarazo según la definición legal para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es

el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación (Guerrero, Navas, Rodríguez, & Castellanos, 2012).

Así también el Embarazo no planeado, definido como el que no fue proyectado por la mujer y/o la pareja, pues que se torna como una sorpresa el cual puede ser en algunos casos aceptados y en otros rechazados dependiendo la situación en la que se encuentren. Existen una serie de factores asociados al embarazo no planeado, dentro de los cuales se encuentran, el desconocimiento por parte de la mujer de la fisiología reproductiva de su cuerpo, el no acceso a métodos modernos de anticoncepción, la falla del método y la falta de autonomía de las mujeres para decidir sobre su sexualidad y reproducción, entre otros (MSPS, 2014).

La Duración o edad gestacional está definida como la cantidad de días o semanas desde la fecha del primer día de la última menstruación (FUM) en las mujeres con ciclos regulares (en el caso de las mujeres con ciclos irregulares, tal vez sea necesario determinar la edad gestacional mediante un examen físico o una ecografía) (OMS O. M., 2012).

En una mujer que se encuentra en edad reproductiva y presenta un estado gestacional se pueden presentar varias características que podrían determinar qué tipo de aborto está cursando y así mismo que manejo debería recibir (Fiesco & Romero, 2007).

1.1 Contexto Mundial del Aborto

La Dra., Abad en 2002, narra que el aborto ha existido desde el principio de la humanidad, en épocas primitivas se practicaba el aborto en las comunidades patriarcales sin restricciones; En Grecia Antigua, se consideraba que el feto no tenía alma, era parte de la madre, y era ella quien podía disponer al arbitrio de su cuerpo, en general, las antiguas legislaciones no castigaron al aborto. La represión al aborto comienza en Roma, cuando aparecen sustancias nocivas a la salud de las mujeres sometidas a esos métodos. Posteriormente el cristianismo se instaló, con una nueva valoración de la vida y dan

calificación de homicidio al aborto provocado, se promulgaron medidas rigurosas contra la mujer sujeta a esta acción, incluyendo la pena de muerte, castigos corporales y el exilio.

En 1602 se proponen penas menos severas y sanciones más humanitarias propuestas por intelectuales de la época en Alemania y Francia, quienes defendían a la mujer en cuanto a disponer de sí mismas y en situaciones de violación.

En 1916 en Suiza, se establece que el aborto practicado por un médico titulado con el consentimiento de la embarazada, no es punible, además se establece la planificación familiar y la doctrina feminista en defensa pues del aborto.

En 1920 en la Unión Soviética, se dictan decretos sobre la protección de la salud femenina, que declara no sancionable al aborto atendido por un médico y en un hospital, basándose en que la represión de esta operación no conduce a ningún resultado positivo y se convierte en un acto secreto, por lo cual las mujeres se hacen víctimas de los aportadores que actúan sin idoneidad científica.

En los años 80, en Estados Unidos la discusión sobre el aborto, se centró en tres ejes, los que deseaban prohibir el aborto en cualquier circunstancia, caso del movimiento en Defensa de la Vida, los que estimaban que el aborto debería practicarse a instancias de cualquier mujer embarazada a la libre elección y los que restringían la práctica del aborto a determinadas situaciones, como el riesgo grave para la salud de la madre, o cuando el embarazo fuera el fruto de la violación o el incesto; la Iglesia Católica argumentaba que el aborto, en cualquier fase de la gestación, equivale a quitar la vida a un ser inocente, mientras que el movimiento en pro de la libre elección promulgaba que no hay que dar a luz, hijos no deseados.

En la actualidad, hay diversos criterios en cuanto a cuál es el momento en que el producto de la concepción se considera ser humano. Para algunos es a las 12 semanas que debe considerarse persona, cuando el sistema nervioso central está formado y pueden reconocerse los hemisferios cerebrales, el cerebelo y el bulbo. Otros han establecido que los derechos del ser humano deben ser respetados desde que es viable, o sea, entre las 24 y las 28 semanas

de gestación. Estos límites cambian constantemente, gracias a los adelantos logrados en la Perinatología (Mayo Abad, 2002).

En la Florida el aborto es permitido bajo todas las circunstancias, aunque el máximo de semanas permitidas para hacerlo es de 23. La mayoría de clínicas sólo lo hacen hasta las 14 semanas (Jaramillo, 1997).

1.2 Estadísticas Mundiales de Aborto según Institute Guttmacher

Algunas cifras estadísticas indican que en el período 2010–2014, se estima que cada año ocurrieron 56 millones de abortos inducidos a nivel mundial. Esta cifra representa un aumento con respecto a los 50 millones por año en el período 1990–1994, principalmente debido al crecimiento poblacional.

La tasa anual de aborto a nivel mundial, estimada en 35 abortos por 1,000 mujeres en edad reproductiva (aquellas entre 15 y 44 años de edad) en el período 2010–2014, ha disminuido ligeramente con respecto a los 40 por 1,000 en 1990–1994.

Entre 1990–1994 y 2010–2014, la tasa de aborto disminuyó marcadamente en las regiones desarrolladas, de 46 a 27 por 1,000. En contraste, permaneció casi al mismo nivel en las regiones en desarrollo.

El número anual de abortos disminuyó en las regiones desarrolladas, de alrededor de 12 a siete millones durante estos períodos quinquenales. Por otro lado, aumentó en las regiones en desarrollo, de 39 a 50 millones, y la población en edad reproductiva creció a un ritmo similar. A nivel mundial, la proporción de abortos que ocurrió en las regiones en desarrollo creció de 77% a 88%.

A nivel global, en el período 2010– 2014, el 25% de los embarazos terminó en aborto. En los países desarrollados, la proporción disminuyó de 39% a 28% entre 1990–1994 y 2010–2014, mientras que aumentó de 21% a 24% en los países en desarrollo.

Entre las regiones, Europa Oriental experimentó la mayor disminución en la tasa de aborto, de 88 en el período 1990–1994 a 42 en 2010–2014. A pesar de esta disminución, hay una

brecha persistente entre las tasas de Europa Oriental y Occidental, que probablemente refleja un uso reducido de métodos anticonceptivos modernos y efectivos en la Europa Oriental.

La tasa de aborto en África fue de 34 por 1,000 mujeres en 2010–2014. Las tasas subregionales variaron de 31 en África Occidental a 38 en África del Norte. Las tasas de aborto en estas subregiones han variado poco, o incluso nada, desde el período 1990–1994.

Las tasas de aborto en Asia también han disminuido desde 1990–1994, aunque no de manera estadísticamente significativa. Todas las subregiones de Asia tienen tasas cercanas al promedio regional de 36 por 1,000 mujeres.

En el período 2010–2014, la tasa anual de aborto más alta ocurrió en el Caribe, estimada en 65 por 1,000 mujeres en edad reproductiva, seguida por América del Sur en 47 por 1,000. Las tasas más bajas ocurrieron en América del Norte, en 17, y en Europa Occidental y del Norte, ambas en 18.

En el caso de América Latina, las tasas de aborto subregionales variaron de 33 en América Central a 47 en América del Sur. Las tasas han aumentado ligeramente desde 1990–1994, pero la diferencia no es estadísticamente significativa.

Las leyes de aborto altamente restrictivas no están asociadas con tasas de aborto más bajas. Cuando los países se agrupan según las causales bajo las cuales el procedimiento es legal, la tasa es de 37 abortos por 1,000 mujeres en edad reproductiva en aquellos países en donde está prohibido del todo o solo se permite para salvar la vida de la mujer, en comparación con 34 por 1,000 en donde el aborto está disponible a solicitud, una diferencia que no es significativa.

Los altos niveles de necesidad insatisfecha de anticoncepción ayudan a explicar la prevalencia del aborto en países con leyes de aborto restrictivas.

Aunque el aborto inducido es seguro en términos médicos cuando se practica conforme a las directrices recomendadas, muchas mujeres se someten a procedimientos inseguros que las ponen en riesgo de sufrir daños físicos. La evidencia proveniente de los Estados Unidos ha mostrado que la tasa de mortalidad entre mujeres que tienen abortos legales es de 0.7 por

100,000 procedimientos en general, y de 0.1 por 100,000 procedimientos a las ocho semanas de embarazo o antes.

En la actualidad, no se conoce la proporción de abortos que se practican bajo condiciones inseguras. Sin embargo, las complicaciones derivadas de los abortos inseguros son comunes en las regiones en desarrollo, en donde a menudo el procedimiento es muy restringido. Las estimaciones para 2012 indican que 6.9 millones de mujeres en estas regiones recibieron tratamiento por complicaciones de abortos inseguros, lo que corresponde a una tasa de 6.9 mujeres tratadas por 1,000 mujeres en edades de 15–44. Además, las estimaciones recientes sugieren que alrededor del 40% de las mujeres que sufren complicaciones nunca reciben tratamiento.

En las regiones en desarrollo, el tratamiento de complicaciones derivadas de abortos inseguros impone una carga financiera considerable en los sistemas públicos de salud, así como en las mujeres y familias. Según estimaciones para 2014, el costo anual de prestar atención postaborto en los países en desarrollo fue de 232 millones de dólares. Si todas las mujeres que necesitaban tratamiento lo hubieran recibido, el costo habría sido de 562 millones.

Casi todas las muertes relacionadas con el aborto inducido ocurren en los países en desarrollo, siendo los de África en donde ocurre el mayor número. Estudios recientes estiman que entre 8% y 18% de las muertes maternas que suceden en el mundo se deben al aborto inseguro y, por lo tanto, el número de muertes relacionadas con el aborto en 2014 puede variar entre 22,500 y 44,000.

Se estima que 225 millones de mujeres en las regiones en desarrollo tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos. Esto quiere decir que desean evitar un embarazo pero que no usan anticoncepción o están usando métodos tradicionales que pueden presentar altas tasas de fallo.

La mayoría de las mujeres que se someten al aborto lo hacen porque quedan embarazadas cuando no lo planeaban, y el 81% de los embarazos no planeados en los países en desarrollo ocurren en mujeres que tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna (Guttmacher, 2014).

1.3 Tipos de aborto

En una mujer que se encuentra en edad reproductiva y presenta un estado gestacional se pueden presentar varias características que podrían determinar por qué tipo de aborto está cursando y así mismo que manejo debería recibir (Fiesco & Romero, 2007).

Amenaza de aborto

Se presenta como sangrado genital o una hemorragia escasa de varios días de evolución, con dolor hipogástrico leve o moderado y cérvix cerrado, es decir, ausencia de modificaciones cervicales y presencia de un embrión vivo dentro de la cavidad intrauterina.

Aborto incompleto

Se define como la expulsión parcial de los productos de la gestación. Se caracteriza por sangrado profuso, modificación del cérvix y expulsión de tejidos fetales, placentarios, lo cual incluye la pérdida de líquido amniótico.

Aborto completo

Es el que cursa con la expulsión completa del feto, placenta y membranas. Se dios debe confirmar la expulsión total de los productos de la gestación. Se presenta como un sangrado abundante y dolor tipo cólico, con disminución posterior de la hemorragia y el dolor, aunque puede persistir sangrado escaso durante algún tiempo.

Aborto retenido

Corresponde al aborto caracterizado por la retención, en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo. En este caso, el embrión muere pero no es expulsado.

Dentro de las definiciones de aborto se encuentran otro tipos que se podrían definir como las formas en que se presenta o es realizado por decisión expresa de quien lo practica y no por debilidad o expulsión del producto naturalmente, las cuales se describen a continuación (Hernandez Gonzalez, 2015):

Aborto inducido

Es el como el resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. Las maniobras pueden ser realizadas por la propia embarazada o por otra persona por encargo de esta.

Aborto Legal

Se considera aborto inducido legal cuando es realizado bajo las leyes despenalizadoras del país donde se practica. En Colombia se considera aborto legal cuando es realizado con consentimiento de la mujer, en un Centro Acreditado para ello y bajo uno de los tres supuestos despenalizadores de la ley, es decir cuando hay peligro para la salud o la vida de la embarazada, por causa de violación o por malformaciones fetales.

Aborto Ilegal

El aborto ilegal se practica generalmente en las peores condiciones higiénicas y con las posibilidades escasas de recurrir con urgencia a un hospital.

En el marco de las tres últimas decisiones antes mencionadas se desarrolla la interrupción voluntaria del embarazo puesto que es inducido, y puede estar dentro del marco legal o ilegal dependiendo del sitio y bajo qué condiciones y/o manejo se le dé a este.

1.4 Técnicas para la interrupción voluntaria del Embarazo

1.4.1 Método farmacológico

Es el método recomendado para gestaciones de menos de 9 semanas, la OMS recomienda que sea realizado con mifepristona administrado por vía oral, a dosis recomendada es

200 mg; además se recomienda que sea administrado misoprostol 400 Mcg vía vaginal 1 a 2 días (24 a 48 horas) después de la mifepristona (OMS O. M., 2012).

En Colombia tiene como centro de referencia la institución PROFAMILIA en donde esta técnica es utilizada hasta la semana 12, estando bajo supervisión estricta la usuaria que se encuentra desde la semana 10 a la 12; mientras que hasta la semana 9 la usuaria puede estar en su casa. Allí solo se utiliza el misoprostol como medicamento de elección administrando 3 dosis de este, cada una de 800mcg. Al día siguiente se realiza un control en la institución para verificación de la expulsión total del producto por seguimiento médico y ecográfico (Profamilia, Protocolo manejo de IVE, 2015).

1.4.2 Método Quirúrgico

Se utilizan dos métodos dependiendo de la edad gestacional de la usuaria, para menores de 15 semanas el método de elección es la aspiración al vacío manual o eléctrica. La dilatación y el curetaje (legrado cortante) es un método señalado por la OMS como método obsoleto, el cual no debe ser utilizado ya que se ha comprobado su mayor asociación con complicaciones como sangrado y perforación, mayores tiempos de estancia y mayores costos. La aspiración al vacío se puede realizar hasta la semana 15 por personal debidamente capacitado y cánulas del tamaño adecuado (MSPS, 2014).

La aspiración manual y eléctrica tienen igual eficacia pero la manual reporta menor dolor y menor dificultad durante el procedimiento. Con la aspiración de vacío manual, el vacío se crea utilizando un aspirador plástico de 60 cc sostenido y activado con la mano (también llamado jeringa). En Profamilia se realiza bajo anestesia local (bloqueo) o anestesia general. Los aspiradores disponibles se ajustan a distintos tamaños de cánulas y varían entre 4 mm y 16 mm de diámetro. Para cada procedimiento, se debe elegir la cánula de tamaño adecuado según la edad gestacional y al grado de dilatación cervical requerido en el cuello del útero; en general, el diámetro de la cánula corresponde a la edad gestacional en semanas (Profamilia, Protocolo manejo de IVE, 2015).

En mujeres con gestaciones mayores a 15 semanas el método quirúrgico de elección es la dilatación y evacuación (DyE), usando aspiración y pinzas. La evidencia actualmente

disponible indica que la D y E es el método más seguro, incluso por encima de los métodos con medicamentos, para procedimientos de evacuación mayores de 15 semanas, siempre y cuando se tenga la capacitación necesaria y el instrumental adecuado (MSPS, 2014).

1.5. Problemática del aborto

Cerca de 760,000 mujeres en América Latina y el Caribe son hospitalizadas anualmente para ser tratadas por complicaciones derivadas de abortos inseguros. Las complicaciones más comunes del aborto inseguro son el aborto incompleto, la pérdida excesiva de sangre y la infección. Las complicaciones menos comunes pero muy serias incluyen el shock séptico, la perforación de órganos internos y la inflamación del peritoneo.
El aborto con medicamentos, que usualmente se realiza con misoprostol obtenido de una variedad de fuentes, es cada vez más común en toda la región y ha aumentado la seguridad de los procedimientos clandestinos. El uso de este método es particularmente común en Brasil, Colombia, Ecuador, México, Perú y la República Dominicana. Se estima que un 10–20% del total de mujeres que tienen abortos necesitan, pero no reciben, atención médica por complicaciones (Guttmacher, 2014).

Si bien los abortos peligrosos son, por definición, arriesgados, por lo que respecta a la seguridad no puede establecerse una dicotomía porque el riesgo está presente de manera continua. El riesgo es mínimo si se utiliza un método basado en pruebas para interrumpir un embarazo en sus etapas iniciales en un centro de salud; es máximo si se emplea un método peligroso, como el uso de sustancias cáusticas por vía oral o vaginal o la introducción de palos en el útero, para interrumpir de forma clandestina un embarazo avanzado. Entre los dos extremos hay todo un espectro de riesgos. En paralelo con ese espectro, por ejemplo, se dan casos de autoadministración de misoprostol o la intervención de dispensadores de atención de salud experimentados que utilizan procedimientos anticuados, como el legrado (OMS, 2014).

Los determinantes inmediatos de los riesgos de un aborto provocado, como el método utilizado para la interrupción del embarazo y la edad gestacional, se ven influidos, a su vez, por determinantes sociales subyacentes: es decir, el contexto jurídico, la disponibilidad de servicios de aborto sin riesgos, el nivel de estigmatización que rodea el aborto, el grado de acceso de la mujer a información sobre el aborto, así como la edad de la mujer y su situación socioeconómica. El contexto jurídico y el nivel de seguridad están estrechamente entrelazados, pero la asociación depende del contexto (OMS, 2014).

Unos 16 millones de muchachas de 15 a19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a19 años en todo el mundo. Cada año, unos 3 millones de muchachas de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos (OMS, 2014).

Los países latinoamericanos muestran en general un desconocimiento de los derechos humanos de las mujeres, en particular de los sexuales y reproductivos, y especialmente en relación a la interrupción voluntaria del embarazo. De hecho, esta intervención es ilegal en toda la región, salvo en Cuba, Puerto Rico (que responde a legislación estadounidense), Uruguay y México DF, donde existen marcos legislativos que regulan el aborto legal en las primeras semanas de embarazo.
En el resto de la región el aborto es delito, y encontramos doce países en los que existen legislaciones que despenalizan determinadas causales, cinco de ellos únicamente cuando está en peligro la vida de la mujer: Guatemala, Costa Rica, Venezuela, Perú y Paraguay. Finalmente, son cinco los países que actualmente imponen la prohibición total de la interrupción voluntaria del embarazo, sin excepción alguna: Chile, Honduras, República Dominicana, El Salvador y Nicaragua. Todos los países en los que el aborto está penalizado establecen sanciones o penas de cárcel tanto para las mujeres que abortan así como para quienes participen o colaboren en la intervención (Garay Zarraga, 2015).

Uno de los principales problemas en los países en los que está despenalizado el aborto en algunos casos, es que existe una serie de prácticas que funcionan como obstáculos a

la hora de realizar esas interrupciones no punibles por ley. Una de ellas es el uso indiscriminado del derecho a la objeción de conciencia por parte del personal sanitario. Esto ocurre porque prácticamente en ningún país de la región hay una regulación de ese derecho, y las mujeres quedan a merced de la arbitrariedad del personal del sistema de salud. Además, es habitual que las intervenciones se realicen únicamente en determinados hospitales de algunos centros urbanos. Esto las hace inaccesibles a mujeres pobres procedentes de zonas rurales, lo que en la práctica constituye una discriminación y ausencia de protocolos y servicios específicos, e incluso de una labor de información y difusión de la legislación por parte de los gobiernos al cuerpo médico, provoca inseguridad, miedo y desprotección en las y los profesionales. Otro de los obstáculos para acogerse a los supuestos no punibles es la judicialización de los casos y la resistencia del Poder Judicial, que en ocasiones impide o dificulta el ejercicio de los derechos reconocidos. Por esta razón, no en pocas ocasiones se está recurriendo a instancias supranacionales como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (Garay Zarraga, 2015).

Las leyes restrictivas y la inaccesibilidad de los servicios de aborto en América Latina constituyen una clara vulneración de los derechos humanos de las mujeres y de las niñas. Contravienen numerosos tratados internacionales firmados por los Estados latinoamericanos y las obligaciones adquiridas con respecto al derecho a la igualdad y a la no discriminación, a la libertad, la privacidad, la autonomía, la integridad, la dignidad, a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a vivir una vida libre de violencia. Son discriminatorias porque penalizan intervenciones médicas que afectan exclusivamente a las mujeres y las niñas, y por tanto, vulneran específicamente su derecho a la salud y a una atención adecuada, y no así el de hombres y niños (Garay Zarraga, 2015).

Por otro lado, el derecho a interrumpir un embarazo producto de violación forma parte de la atención integral y la reparación a la que tienen derecho las víctimas de agresiones sexuales. Este derecho está siendo vulnerado en muchos territorios de América Latina, donde existen además tasas muy altas de violencia sexual. La obligación que se impone a las mujeres de llevar a término un embarazo fruto de una violación constituye una clara violación de derechos humanos, incluido el derecho a no sufrir tortura, tratos crueles o

degradantes. Teniendo en cuenta que la violencia sexual afecta especialmente a niñas y jóvenes, existe una alta probabilidad de que esos abusos terminen en embarazos de riesgo y en abortos inseguros. La obligación de convertirse en madres como consecuencia de los abusos tiene consecuencias especialmente terribles, profundas y duraderas, como son: problemas de salud, suicidios, uniones de pareja forzadas y una vida marcada por la pobreza y la exclusión social. Según los datos recogidos por Amnistía Internacional (2014), el suicidio es la causa del 57% de las muertes de niñas y jóvenes embarazadas de entre 10 y 19 años en El Salvador (Garay Zarraga, 2015).

En un análisis realizado en 2013 por la OMS, la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo de Investigaciones Médicas, y basado en los datos de más de 80 países, se comprobó que casi una tercera parte (30%) de las mujeres que han mantenido una relación de pareja han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja. Las estimaciones de la prevalencia van del 23,2% en los países de ingresos elevados y el 24,6% en los países de la Región del Pacífico Occidental al 37% en la Región del Mediterráneo Oriental y el 37,7% en la Región de Asia Sudoriental. Por otra parte, un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja. Además de la violencia de pareja, el 7% de las mujeres refieren haber sufrido agresiones sexuales por parte de personas distintas de su pareja, aunque los datos al respecto son más limitados (OMS, 2016).

2. Interrupción voluntaria del embarazo en Colombia

2.1 Antecedentes

En Colombia, el debate sobre el aborto se hace público en los años 60, cuando el movimiento feminista reflexiona desde una perspectiva cultural sobre el cuerpo, la separación entre sexualidad y reproducción por la aparición de la píldora anticonceptiva; Son las feministas y los grupos de mujeres quienes históricamente han puesto el tema en la escena pública del país, desde diferentes ámbitos y posiciones: libre opción a la maternidad, interrupción libre de la preñez, derechos sexuales y derechos reproductivos, despenalización o legalización del aborto (Cardona, 2007).

En términos generales, a partir de la década de los cincuenta la tendencia de la legislación del mundo ha sido hacia la despenalización del aborto, especialmente teniendo en cuenta los altos índices de morbilidad y mortalidad derivados del aborto clandestino entre los sectores más pobres. (Profamilia, 2003) Esta situación se evidencia en que solamente el 0.4% de los países tienen legislaciones que prohíben el aborto en cualquier situación (MPS & UNAL, 2006).

Los principales tratados o convenciones que hacen parte de Naciones Unidas o del Sistema Interamericano de Derechos Humanos y sus mecanismos de veeduría y seguimiento sirven como referencia para el reconocimiento, protección y garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Entre los cuales se encuentran: Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (vigente en Colombia desde 1976). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (vigente en Colombia desde 1976), Convención Americana de Derechos Humanos (vigente en Colombia desde 1978) Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW (vigente en Colombia desde 1981), Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Recomendaciones de la CEDAW. Comité para el seguimiento de la CEDAW, Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (aprobada en Colombia en 1995), Convención sobre los Derechos del Niño

(vigente en Colombia des de 1991), Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativos a su venta, prostitución y utilización en pornografía (vigente en Colombia desde 2003). Las conferencias internacionales realizadas por Naciones Unidas durante la década de los noventa como la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo (1994) y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing (1995) han sido relevantes para la comprensión y el desarrollo de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Esta reiteración evidencia una preocupación mundial frente a la incomprensión de estos derechos en la práctica cotidiana por parte de muchos países en el mundo (MPS & UNAL, 2006).

La ausencia histórica de las mujeres en espacios de decisión políticos, jurídicos y religiosos, hizo que las visiones y prohibiciones frente a la sexualidad y reproducción se estructuraran desde una visión androcéntrica, desconociendo las necesidades e intereses de las mujeres. "La normatividad por la cual se penalizaba el aborto en toda circunstancia fue producto de leyes y decretos expedidos en consonancia con las exigencias de los Concordatos celebrados entre la Iglesia y el Estado", ámbitos tradicionalmente masculinos (Barreto, 2007).

En Colombia, desde la década del setenta se presentaron diferentes propuestas legislativas relacionadas con el aborto que surgieron como el resultado de las conferencias internacionales de Naciones Unidas sobre la mujer y el movimiento de mujeres. Vale la pena resaltar las siguientes: En 1975 "Por el cual se reglamenta la interrupción terapéutica del embarazo en Colombia" Ponente, Iván López, en 1979 "Por el cual se protegen la salud y la vida de las mujeres que habitan en Colombia" Ponente, Consuelo Lleras, en 1989 "Por el cual se legaliza el aborto en Colombia" Ponente, Emilio Urrea, en 1993 "Por el cual se desarrollan los derechos constitucionales a la protección y libre opción a la maternidad y la protección al niño menor de un año" Vera Grabe "Por el cual se defienden y protegen los derechos de la mujer y se despenaliza la interrupción voluntaria del período de gestación" propuesto por, Ana García y en 2002 "Por la cual se dictan normas sobre salud sexual y reproductiva" propuesto por Piedad Córdoba (Barreto, 2007).

Se han interpuesto iniciativas de inconstitucionalidad ante la Corte Constitucional, entre las que se encuentran: En 1994, 1997 y 2001 se instauraron demandas ante la Corte Constitucional. Dos de inconstitucionalidad de la ley que penaliza el aborto y una para aumentar las penas. En Abril 14 de 2005 Primera demanda (proceso D5764) que solicita la constitucionalidad condicionada del artículo 122 del Código Penal. En Diciembre 12 de 2005 Segunda demanda (proceso D6122) que solicita la inconstitucionalidad de los artículos 122, 123 y 124 del Código Penal, las dos propuestas por Mónica Roa. . La ciudadana Mónica del Pilar Roa López, en ejercicio de la acción pública de inconstitucionalidad, presentó demanda contra los arts. 122, 123, 124 y 32 numeral 7 de la ley 599 de 2000 (Código Penal), a la cual correspondió el expediente D- 6122. El ciudadano Pablo Jaramillo Valencia, en ejercicio de la acción pública de inconstitucionalidad, presentó demanda contra los arts. 122, 123, 124 y 32 numeral 7 de la ley 599 de 2000 (Código Penal), a la cual correspondió el expediente D- 6123. Las ciudadanas Marcela Abadía Cubillos, Juana Dávila Sáenz y Laura Porras Santillana, en ejercicio de la acción pública de inconstitucionalidad, presentaron demanda contra los arts. 122, 124 y 123 (parcial) de la ley 599 de 2000 – Código Penal, modificados por el art. 14 de la ley 890 de 2004, a la cual correspondió el expediente D- 6124. La sala plena de la corte constitucional resolvió acumular los expedientes y en consecuencia su trámite deberá ser conjunto para ser decididos en la misma sentencia (Corte Constitucional, 2006).

A continuación los artículos demandados de código penal:

La Ley número 599 de 2000 (julio 24) “por la cual se expide el código penal” El congreso de Colombia, decreta: Capítulo cuarto, del aborto:

ART. 122. Aborto. La mujer que causare su aborto o permitiere que otro se lo cause, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años.

A la misma sanción estará sujeto quien, con el consentimiento de la mujer, realice la conducta prevista en el inciso anterior.

ART. 123. Aborto sin consentimiento. El que causare el aborto sin consentimiento de la mujer o en mujer menor de catorce años, incurrirá en prisión de cuatro (4) a diez (10) años.

ART. 124. Circunstancias de atenuación punitiva. La pena señalada para el delito de aborto se disminuirá en las tres cuartas partes cuando el embarazo sea resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas.

El 10 de mayo de 2006 la Corte Constitucional mediante la Sentencia C- 355 estableció que no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos:

Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un profesional de la medicina; Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un profesional de la medicina; y, Cuando el embarazo sea resulta do de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin con sentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto. Diversas organizaciones pusieron en marcha la Campaña por la Despenalización del Aborto en Colombia, la cual hizo parte de la Campaña por una Convención Interamericana por los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos. Se realizaron estrategias de incidencia política como plantones, actos simbólicos, marchas, comunicados de prensa, cartas dirigidas a instituciones, entre otras. La incidencia del movimiento de mujeres en la despenalización del aborto no fue coyuntural durante la primera y segunda demandas ante la Corte, sino que ha sido el resultado de más de veinte años de trabajo (MPS & UNAL, 2006).

2.2 Normatividad

En el año 2006 se despenaliza el aborto con la sentencia C355 en tres causales establecidas, las cuales son: a) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico. b) Cuando exista grave malformación del feto

que haga inviable su vida, certificada por un médico. c) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto (MSPS, 2016).

La sentencia C-355 de 2006 -al reconocer este derecho- crea la opción pero no obliga a ninguna mujer a optar por la interrupción voluntaria del embarazo, con lo cual se ratifican los derechos a la autonomía y la autodeterminación reproductiva. Por ello, es preciso que las mujeres cuenten con asesoría en opciones, en la que se les informe que aun estando inmersas en alguna causal pueden optar por seguir con la gestación y asumir la crianza o dar el producto de la gestación en adopción (MSPS, 2016).

Los requisitos para acceder a la práctica de la IVE en cada una de las condiciones:

a) En todo caso, esta hipótesis no cobija exclusivamente la afectación de la salud física de la mujer gestante sino también aquellos casos en los cuales resulta afectada su salud mental. Recuérdese que el derecho a la salud, supone el derecho al goce del más alto nivel posible de salud física y mental, y el embarazo puede causar una situación de angustia severa o, incluso graves alteraciones síquicas que justifiquen su interrupción según certificación médica. Por esta razón solo se requiere de un certificado de un (1) médico (incluidos los psicólogos según la Ley 1090 de 2006 que les reconoce el estatus de profesionales de la salud).

b) Si bien cabe identificar distintas clases de malformaciones, desde el punto de vista constitucional las que plantean un problema límite son aquellas que por su gravedad hacen que el feto sea inviable. Se trata de una hipótesis completamente distinta a la simple identificación de alguna enfermedad en el feto que pueda ser curada antes o después del parto. En efecto, la hipótesis límite ineludible a la luz de la Constitución es la del feto que probablemente no vivirá, según certificación médica, debido a una grave malformación. Como esta mencionado anteriormente se requiere de una constancia médica y/o ayudas diagnosticas que comprueben que realmente el feto tiene malformaciones incompatibles con la vida.

c) En este caso la prevalencia absoluta de la protección de la vida del nasciturus supone un total desconocimiento de la dignidad humana y del libre desarrollo de la personalidad de la mujer gestante, cuyo embarazo no es producto de una decisión libre y consentida sino el resultado de conductas arbitrarias que desconocen su carácter de sujeto autónomo de derechos. En esta causal se requiere de la copia dela denuncia para realizar la interrupción (Corte Constitucional, 2006).

Quiénes y en cuáles condiciones pueden argumentar objeción de conciencia:

La objeción de conciencia es individual y no colectiva, ni institucional, ni judicial, ni de funcionarios públicos. En materia de Interrupción Voluntaria del Embarazo, sólo pueden ejercerla los profesionales de la salud directamente involucrados en el procedimiento.

Por lo anterior sólo el personal médico cuya función implique la participación directa en la intervención conducente a interrumpir el embarazo puede manifestar objeción de conciencia; contrario a esto, ésta es una posibilidad inexistente para el personal administrativo, el personal médico que realice únicamente labores preparatorias y el personal médico que participe en la fase de recuperación de la paciente.

Se deduce de lo anterior que la objeción de conciencia en ningún caso puede ser colectiva.

Las prácticas prohibidas en IVE:

La jurisprudencia de la Corte Constitucional ha indicado de manera reiterativa las prácticas que están prohibidas en el marco de la prestación del servicio de IVE, de acuerdo con los derechos constitucionales de las mujeres que se encuentran en alguna de las circunstancias establecidas

a) La jurisprudencia de la Corte Constitucional ha indicado de manera reiterativa las prácticas que están prohibidas en el marco de la prestación del servicio de IVE, de acuerdo con los derechos constitucionales de las mujeres que se encuentran en alguna de las

circunstancias establecidas

b) Impedir a las niñas menores de 14 años en estado de gravidez exteriorizar libremente su consentimiento para efectuar la interrupción voluntaria del embarazo, cuando sus progenitores o representantes legales no están de acuerdo con dicha interrupción.

c) Imponer requisitos adicionales, verbigracia, exigir: (a) dictámenes de medicina forense; (b) órdenes judiciales; (c) exámenes de salud que no son practicados de manera oportuna; (d) autorización por parte de familiares, asesores jurídicos, auditores, médicos y pluralidad de galenos.

d) Alegar objeción de conciencia colectiva que desencadena, a su turno, objeciones de conciencia, institucionales e infundadas.

e) Suscribir pactos –individuales o conjuntos– para negarse a practicar la interrupción del embarazo.

f) Acogerse a formatos o plantillas de adhesión que incidan en que las entidades hospitalarias no cuenten en su planta de personal con médicos dispuestos a prestar los servicios de interrupción voluntaria del embarazo, sea por cuanto estos(as) profesionales de la medicina son víctimas de discriminación en el momento en que se efectúa su vinculación laboral o por cuanto, una vez vinculados(as), reciben presiones en el sentido de abstenerse de practicar abortos.

g) Descalificar conceptos médicos expedidos por psicólogos a quienes Ley 1090 de 2006 les reconoce el estatus de profesionales de la salud.

h) Ser reticentes en cumplir a cabalidad con las reglas de referencia y contrareferencia imprescindibles para atender eventos en los que el servicio médico –en este caso la práctica del aborto inducido– no está disponible en el centro hospitalario al que acude la paciente.

i) No disponer dentro de algunas redes públicas de prestadores del servicio de salud en los niveles departamental, distrital y municipal del servicio de interrupción voluntaria del embarazo (Corte Constitucional, 2006).

2.3 Implementación

Según la encuesta nacional de demografía y salud 2015, cerca del 10 por ciento del total de mujeres encuestadas refirió haber tenido una terminación del último embarazo. El 1.1 por ciento de terminaciones correspondieron a interrupciones o aborto inducidos, y 6.8 por ciento a pérdidas o abortos espontáneos. La mayoría de atenciones en casos de interrupción o aborto inducido después de mayo de 2006, fecha en la que se despenalizó parcialmente el aborto en Colombia (Sentencia C-355 de 2006), se realizaron en hospitales, centros o puestos de salud públicos (28.5%). No obstante, esta proporción es considerablemente menor a la atención de los demás tipos de evento obstétricos. En el 26.1 por ciento no hubo atención, y en el 17.5 por ciento la atención se dio en un consultorio médico particular. Cabe anotar que la atención en centros de EPS en los casos de interrupción o aborto inducido (13.3%) fue menor que en los demás eventos (23%). (MSPS, 2016).

El 56.1 por ciento de mujeres de 13 a 49 años y 47.2 por ciento de hombres en el mismo rango de edad tienen conocimiento sobre la despenalización parcial del aborto en Colombia (ENDS, 2015).

A pesar de las órdenes de la Corte, ninguna autoridad tiene estadísticas de cuántas solicitudes se han radicado en Colombia desde el 2007. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres señala que aunque la sentencia (la 355 del 10 de mayo del 2006) es clara, las mujeres siguen encontrando trabas legales para interrumpir voluntariamente su embarazo en los casos despenalizados. Esa ONG, que ha acompañado 360 casos, registra que solo seis de cada diez solicitudes ante el Sistema de Salud terminan en procedimientos quirúrgicos. Y en esos seis, siempre ha sido necesario interponer derechos de petición o tutelas. La situación de incumplimiento es tan grave que la Corte Constitucional prepara un nuevo pronunciamiento para recordarles a todas las instituciones relacionadas con el tema que cuando se cumplen las tres condiciones impuestas por el alto tribunal no existe posibilidad de que nieguen el derecho a abortar (Vida, 2016).

"Al menos cuatro de cada diez mujeres que reclaman su derecho no pueden ejercerlo -dice Paola Salgado, abogada de la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres-. No sabemos si su decisión es acudir a otros medios para interrumpir el embarazo. Todas estas mujeres estaban en algunas de las tres causales y sin embargo les negaron el procedimiento porque los prestadores de salud hacen una interpretación restrictiva de la orden de la Corte". Aún se busca una ley que realmente "obligue" a las instituciones de salud a realizar el procedimiento sin presentar barreras de acceso o de autorización, puesto que está en la mujer el ejercer su derecho siempre enmarcada dentro de la sentencia c355 de 2006 (El Tiempo, 2017).

En Colombia, se estima que en Profamilia y otros operadores y prestadores del servicio de IVE, se han hecho 44.000 abortos en estos diez años de la sentencia, en el marco de las tres causales que despenalizó la Corte Constitucional, pero anualmente hay 400.000 abortos ilegales, clandestinos, sobre los que no hay ningún detalle (Lozano, 2016).

Las mujeres que realizaron una interrupción en el marco de la Sentencia, en un proveedor de servicios público, identificaron barreras referidas a la negación del servicio por objeción de conciencia por parte del personal médico, Las trabas o demoras para la prestación del servicio en los casos de IVE, no se les respetó su derecho a la privacidad, pues se hizo público que su procedimiento era una IVE y la razón de la misma y por la solicitud de documentos adicionales. Así también encontramos que una de las causales para la despenalización del aborto es la violación. La sentencia dice que se necesita que la mujer interponga la denuncia y la presente cuando vaya a solicitar el procedimiento. Algunas EPS les exigen a las mujeres que lleven la sentencia ejecutoriada del tipo que las violó. Con nuestro sistema de justicia, pues eso obviamente es un imposible (Lozano, 2016).

Algunas mujeres intentaron solicitar el servicio ante su EPS, pero por desconocimiento de la Sentencia, o por las trabas impuestas por los prestadores de salud puesto que en algunas ocasiones piden también el consentimiento del marido o un certificado de un psiquiatra o un psicólogo, es decir, el mismo sistema, los operadores de salud, ahuyenta a la mujer, la intimida y la maltrata por su decisión, y esa mujer se va; y toman la decisión de realizar la

interrupción de manera clandestina, incluso, encontrándose inmersas en una de las causales despenalizadas (González, 2016).

3 Interrupción voluntaria del embarazo en Cuba

3.1 Antecedentes

La más antigua ley sobre el aborto data de 1870 y viene recogida en el Código Penal que fue promulgado en mayo de 1879 por decreto real y que se mantuvo vigente hasta 1936, cuando fue publicado el Código de Defensa Social y Derecho Penal Complementario. Entre los debates efectuados estaban los relativos a la mujer y la temática racial, la prostitución y la poligamia. En sus actas se hace referencia a los frecuentes abusos sexuales cometidos contra las mujeres, la mortalidad provocada por la insalubridad y las pésimas condiciones higiénicas, así como la esterilidad de las mujeres debido a diversas afecciones uterinas y los abortos. Antes de la Revolución de 1959, el único método para regular la fecundidad era el aborto; solamente algunos médicos utilizaban en sus clientes diafragmas vaginales, el aborto era pagado, los que lo hacían en las clínicas, lo hacían en sus casas, era privado, no era clandestino porque lo sabía todo el mundo, pero no estaba legalizado. Los métodos que dan inicio a la era de la anticoncepción moderna, como las píldoras y los dispositivos intrauterinos, capaces de generalizarse y de ofrecer un nivel de anticoncepción reversible y de larga duración, comienzan a extenderse en el mundo a partir de la década de los años sesenta del pasado siglo. Cuba tampoco fue una excepción, en medio de esta revolución reproductiva también aquí comenzaron a introducirse los estudios y se puso en práctica la revisión bibliográfica sobre la temática de los métodos anticonceptivos (Benítez Pérez, 2014).

El problema de los dispositivos intrauterinos se resolvió entonces a iniciativa del doctor Lajonchere quien, desde 1962, había sido nombrado Responsable Nacional de Obstetricia y Ginecología del Ministerio de Salud Pública, utilizando el anillo de nylon sintético enrollado, según diseño de los autores Zipper y Sanhueza". Una práctica que el profesor

Lajonchereus había conocido en Chile, Los resultados del uso del anillo fueron satisfactorios y, posteriormente, se generalizó su empleo a todo el país, dando respuesta a las necesidades de anticonceptivos durante muchos años (Benítez Pérez, 2014).

El aborto continuó siendo utilizado por las cubanas que, además, estaban habituadas a su práctica. Conviene subrayar que la cultura y la práctica del aborto son ancestrales en Cuba. La diferencia estuvo marcada por el hecho de que, aunque nunca había dejado de ser considerado ilegal, en el período en que el aborto era practicado por médicos se morían muy pocas mujeres como consecuencia de las complicaciones de este proceder. Sin embargo, esos mismos médicos que hacían abortos en Cuba antes de 1959 y que después emigraron del país, dejaron aquí su instrumental y dieron paso a que personal inepto comenzara a hacer abortos sin las condiciones ni el entrenamiento profesional necesario, ante una muy alta demanda. Se sabe que el aborto inseguro se asocia con una considerable morbilidad y mortalidad materna. (Benítez Pérez, 2014)

Los expertos estiman que el riesgo de morir en estas condiciones, en un país en desarrollo, es 67 veces superior al que se deriva de un aborto legal. En consecuencia, fue excesivo el número de mujeres cubanas que moría innecesariamente debido a complicaciones por esta causa. La tasa de mortalidad materna comenzó a ascender y llegó a alcanzar valores extremos de 120.1 y 109.1 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos en los años 1960 y 1965, respectivamente. El aborto se había convertido, en aquel entonces, en una forma de suicidio; se hacían horrores, había mujeres que se practicaban maniobras autoinfligidas como duchas vaginales de solución cáustica, lo que puede ilustrar el nivel de desespero de muchas mujeres que no querían parir y se veían desamparadas, tanto era el riesgo para la salud, que incluso muchas mujeres perdían la vida y otras casi se morían, porque de las que presentaban un shock séptico no todas se morían, pero muchas quedaban con el útero extirpado, y así era que se salvaban, aunque, presentando toda una serie de complicaciones en su salud a largo plazo, entre las que sobresalían: una mayor incidencia de embarazo ectópico, infección pélvica crónica e infertilidad. Se había hecho en el país una inversión grande en el Sistema Nacional de Salud, con la creación de hospitales rurales, médicos trabajando, a pesar de ello, una ley de aborto era imposible, porque la ideología de la joven

Revolución condenaba el aborto, en su concepto establecido en la sociedad burguesa de aborto criminal; la prensa se pronunciaba en esa dirección con una pretendida posición moralista. Las iglesias lo condenaban también, No obstante, a raíz del conocimiento de los altos índices de aborto y de mortalidad materna por su uso ilimitado y en malas condiciones, se decide trabajar con una interpretación flexible del aborto terapéutico que recogía el inciso A del Artículo 443 del Código de Defensa Social vigente y así resolver este gran problema siempre tratando de escuchar las razones de la mujer y tratándola de convencer; pero, si se sabía que de cualquier forma se iba a realizar un aborto, era preferible que se lo hiciera en el hospital, lo anterior, permitió cierta cobertura desde el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y su dirección, y algunos médicos fueron "autorizados" y entrenados para su práctica en un medio técnicamente seguro y dentro de determinadas regulaciones, en particular para casos en que alguna mujer lo solicitara si había fallado un método anticonceptivo o si no pudo o supo evitar un embarazo no deseado o no previsto. Esta interpretación flexible de la legislación vigente permitió que las complicaciones y muertes causadas por el aborto provocado se redujeran en corto plazo. Precisamente, la introducción de su práctica en los hospitales del país, a partir de 1965, tuvo entre sus objetivos brindar a la mujer la seguridad del sistema de salud y disminuir la mortalidad materna por este concepto (Benítez Pérez, 2014).

Como hecho singular, cabe destacar que Cuba es uno de los pocos países que establecen en su legislación los casos en que no debe realizarse el aborto, mientras en la mayoría se establecen las excepciones según las cuales se practica legalmente. Así, toda mujer mayor de 18 años, independientemente de su estado civil o conyugal, puede solicitar el aborto hasta la décima semana de embarazo, previa evaluación de un trabajador social y un especialista en ginecología de la institución donde lo solicita, además de los exámenes de laboratorio requeridos. Es decir que, el país supo defender el derecho al aborto legal, seguro y gratuito, como parte inseparable del derecho reproductivo y humano, y lo reconoció como una conquista importante en la lucha por los derechos sexuales y reproductivos de la mujer (Benítez Pérez, 2014)

3.2 Normatividad

Según el Artículo 443 del Código de Defensa Social, Ley sucesoria del Código Español de 1870, que rigió en Cuba desde 1936 hasta 1979, eran tres las situaciones en las cuales la práctica del aborto estaba exenta de responsabilidad criminal:

a) El aborto necesario para salvar la vida de la madre o para evitar un grave daño a su salud.
b) El que se provocare o llevare a cabo con su anuencia cuando la gestación hubiera sido ocasionada por haberse cometido sobre la grávida el delito de violación, rapto no seguido de matrimonio, o estupro.
c) El que se provocare o llevare a cabo, con la anuencia de los padres, cuando el propósito sea evitar la transmisión al feto de una enfermedad hereditaria o contagiosa de carácter grave.

Desde 1979, en el código penal, el Artículo 267.1 penaliza el aborto ilícito, entendido cuando:

a) Se comete por lucro
b) Se realiza fuera de las instituciones oficiales
c) Se realiza por persona que no es médico o sin el consentimiento de la grávida

En noviembre de 1979, tiene lugar en Cuba la firma de un nuevo Código Penal, que permitió extraer de esta esfera aquellas conductas que por su naturaleza no constituían propiamente delitos (Benítez Pérez, 2014).

De acuerdo con el estudio Perfil sociodemográfico del aborto inducido ―En 1970 se realizaron en ese país (Cuba) 36.1 abortos por cada 1 000 mujeres en edad fértil; en 1989 fueron 46.8. A partir de ese año aparece una tendencia hacia la disminución, en cifras tanto absolutas como relativas, pero estos datos presentan un cierto sesgo al no incluir las aspiraciones endouterinas para regular la menstruación, realizadas desde 1988. Según algunos estudios, se considera que más de 70% de esas aspiraciones corresponden a abortos inducidos, lo cual indica que, en realidad, el aborto ha continuado en niveles altos y que un número considerable de mujeres recurren a esta práctica para regular su fecundidad. Para el año 2015 se presentaron un total de 91 500 abortos inducidos (López Díaz, 2014).

Según el artículo Cubano Teenagers Overuse Abortion as Birth Control, realizado por la agencia de noticias Inter Press Service (IPS) y publicado el 6 de septiembre de 2013, las cifras de interrupciones inducidas son preocupantes. La cantidad de adolescentes que interrumpen su embarazo es tres veces más alta que el número de las que finalmente tienen a su bebé. De hecho, muchas embarazadas que se encuentran entre los 15 y los 19 años ya han tenido uno o más abortos. Para el Doctor Jorge Peláez, vicepresidente de la Sociedad Cubana de Obstetricia y Ginecología, el hecho de que el 76 % de las adolescentes embarazadas decidan abortar "es un problema de salud pública". El aborto "aparentemente evita uno de los problemas, pero crea muchos otros (López Díaz, 2014).

3.3 Implementación

En este país se optó por la realización de abortos seguros en centros hospitalarios, en vez de realizar abortos inseguros que tenían en aumento los índices de mortalidad en mujeres en edad reproductiva (Benítez Pérez, 2014).

En Cuba las mujeres que desean dar término a su embarazo pueden hacerlo sin ningún tipo de impedimento o costo. Sin embargo, el aborto desmesurado representa un problema para el país que hoy sufre un serio declive demográfico, pues a las altas cifras de aborto, se suma el éxodo masivo de jóvenes en edad fértil, que, en la mayoría de casos, dejan el país con miras a mejores oportunidades, y prefieren reproducirse en otros territorios del mundo en vista de la difícil situación económica que vive el país caribeño. En Cuba, una de las principales dificultades para reducir el aborto desmesurado radica en la creciente tasa de embarazos precoces. En 2006, por cada 1.000 mujeres que se encontraban entre los 15 y los 19 años, 45 dieron a luz. En 2012 la tasa aumentó a casi 54 de cada 1.000. Aun así, comparado con las adolescentes que optan por el aborto, la cifra de las que deciden llevar a término su embarazo es mínima. Y es que, con el tiempo, los abortos se han convertido en un medio de regulación de la fecundidad personal (López Díaz, 2014).

Cuba es uno de los países que aprobó leyes sobre el aborto en el siglo pasado, allí prima la defensa de los derechos de la mujer y la evitabilidad de muertes por realización de abortos inseguros y clandestinos. Sin embargo tanta libertad trae consigo consecuencias negativas como practicar la IVE como método de planificación. La interrupción voluntaria del embarazo por libre decisión de la mujer se realiza hasta las ocho semanas de gestación (diez semanas de falta de menstruación contada a partir del primer día de la última regla) y para el caso de la regulación menstrual es hasta 45 días de falta de menstruación (amenorrea) (Granma, 2001).

Según la encuesta nacional de fecundidad de Cuba, ENF, 1987 mostraban que 99.5 % de las mujeres cubanas entre 15 y 49 años mencionaron espontáneamente al menos un método para evitar los embarazos y, con ayuda o recordados, casi ciento por ciento conocían o habían oído hablar como mínimo de un método eficiente. La ENF-2009 ratifica este conocimiento hasta valores de 99.9 % en el caso de las mujeres y 99.5 % de los hombres. Por tanto, se puede considerar como universal el conocimiento creído que sobre los métodos anticonceptivos tienen las mujeres y los hombres cubanos, lo que es independiente, también, del lugar de residencia, nivel escolar, edad y cualquier otra característica. En general, los métodos más conocidos son la píldora, los dispositivos intrauterinos (DIU), la esterilización femenina y masculina, el preservativo o condón y el retiro. Los menos conocidos son los implantes subcutáneos y los métodos químicos femeninos. También el diafragma, el método del control del ritmo y la lactancia materna, que muestran, sin embargo, un amplio diferencial por sexo, con un mayor grado de conocimiento por parte de las mujeres, como se ha evidenciado en Encuestas anteriores. En relación con el uso de los métodos anticonceptivos. La ENF-1987 muestra, también, una utilización generalizada de estos aunque dicho uso no sea constante. Según la información recogida, 92.6 % de las mujeres entre 15 y 49 años habían usado alguna vez estos métodos. Mientras, en la ENF-2009 esta proporción, que cubre a mujeres de 15 a 54 años, desciende ligeramente hasta 87.5 %, aspecto que llama la atención, toda vez que cubre un universo mayor de mujeres y cuyas causas valdría la pena investigar. En el caso de los hombres, 83.5 % reconoce haber usado alguna vez uno de estos métodos. Los métodos más usados alguna vez por hombres y

mujeres o por sus respectivas parejas son la píldora, el DIU y el preservativo o condón. Estos son también, por lo general, los primeros métodos que usan. Ambos comportamientos nos indican que, tanto en los hombres como en las mujeres, son más elevados los porcentajes de quienes dicen conocer o haber oído hablar de al menos un método anticonceptivo que los que realmente lo han usado alguna vez. Son las mujeres quienes los emplean en una proporción ligeramente mayor, lo que es consecuente con los tipos de métodos más conocidos y utilizados en el país (Benítez Pérez, 2014).

Entre los años 2002 y 2012, la fecundidad adolescente osciló desde una tasa de 49.1 a 53.6 nacimientos, es decir, se logran descensos pero no se sostienen en el tiempo, de aquí la necesidad de reiterar el enfoque sistémico que demanda una educación sexual responsable y consciente, en particular, entre los adolescentes que cada año arriban a esas edades. En el período transcurrido entre los años 1968 y 2013 se habían realizado en el país un total de 4.5 millones de abortos inducidos, al tiempo que -para igual período- se registran 7.5 millones de nacidos vivos, lo que significa que, por cada 100 nacidos vivos, se habían producido un total de 60 abortos. La conocida como Regulación Menstrual o como extracción menstrual o aspiración endometrial es una variante del legrado por succión, y su uso está limitado a las primeras semanas de la falta de menstruación. El uso de este procedimiento abortivo no tradicional, empleado ante sospecha de embarazo, ha provocado al no ser incluido en las estadísticas- una subestimación del nivel de aborto en los años recientes, dado que se considera que el 70 % de estas regulaciones menstruales interrumpen un embarazo no deseado (Benítez Pérez, 2014).

4. Interrupción voluntaria del embarazo en Chile

4.1 Antecedentes

Entre los años 1931 y 1989 –casi 60 años— el Código Sanitario consentía legalmente la posibilidad de interrumpir el embarazo por razones terapéuticas. El Código Penal del año 1874 contempla sancionar a quien cause un aborto "maliciosamente". En el año 1931, con la creación del Código Sanitario, mediante el Decreto con Fuerza de Ley N° 226, se estableció que, por razones terapéuticas, se podía interrumpir un embarazo o practicar una intervención para hacer estéril a una mujer. Más adelante, en 1968, se deroga el Código Sanitario que data de 1931, y entra en vigencia un nuevo Código Sanitario creado mediante el Decreto con Fuerza de Ley Nº 725. En lo relativo a la interrupción del embarazo, este decreto estableció que "sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo. Para proceder esta intervención se requerirá la opinión documentada de dos médicos-cirujanos". A partir del año 1989, el aborto terapéutico en Chile volvió a ser absolutamente ilícito (Chile, 2015).

A fines de la década del año 1950, la alta tasa de mortalidad materna a causa de abortos provocados se convirtió en una epidemia de salud pública que el Servicio Nacional de Salud intentó combatir con una mayor cobertura del control prenatal y del parto, entregando un incremento de subsidios materiales para las madres. Entre las políticas implementadas por el servicio, aquella que permitió reducir significativamente la tasa de abortos fue la implementación del Primer Programa de Planificación Familiar durante el gobierno de Frei Montalva, a mediados de la década del año 1960. La posibilidad de que las mujeres pudieran limitar el número de hijos desincentivó el recurso del aborto como mecanismo de control natal, entre otros importantes beneficios. En el año 1974, durante el funcionamiento de la comisión de Estudios de la nueva Constitución, encargada de discutir el anteproyecto de la nueva Carta Fundamental chilena, Jaime Guzmán Errázuriz trató de introducir una prohibición constitucional del aborto. Su discurso consta en las actas oficiales de la Comisión Constituyente del día 14 de noviembre del mismo año. Que dice: "La madre debe tener el hijo aunque este salga anormal, aunque no lo haya deseado, aunque sea producto de una violación o, aunque de tenerlo, derive su muerte" (Araneda & Espinoza, 2014).

En la Constitución del año 1980 lo anterior no fue acogido, por lo que se estableció, en su artículo 19, número 1, que "la Ley protege la vida del que está por nacer", con lo que la

regulación de la materia quedó radicada en la Ley. En la dictadura de Augusto Pinochet, éste prohibió el aborto terapéutico cuando existía peligro de muerte de la madre. Este mandato del constituyente al legislador se materializó en el año 1989 con la modificación del artículo 119 del Código Sanitario que pasó a prescribir lo siguiente: "No podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar el aborto", derogándose además las disposiciones del año 1931. Esta modificación fue promovida por el Cardenal Jorge Medina con la ayuda del almirante José Toribio Merino. Así, Chile se convierte en un Estado con una regulación protectora de la vida que está por nacer, donde no permite el aborto ni siquiera en caso de violación o incesto. Aun así, la práctica médica en aquellos casos en que peligra la vida de la madre no cambió sustancialmente, debido a la aplicación del principio de doble efecto en la interpretación del Código Sanitario. La modificación al Código Sanitario, aumentó la tasa de mortalidad materna en el país, ya que en Chile la tercera causa de muerte materna es provocada por el aborto. Desde el año 1994 se han presentado proyectos de ley ante el Congreso que, buscan revivir el aborto terapéutico, los que han sido enviados al Congreso, para la despenalización del aborto terapéutico, en tres causales, el cual, sigue sin tener ningún efecto como muchos proyectos de ley que no llegan a consenso para ser promulgados como Ley (Araneda & Espinoza, 2014).

Los estudios sobre abortos clandestinos en chile estiman cifras que van desde los 13 mil hasta los 100 mil en los casos más extremos. Los datos de los egresos hospitalarios por aborto entregados por el Minsal entre 2001 y 2012 entregan un promedio anual de 32.992 abortos, entre aquellos espontáneos y los provocados que presentaron complicaciones. En el año 2013 se registraron 17.434 abortos, que muestran apenas una parte de esta práctica sin reflejar la magnitud real de la situación en Chile, pues se sabe que el uso de misoprostol ha reducido los riesgos y complicaciones de los abortos clandestinos y que todos los abortos realizados con dicho fármaco y cuyo resultado ha sido exitoso no se encuentra documentados. Estas cifras demuestran que una legislación restrictiva que prohíbe el aborto en toda circunstancia sólo propicia un sórdido escenario para sus principales protagonistas,

las mujeres, relegándolas al silencio, la clandestinidad y las sanciones morales, sociales y penales (López Díaz, 2014).

Chile es uno de los países en Latinoamérica que prohíbe y criminaliza la interrupción voluntaria del embarazo, por lo que la presidente actual del país Michele Bachelet, firmó un proyecto de ley para la despenalización del aborto, en tres causales en el año 2015:

a) Peligro para la vida de la mujer.
b) Inviabilidad fetal de carácter letal
c) Embarazo por violación

Bajo el argumento de que la normativa vigente en la constitución política de Chile, sobre la prohibición sin excepción de la interrupción del embarazo, no responde al trato digno que el estado de Chile debe garantizar a sus ciudadanas y que Chile hace parte de los únicos cinco países que aún criminaliza el aborto en el mundo junto con El vaticano, Malta, Nicaragua y el Salvador. Los hechos han demostrado que la prohibición y criminalización de toda forma de interrupción voluntaria del embarazo, no impide su práctica en condiciones de riesgo para la salud de la mujer y que por el contrario se traducen en vulneración de los derechos, además se destaca que el centro de la propuesta son los derechos de la mujeres (Gobierno de Chile , 2015).

En numerosos tratados internacionales han hecho recomendaciones al estado de Chile, solicitando que enmiende la normativa que penaliza sin excepciones la interrupción del embarazo, recalcando que se constituye como un cumplimiento inequívoco de las obligaciones internacionales. La IVE que el gobierno pretende despenalizar en los tres casos indicados debe consagrarse como una legitima prestación de salud y solo se puede llevar a cabo bajo la voluntad de la mujer y garantizando la atención en médica en un centro de salud con todas la condiciones sanitarias necesarias. El proyecto propone un cambio y fortalecimiento en el sistema de salud, en especial en la atención primaria, garantizando un trato digno, intercultural y oportuno (Gobierno de Chile , 2015).

4.2 Normatividad

El 31 de enero del año 2015, la Presidenta Michelle Bachelet, envía un Proyecto de Ley modificado y actualizado sobre el Aborto Terapéutico, el que abre nuevamente la posibilidad de despenalización, este debate crece y no toma una decisión concreta y clara frente a la vida del que está por nacer. A la fecha no se ha obtenido ningún resultado, a esto se le suma las intervenciones de distintas organizaciones tanto nacionales como internacionales que están a favor y en contra del proyecto, algunas de ellas, han intervenido para la aprobación y despenalización del aborto terapéutico, estas peticiones son de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, OMS, ONG Mujer, entre otros, y Comités, tales como; para la eliminación de la discriminación contra la mujer de las Naciones Unidas, Derechos Humanos, etc. Que se han hecho presente para que Chile abra las puertas a una legislación a favor del derecho de decisión de las mujeres y su entorno familiar (Araneda & Espinoza, 2014).

En el proyecto de ley presentado al congreso se reconoce que la Constitución de la República "se ocupa de consagrar el derecho a la vida y el derecho a la integridad física y psíquica de las personas, e impone a la ley el deber de proteger la vida del que está por nacer". A continuación se señala que "El Estado debe equilibrar esos mandatos con aquellas situaciones que pueden afectar la vida, la salud, los derechos y en definitiva la dignidad de las mujeres en ciertas situaciones".

Hay diversas posiciones frente a este proyecto de ley como la del ginecólogo Mauricio Besio quien menciona: "Es entonces suficientemente claro que el principio que sostiene este proyecto es el derecho que tendrían las mujeres para decidir si continúan o no cualquier embarazo. Es ese el principio o valor que le otorgaría la racionalidad a un proyecto con una incoherencia interna total. Si nos fijamos con detención, podremos constatar que las tres figuras que actuarían como circunstancias especiales y que justificarían el permiso a abortar, en realidad son sólo máscaras con las que se pretende vestir de excepcionalidad la simple pretensión del aborto a petición de la mujer. Siendo su única limitación una cierta edad gestacional en el caso de la violación", asumiendo el proyecto como una fachada para que todas las mujeres en este país puedan abortar sin restricciones legales (Besio, 2015).

El proyecto de ley chileno, establece que el Estado de Chile es laico y reconoce el derecho que asiste a toda persona para conducirse en su vida de acuerdo con sus convicciones y principios morales, sean éstos de carácter religioso o no, razón por la que contempla una regla para el caso de quienes deseen objetar en conciencia. Este es un acto estricta y esencialmente individual del profesional clínico que deba intervenir directamente en la interrupción del embarazo, de mediar la voluntad de la mujer en los casos a que se refiere. Con todo, este derecho no puede ser un obstáculo insalvable para acceder a la interrupción del embarazo. Parlamentarios de todos los sectores han hecho eco de las demandas de la Ciudadanía presentando varias iniciativas que buscan hacerse cargo de esta realidad. Así se puede observar en las valiosas mociones parlamentarias presentadas desde 1991 hasta 2014.

El primer proyecto que manifestó preocupación por esta situación fue presentado en 1991 por la Diputada Adriana Muñoz y los Diputados Armando Arancibia, Carlos Smok, Juan ‘Pablo Letelier‘ y Carlos Montes. En 2003 las Diputadas Isabel Allende, Carmen Ibáñez, Adriana Muñoz y María Antonieta Saa y los diputados Enrique Accorsi, Guido Girardi, Carlos Jarpa, Arturo Longton, Osvaldo Palma y Fulvio Rossi presentan una nueva moción que intenta resolver esta problemática. En 2009, la interrupción legal del embarazo fue objeto de interés de los Diputados Alfonso de Urresti, Álvaro Escobar, Marcos Espinosa, Ramón Farías, Tucapel Jiménez, Manuel Antonio Núñez, Jaime Quintana, Fulvio Rossi y Alejandro Sule, quienes presentaron un nuevo proyecto, Ese mismo año, el Senador Camilo Escalona presentó una moción, así como los Senadores Guido Girardi y Carlos Ominami.

Y en 2010, nuevamente los Senadores Ominami y Girardi, presentaron una iniciativa sobre esta materia y este último formó parte de una nueva moción, junto con los Senadores Ricardo Lagos Weber, Jaime Quintana y Eugenio Tuma. Ese mismo año se presentó un proyecto de ley de los Senadores Jorge Pizarro, Mariano Ruiz-Esquide, Ignacio Walker 37 Andrés Zaldívar y otro del Senador Fulvio Rossi y la Senadora Evelyn Matthei.

En 2012 se debatió en el Senado la idea de legislar sobre esta materia, recogiendo las iniciativas mencionadas. Recientemente, en 2013 la Senadora Isabel Allende y los

Senadores José Antonio Gómez, Ricardo Lagos Weber y Fulvio Rossi, presentaron una nueva moción. En tanto, hicieron lo propio las Diputadas Adriana Muñoz, Clemira Pacheco y María Antonieta Saa, junto con los Diputados Gabriel Ascencio, Juan Luis Castro, Aldo Cornejo, Hugo Gutiérrez, Marco Antonio Núñez y Gabriel Silber. Cabe destacar que durante ese mismo año, el Senador Guido Girardi presentó una nueva iniciativa.

También durante el 2013 cabe destacar la propuesta del Anteproyecto de Código Penal. La experiencia de este proceso ha sido útil para la comisión de profesores de derecho penal, convocados por el Ministerio de Justicia en septiembre de 2014, quienes actualmente están realizando una revisión integral de la legislación penal vigente, en cumplimiento del compromiso asumido. Además, se deben mencionar las iniciativas presentadas en 2014 por la -Senadora Adriana Muñoz y por los Senadores Alfonso de Urresti, Guido Girardi, Alejandro Guillier y Jaime Quintana y la propuesta legislativa presentada por la actual Presidenta del Senado, Isabel Allende, la Senadora Adriana Muñoz y por los senadores Guido Girardi, Alejandro Guillier y Jaime Quintana.

Cada uno de los proyectos y análisis pre legislativos mencionados, representa un avance importante, al que contribuyeron también las organizaciones de mujeres y feministas, de médicos, médicas y matronas, de científicos y científicas, que han sostenido a lo largo de estos años, la necesidad imperiosa de establecer políticas públicas que atiendan el problema de la interrupción voluntaria del embarazo. El Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas ha exhortado a Chile a "revisar su postura de penalización de la interrupción del embarazo en toda circunstancia, incluso en los casos de Violación, incesto y situaciones en que corre peligro la vida de la madre".

Por otra parte, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas, en los exámenes de sus informes de 2006 y 2012 ha manifestado en forma consistente que la actual legislación sobre la interrupción del embarazo es deficitaria y que requiere de una modificación por parte del Estado. La presentación del proyecto de ley tiene como fundamento el respeto por la vida. Es esencial que el Estado promueva las condiciones para una vida digna, por lo que resulta indispensable la protección de la Vida de la mujer,

así como la del que está por nacer. Por lo mismo, este proyecto tiene su fundamento principal en el reconocimiento de ciertos hechos, bien definidos, en que debemos reconocer que el Estado no puede castigar a una mujer por no perseverar en un embarazo que no desea y que la sitúa en una posición extrema (Gobierno de Chile , 2015).

En ese sentido, hay que asegurarle el espacio de discernimiento donde ella pueda tomar su decisión y respetarla cualquiera ésta sea. La interrupción del embarazo, que el proyecto propone despenalizar en los tres casos indicados, debe consagrarse como una legítima prestación de salud. Si no se asegura el que las mujeres puedan recurrir a establecimientos de salud, esta regulación será irrelevante. Más aún, se perpetuarían las desigualdades entre las mujeres a partir de su condición económica y social. Ello significará una oportunidad y un desafío de fortalecimiento para el sistema de salud, en especial, de la atención primaria. Supone un cambio de la cultura de acogida y trato a las mujeres, que reconozca sus derechos, en especial en las difíciles situaciones que se abordan en este proyecto.

Será necesario incorporar en las prestaciones de salud el control preconcepcional y el diagnóstico de patologías pre existentes, la adecuada derivación de alto riesgo, el diagnóstico precoz y oportuno de alteraciones estructurales genéticas o congénitas incompatibles con la vida extrauterina, el trato digno a las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual y, por supuesto, el reconocimiento de la voluntad en todos estos casos.

El proyecto de ley busca resolver un conflicto entre bienes que son inconmensurables. Se trata de situaciones extremas en que la afectación de la dignidad y de los derechos de la mujer es tal que no puede sino garantizarse un espacio de discernimiento para ella. Por lo mismo, la voluntad libre expresada de manera escrita y previa es un supuesto de todas las causales. Los fundamentos de estas tres causales serán analizados a continuación.

a. Peligro de la vida de la mujer embarazada.

La primera causal consiste en el peligro de la vida de la mujer embarazada. La finalidad de esta indicación es permitir que la mujer tenga acceso a los tratamientos médicos necesarios

para preservar su vida, aun cuando la realización de los mismos implique la interrupción del embarazo. La penalización sin ningún tipo de excepción genera incertidumbre en los equipos médicos, al no existir claridad de que las acciones que se llevan a cabo para la protección de la vida de la mujer no sean sancionadas penalmente. A su vez, la actual regulación no asegura que sea la mujer quien tome la decisión en conciencia.

b. Embrión o feto que padezca una alteración estructural congénita o genética incompatible con la vida extrauterina.

La segunda causal que permite interrumpir un embarazo, consiste en aquellos casos en que el embrión o feto padezca una alteración estructural congénitas o genéticas que sean incompatibles con la vida extrauterina, las que deberán ser debidamente diagnosticadas por un equipo médico. Forzar a la mujer a llevar a término tal embarazo, o bien obligarla a que espere la muerte del feto, supone mantenerla en un permanente estado de duelo. El Estado debe asegurar condiciones adecuadas para que sea la mujer la que tome una decisión, lo haga acompañada por sus redes relevantes, si así lo desea, y ofrecer los cuidados paliativos que sean del caso.

c. Embarazo producto de una violación.

La tercera causal comprende los embarazos que se originan por una Violación. Es decir, la mujer se encuentra embarazada por un acto realizado contra o sin su voluntad mediante violencia, o coerción. En estas circunstancias no es posible exigir a la mujer la continuación del embarazo si es que ella no quiere mantenerlo debido a su origen. No reconocer la posibilidad de que ella decida si desea o no continuar con el embarazo, constituye una nueva negación de su voluntad e imponerle una obligación estatal por un acto en esencia abrogatorio de su dignidad. El trauma de la violencia sexual no puede ser agravado por el Estado, obligando siempre y en toda circunstancia a mantener el embarazo contra la voluntad de la mujer. Por otro lado, es importante recordar que en el Código Penal se reconoce a las personas mayores de catorce años autonomía sexual, mediando su consentimiento. Una cuestión distinta ocurre con las

menores de 14 años. En este caso, deben actuar con autorización de su representante legal, sea su padre o madre u otro adulto responsable. Esta regulación eleva los estándares de participación de los representantes legales de las menores, en comparación con la ley N° 20.418. No obstante, es importante reconocer un legítimo espacio de discernimiento a la menor, habida consideración que será ella quien sobrellevará las consecuencias de la decisión. Por ello, junto al equipo de salud, se establece la posibilidad de acceder al juez de familia para que éste otorgue la autorización respectiva, en subsidio de sus representantes, siempre que concurran los requisitos de la causal respectiva.

Finalmente el proyecto reconoce que la violencia sexual que afecta a las niñas y adolescentes con frecuencia se manifiesta dentro de su propio hogar. Es por ello que autoriza a el médico(a) cirujano(a) a prescindir de la solicitud de autorización al representante legal de las menores de 14 años, cuando existan antecedentes para afirmar que, al hacerlo, se expondrá a la menor a un riesgo de violencia intrafamiliar, coacción, amenaza o maltrato, o incluso a una posible situación de desarraigo o de abandono. En tal caso, puede acudir al juez de familia competente.

El proyecto prevé, cualquiera sea la causal invocada, la obligación del prestador de salud de otorgar información veraz. Ésta se establece como una instancia a partir de la cual el discernimiento de la mujer se acompaña de toda la información que necesita para tomar una decisión. Adicionalmente, la obligación del prestador se extiende a entregar, por escrito, información sobre alternativas a la interrupción del embarazo. Nuevamente lo que se persigue es asegurar que la mujer cuente con toda la información que le permita tomar una decisión libre. Además, el proyecto busca prevenir que la mujer se inhiba de entregar información fidedigna acerca de su condición de salud al personal médico o de solicitar asistencia médica por temor a una posible sanción penal. Con este objetivo en mente, se busca privilegiar el deber de confidencialidad por sobre el deber de denuncia ante una interrupción del embarazo realizada por la mujer o por un tercero con su consentimiento.

En cualquiera de las causales anteriores, la mujer deberá manifestar en forma expresa, previa y por escrito su voluntad de interrumpir el embarazo. Cuando ello no sea posible, se aplicará el artículo 15 de la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos siguientes.

Tratándose de una menor de 14 años, además de su voluntad, la interrupción del embarazo deberá contar con la autorización de su representante legal o de uno de ellos, a elección de la menor, si tuviere más de uno. A falta de autorización, la menor, asistida de un integrante del equipo de salud, podrá solicitar la intervención del Tribunal de Familia competente para que constate la concurrencia de la causal. El Tribunal autorizará la interrupción del embarazo, sin forma de juicio y verbalmente, a más tardar dentro de las 48 horas siguientes a la presentación de la solicitud, con los antecedentes que le proporcione el equipo de salud, oyendo a la menor y, si lo estimare, al integrante de éste que la asista.

La mayor de 14 y menor de 18 años podrá manifestar por sí su voluntad para la interrupción de su embarazo. Su representante legal o uno de ellos a su elección, si tuviere más de uno, deberá ser informado de su decisión. A falta de éste, o si existen antecedentes para afirmar que la información al representante legal generará para la menor alguno de los riesgos señalados en el inciso anterior, la menor deberá designar otro adulto que será informado (Gobierno de Chile , 2015).

4.3 Implementación

Chile se configura como uno de los pocos países en el mundo que prohíbe el aborto en sus todas sus formas junto a El Salvador, Malta, República Dominicana, Nicaragua y El Vaticano., por lo tanto no se encuentra evidencia de la implementación de la norma, que cursa como un proyecto de ley en el congreso.

En chile Las leyes contra el aborto se encuentran en el Código Penal, Artículos 342 A y 245, bajo el título de “Crímenes y Delitos contra el Orden Familiar y la Moralidad Pública,

caracterizándose como una de las más restrictivas del mundo. El Código Penal castiga todo aborto intencional, así como los causados por un acto violento contra una mujer embarazada. También se castiga al que practica el aborto como a la mujer que consiente en ello. La pena por este delito es de 3 a 5 años por obtener un aborto y de 541 días a 3 años por proveer un aborto (Chile cristiano, 2017).

5. Sistematización de la información

Tabla 1: Sistematización de la información por países y categorías

SISTEMATIZACIÒN DE LA INFORMACIÒN			
Categorías	**Colombia**	**Cuba**	**Chile**
Antecedentes históricos	A partir de tratados internacionales, como la declaración universal de los derechos humanos en 1948, y derechos de la mujer, se posiciona la discusión del aborto como un derecho sexual y reproductivo. Hubo diferentes propuestas legislativas entre 1975 y 2002, relacionadas con el aborto que desarrollaron derechos constitucionales	En 1877 en debates relativos a la mujer, la prostitución, la poligamia y abusos sexuales contra la mujer dieron paso al incremento del número abortos y sus complicaciones, por lo que se despenalizo la práctica. Antes de 1959 el único método para regular la fecundidad era el aborto.	Entre 1931 y 1989 se practicó el aborto con fines terapéuticos, fue a partir de 1989, que el aborto terapéutico en Chile volvió a ser absolutamente ilícito hasta el presente. En la década de los 50, los abortos provocados, se convirtieron en una epidemia de salud pública.

	para la protección de la salud y la vida de las mujeres. , además de normas sobre salud sexual y reproductiva. El aborto era penalizado en todas sus modalidades según la Ley número 599 de 2000 (julio 24) "por la cual se expide el código penal". El congreso de Colombia, decreta: Capítulo cuarto, del aborto ART. 122. Aborto. La mujer que causare su aborto o permitiere que otro se lo cause, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años. A la misma sanción estará sujeto quien, con el consentimiento de la mujer, realice la conducta prevista en el inciso anterior. ART. 123. Aborto sin consentimiento. El que	En 1962 se instauró el anillo de nylon sintético enrollado, como método anticonceptivo efectivo dando respuesta a las necesidades de anticoncepción, durante varios años. 1965 Se decide trabajar en el aborto terapéutico, como respuesta social por el aumento de la mortalidad e infecciones, infertilidad consecuencia de malas prácticas aborto.	1960 Se implementa el primer programa de planificación familiar con el fin de disminuir la tasa de abortos. 1974 Persiste la discusión en torno a la gestación independiente de su origen, causa y/o estado del producto. 1980 Nace la ley que protege la vida del que está por nacer. 1989 El constituyente prescribió que no podía ejercerse ningún acto cuyo fin sea provocar el aborto. 1994 Se presentan proyectos de ley para revivir el aborto terapéutico. Se

	causare el aborto sin consentimiento de la mujer o en mujer menor de catorce años, incurrirá en prisión de cuatro (4) a diez (10) años. ART. 124. Circunstancias de atenuación punitiva. La pena señalada para el delito de aborto se disminuirá en las tres cuartas partes cuando el embarazo sea resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas. Desde el año 2005, se inician los procesos de demanda, que solicitan, la inconstitucionalidad de		estima que el número de abortos ilícitos aumenta progresivamente por lo que se sigue discutiendo sobre la despenalización del mismo.

	los artículos 122, 123, 124 y 32 del Código Penal, instaurada por tres ciudadanos colombianos, para despenalizar el aborto en casos especiales.		
Normatividad	En respuesta a la demanda de los tres ciudadanos al código penal colombiano, se establece la norma para la despenalización del aborto en tres casos específicos, la Sentencia de la Corte Constitucional Colombiana, C 355 del año 2006. Bajo las siguientes causales: 1. Cuándo la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico. 2. Cuando exista grave malformación del feto	En noviembre de 1979, tiene lugar en Cuba la firma de un nuevo Código Penal, que permitió extraer de esta esfera aquellas conductas que por su naturaleza no constituían propiamente delitos. Según el Artículo 443 del Código de Defensa Social, Ley sucesoria del Código Español de 1870, que rigió en Cuba desde 1936 hasta 1979, eran tres las situaciones en las cuales la práctica del aborto estaba exenta de responsabilidad criminal:	Existe un proyecto de ley radicado en el congreso de Chile, por la presidente Michelle Bachelett nombrado, Proyecto de ley, que regula despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales: 1. Peligro para la vida de la mujer 2. Inviabilidad fetal de carácter letal 3. Embarazo por violación. En chile Las leyes contra el aborto se

	que haga inviable su vida, certificada por un médico. 3. Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.	1. El aborto necesario para salvar la vida de la madre o para evitar un grave daño a su salud. 2. El que se provocare o llevare a cabo con su anuencia cuando la gestación hubiera sido ocasionada por haberse cometido sobre la grávida el delito de violación, rapto no seguido de matrimonio, o estupro. 3. El que se provocare o llevare a cabo, con la anuencia de los padres, cuando el propósito sea evitar la transmisión al feto de una enfermedad hereditaria o contagiosa de carácter grave. Desde 1979, en el código penal, el	encuentran en el Código Penal, Artículos 342 A y 245, bajo el título de "Crímenes y Delitos contra el Orden Familiar y la Moralidad Pública, caracterizándose como una de las más restrictivas del mundo. El Código Penal castiga todo aborto intencional, así como los causados por un acto violento contra una mujer embarazada. También se castiga al que practica el aborto como a la mujer que consiente en ello. La pena por este delito es de 3 a 5 años por obtener un aborto y de 541 días a 3 años

		Artículo 267.1 penaliza el aborto ilícito, entendido cuando: 1. Se comete por lucro; 2. Se realiza fuera de las instituciones oficiales; 3. C. Se realiza por persona que no es médico o sin el consentimiento de la grávida.	por proveer un aborto.
Implementación de la norma	En Colombia, se estima que en Profamilia y otros operadores y prestadores del servicio de IVE, se han hecho 44.000 abortos en estos diez años de la sentencia, en el marco de las tres causales que despenalizó la Corte Constitucional, pero anualmente hay 400.000 abortos ilegales, clandestinos, sobre los que no hay ningún detalle.	En este país se optó por la realización de abortos seguros en centros hospitalarios, en vez de realizar abortos inseguros que tenían en aumento los índices de mortalidad en mujeres en edad reproductiva, por ello las mujeres que desean dar término a su embarazo pueden hacerlo sin ningún tipo de impedimento o costo. Sin embargo, el aborto desmesurado representa un problema para el país	En Chile aún no se ha implementado la norma, que trascurre como proyecto de ley en el senado, pero el país es blanco de los entes internacionales que le exigen la implementación de norma en favor de los derechos de las mujeres. Los estudios sobre abortos clandestinos en chile estiman cifras que van desde

	La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres señala que aunque la sentencia (la 355 del 10 de mayo del 2006) es clara, las mujeres siguen encontrando trabas legales para interrumpir voluntariamente su embarazo en los casos despenalizados. Se encuentra que se ha negado el procedimiento porque los prestadores de salud hacen una interpretación restrictiva de la orden de la Corte. Las mujeres que realizaron una interrupción en el marco de la Sentencia, en un proveedor de servicios público, identificaron barreras referidas a la negación del servicio por objeción de conciencia por parte del personal	que hoy sufre un serio declive demográfico, con el tiempo, los abortos se han convertido en un medio de regulación de la fecundidad personal. En el período transcurrido entre los años 1968 y 2013 se habían realizado en el país un total de 4.5 millones de abortos inducidos, al tiempo que para igual período se registran 7.5 millones de nacidos vivos, lo que significa que, por cada 100 nacidos vivos, se habían producido un total de 60 abortos. Una de las principales dificultades para reducir el aborto desmesurado radica en la creciente tasa de embarazos precoces. En 2006, por	los 13 mil hasta los 100 mil en los casos más extremos. Los datos de los egresos hospitalarios por aborto entregados por el Minsal entre 2001 y 2012 entregan un promedio anual de 32.992 abortos, entre aquellos espontáneos y los provocados que presentaron complicaciones. En el año 2013 se registraron 17.434 abortos, que muestran apenas una parte de esta práctica sin reflejar la magnitud real de la situación en Chile

	médico, irrespeto por su derecho a la privacidad, pues se hizo público que su procedimiento, solicitud de documentos adicionales, interponer una denuncia y que la presente cuando vaya a solicitar el procedimiento, por ultimo documentos como el consentimiento del marido o un certificado de un psiquiatra o un psicólogo.	cada 1.000 mujeres que se encontraban entre los 15 y los 19 años, 45 dieron a luz. En 2012 la tasa aumentó a casi 54 de cada 1.000. Aun así, comparado con las adolescentes que optan por el aborto, la cifra de las que deciden llevar a término su embarazo es mínima.	
Elaborado por las autoras.			

6. Discusión

La interrupción voluntaria del embarazo es un fenómeno que demanda grandes esfuerzos al sistema de salud, en términos de intervenciones dirigidas a disminuir los embarazos no deseados y de atención médica a complicaciones generadas por la práctica, además de representar un alto costo sanitario. Se demostró que la prohibición del aborto en todas sus

modalidades no persuade a las mujeres de no practicarlo, por el contrario se sigue practicando en condiciones inseguras que ponen en riesgo la vida de la mujer. La mayoría de las mujeres que se someten al aborto lo hacen cuando quedan embarazadas pero no lo planeaban, y el 81% de los embarazos no planeados en los países en desarrollo ocurren en mujeres que tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna. Por lo tanto, responder a la necesidad insatisfecha de anticoncepción es una estrategia importante para reducir los embarazos no planeados, los abortos y los nacimientos no planeados (Guttmacher, 2014).

Los abortos también ocurren en mujeres que usan anticoncepción. Si bien casi todos los métodos anticonceptivos fallan de vez en cuando, algunas mujeres pueden necesitar métodos más efectivos, métodos que se ajusten mejor a sus circunstancias, así como información y consejería para ayudarles a usar sus métodos de manera más efectiva y consistente. El aborto es una problemática mundial en la cual se evidencia no solo la dificultad para acceder a la realización de procedimientos seguros sino las barreras que deben sufrir las mujeres por condiciones éticas, políticas, sociales o religiosas en los diferentes países; lo que las lleva en muchos casos a buscar remedios caseros y/o sitios clandestinos para dar por terminado su embarazo (Guttmacher, 2014).

El aborto se ve fuertemente influenciado por determinantes sociales como, el contexto jurídico, la disponibilidad de servicios de aborto sin riesgos, el nivel de estigmatización que rodea el aborto, el grado de acceso de la mujer a información sobre el aborto, así como la edad de la mujer y su situación socioeconómica (Garay Zarraga, 2015).

La violencia sexual en niñas y adolescentes interviene directamente sobre la probabilidad de embarazos no deseados y abortos inseguros, según la OMS, en 80 países del mundo el 30% de los casos de violencia sexual son consecuencia de las relaciones de pareja (OMS, 2016).

En el año 2014 alrededor del mundo se practicaron 50 millones de abortos, cifra que va en aumento de acuerdo con el crecimiento poblacional, se observa mayor prevalencia en países desarrollados y se resalta que en países en donde aún está penalizado, la práctica del aborto victimiza a la mujer y no reporta resultados positivos (Mayo Abad, 2002).

Los abortos clandestinos, cuyas cifras estimativas varían desde los 15 mil a los 100 mil aproximadamente cada año (las más alarmantes se sitúan alrededor de los 160 mil); y es una realidad para miles de mujeres que acuden a esta práctica, poniendo en riesgo su libertad ante el riesgo de ser descubiertas, denunciadas y encarceladas; como también su vida, si es que la intervención es realizada en condiciones precarias que puedan llevarlas a sufrir complicaciones. Los efectos del aborto clandestino, que trae consigo riesgos para la salud de las mujeres, estigma social, penas de cárcel y en el peor de los casos, la muerte de las mujeres a causa de abortos en condiciones inseguras (Campos González, 2015).

Cuba es uno de los países que aprobó leyes sobre el aborto en el siglo pasado, allí se defienden los derechos de la mujer y la evitabilidad de muertes por realización de abortos inseguros y clandestinos. Sin embargo tanta libertad trae consigo consecuencias negativas como practicar la IVE como método de planificación, en estudios recientes se ha encontrado que hay mujeres que se han practicado hasta 8 abortos a lo largo de su vida. Lo cual sin duda pone en riesgo la salud de las mujeres y su deseo de tener un hijo en algún momento de su vida (López Díaz, 2014).

Aunque el aborto en Latinoamérica se ha venido despenalizando progresivamente los profesionales de la salud alegan tener poco conocimiento acerca de las normas y de los procedimientos que existen para la realización de las interrupciones de forma segura (Braga, Castro, Lacerda, & Thiago, 2015).

Los profesionales de la salud muestran tener una mayor aceptación en la técnica farmacológica, y las prácticas no son realizadas solo por los profesionales que aceptan del

todo la práctica sino que son aceptadas por el personal para la realización de una buena intervención (Garcia Núñez, Atienzo, Dayananda, & Walker, 2013).

La interrupción voluntaria del embarazo en aras de velar por los derechos de las mujeres en el mundo, se ha despenalizado en muchos países, en América latina se ha realizado un intento mayoritario para tener logros tangibles en cuanto a este tema (Garay Zarraga, 2015).

En cuba el aborto está despenalizado desde 1870 entrando a ser unas de las leyes más antiguas sobre este tema en el mundo, país en donde se optó por realizar un aborto seguro en centros hospitalarios y no tener muertes por complicaciones de abortos en sitios clandestinos que no solo son inseguros sino que afectan la salud pública de toda la población. Desde 1953 empezaron grandes movimientos en este país, lo que hace pensar que existe más libertad de pensamiento, además de esto se realizaron reformas en el sistema de salud y en la legislación del país, lo que permite realizar la despenalización de este procedimiento (López Díaz, 2014).

El aborto en Cuba es una bandera de los derechos de las mujeres quienes pueden tomar la decisión de procrear o no con toda la libertad y sin miedo a repercusiones legales, de tal manera que mujeres de todo el mundo acuden a Cuba para realizar el procedimiento del aborto amparadas por la ley, sin embargo tal libertad ha hecho que las mujeres abusen en cierta manera de este derecho, hasta llegar al punto de utilizar el aborto como método de planificación; esta situación de desistir de los embarazos a libre voluntad, influye fuertemente en la tasa de natalidad del país la cual está en una preocupante disminución (López Díaz, 2014).

Por otro lado en Chile se considera que el aborto es un delito en cualquier causal, hay un proyecto de ley en el congreso radicado por la presidenta Michele Bachelet, que busca velar por el cumplimiento de los derechos de género la cual plantea la despenalización de este en tres causales específicas, con el mismo fin por el que se despenalizó en Colombia hace 11 años. En Chile se encuentran las estadísticas de aborto clandestino son mayores que en Colombia y Cuba, del mismo modo las complicaciones en la salud de las mujeres generadas por abortos clandestinos son las más altas y las que demandan mayor cantidad de recursos.

Chile es uno de los tres únicos países de Latinoamérica que no ha despenalizado el aborto en ninguna de sus modalidades y se ha visto en la mira de las organizaciones mundiales para lograr legalizar esta práctica y disminuir el impacto del aborto anónimo (Campos González, 2015).

Colombia logró defender el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo despenalizando el aborto desde el año 2006, mediante una sentencia de la corte, la cual permite a la mujer interrumpir su embarazo de forma legal bajo las causales que establece la corte constitucional y sin poner en riesgo su vida y sin exponerse a un aborto realizado en instituciones ilegales y sin las medidas sanitarias que el caso exige (Corte Constitucional, 2006).

En Colombia se evidencia que los profesionales de la salud manifiestan objeción de conciencia en muchos casos de interrupción voluntaria del embarazo mayoritariamente en los casos en que el embarazo se encuentra muy avanzado, esto se constituye como una barrera de acceso al procedimiento, un aspecto que debe ser intervenido desde las autoridades en salud, centrando su atención no solo en la capacitación al personal de salud, sino también a las mujeres para que tomen una decisión tempranamente (Roa & Ochoa, 2015).

El desarrollo las normas frente a la IVE en los tres países, se han venido desenvolviendo a lo largo de los años de forma distinta, dependiendo de las condiciones socioculturales, económicas, religiosas y nivel de desarrollo de cada uno de estos. El aborto es seguro cuando lo realizan personas con la capacitación adecuada y emplean técnicas correctas. Casi todas las defunciones y discapacidades derivadas del aborto se podrían prevenir mediante la educación sexual, el uso de métodos anticonceptivos eficaces, el acceso a servicios de aborto seguro provocado, y la atención oportuna de las complicaciones (OMS, 2014).

BIBLIOGRAFÍA

Araneda, A. D., & Espinoza, B. V. (2014). *Análisis Comparado del Aborto Terapéutico en Chile y América del Sur en el Siglo XXI.* . Obtenido de Universidad Academia de humanismo cristiano, escuela de gobierno y gestión pública. : http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:qZoS4iKpRJwJ:bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/3044/TADPU%2520217.pdf%3Fsequence%3D1+&cd=4&hl=es-419&ct=clnk&gl=co

Astete, C. B. (2014). Propuesta de un glosario para la discusión del aborto. *Rev. méd. Chile vol.142 no.11 Santiago nov. 2014*, 1.

Barreto, J. (2007). Despenalización del Aborto. Un imperativo ético y moral. . *En: Segunda Feria Jóvenes en movimiento, Parque El Tunal. Oficina de Política Pública de Mujer y Géneros de la Alcaldía Mayor de Bogotá.* Bogotá.

Benítez Pérez, D. M. (2014). La trayectoria del aborto seguro en Cuba: evitar mejor. . *Rev Nov Pob*, vol.10 no.20 .

Besio, M. (2015). Proyecto de ley sobre despenalización del aborto: análisis. *Revista chilena de ginecologia*, 175 - 180.

Braga, W. d., Castro, A. d., Lacerda, S. M., & Thiago, C. (2015). Percepción de profesionales de la salud sobre el aborto legal . *Rev. bioét. (Impr.). 2015; 23 (2): 394-406*, 399.

Campos González, S. H. (2015). *YO ABORTO, TÚ ABORTAS ¿TODAS CALLAMOS?" Experiencias y defensoría feminista del aborto inducido en Chile.* Obtenido de http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/138594/Yo-aborto-tu-abortas-todas-callamos.pdf;sequence=1

Cardona, C. H. (5 de Mayo de 2007). *Despenalización del aborto en Colombia: un asunto de derechos humanos de las mujeres.* . Obtenido de

www.actualidadcolombiana.org/boletin.shtml?x=839

Catolica, P. U. (2007). *PERSONA, VIDA Y ABORTO, Aspectos Jurídicos.* Obtenido de FORO UCA VIDA Y FAMILIA: http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo54/files/persona-vida-aborto.pdf

Centro de derechos reproductivos, y. a. (2013). *El impacto dE la criminalización absoluta dEl aborto En El salvador Excluidas, perseGuidas, Encarceladas.* Obtenido de www.reproductiverights.org/es: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:rgDU2By3D90J:https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/crr_ElSalvadorReport_Sept_25_sp.pdf+&cd=5&hl=es&ct=clnk

Chile cristiano, s. s. (10 de mayo de 2017). *Aborto en Chile, Situacion legal en Chile*. Obtenido de http://www.chilecristiano.com/index.php/propuestas/articulos-tematicos/salud/302-aborto-en-chile-situacion-legal-en-chile

Chile, B. d. (2015). *Aborto en Chile. Evolución histórica del marco normativo.* Obtenido de www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/.../1/...Aborto%20en%20Chile

Chile, G. d. (2015). *Proyecto de ley que regula la despenalizacion de la interrupcion voluntaria del embarazo entres causales.* Obtenido de Tres causales.gob: http://3causales.gob.cl/proyecto-de-ley/

Corte Constitucional. (2006). *Sentencia C355*. Obtenido de Por la cual se despenaliza el aborto en Colombia en causales extremas: http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/C-355-06.htm

Echeverría, C. (2015). Consideraciones acerca de la "interrupción voluntaria del embarazo", desde el punto de vista ético-médico (a propósito de un proyecto de ley. *revista medica de chile*, 143: 1478-1483.

El Tiempo, R. J. (2017). *Seis años después, fallo que permite aborto en tres casos no se*

cumple. Obtenido de http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-11759404

Fiesco, D. C., & Romero, J. A. (s.f.). *BDigital UNAL*. Obtenido de http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/3/9789584476180.01.pdf

Garay Zarraga, A. (2015). *El derecho al aborto ante la reacción patriarcal Casos emblemáticos de la violación de los derechos humanos de las mujeres en relación al aborto en América Latina.* Obtenido de http://biblioteca.hegoa.ehu.es/system/ebooks/20142/original/Derecho_al_aborto_ante_reaccion_patriarcal.pdf?1463644290

Garcia Núñez, N. N., Atienzo, E. E., Dayananda, I., & Walker, D. (2013). Legislación, conocimientos y actitudes de profesionales médicos en relación al aborto en México. *Salud colectiva vol.9 no.2 Lanús ago. 2013*.

González, C. (2016). *Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria.* Obtenido de ISBN: 978-958-59387-8-6: http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2016/12/Barreras_IVE_final_WEB-1.pdf

Granma, c. m. (2001). Obtenido de http://www.granma.cu/granmad/salud/consultas/a/a01.html

Guerrero, M. G., NavasCabrera, Rodríguez, Y. H., & Castellanos., J. E. (jul - sep de 2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. Obtenido de http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/comunicacion/tesis224.pdf

Guttmacher, I. (2014). *Aborto inducido a nivel mundial.* Obtenido de https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-aww-es.pdf

Hernandez Gonzalez, M. A. (19 de Enero de 2015). *La Organización Mundial de la Salud (OMS), define al aborto.* Obtenido de https://prezi.com/nntivtylm_qy/la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms-define-al-aborto/

Jaramillo, A. M. (1997). *Aborto, Una historia de Terror*. Obtenido de http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-516755

López Díaz, G. (2014). El aborto en Cuba: Como sacarse una muela. *Pontificia Universidad Javeriana*.

Lozano, A. (7 de Mayo de 2016). *'Anualmente hay 400.000 abortos ilegales'*. Obtenido de http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16585382

Mayo Abad, D. D. (2002). Algunos aspectos histórico-sociales del aborto. *revista Cubana de Ginecologia y obstetricia*.

MPS, & UNAL, U. N. (2006). *Un avance para el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las colombianas.* Obtenido de IMPLICACIONES ÉTICAS, JURÍDICAS Y MÉDICAS DE LA SENTENCIA C-355 DE LA CORTE CONSTITUCIONAL.

MSPS, M. d. (2014). *Protocolo de IVE - Ajustado*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf

MSPS, M. d. (junio de 2016). *Interrupción voluntaria del embarazo, un derecho humano de las mujeres*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-maternidad-elegida.pdf

OMS. (2010). *Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA).* Obtenido de Versión revisada y preparada por el International Committee for Monitoring. Assisted Reproductive Technology (ICMART) y la Organización Mundial de: http://www.cnrha.msssi.gob.es/bioetica/pdf/Tecnicas_Reproduccion_Asistida_TRA.pdf

OMS. (2014). Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto

peligroso utilizada en la OMS. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2014;92:155.*, 1.

OMS. (2014). *El embarazo en la adolescencia.* Actualizacion, septiembre 2014: Nota descriptiva Nº 364.

OMS. (2014). *El embarazo en la adolescencia* . Obtenido de Nota descriptiva Nº 364. : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/

OMS. (2016). *Violencia contra la mujer*. Obtenido de Nota descriptiva: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/

OMS, O. M. (28 de marzo de 2009). *Interrupcion Voluntaria del embarazo*. Obtenido de http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/28/definicion-de-ive-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/

OMS, O. M. (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud.* Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43391/1/9275324824_spa.pdf

OMS, O. M. (Mayo de 2016). *Prevención del aborto peligroso*. Obtenido de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/es/

Profamilia. (2003). *Sexualidad y reproducción. ¿Qué derechos tienen las colombianas y colombianos? Bogotá.* . Obtenido de Centro para los derechos reproductivos.

Profamilia. (2015). *Encuesta Nacional de Demografia y Salud.* Bogota D.C.: Profamilia.

Profamilia. (2015). *Protocolo manejo de IVE.* Bogota D.C.: Profamilia.

Roa, Q. E., & Ochoa, V. M. (2015). Actitudes de los gineco-obstetras ante la interrupción legal. *Rev. salud pública. 17 (5): 776-788, 2015*.

Vida, M. p. (2016). *Aborto legal en colombia* . Obtenido de Despenalizacion del aborto ORG: http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/

A. Anexo 1: GLOSARIO

Anomalías congénitas: todas las anomalías estructurales, funcionales y genéticas diagnosticadas en fetos abortados, en bebés al nacer o en el período neonatal.

Efectividad anticonceptiva: Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, en un periodo de un año.

Embrión: producto de la división del zigoto hasta el fin del estadío embrionario (8 semanas después de la fecundación). (Esta definición no incluye partenotes –generados a través de partenogenésis- ni productos de la transferencia de núcleos de células somáticas.)

Feto: producto de la fecundación desde el fin del desarrollo embrionario, a las 8 semanas después de la fecundación, hasta el aborto o el nacimiento. Fecundación: penetración de un ovocito por un espermatozoide y la combinación de sus materiales genéticos, lo que resulta en la formación de un zigoto.

Métodos anticonceptivos: Los anticonceptivos son un conjunto de métodos para evitar el embarazo, pueden ser naturales o artificiales, hormonales, orales o inyectados, para mujeres y hombres; incluso existen anticonceptivos de emergencia. Los anticonceptivos naturales son aquellos que toman en cuenta el ritmo y sus variantes. Los anticonceptivos artificiales pueden ser barreras mecánicas como el condón, empleo de espumas espermaticidas, y también pueden ser quirúrgicas.

Muerte fetal (mortinato): muerte que ocurre antes de la completa expulsión o extracción del producto de una fecundación, a partir de la semana 20 de edad gestacional. La muerte es determinada por el hecho de que el feto no respire ni muestre otra evidencia de vida, tal como latido fetal, pulsación del cordón umbilical, o movimiento definido de los músculos voluntarios.

Violencia sexual: La violencia sexual abarca actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada y una variedad de tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación a la fuerza física. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la

violencia sexual como: “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”

La violencia sexual incluye pero no se limita a lo siguiente: violación en el matrimonio o en citas amorosas; violación por desconocidos o conocidos; insinuaciones sexuales no deseadas o acoso sexual (en la escuela, el lugar de trabajo, etc.); violación sistemática, esclavitud sexual y otras formas de violencia particularmente comunes en situaciones de conflicto armado (por ejemplo fecundación forzada); abuso sexual de personas física o mentalmente discapacitadas; violación y abuso sexual de niños; y formas "tradicionales" de violencia sexual, como matrimonio o cohabitación forzados y "herencia de viuda". También está definido por la OMS que la coacción puede abarcar:

• Uso de grados variables de fuerza

• Intimidación psicológica

• Extorsión

• Amenazas (por ejemplo de daño físico o de no obtener un trabajo o una calificación, etc.)

También puede haber violencia sexual si la persona no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo cuando está ebria, bajo los efectos de un estupefaciente, dormida o mentalmente incapacitada.

La definición de la OMS es muy amplia, pero también existen definiciones más circunscritas. Por ejemplo, para fines de investigación algunas definiciones de violencia sexual se limitan a los actos que incluyen la fuerza o la amenaza de violencia física.

El Estudio multipaís de la OMS definió la violencia sexual como actos en los cuales una mujer:

• Fue forzada físicamente a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad;

• Tuvo relaciones sexuales contra su voluntad por temor a lo que pudiera hacer su pareja;

• Fue obligada a realizar un acto sexual que consideraba degradante o humillante. (OMS, Violencia contra la mujer, 2016)