



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Percepción y actitudes sobre la problemática del aborto provocado en
estudiantes de medicina de Argentina y Chile. Un estudio descriptivo

Tesis para obtener el título de MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

CARDEU PARDO CARVALLO
MÉDICO

DIRECTOR
DR. RUBÉN STORINO

LA PLATA ARGENTINA
2024

AUTOR

CARDEU PARDO CARVALLO, médico y odontólogo, egresado de la Universidad de Buenos Aires y de la Universidad de Chile respectivamente. Exfuncionario prestador en el Servicio Público chileno (Centro de Salud Familiar Rosita Renard y Centro de Salud Salvador Bustos, Ñuñoa, ciudad de Santiago). Magíster profesionalizante en Medicina Estética Integral. Diplomado en Cirugía Implantológica. Diplomado en Traumatología Máxilo-facial. Práctica privada.

Correo electrónico: cardeu@ug.uchile.cl

DIRECTOR

RUBÉN STORINO, médico egresado en la Universidad Nacional de La Plata, especialidad en Cardioangiología en la Universidad del Salvador. Doctor en Medicina (UNLP). Ha sido instructor de residentes y jefe de Servicio en Hospital Instituto de Cardiología. Autor de más de 160 trabajos científicos publicados en revistas nacionales e internacionales. Su carrera docente se desarrolló en la Cátedra de Higiene, Medicina Preventiva y Social, como también en la Cátedra de Postgrado de Humanidades Médicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP (titular adjunto) y en la Maestría de Salud Pública en la misma institución. Asimismo, fue docente de la Universidad Favaloro y a cargo de su Consultorio en Enfermedad de Chagas. Miembro titular en más de 6 sociedades científicas.

Correo electrónico: r_storino@yahoo.com.ar

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer con todo el corazón a mi madre, quien dejó este mundo muy temprano, pero que me dejó las herramientas suficientes para poder avanzar siempre con pasión y perseverancia. A ella dedico lo que soy.

A mi familia entera, especialmente Camila y Julián, por ser mis compañeros de vida, apoyarme y darme el impulso de mis días. A mi hermano Franco. Son todo para mí.

A mi director de tesis, el Dr. Rubén Storino, por su colaboración en la asesoría para el desarrollo del presente trabajo. Por darme una visión salubrista con el énfasis humanista necesario para abordar este tipo de investigaciones.

Al área de postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Por último, agradecer a todos los docentes y colegas que aportaron de su tiempo y apoyo para el desarrollo de esta tesis, en Chile y en Argentina.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	
Fundamentos de la investigación	
MARCO TEÓRICO	
Embarazo no deseado en el mundo.....	
Acceso a la información	
Contexto político y regulatorio internacional	
Caracterización del aborto en Argentina	
Caracterización del aborto en Chile	
Definiciones técnicas y protocolos procedimentales	
Directrices de la OMS	
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	
Hipótesis del trabajo	
Objetivo General	
Objetivos Específicos	
MATERIALY MÉTODOS	
Metodología	
Definición operacional de variables	
Recolección de datos	
RESULTADOS	
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	
Conclusiones y recomendaciones surgidas del estudio	
LIMITANTES DEL ESTUDIO	
INFRAESTRUCTURA Y FINANCIACIÓN	
ANEXOS	
BIBLIOGRAFÍA	

RESUMEN

El embarazo no deseado y el aborto inseguro son dos problemas persistentes en América Latina, continuamente revisados por la OPS/OMS, y materia de constante debate legislativo en nuestra realidad regional, especialmente en países como Argentina y Chile.

Si bien, en la atención sanitaria de los pacientes que solicitan o efectúan un aborto intervienen múltiples profesionales, será la atención del médico la que determina la mayoría de las veces la conducta a seguir en relación al caso presentado.

Se abordan en este trabajo de investigación diversas aristas de un tema tan controversial en la sociedad como es el aborto terapéutico y la interrupción legal del embarazo, desde la perspectiva de estudiantes de la carrera de medicina que cursan en universidad pública en Argentina y en Chile, específicamente las 3 universidades públicas más relevantes en cuanto a su prestigio y número de estudiantes. Se realizó un estudio descriptivo con metodología cuantitativa para determinar percepción y actitudes en 743 alumnos, por medio de una encuesta. Se obtuvo como resultado:

Que los estudiantes de medicina de las universidades estudiadas son muy receptivos a la regulación del aborto con un enfoque centrado en la salud y derechos reproductivos de las mujeres. Al mismo tiempo se deja entrever la falta de planificación y vocación de las respectivas facultades de medicina para enseñar el aborto provocado como un problema de salud pública; en cuanto a su evaluación y técnica, pero también en relación a la regulación jurídica que condiciona a los mismo médicos. Se asocian conocimientos débiles e insuficientes en el menos un tercio de los estudiantes. Se aprecia una muy alta disposición a ser ejecutores de abortos en determinadas circunstancias, existiendo diferencias por género, credo, situación religiosa y política. No se hallaron grandes diferencias entre las 3 universidades evaluadas.

1. INTRODUCCIÓN

Sin dejar de maravillarse ante el fenómeno de la vida y de los más diversos descubrimientos que ocurren constantemente en torno a éste, es posible afirmar que, a rasgos generales, ya está bastante definido cuál es su proceso biológico y evolución. Sin embargo, hasta hoy ninguna rama del conocimiento ha podido afirmar el momento exacto en que se inicia la vida, ni mucho menos generar un consenso entre las disciplinas.

Es entendible que el origen de la vida en el planeta sea un fenómeno complejo de situar y secuenciar con exactitud, principalmente debido al enorme tiempo transcurrido desde el hecho inicial y al trabajo en base a supuestos y teorías. Sin embargo, en el caso del origen de la vida humana a partir de otra vida humana, el hecho de no lograr una comprensión absoluta, aun teniendo al fenómeno directamente disponible para ser estudiado, genera a lo menos algún grado de frustración. Y es que sí es posible, en términos generales, describir y secuenciar biológicamente el proceso en su totalidad, empero determinar el momento exacto de su inicio pareciera depender demasiado del uso del concepto mismo utilizado (“vida humana”, “ser humano”, “persona”), y en este sentido, el punto de encuentro entre las múltiples disciplinas que se ven involucradas, hasta el momento, no se ha producido.

De esta manera, ante tal enigma y ante la problemática concreta en el que vive la sociedad mundial en cuanto a la necesidad diversa relacionada a la interrupción del embarazo, es que el asunto trasciende al ámbito científico y se ha instalado en la opinión pública, en el ámbito judicial y en las decisiones políticas. Se ha hecho importante en la elaboración del argumento el saber cuándo comienza la vida humana, aunque también se invocan otras causales de importancia, tales como el derecho de la mujer a decidir en su embarazo, el deber elegir entre qué vida priorizar en caso de emergencia, el daño psicológico que causa una violación, entre muchas otras.

Ante la necesidad de definiciones operacionales que establezcan parámetros, se han levantado voces de diversas instituciones de renombre mundial, a las cuales se les ha dado diversos niveles de aceptación, de acuerdo a su prestigio y nivel de rigurosidad.

Una de las definiciones más aceptadas de “aborto” es la que entrega la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994), que señala que aborto es “la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente”. También considera, que el límite de viabilidad de la edad gestacional es de 22 semanas, el peso fetal de 500 gramos. y la longitud céfalo-nalgas de 25 centímetros¹.

Otra arista viene del Royal College de Obstetricia y Ginecología, también precisado por la OMS, quienes definen al aborto espontáneo como “la pérdida del embarazo antes de las 24 semanas completas de gestación”². Y clasificándose los abortos como tempranos si ocurren en el primer trimestre (hasta 12 semanas de gestación) o tardíos (entre las semanas 12 a 24 de gestación). Esta clasificación tiene cierta utilidad clínica, ya que la mayoría de los abortos precoces corresponden a huevos aberrantes o anembriónicos, mientras que los abortos con feto son generalmente tardíos.

Cabe señalar que el aborto espontáneo es una de las complicaciones más comunes del embarazo, donde cerca del 15 % de los embarazos clínicamente reconocidos y el 30% de los embarazos detectados por pruebas bioquímicas terminan en aborto espontáneo. Las principales causas de aborto espontáneo son anomalías genéticas o del desarrollo del feto. Otras causas incluyen trombofilias, incompetencia cervical, infecciones, alteraciones endocrinas, factores anatómicos y del sistema inmunológico. Dentro de las anomalías cromosómicas (principal causa conocida de los abortos), como mínimo, el 10-15% de las fecundaciones presentan anomalías de este tipo, y al menos el 95% de las veces, el embrión se pierde antes de llegar a término. Los estudios de cariotipo de los abortos espontáneos indican que alrededor del 50% de las anomalías cromosómicas son

trisomías, el 20% monosomías, el 15% triploidías y el resto tetraploidías y anomalías estructurales. Ciertas anomalías cromosómicas, frecuentes en la fecundación, rara vez o nunca llegan a término. Por ejemplo, se cree que la trisomía 16 es la más frecuente en la fecundación, pero nunca se ha podido observar en nacidos vivos. Las anomalías cromosómicas pueden estudiarse directamente en los espermatozoides y en los óvulos, lo cual es útil en parejas que pretendan planificar el embarazo. De este modo, podemos observar que el aborto como proceso natural en la evolución humana es un suceso muy frecuente.

Retomando el hilo inicial y propósito de este trabajo, a partir entonces de las definiciones anteriormente expuestas, surge la distinción entre un aborto que ocurre naturalmente sin intervención humana de otro que puede ser inducido por la propia madre o por terceros involucrados.

En este sentido, es posible definir al aborto como “inseguro”, cuando es un procedimiento cuyo fin busca terminar el embarazo y es efectuado por personas que no cuentan con las habilidades necesarias o se efectúa en condiciones carentes de los estándares médicos mínimos, o ambas (OMS, 2012), siendo casi la mitad de los abortos que ocurren en el mundo calificados como inseguros³. De ahí que la OMS recomiende a los países transformar el aborto inseguro en seguro mediante su legalización, facilitando el acceso al aborto seguro y a los métodos modernos de anticoncepción, como también la capacitación de los proveedores para el adecuado tratamiento de las complicaciones que malas prácticas podrían causar³.

En cuanto a cifras globales, a pesar de los avances en los fundamentos lógicos y en la implementación de los derechos humanos, el aumento exponencial de la tecnología, la medicina y el desarrollo vertiginoso hacia técnicas cada vez más eficientes e integrales para la realización de abortos, se estima que cada año en el mundo se realizan 22 millones de abortos inducidos en forma insegura, lo que produce la muerte de alrededor de 47.000 mujeres y discapacidades en otras 5 millones, incluyendo incluso infertilidad⁴.

Muy posiblemente la mayoría de estas muertes maternas y discapacidades podría haberse evitado de haber actuado antes un correcto plan de educación sexual, planificación familiar, en conjunto a un oportuno acceso a una interrupción legal del embarazo (ILE) bien regulada en caso de requerirse, sin riesgos y con una adecuada vigilancia ante posibles complicaciones. Por otra parte, independiente de los resultados en materia de salud pública, el truncar intencionalmente un próximo nacimiento de un ser humano, la manera de realizarlo y las consecuencias de todo ello, son fuerte motivo de discusión y controversia, incluso en la misma comunidad médica y científica.

1.1. FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

A pesar de que las estadísticas son elocuentes en gran parte del planeta y que la ciencia ha prestado especial atención a esta temática, no han sido suficientes para acercar posturas y voluntades para terminar con los abortos realizados en condiciones inseguras o para llegar a acuerdos duraderos en un sinnúmero de tópicos relacionados al aborto provocado. Nuestra realidad regional no es ajena a este fenómeno, y se observa un amplio dinamismo de constantes avances y retrocesos en la materia.

En el caso particular de los dos países más australes del mundo, Argentina y en Chile, en ambos no se ha logrado tampoco encauzar el debate a un estado de acuerdos estables, muchas veces primando la ideología o prejuicios antes que cualquier opinión fundamentada, y requiriéndose mayor ejercicio de la democracia con mayor participación social. Resulta evidente que también es necesario un aumento en número y calidad de la investigación científica y humanista, para que sea un real aporte a la caracterización del fenómeno.

Además, estando conscientes de que la vía democrática es una manera aceptada de resolver los conflictos sociales, y amparada por los respectivos regímenes constitucionales de los respectivos países, se hace necesario generar

un debate de definiciones, propuestas y modo de implementarlas entre todos los sectores involucrados (individuales y colectivos). Cobra importancia, dada la envergadura del tema, que un grupo de especialistas, sin monopolizar las decisiones, evalúe las soluciones más factibles para resolver los diversos desafíos. Sin embargo, igual o más relevante en una etapa previa, es conocer la percepción y opiniones de todos los actores sociales, y con mayor énfasis aquellas provenientes de los grupos que se verán más probablemente afectados por las políticas que finalmente sean las que guíen el accionar en torno al aborto: quién lo ejecuta y a quién se le aplica, es decir, la profesión médica y las mujeres en período fértil que lo solicitan. No es de extrañar que estos dos grupos sean los que en cierta medida hayan elevado el nivel de visibilidad del conflicto, no sólo en Argentina, sino que en todo el mundo.

En vista que las posturas políticas aún no se habían manifestado claramente al inicio de esta investigación: para el año 2016 en Chile el aborto estaba aún prohibido y había recién un proyecto de despenalización en 3 causales, que entró en vigencia a fines de 2017; y en Argentina, habiendo ya una legalización del aborto en 3 situaciones, pero encontrándose en permanente debate público por hacerlo libre, o al menos libre hasta ciertas semanas de embarazo, es que resultaba muy relevante conocer de la mejor manera estas opiniones y actitudes de los actores principales, que a su vez estaban fuertemente influenciadas por la cultura, creencias populares, medios de comunicación, etc.

Para el año 2024, conocer estas variables cobra aun mayor relevancia en vista de si la población aprueba y/o está conforme con la legislación actual (ya Argentina tiene aborto libre desde fines de 2020), pero además se debe considerar que el hecho de tener, aunque sea acotado, garantizada la atención para la interrupción legal del embarazo en los sistemas públicos, hace ineludiblemente necesario y útil tener a lo menos nociones de qué realmente piensan los actores médicos involucrados, más allá de si serán objetores o no.

Los médicos generales o generalistas, residentes y los recién titulados son igualmente importantes; y no sólo los especialistas obstetras, anestesiólogos o médicos de familia, debido a que son los primeros los que muchas veces se encuentran o tendrán que manejar situaciones médicas con pacientes que deseen terminar su embarazo, ya sea en centros de salud rurales, suburbios o bien en su consultorio privado; en vista de que los médicos especialistas muchas veces resultan insuficientes y, por lo demás, todos los médicos especialistas son primeramente generalistas antes de proseguir su postgrado o postítulo, por definición.

La única excepción a la regla, en cuanto a lo que sabemos son las posturas y actitudes de ciertos grupos involucrados en la temática del aborto, la constituye la visión de la Iglesia católica, la cual, debido a su estructura altamente jerarquizada y a su rol intrínseco en temas morales, ha emitido sus definiciones con toda claridad: no son partidarios de ninguna situación que favorezca la realización de un aborto. Y en teoría el 77% de los argentinos se considera católico, dentro del 86% que se considera cristianos⁵. En Chile, el 67% de la población es católica, lo que representa casi nueve millones de personas. Además, el 17% es evangélica y un 12% declaró no profesar ninguna religión⁶. Podemos apreciar que el peso de la iglesia católica en las decisiones políticas en ambos países es relevante, sobre todo en Chile, donde por ejemplo la Iglesia se opuso abiertamente durante los 9 años que se discutió la ley de divorcio, incluso financiando avisos televisivos y dilatando exitosamente el proceso, lo que transformó a Chile en uno de los últimos países del mundo en legislar acerca del divorcio. Lo mismo sigue ocurriendo con proyectos de ley como el de “muerte digna” (eutanasia), o también ocurrió con censuras (incluso actuales) a publicidad de campañas de gobierno en pro del uso del preservativo para la prevención del VIH.

De este modo, considerando que muchas veces la definición de lineamientos políticos concretos puede ser un proceso que dure muchos años, incluso generaciones, es clave entender que estos actores participantes cambian, no necesariamente del nicho en que se encuentran, sino más bien en sus propias

concepciones y formas de apreciar la realidad. Es, por consiguiente, también válido y útil tratar de conocer aquellos grupos que muy posiblemente ocuparán los lugares de relevancia recientemente nombrados, como por ejemplo los futuros médicos.

Además, de acuerdo a este fenómeno global, que genera un intenso debate no sólo en Argentina, sino también en países vecinos, de la región y de otras latitudes, resulta interesante ampliar el conocimiento a otras realidades que pueden ser semejantes o no, pero que sin duda afectan las condiciones y perspectivas en la búsqueda de nuevos derechos sociales.

El presente trabajo de investigación pretende abordar de manera sencilla, dentro de sus posibilidades y recursos, a un grupo acotado de justamente aquellos individuos involucrados en la sociedad civil, pero que muy probablemente pertenecerán además a la sociedad médica y se unirán al gremio, como lo son los actuales estudiantes de medicina, cursando la carrera en los último años. Son los médicos los profesionales a cargo de las decisiones finales y del tratamiento en los procedimientos abortivos legales, en todo el mundo (en países que cuentan con legislación).

En esta oportunidad, y de acuerdo a las oportunidades de acceso, se confeccionó una encuesta especialmente diseñada para ser aplicada en estudiantes de medicina desde tercer año en adelante y que será realizada en alumnos de la Universidad Nacional de La Plata (en la ciudad de La Plata, provincia de Buenos Aires), de la Universidad de Buenos Aires (Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y de la Universidad de Chile (ciudad de Santiago). Las tres instituciones son estatales y por tanto entregan mayor garantía de pluralismo y transversalidad entre los alumnos que la integran. Asimismo, son todas importantes en su territorio y a nivel país, con probada vinculación con el medio u entorno, todas con reconocido prestigio internacional y reúnen una aceptable cantidad de estudiantes de medicina en sus respectivos campus (tienen de las más altas tasas de matrículas con respecto a otras universidades nacionales),

logrando ser, además, aceptablemente representativas de los actuales médicos egresados, al menos trabajando en las grandes urbes.

Los últimos años de la carrera en la facultad se constituyen precisamente en un momento clave y culmine en la educación de los estudiantes, donde ad portas de comenzar su internado final y de titularse como médicos, se encuentran ya concurriendo a hospitales, aprendiendo de residentes que se forman como especialistas y empapándose de experiencias complejas en salud, como es el tema del aborto. En esta etapa participan y observan diversos casos clínicos del ámbito ginecológico y obstétrico, aplicando y relacionando en buena medida lo aprendido en las diversas asignaturas relacionadas con la temática a lo largo de los 7 años de duración de la carrera; tales como cirugía, medicina familiar, medicina interna, bioética, salud pública, salud mental, medicina legal, medicina de urgencias, entre varias más. En los dos último años de carrera estas asignaturas ya se encuentran cursadas prácticamente en su totalidad, y, por otra parte, se espera que las percepciones y actitudes relacionadas con la aplicación de la ILE (actualmente vigente en ambos países) ya se encuentren en una etapa de reflexión madura y crítica, sino decididas para lo que se vendrá como muy próximos médicos.

De esta manera, puede resultar interesante contrastar los conocimientos que les entrega la facultad en relación con la técnica o prescripción abortiva, considerando la existencia de múltiples guías clínicas de la OMS y la recomendación de formar incluso otros profesionales que realicen acciones abortivas básicas, en vista de la alta demanda potencial a futuro. Resulta atingente también conocer el grado de información que tienen los futuros médicos acerca de la legislación vigente que rige en la República Argentina y en la República de Chile, su postura como posibles ejecutores y la opinión general que tienen acerca de ella. Interesante también podría resultar si, en vista de las recomendaciones de la OMS y lo enseñado en la carrera de medicina en su respectiva universidad (que basan sus sugerencias en evidencia científica, casi siempre) algunos grupos de

alumnos resultan ser contrarios al aborto, pudiendo quizás ahondar en los motivos extracurriculares que podrían tener.

Todo esto, enriqueciéndose de una comparación estadística productiva en torno a las actitudes y percepciones de ambos grupos, que pueda servir de insumo y posibilite la generación de futuras investigaciones en la materia, como asimismo poder ser conocida por las mismas universidades, departamentos de salud pública, entre otras instituciones afines, a fin de corregir debilidades y reforzar las fortalezas.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. EMBARAZO Y ABORTOS

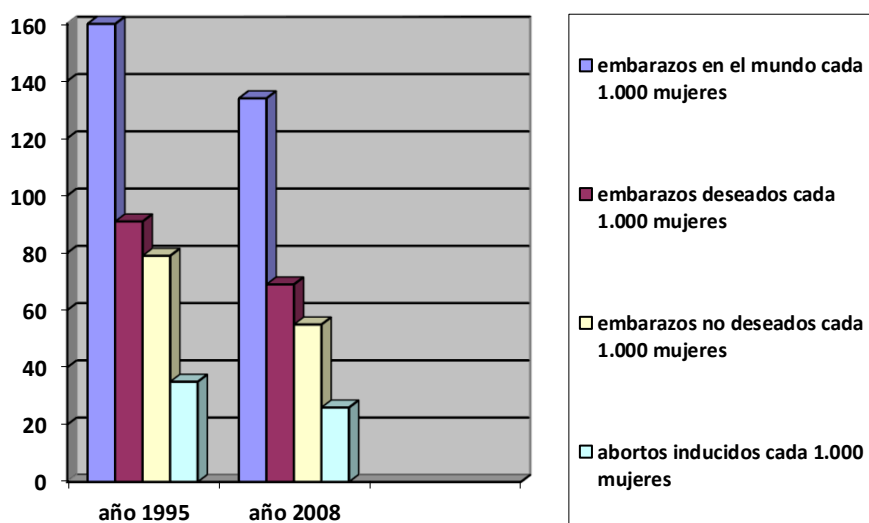
Para la década pasada, la cifra que se estimaba de mujeres embarazadas en el mundo era de 208 millones al año, de las cuales el 59 % (o 123 millones) tenía un embarazo planificado que llegaba a término, un aborto espontáneo o una muerte fetal intrauterina. Restando, entonces el 41 % (u 85 millones) de los embarazos era no deseado. Y aunque podemos pensar que en esta materia se han logrado avances sustanciales, lo cierto es que actualmente, el panorama ha empeorado: prácticamente la mitad de todos los embarazos en el mundo son no deseados. La falta de métodos anticonceptivos disponibles, las guerras y otras crisis sólo han agravado la situación de acuerdo a informes publicados por la agencia de salud sexual y reproductiva de la ONU. Son ya cerca de 121 millones cada año los embarazos no deseados que ocurren en todo el mundo⁷.

Para entender mejor el contexto de estos fenómenos es necesario retroceder un par de décadas y seguirlo en el tiempo.

Debido principalmente al aumento y desarrollo del uso de anticonceptivos, la tasa de embarazos en todo el mundo disminuyó en el periodo entre los años 1995 a 2008; de 160 embarazos cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años en el año 1995 a 134/1.000 embarazos en 2008. Las tasas de embarazos deseados y

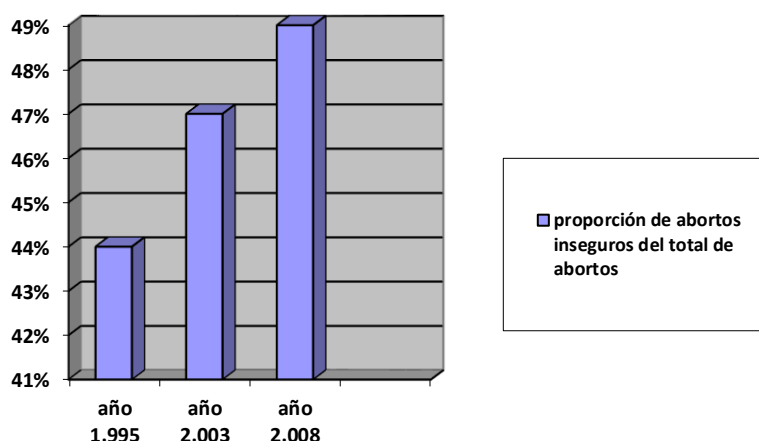
no deseados han caído, respectivamente, de 91 y 69 cada 1.000 mujeres entre 15 y 44 años en 1995 a 79 y 55 cada 1.000 mujeres entre 15 y 44 años en 2008. Y lo que es más significativo, la tasa de abortos inducidos se reducía de 35 cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años a 26 cada 1.000 mujeres en el mismo periodo⁴. Esta disminución se debió principalmente a la caída en la tasa de abortos sin riesgos, mientras que el aborto inseguro se estaba manteniendo relativamente constante desde el año 2000, con alrededor de 14 cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años⁴. Diversos estudios internacionales demostraron (y siguen demostrando) que cuando el uso de métodos anticonceptivos modernos es alto, la incidencia del aborto inducido es baja ^{7,8,9}.

Ilustración 1: Disminución de los embarazos y abortos en el mundo



En cuanto a la cantidad absoluta de abortos inseguros, se estimó a nivel mundial que era de aproximadamente 20 millones en 2003 y de 22 millones en 2008. La proporción de todos los abortos que son inseguros aumentó de 44 % en 1995 y 47 % en 2003 al 49 % en 2008.

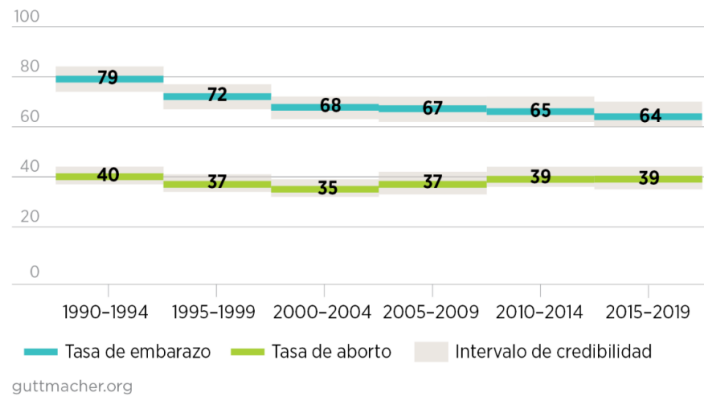
Ilustración 2: aumento leve de casos de aborto en el mundo, en condiciones no seguras durante 13 años



Acercándonos más al presente, vemos a grandes rasgos que los índices de mejoramiento no han avanzado con la misma velocidad que en la década de los noventa. Han mejorado discretamente considerando la proporción de habitantes mujeres del planeta, pero en número bruto final han ido al aumento. Aun así, hay incluso algunos fundamentales índices que han tenido peor desempeño en mediciones más recientes.

Concretamente, la tasa de embarazo no planeado a nivel mundial ha disminuido a nivel mundial, mientras que justamente la tasa de aborto ha regresado a niveles no vistos desde los años noventa¹⁰. Como vimos antes, aproximadamente 121 millones de embarazos no planeados ocurrieron cada año entre 2015 y 2019. De estos embarazos no planeados, el 61% terminó en aborto. Esto se traduce en 73 millones de abortos por año.

La tasa de embarazo no planeado a nivel mundial ha disminuido en los últimos 30 años, mientras que la tasa de aborto ha regresado a niveles no vistos desde los años noventa



En resumen, a pesar de la evolución social y económica, del aumento exponencial al acceso a la información, y de estar inmersos en una época de revolución tecnológica, es posible señalar que el total de casos de abortos inducidos en el mundo había estado disminuyendo lentamente, a expensas siempre de aquellos realizados en condiciones seguras (los realizados en condiciones inseguras aumentaban discretamente). Pero que sin embargo ya a partir de la década pasada, todo tipo de aborto ha ido en un aumento progresivo.

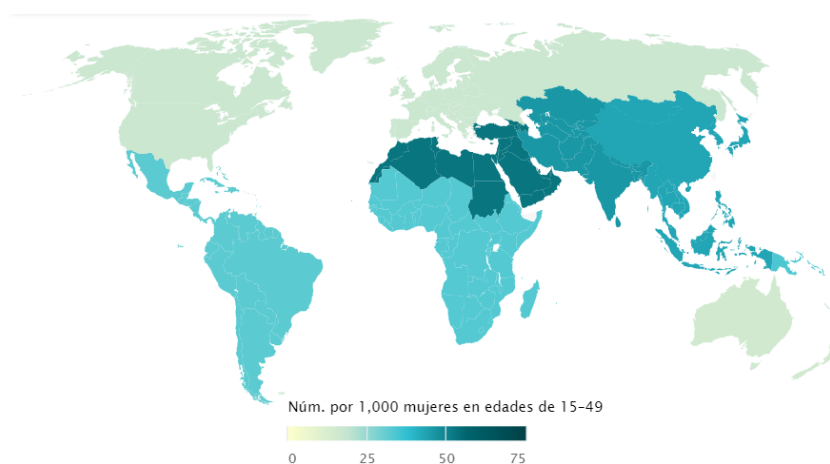
Una arista imprescindible al momento de analizar la problemática del aborto consiste en considerar los determinantes socio demográficos, y especialmente los contextos regulatorios de cada nación, que serán tocados con mayor detalle más adelante.

Uno de los grandes consensos entre los expertos, es que el aborto se busca y se necesita incluso en entornos donde está restringido: esto es, en países donde el aborto está prohibido totalmente o es permitido solamente para salvar la vida de las mujeres o preservar su salud física o mental.

En cuanto a las tasas de embarazo no planeado, se ha visto que las tasas más altas ocurren en los países que restringen el acceso al aborto y las más bajas en los países donde el aborto es legal en términos amplios.

Como resultado, las tasas de aborto son similares entre los países donde el aborto está restringido y son similares entre aquellos donde el procedimiento es legal en términos amplios (donde está disponible a solicitud o con base en causales socioeconómicas)¹¹.

2.2. EMBARAZO NO DESEADO EN EL MUNDO



Nota: Todos los valores son promedios anuales para 2015-2019.

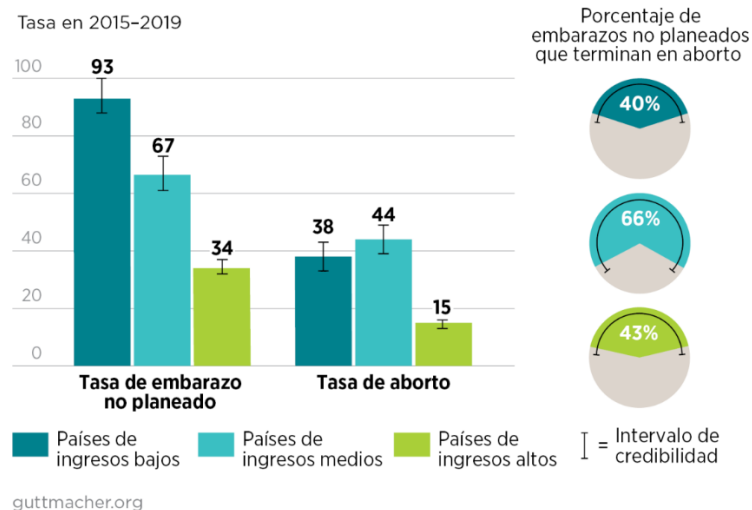
Fuente: Source: Bearak J et al. Global Health, 2020

Más del 90% de los abortos inseguros se dan en países en vías de desarrollo, donde las tasas de mortalidad materna son altas y el acceso a un aborto sin riesgos es limitado. Específicamente, la tasa de letalidad del aborto inseguro es de 0,46% en los procedimientos realizados en África septentrional y 0,52% en África Subsahariana, en comparación al 0,3% en América Latina y el Caribe y el 0,16% en Asia¹².

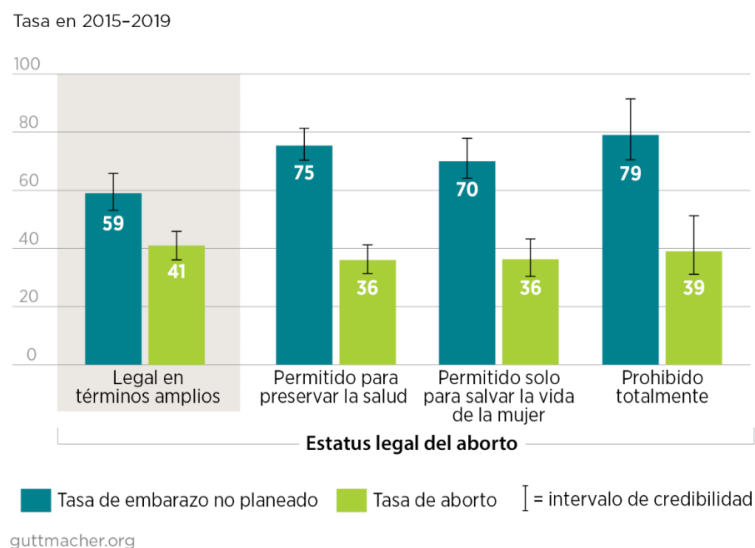
Por otra parte, la tasa de letalidad en Estados Unidos es del 0,0007% de los abortos legales⁷, lo que se explica debido a las elevadas condiciones de seguridad, correctamente protocolizadas y en manos de profesionales médicos

expertos. La tasa de letalidad del aborto legal tardío durante el segundo trimestre es mucho más baja que la tasa más baja de los procedimientos de aborto inseguro.

El embarazo no planeado y el aborto ocurren en todos los países, sin importar el nivel de ingresos



El embarazo no planeado y el aborto ocurren en todo el mundo, tanto donde el aborto es legal en términos amplios, como donde está restringido



En relación a la realidad local, donde la Argentina se sitúa entre los países sudamericanos en vías de desarrollo, no parece que los servicios de planificación familiar funcionen. Más del 80% de los embarazos no deseados son

experimentados por mujeres que no tienen acceso a métodos anticonceptivos modernos, y muchos de esos embarazos no deseados terminan en aborto. Entre 1990 y 2014, la tasa anual de aborto en el mundo no desarrollado se ha mantenido prácticamente sin cambios: sólo bajó de 39 a 37, aunque vimos que recientemente viene en aumento progresivo. Sin embargo, en América Latina, una región en general con leyes de aborto muy restrictivas, en promedio uno de cada tres embarazos (32%) terminaron en aborto entre 2010 y 2014. Fue la tasa más alta de todas las regiones y actualmente sólo es superado por países del norte de África y Asia occidental¹³.

Argentina, en la misma sintonía de sus países vecinos, ha mantenido estables sus cifras desde hace 30 años. Y yendo más lejos, el aborto es la principal causa de muerte materna en el país, donde se practican entre 450.000 y 600.000 abortos ilegales anualmente, con más de un aborto inducido por cada 2 nacimientos¹², que finalmente terminan con 80.000 internaciones y 100 mujeres fallecidas por año.

Las estadísticas del quinquenio 2007-2011 muestran que el 23% de las muertes maternas derivaron de abortos inseguros¹³. Además, en este contexto, es de importancia considerar que alrededor del 15% de las internaciones hospitalarias por aborto clandestino corresponden a adolescentes y niñas menores de 20 años, y alrededor del 50% a mujeres de entre 20 y 29 años¹⁴.

2.3. ACCESO A LA INFORMACIÓN

Para determinar el éxito o fracaso de cualquier política pública es crucial evaluar el nivel de información que gozan todos los actores que participan en la decisiones y a quienes se les aplica. En cuanto al tema aborto, el nivel de estigmatización en ciertas latitudes supera a la situación real que ciertamente allí ocurre y eso puede desencadenar en el desánimo de informarse acerca de los servicios de aborto, continuando el círculo vicioso, o a buscar atención fuera de las comunidades a las que pertenecen las afectadas.

Por otra parte, algunos estudios señalan que no sólo las mujeres sino también los mismos proveedores de salud, así como policías y funcionarios de tribunales, no conocen lo que en la ley respecta al aborto¹⁴. Por ejemplo, en India, donde el aborto está permitido hasta las 20 semanas de embarazo para proteger la salud de la mujer y en caso de fracaso del método anticonceptivo, una encuesta determinó que el 75% de las personas casadas no sabían que el aborto era permitido en tales circunstancias¹⁵. Muchos médicos tienden a ser demasiado precavidos en cuanto si cumplen las bases legales aun cuando las superan con creces. Y en otros casos existe información inadecuada o desactualizada en, por ejemplo, las dosis apropiadas para el aborto médico (seguro).

En 1994, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD)¹⁶ reconoció que el empoderamiento, la igualdad plena y la autonomía de las mujeres eran esenciales para el progreso social y económico. Estos objetivos son en la actualidad uno de los pilares sobre los que se asienta la consecución de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la ONU, lanzada el año 2015¹⁷. En ella se reconoce explícitamente el papel de la salud sexual y reproductiva y la igualdad de género para abrir las puertas de un futuro más próspero. Contiene asimismo indicadores específicos vinculados a la capacidad de las mujeres y las adolescentes para tomar decisiones informadas sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva.

Si nos fijamos en las fechas entre ambas declaraciones, podemos constatar que se comprenden justamente entre los periodos señalados en las tasas estudiadas anteriormente en relación a la problemática del aborto y embarazo no deseado. Y de igual manera, pareciera que éstos y otros acuerdos alcanzados en la esfera política regional y mundial, no han mostrado los frutos que esperasen obtener en cuanto a la materia.

El acceso a la información no se ha traducido en necesariamente mejores resultados sanitarios. Sin embargo, es innegable el cambio de paradigma que estamos atravesando como sociedad y específicamente en cuanto a la mayor

consciencia de género que se ha ido entramando en el tejido social, a partir de multitudinarias manifestaciones, reivindicaciones y organizaciones feministas en todo el mundo, que ha logrado permear (cada una de manera particular) a las más diversas culturas, y cuyo fenómeno pareciera continuar por mucho tiempo más. Habiéndose logrado en algunos países no sólo una manera diferente de entender las nuevas relaciones entre ambos géneros (y la diversidad sexual), si no también habiéndose adecuado la legislación vigente a los cambios actuales.

Entonces, ¿por qué el aborto inseguro ha ido aumentando? ¿Por qué los embarazos no deseados no han disminuido sustancialmente? ¿Por qué razón la tasa de aborto en el mundo retomó una tendencia al alza?

Cabe destacar, que el acceso a la información no necesariamente implica acceso a información de calidad. Los medios de comunicación de radio y televisión en su mayoría deben su existencia a los anuncios de la industria privada y logros en sintonía, la información en internet es absolutamente poco rigurosa y no se encuentra filtrada por contenido verificado, las redes sociales incentivan a la opinión personal sin responsabilidad en el alcance de éstas, y en todas ellas las noticias e información digital mide su relevancia en cuanto a la cantidad de “clicks” que pueden generar en un cierto periodo, o al tiempo en que el usuario destina a mirar el contenido.

Y es que, a pesar de los avances en cuanto a temática de género y derecho de las mujeres, y de las medidas y declaraciones realizadas por diversos organismos, es que aun, en todas las regiones en diferente grado, la vergüenza, el estigma, el miedo, la pobreza, la desigualdad de género y muchos otros factores merman la capacidad de decisión de las mujeres y las niñas, de buscar y obtener anticonceptivos, de negociar el uso del preservativo con la pareja, de alzar su voz y perseguir sus deseos y ambiciones. Es imposible establecer con precisión y sin aproximaciones cuál es el número total de embarazos no intencionales. Sin embargo, cada vez hay más pruebas que apuntan a unos costos de oportunidad muy grandes: desde las correlaciones entre las tasas de embarazos no intencionales con los menores índices de desarrollo humano, pasando por los

enormes costos sanitarios relacionados, hasta la persistencia de elevadas tasas de abortos en condiciones de riesgo y las muertes maternas correlacionadas. Los abortos en condiciones de riesgo son una de las principales causas de las más de 800 muertes maternas que se producen al día en el mundo¹⁸.

2.4. CONTEXTO POLÍTICO Y REGULATORIO INTERNACIONAL

En la mayoría de los países desarrollados los abortos sin riesgos se ofrecen de manera legal, sobre una base social y económica sólida, y donde cualquier ciudadano puede acceder de forma relativamente fácil al sistema de acuerdo a su problemática.

A excepción de Polonia (recientemente el 2020) y Malta, toda la Unión Europea está alineada con la despenalización del aborto. Uno de sus últimos países que acaba de despenalizar el aborto fue Irlanda (mayo de 2018), nación católica, cuya determinación se realizó de una de las maneras considerada más democrática en tiempos modernos: a través de un referéndum popular. El resultado fue la anulación de una enmienda de su constitución que establecía que un no nacido tenía el mismo derecho a la vida que una mujer embarazada.

En la órbita mundial, muchos embarazos no deseados no son sólo consecuencia de la incapacidad de planificación de la propia vida sexual, y es así como se prevé, que, a pesar de su alta tasa de efectividad, unas 33 millones de usuarias de anticonceptivos padezcan un embarazo accidental cada año mientras usan estos métodos. En este y otros casos similares, se ha observado que el ordenamiento legal de un país que implique mayor o menor restricciones a la permisividad del aborto no ha influido en la probabilidad de que una mujer con un embarazo no deseado intente un aborto inducido, pero sí en el contexto en que lo haga¹⁹.

Siguiendo esta línea, en los países en los que el aborto terapéutico está fuertemente restringido o no es legal, es muy frecuente encontrar que existe una

clara diferencia de clases, donde el más rico puede pagar un aborto seguro en la clandestinidad y el más pobre debe recurrir a los proveedores menos especializados y más inseguros que provocan enormes tasas de muertes y morbilidad, y se han transformado en un fiel reflejo de aquellas sociedades y de los continuos fracasos de los sistemas de salud allí presentes. Casi todos los abortos inseguros (98 %) se producen en países en vías de desarrollo¹⁶.

Esta diferente manera de restringir la práctica del aborto en los diversos países responde no sólo a un ejercicio puramente jurídico y legislativo, sino que también refleja en gran parte las cuotas de poder que presentan los distintos actores relevantes de la política interna de cada uno, acompañado de sus respectivas ideologías y formas de administrar los recursos técnico-científicos en la materia. No obstante, sean sectores conservadores, generalmente férreos opositores a las prácticas abortivas en cualquier nivel, o liberales, quienes presenten mayor preponderancia en sus respectivos países, es que de todos modos en todos los sectores se realizarán abortos en las más diversas condiciones de seguridad.

En un caso emblemático de la política chilena, país donde la práctica del aborto está restringida (como veremos mejor más adelante), la ex ministra de salud de la expresidenta Michelle Bachelet, Helia Molina, fue forzada a renunciar a su cargo en 2014 luego de una declaración pública, en la que sostuvo que en clínicas privadas y de alto costo “familias conservadoras han hecho abortar a sus hijas”²⁰. Esto a pesar de ser respaldada por su antecesora en la cartera, Soledad Barría, quien entregó cifras en apoyo al comentario de su colega: “¿Por qué cuando en Chile las relaciones sexuales son parejas por clase socioeconómica, de cada 100 partos en Vitacura, un 1 por ciento de esos partos son de madres adolescentes? En cambio, en la Pintana o en otras comunas más pobres, es de un 20 por ciento, y a nivel país un 16. Entonces, hay un tema de desigualdad que es brutal. El problema está en el acceso a la información y en el acceso a tratamiento”²⁰.

Por otra parte, en países como Malta, único país de la Unión Europea que prohíbe totalmente el procedimiento, incluso en casos de violación e incesto, se puede apreciar que el orden jurídico no impide la realización de abortos en condiciones de todo tipo. Esto a pesar de que el aborto es un delito que se paga con prisión: una mujer enfrenta hasta tres años de cárcel y un médico hasta cuatro, además de perder su licencia médica. Asimismo, ninguno de los principales partidos políticos de Malta ha apoyado un proyecto de ley para despenalizar el aborto. No obstante, se calcula que se importaron más de 350 paquetes de píldoras para abortar dentro del país en 2021, y además, existe el antecedente de que ninguna mujer ha enfrentado cargos penales en años²¹.

Por el lado de la vereda de los países que legalizaron tempranamente al aborto vale la pena detenerse en el ejemplo ruso. La Rusia soviética se convirtió en el primer país en autorizar el aborto como voluntario y gratuito. La ley, que no especificaba un límite de semanas para la interrupción, autorizaba la práctica únicamente en hospitales, realizados por un médico, y sin fines lucrativos. "La legislación de todos los países combate este mal mediante el castigo a las mujeres que deciden abortar y a los médicos que llevan a cabo la operación. Sin haber obtenido resultados favorables, este método de combatir el aborto condujo estas operaciones a la clandestinidad y convirtió a la mujer en una víctima de mercenarios, a menudo ignorantes, que hacen de las operaciones secretas su profesión", argumentaba el preámbulo del decreto²².

Es importante destacar que en casi todos los países del mundo el aborto está permitido excepcionalmente para salvar la vida de la mujer y en la mayoría para preservar su salud física o mental, sin embargo, a pesar de las disposiciones jurídicas, nuevamente existen notables diferencias entre el nivel de desarrollo de un país y el cumplimiento efectivo de la ley. Solamente en el 16 % de los países en vías de desarrollo se permite el aborto por razones socioeconómicas, en comparación con el 80 % de los países desarrollados. Tres de cada cuatro abortos provocados en los primeros (excepto China) se realizan en condiciones

inseguras²³. En estos países, pocas mujeres cumplen las condiciones legales, o conocen su derecho, para recibir servicios para un aborto sin riesgos a los que tienen derecho desde el punto de vista legal. Asimismo, puede ser que los profesionales no están al tanto de las disposiciones legales o no están dispuestos a prestar servicios para un aborto legal. En algunos países (como Camerún), además, lisa y llanamente no se aplican las leyes¹⁹.

Este marco regulatorio ha ido variando en el tiempo con tendencia a flexibilizarse, a través de la tipificación de nuevas leyes o incluso por medio de interpretaciones jurídicas más amplias entre los mismos magistrados. Esta evolución se inició fundamentalmente en la primera parte del siglo XX, cuando los distintos enfoques de la salud pública apuntaban a que el problema se debía en gran medida a la alta tasa de abortos inseguros. A fines de 1960 la tendencia continúa como una liberalización del aspecto legal para el aborto. A partir del año 1985 más de 36 países han liberalizado sus leyes, pero sin embargo existen unos pocos que han avanzado en la dirección contraria²⁴.

Entre los avances y retrocesos en la materia acontecidos en el último tiempo, a nivel europeo se había nombrado a Irlanda como último país en despenalizarlo a finales de 2018, aunque vale la pena mencionar recientemente en 2021 una rotunda votación popular a favor de reformar la prohibición del aborto en San Marino, vigente desde hace 156 años. Y en España, el Proyecto de Ley Orgánica por el que se modifica la ley vigente de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que se encuentra en trámite parlamentario, y que contiene importantes avances respecto a la actual legislación. Entre ellas, permitirá el acceso al aborto a las adolescentes de 16 y 17 años y a las mujeres con discapacidad, sin necesidad de la autorización de sus progenitores o tutores. Además, promueve la eliminación de barreras en el acceso, como el llamado “plazo de reflexión” y la obligatoriedad de recibir información acerca de recursos y ayudas disponibles en caso de continuar con el embarazo. También hay que destacar a Corea del Sur y Tailandia que

despenalizaron el aborto (siempre con sus respectivas particularidades) a partir del año 2022²⁵.

Por el lado de los retrocesos, un caso notable ocurrió en Polonia el año 2020, al declarar inconstitucional el aborto por malformación mortal o grave del feto. Eliminando así uno de los pocos supuestos legales permitidos del aborto al que se acogían más del 90% de los aproximadamente 1.000 abortos practicados anualmente en el sistema de salud de Polonia. Otro caso de interés y a la vez paradójico sucedió recientemente en Hungría, donde se ha firmado un decreto que obliga a las embarazadas que quieran abortar a escuchar los latidos del feto. Pero, sin embargo, el retroceso más conocido a nivel mundial ha ocurrido a mediados del 2022 en Estados Unidos, al haber dictaminado el Tribunal Supremo de aquella nación que dejará de proteger el derecho al aborto, y que, por lo tanto, serán los estados los que deberán regular este derecho. Así, por ejemplo, en Kansas, un Estado muy conservador, se blindó el derecho al aborto cuando poco después de este dictamen, la población de este estado votó mayoritariamente a favor de que su legislación siga protegiendo este derecho, manteniéndose como un “Estado refugio” para las mujeres. No obstante, apenas hizo efecto el nuevo decreto, en 9 estados, entre ellos Texas y Misuri, ya fue inmediatamente ilegal interrumpir el embarazo bajo cualquier supuesto. Incluso, a fines de 2022, senadores conservadores de los EE. UU. han ingresado nuevos proyectos de ley que prohibirían la mayoría de los abortos después de las 15 semanas, lo que, de promulgarse, supondría una prohibición nacional del aborto. Esto contrasta con el caso de Canadá, donde el acceso al aborto es un procedimiento médico gratuito que no tiene regulación ni barreras específicas²⁶.

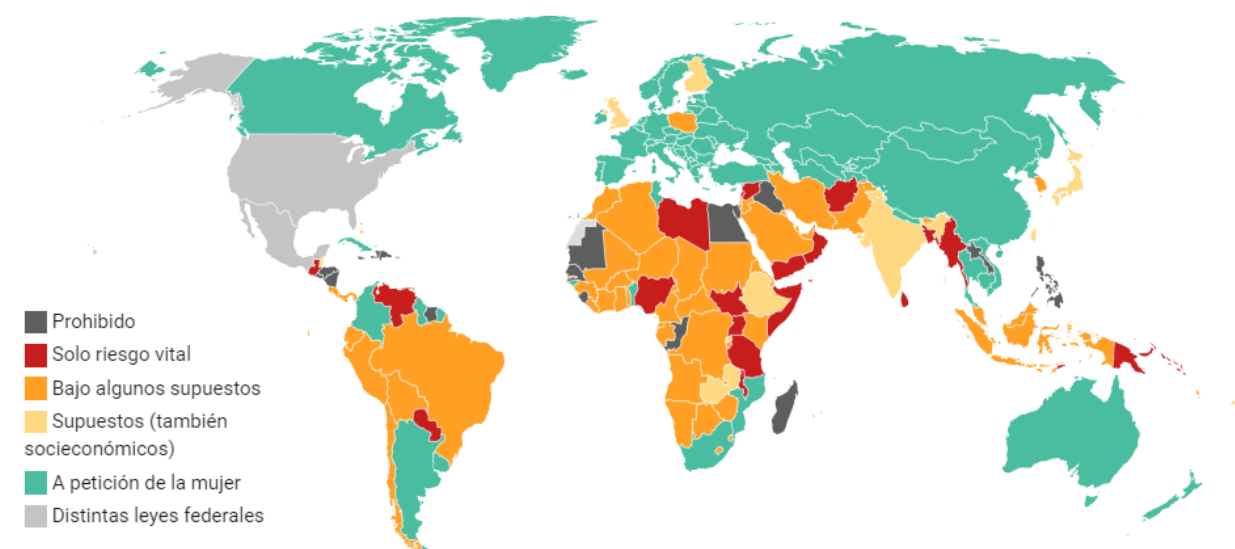
Declaraciones recientes de la ONU señalan que 75 países, que representan el 36% de las mujeres de todo el mundo, permiten el aborto a solicitud de la mujer embarazada. Luego, un porcentaje mayoritario de las mujeres que viven en otros países tienen leyes que permiten el aborto en función de determinadas circunstancias (las llamadas “causales” válidas de aborto), donde en este espacio entran las legislaciones que se ubican entre la prohibición total y el aborto libre;

son aquellos países que permiten interrumpir el embarazo de forma muy restrictiva si sólo se tiene en cuenta el riesgo de muerte para la mujer; o algo más amplia si incluyen entre las causas la salud materna, la violación, las malformaciones del feto u otros motivos sociales y económicos, aunque no necesariamente todas a la vez.

Por último, en el extremo contrario a los primeros, destacan 24 países de todo el mundo, entre los que se encuentran Egipto, Irak, Nicaragua, Honduras, El Salvador, Haití, República Dominicana, Mauritania, Senegal, Sierra Leona, el Congo, Madagascar, Laos y Filipinas, que según el mapa del Centro de Derechos Reproductivos de los EE.UU, el aborto está prohibido bajo cualquier circunstancia, incluso si existe riesgo para la vida de la mujer gestante. En estos países vive el 6% de las mujeres del mundo en edad reproductiva²⁷.

En definitiva, en todo el mundo, más del 40 % de las mujeres en edad fértil vive en países que prohíben el aborto, tienen leyes muy restrictivas o en donde, aun cuando es legal en ciertos casos, no está disponible ni es accesible²⁷.

MAPA DE LEYES DEL ABORTO EN EL MUNDO: prohibido en 24 países



Fuente: Centro de Derechos Reproductivos, EE. UU, 2023. Disponible en: [https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/?indications \[1367\]=1367](https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/?indications [1367]=1367)

En el contexto latinoamericano de los últimos años, la situación ha ido variando, aunque con matices. La dicotomía es notable. Algunos países han aprobado leyes aperturistas; otros, restrictivas. En cuatro estados de la región: Venezuela, Guatemala, Surinam y Paraguay, el aborto se permite sólo para salvar la vida de la mujer; y así y todo en ocasiones únicamente aplica sobre el papel, ya que el acceso es complicado. En la mayoría son muchas las mujeres perseguidas por abortar, o que han tenido que recurrir a la justicia, casi siempre con escasos resultados, para defender su posición. En el caso de El Salvador, Haití, Honduras, República Dominicana y Nicaragua la práctica del aborto es aún más restrictiva y se suman a Malta y al Vaticano como los 7 estados en todo el mundo donde el aborto está prohibido en todas sus formas²⁸. Sin embargo, a partir del año 2024 entra en vigencia un nuevo código penal en Haití, que despenalizará el aborto hasta la duodécima semana de embarazo, y en cualquier momento en casos de violación o de incesto, o cuando se encuentre en peligro la salud mental o física de la persona embarazada, siendo un gran vuelvo en su política interna y una incógnita su verdadera implementación.

Del otro lado de la moneda, y a pesar de la oposición a esta práctica de los sectores más conservadores y de la Iglesia, se han registrado cambios estructurales y notables, como el de Uruguay, donde, por ejemplo, se despenalizó el aborto durante las primeras 12 semanas de gestación; un modelo de ley de plazos similar al de la mayoría de la UE y elegido también en la ciudad de México (desde 2007), siendo además muy similar al modelo cubano. La tendencia general del resto de los países de la región apunta a una permisividad condicionada, o a dos o tres casos especiales.



Situaciones que pueden motivar un aborto y la configuración de las “causales”

El intento de llevar a cabo un aborto provocado o el resultado consumado del mismo puede tener un sinnúmero de explicaciones o motivaciones, y los contextos por los cuales se desarrolla son igualmente imposibles de determinar o establecer con precisión. Es más, un aborto podría ser incluso realizado sin el consentimiento de la madre o de manera obligada. Casos similares de atropellos a la dignidad de las personas y especialmente de las mujeres han ocurrido en nuestra región y se han dado a conocer públicamente hace no tantos años, como por ejemplo el caso del ex presidente peruano Alberto Fujimori, quien se encuentra condenado con pena de cárcel en Perú, luego de ser extraditado el año 2007 desde Chile (donde se mantenía prófugo), debido a múltiples crímenes, entre ellos la esterilización forzosa de casi 300.000 mujeres durante su gobierno, como parte de un programa gubernamental²⁹.

A grandes rasgos, los abortos provocados pueden dividirse en consentidos y no consentidos por la mujer gestante, habiendo múltiples matices entre ambos extremos (como por ejemplo una adolescente que es fuertemente influenciada/amenazada por su pareja o familia para su realización). Dentro de los primeros, las razones pueden ser fundadas en sugerencias e indicaciones médicas (que tienen que ver con la salud de la mujer o implicancias fetales), como también por motivaciones del espectro psicológico y social que finalmente se entrelazan e interrelacionan entre sí.

Se habla de “causales” que darían sustento ético y moral al ejercicio del aborto provocado a aquellas situaciones hipotéticas o reales que justificarían su proceder y que son sometidas al juicio y debate público para respaldar de acuerdo al mérito de suficiencia el acto del aborto, en desmedro de la vida del que “estaría por nacer”, concepto, por lo demás, muy controvertido. Es por medio del análisis político y jurídico de estas causales que los países avanzan o retroceden constantemente en esta materia legislativa, no siendo tampoco siempre de sentido unidireccional, como ya hemos visto.

El derecho humano a la vida está directa o indirectamente implícito en todas las constituciones de los países. En ese sentido existe coherencia con el consenso mundial que permite el aborto cuando hay peligro para la vida de la mujer, y que se respeta en casi todos los países³⁰. Considerando que puede haber condiciones médicas y sociales que ponen en peligro la vida de una mujer embarazada, algunos países han elaborado listas en detalle en relación a estas condiciones. Un ejemplo de condición social es el caso de lugares en los que un embarazo extramarital puede significar un episodio inmoral que lleve a la mujer a hechos de violencia física e incluso la muerte. La posibilidad de muerte materna y las diversas causales en relación a ello, constituye una de las priorizaciones más elocuentes en todas las naciones que discuten la problemática del aborto.

En los casos en que un embarazo no conlleva peligro físico para la mujer, pero sí para su salud, de igual modo el cumplimiento de los derechos humanos requiere que las mujeres puedan acceder a un aborto sin riesgos³⁰. En muchos

países su marco regulatorio no especifica qué aspectos de la salud están involucrados, por lo que por defecto el parámetro a utilizar es la definición constitucional de salud de la OMS, organismo del cual todos los países del mundo (194) son miembros, que define salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”³¹. Bajo este criterio también tendrían cabida como una alteración de la salud, la angustia psicológica o el sufrimiento mental causado, por ejemplo, por el diagnóstico de alguna anomalía fetal grave o actos sexuales forzosos ³².

En esta vertiente, poco a poco se ha visto que los países se van abriendo a la posibilidad de permitir el aborto cuando existe un diagnóstico de daño o anomalías fetales por causas genéticas u otras causas. Algunos explicitan el tipo de daño como el que es incompatible con la vida o con la vida independiente, y otros proporcionan una lista de daños específicos²⁸.

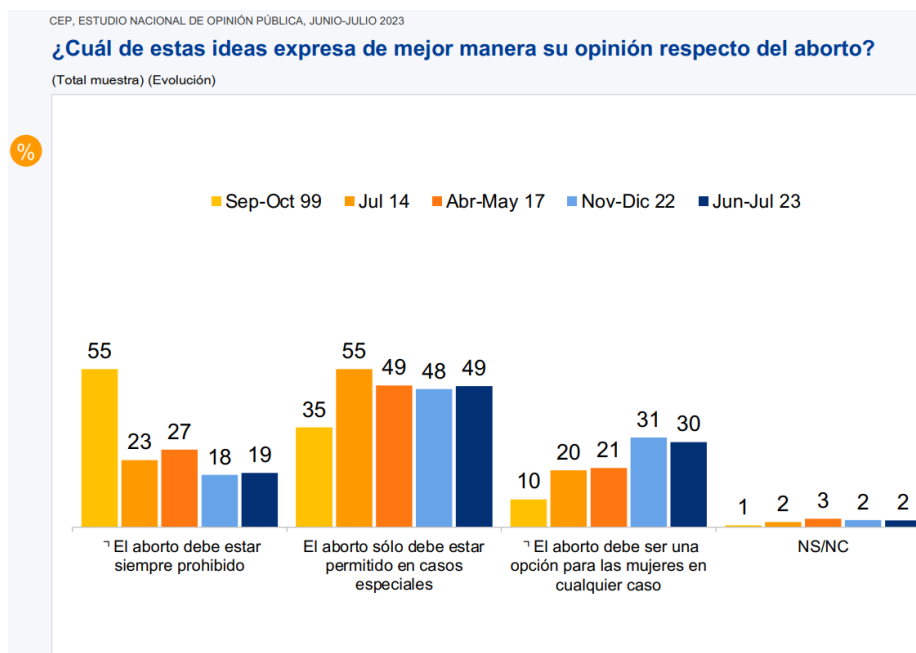
Las encuestas de opinión de algún modo reflejan el sentir de la ciudadanía y de las propias mujeres que pueden verse involucradas en situaciones relacionadas al aborto, y normalmente muestran resultados más liberales en relación a la temática que las propias normas y leyes que rigen en sus respectivos países. Así es como en Argentina, de acuerdo a una publicación de la facultad de psicología de la Universidad de Buenos Aires del año 2020, siete de cada diez personas dijeron estar de acuerdo con legalizar o despenalizar el aborto, y más del 60% dijo conocer a alguien cercano que atravesó por una situación de aborto; mismo porcentaje que piensa que la legalización del mismo disminuiría la mortalidad en mujeres, y casi la misma que considera que de legalizarse la cantidad de abortos seguiría siendo la misma³⁰.

En Chile, cuyo país no tiene aborto libre, y, aunque ha tenido políticas más restrictivas y avances más lentos en la temática respecto a Argentina (como veremos más adelante), también se observan porcentajes altos en las encuestas de opinión que están a favor del aborto en general, aunque debido a las diferencias entre los procesos, se está constantemente consultando por las diversas causales puntuales, más que por la liberalización completa del aborto.

El informe “Miradas globales sobre el aborto en 2021, dio cuenta que un 73% de los chilenos está a favor del aborto en general, siendo un 41% quienes piensan que el aborto debería ser completamente libre y un 32% que cree que debe permitirse en ciertas circunstancias, tales como en casos de violación. Por el contrario, un 7% está totalmente en contra de interrumpir el embarazo, sea cual sea la circunstancia, y un 12% está en contra, excepto cuando la vida de la madre corra peligro³².

Con respecto al año anterior, la aprobación hacia la legalización del aborto tuvo un aumento de 5 puntos porcentuales, pasando de 68% en 2020 a 73% en 2021. Esto se produjo por un incremento en el porcentaje de chilenos que están a favor del aborto libre, que en 2020 marcaba un 36% y en 2021 alcanzó el 41%, mientras que la aprobación del aborto con causales se mantuvo en 32% en ambos años. Las mujeres son quienes más se muestran a favor del aborto en general con un 74%, y solo un 19% que se muestra contraria a esta acción. Por otra parte, un 73% de los hombres apoya el aborto y un 19% opinó en contra de esta medida³².

En su más reciente estudio de Julio 2023, la Encuesta Nacional de Opinión Pública CEP (una de las agencias más prestigiosas en Chile) en relación a la temática del aborto permite observar una fuerte caída entre el 55% que pensaba en el año 1999 que el aborto debía estar siempre prohibido a sólo un 19% en 2023; o, por otra parte, el ascenso de un 10% a un 30% entre quienes piensan que debe ser una opción para las mujeres en cualquier caso (mismo periodo de tiempo). Desde el año 2014 prácticamente la mitad de la población, según este sondeo, piensa que el aborto sólo debe estar permitido en situaciones especiales³³.



Así, y en resumen a nivel internacional, desde el año 2014 hasta la fecha la aprobación del aborto ha aumentado un 10% en Chile, siendo Corea del Sur (20%), Argentina (15%) y Brasil (11%) los países que más aumentaron en este período de tiempo. En contraparte, los que más bajaron fueron Turquía (-15%), Francia (-9%) y España (-8%). Sin embargo, debe mencionarse que los datos en Argentina sobre la aprobación del aborto se han mantenido relativamente estables a lo largo del tiempo, registrando su peak en 2017 cuando llegó a 75%³².

Del mismo modo, y ya caracterizadas la mayoría de las “causales” de aborto de relevancia para el contexto ciudadano y legislativo (o al menos que surgen constantemente en el debate público), casi la mitad de los países permiten el aborto en el caso específico de violación, o de manera más amplia cuando el embarazo es producto de un acto delictivo²¹, requiriéndose en algunos países denunciar previamente el delito, realizar una pericia forense o una investigación policial. Es más frecuente encontrar una mayor aceptación en la causal “inviabilidad de la vida de la madre”, y un poco menos en la causal “inviabilidad del feto”, siendo la causal “violación” de tendencia intermedia. Esto último en el plano legal, puesto que la opinión ciudadana es mucho más sensible a la “causal violación” que lo que se refleja en las leyes respectivas de cada país.

Mientras más requisitos se soliciten o tipifiquen aumenta la probabilidad de que la mujer termine realizando un aborto en la clandestinidad con proveedores inseguros, auto induciendo su propio aborto o recurriendo a otros países que presentan menos trabas (aumenta el costo, reproduce las inequidades y eleva el riesgo para la salud por la demora).

En el caso en que existan razones económicas y sociales para realizar un aborto, las posturas de los países que permiten esta modalidad son diversas: algunos ponderan si la continuación del embarazo afectaría las circunstancias presentes o previsibles de la mujer, incluso alcanzar el mejor estándar de salud posible, mientras otros especifican o sugieren concretamente los casos, tales como la falla en el método anticonceptivo, el embarazo fuera del matrimonio, o la discapacidad intelectual que afecta la capacidad de cuidar a un niño³¹. En mujeres menores de edad, la autorización paterna, muchas veces basada en un límite de edad arbitrario, niega el reconocimiento de las capacidades evolutivas de las mujeres jóvenes³².

Por último, uno de cada tres países miembros de la ONU permite el aborto libre e informado de la mujer embarazada³¹. En estos casos se reconoce entonces que la mujer tiene un derecho propio de elegir sobre lo que ocurre en su cuerpo sin exigir una razón específica, sin embargo, la mayoría de estos países establecen limitaciones en función de la duración del embarazo, lo que también puede acarrear consecuencias negativas en aquellas que superaron el tiempo permitido. Por tanto, el hecho de legalizar el aborto no implica un nivel seguro de actuación si las políticas no son las correctas. El panorama es diverso: algunos países realizan abortos de tipo ambulatorios solo hasta las ocho semanas de gestación cuando se podrían proveer de manera segura incluso después de 12 a 14 semanas de gestación. Asimismo, algunos países ofrecen aspiración de vacío solo hasta las seis u ocho semanas, cuando el personal de salud capacitado puede proporcionarlo de manera segura hasta las 12 a 14 semanas de gestación. Estas políticas también promueven el uso continuo de procedimientos menos seguros, como la dilatación y curetaje³¹.

En definitiva, ponderando todos estos factores, es habitual encontrar en todos los tribunales y los organismos de derechos humanos regionales e internacionales en general, una sugerencia a acercarse, o derechamente una recomendación clara de legislar a favor de la despenalización del aborto, así como proveer atención médica para el acto en sí, con el fin de proteger la vida y la salud de la mujer, incluyendo la salud mental en casos de violación si la mujer lo solicita, aunque no represente un riesgo físico³².

2.5. CARACTERIZACIÓN DEL ABORTO EN ARGENTINA

Como se comentó en párrafos anteriores, la realidad promedio de nuestra región no es tan distinta a lo que sucede en otras latitudes más lejanas. Por ejemplo, en la mayoría hay restricciones y penalidades ante la práctica del aborto, siendo legal sólo en algunos casos puntuales. Y cuando inclusive es llevado a la práctica cotidiana en estas situaciones permitidas, aparecen serias fallas a nivel burocrático, político, de recursos, accesibilidad y conocimiento en los servicios de salud, que hacen imposible su implementación, terminando en crear un imaginario colectivo donde se ha pensado que la práctica del aborto estuviera totalmente prohibida. Argentina pertenecía hasta hace no mucho a este grupo mayoritario países vecinos (con ciertos atisbos liberales históricos, por cierto), y aunque la situación actual dista mucho de ser perfecta en la materia, lo cierto es que Argentina, hoy por hoy, es parte de las naciones más abiertas en el mundo en relación a la temática del aborto.

En 2007 se presentó ante el Congreso de la Nación el primer proyecto de legalización del aborto elaborado por la “Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito”, alianza creada por diversas organizaciones proaborto, personalidades políticas y profesionales de la materia, cuyo símbolo consistía en un pañuelo verde. Desde aquella fecha, y con el impulso que

comenzó tiempo antes desde el movimiento feminista y diferentes sectores sociales y políticos, se instaló en la agenda del país el debate en torno a la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo, como también de otro de los reclamos: la despenalización. El proyecto fue presentado al congreso durante 8 veces en 12 años.

En una histórica madrugada del 30 de diciembre de 2020, ampliamente cubierta por la prensa internacional, finalmente el Senado sancionó el proyecto de despenalización y legalización del aborto en Argentina, encabezado por el propio gobierno nacional.

La ley 27.610 de “Regulación del Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto” establece que toda persona con capacidad de gestar tiene derecho a decidir la interrupción voluntaria de su embarazo hasta, inclusive, la semana catorce³⁴. La legalización del aborto, además de garantizar un derecho en todo el territorio argentino, tiene por objetivo disminuir la morbilidad y prevenir la mortalidad. Tanto en la salud pública como a través de la medicina prepaga (privada) y coberturas por obras sociales (sistema de salud intermedio), debe garantizarse la cobertura integral del aborto. No requiere adhesiones provinciales ni reglamentación para su vigencia.

Entre sus principales artículos, la ley indica el derecho de personas gestantes a requerir y acceder a la atención para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en los servicios del sistema de salud de todo el país y el derecho al acceso a la información para la prevención de embarazos no intencionales junto a educación sexual integral (ESI) y métodos anticonceptivos eficaces, todo de acuerdo a las formas que la Organización Mundial de la Salud recomienda.

En lo específico, la ley establece que, una vez solicitada la prestación por parte de la beneficiaria, el prestador tiene un plazo máximo de diez días corridos para cumplir con la petición de la afiliada. Adicionalmente, el derecho a decidir y

acceder a la interrupción voluntaria del embarazo a partir de la semana 15 del proceso gestacional es permitida en las siguientes situaciones:

- Si el embarazo fuere resultado de una violación, con el requerimiento y la declaración jurada de la persona gestante, ante el personal de salud interviniente. En los casos de personas menores de 13 años, la declaración jurada no será requerida.
- Si estuviera en peligro la vida o la salud de la persona gestante.

Se establece que previo a la realización de la interrupción voluntaria del embarazo se requiere un consentimiento informado de la persona gestante expresado por escrito, siendo pleno a partir de los 16 años. Asimismo, se reglamenta que él o la profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la interrupción del embarazo tiene derecho a ejercer objeción de conciencia en concordancia a las condiciones que estipula la ley, aunque, el personal de salud nunca podrá negarse a la realización de la interrupción del embarazo en caso de que la vida o salud de la persona gestante esté en peligro y requiera atención inmediata e impostergable.

No obstante, todo lo anteriormente expuesto no es más que un corolario de múltiples movilizaciones sociales proabortistas y voces permanentes en debate desde hace más de 100 años. La situación anterior a la promulgación de la ley del año 2021 fue durante decenas de años motivo de avances y retrocesos en la materia. Argentina en diversos momentos históricos fue pionero en la región y el debate público generado fue seguido de cerca por múltiples organismos internacionales. Es interesante el contexto histórico que hace confluir a la realidad actual en torno a la temática.

El marco legal que rige al aborto en Argentina es bastante claro: de acuerdo al artículo 86 del Código Penal de la Nación, creado en 1921 (y que rige hasta el día de hoy), se señala que existen excepciones a la punibilidad del aborto:

a) en caso de peligro para la vida de la mujer; b) en caso de peligro para la salud de la mujer; c) en caso de violación; d) en caso de atentado al pudor de mujer “idiota o demente”.

En marzo de 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación dictó una sentencia histórica en el marco del caso “F., A.L. s/ medida autosatisfactiva”³⁵, a propósito de un caso en particular que generó conmoción en el país, y que sirvió de precedente para la determinación y/o reafirmación de la interpretación legal vigente en torno a las prácticas abortivas en la Argentina, constituyéndose en un pilar fundamental de la política nacional actual en esta materia.

En dicho hecho, inserto en el no cumplimiento efectivo y sistemático de la regulación vigente, y con el fin de terminar con la práctica de judicializar o retrasar el derecho al acceso al aborto no punible, el Tribunal estableció el alcance de los permisos y reafirmó el derecho de las mujeres a interrumpir sus embarazos en todas las circunstancias permitidas por la ley, cuando su vida o su salud están en peligro o cuando el embarazo es producto de una violación sexual, sin importar la capacidad intelectual o psico-social de la mujer. La Corte convocó a los poderes judiciales de todas las jurisdicciones a que se abstengan de judicializar el acceso a los abortos legales. Y finalmente, exhortó a las autoridades nacionales, provinciales y de la Ciudad de Buenos Aires a implementar y hacer operativos protocolos hospitalarios para remover todas las barreras que limitan el acceso a los servicios médicos, estableciendo diversas pautas que los protocolos deben contemplar, tales como que se garantice el acceso a la información y la confidencialidad de la usuaria, no se requiera autorización judicial ni denuncia policial en los casos de violación, sino que baste con una declaración jurada, se prevea que la objeción de conciencia sea manifestada en el momento de la implementación del protocolo o al inicio de las actividades de un establecimiento de salud determinado, se eviten dilaciones innecesarias, y que se sancione a los profesionales que dificulten o impidan el acceso a la práctica³⁵.

Otro intento destacable en pro de mejorar la regulación en el ámbito de la gestión del problema, fue un “Protocolo para la Atención Integral de las

Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo”³⁶, diseñado por el Ministerio de Salud de la Nación, y cuyo resultado apuntó a recopilar, mejorar y actualizar guías técnicas anteriores, adaptando el uso de un lenguaje sencillo (por ejemplo el cambio de la expresión “abortos no punibles” por “interrupción legal del embarazo”), contemplando la transversalización del enfoque de género al incluir a los varones transgénero como sujetos de derecho que pueden requerir la práctica, en sintonía con la ley nacional sobre Identidad de Género, Ley 26.743; también incorporación de los últimos desarrollos científicos y jurídicos en la materia, como las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y los lineamientos establecidos por la Corte Suprema en el fallo “F., A.L”, entre otros aspectos. Éste volvió a reafirmar que quien se encuentre en las condiciones descriptas en el art. 86 inciso 2 del Código Penal (las causales antes descritas) “no puede ni debe ser obligado a solicitar una autorización judicial para interrumpir su embarazo, toda vez que la ley no lo manda, como tampoco puede ni debe ser la mujer privada del derecho que le asiste a la interrupción del mismo, ya que ello, lejos de estar prohibido, está permitido y no resulta punible”.

No obstante todo lo anterior, si bien el nuevo protocolo estableció que su aplicación es obligatoria en todo el territorio argentino y que debe ser puesto en práctica por todas las instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas, según los mismo estándares de calidad, lo cierto es que el documento careció de estatus de resolución ministerial, al igual que las versiones de anteriores, y no fue acompañado por una estrategia firme que promoviera su amplia difusión y aplicación por parte de las autoridades federales.

Hasta fines de 2020, ya habiendo pasado varios años de la resolución de los lineamientos dados por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, sólo nueve de las 24 provincias tenían protocolos de atención para los abortos no punibles que se ajustaran, en buena medida, con los lineamientos fijados por el tribunal: Chaco, Chubut, Jujuy, La Rioja, Misiones, Santa Cruz, Santa Fe, Río Negro y Tierra del Fuego. Otras ocho dictaron protocolos que incluyeron requisitos que dificultaron, en vez de facilitar, el acceso de mujeres a servicios de aborto seguro:

Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, Neuquén, Provincia de Buenos Aires y Salta. Y, por último, nueve jurisdicciones no dictaron ningún protocolo: Catamarca, Corrientes, Formosa, Mendoza, San Juan, San Luis, Santiago del Estero y Tucumán³⁷. En síntesis, más de la mitad de las jurisdicciones del país no contaba con una normativa que asegure, de modo efectivo, el ejercicio de un derecho que las mujeres tendrían legalmente desde 1921.

En esta esfera social, el debate en la Argentina en relación con la temática del aborto ha sido fluctuante, aunque permanente en el tiempo. Una de las mayores manifestaciones de todos los tiempos y una de las más importantes ocurrió el año 2018, donde en medio de un intenso debate político y social, la cámara de diputados aprobó y despachó a la de senadores un proyecto de ley que despenalizaba al aborto voluntario hasta la semana 14 de gestación. Sin embargo, fue la cámara alta la que, por pocos votos, dio la negativa definitiva a la discusión, al menos por un año, lo que mantuvo al aborto voluntario como un delito penado con cárcel en dicho país y la tensión al rojo vivo.

Todo este movimiento y engranaje jurídico, en conjunto a las políticas gubernamentales en relación al tema (ya sea por acción u omisión), no existieron ante la sola respuesta a uno o varios casos específicos de índole legal que han requerido una intervención o esclarecimiento de las normas vigentes para llegar a resolverse de manera correcta, más bien han ido respondiendo a una necesidad y problemática de los distintos actores sociales que han expresado su opinión, y también de aquellos (la gran mayoría) que no se han expresado mediante la vía político-administrativa, pero que sí han contribuido mediante su experiencia (familiar, comunitaria o incluso mediante la información a través de los medios de comunicación masiva) a generar una sensación de malestar general que fue creciente en el tiempo y que se vio subsanada en gran parte, como vimos, con la promulgación general de la ley de aborto del año 2021.

En cuanto a las cifras, se estima que en Argentina antes de 2021 había entre 370.000 y 520.000 casos de aborto por año (más de un aborto cada 2

nacimientos)³⁸. Ya, ante la histórica falta de datos oficiales, el jefe de gabinete informaba acerca de los egresos hospitalarios por aborto: en 2014, último dato disponible, fueron 47.063 sólo en los hospitales públicos³⁷.

Por otra parte, las muertes por abortos inseguros representaron el 17% del total de las muertes maternas en el trienio 2014-2016. Es decir, casi 2 de cada 10 de las mujeres fallecidas por causas maternas murieron por abortos inseguros: 47 mujeres por año. Luego de la promulgación de la ley se asegura que se han disminuido fuertemente estas cifras, sobre todo la muerte materna por aborto, aunque las cifras siguen siendo estimaciones.

A julio de 2022 el registro de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva indica que se practicaron legalmente 73.487 abortos en Argentina, pero es la segregación por provincia, donde se hacen visibles las dificultades en el acceso, debido a, por ejemplo, la distribución geográfica de servicios habilitados, mayormente concentrados en las ciudades más importantes. El servicio de salud pública cuenta con más de 6,5 mil hospitales y centros de salud distribuidos en todo el país; sólo 1.327 garantizan estas prácticas, apenas un 20 por ciento, hasta el momento³⁹.

En 2021, la tasa nacional de IVE/ILE por mil mujeres en edad fértil fue del 5,59, pero la aplicación en las provincias es desigual. Las oscilaciones van de un 1,69 en provincias como Formosa, a un 12,18 en La Pampa ³⁸.

» Tabla 3: Cantidad de IVE/ILE reportadas en 2022, por jurisdicción⁷

Provincia	Cantidad de IVE/ILE informadas
Buenos Aires	40880
Catamarca	914
Chaco	1277
Chubut	1386
Ciudad de Buenos Aires	9961
Córdoba	3015
Cordoba (Municipio)*	1558
Corrientes	1138
Entre Ríos	2444
Formosa	842
Jujuy	2580
La Pampa	419
La Rioja	1018
Mendoza	3893
Misiones	1446
Neuquén	1634
Rio Negro	1046
Salta	4721
San Juan	1219
San Luis	1210
Santa Cruz	803
Santa Fe	6645
Santiago del Estero	1417
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	497
Tucuman	4701
Total	96.664

En 2022, a través de datos obtenidos de una organización de la sociedad civil de Catamarca que acompaña a mujeres que deciden interrumpir su embarazo, el 46,8% de las que se acercaron manifestaron que no sabían que podían solicitar un aborto voluntario en el sistema de salud. En su recorrida, la organización detectó que en una organización que acompaña abortos en Entre Ríos sólo el 31% de las personas que solicitaron información sobre el procedimiento al sistema público y privado de salud la obtuvieron³⁹. Por otro lado, sólo el 22% de los equipos de salud que recibió botiquines con métodos anticonceptivos garantizaron el acceso a la IVE (interrupción voluntaria del embarazo) e ILE (interrupción legal del embarazo)³⁹. Es blanco de críticas el

hecho de que no se han llevado a cabo campañas masivas para informar cómo y dónde se puede acceder al derecho a la IVE, y que esa omisión sostiene el estigma histórico que recae sobre el aborto y produce inhibiciones y disuasiones que alejan a las personas del sistema sanitario.

En esa línea, poco ayudan las palabras del papa Francisco, jefe de la Iglesia Católica, quien ha descrito al aborto como un "homicidio" y aseguró que "aquellos que practican abortos matan"⁴⁰.

Por último, otro aspecto que ha sumado complicaciones ha sido la objeción de conciencia de mucho médicos, que, en ciertas ciudades alejadas de las grandes urbes, han generado déficit de profesionales idóneos. Por ejemplo, el informe de Amnistía Internacional de 2022 señala que sólo 40 médicos en Salta se han declarado a favor del aborto, en una provincia de 1,3 millones de habitantes³⁹. Esto agravado por la situación de que los tratamientos más seguros y menos dolorosos, como la aspiración manual endouterina (AMEU), a menudo no están disponibles para las mujeres de ciertas provincias o deben pagar de manera privada para una atención.

El relevamiento de 2022 del organismo "Amnistía internacional" reveló que durante 2021 se registraron 37 acciones judiciales presentadas en contra de la implementación de la ley 27.610, 32 de las cuales propusieron que se declarara inconstitucional. Las primeras 20, de hecho, se presentaron durante el mes que le siguió a la promulgación de la ley. Sin embargo, ninguna de esas acciones judiciales prosperó tras su presentación, y las pocas medidas cautelares que tuvieron como fin suspender la aplicación de la ley se sostuvieron por pocos días y no afectaron la plena vigencia de la ley. Esto se ve como un fuerte apoyo del poder judicial a las fuertes presiones políticas suscitadas ³⁹.

Otro aspecto positivo en relación a la implementación legal del aborto libre hasta las 14 semanas es que la entrega estatal de misoprostol, droga que se usa para abortos ambulatorios, creció 133% respecto de 2020. También crecieron, entre 2020 y 2021, la cantidad de equipos que brindan acceso a ese

procedimiento: el año pasado eran 940 a nivel nacional, y en junio de 2021 ya había 1.241 en todo el país³⁹.

En total se reportaron 96.664 interrupciones del embarazo durante 2022 en todo el país, en 1.793 efectores de salud⁴¹, y aunque como hemos visto, la ley no ha estado exenta de dificultades de implementación, ha ido aumentando cobertura, acceso y oportunidad año a año.

Otras cifras alentadoras refieren que el número de centros de salud pública que brindan servicios de aborto se ha incrementado en más del 50% desde que la ley entró en vigor en 2021. También se destaca que la mortalidad materna por aborto se ha reducido en un 40%. A esto suma que el misoprostol, una de las píldoras que se usa para abortar, ahora se fabrica en el país, lo que facilita su disponibilidad (Misop 200, del Laboratorio Domínguez).

En síntesis, Argentina se encuentra en un proceso de implementación creciente de una ley de aborto reciente, muy esperada y discutida. Se aprecian resultados favorables y en sintonía con las recomendaciones de la OMS. Los debates que decantaron en la situación actual se fueron dando en general de manera previa, pero en un mismo clima altamente politizado y de interés público, como también ha ocurrido (y sigue ocurriendo) en otros países vecinos, tales como Chile o Brasil, y potenciado más aún en tiempos actuales en los cuales las barreras geográficas son fácilmente superadas por los contactos de los diversos actores favorecidos a través de las redes sociales o grupos organizados, donde el problema de fondo puede ser visibilizado con mayor claridad y con un enfoque más real por el resto de la población. Un claro ejemplo es el símbolo de las mujeres de pañuelo verde (creado en Rosario el año 2003), pro-legalización del aborto, el cual se ha masificado en el continente y llegó incluso a Francia.

En la actualidad, Argentina figura en la lista de los ocho países de Latinoamérica con “aborto libre”: Cuba (1961), Puerto Rico (1973), Guyana Francesa (1975), Guyana (1995), Uruguay (2012), Argentina (2020), Colombia (2022) y México (2022).

Sin embargo, esta situación aparentemente favorable para los grupos pro-derechos de las mujeres y la población en general, de acuerdo a los estudios de opinión, no se encuentra completamente definida, en cuanto existen grupos de poder relevantes para la sociedad argentina, con influencia política, que podría relativizar las conquistas e incluso amenazar con retrocederlas. En este sentido, el presidente actual, Javier Milei (autodefinido como “libertario”, pero que se declara abiertamente en contra de cualquier tipo de aborto y propone eliminar la ley vigente), obtuvo el 56% de los votos en el último balotaje que lo llevó a la presidencia.

Como hemos visto, los temas más conflictivos para una sociedad no evolucionan en línea recta ni menos en la misma dirección, sino que se encuentran en situación dinámica permanente, y sometida, además, a las mayorías circunstanciales de cada momento.

2.6. CARACTERIZACIÓN DEL ABORTO EN CHILE

El caso chileno más actual en torno a la temática del aborto se relaciona, al igual que muchos otros de sus temas político-sociales, fuertemente con directrices suscitadas en la dictadura militar que duró casi 30 años. Hasta 1989 el aborto terapéutico era completamente legal luego de que en 1931 se contemplara en su código sanitario esta posibilidad bajo ciertos supuestos establecidos por ley. Durante la dictadura cívico-militar de Augusto Pinochet, muy ligada a la derecha más dura y tradicional chilena, ésta fue modificada en diversas oportunidades hasta finalmente darle un carácter legal de prohibición total con pena de cárcel, que situó a este país dentro de los pocos del mundo que no contemplaban excepciones, aunque en realidad, sí hubo un mecanismo para justificar ciertos casos puntuales: la ley no consideraba abortable el aborto indirecto, esto es, aquel que era consecuencia prevista, pero no buscada, de procedimientos

médicos destinados a salvar la vida de la madre. Todo esto pocos meses antes del retorno a la democracia.

Sin embargo, para una comprensión más adecuada del recorrido legal que se ha suscitado con temática del aborto, nos debemos localizar en el año 1874, año en el cual se establece que el aborto inducido constituía un delito, de acuerdo a la promulgación del último Código Penal chileno. En 1931, con la creación del Código Sanitario⁴², 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; procedimientos que requieren de la opinión documentada de tres facultativos" (Art. 226). En 1968, se deroga el Código Sanitario de 1931, y entra en vigencia un nuevo Código Sanitario (Decreto con Fuerza de Ley N° 725)⁴³. Ese 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" (artículo 119). En 1989, como mencionamos, el gobierno Militar modificó el Código Sanitario, y cambió el artículo 119 estableciendo: "No podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto", y por sobre esta normativa, la legislación chilena establece en el artículo 19 de su Constitución Política de 1980 que: "La ley protege la vida del que está por nacer"⁴⁴.

Con el regreso a la democracia y gobiernos de centroizquierda a partir del año 1990, fue posible, poco a poco, la aparición de distintas agrupaciones y organizaciones sociales que mostraran cierta inclinación, al comienzo muy tímidamente, por establecer nuevamente un debate público en relación a los derechos de las mujeres y en particular del derecho a abortar; sin embargo la realidad de Chile en ese entonces implicaba tareas titánicas de grandes envergaduras, como reconstruir las instituciones, garantizar la democracia, entre otras preocupaciones. Todo en "la medida de lo posible", famosa frase pronunciada por el presidente recién electo post régimen militar, Patricio Aylwin, al referirse a la mayor demanda ciudadana de ese entonces: conocer la verdad en cuanto a las graves violaciones a los DDHH acontecidas por más de 25 años. Y es

que la tarea no se veía nada sencilla considerando además que la constitución misma de 1980 (que rige hasta el día de hoy) se ideó y promulgó en plena dictadura, bajo las alas más conservadoras de la política chilena. No resultó demasiado extraño en ese contexto histórico observar la convivencia entre la figura de gobiernos democráticos y la llamada “familia militar” en múltiples ámbitos sociales y políticos. Es así como inclusive el mismo dictador Augusto Pinochet se mantuvo como comandante en jefe del Ejército hasta el 10 de marzo de 1998 (8 años después de haber dejado el gobierno, y al día siguiente del término de la comandancia asumió como Senador vitalicio de la República, cargo que ejerció efectivamente por un par de meses).

En cuanto a las cifras en salud, el Chile de la primera mitad del siglo XX lo dejaba al final de la tabla regional, con muy malos resultados estadísticos poblacionales, aunque en línea con la realidad latinoamericana en relación a cuáles eran los mayores desafíos en ese entonces. Por ejemplo, en tiempos en que los métodos anticonceptivos prácticamente no existían, las tasas de aborto provocado eran altísimas, y esto iba directamente relacionado con tasas elevadas de muerte materna.

Armijo y Monreal⁴⁵, caracterizaron la epidemiología del aborto en Chile antes de la introducción de los métodos anticonceptivos. Ya en el año 1963 la mortalidad materna en Chile por complicaciones del aborto correspondía al 38,8% del total de muertes maternas (312 muertes por aborto), con una mortalidad materna global de 273/100.000 nacidos vivos, una de las más altas de Latinoamérica. En ese estudio se constató que de las mujeres que recurrieron al aborto, el 43,7% tenía antecedentes de 1 a 3 abortos inducidos previos y el 15,5% tenía 10 o más; el 34% tenía entre 25-29 años y el 66% tenía entre 1 y 3 hijos vivos, estos antecedentes sugerían que la mujer recurría al aborto como un método de planificación familiar. Además, para provocar el aborto, el 45,1% utilizaba sonda intrauterina, el 35,6% raspado uterino, el 8,1% lavado intrauterino, y el 11,2% otros métodos. Los métodos utilizados explican la alta mortalidad y

morbilidad en las mujeres que recurrían al aborto, y el principal motivo eran problemas económicos en el 48% de los casos.

En la década de los 60, el Ministerio de Salud chileno crea un programa público con el fin de regulación de la fecundidad, introduciendo en el país métodos de planificación familiar. Esto traería consigo aparejado una reducción del aborto inseguro y por ende la muerte de las mujeres. Estos programas de planificación familiar se vieron ampliados en las décadas siguientes (70 y 80), sumándose mejores controles en el ámbito prenatal y profesional en las atenciones de los partos, lo que asimismo logró disminuir la natalidad y a la vez el número de muertes maternas por aborto.

En la siguiente figura se puede observar cómo la mortalidad materna asciende desde 1952 hasta 1960, donde se mantiene alta, y luego inicia un descenso constante desde 1965, coincidente con la introducción de métodos de planificación familiar.



Mortalidad materna por aborto (x 10.000 nacidos vivos), Chile 1952-1975. Realizada con los datos publicados por Molina y cols46.

En la figura siguiente se muestra la tendencia que tuvo la mortalidad materna por aborto entre los años 1985 y 2000, excluyendo a las muertes por

embarazo ectópico, enfermedad del trofoblasto y otros productos anómalos de la gestación. Se aprecia un evidente descenso desde 11,7/100.000 nacidos vivos en 1985 a 4,8/100.000 nacidos vivos en el año 2000⁴⁷. En 1985, el 24% de las muertes que se produjeron fueron por aborto ilegal y el 17% por complicaciones del aborto; es posible que estas últimas fueran atribuibles en una proporción importante al aborto inseguro. En el año 2000, las causas de las muertes por aborto fueron: 8% para aborto espontáneo, 8% aborto médico, 8% otro tipo de aborto y 76% para aborto no especificado. En ese estudio, en el año 2000, el promedio de edad de las mujeres fallecidas por aborto fue de $20,9 \pm 6,6$ años, el 41,7% eran solteras y el 58,3% solo tenía educación básica⁴⁷.



Mortalidad materna por aborto (x 100.000 nacidos vivos), Chile 1985-2000. Realizada con los datos publicados por Szot y Moreno⁴⁷.

Por último, en la siguiente figura se presenta la tendencia de la mortalidad materna por aborto (x 100.000 nacidos vivos) en el período 1990-2011. Esta tendencia representa un descenso significativo en el periodo ($r = -0,8342$; $p < 0,001$)⁴⁸. El Ministerio de Salud chileno la atribuye al amplio acceso y gratuito a los métodos de planificación familiar, en la atención pública primaria de salud⁴⁹.



Tendencia de la mortalidad materna por aborto (x 100.000 nv), Chile 1990-2011. Realizada por los autores con datos de los Anuarios de Estadísticas Vitales del Instituto Nacional de Estadísticas⁴⁸.

En el período 2000-2009 hubo un total de 38 muertes por aborto, correspondientes al 8,8% del total de muertes maternas del período, con una mortalidad materna por aborto de 1,6/100.000 nacidos vivos y con una tendencia significativamente descendente ($r = -0,712$; $p = 0,023$)⁵⁰.

Podemos concluir que los métodos de planificación familiar han permitido a la mujer chilena no recurrir al aborto para planificar su familia, y han permitido reducir drásticamente la mortalidad materna asociada aborto desde 106/100.000 nacidos vivos en 196345 a 1,6/100.000 nacidos vivos en el año 201250. Ésta ha sido la principal política que ha permitido que en Chile la mortalidad materna por aborto reduzca fuertemente su impacto como problema de salud pública. No obstante, aun quedaba mucho por hacer considerando los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud del año 2000, los cuales arrojaban algunos resultados que debían analizarse con mayor detalle, como por ejemplo que el 52,5% de la población (mayor de 15 años) no usaba ningún método anticonceptivo, y que su principal motivo era porque sentía que no los necesitaba⁵¹.

Tabla II
TIPO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN NACIONAL, CHILE 2000 51

Métodos	Frecuencia	%
No usa	5.897.511	52,5
Usa píldoras	1.747.238	15,6
Tiene dispositivo intrauterino	1.879.190	16,7
Usa inyecciones	57.406	0,5
Usa condón	517.830	4,6
Evita los días fértiles	144.423	1,3
Usa diafragma, espuma, gel	11.175	0,1
Se practicó esterilización femenina	854.001	7,6
Se practicó esterilización masculina	4.730	0,0
Realiza coito interrumpido	32.812	0,3
Mantiene lactancia prolongada	17.576	0,2
Otro	65.863	0,6
Total	11.252.477	100,0

Tabla III
MOTIVOS POR QUÉ NO USAN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, CHILE 2000 51

Motivos	Frecuencia	%
No lo necesita	4.914.540	83,8
Está embarazada	216.713	3,7
Quiere quedar embarazada	128.278	2,2
Se opone al uso de anticonceptivos	109.472	1,9
Por razones de salud	176.325	3,0
No conoce los métodos	30.691	0,5
Por su precio, no puede comprarlos	16.860	0,3
Otra	269.453	4,6
Total	5.897.511	100,0

Una arista que no debe ser olvidada y que constituye también un indicador en sí mismo de las políticas sociales llevadas a cabo a largo plazo, es el embarazo adolescente. En Chile se puede constatar que la conducta sexual en adolescentes ha cambiado, con un inicio de la vida coital cada vez más precoz y por lo tanto expuestas a embarazos no planificados ni deseados, que las expone al aborto inducido, como también al riesgo de morir o enfermar inherentes al proceso reproductivo. Según la Sexta Encuesta Nacional de la Juventud⁵², el 48% de los adolescentes entre 15 a 19 años ya ha iniciado una vida sexual activa y cada vez más precoz (hombres 16,4 años y mujeres 17,1 años), especialmente de las adolescentes mujeres que en 1997 presentaba un promedio de 18 años al inicio de su vida sexual activa. En la Séptima Encuesta Nacional de la Juventud⁵³, se

informa que el 61% de los embarazos no planificados se produce antes de los 20 años en mujeres sexualmente activas, esta situación no es transversal según nivel socio económico, bajando a 29% en mujeres de nivel socioeconómico alto. Esto habla de una mejor educación en sexualidad y mejor acceso a la anticoncepción en el estrato socioeconómico alto.

En el último informe del MINSAL sobre la situación actual del embarazo adolescente en Chile⁵⁴, se aprecia un importante aumento de usuarias de anticonceptivos en adolescentes. Es así que hubo un aumento del 84,6% en adolescentes de 10 a 14 años y de 6,8% en adolescentes de 15 a 19 años entre los años 2011 y 2012.

Pese a que la natalidad y la mortalidad materna en adolescentes chilenas son una de las más bajas en Latinoamérica⁵⁵, se debe considerar de igual modo inaceptablemente altas, ya que son evitables a través de la educación en afectividad y sexualidad, que considere tanto la postergación del inicio de la vida coital, como la prevención del embarazo, y por consecuencia del aborto inducido por embarazo no deseado o no planificado.

Ha sido motivo de controversias cuál es la real magnitud del aborto ilegal en Chile. Se supone, con cierta base sólida, que la mortalidad materna general en Chile ha disminuido dramáticamente, y muy especialmente la mortalidad materna por aborto, como consecuencia del amplio acceso a la planificación familiar y anticoncepción, por lo que también es lícito pensar que el aborto ilegal también debiese haber disminuido; hecho acaecido no sólo en Chile, sino que también mundialmente. Se estima que el control de la fecundidad en países en desarrollo ha permitido reducir sobre 1 millón de muertes maternas entre 1990 y 2005, por el uso de métodos contraceptivos⁵⁶.

Uno de los cambios demográficos más importantes ocurridos en Chile es la importante y significativa reducción de los nacimientos, consecuencia de la alta prevalencia de usuarias de métodos anticonceptivos y no como consecuencia del aborto ilegal. No tenemos conocimiento que algún país en el mundo haya reducido

la natalidad mediante el aborto clandestino. En Chile, como seguramente en todos los países del orbe, existe el aborto clandestino, pero es posible que la mujer recurra a métodos menos cruentos como es el uso de misoprostol (al igual se encuentra protocolizado en Argentina), generando una tasa de abortos ilegales no precisada, y que requiere ser estimada. Lo anterior determina que la cantidad de abortos ilegales estimados para un país pueden estar sobre o subestimados dependiendo de las consideraciones al momento de la estimación como la fecundidad del país o la prevalencia de los métodos de inducción de aborto.

Así las cosas, hemos visto en Chile un avance paulatino en cuanto a las cifras sanitarias y estadísticas, no obstante, la aceptación de ideas y corrientes más liberales en la temática del aborto e incluso en sintonía con las directrices de la OMS han sido en general bastante desaceleradas y reticentes, sobre todo en ciertos grupos de la población (ejemplo religiosos, conservadores, etc), pero también reflejado fuertemente en los cambios legislativos que han ocurrido en la materia.

Como ya vimos, estudios de opinión recientes, como la encuesta CEP (Centro de Estudios Públicos), señalan que el 73% de los chilenos está a favor del aborto, dentro de los cuales el 41% piensa que debería aprobarse el aborto libre³³. Esto no ha sido sólo una tendencia, sino que se ha afianzado en el tiempo: Por ejemplo, si en 1999 un 35% decía estar a favor de la interrupción del embarazo en casos especiales, en 2023 esa cifra llega al 49%. Mientras, quienes creen que debe ser una opción de las mujeres, en cualquier caso, se han triplicado, pues pasaron, en el mismo periodo, del 10% al 30%. Por otro lado, los que piensan que el aborto debe estar siempre prohibido, si antes fueron 55%, hoy bajaron al 19%⁵⁷. Sin embargo, la misma encuesta, en la misma versión de 2023, señala que el Partido Republicano (asociado a la extrema derecha más conservadora) es el que genera más identificación y simpatía entre los chilenos, partido que por supuesto es totalmente contrario a cualquier tipo de aborto.

Cabe destacar que Chile, luego de una enorme crisis social evidenciada el año 2019, eligió como presidente a Gabriel Boric (el más joven del mundo, apoyado por la centroizquierda chilena y abiertamente partidario del aborto libre). Asimismo, ya había canalizado las demandas sociales y de derechos en una salida institucional que consistía en la elaboración de una nueva Constitución para el país (que reemplazara la anterior realizada en dictadura militar), la cual fue plebiscitada el año 2022, la que, sin embargo, fue rotundamente rechazada, y decantando por lo pronto en un segundo intento de elaboración, con la elección de nuevos consejeros (redactores).

Republicanos (partido político de extrema derecha, antípoda de la mayoría de los constituyentes del primer proceso) fue luego la principal fuerza política del Consejo Constitucional (segunda redacción), con 22 de los 50 escaños, al haber arrasado en las elecciones del 7 de mayo de 2023, lo que implicó un gran salto en relación al anterior proceso (son además la principal fuerza en el Senado chileno). Y, aunque en la campaña sus candidatos no hablaron del aborto, sino que basaron su discurso en orden público y seguridad, en sintonía con las encuestas, finalmente plasmaron en la propuesta constitucional la frase “protección de la vida del que está por nacer”; norma que pudo colisionar, eventualmente, con la ley de aborto en tres supuestos, que detallaremos más adelante. Finalmente, la segunda propuesta de constitución igualmente fracasó y el *status quo* actualmente continua, considerando además que un proyecto de ley de aborto libre (como se prometía en el programa de gobierno del presidente Boric) está lejos de ser presentado, ya estando en la recta final de su mandato.

A pesar del debate fluctuante, similar al ocurrido en Argentina, con grupos de poder conservadores que se oponen fuertemente a cualquier cambio o implementación, debemos mencionar un momento clave y retroceder algunos años, al 2014, donde habían comenzado a surgir nuevos aires en los movimientos sociales y encuestas de opinión empezaban a estabilizar los sondeos del 73% de la población chilena que estaría a favor de despenalizar el aborto en casos de riesgo de vida de la mujer, violación sexual e inviabilidad del feto y de un 23% que

estaría en desacuerdo⁵⁸. En ese contexto, y bajo la promesa de un gobierno renovador, finalmente fue recién en el año 2017, luego de dos años de debate político, cuando el gobierno socialista de Michelle Bachelet logra promulgar la ley de interrupción voluntaria del embarazo únicamente en estas 3 causales anteriormente descritas. El proceso fue tan áspero que incluso tuvo que sortear finalmente el análisis del Tribunal Constitucional a petición de grupos asociados a derecha, por suponer un atentado al derecho a la vida (Republicanos aun no existía inclusive).

En específico, las causales aprobadas para un aborto terapéutico fueron (y se mantienen al día de hoy): 1. Peligro de la vida de la mujer embarazada. 2. Embrión o feto que padezca una alteración estructural congénita o genética incompatible con la vida extrauterina. 3. Embarazo producto de una violación.

En relación con las cifras, solamente en 2014 se iniciaron investigaciones judiciales contra 174 personas por “aborto consentido”, 113 de ellas mujeres. Se estima que la cantidad de abortos que se producen anualmente en Chile, considerando la dificultad para detectar los casos debido a su carácter ilegal, asciende a más de 33.000 abortos por año, es decir 90 abortos diarios en promedio. Sin embargo, otros estudios estiman la cifra entre 60.000 a 70.000 abortos al año⁵⁹, mientras que otros la sitúan en 160.000 abortos por año⁶⁰.

Una de las causales más debatidas, y como hemos visto, sentidas por la ciudadanía, fue el caso de violación, donde no es poco frecuente que las afectadas sean menores de edad, y en este sentido cabe destacar un triste registro de cifras de abuso de menores en Chile, donde en 2014, la Oficina de las Naciones Unidas para la Droga y el Delito (UNODC) señala que Chile ocupa el tercer puesto a nivel mundial en la tasa de denuncias por abuso sexual infantil cada 100 mil habitantes, con 68,5 casos en 2012, siendo sólo superado por Suecia y Jamaica. A nivel sudamericano, Chile es el primero en la tasa de denuncias por este ilícito⁶¹. Por otra parte, la Unidad de Delitos Sexuales de la fiscalía nacional dio a conocer un estudio en el año 2011, donde se expresa que en Chile 17 personas son violadas y 34 abusadas sexualmente cada día. El total

país revela que 52 delitos de este tipo se cometen diariamente, 38 de los cuales afectan a menores de edad⁶². En 2013, según datos de la misma institución, ingresaron más de 24 mil casos de delito sexual, donde el 74% de ellos corresponden a menores de 18 años⁶³.

Con el avance de la ley de aborto del año 2017 y con la correcta implementación a nivel nacional, la agrupación social por los derechos sexuales y reproductivos MILES realizó un balance de los primeros 10 meses de vigencia de la ley que despenaliza la interrupción del embarazo en tres causales, en el periodo desde septiembre de 2017 a Julio de 2018. Según estas cifras, 394 mujeres ingresaron a centros asistenciales por alguna de las 3 causales y de ellas 359 interrumpieron su embarazo: 184 por riesgo de la madre, 114 por inviabilidad fetal y 61 por violación. Las otras 35 mujeres (8% del total) decidieron continuar su embarazo⁶⁴. Tales datos confirmarían según ellos que la implementación de la ley no obliga a las usuarias a abortar y del mismo modo no dispara la tasa de abortos como se esgrimió argumentativamente en el debate previo.

Ya para el año 2023, se aprecia que en general la ley se aplica según norma en los centros de salud públicos chilenos, sin embargo, el principal obstáculo para acceder al aborto en 3 causales ha sido la objeción de conciencia. El 43% de obstetras contratados, habilitados para realizar abortos, se registran como objetores si la causal invocada por la mujer o niña afectada es el embarazo producto de violación. Esto, sumado a que el 23,1% de obstetras se declaran objetores en caso de inviabilidad fetal y 15,3% frente a la causal de riesgo vital. Por otra parte, uno de los recintos con las cifras más altas de objetores es el Hospital Sotero del Río en Puente Alto, donde un 85,7% de los médicos obstetras es objetor en la causal de violación, y cuya comuna es una de las más grandes de la Región Metropolitana. En regiones las cifras son menos alentadoras aún⁶⁴.

El estado sociopolítico vivido en el país, referente a la temática, ha sido muy similar a lo observado en Argentina, ciertamente retroalimentado por éste, con colectivos, esencialmente feministas, muy bien organizados y con apoyos de ciertos sectores parlamentarios, aunque quizás predominando aun el

conservadurismo con mayor fuerza. Durante el 2018, por sexto año consecutivo se realizó la marcha por el aborto libre, gratuito y seguro, que fija esta consigna como meta final y la conquista alcanzada el 2017 sólo como un paso previo a una necesidad evidente. Se pudo observar una sociedad chilena renovada al conservadurismo clásico que la caracterizaba, muy empoderada en su opinión, que defendiendo lo que cree son sus derechos y muy en sintonía con la realidad de su vecina Argentina. En lo más reciente, sin embargo, se aprecia que el debate público se encuentra nuevamente estancado ante el sentir popular de temas que han ganado ampliamente mayor relevancia, como la seguridad, control de armas y la corrupción. Los movimientos feministas y los pañuelos verdes se encuentran en pleno proceso reorganizativo para la defensa de la ley de 3 causales, por la amenaza de retrocesos, y para seguir empujando una legislación nueva que permita el aborto libre.

2.7. DEFINICIONES TÉCNICAS Y PROTOCOLOS PROCEDIMENTALES

Como ya se ha analizado en el comienzo de este trabajo, entrar en el terreno de las definiciones filosóficas, éticas y morales ha resultado en interesantes debates académicos y sociales, empero no ha respondido a las preguntas concretas que posibilitan una orientación definida para todos en el ámbito político y legal. Por ejemplo, intentar consensuar unánimemente lo que significa el concepto “persona”, o ubicar exactamente el inicio de la vida humana misma pareciera imposible. Incluso el momento en el cual es posible la sobrevida extrauterina no tiene una definición uniforme, aunque en este punto (como otros puntos ligados a las ciencias biológicas) es posible encontrar ciertas respuestas basadas en evidencia, o a lo menos definiciones creadas por organismos expertos que puedan utilizarse como referencia:

La 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) recomienda que para el reporte de estadísticas vitales se considere muerte fetal

o nacido vivo con peso al nacer de 500 g o más y se considere la edad gestacional de 22 semanas o una talla de 25 cm o más cuando el peso no esté disponible⁶⁵. Desde el punto de vista clínico, se reconoce un periodo "perivable" entre las 20+0 y 25+6 semanas donde la sobrevida es creciente a partir de las 22 semanas y depende tanto de la condición fetal como del progreso en el manejo de la prematuridad extrema⁶⁵. La frecuencia del aborto espontáneo es difícil de precisar. Se estima que aproximadamente el 15% de los embarazos clínicos terminan en aborto espontáneo, sin embargo, si se consideran los embarazos subclínicos la frecuencia de aborto espontáneo oscila entre el 30-50% de las gestaciones⁶⁵.

Aunque ya mencionamos someramente las diferencias entre los distintos tipos de aborto, vale la pena ahondar un poco más y separar entonces de entre las diferentes clasificaciones de aborto a las 2 grandes causas: 1) Aborto espontáneo y, 2) Aborto inducido. Como su nombre lo indica se trata de la forma en cómo se produce el aborto. El primero se refiere a la interrupción natural del embarazo, sin mediar ningún procedimiento para su desencadenamiento, y que habitualmente es el producto de alguna alteración genética que lleva a la pérdida precoz de la gestación^{66,67}. El segundo se refiere a la interrupción artificial de la gestación mediante procedimientos mecánicos (dilatación cervical y legrado uterino; dilatación y aspiración vacuum, etc.), o uso de drogas (mifepristona o RU 486, metotrexato, misoprostol, etc.)⁶⁸. En países donde el aborto inducido es legal, y justificado para interrumpir la gestación frente a patologías maternas diversas que potencialmente pueden agravarse en el transcurso del embarazo, o previo a tratar una patología materna severa, se denomina aborto médico o terapéutico. También se utiliza para interrumpir la gestación cuando el feto tiene alguna anomalía estructural compatible o supuestamente incompatible con la vida intra o extrauterina, o por problemas de tipo genético compatible (trisomía 21) o supuestamente incompatible (trisomías 13 y 18) con la vida extrauterina. Este tipo de aborto se denomina aborto eugenésico. Dentro del aborto inducido legal también se reconocen variadas indicaciones como: por libre demanda o por

violación/incesto, que tienen en común una madre y feto sin patologías evidenciables.

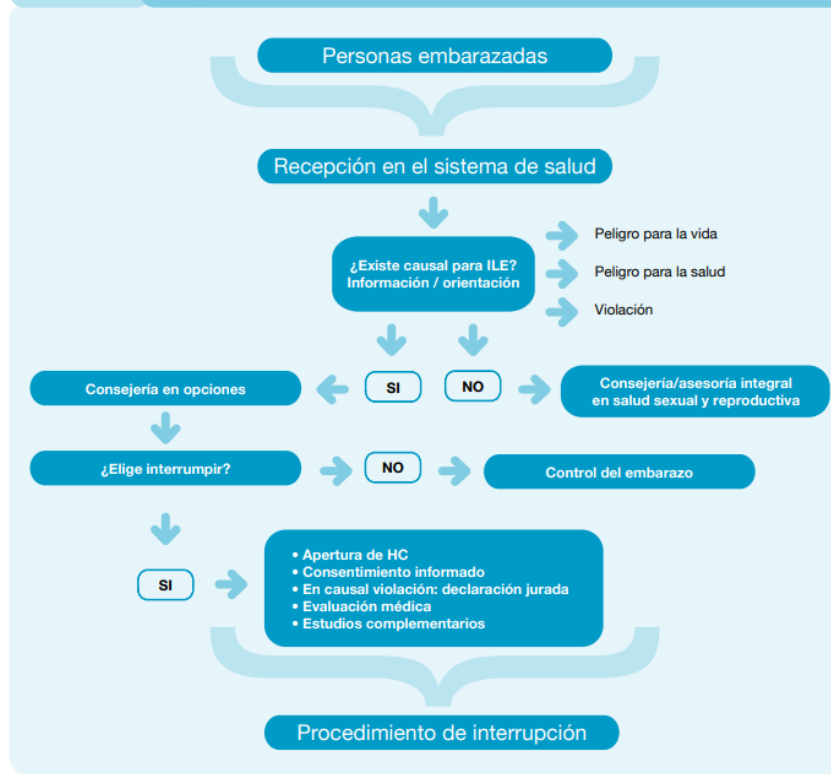
Como ya se ha mencionado, prácticamente la mitad de los abortos que ocurren en el mundo son realizados en condiciones de inseguridad. La OMS define aborto inseguro como un procedimiento para terminar con un embarazo, realizado por personal que no cuenta con las competencias necesarias, o en condiciones médicas insuficientes³.

La interrupción del embarazo es un procedimiento sumamente seguro si es practicado con los instrumentos y en las condiciones adecuadas. En los países donde el aborto está permitido por la ley y el personal de salud está capacitado para ofrecer servicios seguros, la tasa de mortalidad por estas prácticas es baja, de 0,2 a 2,0 muertes por cada 100.000 abortos; en esas regiones, inclusive, la mortalidad relacionada con el embarazo es significativamente más alta: 9,0 muertes por cada 100.000 nacidos vivos⁶⁹.

Los protocolos utilizados para la interrupción legal del embarazo (en adelante ILE) son diferentes entre los diferentes países, pero comparten en general ciertas características como: brindar un trato igualitario, garantizar la atención clínica adecuada, intercambiar información amplia y completa / consentimiento informado, y ofrecer consejería en anticoncepción y cuidados posteriores. Se recomienda que los equipos de trabajo sean interdisciplinarios.

En el siguiente cuadro se observa un flujograma típico utilizado en Argentina poco antes de la promulgación del aborto libre, y muy similar a lo utilizado en Chile en la actualidad (con el aborto en 3 causales)⁷⁰.

Cuadro 1 Flujograma de modelo de atención en situaciones de ILE.



En el momento de la consejería, cuando se realiza la primera entrevista, la mujer puede tener ya una decisión tomada con respecto a la continuidad o no de su embarazo, o encontrarse en pleno proceso de reflexión. En el primer caso, si la opción elegida es la interrupción, es fundamental que el equipo de salud garantice que el procedimiento se lleve a cabo lo antes posible. Si la persona no ha tomado aún una decisión, es igualmente importante respetar su proceso de análisis, aunque informándole que, en caso de que decida acceder a la ILE, cuanto antes se realice el procedimiento será más sencillo.

Como es de esperar, la realización de los procedimientos que llevan a una interrupción durante el primer trimestre del embarazo tienen una tasa de riesgo considerablemente menor que en los siguientes trimestres, sin embargo, una variedad de situaciones puede hacer surgir la necesidad de realizar la práctica en etapas más avanzadas; por ejemplo, cuando se presenta una enfermedad grave en una edad gestacional avanzada. También puede tratarse de un caso de abuso

o violación en el que la mujer consulte tardíamente por lo dificultoso que suele ser develar estas situaciones o por miedo, vergüenza o algún otro motivo. Es por esto, que cada nivel de atención debiera cumplir un rol definido dentro de sus posibilidades, siendo deseable siempre la existencia de un centro de referencia de tercero o cuarto nivel ante casos muy complejos de resolver.

Una historia clínica completa es un requisito en todas las actuaciones de ILE, la cual a grandes rasgos consigna todos los pasos realizados durante el proceso de atención: consejería en opciones, anamnesis, evaluación física, realización de estudios complementarios en los casos en que sea necesario, interconsultas si las hubiere, etc. También debe adjunta la documentación requerida para acceder a la práctica: el consentimiento informado y, en los casos de violación, la declaración jurada en la que la persona manifiesta haber sido víctima de un hecho de ese tipo (en Chile desde la ley actual de 3 causales, y en Argentina antes de la promulgación de aborto libre).

Dentro de la historia clínica vale la pena ahondar en la anamnesis, cuyo correcto desarrollo llevará a recopilar valiosa información que podrá servir para estimar la duración del embarazo, como también para identificar posibles contraindicaciones o factores que pudieran suponer riesgo de complicaciones.

Algunos tópicos de consultas que no podrían faltar son:

- Antecedentes de situación actual: fecha de la última menstruación (FUM). Edad gestacional. En caso de que la causal salud sea por una enfermedad de base, estado clínico y tratamientos que realiza.
- Antecedentes médicos y quirúrgicos: vacunación (incluida la antitetánica y la inmunización anti-RHO), trastornos de sangrado o coagulación, antecedentes de otras enfermedades, alergias a medicamentos, medicaciones que toma en el momento de la consulta, etc.

- Antecedentes ginecológicos y obstétricos pertinentes: embarazos anteriores y sus resultados, antecedente de embarazo ectópico, uso de anticonceptivos, si tiene conocimiento de estar cursando alguna ITS o si vive con VIH y está realizando algún tratamiento.
- Situación psicosocial: indagar si cuenta con una red de contención, ya sea familiar, de una pareja o social. Detectar si ha sido víctima de violencia doméstica o si presenta consumo problemático de sustancias, patologías psicológicas o psiquiátricas.

Luego, la necesidad de un correcto examen físico es más que evidente. Un caso no poco frecuente es el de sospecha de embarazo ectópico. En tal caso es esencial confirmarlo o derivar a la mujer a un centro que tenga la capacidad para realizar el diagnóstico e iniciar el tratamiento.

Vacunación e isoinmunización RH

La OMS sugiere que el riesgo teórico de isoinmunización es muy bajo en embarazos menores a 63 días de gestación (9 semanas). En consecuencia, la determinación del factor Rh y la administración de profilaxis anti-Rh no se consideran requisitos previos para realizar el procedimiento de ILE en embarazos tempranos. Si se dispone de inmunoglobulina anti-Rh, debe administrarse antes o durante el procedimiento⁷¹. Por su parte, la International Planned Parenthood Federation recomienda que si una mujer Rh-negativa va a administrarse misoprostol en su hogar, se administre inmunoglobulina anti-Rh el día en que comienza el procedimiento. Si el embarazo tiene entre 6 y 12 semanas de gestación, la dosis recomendada es de 50 mcg por vía intramuscular, y si el embarazo es mayor, 300 mcg también por vía intramuscular⁷². Si la mujer no ha sido vacunada contra el tétanos en los 10 años anteriores a la consulta, se debe aplicar la vacuna antitetánica o doble adulto.

Evacuación uterina y métodos farmacológicos

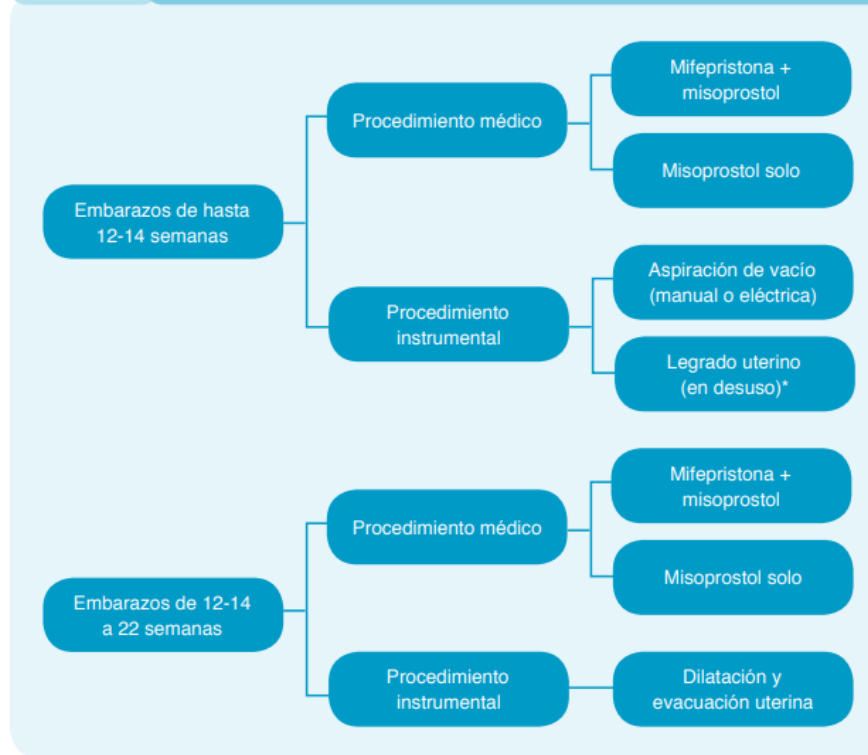
La interrupción del embarazo realizada por médicos en base a la farmacología ha demostrado ser aceptable en muchos entornos, aun en países de escasos recursos. La medicación de elección recomendada por la OMS es misoprostol combinado con mifepristona, ya que este último medicamento aumenta considerablemente la efectividad del tratamiento, disminuye el tiempo de respuesta y el dolor⁷³. Sin embargo, la mifepristona no se encuentra disponible en todos los países, al menos bajo las vías formales, y en esos casos habitualmente se emplean regímenes de misoprostol solamente (ejemplo Chile; en Argentina su comercialización se encuentra aprobada desde mayo de 2023 y es entregada en el sistema público).

La OMS y el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) recomiendan el uso del misoprostol en el hogar en embarazos menores o iguales a 9 semanas (63 días) a partir de la FUM. El uso ambulatorio ha sido probado como seguro y eficaz. Entre las 9 y las 12 semanas, recomiendan evaluar cada caso en particular, teniendo en cuenta algunas situaciones específicas y dejando a criterio del profesional la realización del procedimiento en forma ambulatoria o supervisada⁷⁴.

Existen casos en que la resolución farmacológica única no es posible, por tanto, los efectores de salud deben contar con aspiración de vacío o la posibilidad de derivación para ser utilizados en caso de falla o aborto incompleto⁷³.

En el siguiente cuadro podemos observar los métodos recomendados por la OMS para la interrupción del embarazo⁷¹:

Cuadro 2 Métodos recomendados por la OMS para la interrupción del embarazo (2012).



* El legrado o raspado uterino debe ser utilizado cuando ninguno de los otros métodos mencionados esté disponible. Los servicios de salud y los responsables de los programas deben realizar todo el esfuerzo posible para reemplazar el legrado uterino por el tratamiento médico o la aspiración.

Asimismo, a los profesionales se les sugiere internar a las pacientes que se realizará el procedimiento medicamentoso en las siguientes situaciones: Embarazos mayores a 12 semanas., embarazos menores a 12 semanas que no cumplan con los requisitos para tratamiento ambulatorio, mujeres víctimas de violación que han realizado una denuncia policial, en cuyo caso es necesario garantizar las medidas necesarias para conservar el material para un estudio de ADN y mujeres cuya condición clínica haga necesario un control estricto durante el procedimiento⁷⁵.

Si bien las vías recomendadas son la sublingual, la oral y la vaginal (más efectiva en nulíparas), también es posible utilizar el misoprostol por vía bucal. Diferentes estudios han demostrado que esta forma de administración es tan eficaz como la vaginal. El comprimido es altamente soluble y puede disolverse en

20 minutos o menos. Pasados 30 minutos, se debe tragar lo que quede de los comprimidos⁷⁶.

Se estima que la tasa de éxito con el esquema de misoprostol solo para obtener un aborto completo es cercana al 90%, ya sea que se emplee en gestaciones del primer o segundo trimestre del embarazo. La eficacia es mayor si se usa el esquema mifepristona + misoprostol.

Es importante resaltar que el resultado dependerá del tiempo de espera para obtener el efecto deseado. Así, entonces, la tasa de abortos en las primeras 24 horas es superior al 80% y se incrementa a medida que transcurre el tiempo, hasta lograrse resultados muy exitosos alrededor de las 72 horas posteriores a la administración⁷⁷.

En la Tabla 1 se detallan las dosis recomendadas para realizar el procedimiento médico con el esquema de misoprostol solamente, y en la Tabla 2 para el esquema con mifepristona seguido de misoprostol⁷⁶.

Tabla 1 Procedimiento medicamentoso con misoprostol solo.

Sociedad científica	Edad gestacional	Dosis, vía de administración y esquema
Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012)	Menor a 12 semanas (84 días)	Misoprostol 800 mcg vaginal y repetir dosis entre las 3 a 12 hs (máximo 3 dosis).*
		Misoprostol 800 mcg sublingual y repetir dosis a las 3 hs (máximo 3 dosis).
	Mayor a 12 semanas	Misoprostol 400 mcg vaginal** o sublingual cada 3 hs (máximo 5 dosis).
Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG, 2013)	Menor a 12 semanas	Misoprostol 400 a 800 mcg sublingual cada 4 hs hasta completar 3 dosis.
		Misoprostol 400 a 800 mcg vaginal. Si no hay respuesta terapéutica, repetir dosis de 400 mcg cada 6 hs hasta completar 3 dosis consecutivas.
	13 a 15 semanas	Misoprostol 400 mcg vaginal. Si no hay respuesta terapéutica repetir dosis de 400 mcg a las 6-12 hs. Si persiste sin respuesta a las 24 hs, duplicar la dosis inicial, y repetir 12 hs después.
	16 a 18 semanas	Misoprostol 200 mcg vaginal. Si no hay respuesta terapéutica repetir dosis de 200 mcg a las 6-12 hs. Si persiste sin respuesta a las 24 hs, duplicar la dosis inicial, y repetir 12 hs después.
	19 a 22 semanas	Misoprostol 100 mcg vaginal. Si no hay respuesta terapéutica repetir dosis de 100 mcg a las 6 hs. Si persiste sin respuesta a las 24 hs, duplicar la dosis inicial, y repetir 12 hs después.
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, 2012)	1º trimestre	Misoprostol 800 mcg vaginal cada 12 hs (máximo 3 dosis).
		Misoprostol 800 mcg sublingual cada 3 hs (máximo 3 dosis).
	2º trimestre	Misoprostol 400 mcg vaginal cada 3 hs (máximo 5 dosis). EN CASOS CON ANTECEDENTE DE CESÁREA O CICATRIZ UTERINA, USAR LA MITAD DE LA DOSIS.

* Este esquema es el más utilizado por los servicios de los países donde se realizan ILEs. Suelen indicarlo con intervalos de 8 hs.

** En mujeres nulíparas, la vía vaginal es más eficaz que la sublingual (OMS, 2012).

Tabla 2		Procedimiento medicamentoso con mifepristona - misoprostol.	
Sociedad científica	Edad gestacional	Dosis de mifepristona y vía de administración	Dosis de misoprostol, vía de administración y esquema
Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012)	Menor a 9 semanas (63 días)	Mifepristona 200 mg oral	Luego de 1 a 2 días, administrar misoprostol 800 mcg vaginal, bucal o sublingual. Vía oral solo en menores de 7 semanas con dosis 400 mcg.
	9 a 12 semanas	Mifepristona 200 mg oral	Luego de 36 a 48 hs indicar misoprostol 800 mcg vaginal y dosis adicionales de 400 mcg cada 3 hs vaginal o sublingual (máximo 4 dosis). Administrado en un centro de salud.
	Mayor a 12 semanas (84 días)	Mifepristona 200 mg oral	Luego de 36 a 48 hs indicar misoprostol 400 mcg oral u 800 mcg vaginal o sublingual cada 3 hs (máximo de 5 dosis). Administrado en un centro de salud.
Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG, 2013)		Mifepristona 200 mg oral	Misoprostol 800 mcg vaginal.
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, 2012)	1º trimestre	Mifepristona 200 mg oral	Misoprostol 800 mcg vaginal cada 12 horas (máximo 3 dosis).
		Mifepristona 200 mg oral	Misoprostol 800 mcg sublingual cada 3 hs (máximo 3 dosis).
	2º trimestre	Mifepristona 200 mg oral	Misoprostol 400 mcg vaginal cada 3 hs (máximo 5 dosis). USAR LA MITAD DE LA DOSIS SI HAY ANTECEDENTE DE CESÁREA O CICATRIZ UTERINA.

Dentro de las precauciones a tener en consideración con el uso de misoprostol se encuentran:

- Si la mujer tiene colocado un DIU, se recomienda realizar la extracción antes de la administración de misoprostol. Y si se encuentra amamantando, es importante recomendar que deseché la leche materna durante las primeras horas después de la administración de misoprostol⁷⁷.
- No se recomienda el uso de misoprostol en mujeres con las siguientes condiciones⁷⁸: Disfunciones hepáticas severas, sospecha de embarazo

ectópico o masa anexial no diagnosticada, coagulopatías, alergia reconocida a las prostaglandinas.

- Se sugiere interconsulta con un especialista en el caso de las mujeres que usan corticoesteroides a largo plazo, así como con las que tienen trastornos hemorrágicos, anemia grave, cardiopatías preexistentes o factores de riesgo cardiovascular.

Resulta importante informar a la mujer sobre los efectos esperables, especialmente en los casos en que realice el tratamiento de manera ambulatoria, incluyen:

- Sangrado que normalmente empieza el mismo día en que se toma el medicamento, leve a moderado, suele durar en promedio 9 días, pero puede continuar hasta la siguiente menstruación.
- Dolor o cólicos abdominales: normalmente comienzan durante la hora posterior a la toma del misoprostol. Para disminuirlos se pueden tomar analgésicos.
- Síntomas gastrointestinales: pueden presentarse diarrea, náuseas y vómitos pasajeros.
- Fiebre/escalofríos: ocurren ocasionalmente y son pasajeros, suele ser una febrícula y cede con dosis habituales de AINES.

Pautas de alarma para ir a urgencias:

- Fiebre un día después de realizar el tratamiento.
- Dolor abdominal fuerte, que no mejora después de tomar analgésicos, como ibuprofeno.
- Sangrado importante, es decir, si empapa más de dos apósitos femeninos grandes por hora durante más de dos horas consecutivas.
- Sangrado abundante repentino, después de que este disminuyó o se detuvo durante varios días luego de haber tomado misoprostol.
- Sangrado continuo durante varias semanas y/o mareos.

El sangrado excesivo puede ser un signo de retención de restos ovulares, atonía uterina, desgarró cervical u otras complicaciones. Los cólicos abdominales intensos y persistentes pueden ser una señal de perforación uterina o hematómetra post aborto, que puede ocurrir inmediatamente después del procedimiento o luego de varios días.

Misoprostol y mifepristona

El misoprostol es un análogo de la prostaglandina E1 que, al igual que las prostaglandinas naturales, tiene acción sobre varios tejidos, incluyendo la mucosa gástrica y el músculo liso del útero y el cérvix. Provoca contracciones del músculo liso del útero, estimula la maduración cervical y aumenta el tono uterino. La sensibilidad del útero al misoprostol aumenta con la edad gestacional, por lo que la dosis más efectiva e inocua varía de acuerdo a cada trimestre. Inicialmente, este medicamento fue ideado y comercializado para el tratamiento de la gastropatía por AINES, pero en la actualidad es aceptado y utilizado ampliamente para otras indicaciones. En marzo de 2005, la OMS incluyó al misoprostol en su lista de medicamentos esenciales, por haberse demostrado su eficacia y perfil de seguridad para el tratamiento del aborto incompleto y del aborto espontáneo.

Entre sus indicaciones se encuentran: maduración cervical, inducción del aborto en 1° y 2° trimestres, prevención y profilaxis de la hemorragia post parto, aborto incompleto, preparación instrumental del cuello uterino⁷⁸. La mifepristona es un anti progestágeno que se une a los receptores de progesterona inhibiendo su acción y, por ende, interfiriendo con la continuación del embarazo. También forma parte del listado de medicamentos esenciales de la OMS.

Evacuación uterina con procedimiento instrumental

Como vimos anteriormente, la práctica de ILE también puede realizarse mediante un procedimiento instrumental, ya sea de aspiración de vacío o por raspado o legrado uterino. La aspiración de vacío presenta mínimas complicaciones en comparación con las que pueden ocurrir con el raspado o legrado con cureta rígida (como la perforación uterina, lesiones cervicales y la posibilidad de generar sinequias uterinas). Además, la aspiración de vacío es un procedimiento más sencillo y está asociado con una menor pérdida de sangre y dolor. El raspado evacuador o legrado resulta un método menos seguro y más doloroso que otros tratamientos, es por eso que actualmente se reserva sólo para los casos en que no pueda realizarse tratamiento médico y no esté disponible la aspiración de vacío. Ésta última consiste en la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica unida a una fuente de vacío. Según sea la forma en que se produce el vacío, la técnica puede ser de aspiración de vacío eléctrica (mediante una bomba eléctrica), o manual, en la que el vacío se crea utilizando un aspirador plástico sostenido y activado con la mano (AMEU). No ahondaremos en el protocolo técnico específico de este procedimiento, pero podrá encontrarlo en diversas guías de los diferentes ministerios de salud, como la pauta del año 2020 del Ministerio de Salud argentino⁷⁹, o en investigaciones relacionadas como la que presenta la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología del año 2019⁸⁰. La profilaxis antibiótica es recomendada, así como la preparación del cuello del útero (400 mcg de misoprostol vía vaginal entre 3 y 4 horas o por vía sublingual entre 2 y 3 horas antes del procedimiento), especialmente en todas las mujeres que cursen un embarazo de más de 12 a 14 semanas de gestación y en caso de mujeres nulíparas con gestaciones mayores a 9 semanas completas, al igual que en mujeres con antecedentes de lesión de cuello o perforación uterina. Este método reporta índices de aborto completo de entre el 95% y el 100%, con tasas de complicaciones extremadamente bajas⁷⁶, ante las cuales hay que estar de

todos modos alertas, tal como en el caso de tratamiento médico visto anteriormente.

Si bien son infrecuentes, algunas complicaciones son: Aborto incompleto (más frecuente con el método medicamentoso), interrupción fallida, hemorragia, infección, perforación uterina.

Métodos anticonceptivos

Es importante poder tocar este tema en las consejerías previas al procedimiento (excepción podría ser en casos de violación), y luego reforzarlo o continuarlo en caso de que no hubiera sido posible antes, luego del mismo, pues que, para evitar un nuevo embarazo no deseado, se necesita empezar a usar un método anticonceptivo casi de inmediato.

Se recomienda que la mujer no tenga relaciones sexuales hasta que cese el sangrado post aborto.

En cuanto a los métodos anticonceptivos, pueden utilizarse inmediatamente se termine el procedimiento expulsivo, siempre y cuando: no existan complicaciones graves que requieran tratamiento adicional y el médico haya determinado los criterios de elegibilidad (costos/beneficios)⁸¹.

El DIU puede insertarse después de un aborto sin complicaciones realizado en el primero o segundo trimestre de embarazo. No existe diferencia en el riesgo de complicaciones en la inserción inmediata en comparación con la diferida. Por otra parte, se ha observado un mayor índice de expulsión cuando el DIU se insertó después de un aborto ocurrido en el segundo trimestre que en los casos de primer trimestre. No hubo diferencias en la seguridad o en las expulsiones en la inserción post aborto del dispositivo intrauterino de liberación de levonorgestrel (DIU-LNG) en comparación con el DIU con cobre⁷¹. Igualmente, si no se puede garantizar una consejería o toma de decisiones adecuadas, se recomienda aplazar la inserción y suministra mientras tanto otro método anticonceptivo provisional. La colocación

inmediata post evacuación está contraindicada en los casos en que se haya presentado una complicación infecciosa (aborto séptico).

En el caso de anticonceptivos hormonales, hay que hacer la distinción entre combinados o sólo de progestágenos. Entre los primeros se encuentran los anticonceptivos combinados orales, inyectables mensuales, anillos vaginales y parches. Entre los segundos, se incluye la minipíldora, el desogestrel, acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) e implante. Se debe valorar también ofrecer tratamiento de anticoncepción hormonal de emergencia al momento del alta, lo que podría ayudar a evitar futuros embarazos no deseados. Cabe destacar que, si la mujer ya está embarazada, la anticoncepción de emergencia no tendrá ningún efecto en el embarazo y no causará un aborto⁸².

Los espermicidas y preservativos se pueden utilizar inmediatamente y en forma simultánea al reinicio de las relaciones sexuales. Siempre se recuerda que estos últimos son el único método que protege contra el VIH y otras ITS.

Diafragmas y capuchones cervicales: pueden ser utilizados inmediatamente en los casos de abortos producidos en el primer trimestre. En los casos del segundo trimestre se aconseja esperar aproximadamente seis semanas, hasta que el cuello regrese a su tamaño normal⁸³.

Anticoncepción quirúrgica: Esta categoría incluye la ligadura tubaria y la vasectomía.

2.8. DIRECTRICES DE LA OMS

La OMS, como el organismo de Naciones Unidas dedicado a mejorar y promover la salud y el bienestar de la población global, constituye en la actualidad la institución promotora de salud más importante a nivel planetario. Ha desarrollado a lo largo de los años diversas guías, materiales y directrices, las cuales han seguido una línea clara a favor del aborto consentido por la mujer. La última del año 2022, complementa en muchas áreas a la penúltima publicada el año 2012⁸⁴.

El acceso universal a la información y a los servicios de salud sexual y reproductiva es definido por la OMS como fundamental para preservar la salud individual y comunitaria, así como para la salvaguarda de los derechos humanos.

A raíz de la pandemia de COVID-19, donde los servicios de salud sexual y reproductiva se vieron gravemente trastornados, y que, según el organismo, han llevado a la población a sentirse desprotegida y a exponerse a riesgos para la salud que podrían prevenirse, es que la OMS ha incluido la atención integral para el aborto en la lista de los denominados “servicios de salud esenciales”. Con estas nuevas directrices, la OMS ha tomado la decisión de considerar el acceso al aborto libre como un derecho humano esencial y un elemento fundamental para cumplir los “objetivos de desarrollo sostenible”, relacionados con la buena salud y el bienestar y la igualdad de género. Considera a la eliminación del aborto peligroso (definido como aquel que se practica por personas carentes de capacitación o en entornos que incumplen las condiciones sanitarias mínimas), como un mandato prioritario⁸⁵.

El documento de la OMS hace las siguientes recomendaciones de interés (entre muchas otras que tienen carácter técnico bien específico):

- Despenalización total del aborto, eliminando el aborto de todas las leyes penales. Que el aborto esté accesible a demanda de la mujer, niña u otra persona embarazada.
- No se recomienda la promulgación de leyes y otras reglamentaciones que prohíban el aborto, basándose en límites de edad gestacional (y tampoco requisitos médicos para determinar esta edad, como ejemplo ecografías previas).

- Se recomienda “la protección del acceso a la atención integral para el aborto y su continuidad frente a los obstáculos creados por la objeción de conciencia” (este sólo tema nos da material para otro capítulo).
- Para el aborto quirúrgico antes de las 14 semanas se recomienda la aspiración al vacío efectuada por parte de profesionales de la medicina tradicional y complementaria, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas. Para el aborto quirúrgico a partir de las 14 semanas se recomienda la dilatación y evacuación, por parte de médicos generalistas y médicos especialistas.
- Para el aborto médico antes de las 12 semanas se recomienda el autotratamiento (implicaría modificaciones legales en muchos países), o que agentes de salud comunitarios, empleados de farmacia, farmacéuticos, profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería, enfermeras, matronas, clínicos, médicos generalistas o médicos especialistas gestionen el proceso (la evidencia disponible para la práctica autónoma del aborto con medicamentos por personas que no son médicos se refiere a embarazos de hasta 10 semanas). Para esta recomendación, la evidencia disponible sobre los tratamientos para el aborto con medicamentos incluía mifepristona más misoprostol, o solamente misoprostol (no se incluyó el tratamiento con letrozol).
- Para el aborto médico a partir de las 12 semanas se recomienda el tratamiento médico por parte de médicos generalistas y médicos especialistas.

Como siempre, se realiza un fuerte llamado a la promoción de buenas práctica y prevención de embarazos no deseados. También a la adecuada comunicación

necesaria para aumentar los niveles de información en la población respecto a la práctica del aborto terapéutico.

En cuanto a la atención clínica introduce a la telemedicina como alternativa a las interacciones presenciales con el trabajador de la salud para prestar servicios de aborto médico en su totalidad o en parte. Y, por último, lleva el enfoque de la autogestión no sólo a nivel de la autoatención del aborto (en los casos señalados), también a la autoadministración de métodos anticonceptivos postaborto, como se observa en la siguiente tabla⁸⁵:

SECCIÓN Área temática Número y tipo de recomendación o declaración de prácticas óptimas	Recomendación o declaración de prácticas óptimas
Enfoques de autogestión sobre los anticonceptivos postaborto (véase también el Momento adecuado para el uso de anticonceptivos después del aborto, recomendaciones 41 a 47).	
51 (AUTOGESTIÓN) Anticonceptivos inyectables (inicio y continuación)	Se recomienda la opción de la autoadministración de anticonceptivos inyectables en el periodo posterior al aborto. Observación: La administración de anticonceptivos inyectables requiere el uso de una jeringuilla, cuya aplicación puede ser intramuscular o subcutánea. Se han desarrollado dispositivos compactos precargados y autodesechables para facilitar el proceso de autoadministración.
52 (AUTOGESTIÓN) Píldoras anticonceptivas orales de venta libre	Se recomienda que las pastillas anticonceptivas orales de venta libre estén disponibles sin prescripción médica para las personas que las utilicen.
53 (AUTOGESTIÓN) Píldoras anticonceptivas de emergencia de venta libre	Se recomienda que las pastillas anticonceptivas de emergencia de venta libre estén disponibles sin prescripción médica para las personas que deseen utilizar anticonceptivos de emergencia.
54 (AUTOGESTIÓN) Uso del preservativo	El uso correcto y sistemático de preservativos masculinos y femeninos es muy eficaz para prevenir la transmisión sexual del VIH; para reducir el riesgo de transmisión del VIH tanto de hombres a mujeres como de mujeres a hombres en parejas serodiscordantes; para reducir el riesgo de contraer otras infecciones de transmisión sexual y afecciones asociadas, incluidas las verrugas genitales y el cáncer de cuello uterino; y para prevenir los embarazos no planeados.

La OMS insiste en recalcar que los datos actuales demuestran que restringir el acceso al aborto no reduce el número de abortos, y que, por el contrario, es más probable que las restricciones empujen a las mujeres y niñas hacia procedimientos no seguros. Siendo que, en los países donde el aborto está

más restringido, sólo 1 de cada 4 abortos es seguro, en comparación con casi 9 de cada 10 en los países donde el procedimiento es ampliamente legal⁸⁶.

“Los datos son claros: si se quiere prevenir los embarazos no deseados y los abortos no seguros, hay que proporcionar a las mujeres y las niñas un paquete completo de educación sexual, información y servicios de planificación familiar precisos y acceso a una atención de calidad para el aborto”, señala la Dra. Bela Ganatra, jefa de la Unidad de Prevención del Aborto No Seguro de la OMS. “Es fundamental que el aborto sea seguro desde el punto de vista médico, pero eso no es suficiente por sí solo.

Al igual que con cualquier otro servicio de salud, la atención al aborto debe respetar las decisiones y necesidades de las mujeres y las niñas y garantizar que sean tratadas con dignidad y sin ser estigmatizadas ni juzgadas. Ninguna persona debería estar expuesta a abusos o perjuicios como ser denunciada a la policía o encarcelada por haber solicitado o prestado atención para un aborto”, termina la representante⁸⁵.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

3.1. HIPÓTESIS DEL TRABAJO

Ante la escasez de trabajos de investigación similares en la Argentina y en Chile, el presente trabajo tiene un carácter eminentemente exploratorio y con la intención principal de servir de base para futuros trabajos en el área.

Al ser una investigación observacional de tipo descriptivo, y teniendo además un componente subjetivo en la indagación de ciertos datos, no se propone plantear una hipótesis de trabajo, pero sin embargo podrían ser esperables ciertos resultados acorde al estado de inconsistencias sociales, educacionales, legales y políticas que acontecen nuestra región latinoamericana, tales como:

Un desfase en el manejo técnico comparado al manejo del aborto practicado en países desarrollados.

Un desconocimiento parcial de las leyes que permiten el aborto en ciertas causales, o en el periodo de embarazo en que se pueden realizar.

Una influencia mayor de las creencias individuales y de la propia personalidad de los estudiantes por sobre la experiencia aprendida en la facultad de medicina, en la manera en que se enfrentan al tema del aborto.

Un nivel intermedio y matizado en cuanto a la postura de permitir o prohibir el aborto, en consonancia a la opinión pública más que a la académica y epidemiológica.

Se espera en general un alumnado diverso y heterogéneo en cuanto a tendencias políticas y socioeconómicas, de acuerdo a lo que sucede en las tres instituciones; públicas, prestigiosas y de acceso masivo.

3.2. OBJETIVO GENERAL

- Conocer las percepciones y actitudes sobre el tema “aborto provocado” en estudiantes de tercer año de medicina en adelante, que pertenezcan a la Universidad Nacional de la Plata, Universidad de Buenos Aires y a la Universidad de Chile.

3.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Analizar los factores y situaciones que determinan la opinión en torno a la aceptación del ejercicio del aborto regulado en los estudiantes avanzados de la carrera de medicina en la Universidad Nacional de la Plata, Universidad de Buenos Aires y Universidad de Chile.
- 2 Evaluar el nivel de conocimiento que tienen los mismos estudiantes en relación a la legislación actual en su respectivo país.
- 3 Indagar las creencias e impresiones de dichos estudiantes de las universidades mencionadas con respecto a las políticas vigentes que regulan el aborto.
- 4 Conocer la percepción que ellos tienen acerca de la formación recibida, en relación a la temática del aborto durante la cursada de su carrera universitaria.
- 5 Establecer la disponibilidad y actitud que tendrían para ejecutar un aborto legal si hoy fuesen médicos.
- 6 Determinar qué situaciones podrían generar un cambio de actitud en relación al aborto.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. METODOLOGÍA

El diseño del estudio es observacional descriptivo, de corte transversal y de componente mixto, a través de una encuesta online, confeccionada en la plataforma Google Docs, que se les realizó a todos los alumnos alcanzados en un periodo de 3 meses (mayo, junio y julio de 2024), que aceptaron responderla.

Criterios de Inclusión: estudiantes de medicina que cursan desde tercer año en adelante, pertenecientes a la Universidad de Chile (en adelante UChile), a la Universidad de Buenos Aires (en adelante UBA) o a la Universidad Nacional de La Plata (en adelante UNLP). Personas que voluntariamente desearon participar en el estudio.

Criterios de Exclusión: estudiantes de medicina de primero o segundo año. Alumnos no pertenecientes a UNLP, UBA o Uchile. Personas que se negaron a responder la encuesta.

De esta manera, la unidad de análisis fue cada estudiante en particular que haya respondido correctamente la encuesta y el universo el conjunto total de los alumnos matriculados de tercer año en adelante en dichas universidades. Las preguntas fueron principalmente del tipo cerrado, de elección única y/o múltiple, existiendo una de ellas de carácter abierto, que fue analizada subjetivamente de manera individual y en relación a la muestra.

Los encuestadores consistieron en el investigador principal de este trabajo junto a 3 estudiantes de medicina que aceptaron colaborar presencialmente en las respectivas facultades (2 de ellos de manera remunerada), intentando abarcar la mayor cantidad de alumnos posible, y considerando los criterios de inclusión y exclusión, en un plazo de 3 meses durante el primer semestre de 2024. Su rol fue contactar y enviar el enlace de la encuesta (o mostrar código QR) al encuestado,

explicando brevemente en qué consistía la investigación. En vista del bajo interés inicial en el alumnado para darse el tiempo de responder la encuesta, debido a la alta exigencia de la carrera, es que se les comunicó también acerca de un sorteo de artículos médicos a realizarse el día 11 de julio de 2024, y que resultó con ganadores en las 3 instituciones universitarias.

Como la metodología principal fue online (electrónica), la introducción y consentimiento informado fueron de modo escrito. El mecanismo para completar la encuesta fue de auto-respuesta (desde celular o computador). Si bien éstas fueron de carácter anónimo, el encuestado confirmó estar de acuerdo con la aplicación del instrumento ingresando su email (obligatorio) y posteriormente ingresando todas las respuestas que se solicitaban.

Los encuestadores fueron:

- Cardeu Pardo (Uchile, Chile y Argentina), investigador principal
- José Ñancupil (UBA, Argentina), colaborador ad honorem
- Sofía Mamani (UNLP, Argentina), colaborador remunerado
- Camila Alarcón (UNLP, Argentina), colaborador remunerado
-

Adicionalmente, y a modo de garantizar el éxito del trabajo, es que en cada facultad de medicina hubo un docente/académico que contribuyó con la investigación, dentro de sus posibilidades, a fin de motivar al alumnado de manera objetiva e imparcial, para completar la encuesta y para apoyar en caso de cualquier dificultad que se pudiera suscitar.

Los docentes investigadores fueron:

- Dra. Francisca Crispi / Dr. José Peralta – Universidad de Chile
- Dr. Alejandro Blumenfeld – Universidad de Buenos Aires
- Dr. Rubén Alberto Storino / Dra. Mariana Arce – Universidad Nacional de La Plata

4.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

La definición de las variables y su operacionalización se implementaron en el diseño de la encuesta escrita a partir de la siguiente estructura:

1. VARIABLES GENERALES

- **Género:**

“Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido Éste desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico”

- Variable cualitativa dicotómica;
Masculino – Femenino

- **Edad:**

“Tiempo que ha vivido una persona”

- Variable cuantitativa discreta (en años cumplidos)

- **Año de la carrera que cursa:**

- Variable cuantitativa ordinal
Tercer año – Cuarto año - Quinto año – Sexto año – Séptimo año

- **Estado civil:**

“Condición de una persona en relación a su situación de pareja o matrimonio, que se hace constar en el registro civil y que delimita el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales”

- Variable cualitativa nominal;

Soltero – Unido de hecho - Casado –Separado- Viudo

- **Situación religiosa:**

“Situación de vínculo a una determinada confesión religiosa, en la cual una persona adhiere o se reconoce, y el nivel en que ésta se relaciona con ella”

a) Confesión: Variable cualitativa nominal;

Católica – Evangélica – Otras (¿cuál?)– Ninguna

b) Nivel de participación: Variable cualitativa ordinal;

Practicante – Sólo adherente – Indiferente

- **Nivel Socioeconómico:**

“Estatus socioeconómico o nivel de ingreso económico familiar que clasifica a una persona en distintos estratos dentro de una sociedad”. Se medirá de acuerdo a la percepción del encuestado.

- Variable cualitativa ordinal;

Bajo – Medio-Bajo -- Medio -- Medio-Alto -- Alto

- **Situación política familiar:**

“Subsector político que representa a la mayoría de los integrantes del grupo familiar”. Se indagará acerca del partido político al que más votaron los integrantes de la familia en las dos últimas elecciones.

- Variable cualitativa ordinal;

Izquierda – Centroizquierda – Centroderecha – Derecha -- Ninguno

- **Cobertura de salud:**

“Tipo de institución en la cual un individuo se adscribe para recibir atenciones en salud”

Se evaluará de acuerdo al subsector de salud cuyo efector más utiliza

- Variable cualitativa dicotómica;

Público - Privada (en el caso de Argentina se le agregó además: “Sistema de Obras Sociales”, transformándose en una variable cualitativa nominal).

2. VARIABLES DE CONOCIMIENTO / PERCEPCIÓN

+ Momento en que se cree que comienza la vida humana:

Variable cualitativa ordinal:

Cuando existe fecundación y se conforma el cigoto -- Cuando ocurre exitosamente la implantación del del cigoto – A partir del estado de mórula – Desde el cierre del tubo neural – A partir del tercer mes – Desde el nacimiento - En otro momento (¿cuál?)

+ Conocimiento de la existencia de regulación del aborto en su respectivo país: Variable cualitativa dicotómica: sí – no

+ Percepción acerca del conocimiento de la legislación específica en relación con el aborto legal en su país: Variable cualitativa ordinal: nada – poco – más o menos – bastante – totalmente

+ Nivel de confianza del cumplimiento de la legislación vigente en relación con el aborto legal en su país: Variable cualitativa ordinal: no se cumple – se cumple parcialmente – se cumple totalmente

+ Motivos por el cual no se cumpliría la legislación vigente en relación al aborto legal en su país: Variable cualitativa nominal:

Motivos económicos – motivos ideológicos – motivos sociales y religiosos – falta de voluntad política – ineficiencia – otro: ¿cuál?

+ Conocimiento de la existencia del término “objeción de conciencia” en medicina:

Variable cualitativa dicotómica: sí – no

+ Conocimiento de los protocolos farmacológicos actuales para inducir un aborto: Variable cualitativa ordinal: nada – poco – más o menos – bastante – totalmente

+ Conocimiento de los protocolos quirúrgicos actuales para llevar a cabo un aborto: Variable cualitativa ordinal: nada – poco – más o menos – bastante – totalmente

+ Percepción acerca del conocimiento entregado en su facultad en la enseñanza del aborto terapéutico, en su aspecto teórico y práctico:

Variable cualitativa ordinal: totalmente insuficiente – insuficiente – suficiente – sobresaliente – a nivel de especialista

+ Percepción acerca de qué tipo de profesionales pueden efectuar un aborto terapéutico, en qué espacio físico, y en relación a la objeción de conciencia médica e institucional:

Variable cualitativa dicotómica: Verdadero – Falso (en relación a ciertas afirmaciones).

3. VARIABLES DE ACTITUD

- **Actitud general en relación con la regulación del ejercicio del aborto:** Variable cualitativa ordinal;

A favor siempre que la mujer lo consienta – A favor sólo en ocasiones especiales - En contra siempre

- **Situaciones especiales en las cuales se está a favor de que el aborto se practique de manera regulada:** Variable cualitativa nominal;

- Aborto libre siempre que hayan menos de 14 semanas de gestación
- En casos de violación en niñas y adolescentes
- En casos de violación en mujeres adultas
- Cuando existe un riesgo considerable para la vida de la madre
- Cuando existe un riesgo considerable para la salud de la madre
- Cuando el producto en gestación es incompatible con la vida al nacer

- Cuando el producto en gestación nacerá con enfermedades graves
- Cuando el producto en gestación posee Síndrome Down u otras condiciones compatibles con la vida
- Cuando la embarazada es menor de 15 años
- Cuando la embarazada tiene entre 16 y 18 años
- Por razones socioeconómicas
- Otras situaciones (¿cuáles?)

- **Disposición en ser ejecutor de un aborto legal si hoy fuese médico capacitado en el área o especialista:**

Variable cualitativa dicotómica; sí lo estaría – no lo estaría

- **Disposición en ser ejecutor de un aborto legal farmacológico si hoy fuese médico recién titulado:**

Variable cualitativa dicotómica; sí lo estaría – no lo estaría

- **Motivos por los cuales no habría disposición a ser ejecutor de un aborto legal si hoy fuese médico:** Variable cualitativa nominal:

Falta de preparación o conocimientos – Desconfianza en el sistema de salud – Temor ante la justicia – Por motivos religiosos - Por motivos personales y de conciencia - Otros motivos: ¿cuáles?

- **Cuánto la carrera de medicina ha influido en la percepción sobre el aborto:**

Variable cualitativa ordinal; nada – poco – más o menos – bastante -- totalmente

- **Situaciones que podrían generar un cambio de actitud en relación al aborto:**

- Variable cualitativa dicotómica; sí hay – no hay
- Espacio para desarrollo breve.

4.3. RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento aplicado constó de 26 preguntas cerradas y 1 pregunta abierta propiamente tal, en 2 bloques. Algunas preguntas tenían la opción final de agregar otra alternativa a las presentadas. El primer bloque (total 9 preguntas) incluyó preguntas de carácter general a fin de individualizar de mejor manera a la unidad de análisis. El segundo bloque (total 18 preguntas) incluyó preguntas orientadas al conocimiento, percepción y a la postura que presenta el encuestado en relación al tema presentado en esta investigación.

Se puede acceder a un ejemplo de la encuesta aplicada a través del siguiente enlace: <https://www.miniurl.cl/UNLP> , o puede revisarse en el “Anexo 1”.

Las encuestas fueron aplicadas en las 3 universidades antes mencionadas en el período propuesto, con autorización previa para su aplicación en cada una de ellas, logrando abarcar con éxito a un total de 712 alumnos que cumplieron con los criterios de inclusión. Se distribuyeron de la siguiente manera:

333 estudiantes: Universidad Nacional de La Plata

201 estudiantes: Universidad de Buenos Aires

208 estudiantes: Universidad de Chile

Los encuestadores fueron previamente calibrados, principalmente en el discurso de presentación y para no interferir de ninguna manera en las respuestas marcadas o escritas. Cada uno fue responsable de su respectiva universidad y fueron ya individualizados anteriormente.

Luego de haberse realizado la recolección de todos los instrumentos se inició la construcción de la base de datos Access, transformada a Excel al momento del análisis de datos.

5. RESULTADOS

Se realizaron 743 encuestas totales entre los estudiantes de medicina de tercer año en adelante de las 3 universidades mencionadas.

5.1. VARIABLES GENERALES

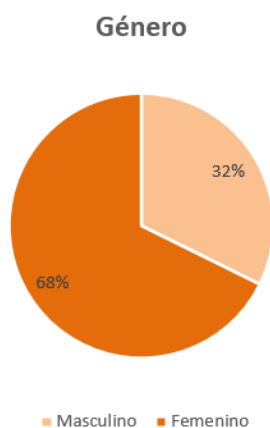
a) Género y edad

De ellos, 240 (32%) se identificaron con el género masculino y 503 (68%) con el femenino, con edades comprendidas entre los 20 y los 54 años. (Tabla N°1 y Gráfico 1)

Tabla N°1: Entrevistados totales según género (en %).

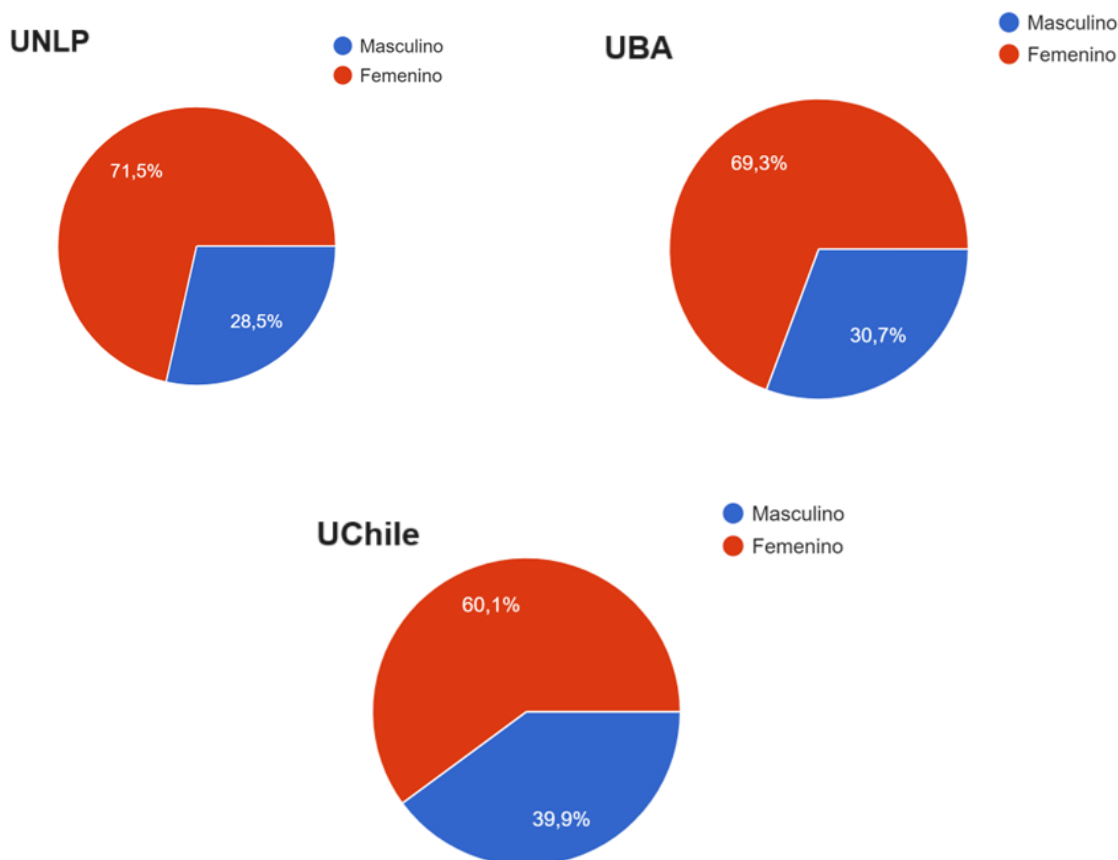
Género	%
Masculino	32
Femenino	68
Total	100% (n=743)

Gráfico N°1.



A nivel específico por universidad, en UNLP se identificaron 95 (28,5%) personas con el género masculino y 238 (71,5%) con el femenino. EN UBA 62 (30,7%) con el masculino y 140 (69,3%) con el femenino. Y, por último, en Uchile se identificaron 83 (39,9%) personas con el género masculino y 125 (60,1%) con el femenino, representados en sus respectivos gráficos. (Gráficos 2, 3 y 4)

Gráficos N°2, 3 y 4.



El principal rango etario que respondió la encuesta estuvo entre los 20 y 23 años, siendo el 56% del total de encuestados, seguido del rango 24 a 30 años (36%).

Tabla N°2: Encuestados según edad (número total y en %).

Edad	Total (N°)	Total (en %)
Entre 20 y 23 años	419	56
Entre 24 y 30 años	265	36
Entre 31 a 40 años	52	7
41 años y más	7	1
	743	100% (n=743)

Gráfico N°5: Distribución del número de encuestados en UNLP

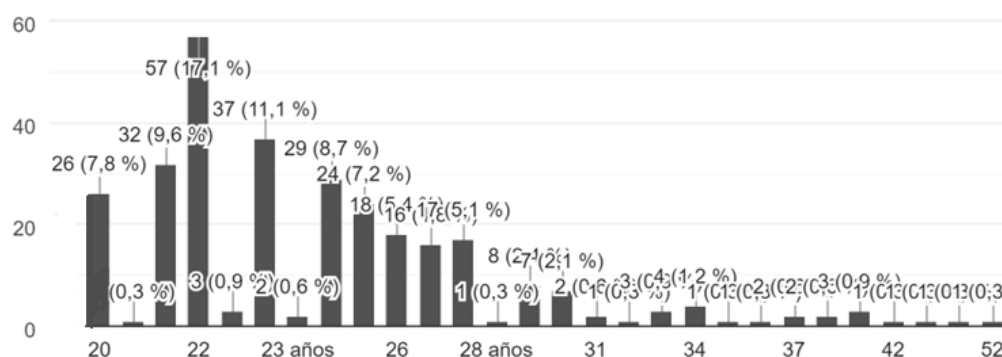


Gráfico N°6: Distribución del número de encuestados en UBA

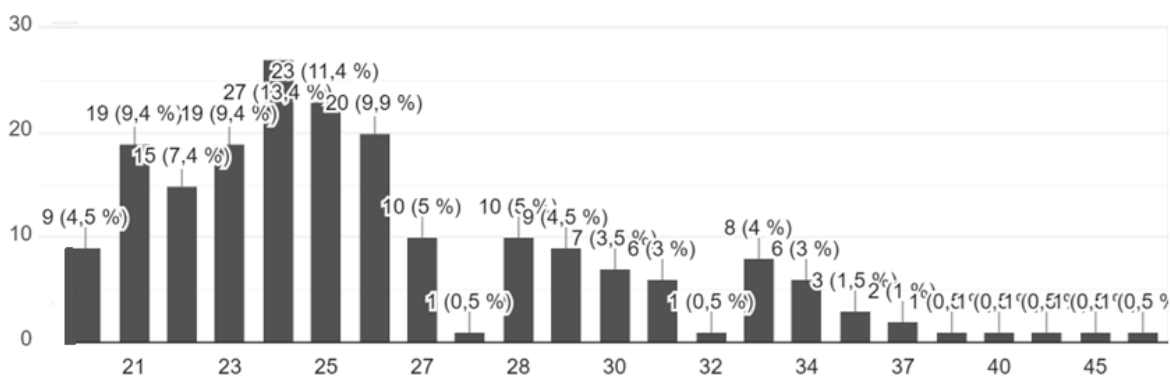
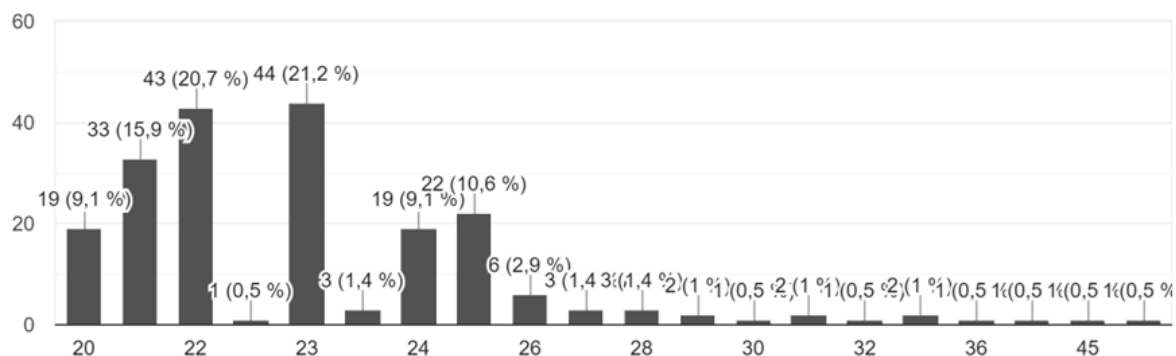


Gráfico N°7: Distribución del número de encuestados en UChile

**b) Año de la carrera**

Los estudiantes encuestados de tercer año de la carrera de medicina representaron un 51% del total, seguido por cuarto y quinto año (con un 19 y 15% respectivamente). Sólo en U. de Chile y UBA existe un séptimo año en sus mallas académicas

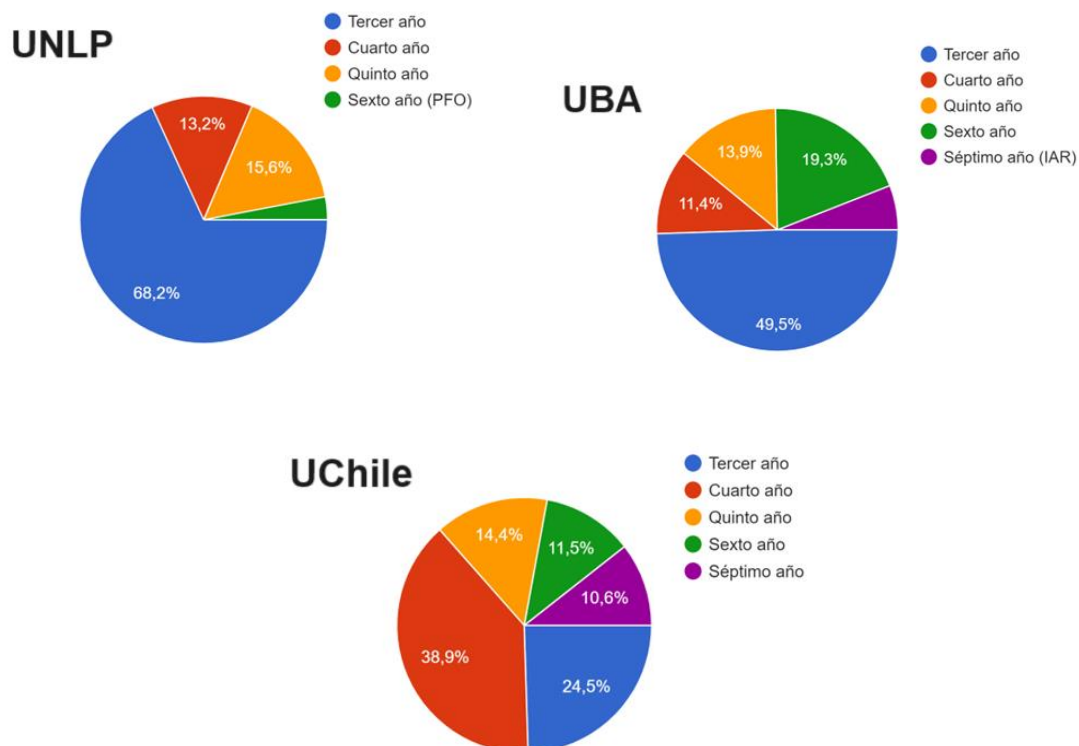
Tabla N°3: Año de la carrera del total de estudiantes (N° total y en %).

Año de la carrera	Total (N°)	Total (en %)
Tercero	378	51
Cuarto	148	19
Quinto	110	15
Sexto	73	10
Séptimo	34	5
	743	100% (n=743)

Gráfico N°8: Año de la carrera del total de estudiantes



Gráficos N°9, 10 y 11: Año de la carrera de estudiantes de UNLP, UBA y UChile



c) Estado civil

La gran mayoría de estudiantes encuestados se declaran solteros(as), con un 90%, seguido de lejos por el estado civil “unido de hecho” (7%). Y sólo 19 encuestados se encontraban casado(a) o separado(a), de acuerdo a la siguiente tabla:

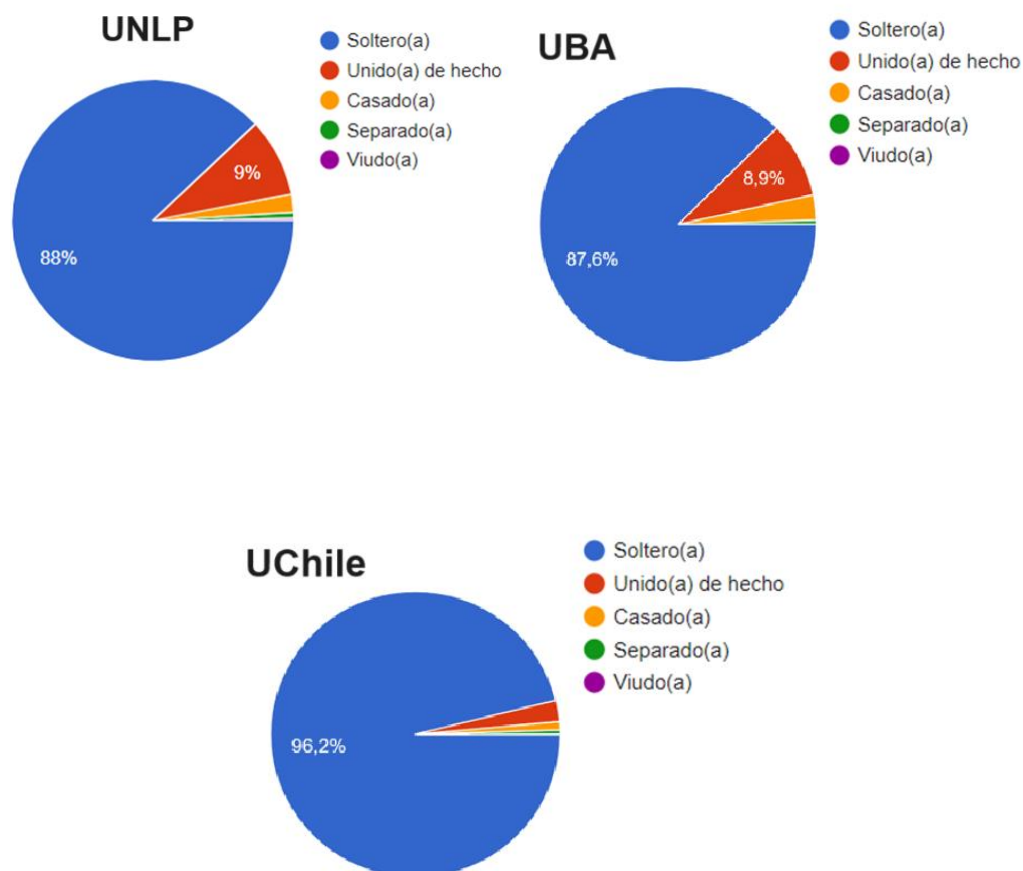
Tabla N°4: Estado civil del total de estudiantes (N° total y en %).

Año de la carrera	Total (N°)	Total (en %)
Soltero(a)	671	90
Unido(a) de hecho	53	7
Casado(a)	16	2
Separado(a)	2	1
Viudo(a)	1	0
	743	100% (n=743)

Gráfico N°12



Gráficos N°13, 14 y 15: Estado civil de los estudiantes de UNLP, UBA y Uchile



d) Situación religiosa

Del total de encuestados, exactamente la mitad de ellos declara no identificarse con ningún tipo de religión, seguida por el catolicismo con un 37%. Un 7% se declara evangélico, y el resto se identifica con otras creencias religiosas.

Dentro de aquellos que adhieren a alguna religión, prácticamente la mitad declara no participar de ella, un 30% declara sólo ser adherente, y sólo un 19% declara ser practicante.

Tabla N°5: Religión con la cual se identifican los estudiantes (N° total y en %).

Creencia religiosa	Total (N°)	Total (en %)
Católica	272	37
Evangélica	50	7
Ninguna	373	50
Otra	48	6
	743	100% (n=743)

Gráfico N°16.

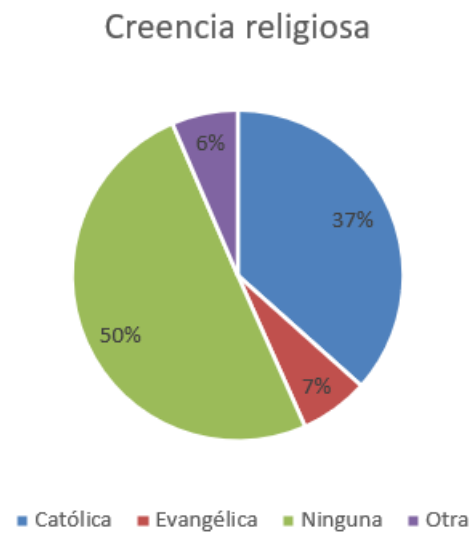
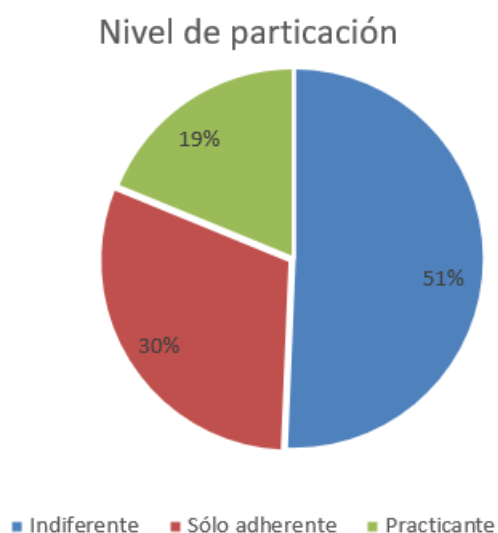


Tabla N°6: Nivel de participación de estudiantes que adscriben a una religión (N° total y en %).

Participación	Total (N°)	Total (en %)
Indiferente	189	51
Sólo adherente	111	30
Practicante	70	19
	370	100% (n=370)

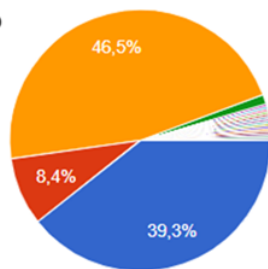
Gráfico N° 17.



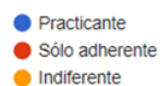
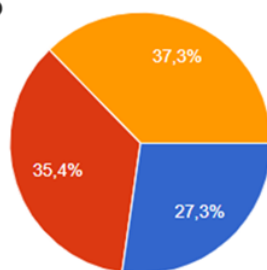
A continuación, se encuentra un resumen graficado por cada universidad, en relación a la religión con la cual se identifican y al nivel de participación que los estudiantes se auto perciben (Gráficos N°18-23):

Gráficos N° 18-23.

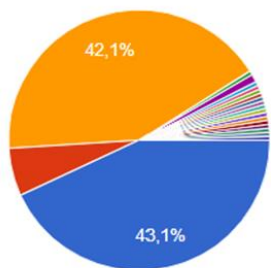
UNLP



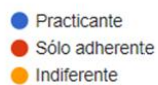
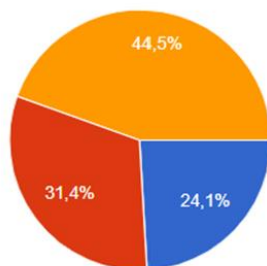
UNLP



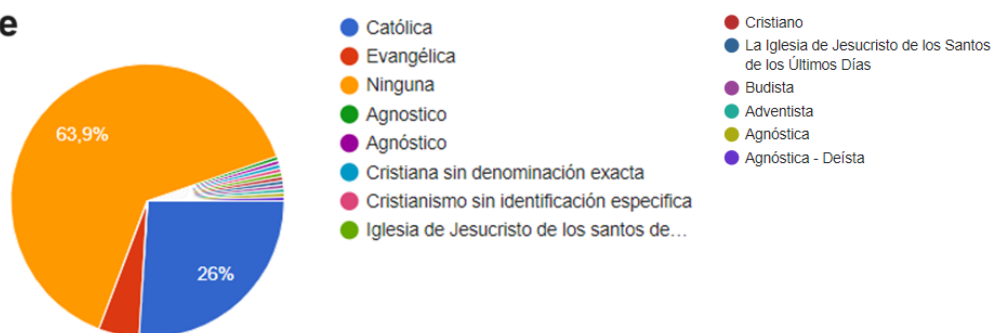
UBA



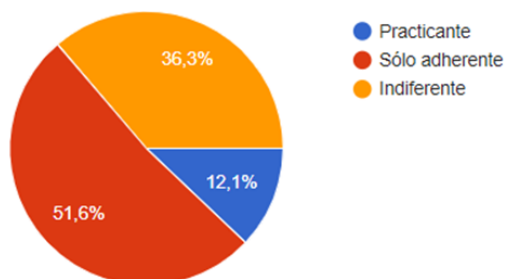
UBA



UChile



UChile



e) Nivel Socioeconómico

En relación al nivel socioeconómico del encuestado, prácticamente la mitad de ellos se percibe perteneciente a la clase media (380 personas), seguido casi en partes iguales por la clase medio-alta y medio-baja (149 y 159 respectivamente), de acuerdo la Tabla N°7.

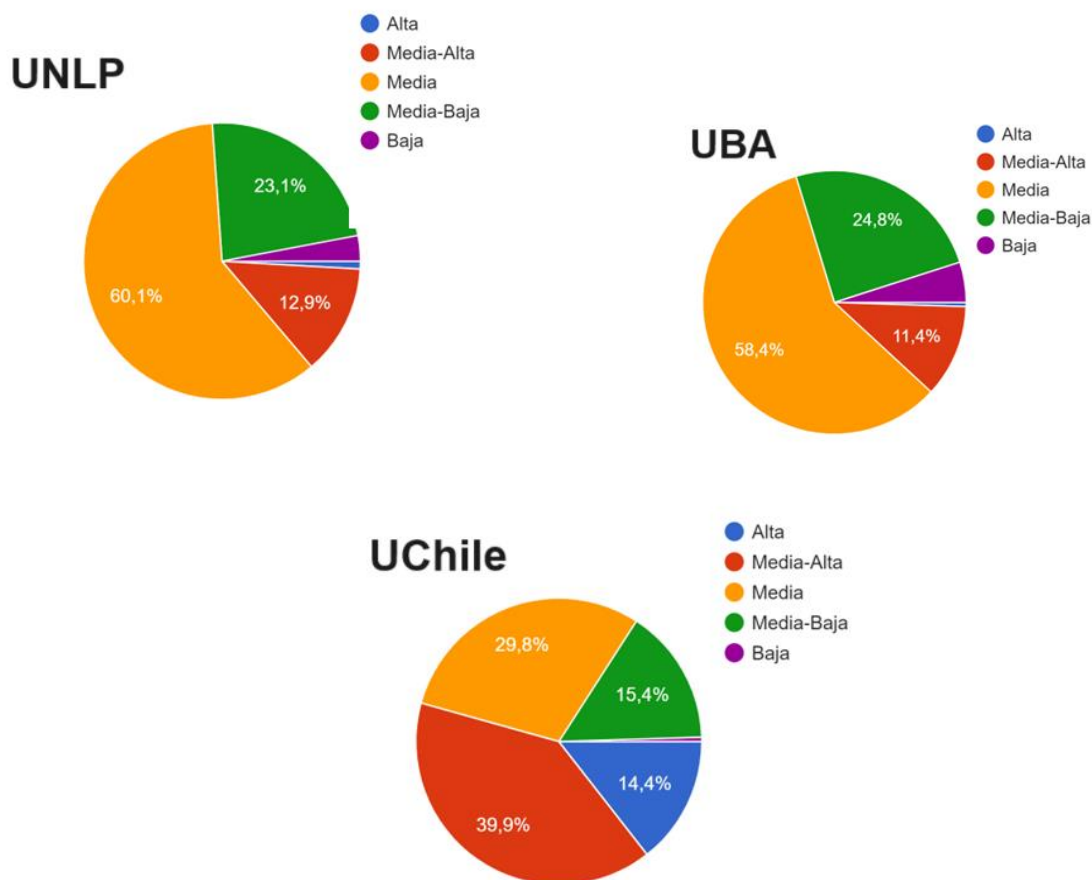
Tabla N°7: Nivel Socioeconómico auto percibido de los estudiantes (N° total y en %).

Nivel Socio-Económico	Total (N°)	Total (en %)
Alto	34	5
Medio-Alto	149	20
Medio	380	51
Medio-Bajo	159	21
Bajo	21	3
	743	100% (n=743)

Gráfico N° 24: Nivel Socioeconómico auto percibido (en % del total)



Gráficos N° 25-27: Nivel Socioeconómico desglosado por universidad



f) Situación política familiar

En relación al sector político que representa mayormente al encuestado (y su familia) es posible observar, considerando el total de ellos, que la mayoría (34%) no se identifica con ninguno. Luego, los sectores de izquierda-centroizquierda representan el 38% y los de derecha-centroderecha el 27%. Se puede observar el resultado completo en la Tabla N°8.

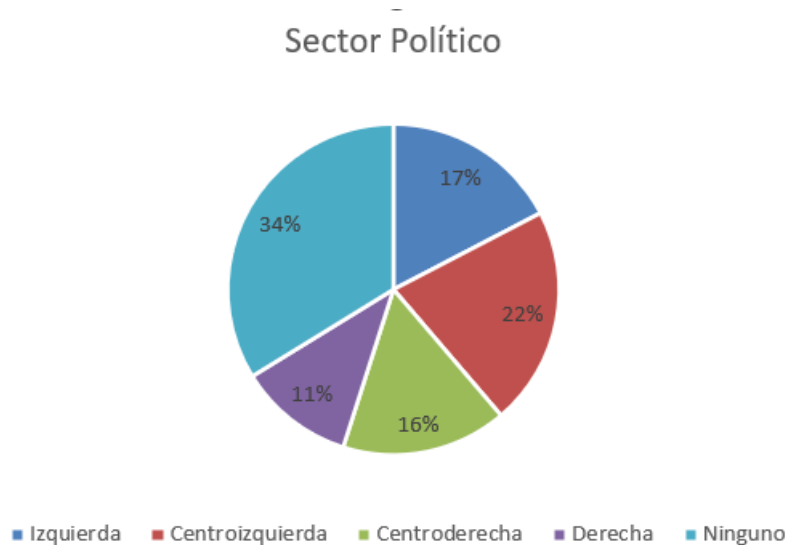
Por otra parte, los Gráficos 29, 30 y 31 reflejan el resultado en cada una de las universidades. Se destaca, que en U de Chile los sectores de izquierda-

centroizquierda representan el 62% particular, mientras que en UNLP es de 28,5% y en UBA este valor es de 31,7%.

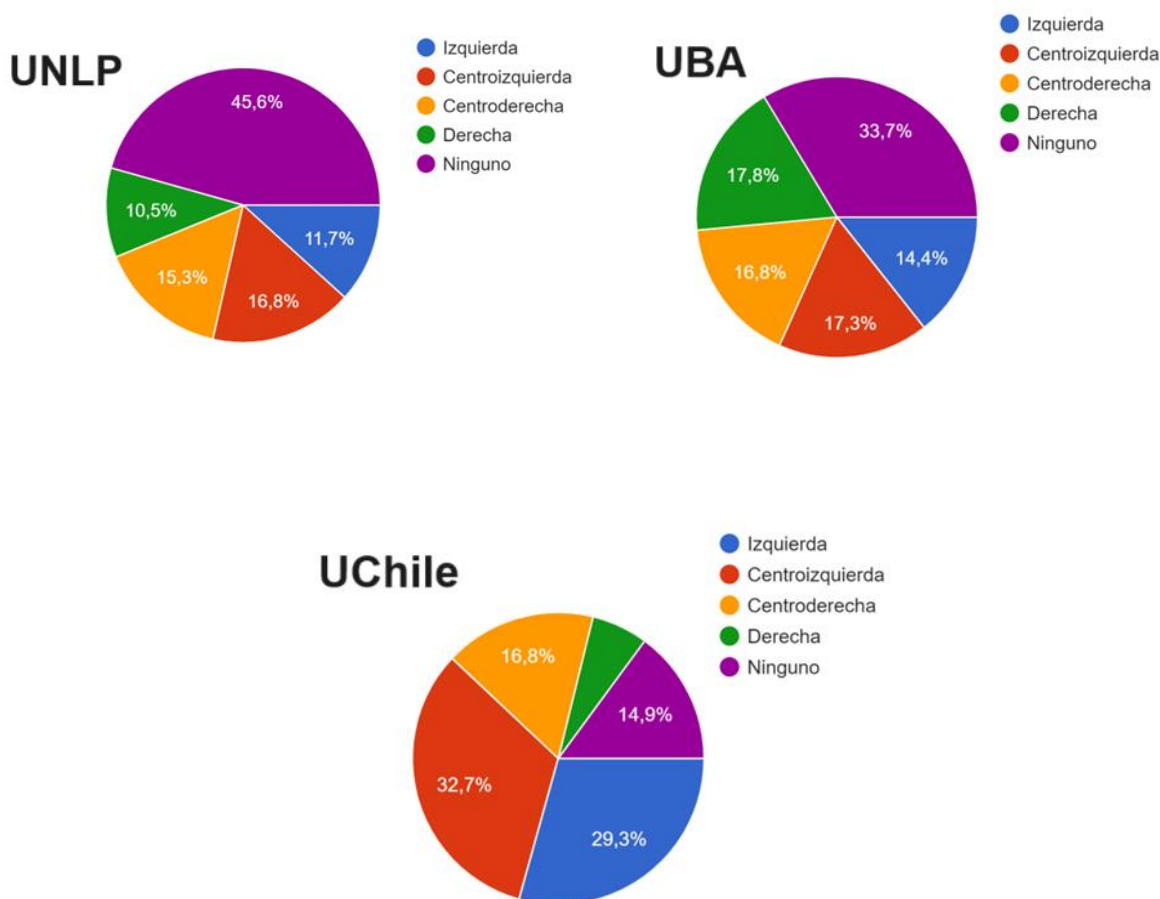
Tabla N°8: Situación política familiar del total de los estudiantes (N° total y en %).

Sector Político	Total (N°)	Total (en %)
Izquierda	129	17
Centroizquierda	159	21
Centroderecha	120	16
Derecha	84	11
Ninguno	251	34
	743	100% (n=743)

Gráfico N° 28.



Gráficos N° 29-31: Situación política desglosada por universidad



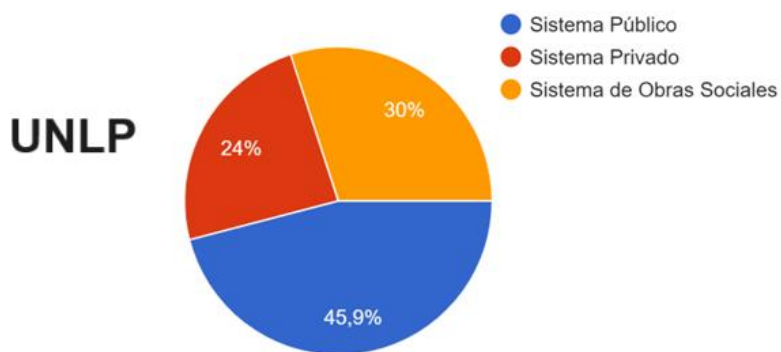
g) Cobertura de Salud

Los resultados de esta pregunta aparecen especificados por universidad en los Gráficos 32, 33 y 34. En caso de Universidad de Chile las opciones se dividen solamente entre Sistema Público y Sistema Privado, ya que en dicho país no existen las Obras Sociales propiamente tal.

Gráficos N° 32-34: Cobertura de salud de los estudiantes desglosada por cada universidad.

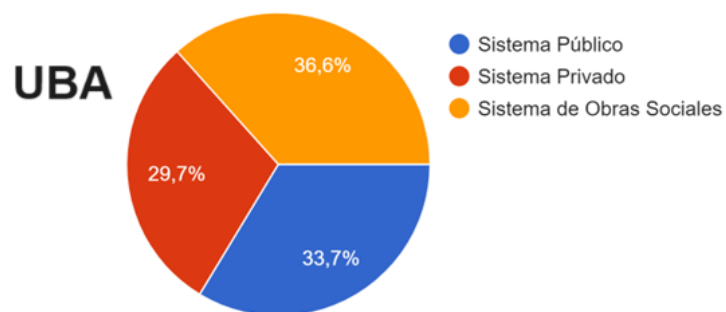
¿Qué tipo de servicio de salud usa Ud. habitualmente?

333 respuestas



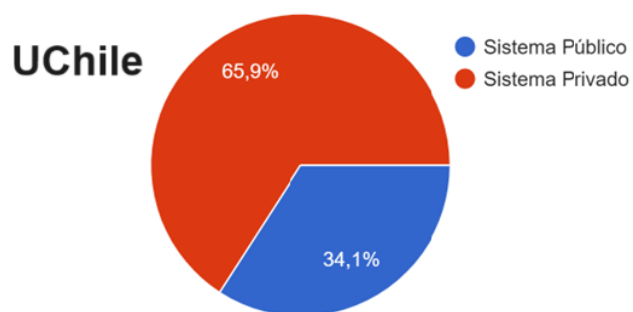
¿Qué tipo de servicio de salud usa Ud. habitualmente?

202 respuestas



¿Qué tipo de servicio de salud usa Ud. habitualmente?

208 respuestas



5.2. VARIABLES DE CONOCIMIENTO / PERCEPCIÓN

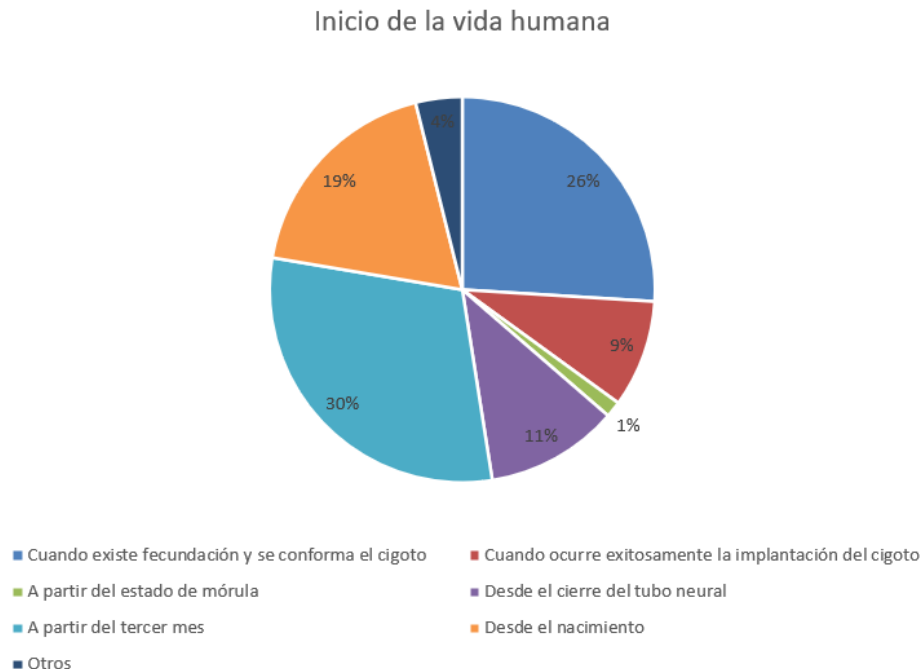
h) Momento en que se cree comienza la vida humana

Esta pregunta tenía múltiples opciones, siendo la principal el concepto de que la vida humana comienza a partir del tercer mes de gestación (30%), seguida de “la vida humana inicia con la fecundación y posterior conformación del cigoto” (26%). La opción de que la vida humana inicia a partir del nacimiento obtuvo el 18% de las preferencias. Se pueden resumir en la Tabla N°9.

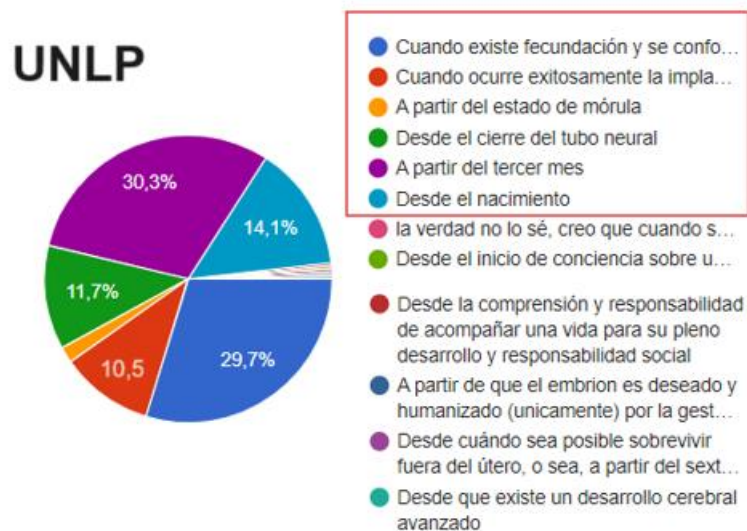
Tabla N°9: Momento en que se cree comienza la vida humana (N° total de estudiantes y en %).

Inicio de la vida humana	Total (N°)	Total (en %)
Cuando existe fecundación y se conforma el cigoto	193	26
Cuando ocurre exitosamente la implantación del cigoto	67	9
A partir del estado de mórula	10	1
Desde el cierre del tubo neural	83	11
A partir del tercer mes	224	30
Desde el nacimiento	137	19
Otros	29	4
	743	100% (n=743)

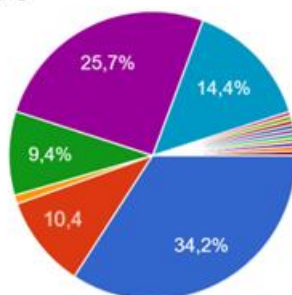
Gráfico N° 35.



Gráficos N° 36-38: Momento en que se cree comienza la vida humana, desglosado en cada universidad

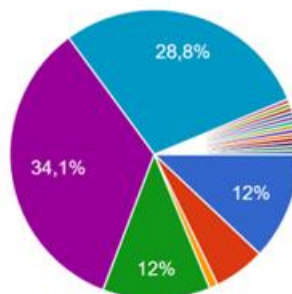


UBA



- Cuando existe fecundación y se confirma la vida
- Cuando ocurre exitosamente la implantación
- A partir del estado de mórula
- Desde el cierre del tubo neural
- A partir del tercer mes
- Desde el nacimiento
- Cuando late el corazón
- Desde que haya viabilidad extrauterina,
- Ovocito y Espermatozoides son vida...
- Desde el primer latido del corazón
- Cuando se desarrolla el sistema cardíaco
- Después de la semana 24
- Desde
- Cuando aparece la capacidad de sentir
- 12 semanas
- Desde el momento que hay conciencia

UChile



- Cuando existe fecundación y se confirma la vida
- Cuando ocurre exitosamente la implantación
- A partir del estado de mórula
- Desde el cierre del tubo neural
- A partir del tercer mes
- Desde el nacimiento
- Desde las 22 semanas, cuando el feto...
- desde que es viable
- Cuando se completa el desarrollo del...
- Desde las 24 semanas
- Desde que la gestante lo considere como vida
- 22 semanas
- Lo considero un proceso, no soy capaz de...
- Desde la viabilidad fetal
- Desde que empiezan las ondas cerebrales
- Desde que el feto es viable, el corte e...
- Desde la semana 22
- Citando a Schopenhauer: comienza desde la primera mirada entre los amantes.
- Cuando es viable, 25 semanas aproximadamente

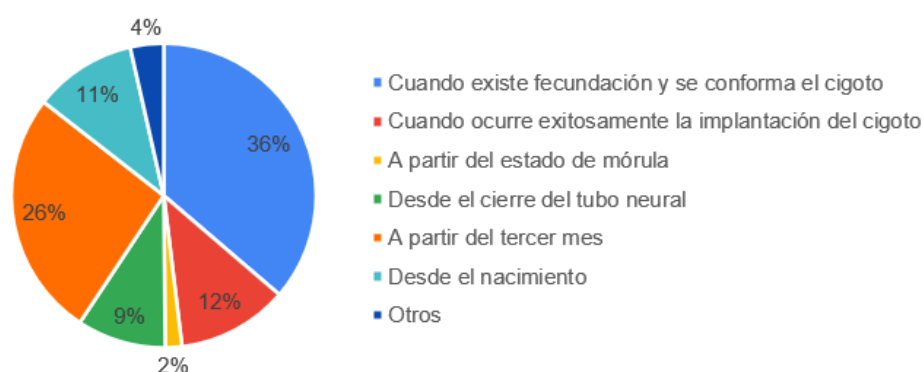
Junto al análisis de los datos globales, seguidos por los específicos por universidad, se hizo un recuento de la percepción de aquellos estudiantes agrupados en alguna de las religiones cristianas, de acuerdo a la Tabla N°9ª y al Gráfico 38a.

Tabla N°9a: Momento en que se cree comienza la vida humana (N° total de estudiantes cristianos y en %).

Inicio de la vida humana (estudiantes cristianos)	Total (N°)	Total (en %)
Cuando existe fecundación y se conforma el cigoto	123	36
Cuando ocurre exitosamente la implantación del cigoto	40	12
A partir del estado de mórula	6	2
Desde el cierre del tubo neural	32	9
A partir del tercer mes	89	26
Desde el nacimiento	37	11
Otros	12	4
	339	100% (n=339)

Gráfico N° 38a.

Inicio de la vida humana (estudiantes cristianos)



i) Conocimiento de la regulación del aborto en el respectivo país

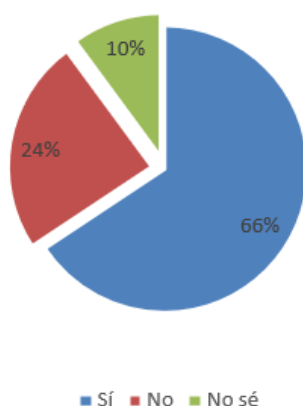
En lo referente al conocimiento en relación a si el aborto terapéutico se encuentra o no permitido en su respectivo país de origen, fueron 488 personas (66%) las que respondieron que sí, 180 personas que no (24%) y 75 consideraron que no sabían si estaba permitido o no (10% del total).

Tabla N°10: Conocimiento de la regulación del aborto en el respectivo país (N° total de estudiantes y en %).

Regulación del aborto en el país (¿está permitido?)	Total (N°)	Total (en %)
Sí	488	66
No	180	24
No sé	75	10
	743	100% (n=743)

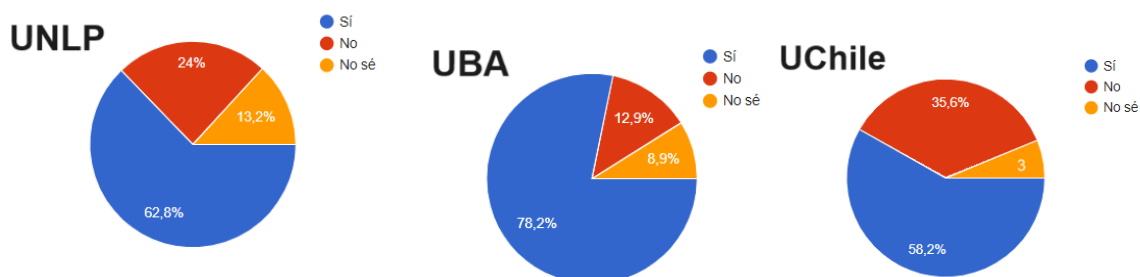
Gráfico N°39.

Regulación del aborto en el país



En los resultados por universidad en particular se puede apreciar que en las 3 la principal respuesta corresponde a que sí consideran que el aborto terapéutico está permitido en su país, aunque cada uno con distinta proporción, como se puede apreciar en los Gráficos 40, 41 y 42.

Gráficos N°40-42.



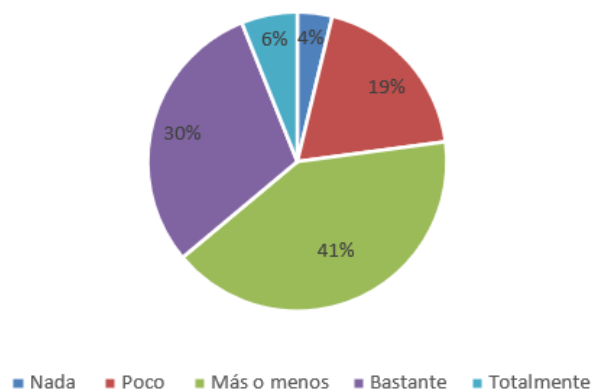
En cuanto al nivel de conocimiento auto percibido en relación al ordenamiento jurídico del aborto terapéutico, un 41% de los encuestados considera que conoce “más o menos” la regulación existente, seguida de un 30% (bastante) y un 19% (poco).

Tabla N°11: Conocimiento del orden jurídico del aborto en el respectivo país (N° total de estudiantes y en %).

Conocimiento acerca de la regulación jurídica del aborto	Total (N°)	Total (en %)
Nada	28	6
Poco	142	19
Más o menos	305	41
Bastante	223	30
Totalmente	45	6
	743	100% (n=743)

Gráficos N°43.

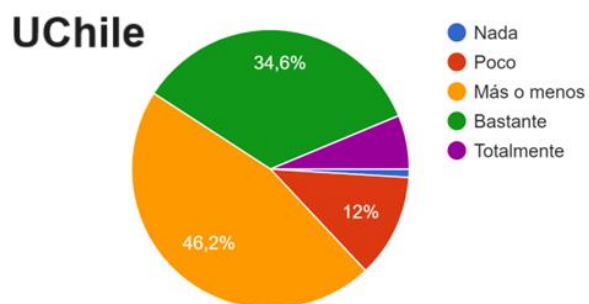
Conocimiento de la regulación del aborto



Por último, en el caso específico de cada centro educacional, en las 3 instituciones se respeta el mismo orden de respuestas que en el resultado global, siendo nuevamente “más o menos” el nivel de conocimiento que los estudiantes más seleccionaron (40,2% en UNLP, 37,1% en UBA y 46,2% en UChile). El resto de los resultados puede apreciarse en los Gráficos 44, 45 y 46.

Gráficos N°44-46.





j) Cumplimiento de la legislación vigente en relación al aborto terapéutico en el respectivo país y sus motivos

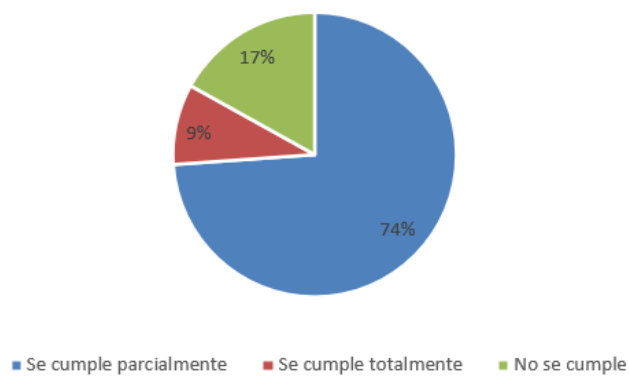
La opinión mayoritaria de los estudiantes encuestados en relación al cumplimiento de las leyes que rigen el aborto en su respectivo país es que “se cumplen parcialmente” (74%). Un 17% considera que “no se cumplen”, y un 9% que “se cumplen totalmente”).

Tabla N°12: Cumplimiento de la legislación vigente en relación al aborto terapéutico, en su respectivo país (N° total de estudiantes y en %).

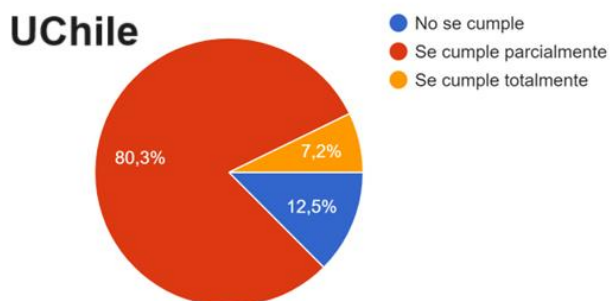
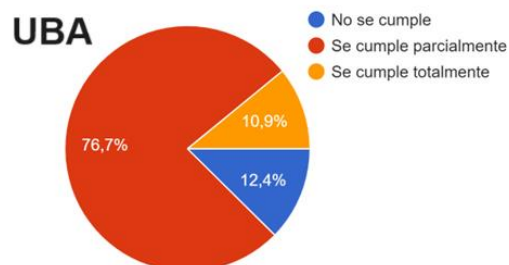
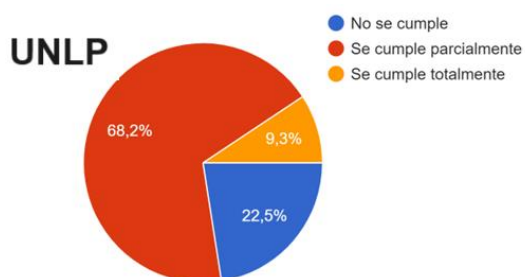
Cumplimiento de la legislación vigente	Total (N°)	Total (en %)
Se cumple parcialmente	549	74
Se cumple totalmente	68	9
No se cumple	126	17
	743	100% (n=743)

Gráfico N°47.

Cumplimiento de la legislación vigente



Gráficos N°48, 49 y 50: Cumplimiento de la legislación vigente en relación al aborto terapéutico en su respectivo país, desglosado por universidad.

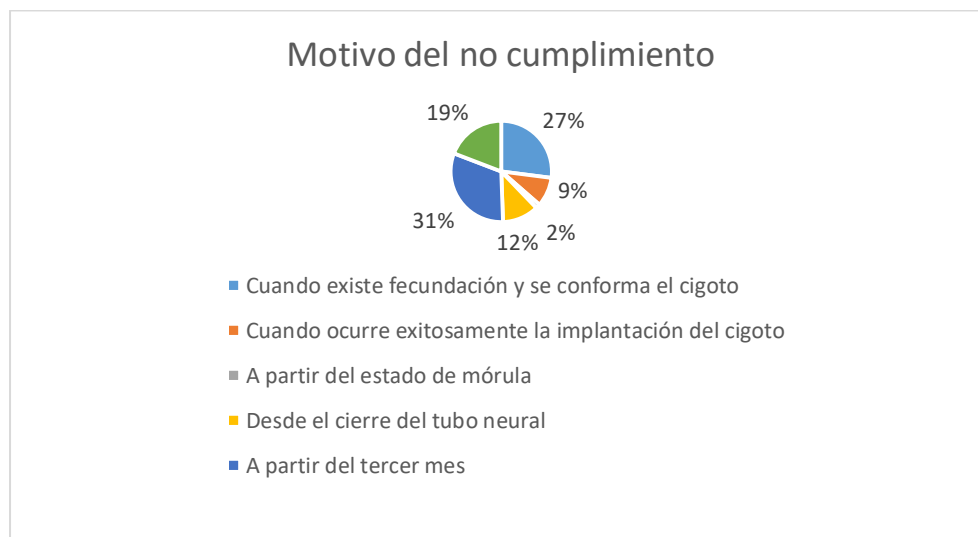


Dentro del 91% de los encuestados que consideraron que en su respectivo país no se cumple totalmente la legislación vigente en relación al aborto terapéutico, un 36% cree que el principal motivo es de índole social/religioso, seguido de motivos ideológicos (26%). La falta de voluntad política, ineficiencia, los motivos económicos y el conjunto de otras respuestas variadas comparten un número similar de preferencia, siendo de un 8% para la primera, y de un 10% cada una de las restantes. Se puede ver en detalle en la Tabla N°13 y el Gráfico N°51.

Tabla N°13: Motivo principal del no pleno cumplimiento de la legislación vigente, en relación al aborto terapéutico en su respectivo país (N° total de estudiantes y en %).

Motivo principal del no pleno cumplimiento de la legislación	Total (N°)	Total (en %)
Sociales y religiosos	269	36
Ideológicos	189	26
Falta de voluntad política	55	8
Ineficiencia	74	10
Económicos	76	10
Otras respuestas	77	10
	740	100% (n=743)

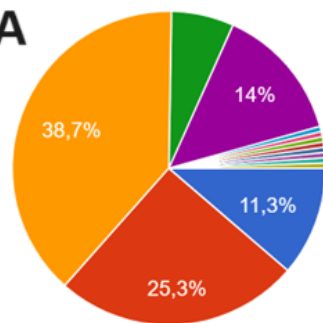
Gráfico N° 51.



Gráficos N° 52-54: Motivo principal del no pleno cumplimiento de la legislación vigente, en relación al aborto terapéutico en su respectivo país (particular por cada universidad).

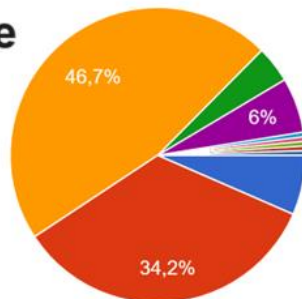


UBA



- Motivos económicos
- Motivos ideológicos
- Motivos sociales y religiosos
- Falta de voluntad política
- Ineficiencia
- Suma de motivos ideológicos, sociale..
- Es una sumatoria de todos los motivos previamente dichos
- Todos los mencionados
- Mezcla de todo, motivos religiosos y morales propios por sobre todo.
- Ineficacia de las autoridades para hacer cumplir la legislación y motivos religiosos por parte del personal médico.
- Ideológicos, Sociales y Religiosos

UChile



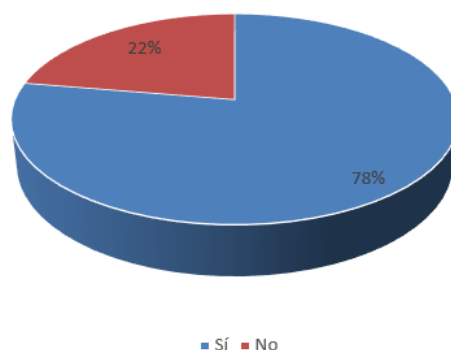
- Motivos económicos
- Motivos ideológicos
- Motivos sociales y religiosos
- Falta de voluntad política
- Ineficiencia
- Causa fuera de las 3 causales permiti...
- El hecho de que los profesionales pue...
- Falta de fiscalización en hospitales y c...
- El estado chileno prohíbe cualquier tipo de aborto pero el aborto terapéutico no se encuentra penado, de ahí a que se cumple parcialmente
- La realidad empírica (Aborto sin causales) es mayor a los contemplados por la ley.

k) Conocimiento del término médico “objeción de conciencia”

En relación al término “objeción de conciencia en medicina”, 577 personas aseguran conocer su significado (78% del total de los encuestados), mientras que 166 personas mencionan que no saben (22%), de acuerdo al Gráfico N°53.

Gráfico N°53: Conocimiento del término médico “Objeción de conciencia”, (% sobre el total de estudiantes).

Objeción de conciencia en medicina



En la Tabla N°14 se puede observar el desglose (en %) en UNLP, UBA y UChile, donde la respuesta “Sí conozco el término objeción de conciencia en medicina” obtuvo un 69.1, 76.7 y 92% respectivamente.

Tabla N°14.

Objeción de conciencia	UNLP (%)	UBA (%)	Uchile (%)	Total
Sí	69,1	76,7	92	
No	30,9	23,3	8	
	100% (n=333)	100% (202)	100% (208)	100% (743)

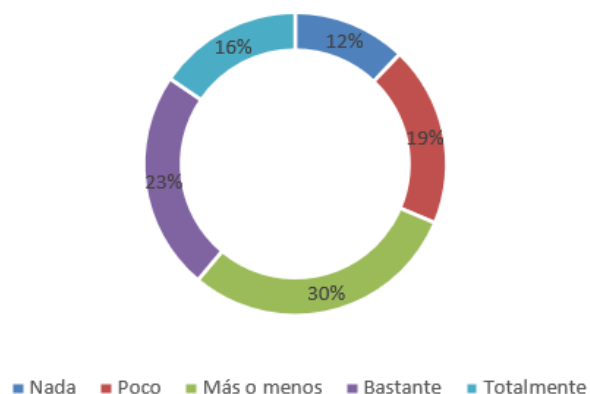
l) Conocimiento de los protocolos farmacológicos y quirúrgicos para llevar a cabo un aborto

m)

El conocimiento de los protocolos farmacológicos para llevar a cabo un aborto fue auto percibido como “completo” en el 16% sobre el total de los entrevistados, “bastante” en un 23%, “más o menos” en un 30%, “poco” en un 19% y “nada” en un 12%, de acuerdo al Gráfico 54.

Gráfico N°54.

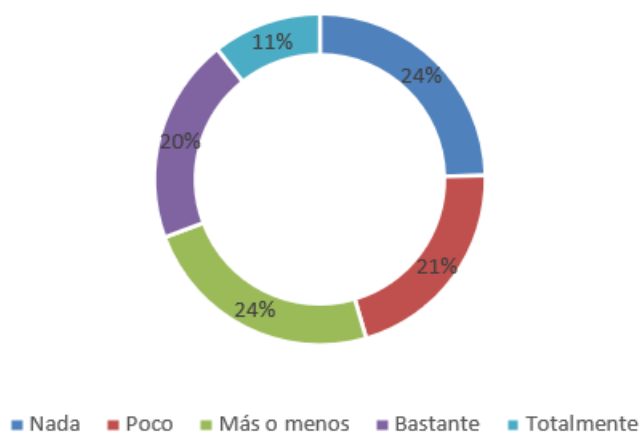
Protocolos farmacológicos



En cuanto al conocimiento de los protocolos quirúrgicos para llevar a cabo un aborto, un 11% sobre el total de los entrevistados considera su conocimiento como “completo”, el 20% como “bastante”, un 24% como “más o menos”, un 21% como “poco” y en un 24% en “nada”, de acuerdo al Gráfico 55.

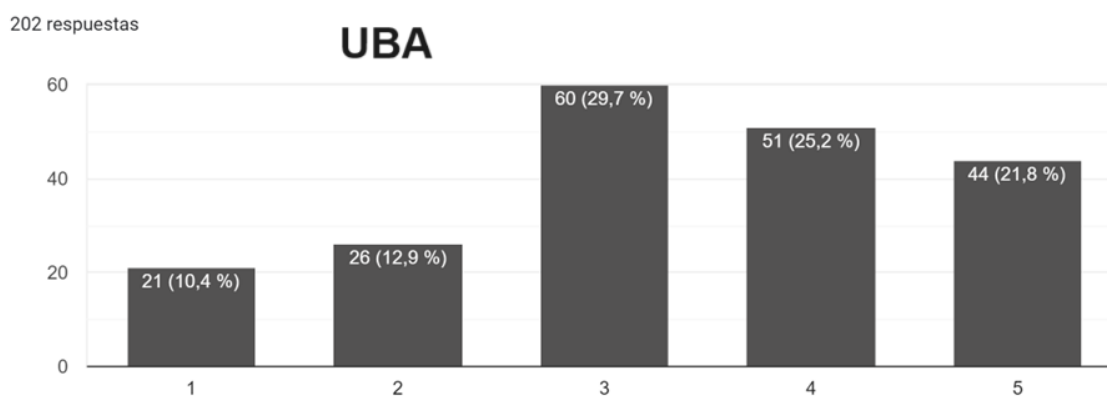
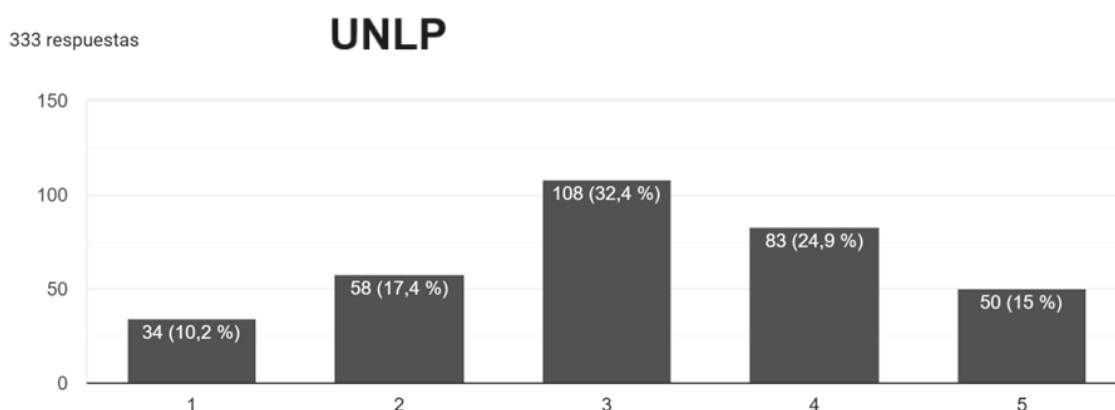
Gráfico N°55.

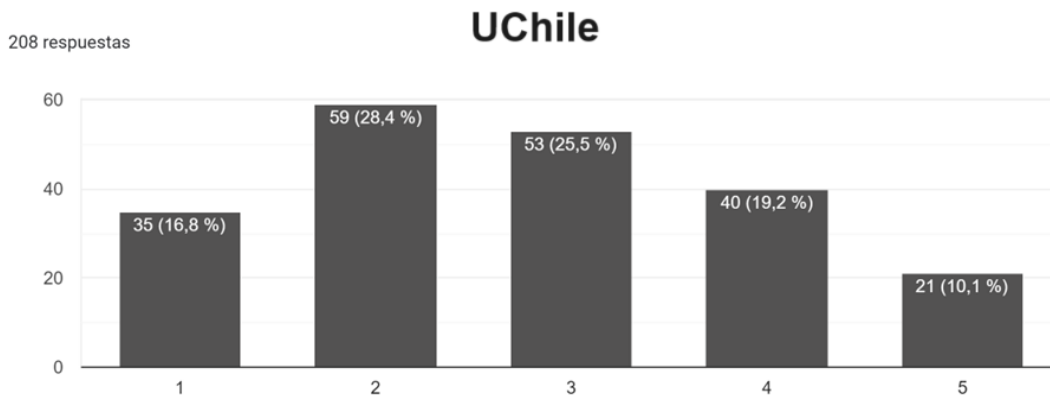
Protocolos quirúrgicos



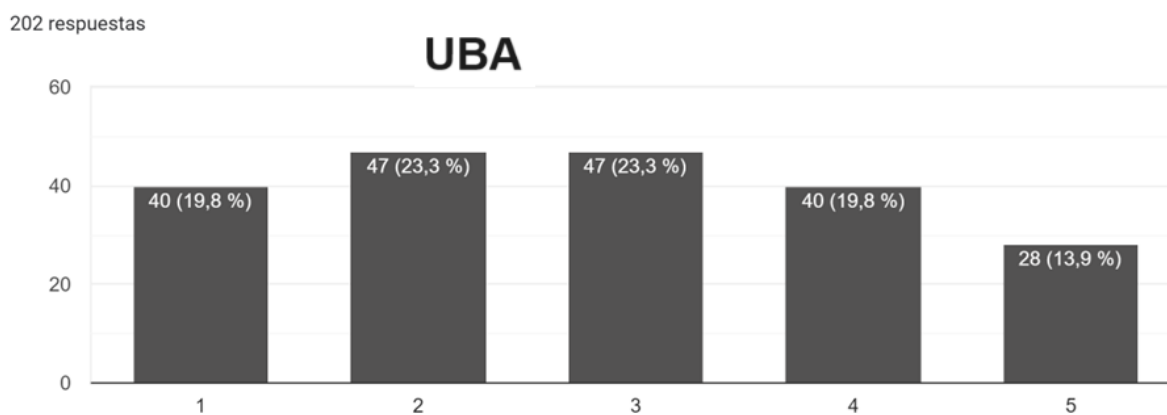
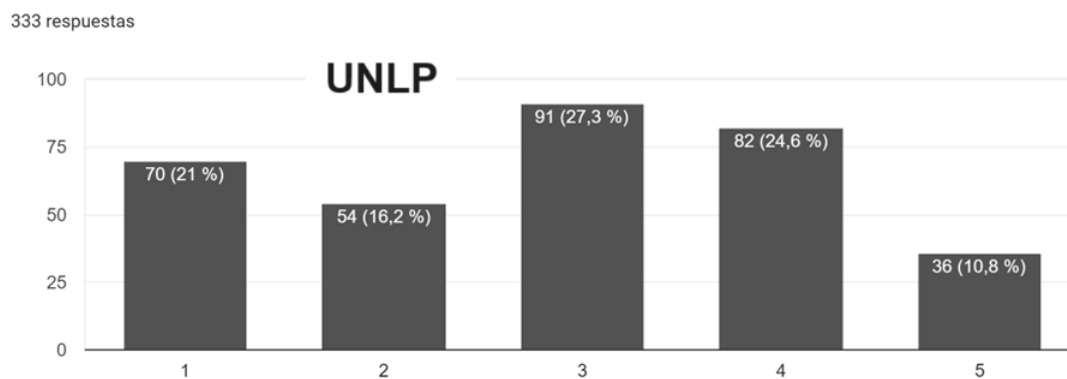
Se pueden observar los distintos resultados en particular por cada universidad en los Gráficos N° 56, 57 y 58, respectivamente, en el caso del conocimiento de los protocolos farmacológicos; y en los Gráficos 59, 60 y 61, respectivamente, para el conocimiento de los protocolos quirúrgicos para llevar a cabo un aborto.

Gráficos N°56-58. Conocimiento de los protocolos farmacológicos para inducir un aborto (por universidad, en escala de 1 a 5: donde 1 es “nada” y 5 es “totalmente”).

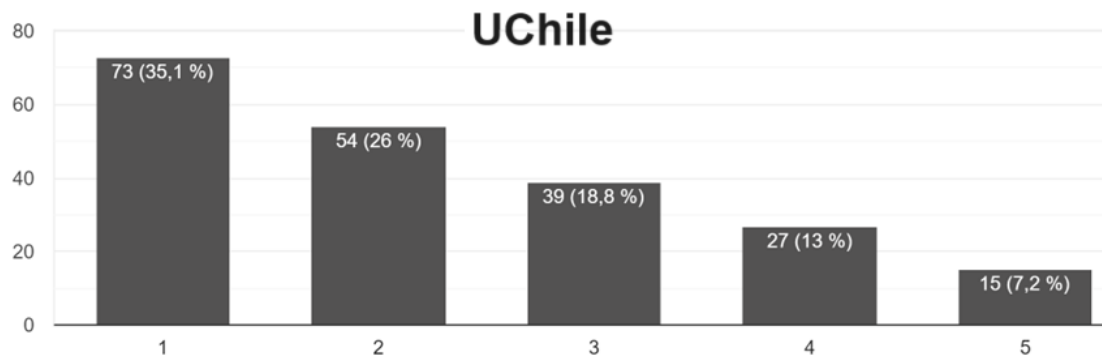




Gráficos N°59-61. Conocimiento de los protocolos quirúrgicos para llevar a cabo un aborto (por universidad, en escala de 1 a 5: donde 1 es “nada” y 5 es “totalmente”).



208 respuestas



n) Percepción acerca de la enseñanza del aborto terapéutico en la facultad de origen

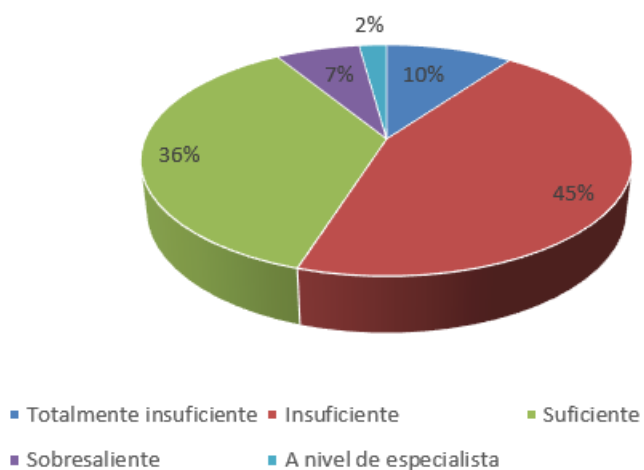
334 estudiantes consideraron que la enseñanza brindada en su facultad fue “insuficiente” y 74 “totalmente insuficiente”, representando un 45% y un 10% respectivamente. Un 36% consideró suficiente la enseñanza, 7% sobresaliente y un 2% a nivel de especialista, tal como se ilustra estos resultados globales en la Tabla N°15 y en el Gráfico 62.

Tabla N°15.

Enseñanza del aborto terapéutico en la facultad	Total	%
Totalmente insuficiente	74	10
Insuficiente	334	45
Suficiente	270	36
Sobresaliente	49	7
A nivel de especialista	16	2
	100% (743)	

Gráfico N°62.

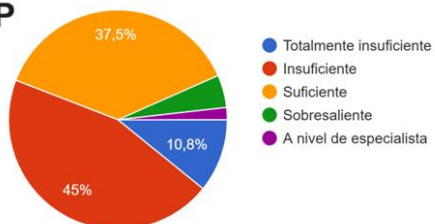
Enseñanza del aborto terapéutico en la facultad



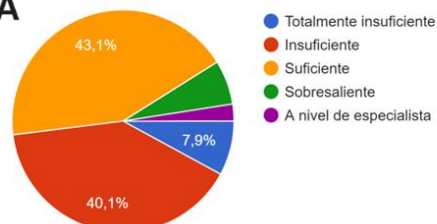
A nivel específico por facultad de origen, los resultados principales se ilustran en los Gráficos 63, 64 y 65.

Gráficos N°63-65.

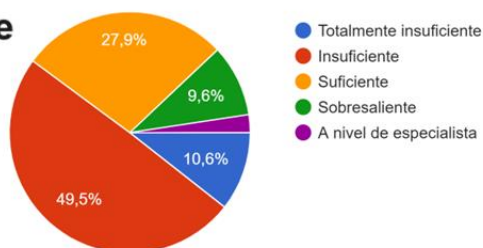
UNLP



UBA



UChile



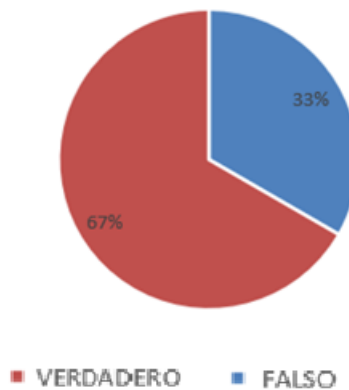
o) Percepción acerca de qué tipo de profesionales pueden efectuar un aborto terapéutico, en qué espacio físico, y en relación a la objeción de conciencia médica e institucional

En este apartado se consultó en un ejercicio de Verdadero / Falso acerca de 5 afirmaciones, cuyos resultados globales fueron los siguientes:

n.1) “Algunos casos de abortos pueden ser dirigidos por médicos no especialistas”: Obtuvo 67% de respuestas “verdadero” y 33% de respuestas “falso”.

Gráfico N°66:

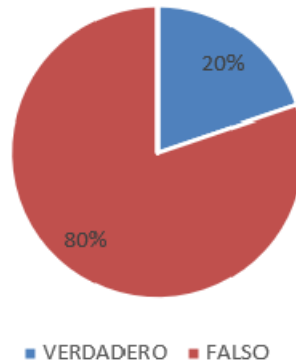
"Algunos casos de abortos pueden ser dirigidos por médicos no especialistas"



n.2) “Algunos casos de abortos pueden ser dirigidos por profesionales no médicos”: Obtuvo 20% de respuestas “verdadero” y 80% de respuestas “falso”.

Gráfico N°67:

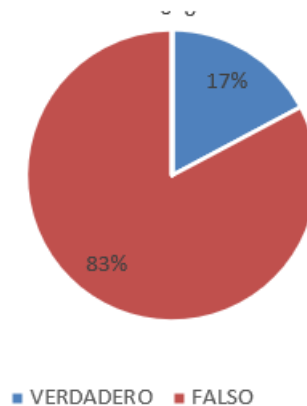
"Algunos casos de abortos pueden ser dirigidos por profesionales no médicos"



n.3) "Un médico puede ejercer un aborto fuera de un hospital, clínica o centro de salud": Obtuvo 17% de respuestas "verdadero" y 83% de respuestas "falso".

Gráfico N°68:

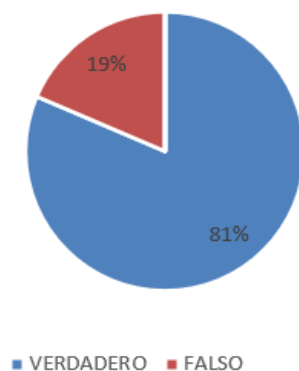
Un médico puede ejercer un aborto fuera de un hospital, clínica o centro de salud"



n.4) "Si existe objeción de conciencia el médico no está obligado a ejercer un aborto": Obtuvo 81% de respuestas "verdadero" y 19% de respuestas "falso".

Gráfico N°69:

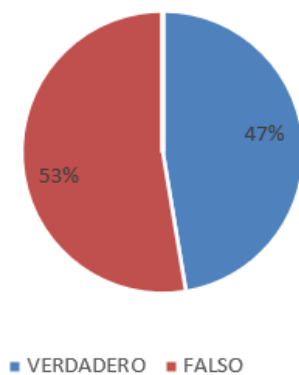
Si existe objeción de conciencia el médico no
está obligado a ejercer un aborto"



n.5) "La objeción de conciencia institucional es válida": Obtuvo 47% de respuestas "verdadero" y 53% de respuestas "falso".

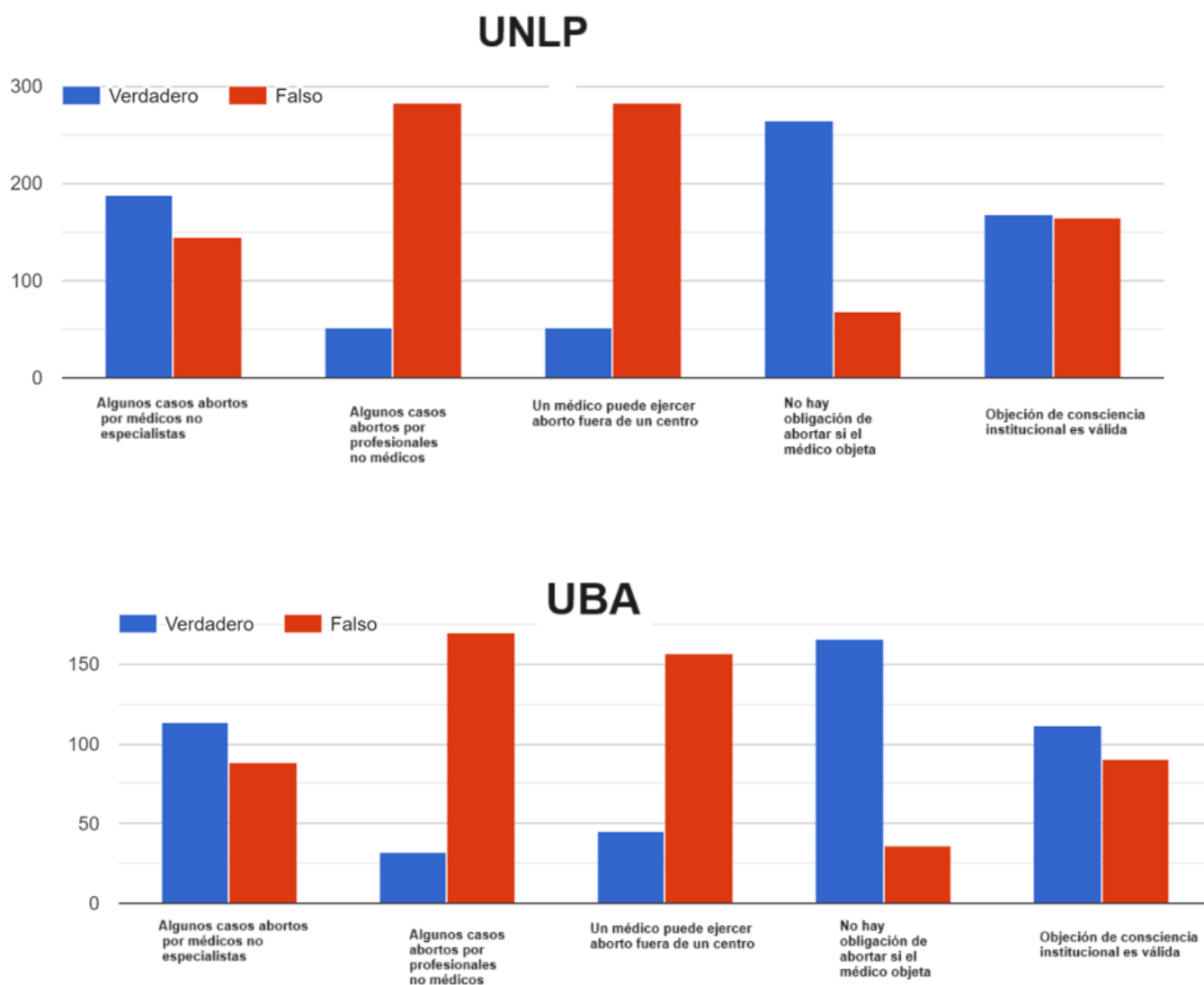
Gráfico N°70:

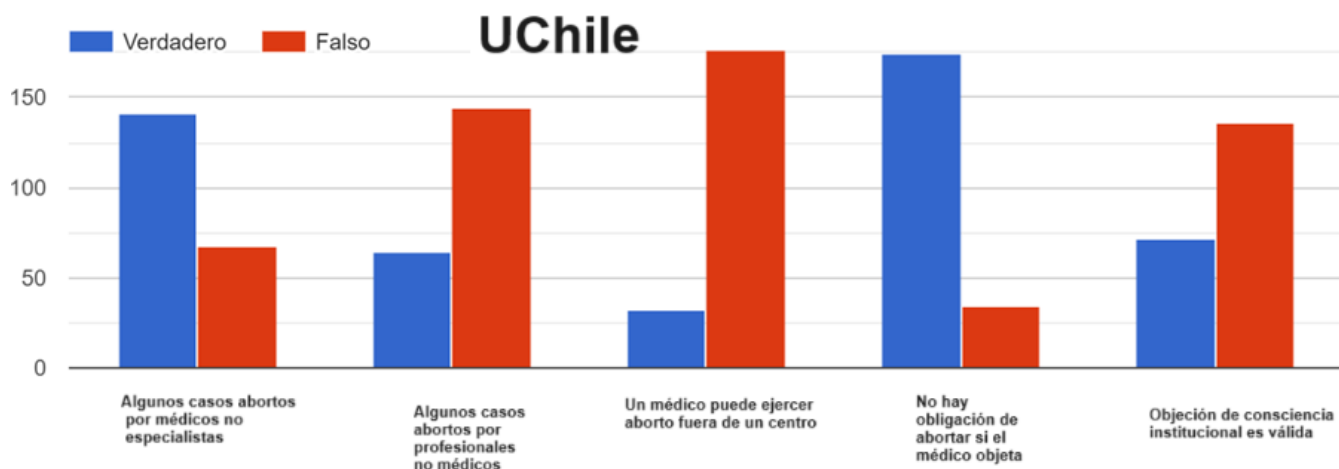
"La objeción de conciencia institucional es
válida"



El detalle particular de cada facultad en relación a este ejercicio de V/F se resume en los Gráficos 71, 72 y 73 (tipo barra) de acuerdo a la cantidad de alumnos entrevistados en cada una de ellas:

Gráficos N°71-73.





5.3 VARIABLES DE ACTITUD

p) Postura acerca del ejercicio del aborto y su contexto

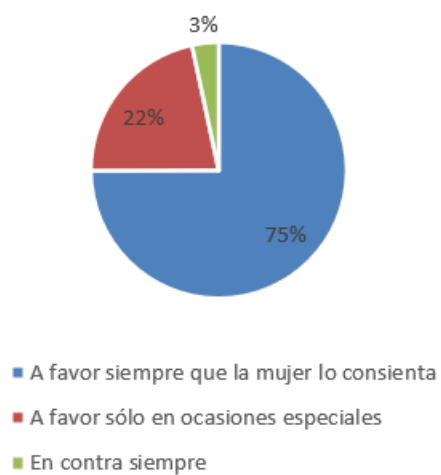
Del total de encuestados, un 75% está a favor del aborto siempre que la mujer lo consienta, un 22% sólo en situaciones especiales y un 3% está en contra siempre. El resultado completo se ilustra en la Tabla N°16 y en el Gráfico 74. Asimismo, el resultado porcentual desglosado por universidad se puede revisar en los Gráficos 75, 76 y 77. El desglose por género se aprecia en la Tabla N°17, Tabla 18 y en el Gráfico 78.

Tabla N°16: Resultado global.

Postura acerca del ejercicio del aborto	Total	%
A favor siempre que la mujer lo consienta	557	75
A favor sólo en ocasiones especiales	161	22
En contra siempre	25	3
.	743	100 (N=743)

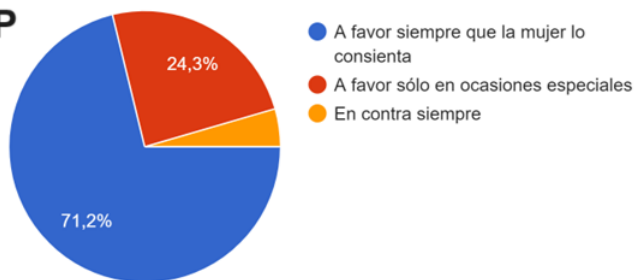
Gráfico N°74.

Postura acerca del ejercicio del aborto

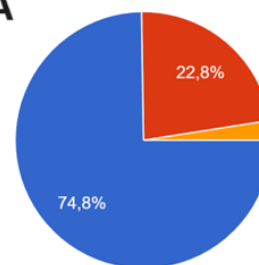


Gráficos N°75-77.

UNLP



UBA



UChile

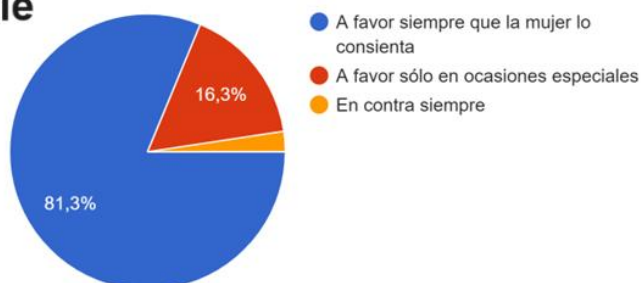


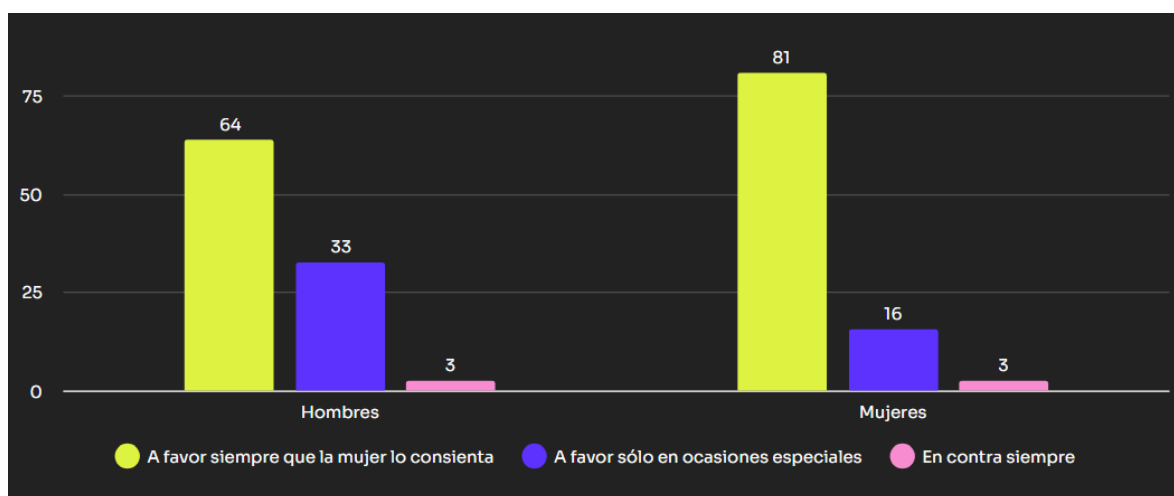
Tabla N°17: Resultado por género femenino. N° total y %.

Postura acerca del ejercicio del aborto (mujeres)	Total	%
A favor siempre que la mujer lo consienta	408	81
A favor sólo en ocasiones especiales	79	16
En contra siempre	16	3
	503	100 (N=743)

Tabla N°18: Resultado por género masculino. N° total y %.

Postura acerca del ejercicio del aborto (hombres)	Total	%
A favor siempre que la mujer lo consienta	153	64
A favor sólo en ocasiones especiales	80	33
En contra siempre	7	3
	240	100 (N=743)

Gráfico 78: Resultado por género. En porcentaje del total.



En los casos donde el encuestado marcó la opción “A favor sólo en casos especiales” se les consultó dirigidamente sobre cuáles podían ser estos casos

excepcionales. Dentro de los que contestaron esta pregunta, el resultado (% de estudiantes) que seleccionó la opción como válida fue:

o.1) Aborto libre siempre que hayan menos de 14 semanas de gestación: 51,6%.

o.2) En casos de violación en niñas y adolescentes: 91,6%.

o.3) En casos de violación en mujeres adultas: 84,1%.

o.4) Cuando existe un riesgo considerable para la vida de la madre: 90,9%.

o.5) Cuando existe un riesgo considerable para la salud de la madre: 78,1%.

o.6) Cuando el producto en gestación es incompatible con la vida al nacer: 82,3%.

o.7) Cuando el producto en gestación nacerá con enfermedades graves: 62,5%.

o.8) Cuando el producto en gestación posee Síndrome Down u otras condiciones compatibles con la vida: 33,9%.

o.9) Cuando la embarazada es menor de 15 años: 60,2%.

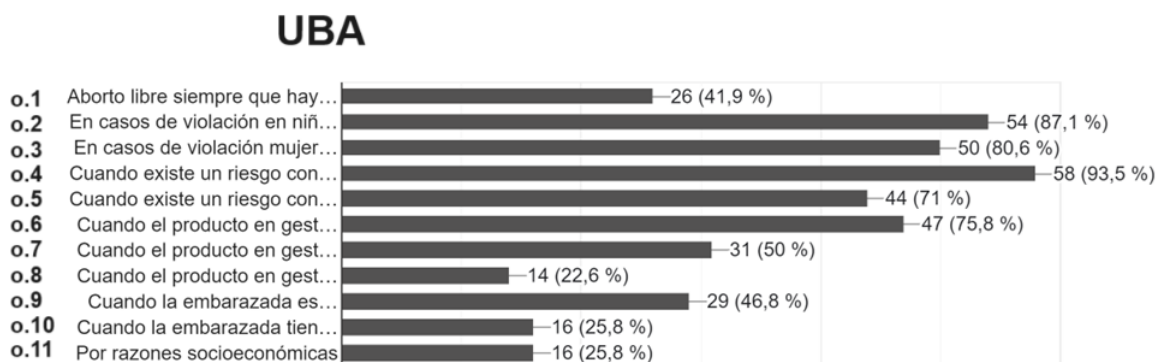
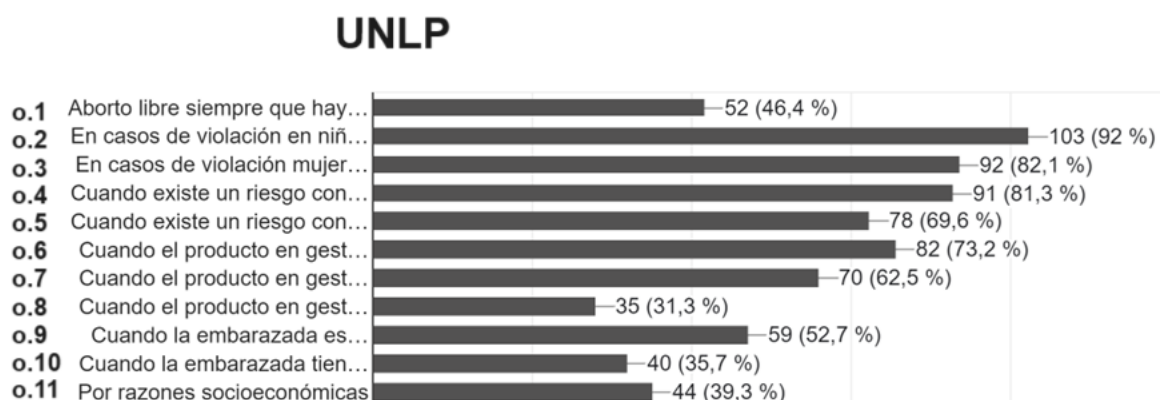
o.10) Cuando la embarazada tiene entre 16 y 18 años: 37,8%.

o.11) Por razones socioeconómicas: 36,3%.

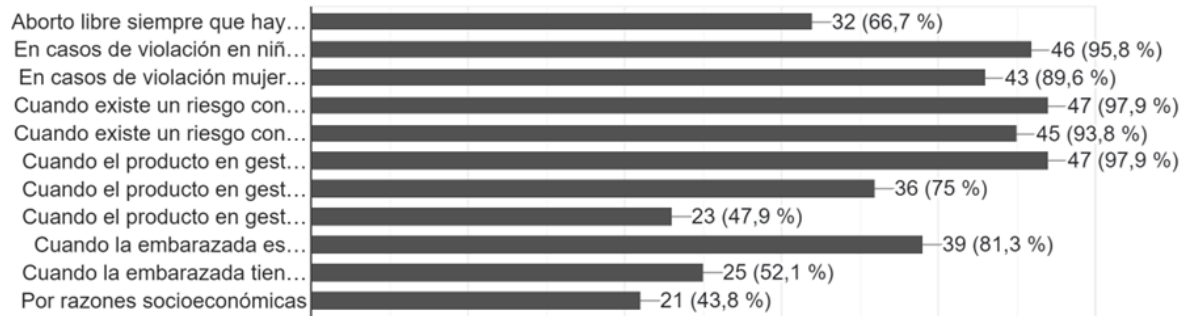
o.12) Otras situaciones: hubo varios comentarios diferentes, principalmente repitiendo alguna de las situaciones ya presentadas. Destaca una de las respuestas como situación especial el que sea “autofinanciada”. También destaca la situación “que ambos progenitores estén de acuerdo”.

Los resultados desglosados por pregunta (en orden) y por universidades pueden ser revisados en detalle en los Gráficos 79, 80 y 81.

Gráficos N° 79, 80 y 81.



UChile



q) Disposición en ser ejecutor de un aborto legal si hoy fuese médico capacitado en el área o especialista.

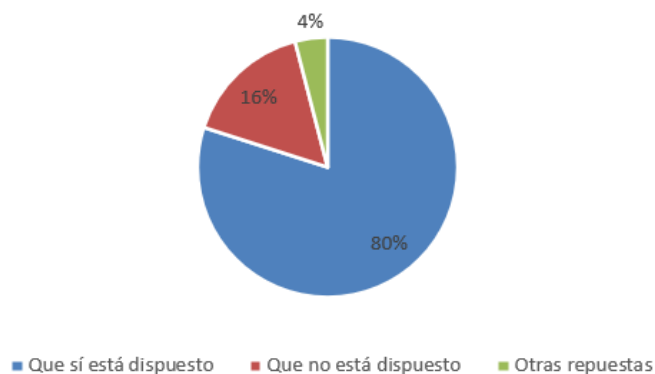
Dentro del total de los estudiantes, 594 respondieron que sí estarían dispuestos a ejecutar un aborto legal si hoy fuesen médicos capacitados en el área o especialistas (como los gineco-obstetras) en un 80%, mientras que 119 personas (16%) no lo estarían. El % restante se divide entre que sí y que no, pero con ciertas dudas adicionales. El resumen global se puede apreciar en Tabla N°19 y en Gráfico 82.

Tabla N°19.

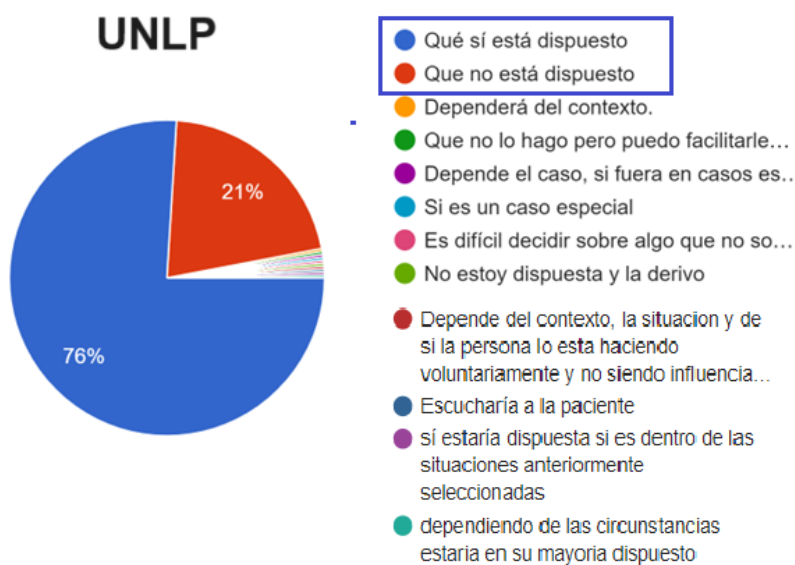
Ejecutor de un aborto legal si hoy fuese médico especialista	Total	%
Que sí está dispuesto	594	80
Que no está dispuesto	119	16
Otras repuestas	30	4
	743	100 (N=743)

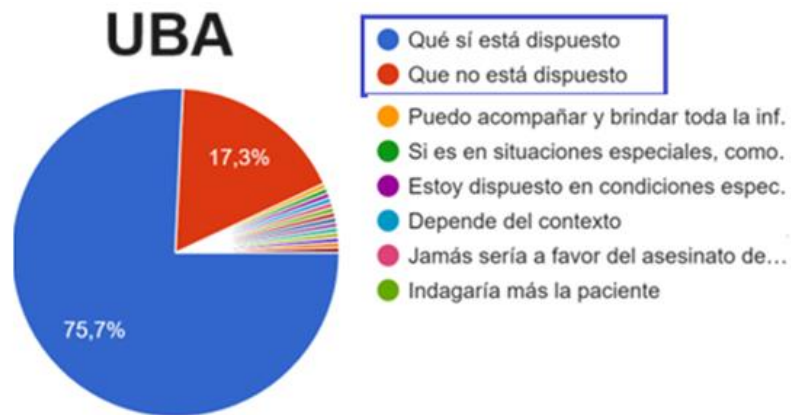
Gráfico N° 82.

Ejecutor de un aborto legal si hoy fuese médico especialista



Gráficos N° 83-85: Disposición de ser ejecutor de un aborto legal si hoy fuese médico especialista, y se lo solicitan. Resultado por universidad.





Retomando los resultados acerca de la disposición en ser ejecutor de un aborto legal si hoy fuese médico capacitado en el área o especialista, se realizó una comparación específica entre géneros, utilizando la variable “situación religiosa”, la de “estado civil” y la variable “situación política familiar” y la variable “año de la carrera” que cursa el estudiante, observándose los resultados en las Tablas N°20, 21, 22, 23 y 24, y sus respectivos gráficos.

Tabla N° 20: Ejecutor de un aborto legal si hoy fuese médico especialista (por género). N° total y %.

	Hombres (N° total)	Hombres (%)
Sí estaría dispuesto	184	77
No estaría dispuesto	56	23
	240	100% (n=240)
	Mujeres (N° total)	Mujeres (N° total) (%)
Sí estaría dispuesto	425	84
No estaría dispuesto	78	16
	503	100% (n=503)

Gráfico 86: Ejecutor de un aborto legal si hoy fuese médico especialista (por género, en %)

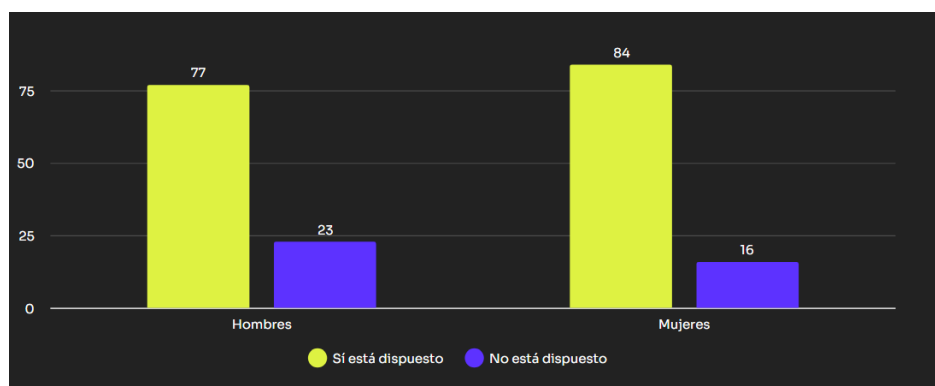


Tabla N° 21: Ejecutor de un aborto legal si hoy fuese médico especialista (por credo religioso). Número total y %.

	Tiene credo religioso (N° total)	Tiene credo religioso (%)
Sí estaría dispuesto	248	73
No estaría dispuesto	93	27
	341	100% (n=341)
	Ningún credo religioso (N° total)	Ninguno (N° total) (%)
Sí estaría dispuesto	355	93

No estaría dispuesto	28	7
	383	100% (n=383)

Gráfico 87: Ejecutor de un aborto legal si hoy fuese médico especialista (por credo religioso). En números brutos.

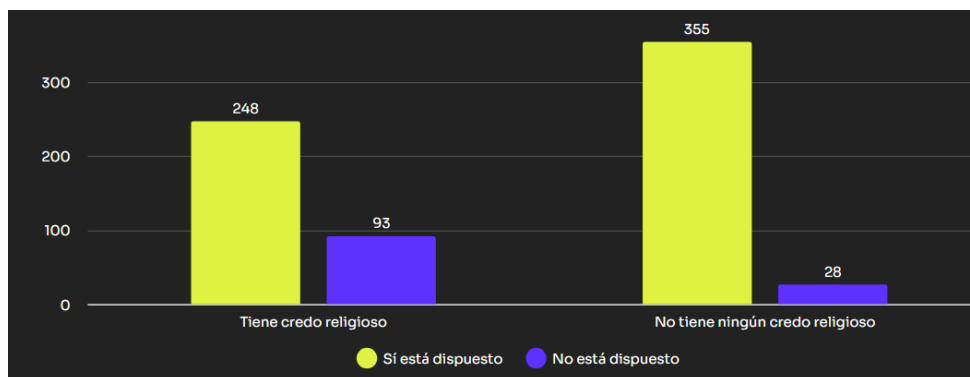


Tabla N° 22: Ejecutor de un aborto legal si hoy fuese médico especialista (por estado civil)

	Soltero(a) (N° total)	Soltero(a) (%)
Sí estaría dispuesto	550	82
No estaría dispuesto	121	18
	671	100% (N=671)
	Unido(a) de hecho (N° total)	Unido(a) de hecho (N° total) (%)
Sí estaría dispuesto	44	83
No estaría dispuesto	9	17
	53	100% (N=53)
	Casado(a) (N° total)	Casado(a) (N° total) (%)
Sí estaría dispuesto	8	50
No estaría dispuesto	8	50
	16	100% (N=16)
	Separado(a)/viudo(a) (N° total)	Separado(a)/viudo(a) (N° total) (%)
Sí estaría dispuesto	0	0
No estaría dispuesto	3	100
	3	100% (N=3)

Gráfico 88: Ejecutor de un aborto legal si hoy fuese médico especialista (por estado civil, en %).

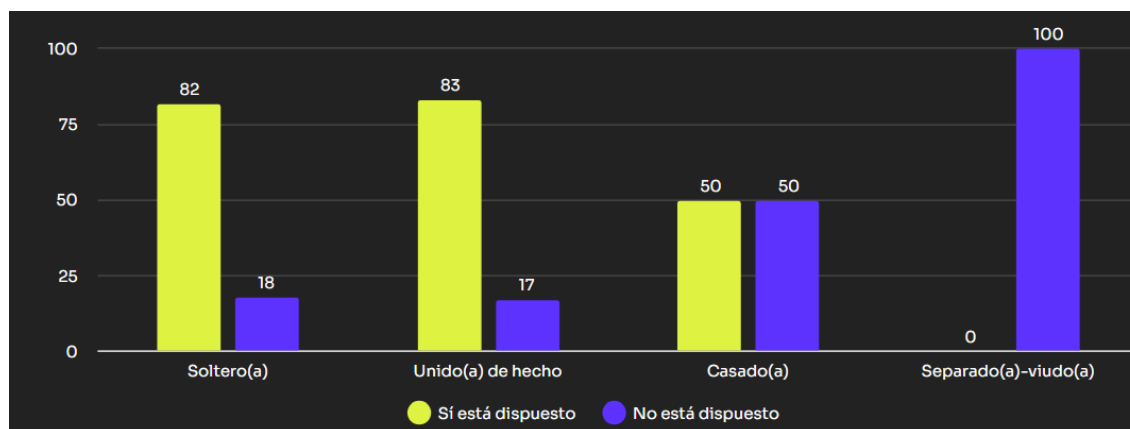


Tabla N° 23: Ejecutor de un aborto legal si hoy fuese médico especialista (por situación política). N° total y %.

Sector político	Izquierda (N° total)	Izquierda (%)
Sí estaría dispuesto	126	98
No estaría dispuesto	3	2
	129	100% (N=129)
Sector político	Centroizquierda (N° total)	Centroizquierda (%)
Sí estaría dispuesto	144	91
No estaría dispuesto	15	9
	159	100% (N=159)
Sector político	Centroderecha (N° total)	Centroderecha (%)
Sí estaría dispuesto	99	83
No estaría dispuesto	21	18
	120	100% (N=120)

Sector político	Derecha (N° total)	Derecha (%)
Sí estaría dispuesto	49	58
No estaría dispuesto	35	42
	84	100% (N=84)
Sector político	Ninguno (N° total)	Ninguno (%)
Sí estaría dispuesto	189	75
No estaría dispuesto	62	25
	251	100% (N=251)

Gráfico 89: Ejecutor de un aborto legal si hoy fuese médico especialista (situación política).

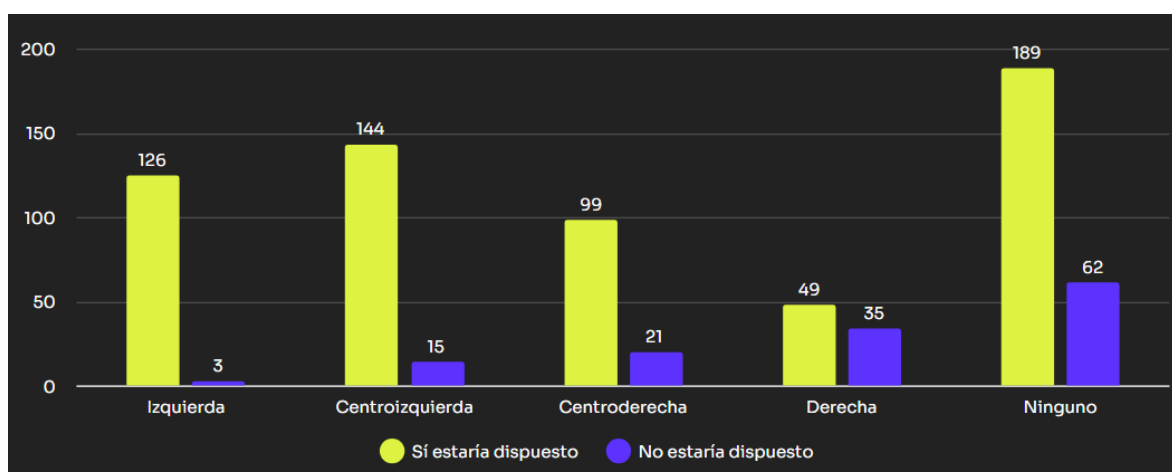
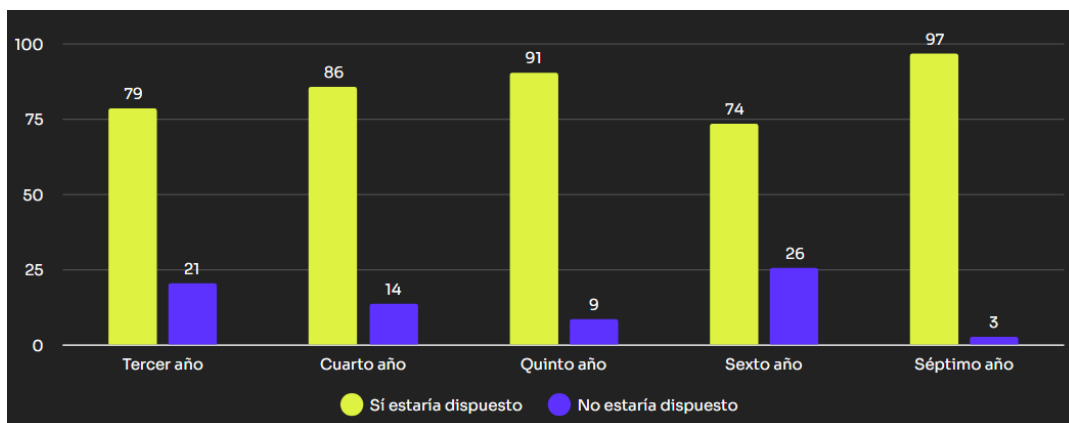


Tabla N° 24: Ejecutor de un aborto legal si hoy fuese médico especialista (por año de la carrera). N° total y %.

Año de la carrera	Tercer año (N° total)	Tercer año (%)
Sí estaría dispuesto	297	79
No estaría dispuesto	81	21
	378	100% (N=378)
Año de la carrera	Cuarto año (N° total)	Cuarto año (%)
Sí estaría dispuesto	127	86
No estaría dispuesto	21	14
	148	100% (N=148)
Año de la carrera	Quinto año (N° total)	Quinto año (%)
Sí estaría dispuesto	100	91
No estaría dispuesto	10	9
	110	100% (N=110)

Año de la carrera	Sexto año (N° total)	Sexto año (%)
Sí estaría dispuesto	54	74
No estaría dispuesto	19	26
	73	100% (N=73)
Año de la carrera	Séptimo año (N° total)	Séptimo año (%)
Sí estaría dispuesto	33	97
No estaría dispuesto	1	3
	34	100% (N=34)

Gráfico 90: Ejecutor de un aborto legal si hoy fuese médico especialista (por año de la carrera, en %).



r) Disposición en ser ejecutor de un aborto legal farmacológico si hoy fuese médico recién titulado y su contexto.

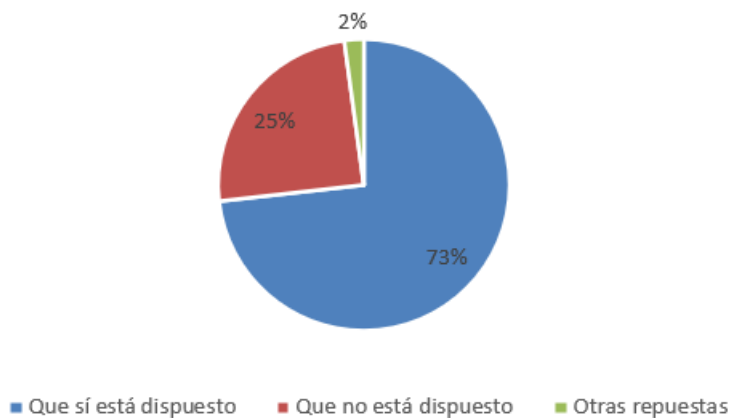
Dentro del total de los estudiantes, 544 respondieron que sí estarían dispuestos a ejecutar un aborto legal si hoy fuesen médicos recién titulados (73%), mientras que 183 personas (25%) no lo estarían. El 16% restante se divide entre que sí y que no, pero también con ciertas dudas adicionales. El resumen global se puede apreciar en Tabla N°25 y en Gráfico 91.

Tabla N°25.

Ejecutor de un aborto legal si hoy fuese médico recién titulado	Total	%
Que sí está dispuesto	544	73
Que no está dispuesto	183	25
Otras repuestas	16	2
	743	100 (N=743)

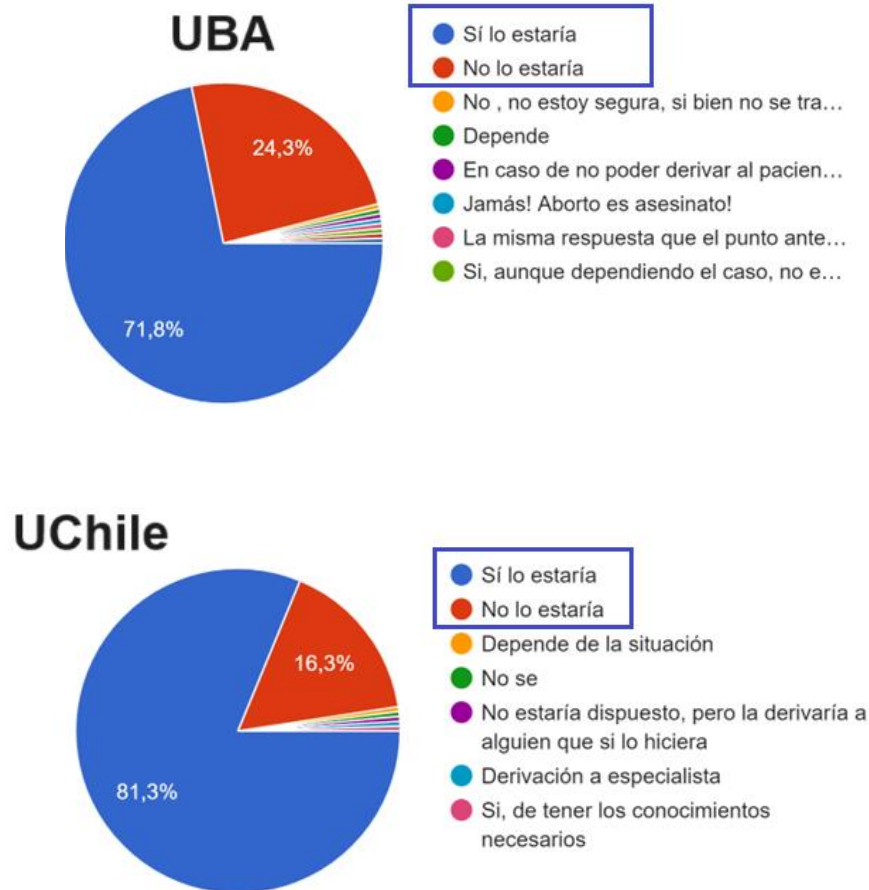
Gráfico N° 91

Ejecutor de un aborto legal si hoy fuese médico recién titulado



Gráficos N° 92-94: Disposición de ser executor de un aborto legal si hoy fuese médico recién titulado. Resultado por universidad.





En los casos donde el encuestado marcó la opción “No estaría dispuesto” se les consultó dirigidamente sobre cuáles podían ser entonces estos motivos. Dentro de los que contestaron esta pregunta, el resultado (% de estudiantes) que seleccionó la opción como válida fue:

q.1) Falta de preparación o conocimientos: 51,9%.

q.2) Desconfianza en el sistema de salud: 11,5%.

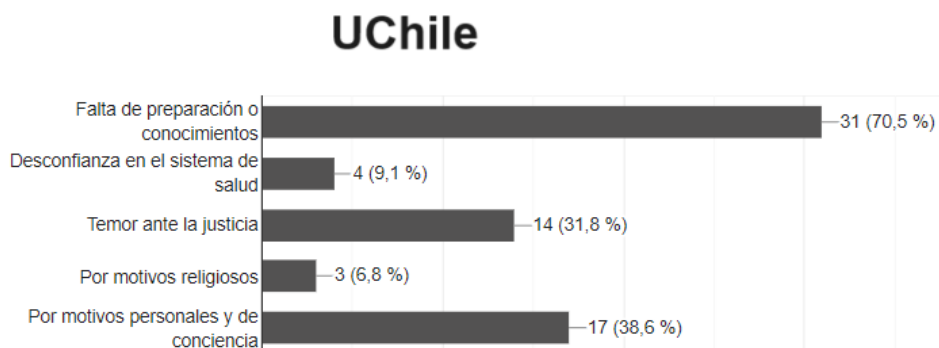
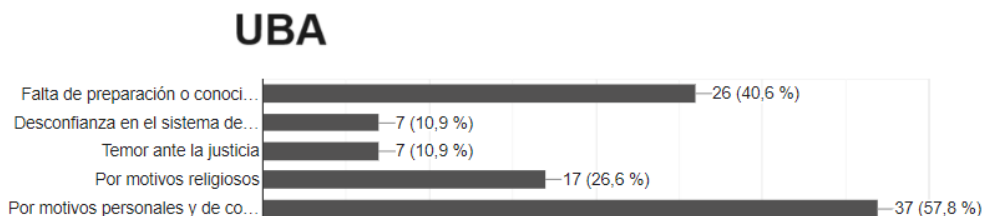
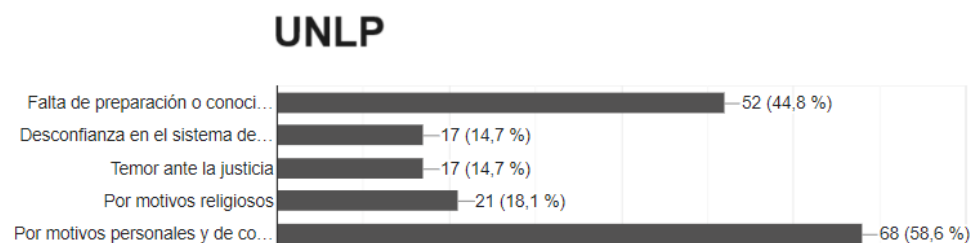
q.3) Temor ante la justicia: 19,3%.

q.4) Por motivos religiosos: 17,1%.

q.5) Por motivos personales y de conciencia:61,6%.

Los resultados desglosados por pregunta (en orden) y por universidades pueden ser revisados en detalle en los Gráficos 95, 96 y 97.

Gráficos N° 95-97: Disposición de ser executor de un aborto legal si hoy fuese médico recién titulado. Resultado por universidad.

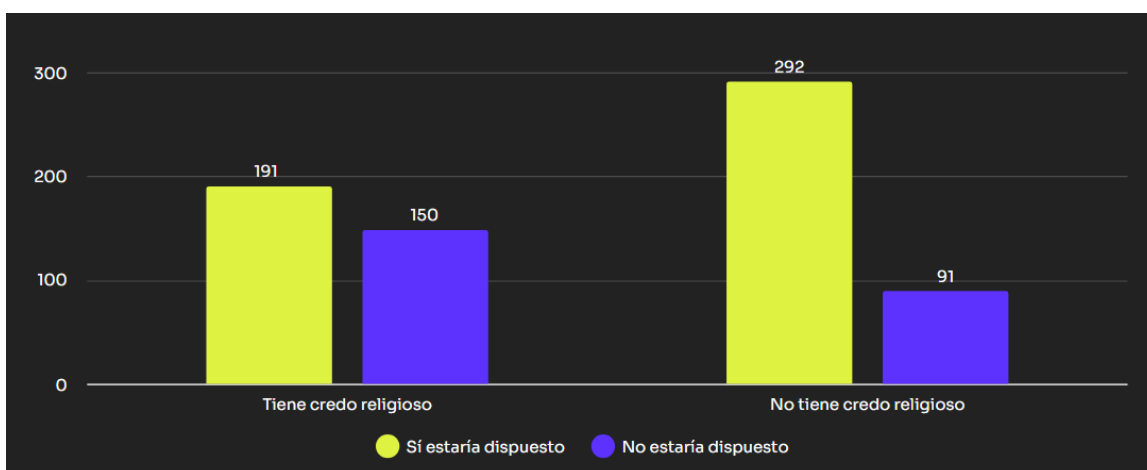


Por último, se realizó la misma comparación anterior (estudiante que estuviese hoy recién titulado y se le solicitara practicar una ILE), pero considerando su situación religiosa:

Tabla N° 26: Ejecutor de un aborto legal si hoy fuese médico recién titulado (por credo religioso)

	Tiene credo religioso (N° total)	Tiene credo religioso (%)
Sí estaría dispuesto	191	56
No estaría dispuesto	150	44
	341	100% (n=341)
	No tiene credo religioso (N° total)	No tiene credo religioso (%)
Sí estaría dispuesto	292	76
No estaría dispuesto	91	24
	383	100% (n=341)

Gráfico 98: Ejecutor de un aborto legal si hoy fuese médico recién titulado (por credo religioso). En números brutos.



s) Influencia de la condición de estudiante de medicina en cuanto a la percepción sobre el aborto

Los estudiantes de medicina, en general, consideraron que la influencia del estudio de la carrera en la percepción que ellos tienen sobre el aborto actualmente ha incidido “más o menos” en un 26% (196 personas), seguido por “bastante” y “totalmente” con 21% y 20% respectivamente, seguido luego por “nada” y “poco”, con un 18% y 15% respectivamente.

Tabla N°27: Estudiantes de medicina y percepción sobre el aborto.

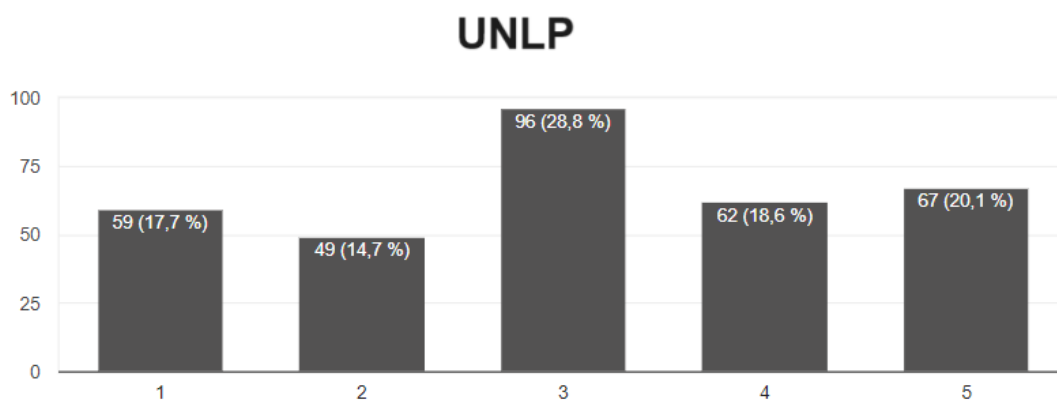
Estudiantes de medicina y percepción sobre el aborto	Total	%
Nada	130	18
Poco	114	15
Más o menos	196	26
Bastante	158	21
Totalmente	145	20
		100 (N=743)

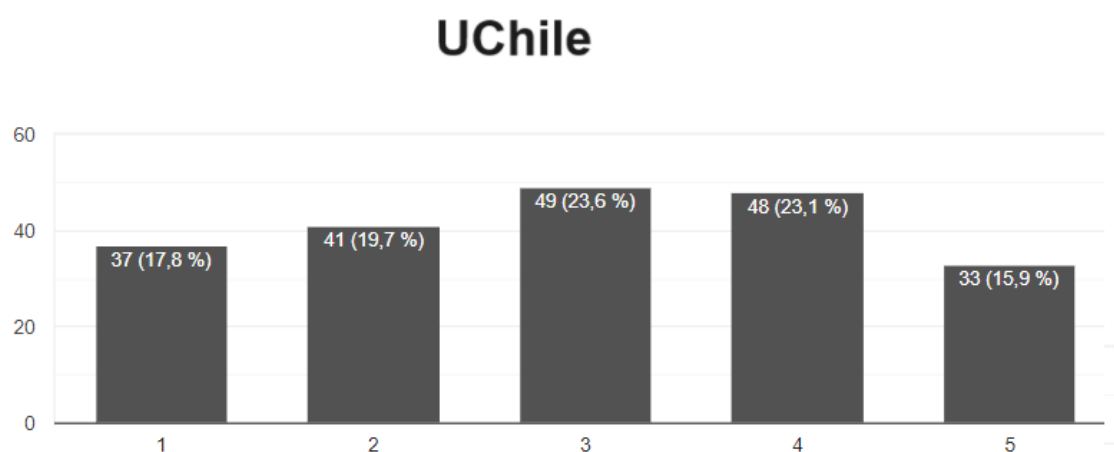
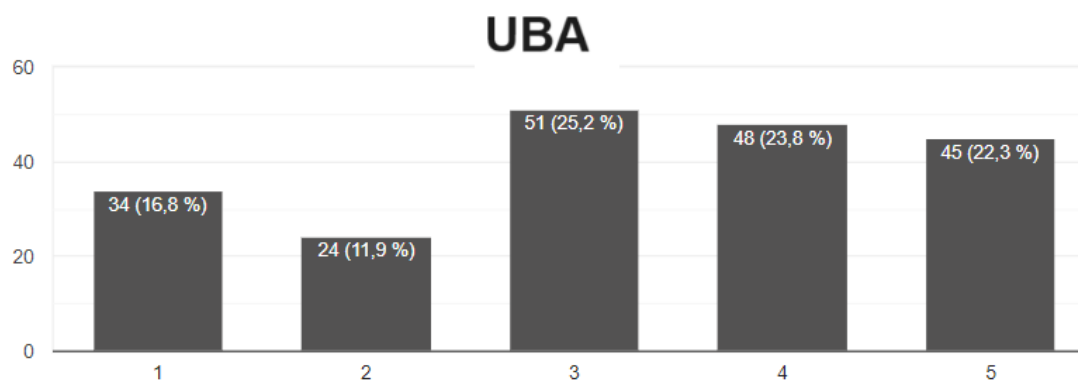
Gráfico N° 99: Estudiantes de medicina y percepción sobre el aborto (global).

Estudiantes de medicina y percepción sobre el aborto



Gráficos N° 100-102: Estudiantes de medicina por cada universidad y percepción sobre el aborto.



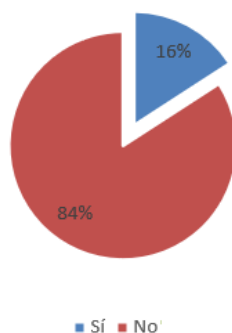


t) Situaciones que podrían cambiar la postura en relación a la interrupción legal del embarazo

Considerando el total de estudiantes, 118 (16%) refieren que sí habría situaciones que podrían modificar su postura actual a la interrupción legal del embarazo, mientras que 626 estudiantes (84%) manifiestan que no existe tal posibilidad, de acuerdo al Gráfico N° 103.

Gráfico N° 103.

Existencia de situaciones que podrían cambiar la postura
acerca de la ILE



En el caso de los encuestados que refirieron que sí podrían existir circunstancias que modifiquen su postura, al consultárseles acerca de cuáles podrían ser éstas se destacan la siguientes:

Situaciones que podrían flexibilizar negativamente la postura en torno a la ILE:

- Que se genere un descontrol en la realización de abortos, o se considere como método anticonceptivo (14 respuestas)
- Si la razón esgrimida es sólo el no hacerse responsable del futuro bebé (3 respuestas)
- Si la razón esgrimida es sólo el no hacerse responsable del futuro bebé en embarazos avanzados (3 respuestas)
- Si el padre no está de acuerdo con el aborto (3 respuestas)
- Cuando el aborto se solicita después de las 12va semana (2 respuestas)
- Cuando el aborto se solicita después de las 14va semana (2 respuestas)
- Si una misma mujer se realiza más de un aborto (2 respuestas)
- Cuando es evidente que la decisión de abortar no es de la mujer, sino que de un tercero que la fuerza a ello (2 respuestas)
- Aborto por motivos eugenésicos

- Cuando el aborto se solicita después de las 24 semanas

Situaciones que podrían flexibilizar positivamente la postura en favor a la ILE:

- Riesgo de muerte de la mujer (8 respuestas)
- Violación (6 respuestas)
- En caso de prostitución y pobreza extrema, vulnerabilidad (3 respuestas)
- Inviabilidad del feto (2 respuestas)
- Problemas de salud de la mujer, en general (2 respuestas)
- Menor de edad (2 respuestas)
- Posibilidad de renunciar a la paternidad (2 respuestas)
- Si hubiera mejor preparación académica (2 respuestas)
- Si se informa mejor acerca de las leyes que regulan el aborto y acerca de los presupuestos económicos (2 respuestas)
- Sólo si se garantiza la gratuidad en las 3 causales, pero para todo el resto es privado (2 respuestas)
- Cuando el aborto se solicita antes de las 14va semana
- Cuando el aborto se solicita antes de las 12va semana
- Sólo por pago de bolsillo directo
- Depende de lo que resuelva el equipo interdisciplinario
- Si se descubriera que los embriones “sienten”
- El hecho de que el estudiante se convierta en padre
- Si no murieran mujeres por abortos clandestinos en la sociedad
- Si el padre solicita el aborto
- Si el padre tiene posibilidad de aceptar también o de impedir
-

Situaciones que podrían flexibilizar positivamente la postura respecto de la ILE en cualquier sentido

- Alguna situación desconocida que pueda remecer emocional o espiritualmente al médico (5 respuestas)
- Alguna situación desconocida que pueda convencer académicamente al médico (3 respuestas)

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Hemos visto que la temática del aborto es fuente de múltiples declaraciones y discusiones en distintos ámbitos, también académicos; sin embargo, en el área de la investigación universitaria se ha encontrado muy poca literatura relacionada y ninguna específica de estudiantes de medicina en Chile o Argentina, salvo un par de excepciones con abordajes o muy generales (con estudiantes de otras carreras)⁸⁷, o muy delimitados (entrevistas a 24 estudiantes)⁸⁸.

Según esta investigación de carácter eminentemente exploratorio, los estudiantes que se sometieron a la aplicación del instrumento (encuesta), que fueron 743 en su totalidad, correspondieron principalmente a mujeres, en una proporción muy cercana a 3:1(mujeres / hombres). Esta mayoría femenina en el estudio de la medicina actual es concordante con la realidad de las facultades de medicina estudiadas, como también con países vecinos de la región, incluso en Europa. Por ejemplo, en la UBA en el año 2011 se observó que medicina tenía un 73% de estudiantes mujeres⁸⁹. Posteriormente, en el año 2019, se registraron un 70,9% de mujeres entre los ingresantes de primer año, con la misma tendencia hasta el egreso final de la carrera (68,2% en 2018)⁸⁷. Resultado similar, aunque con matices, se da en la Universidad de Chile, donde fuentes oficiales señalan que el 67% de las vacantes de la facultad de medicina se llenaron con mujeres, sin

embargo, para la carrera de medicina el % en particular fue del 55%⁹⁰. La feminización de la medicina es un hecho.

Como era de esperar, la gran mayoría de los estudiantes eran solteros, y debido al mayor número de alumnos y su concentración en las aulas, aquellos de tercer año fueron prácticamente la mitad de los encuestados totales, cuyo rango etario se condice con ser aquel que más se repitió: el de 20 a 23 años, seguido del de 24-30 años, sumando entre ambos un 82% del total de encuestados. De acuerdo a la mejor accesibilidad que presentan las universidades públicas argentinas, se observa una distribución más amplia en ellas que en la Uchile (más presencia de estudiantes de rango etario superior en las primeras), sin embargo, menor a lo que podía preverse. En UChile, en particular, se alcanzó azarosamente un componente mayoritario de alumnos de cuarto año, sin embargo, en los cursos siguientes se asimila en proporción a las otras 2 universidades estudiadas. Asimismo, llama la atención un componente mayor al 10% de estudiantes no solteros en ambas universidades argentinas a diferencia de la chilena. Esto podría deberse al similar % de matrícula de extranjeros que presentan ambas (en UChile es ínfimo) y que facilitaría la convivencia en pareja, o a la mayor libertad para poder estudiar, trabajar y vivir de manera independiente que existe en Argentina respecto de Chile.

Vale la pena destacar la escasa vinculación del estudiantado de medicina con la(s) religión(es), donde la mitad de ellos no se identifica con ninguna, y, además, el 81% de los que se vinculan a una no la practican. Se aprecia una amplia diferencia entre la realidad de la “facultad” con la realidad nacional ya mencionada en párrafos superiores: mientras un 41,2% de los estudiantes argentinos se considera católico, a nivel nacional esa cifra llega a un 77%⁵. En cuanto a UChile esa diferencia es aún mayor: 26% comparado con el 67% nacional⁶. Esta situación podría relacionarse con la naturaliza eminentemente científica de la carrera durante su formación, como también con las propias convicciones previas de los alumnos que eligen medicina como profesión.

En relación al nivel socioeconómico los estudiantes de medicina se ubican, como era de esperar, en los lugares medios, teniendo ambas universidades argentinas resultados casi idénticos (ejemplo, clase media mayoritaria cercana al 59% de los estudiantes). En el caso de UChile no es raro encontrar que la mayoría se ubique en el tramo medio-alto, y que junto a la clase alta propiamente tal sumen más de un 54% de las opciones. Esto debido a que la Universidad de Chile, si bien es una universidad pública, es la más preferida a nivel nacional⁹¹ y presenta al mismo tiempo una muy baja accesibilidad con puntajes de ingreso muy elevados, sobre todo para medicina, convirtiéndose así la facultad en un espacio altamente elitista y donde sus alumnos provienen eminentemente de la educación escolar privada.

Lo anteriormente expuesto se condice con el tipo de previsión de salud que los estudiantes podrían tener. Mientras en UChile prácticamente el 70% se atiende en el sistema privado de salud (altamente costoso), el 81% de los chilenos se atienden de manera gratuita en el sistema público (FONASA)⁹². Por otra parte, en UBA y UNLP los estudiantes se dividen de manera más armoniosa entre la salud pública, de Obras Sociales y prepaga, aunque con mayor preponderancias de esta última respecto al promedio de la población nacional del 14%⁹³.

No deja de ser llamativo, entonces, que más del 60% de los estudiantes en UChile se identifiquen con sectores políticos de izquierda o centroizquierda, y por otra parte la realidad política diste tanto de sus pares argentinas (que entre ellas tienen resultados similares): la mayoría no tiene interés en la política sectorial, y los que sí, se reparten homogéneamente en ambos lados (si se ve desde el punto de vista derecha-izquierda). El fenómeno en UChile este autor lo atribuye a que dicha universidad históricamente ha tenido más cercanía a la centroizquierda chilena (aunque se considera que es pluralista) y al mismo tiempo estudiantes con puntajes de ingreso similares o mejores encuentran a la Universidad Católica de Chile, no presente en este estudio, como una mejor opción cuando el tema político les es relevante (se asocia más a la derecha chilena).

Por último, el resultado observado en las universidades argentinas podría ser más complejo y ligado a los vaivenes político-electoral de los últimos años.

En cuanto a las preguntas relacionadas con conocimiento y percepción en torno a la temática del aborto, es interesante analizar el por qué los estudiantes de medicina del presente estudio optaron por señalar que, para ellos en su mayoría, la vida humana comienza a partir del tercer mes de gestación (30%). Si bien la segunda alternativa (cuando ocurre la fecundación y se conforma el cigoto) la sigue de cerca (26%) y tiene asidero científico claro (en discusión aún por el concepto mismo filosófico, pero no en cuanto a que en ese momento se obtiene un cariotipo humano por primera vez), resulta a lo menos alejado de la enseñanza clásica universitaria, y más aún de los debates humanistas acerca del tema, el asignar al tercer mes de gestación como corte para el inicio de la vida humana.

Yendo más lejos, en el caso particular de UChile, casi un tercio además indicó como segunda preferencia que la vida humana comenzaría con el nacimiento, aunque, en última instancia, ésta sería una afirmación aceptada en el orden jurídico, “persona humana sujeta a derecho”⁹⁶. Y, debemos considerar también, que “cuando ocurre exitosamente la implantación del cigoto” fue una de las alternativas menos consideradas, siendo que: según la OMS es el momento que determina si hubo o no hubo aborto¹, y es el momento clave donde actualmente está puesto el debate técnico-científico en cuanto al éxito de las terapias de reproducción humana asistida⁹⁶. Queda la sensación de que las respuestas se basaron más en creencias personales y sociales, que en argumentos con base académica (facultad de medicina).

Cabe sí, recordar, que actualmente el aborto se encuentra permitido en la Argentina, y cuando es por motivos ajenos a las 3 causales ya conocidas, se tiene hasta la semana 14 de gestación incluida para poder invocar una ILE. En Chile también está permitido, pero con fuerte regulación: existe sólo con 3 causales y adicionalmente requiere en el caso de violación avisar antes de las 12 semanas (menor de 14 años antes de las 14 semanas de gestación). Sin embargo, estos tiempos fueron ampliamente debatidos y quedaron establecidos en la ley de

ambos países, surgiendo principalmente como acuerdos políticos en cuanto a los choques entre las diversas posturas (visión de cuándo el feto “siente”, miradas desde la salud pública, “el mal menor” dentro de lo posible, etc.), no como tiempos donde se piensa que “inicia la vida humana”.

Por último, la Iglesia Católica y el cristianismo en general, consideran que la vida humana inicia con la fecundación cuando se “unen los núcleos de los progenitores”⁹⁷⁹⁶. En ese sentido, la mayoría de los estudiantes que se identifican con alguna religión cristiana en este estudio marcaron correctamente la alternativa que su religión profesa (36%), sin embargo, para el resto deja al descubierto nuevamente el desconocimiento o discrepancia de criterios hacia su movimiento religioso (más aun considerando a aquellos que señalan que la vida humana comienza en el tercer mes de gestación, sumado a los que piensan que inicia en el nacimiento, resulta en un % mayor que el de la opción primera (37%).

Como vimos anteriormente, en ambos países el aborto está regulado y permitido con más o menos restricciones, empero en Argentina podríamos decir que es “libre” (aunque no lo sea al 100%), a diferencia de Chile (3 causales). Esto no queda suficientemente claro para todos los estudiantes de medicina encuestados, ya que un 34% piensa que no está permitido o no lo sabe. La UBA presentó la menor tasa de error, con un 21,8%.

El resultado anterior, siendo una pregunta de conocimiento de la regulación del aborto en su país de carácter general y conocimiento público, queda también reflejado, en cierto punto, en la auto percepción que los propios estudiantes tienen sobre lo que ellos saben en relación a esta temática: “más o menos” sumado a “poco” y a “nada” da un 66% de alumnos que sienten que les falta conocimiento en la materia.

En cuanto al cumplimiento de la legislación vigente, y considerando que un 74% del total cree que esta legislación sólo se cumple parcialmente, es posible apreciar cierta desconfianza (no total) en las instituciones que deben velar por su cumplimiento. En el caso de la UNLP, encima, más de un 22% piensa que derechamente no se cumple. Se debe tomar en cuenta, por las respuestas

anteriores, que hay un % no menor de los que plantean esta desconfianza en cumplimiento del aborto terapéutico y por causas legales en general, que tampoco manejan del todo la misma legislación, por ende, el responder de esa manera puede ser motivado por desconfianzas generales en los sistemas de salud, de fiscalización, organismos políticos, entre otros. La respuesta más frecuentemente elegida como la principal razón por la que cual la legislación vigente no se cumplía era por motivos sociales y religiosos, seguido por motivos ideológicos (62% ambos en total). El mismo orden se vio en Chile y en Argentina, siendo en Chile más notable aun (más de un 80% ambos motivos), en concordancia con la legislación actual más restringida y los avances truncados que se han visto en los último años en la materia.

Dentro de las preguntas de conocimiento, se pudo revisar si los estudiantes consideraban saber el significado del término “objeción de conciencia en medicina”, donde un 78% global respondió que sí (UCHile destacó con 92% en específico). Este término frecuentemente es explicado en la materia de Bioética dictada en la respectiva facultad, o en otras asignaturas de índole humanista que se pueden cursar a partir de primer año de la carrera (ej. Bioética: UBA en primer año, UCHile en segundo año).

Posteriormente, se consultó acerca de si no existe obligación para ejercer un aborto si el médico manifiesta objeción de conciencia, lo cual es verdadero, y cuyas respuestas fueron concordantes con el nivel de comprensión del término (81% respondió bien). Esta pregunta era capciosa en cuanto no corre en casos de atención de urgencia vital e impostergable para la persona gestante, y por lo demás, el médico objetor debe dar aviso previo a su jefatura.

Caso similar ocurrió con la disyuntiva si la objeción de conciencia institucional es válida o no, cuya evaluación de resultado fue igualmente malo (se dividieron las respuestas en verdadero y falso casi en misma proporción). La respuesta final no era sencilla: sí existe en Chile (pero sólo en prestadores privados que no tienen ningún tipo de convenio con el Estado), y no existe en Argentina (se considera que es sólo individual).

Siguiendo, los protocolos farmacológicos y quirúrgicos para llevar a cabo un aborto terapéutico son parte fundamental del conocimiento que deberá tener el médico que tenga a cargo atender a este tipo de pacientes, pero se debe tener en cuenta que un médico generalista perfectamente puede ser solicitado en una guardia para efectuar un aborto (a lo menos farmacológico) si las circunstancias lo ameritan. En ese sentido, el 61% del total de estudiantes consideran que el conocimiento que tienen acerca de los protocolos farmacológicos es insuficiente, y lo mismo para los quirúrgicos (65,5%). En el caso de UChile las cifras son peores, llegando a un 80% de insatisfacción con los protocolos quirúrgicos. Esto denota falta de planificación y probablemente una pobre voluntad de las respectivas facultades de medicina en capacitar a sus estudiantes para ejercer una ILE (al menos como médico generalista). Apoya esta tesis la propia auto percepción de los estudiantes con su facultad respectiva, en relación a la enseñanza que les brindó en este tema; un 55% considera que es insuficiente o totalmente insuficiente. Aunque es la excepción, no deja de sorprender que existieron 16 encuestados que refirieron que la enseñanza del aborto terapéutico en pregrado era excelente, a nivel de especialista.

“Algunos casos de abortos pueden ser dirigidos por médicos no especialistas”: Fue otra de las afirmaciones que se evaluaron, cuyo resultado fue 2:1 en el Verdadero / Falso. En los casos de Chile y Argentina sólo el médico puede evaluar y tratar a estas pacientes, sin embargo, como vimos en el marco teórico, las directrices de la OMS involucran diversos efectores, algunos con complejidad menor al que le asignan al médico, pero que buscan ampliar el acceso al procedimiento en cuanto el aborto inseguro sigue siendo una amenaza mundial.

“Un médico puede ejercer un aborto fuera de un hospital, clínica o centro de salud”: Obtuvo un 83% de respuestas “falso”, siendo que todo depende del contexto en que se dé el cuadro clínico, si es farmacológico o quirúrgico, etc. Puede existir la situación en que el médico deba por ejemplo trasladarse a un domicilio o enfrente una emergencia. No obstante, en el caso de

ambos países, existe una obligación legal del prestador del servicio para realizar un apoyo postaborto, mediante un programa integral de acompañamiento garantizado^{94,95}, por lo cual lo habitual es que se dé en un ámbito institucional.

En relación a las variables de actitud, la postura de los estudiantes de medicina encuestados sobre el ejercicio del aborto es ampliamente liberal y superando las referencias nacionales. Por ejemplo, habíamos visto que la aceptación del aborto en general en Chile estaba en torno al 73% de la población³², y en Argentina en torno al 70%³⁰. En el caso de los alumnos de medicina, el resultado global de aceptación del ejercicio del aborto supera el 95%. Mientras los resultados en UNLP y UBA fueron similares, en UChile destaca una tasa mayor aun de aceptación del aborto libre, con el sólo consentimiento de la mujer (81,3%), esto a pesar de tener políticas regulatorias del aborto bastante más prohibitivas.

Dentro del 22% que estuvo a favor del aborto sólo en situaciones especiales, llama la atención que la preocupación principal, aunque por muy poco, fuera el contexto de una violación a niña o adolescente, por sobre un riesgo considerable para la vida de la madre.

En relación a evaluación por género, se aprecia que las mujeres en general son más propensas que los hombres en aceptar el aborto libre (por el sólo consentimiento de la mujer) antes que cualquier otra forma (81% contra un 64%), sin embargo, considerando la postura general a favor del aborto (libre o con causales determinadas) es exactamente la misma (97%).

Al momento de revisar el comportamiento de los estudiantes si ya fueran médicos y les solicitan realizar una ILE, es concordante con la aceptación del aborto en general ya descrita. Como es entendible, es mayor (80%) si tuviese nivel de especialista y un poco menor (73%) si estuviera recién titulado. Las cifras específicas en UChile fueron mayores aún, en concordancia con la mayor aceptación general al aborto, que en esa facultad se observa. Sin embargo, era de esperar que la actitud que tomaran con respecto a su futuro como médicos fuera aún más cercana a la casi completa aprobación que presentan respecto de la ILE

a nivel global. Ciertamente operan otros factures intervinientes que discutiremos en breve.

En este ítem, el análisis por género muestra que nuevamente las mujeres, en comparación a los hombres, tienen una actitud más liberal que ellos en la temática, superando el promedio global (84% de las mujeres), aunque no por mucho. En este caso, accederían con mayor probabilidad a la ejecución de un aborto si fuesen médicas con formación máxima (especialista).

En la comparación entre actitud frente a un caso de aborto siendo médico y credo religioso, los estudiantes que no se sienten identificados por ninguna religión y que además tenían la capacitación necesaria manifestaron tener una alta predisposición a ejecutar en aborto terapéutico (93%), versus los que sí tienen un credo religioso (73%, que es igualmente alto, considerando que ninguna religión de las nombradas apoya algún tipo de aborto provocado). Este nivel de diferencia se mantiene cuando el médico se encontraría con el conocimiento de hoy, pero recién titulado. La disposición frente a un caso de aborto entre estudiantes sin credo religioso y que estuvieran recién titulados es prácticamente la misma comparada con aquellos con credo religioso, pero con nivel de especialista en la materia.

En relación al estado civil del encuestado, la soltería o la unión de hecho no significó ningún tipo de diferencia en torno a la probabilidad de aceptar o no ser ejecutor de una ILE siendo especialista (83% de que sí aceptaría), pero sí pareciera que influyera fuertemente en caso de que el estado civil fuera casado (50%), separado o viudo (0%). Esto último no se logra establecer correctamente, debido al bajo número de la muestra (sólo 9 personas del total), y sin embargo podría atribuirse más bien a rasgos de la propia personalidad (más conservador) de estudiantes que están casados al momento que estudian medicina.

En cuanto al sector político en que se ubica el encuestado (e identificaría a su familia), era esperable que, ante la misma situación ya presentada, y siendo un médico con los conocimientos necesarios para resolver, se oriente la tendencia de izquierda a derecha en orden lineal; desde niveles más liberales en la temática del

aborto a otros más conservadores (o restrictivos). No obstante, aún en el sector auto percibido más a la derecha sigue liderando la opción “sí estaría dispuesto” (a ejecutar un aborto). Son llamativas dos situaciones: casi la totalidad de las personas que se ubican en la izquierda política serían ejecutores de una ILE (98%) y la proporción de estudiantes de centroderecha lo serían también con más frecuencia que aquellos que refieren no tener ninguna opción política.

Hasta el momento se ha podido observar una influencia notable en cuanto a la percepción y actitudes en relación al aborto de factores constitucionales y coyunturales más que explicados por la formación de la facultad de medicina. De hecho, en este trabajo la mayor parte de los estudiantes evaluados manifiestan que la influencia del estudio de la medicina en la percepción que ellos tienen sobre el aborto actualmente ha incidido en ellos “más o menos”, en un 26% (196 personas), repartándose en porcentajes menores en el resto de las opciones (aunque levemente más cargado hacia la utilidad de este aprendizaje en la construcción de la postura).

Para ahondar mejor en este punto, por último, se analizó el comportamiento frente al mismo caso anteriormente presentado, pero de acuerdo al año de carrera en que se encuentra el estudiante, resultando en lo siguiente:

A medida que avanza el año de cursadas en la facultad aumenta la disposición de cumplir con la ley de ILE y no ser objetor de conciencia, con la excepción de sexto año en que baja esta tendencia (para lo cual no habría una explicación consecuente más que el menor número de personas encuestadas). Es interesante apreciar que desde un 79% de disponibilidad para ejercer un aborto terapéutico (en tercer año) se llega a un 97% de intención en el último año (séptimo, para el caso de UBA y UChile). Sin embargo, en la práctica médica del día a día, se espera que mucho de estos próximos médicos se transformen en objetores de conciencia y ese número disminuya notablemente.

En ese sentido, en Chile, más del 45% de los médicos obstetras ya se acogen a objeción de conciencia para la causal “violación” (la más valorada por los estudiantes), junto con muchos otros especialistas médicos y profesionales de

salud⁹⁸. En Argentina, por ejemplo, una clínica completa en Córdoba “se acogió a objeción de conciencia” (no se puede institucionalmente) junto a todos sus médicos, y no realizará abortos en el marco legal⁹⁹. Más lejos, en Italia, 7 de cada 10 ginecólogos se rehúsan a practicar abortos legales en base a esta objeción de conciencia¹⁰⁰. Se ha ido configurando, con el correr del tiempo, otro grave problema para la salud pública y pareciera que las motivaciones menos mencionadas en esta investigación (desconfianza de las instituciones, la justicia, presiones de sus superiores, “no querer problemas con los pacientes”, exceso de trabajo), cobrarían gran relevancia y se pondrían a la par de las de índole religiosas y valóricas. Materia de una futura investigación.

Para terminar, ante la posibilidad de que existan situaciones que pudieran modificar la postura actual de los estudiantes en cuanto a la ILE, un alto número de ellos refirió que no existe tal posibilidad (84%), dejando entrever, nuevamente, el fundamento eminentemente valórico y emocional en la decisión.

No deja de ser atractivo destacar alguna de las situaciones que el 16% restante nombró como alguna situación hipotética que pudiera hacerles replantear su posición:

- De manera negativa (en contra del aborto), les afectaría un descontrol en la realización de abortos, o que se considere como un método anticonceptivo. Es importante este ejemplo, en cuanto sería una utilización no deseada de la ley. Algo similar pudiera estar ocurriendo hoy, en el sentido contrario, con el asunto de las objeciones de conciencia masivas.
- De manera positiva (a favor del aborto), existe preocupación genuina hacia embarazos que podrían afectar seriamente la vida de la gestante, o los casos de violación en conjunto a la vulnerabilidad extrema. Si bien, los 2 primeros ya están considerados en la ley en ambos países, estas situaciones son las señaladas por aquellos estudiantes que se oponen actualmente al aborto; quizás se abren a la posibilidad de flexibilizar su postura si les toca un caso más de cerca en su carrera o cambian de parecer por otras circunstancias en un futuro.

- Por último, hay quienes en un estilo crítico manifiestan su postura tal como la ciencia: en constante modificación. Pudiera aparecer algún antecedente, descubrimiento médico o situación que sea capaz de modificar la postura actual en relación a la interrupción legal del embarazo.

6.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES SURGIDAS DEL ESTUDIO

De la información obtenida en la presente investigación se puede deducir que los estudiantes de medicina de las universidades estudiadas se muestran muy favorables a la regulación del aborto con un enfoque centrado en la salud y derechos reproductivos de las mujeres. A lo largo del estudio las 3 universidades mostraron similares resultados prácticamente en todo ámbito, con una leve tendencia de la Universidad de Chile a ser más cercana al aborto libre.

Las creencias y percepciones en torno al inicio de la vida humana y al aborto en general, se basan en criterios principalmente personales y morales, más que en conceptos científicos o debatidos en ambientes académicos. Sin embargo, la postura que mantienen los estudiantes en relación al aborto libre y al aborto terapéutico o voluntario en ciertas situaciones manifiesta una muy alta aceptación, y supera a los promedios nacionales de sus respectivos países.

Los conocimientos relativos a la legislación actual del aborto y las implicancias que pueden suscitarse durante el ejercicio de la medicina son débiles en más de un tercio de los estudiantes. Por otra parte, existe una alta desconfianza en las instituciones y entes fiscalizadores que deben velar por su cumplimiento, asomando como principales motivos los sociales y religiosos, seguido por los motivos ideológicos.

En el ámbito técnico, aun cuando las referencias son auto percibidas, es posible determinar que el conocimiento necesario para efectuar un aborto terapéutico o una ILE es insuficiente en cerca de dos tercios de los estudiantes de medicina. Si bien los protocolos quirúrgicos no atañen directamente el quehacer

próximo de los actuales estudiantes, sí prestan mayor relevancia los farmacológicos, en cuanto perfectamente pueden recurrir a ellos pacientes que lo soliciten o les asignen en algún centro de salud. Asimismo, esta insuficiencia es avalada en el propio reconocimiento de esta falencia en su facultad, en cuanto la enseñanza del aborto terapéutico ha sido insatisfactoria en gran parte de sus alumnos.

A pesar de que un muy alto número de estudiantes si fuesen médicos estarían dispuestos a participar de un aborto terapéutico, esta cifra no iguala al 97% global que está de acuerdo con el ejercicio regulado del aborto en general. De todas formas, y considerando que la mayoría de los alumnos se muestra dispuesto a ejercer un aborto en determinadas circunstancias, los valores máximos se dan en aquellas personas que cumplen los siguientes requisitos (en orden de importancia): no tener credo religioso, ser mujer, ser soltero o conviviente e identificarse con la izquierda política.

Para los estudiantes, es más alta la probabilidad de ser ejecutor cuando suponen que el conocimiento de la técnica y experiencia es mayor. Si se les plantea que sean ejecutores apenas sean médicos recién titulados, de inmediato desiste un 13% por el sólo motivo de no sentirse preparados.

Por último, es posible establecer que la postura valórica de los estudiantes respecto al aborto y la interrupción legal del embarazo es actualmente inflexible.

A partir de lo expuesto en la presente investigación se recomienda:

A las facultades de medicina reevaluar su currículum y adecuar su plan de estudio a los mínimos conocimientos y competencias que debe desarrollar un médico en el tema aborto. Urge una actitud crítica y científica en la toma de decisiones. A los estudiantes se les recomienda actualizarse técnicamente, pero también legalmente para enfrentarse a los desafíos laborales y a los cambios que ocurren con frecuencia. Se hacen necesario mejores mecanismos y lineamientos desde los Ministerios de Salud respectivos, que den certidumbre y no desconfianza en el cumplimiento de la ILE a nivel país, lo cual también repercute en el ámbito médico. Se sugiere continuar esta línea de investigación en el tiempo y ampliar el número de estudiantes como también el de facultades de medicina, a fin de conocer de mejor manera el estado actual del tema aborto en las aulas, y para trazar una ruta de colaboración y entendimiento.

7. LIMITANTES DEL ESTUDIO

Si bien pareciera que el universo planteado para esta investigación es un número definido y acotado, al momento de seguir las vías institucionales en cada facultad de medicina nos encontramos que no existen en la práctica cifras oficiales reales de alumnos activos en la facultad, más bien estimaciones y recomendaciones diversas, como: confiar en las cifras que manejan los respectivos centros de alumnos, campus online de determinadas materias, grupos de WhatsApp, etc. Esto se explica debido a la masividad de ambas universidades argentinas, pero también a que existe un alto porcentaje de estudiantes que cursan materias en un año y en otro, como también un indeterminado número de estudiantes que no asisten a las asignaturas, no rinden finales o avanzan muy lentamente en la carrera. Asimismo, mientras el número de alumnos ingresantes se encuentra mejor definido, a medida que se buscan estudiantes de cursos superiores (justamente los que corresponden a la unidad de análisis), este número se va diluyendo fuertemente y sin un control preciso.

Esta situación imposibilitó poder desarrollar una técnica de muestreo apropiada (idealmente un muestreo aleatorio estratificado por año de estudio), sumado también al hecho de que los estudiantes dejan de ir cada vez más a la facultad y empiezan a ir a múltiples hospitales (incluso fuera de la provincia) en grupos muy reducidos, lo cual incidió en que la mayoría de los estudiantes encuestados fueron de tercer y cuarto año (además de ser el grupo mayoritario). Todo lo anteriormente expuesto se condice con la realidad que ocurre en la facultad de medicina de la U. Chile a excepción de la masividad: ingresan por año sólo alrededor de 190 ingresantes para más de 3.000 alumnos postulantes.

Por último, este estudio se limita solamente a los estudiantes de medicina que cursan en UNLP, UBA y U. de Chile.

8. INFRAESTRUCTURA Y FINANCIACIÓN

El instrumento fue aplicado mayoritariamente en la infraestructura edilicia de las 3 universidades participantes, como también fue utilizada la modalidad de recordatorio mediante correo electrónico masivo dirigido (autorizado por directivos en U. de Chile). Para su aplicación se necesitaba por parte del encuestador: un celular, computadora o tablet. En cuanto a la financiación de este trabajo, se dio de manera exclusiva por parte del investigador maestrando, incluyéndose en el desglose de montos lo siguiente, en pesos argentinos:

1. \$95.000 en artículos médicos para el sorteo del 11 de julio
2. \$60.000 destinados a honorarios por jornada parcial de 2 encuestadoras remuneradas.

9. ANEXO 1

Encuesta número: _____

ENCUESTA SOBRE EL ABORTO TERAPÉUTICO

Este cuestionario forma parte del estudio denominado: “Percepción y actitudes sobre la problemática del aborto provocado en estudiantes de medicina de Argentina y Chile. Un estudio descriptivo”.

Se me ha informado que la presente investigación ha sido planteada para optar por el grado de Magister en Salud Pública en la Universidad Nacional de La Plata.

Se me ha explicado que mi participación en el estudio consistirá en completar individualmente y de forma anónima este cuestionario. Si ya no deseo participar en la investigación puedo dejarlo en blanco.

I) VARIABLES GENERALES

1. ¿Cuál es su género? (marque con X sólo una)

_____ 1.1 Masculino

_____ 1.2 Femenino

2. ¿Cuál es su edad? (complete)

3. ¿En qué año de la carrera cursa medicina actualmente? (complete)

_____ 3.1 Tercer año

_____ 3.2 Cuarto año

_____ 3.3 Quinto año

_____ 3.4 Sexto año

4. ¿Cuál es su estado civil? (marque con X sólo una)

_____ 4.1 Soltero

_____ 4.2 Unido de hecho

_____ 4.3 Casado

_____ 4.4 Separado

_____ 4.5 Viudo

5. ¿Con qué religión se identifica? (marque con X sólo una)

_____ 5.1 Católica

_____ 5.2 Evangélica

_____ 5.3 Otras (¿cuál?)

_____ 5.4 Ninguna

6. En caso afirmativo, ¿Cuál es su nivel de participación en dicha religión?
(marque con X sólo una)

_____ 6.1 Practicante

_____ 6.2 Sólo adherente

_____ 6.3 Indiferente

7. ¿A qué nivel socioeconómico considera Ud. que pertenece? (marque con X sólo una)

_____ 7.1 Alto

_____ 7.2 Medio – Alto

_____ 7.3 Medio

_____ 7.4 Medio – Bajo

_____ 7.5 Bajo

8. Si debiera elegir uno ¿Con qué sector político se identificaría Ud. y su familia? (marque con X sólo una)

_____ 8.1 Izquierda

_____ 8.2 Centroizquierda

_____ 8.3 Centroderecha

_____ 8.4 Derecha

_____ Ninguno

9. ¿Qué tipo de servicio de salud usa Ud. habitualmente? (marque con X sólo una)

_____ 9.1 Sistema Público

_____ 9.2 Sistema Privado

_____ 9.3 Sistema de Obras Sociales

(sólo en caso de Argentina)

II) VARIABLES DE CONOCIMIENTO

10. ¿Cuándo cree Ud. que comienza la vida humana? (marque con X sólo una)

_____ 10.1 Cuando existe fecundación y se conforma el cigoto.

_____ 10.2 Cuando ocurre exitosamente la implantación del cigoto

_____ 10.3 A partir del estado de mórula

_____ 10.4 Desde el cierre del tubo neural

_____ 10.5 A partir del tercer mes

_____ 10.6 Desde el nacimiento

_____ 10.7 En otro momento, ¿cuál?: _____

11. ¿Está permitido el aborto terapéutico en su país? (marque con X sólo una)

_____ 11.1 Sí

_____ 11.2 No

_____ 11.3 No sé

12. ¿Cuánto conoce Ud. acerca de la regulación jurídica del aborto en su país? (marque con X sólo una)

_____ 12.1 Nada

_____ 12.2 Poco

_____ 12.3 Más o menos

_____ 12.4 Bastante

_____ 12.5 Totalmente

13. ¿Cree Ud. que en su país la legislación vigente en relación con el aborto terapéutico se cumple? (marque con X sólo una)

_____ 13.1 No se cumple

_____ 13.2 Se cumple parcialmente

_____ 13.3 Se cumple totalmente

14. En caso de que la legislación no se cumpla totalmente, ¿cuál cree que es el motivo principal por lo que esto ocurre? (marque con X sólo una)

_____ 14.1 Motivos económicos

_____ 14.2 Motivos ideológicos

_____14.3 Motivos sociales y religiosos _____14.4 Falta de voluntad política

_____14.5 Ineficiencia

_____14.6 Otro: ¿cuál?

15. ¿Sabe Ud. lo que es la objeción de conciencia en medicina? (marque con X sólo una)

_____15.1 Sí

_____15.2 No

16. En escala del 1 al 5 ¿Cuánto conoce acerca del protocolo farmacológico para inducir un aborto? (marque con X sólo una)

	1	2	3	4	5	
Nada	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente

17. En escala del 1 al 5 ¿Cuánto conoce acerca del protocolo quirúrgico para llevar a cabo un aborto? (marque con X sólo una)

	1	2	3	4	5	
Nada	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente

18. ¿Cómo considera que su universidad aborda la enseñanza del aborto terapéutico en su aspecto teórico y práctico? (marque con X sólo una)

_____ 18.1 Totalmente insuficiente

_____ 18.2 Insuficiente

_____ 18.3 Suficiente

_____ 18.4 Sobresaliente

_____ 18.5 A nivel de especialista

19. Marque verdadero (V) o falso (F) en las siguientes frases:

19.1) Algunos casos de abortos pueden ser dirigidos por médicos no especialistas

19.2) Algunos casos de abortos pueden ser dirigidos por profesionales no

médicos _____

19.3) Un médico puede ejercer un aborto fuera de un hospital, clínica o centro de salud _____

19.4) Si existe objeción de conciencia el médico no está obligado a ejercer un aborto _____

19.5) La objeción de conciencia institucional es válida _____

III) VARIABLES DE ACTITUD

20. ¿Cuál es su posición sobre el ejercicio del aborto? (marque con X sólo una)

_____ 20.1 A favor siempre que la mujer lo consienta

_____ 20.2 A favor sólo en ocasiones especiales

_____ 20.3 En contra siempre

21. Sólo si marcó en la pregunta anterior “a favor sólo en ocasiones especiales”, indique en cuál(es) estaría a favor de que el aborto se practique de manera regulada (puede marcar con X más de una):

_____ 21.1 Aborto libre siempre que hayan menos de 14 semanas de gestación

_____ 21.2 En casos de violación en niñas y adolescentes

_____ 21.3 En casos de violación mujeres adultas

_____ 21.4 Cuando existe un riesgo considerable para la vida de la madre

_____ 21.5 Cuando existe un riesgo considerable para la salud de la madre

_____ 21.6 Cuando el producto en gestación es incompatible con la vida al nacer

_____ 21.7 Cuando el producto en gestación nacerá con enfermedades graves

_____ 21.8 Cuando el producto en gestación posee Síndrome de Down u otras condiciones compatibles con la vida

_____ 21.9 Cuando la embarazada es menor de 15 años

_____ 21.10 Cuando la embarazada tiene entre 16 y 18 años

_____ 21.11 Por razones socioeconómicas

_____ 21.12 Otras situaciones (¿cuáles?)

22. Si hoy fuese médico capacitado en el área o especialista, ¿Qué respuesta daría si le solicitan realizar una interrupción legal del embarazo?

_____ 22.1 Qué sí está dispuesto

_____ 22.2 Que no está dispuesto

23. Si hoy fuese médico recién titulado, ¿estaría dispuesto a realizar un aborto terapéutico farmacológico, dentro del plano legal vigente?

_____ 23.1 Sí lo estaría

_____ 23.2 No lo estaría

24. Sólo si marcó en su respuesta anterior “No” o “Sólo en algunos casos”, indique por qué motivos Ud. no llevaría a cabo un aborto terapéutico ya siendo médico (puede marcar con X más de una):

_____ 24.1 Falta de preparación o conocimientos

_____ 24.2 Desconfianza en el sistema de salud

_____ 24.3 Temor ante la justicia

_____ 24.4 Por motivos religiosos

_____ 24.5 Por motivos personales y de conciencia

_____ 24.6 Otros motivos: ¿cuáles? _____

25. En escala del 1 al 5, ¿Cuánto cree que el estudio de la medicina ha influido en su percepción sobre el aborto?

	1	2	3	4	5	
Nada	☐	☐	☐	☐	☐	Totalmente

26. ¿Existen situaciones que podrían cambiar su postura en relación a la interrupción legal del embarazo?

_____ 26.1 Sí

_____ 26.2 No

27. Sólo si en la pregunta anterior respondió afirmativamente, ¿Cuáles serían? y ¿de qué manera podrían modificar su postura? Desarrolle brevemente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS/OMS. *Derogación del aborto terapéutico en Nicaragua: Impacto en la salud. Salud de la familia y la comunidad*. 2007.
2. Sedgh G et al., *Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008*, Lancet, 2012, (forthcoming). Resumen de la publicación.
Disponible en:
<http://despenalizacion.org.ar/pdf/Evidencia/Estadistica/Guttmacher2012.pdf>
3. Joffe C. *Abortion and medicine: a sociopolitical history*. In Paul M et al., eds. Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care. Oxford, Wiley Blackwell, 2009. Pág. 1–9.
4. Singh S. et al. *Abortion worldwide: a decade of uneven progress*. New York, Guttmacher Institute, 2009.
5. Conicet. *Primera encuesta sobre creencia y actitudes religiosas en Argentina*. Buenos Aires, Argentina. Año 2008. Disponible en:
<http://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2013/02/encuesta1.pdf>
6. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). *Censo 2012. Estadísticas poblacionales y creencias religiosas*. Santiago, Chile. Año 2012. Disponible en: http://estudios.anda.cl/recursos/censo_2012.pdf
7. Westoff CF. *Recent trends in abortion and contraception in 12 countries*. Washington, DC, ORC Macro, 2005. Pág. 8.
8. Bongaarts J, Westoff C. *The potential role of contraception in reducing abortion*. *Studies in Family Planning*, 2000. Pág: 31:193–202.
9. Marston C, Cleland J. *Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence*. *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29:6–13.
10. OMS. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, 6th ed. Geneva, World Health Organization, 2011.

11. OMS. *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*, 4th ed. Geneva, World Health Organization, 2004.
12. Morroni C, Myer L, Tibazarwa K. *Knowledge of the abortion legislation among South African women: a cross-sectional study. Reproductive Health*, 2006, 3:7
13. Jewkes R et al. *Why are women still aborting outside designated facilities in metropolitan South Africa*. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2005, 112:1236–1242. 51.
14. Ministerio de Salud de la Nación. *Estimación de la magnitud del aborto inducido en Argentina*. Edith Pantelides. Conicet/ Cenep-Centro de Estudios de Población y Silvia Mario (Instituto Gino Germani). Págs. 111 y 112.
15. Iyengar K, Iyengar SD. *Elective abortion as a primary health service in rural India: experience with manual vacuum aspiration. Reproductive Health Matters*, 2002, 10:54–63.
16. Haydee S. “YO ABORTO, TÚ ABORTAS ¿TODAS CALLAMOS?”. Experiencias y defensoría feminista del aborto inducido en Chile. Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura en América Latina, Mención en Humanidades. Universidad de Chile, 2015. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf pag 17
17. Singh S et al. *Abortion worldwide: a decade of uneven progress*. New York, Guttmacher Institute, 2009.
18. Sedgh G, et al. *Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008*. Lancet, 2012, 379:625–632.
19. Schuster S. *Women’s experiences of the abortion law in Cameroon: “What really matters”*. Reproductive Health Matters, 2010, 18:137–144.
20. Committee on the Rights of the Child, *Concluding observations*: Chile, 23 April 2007. United Nations.

21. Boland R, Katzive L. *Developments in laws on induced abortion: 1998–2007. International Family Planning Perspectives*, 2008, 34:110–120.
22. UN Department for Economic and Social Affairs. *World abortion policies 2011*. New York, Population Division, United Nations, 2011.
23. Committee on the Elimination of Discrimination against Women. *Concluding comments: Brazil*, 10 August 2007.
24. Committee on Economic Social and Cultural Rights. *Concluding observations: Monaco*, 13 June 2006.
25. OMS. *Constitution of the World Health Organization*, 47th ed. Geneva, World Health Organization, 2009.
26. ONU. *Committee against Torture. Concluding observations: Peru*, 16 May 2006. United Nations.
27. Becker D, Garcia SG, Larsen U. *Knowledge, and opinions about abortion law among Mexican youth. International Family Planning Perspectives*, 2002, 28:205–213.
28. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf,
páginas 87
29. *Esterilizaciones forzadas en Perú. Centro por la Justicia y el derecho Internacional*. Lima, Perú, año 2021. Disponible en:
<https://cejil.org/comunicado-de-prensa/esterilizaciones-forzadas-en-peru-luego-de-18-anos-de-proceso-penal-se-abre-investigacion-judicial-contralberto-fujimori-y-sus-exministros-de-salud/>.
30. *Sondeo sobre el aborto en la provincia de Buenos Aires*. Observatorio Psicología social aplicada, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Año 2020. Disponible en:
<https://www.telam.com.ar/notas/202011/536271-encuesta-aborto-aceptacion.html>
31. OMS. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf,
páginas 31 y 32

32. Global Advisor de Consultora IPSOS. *Miradas globales sobre el aborto en 2021*. Santiago, Chile. Disponible en: <https://www.ipsos.com/es-cl/73-de-los-chilenos-y-chilenas-esta-favor-del-aborto>.
33. Estudio Nacional de Opinión Pública Encuesta CEP 89. Junio-Julio 2023. Santiago, Chile. Página 18. Disponible en: <https://www.cepchile.cl/wp-content/uploads/2023/07/CEP89-ANEXOS-COMPLETA-2.pdf>
34. Acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Ley 27610. Argentina Presidencia. Enero de 2021. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239807/20210115>
35. Corte Suprema de Justicia de la Nación, caso “F., A. L. s/ Medida autosatisfactiva”, F. 259. XLVI, sentencia del 13 de marzo de 2012.
36. Ministerio de Salud de Argentina. *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo*. Buenos Aires, 2015. pág. 3.
37. Cifras en relación al aborto en la Argentina según jefe de Gabinete Marcos Peña. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/2117103-antes-de-empezar-el-debate-el-gobierno-dio-cifras-sobre-el-aborto>
38. Aborto legal: A dos años de la sanción de la ley su aplicación sigue siendo despereja en las provincias. El DiarioAr, nov 2022. Argentina. Disponible en: https://www.eldiarioar.com/sociedad/aborto-legal-anos-sancion-ley-aplicacion-sigue-despereja-provincias_1_9672098.html
39. Ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Análisis a un año de su vigencia. Amnistía Internacional. Argentina. Año 2022. Disponible en: https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2021/12/Informe-Litigio.pdf?utm_source=perfit&utm_medium=email&utm_campaign=Refuerzo%20Aniversario%20Aborto
40. Papa: l’aborto è omicidio, la Chiesa sia vicina e compassionevole, non politica. Vatican News. Roma, Italia. Video disponible en:

<https://www.vaticannews.va/es/papa/news/2021-09/papa-francisco-rueda-prensa-vuelo-regreso-eslovaquia-periodistas.html>

41. Informe de gestión anual 2022. Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de la Nación (DNSSR). Año 2022. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-05/Informe_de_gestion_2022_852023.pdf
42. Código sanitario de la República de Chile en el año 1931. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Santiago. 1931. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=5113&idVersion=1968-01-31>
43. Código sanitario de la República de Chile en el año 1968. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Santiago. 1968. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=5595>
44. Constitución Política de la República de Chile. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Santiago. 1980. Disponible en: <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/60446/3/132632.pdf>
45. Armijo R, Monreal T. *El problema del aborto provocado en Chile*. Bol Oficina Sanit Panam 1966;60(1):39-45.
46. Molina R, López J, Orellana M, Orlandi E, Alarcón J. *Características del aborto en Chile*. 1978. Cuadernos Médico Sociales. Disponible en: http://cms.colegio-medico.cl/Magazine/1978/19/1/19_1_5.pdf.
47. Szot J, Moreno C. *Mortalidad por aborto en Chile: análisis epidemiológico 1985-2000*. Rev Chil Obstet Ginecol 2003;68(4):309-14.
48. Instituto Nacional de Estadísticas. Anuarios de Estadísticas Vitales 1990-2011. Disponible en: http://www.inec.cl/canales/chile_estadistico/familias/demograficas_vitales.php.
49. MINSAL. Subsecretaría de Salud Pública. *Orientaciones técnicas. Para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas*. 2011. Disponible

- en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/b53faf5d1d527a52e04001011e010ef5.pdf>.
50. Donoso E, Carvajal JA. *El cambio del perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultará el cumplimiento del 5° objetivo del Milenio*. Rev Med Chile 2012;140(10):1253-62.
51. Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ENCAVI 2000). Informe Planificación Familiar. Módulo II. Hallado
en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/calidad_de_vida_y_salud/calidadvida/infplanfam.pdf.
52. INJUV. 6ta Encuesta Nacional de la Juventud: Instituto Nacional de la Juventud, Gobierno de Chile, 2010. Disponible
en: http://www.injuv.gob.cl/portal/wp-content/files_mf/sextaencuestanacionaldejuventud.pdf.
53. INJUV. 7ma Encuesta Nacional de Juventud 2012: Ministerio de Desarrollo Social. Gobierno de Chile., 2012. Disponible
en: http://www.injuv.gob.cl/portal/wp-content/files_mf/septimaencuestanacionaljuventud2.pdf.
54. MINSAL. *Situación actual del embarazo adolescente en Chile*: Ministerio de Salud de Chile, 2013. Disponible
en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c908a-2010f2e7d4fe040010164010db3.pdf>.
55. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. *Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study*. Am J Obstet Gynecol 2005;192(2):342-9.
56. Stover J, Ross J. *How increased contraceptive use has reduced maternal mortality*. Matern Child Health J 2010;14(5):687-95.
57. Encuesta CEP: los chilenos liberalizan su posición frente al aborto, pero se identifican más con el Partido Republicano. Diario El País. Madrid, España. Año 2023. Disponible en: <https://elpais.com/chile/2023-07-28/encuesta-cep-los-chilenos-liberalizan-su-posicion-frente-al-aborto-pero-se-identifican-mas-con-el-partido-republicano.html>

58. Encuesta: Evaluación de Gestión de Gobierno. Junio de 2014. Adimark.
Disponible en:
http://www.adimark.cl/es/estudios/documentos/4_eval%20gobierno%20jun_2014.pdf
59. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva en Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile, Centro de Derechos Humanos, Universidad Diego Portales, Santiago, 2013.
60. Albagly, Maité. *“El Aborto en Chile”*. Editorial Aún Creemos en los Sueños. Santiago, 2008.
61. ONU: Chile es tercero en el mundo en tasa de denuncias por abuso a menores. La Tercera. Publicado el 25 de mayo de 2014. Disponible en:
<http://www.latercera.com/noticia/nacional/2014/05/680-579591-9-onu-chile-es-tercero-en-el-mundo-en-tasa-de-denunciaspor-abuso-a-menores.shtml>
62. Análisis revela que en Chile se cometen 17 violaciones diarias y 34 abusos sexuales. Fiscalía, Ministerio Público de Chile. Disponible en:
http://www.fiscaliadechile.cl/Fiscalia/sala_prensa/noticias_det.do?id=605
63. Cuenta anual fiscalía nacional: el 74% de las víctimas de delitos sexuales son menores de edad. La Tercera. Publicado el 29 de abril de 2014.
Disponible en: <http://www.latercera.com/noticia/nacional/2014/04/680-576014-9-cuenta-anual-fiscalia-nacional-el-74-de-las-victimas-dedelitos-sexuales-son.shtml> Consultado el 28 de febrero de 2014.
64. Datos actualizados agrupación MILES de ley de aborto en las 3 causales en Chile. Disponible en:
<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/aborto/las-cifras-de-aborto-en-chile-a-10-meses-de-aprobacion-de-tres-causales/2018-08-09/103336.html>
- 64.a. El Mostrador y Sepúlveda, Antonia. A cinco años de la ley IVE. Santiago, Chile. Año 2023. Disponible en:
<https://www.elmostrador.cl/braga/2023/01/18/a-cinco-anos-de-la-ley-ive-la-objeccion-de-conciencia-es-el-mayor-obstaculo-para-acceder-al-derecho-a-aborto-en-tres-causales/>

65. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision*. En: WHO, editor, 2010. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
66. 4. Raju TN, Mercer BM, Burchfield DJ, Joseph GF. *Periviable birth: executive summary of a joint workshop by the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, American Academy of Pediatrics, and American College of Obstetricians and Gynecologists*. *Obstet Gynecol* 2014;123(5):1083-96.
67. 5. Silva S. *Aborto*. En: Pérez Sánchez A, Donoso Siña E, editores. *Obstetricia*. 4a Edición. Editorial Mediterráneo. 2011. pp 530-561.
68. 6. Goddijn M, Leschot NJ. Genetic aspects of miscarriage. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000;14(5):855-65.
69. Hill Kenneth, Kevin Thomas, Carla AbouZahr, Neff Walker, Lale Say, Mie Inoue y Emi Suzuki. 2007. *Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: An assessment of available data*. *The Lancet*, 370(9595): 1311-19.
70. Ministerio de Salud. Buenos Aires. *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo.*, Argentina. 2015. pp 25.
71. OMS. *Aborto sin riesgo. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Segunda Edición. 2012. Disponible en: www.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf.
72. OMS. *Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. Año 2012. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf
73. International Planned Parenthood Federation (IPPF) y.: Marcel Vekemans. *Guías clínicas y protocolos para abortos de primer trimestre. Procedimientos quirúrgicos y médicos*. Año 2012.
74. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. “*The Care of Women Requesting Induced Abortion*”, Evidence-based Clinical Guideline, 7.

- Disponible en http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/Abortion%20guideline_web_1.pdf
75. IPAS y A. Mark. *Actualizaciones clínicas en salud reproductiva*. Año 2013. Disponible en http://www.ipas.org/~media/Files/ipas%20Publications/CurHeNero2014sp.ashx?utm_source=resource&utm_medium=meta&utm_campaign=Cur%20HeNero%202014sp
76. FLASOG (2013). *Uso del misoprostol en obstetricia y ginecología*. *Federación Latinoamericana de obstetricia y Ginecología*. Disponible en http://www.femecog.org.mx/docs/uso_misoprostol.pdf
77. Gynuity Health Projects. *Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto. Guía introductoria*. Año 2009. Disponible en http://gynuity.org/downloads/clinguide_pacguide_sp.pdf
78. OMS. *Medicamentos esenciales* (14º ed.). Organización Mundial de la Salud. Año 2005. Disponible en http://www.who.int/medicines/publications/EML14_SP.pdf
79. Ministerio de Salud de Argentina. *Aspiración Manual Endouterina (AMEU)*. Nota técnica 2, Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Año 2020. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-01/ameu-nota-tecnica-2.pdf>
80. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. *Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos*. Santiago, Chile. Año 2019. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600460
81. Ministerio de Salud de Argentina. *Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo*. Buenos Aires, Argentina. Años 2015. Disponible en: <https://web.archive.org/web/20150624065655/http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf>

82. IPAS. *10 datos sobre el aborto*. Pág 11. Chapell Hill, EE. UU. Año 2010.
Disponible en: <https://ipasmexico.org/pdf/lpasMx2010-10DatosSobreElAborto.pdf>
83. OMS. *Abortion care guideline*. World Health Organization. 2022. Disponible en (document complete): <https://iris.who.int/handle/10665/349316>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
84. OMS *Directrices sobre la atención para el aborto: resumen ejecutivo* [Abortion care guideline: executive summary]. Ginebra, Suiza 2022.
Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en:
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352351/9789240045767-spa.pdf>
85. OMS. *El acceso al aborto seguro es fundamental para la salud de las mujeres y las niñas*. Año 2022. Ginebra, Suiza. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news/item/09-03-2022-access-to-safe-abortion-critical-for-health-of-women-and-girls>
86. Eiguchi Kumiko. *La feminización de la medicina*. Revista argentina de salud pública. Argentina. Año 2017. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2017000100001
87. Peralta G., Rissetti Joaquín y otros. *Actitudes hacia el aborto deseado en estudiantes de ciencias de la salud chilenos*. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Santiago. 2023. Disponible en:
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262023000400205
88. Mines Ana. *La percepción de los/as estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad de Buenos Aires sobre el tratamiento del aborto en la formación médica*. Conicet. Argentina. Año 2015. Disponible en:
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/51328>
89. Diario el Clarín. *Siete de cada 10 estudiantes de Medicina son mujeres, pero aún hay un “techo de cristal” para acceder a los puestos jerárquicos*. Argentina. Año 2019.

Disponible en: https://www.clarin.com/sociedad/10-estudiantes-medicina-mujeres-techo-cristal-acceder-puestos-jerarquicos_0_m63hfipP.html

90. Facultad de Medicina Universidad de Chile. Matrícula 2023 de la Facultad de Medicina: mayoritariamente femenina. Chile. Año 2023. Disponible en: <https://medicina.uchile.cl/noticias/202641/matricula-2023-de-la-facultad-de-medicina-mayoritariamente-femenina>

91. Departamento de Evaluación, Medición y Registro de la Universidad de Chile (DEMRE), Acción Educar. *Análisis de elección de universidades*. Chile. Año 2017. Disponible en: <https://accioneducar.cl/wp-content/uploads/2016/10/An%C3%A1lisis-de-Elecci%C3%B3n-de-Universidades-%E2%80%93-Parte-I-Universidades-Estatales-%C2%BFas-m%C3%A1s-preferidas-por-los-estudiantes.pdf>

92. La Tercera Pulso. FONASA incorporó más de 600 mil nuevos afiliados en 2023: más de la mitad provino desde las ISAPRES. Diario digital. Santiago. Año 2024. Disponible en: <https://www.latercera.com/pulso/noticia/fonasa-incorporo-mas-de-600-mil-nuevos-afiliados-en-2023-mas-de-la-mitad-provino-desde-isapres/QCAVPATIURAFLJZAD5Q7W4RZUI/#>

93. Martínez Lucía. *Radiografía de la medicina prepaga en la Argentina*. El Explicador de Chequeado. Argentina. Año 2023. Disponible en: <https://chequeado.com/el-explicador/radiografia-de-la-medicina-prepaga-en-la-argentina/>

94. Blanco Daniela. *Aborto y la pregunta del millón: cuándo comienza la vida humana*. Fundación para estudio e investigación de la mujer. Buenos Aires. Año 2016. Disponible en: <http://feim.org.ar/2016/10/24/aborto-y-la-pregunta-del-millon-cuando-comienza-la-vida-humana/>

95. Cruz-Coke Ricardo. ¿Desde qué momento hay alma en el embrión humano? . Revista Médica de Chile. Santiago. Año 2002. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000500016

96. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. *Ley 21030: Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en 3 causales*. Ministerio de Salud. Chile. Año 2017. Publicado en:
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1108237>
97. Ministerio de Justicia. *Interrupción voluntaria del embarazo, Ley 27610*. Argentina. Año 2021. Disponible en:
<https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/interrupcion-voluntaria-del-embarazo>
98. El Mostrador. *Ley IVE: más del 45% de los obstetras se acogen a la objeción de conciencia en causal de violación*. Chile- Año 2024. Disponible en:
<https://www.elmostrador.cl/braga/2024/01/23/ley-ive-mas-del-45-de-los-obstetras-se-acogen-a-la-objecion-de-conciencia-en-causal-de-violacion/>
99. Aciprensa. *Clínica y médicos se declaran objetores de conciencia y no realizarán abortos en Argentina*. Argentina. Año 2021. Disponible en:
<https://www.aciprensa.com/noticias/86125/clinica-y-medicos-se-declaran-objetores-de-conciencia-y-no-realizaran-abortos-en-argentina>
100. Infobae. *El debate alrededor de la objeción de conciencia médica y el aborto: ¿beneficia o perjudica a las mujeres?* Argentina. Año 2018. Disponible en:
<https://www.infobae.com/salud/2018/06/27/el-debate-alrededor-de-la-objecion-de-conciencia-medica-y-el-aborto-beneficia-o-perjudica-a-las-mujeres/>