



EMBARAZO VULNERABLE
Realidad y Propuestas

ideapaís.

cj | comunidad
y justicia

**#Por
ELLA**

Director de investigación

Cristóbal Ruiz-Tagle Coloma

Investigadores responsables

Francisca Echeverría Bambach

Luis Robert Valdés

Investigadores-Colaboradores

Luis Pedro Fernández Smith

Diseño y diagramación

María Jesús Castro Lafrentz

EMBARAZO VULNERABLE

realidad y propuesta de políticas públicas

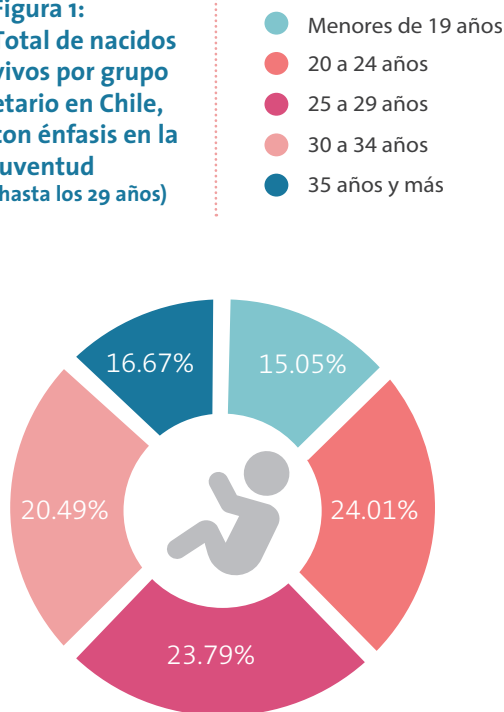
En el último tiempo en la opinión pública se ha vuelto a discutir la necesidad de legislar sobre el aborto cuando está en riesgo la vida de la madre, por inviabilidad del feto y por violación. Esta realidad nos obliga a hacer una reflexión como sociedad, sobre el contexto social y personal que hay tras la decisión de una mujer que aborta y los factores que influyen en esta decisión, con el objeto de resolver esta problemática desde sus causas.

El presente documento tendrá como fin principal estudiar la realidad del embarazo en Chile, caracterizar su contexto e introducir el concepto de **embarazo vulnerable**. Pensamos que el aborto no es una solución a los casos de maternidad vulnerable, por el contrario, tanto los principios de un desarrollo humano integral como la evidencia científica, permiten concluir que las soluciones ante todo consisten en entregar apoyo efectivo e integral la maternidad, de manera que las madres no tengan como única opción el aborto.

Para ello, en este trabajo estudiaremos los principales factores de vulnerabilidad que pueden inducir esta decisión. Estos factores se dividen en: i) factores psicosociales y ii) factores propios del embarazo. Finalmente concluiremos con una propuesta de diez políticas públicas que abarcan este problema social, las que estarán centradas en tanto la mujer embarazada como el niño que está por nacer, las que deben ser objeto de una atención especial por parte del Estado de la sociedad civil.

2.- Embarazo en Chile

Figura 1:
Total de nacidos vivos por grupo etario en Chile, con énfasis en la juventud (hasta los 29 años)



La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el mundo, cada año, se embarazan 208 millones de mujeres de las que el 41% corresponde a embarazos no planificados.¹ Los embarazos que llegan a término se registran mediante la cifra de nacidos vivos. En Chile, en el año 2011, según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), nacieron vivos 247.331 niños.

Cabe señalar que en esta investigación utilizamos el concepto de embarazo no planificado cuya connotación difiere de "no deseado", por cuanto el segundo apuntaría, de modo implícito, a un inexistente "derecho al aborto"², especialmente cuando se prevé que la condición de embarazo no deseado será un estado permanente en la mujer.³

1.- Cfr. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2012), "Aborto sin riesgos: Segunda edición guía técnica y de políticas para sistemas de salud", p.19. Disponible en la Word WideWeb:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf

2.- "Desde 1990 en adelante y en especial desde el año 2000, es posible identificar una tendencia internacional a consagrar constitucionalmente la protección de la vida humana desde antes del nacimiento y, en general, desde la concepción, como un derecho humano protegido. No existe ni remotamente un consenso mundial en el sentido de reconocer un presunto "derecho al aborto". Cfr. COMUNIDAD Y JUSTICIA (2014), "Aborto y derechos humanos: ¿qué dice el derecho internacional?".

3.- La misma OMS suele confundir ambas realidades, sosteniendo que "la probabilidad de que una mujer tenga un embarazo no deseado y que intente un aborto inducido es prácticamente la misma". Cfr. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, op. cit.

Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales INE (2011)

La distinción semántica no es trivial en términos epidemiológicos. Si bien en un principio un embarazo no planificado o no intencionado puede no ser querido, con el transcurso del tiempo y la gestación, es posible que la mujer modifique su situación emocional hacia su hijo que viene en camino— al realizar una ecografía obstétrica, o al escuchar los latidos del corazón, a partir de la 6-8 semanas—, lo que no significa inmediatamente que se trate de un embarazo no deseado y, por tanto, destinado a ser abortado. Por ejemplo, en el estudio reciente de series de población conducido por Finer y Zolna en Estados Unidos⁴, un país con aborto accesible a petición desde 1974, el 51% de los embarazos fueron no planificados o no intencionados entre 2001 y 2008. Del total de embarazos no planificados, 40% terminó en un aborto provocado. Esto evidencia que incluso con una legislación permisiva respecto al aborto durante cuatro décadas, la mayoría de los embarazos no planificados (60%) termina en un nacido vivo y no son, *de facto*, equivalentes a un embarazo no deseado que terminará en un aborto provocado.

En lo que sigue, describiremos la realidad del embarazo vulnerable, señalando los distintos factores de vulnerabilidad asociados, especialmente aquellos que tienen relación al aborto.

3.- Realidad del embarazo vulnerable en Chile

Un embarazo vulnerable es un concepto dinámico y relacional, pues se refiere a las circunstancias que inciden en que el embarazo no se pueda vivir con normalidad⁵, en muchos casos provenientes del contexto social en que se desarrolla o bien de su propia individualidad, los que hacen que la mujer requiera un acompañamiento especial.⁶ Algunas de las circunstancias condicionantes más relevantes son la estabilidad emocional de la mujer, la soledad abandono, la angustia, la edad de ella, las situaciones de violencia, la situación económica, la estructura o función familiar y proyectos de vida deshechos, entre otras causales.

En el ámbito internacional, el aborto legal o seguro se ha planteado como una solución positiva para poner término a esta situación de vulnerabilidad.⁷ La evidencia científica más reciente en Chile ha mostrado que la solución no pasa por cambios en el estatus legal del aborto⁸, sino por una especial protección desde la sociedad civil y del Estado a las mujeres que se encuentran en estas circunstancias. En el contexto nacional, un estudio en conducción por investigadores del Instituto MELISA (www.melisa.institute.com) liderado por el epidemiólogo Elard Koch y cuyos primeros resultados fueron expuestos a la comunidad internacional en Naciones Unidas en Nueva York⁹ recientemente, muestra que la mayoría de las mujeres embarazadas en situaciones de vulnerabilidad cuando reciben ayuda efectiva y acompañamiento integral, *cambian su decisión de abortar*. Esto proporciona nueva evidencia para sostener que tanto los programas de prevención del aborto, como aquellos que apoyan a la mujer embarazada con algún riesgo de abortar, son efectivos cuando se enfocan en resolver la situación de vulnerabilidad raíz o causal del aborto. Tratándose de un estudio pionero en Chile, único en su tipo¹⁰ y con una muestra considerable (n = 3.134 mujeres) de embarazos no planificados o no intencionados en mujeres chilenas con riesgo de aborto, es pertinente exponer algunos de sus resultados más relevantes para los propósitos del presente documento.

De acuerdo con los datos de la cohorte de embarazadas presentados en Naciones Unidas, datos que están disponibles a través de la conferencia de acceso público¹¹, en la cohorte total de 3.134 mujeres con embarazo no planificado confirmado clínicamente, se identificaron dos grupos con diferentes patrones de riesgo y vulnerabilidad conforme a si i) manifestaban explícitamente su decisión de terminar con el embarazo (n = 486 en grupo de *alto riesgo*); ii) o no manifestaban verbalmente su intención (n = 2.648 en grupo de riesgo leve a moderado).

4.- Cfr. FINER, L., ZOLNA M., (2013), "Shifts in intended and unintended pregnancies in the United States, 2001-2008". Am J Public Health. 2014;104Suppl 1:543-8. Disponible en la World Wide Web: <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/ajph.2013.301416.pdf>

5.- De hecho, el verbo "vulnerar" proviene del latín vulnus, que significa "herida". Cfr. Diccionario de la lengua española (DRAE). Edición 22.ª, publicada en 2001. Real Academia Española.

6.- Cfr. LUNA, F., (2008), "Vulnerabilidad: la metáfora de las capas", publicado en Jurisprudencia Argentina, IV, fascículo N° 1, p.: 60-67. Disponible en la World Wide Web: http://introd2.wikispaces.com/file/view/Luna_F%5B1%5D_Vulnerabilidad_la_met%C3%A1fora_de_las_capas.pdf.

7.- Cfr. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, op. cit.

8.- Cfr. KOCH, E., (2013) "Impact of Reproductive Laws on Maternal Mortality: The Chilean Natural Experiment". Publicado en The Linacre Quarterly.

9.- Cfr. KOCH, E., (2013) "Impact Of Reproductive Laws On Maternal Mortality: Recent Scientific Evidence From Natural Experiments On Different Populations. Lecture at the Life & Family event in the United Nations". Disponible en la World Wide Web: <http://www.allianceofdefendingfreedom.org/MDGs>

10.- Se trata de un estudio epidemiológico prospectivo único en su tipo que está investigando en forma independiente una cohorte de 3.134 mujeres con embarazos vulnerables en riesgo de aborto. Estas mujeres participan o han participado de un programa de apoyo y acompañamiento denominado "Acoge una vida" implementado por Fundación Chile Unido entre los años 2002 y 2011. El 7170% de la cohorte seguida es de la región metropolitana y el 29% de otras regiones. El promedio de edad es de 22 años. El 35% de estos embarazos en riesgo de aborto ocurrió en menores de 20 años (adolescentes).

11.- Cfr. KOCH, E. (2013), "Abortion Prevention Programs in Chile. Conference At the United Nations". Disponible en la World Wide Web: <https://www.youtube.com/watch?v=5m9tYs8MYQM>

En relación a la investigación del profesor Koch, aquellas mujeres que no verbalizan espontáneamente alguna intención de abortar, no significa que no hayan considerado esta posibilidad, o no estén en riesgo de un aborto, sino que son consideradas *con riesgo leve o moderado* respecto a las que sí lo verbalizan espontáneamente. En ambos grupos, la *situación de vulnerabilidad no aparece centrada en el embarazo mismo o en el hijo o hija en gestación, sino en situaciones externas o psicosociales que impulsan a una mujer al aborto*. De acuerdo a los datos expuestos en Naciones Unidas, en el grupo de alto riesgo (n = 486 mujeres), se identificaron cinco situaciones de vulnerabilidad que explican mayoritariamente el deseo de poner fin al embarazo, como se puede apreciar en la tabla número 1.

Tabla 1.
Motivo de consulta de las mujeres con riesgo de aborto

Grupo de mujeres con alto riesgo de aborto (n=486)	Grupo de mujeres con riesgo leve a moderado (n=2648)
44,4% Fue coerción para abortar por parte de los padres (uno o ambos) o la pareja con o sin la presencia de violencia intrafamiliar.	36,9% Necesidad de apoyo psicológico o emocional.
22,8% Por factores asociados a expectativas de vida incluyendo continuar estudios, proyecto de vida, situación socioeconómica y temor a ser madre soltera.	20,1% Situación de abandono con pérdida de hogar.
20,4% Ocultar embarazo por temor a la reacción de la pareja o de los padres.	12,9% Ocultar embarazo por temor a la reacción de la pareja o de los padres.
2,1% Por abuso sexual (violación, incesto y abuso sexual reiterado).	9,4% Posibilidad de dar en adopción.
1,9% Por abandono de la pareja.	7,9% Por abandono de la pareja.
Total: 91,6% de los motivos de consulta de las mujeres pertenecientes a la cohorte de alto riesgo.	3,7% Por coerción o violencia intrafamiliar.
	1,8% Por abuso sexual.
	Total: 92,4% de los motivos de consulta de las mujeres pertenecientes a la cohorte de riesgo leve o moderado.

Fuente: Elaboración propia en base a Estudio de Koch.

Es importante también acotar los desenlaces de estos embarazos en términos de éxito o fracaso, con el fin de prevenir que ocurra un aborto por parte del programa de apoyo y acompañamiento. En la cohorte de riesgo leve a moderado de aborto, es decir, aquellas mujeres que no declaran explícitamente alguna intención de abortar, y que corresponden al 84,5% de la muestra total, 2.648 mujeres ingresaron al programa de apoyo y recibieron acompañamiento producto que sólo en ellas se comprobó un embarazo.

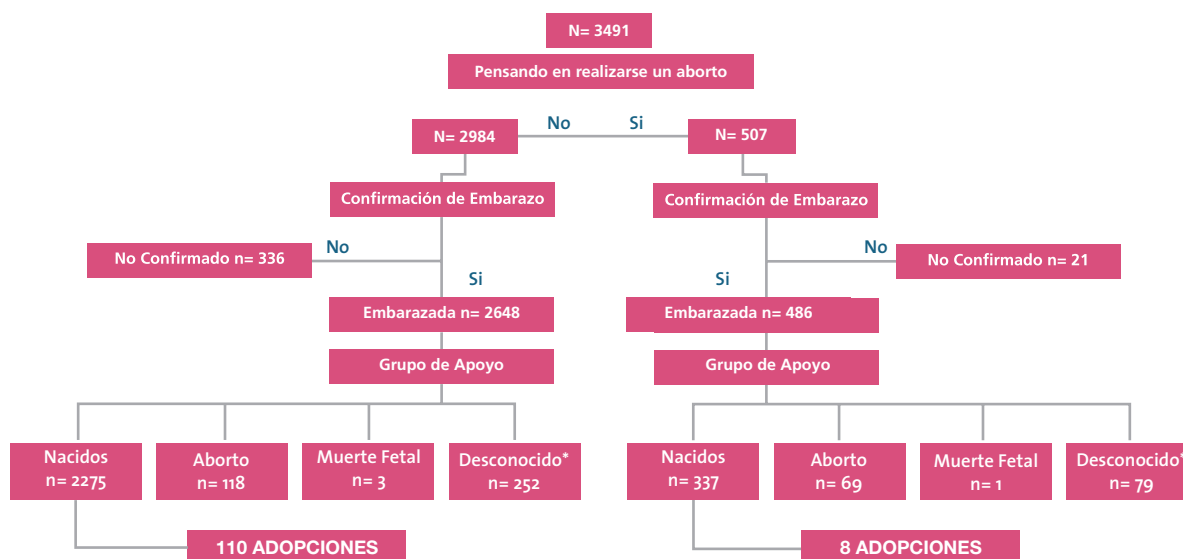
Respecto de las que recibieron acompañamiento, 2.275 mujeres (84%) llegaron hasta el término del embarazo con un niño nacido vivo (110 del total de estos niños fueron dados en adopción), 118 (4,5%) se presume que terminaron en un aborto de cualquier tipo, sea espontáneo o inducido¹², 3 (0,1%) terminaron en un nacimiento pre-término con muerte fetal y 252 (9,5%) mujeres abandonaron el programa antes de las semana 20 de gestación, por lo que se desconoció si hubo o no un desenlace de nacido vivo, adopción, aborto, muerte fetal u otra razón.

12.- En este tipo de estudios, en términos prácticos (comunicación personal del profesor Koch, director del estudio en curso), es muy difícil establecer y diferenciar/condicionar con exactitud si el aborto fue espontáneo y provocado, dado que se trata de un tema muy sensible y doloroso para cada mujer en las entrevistas. De esta manera, el desenlace más confiable es el relato de si hubo "pérdida o aborto" sin forzar una respuesta a la madre.

En la cohorte de alto riesgo, (es decir, aquellas mujeres que declararon su intención de abortar, 15,5% de la muestra total) de las 486 embarazadas que ingresaron al programa de apoyo y acompañamiento, 337 mujeres (69,3%) llegaron hasta el término del embarazo (8 niños fueron dados en adopción), 69 (14,2%) se presume que tuvieron un desenlace abortivo de cualquier tipo, una mujer (0,2%) tuvo un embarazo pre-término con muerte fetal y 79 (16,2%) mujeres tuvieron un desenlace desconocido por el grupo de investigación.

A partir de estos datos (Koch, comunicación personal) ha sido posible diferenciar un grupo de alto riesgo para aborto provocado que representó poco más de un 15% de los embarazos en situación de vulnerabilidad. Las situaciones de vulnerabilidad prevalentes en este grupo de alto riesgo fueron coerción, violencia, ocultamiento del embarazo por temor y expectativas de vida interrumpida. En este grupo, un programa de apoyo que abordó el problema raíz, fue exitoso en alrededor de un 70%. Considerando sólo a las que permanecen en el programa y no lo abandonan por sobre la semana 20 de gestación (n = 407 mujeres), la tasa de éxito en prevenir el aborto es de 83,41%.

Figura 2.
Diagrama de flujo seguimiento mujeres embarazadas



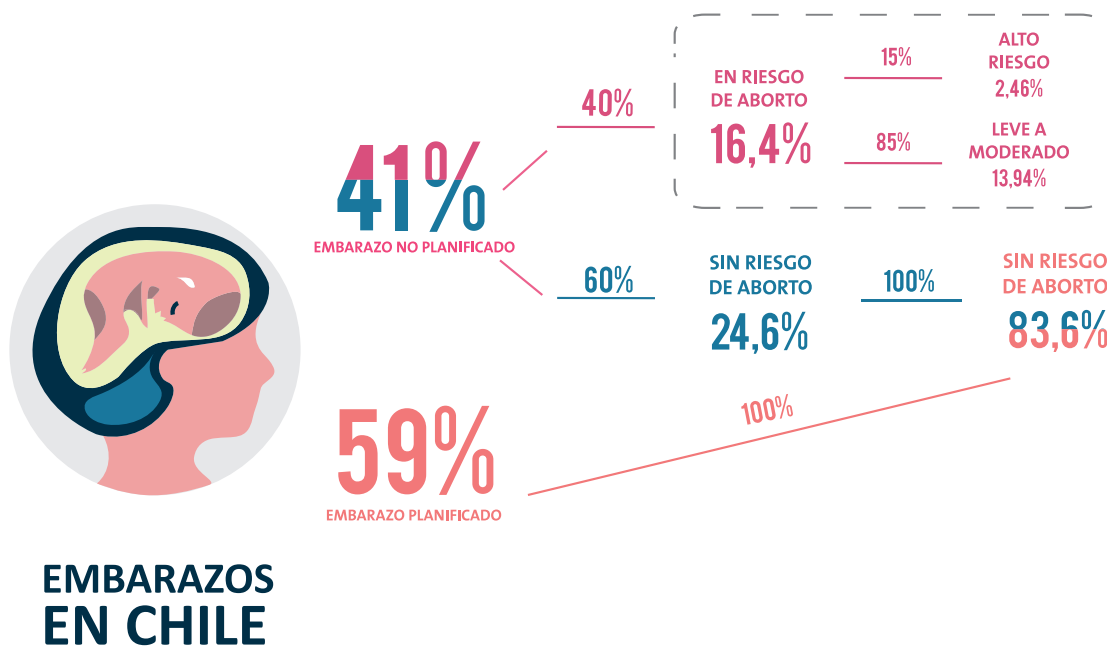
*= Mujeres no observables, porque abandonaron el grupo antes de las 20 semanas.

Fuente: Elaboración propia en base a KOCH, E., ILANES, S., et.al, (2014)

Las madres restantes, representan un grupo de riesgo leve a moderado, ya que están en una situación de vulnerabilidad distinta y presentan desenlaces mejores en su mayoría durante el seguimiento, compatible con el concepto de un menor riesgo de aborto y, quizás, de más fácil abordaje preventivo. En estas mujeres el programa bordeó una tasa de éxito de 85%. Considerando sólo a las mujeres que no abandonan el programa antes de la semana 20 de gestación (n = 2.396), dicha tasa de éxito se elevó a un 95%.

Es importante tener presente que los factores de vulnerabilidad pueden afectar a todos los embarazos no planificados. Sin embargo, no todos los embarazos no intencionados llegarán a ser efectivamente no deseados y terminarán en aborto, pues la experiencia de acompañamientos efectivos muestra que las mujeres con el transcurso del tiempo van aceptando su maternidad. Dado que no se han realizado estudios directos en Chile sobre la totalidad de embarazos, en la Figura 3, se combinan los datos más recientes de la OMS, los estudios de Finer y Zolna en los Estados Unidos y el estudio de Koch et al. en mujeres chilenas con embarazos no planificados con el fin de estimar una probabilidad de embarazo no planificado con riesgo de aborto. En el esquema podemos observar que los embarazos con mayor probabilidad de terminar en aborto inducido emergerán del 41% de embarazos no planificados, ya que se observa que prácticamente la mayoría de los casos de embarazo planificado — pese a que también existen factores de vulnerabilidad asociados—, terminan con un nacimiento normal.¹³

Figura 3.
Probabilidad de embarazo no planificado y riesgo de aborto provocado en Chile



Fuente: Elaboración propia en base a KOCH, E., ILANES, S., et.al, (2014)

Si se asumen las tasas de Finer y Zolna para los Estados Unidos con aborto de libre demanda, (escenario en donde el 40% de los embarazos no planificados terminaron en un aborto provocado, es decir, el 60% terminará en un niño nacido vivo) y se aplican al contexto chileno, los embarazos no planificados en riesgo de abortos se estimarán como el producto de la probabilidad de embarazo no planificado total (41%) por la probabilidad que termine en un aborto (40%). Posteriormente, se aplican las probabilidades para corregir por embarazos en alto riesgo (15%) y riesgo leve a moderado (85%) para un aborto provocado a partir del estudio de Koch et al. en mujeres chilenas.

13.- Gentileza de profesor Koch, a partir de documentos de trabajo del Instituto MELISA.

En términos relativos, la probabilidad de un embarazo no planificado en riesgo de aborto rondará el 16% del total de embarazos; para alto riesgo, la probabilidad será 2,46% (2.460 por cada 100.000 embarazos observados) y para riesgo leve a moderado 13,94% (13.940 por cada 100.000 embarazos).¹⁴

3.1.- Otros factores que determinan un embarazo vulnerable

Se han expuesto anteriormente factores como coerción, violencia, ocultamiento por temor, expectativas de vida, estabilidad psicológica, abandono o expulsión del hogar, entre otros identificados directamente en estudios de mujeres chilenas enfrentadas a embarazos no planificados en riesgo de un aborto. Estos factores son la raíz o factor causal detrás de una decisión de aborto.

A continuación se desarrollarán otros factores o situaciones relevantes a considerar en la discusión sobre embarazo y la maternidad vulnerable, que acompañan frecuentemente a la mujer que tiene un embarazo vulnerable, las que deben ser tomadas en cuenta a la hora del diseño de políticas públicas.

3.1.1.- Embarazo adolescente

Una de las preocupaciones latentes respecto del embarazo tiene relación con aquellos que se producen durante la adolescencia. En el año 2011, la tasa de embarazos en mujeres jóvenes alcanzó el 15,04% de los nacidos vivos del país.¹⁵ Una de las causas del embarazo adolescente y que tienen relación con el embarazo no planificado, es el inicio precoz de la actividad sexual.¹⁶ Según la VII Encuesta Nacional de la Juventud del año 2012, cerca del 50% de las adolescentes está sexualmente activas, cifra que ha aumentado en las últimas mediciones de la INJUV, 2009 y 2012, respecto de las del 2003 y 2006, en 10 puntos porcentuales. De la totalidad de las jóvenes sexualmente activas, —71% a los 29 años de edad—, el 21% de ellas ha experimentado un embarazo no planificado y un 55% de las adolescentes tuvo un embarazo antes de cumplir los 20 años.¹⁷

La misma encuesta muestra que los embarazos no planificados en jóvenes de nivel socioeconómico bajo casi duplican en número a los de jóvenes de nivel socioeconómico alto —23% y 12%, respectivamente—. En este sentido, la fecundidad en las adolescentes se erige como causa y consecuencia de menores oportunidades de desarrollo e integración social, además de efectos sociales y psicológicos con elevado costo personal, educativo, familiar y social.

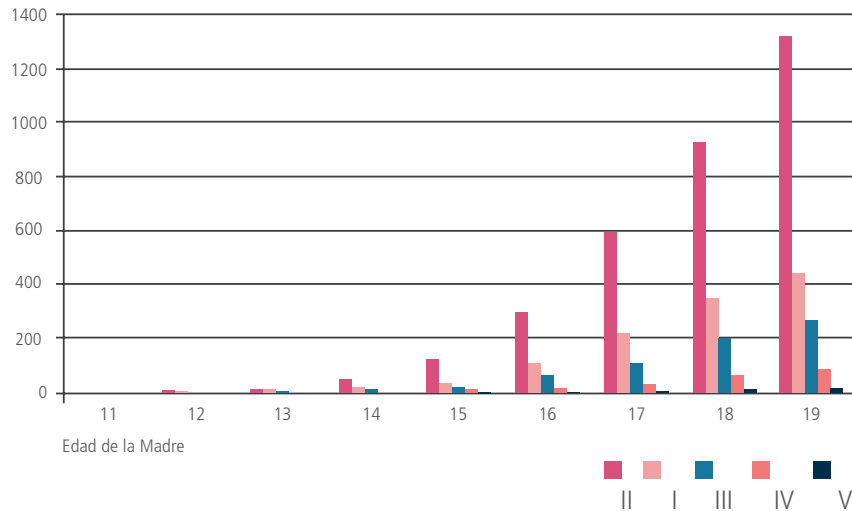
14.- De acuerdo a entrevista con el director del estudio, los datos deben ser tomados con cautela, ya que se usaron las probabilidades de los Estados Unidos cuyo contexto cultural es bastante más progresista que el chileno en materia de sexualidad y aborto. Se desconoce el valor exacto de la probabilidad de embarazo no planificado en Chile, por tanto, se tomó el valor promedio estimado por la OMS. Por otra parte, no se debe subentender que esta es la probabilidad de aborto, pues finalmente será una fracción desconocida de estos embarazos vulnerables en riesgo la que finalmente terminará en un aborto, lo cual dependerá de la situación de vulnerabilidad específica y del acceso a un programa preventivo que, como se ha descrito, puede llegar a prevenir el 70% de los casos de alto riesgo y hasta 95% de los casos de riesgo leve a moderado que no abandonan el programa. Finalmente, se debe considerar que la cohorte de mujeres chilenas no proviene de un muestreo aleatorio, sino que está conformada por una serie consecutiva de casos que acudieron al programa. Aun cuando se trata de una muestra considerable que disminuye el error de muestreo y los sesgos de selección, su representatividad nacional aún será incierta.

15.- Entre los años 1998 y 2012, los embarazos adolescentes disminuyeron un 26%. Pese a esta tendencia que se observa tanto para el subgrupo de adolescentes menores de 15 años, como para el de 15 hasta los 19 años, se trata de una tendencia preliminar y no ha sido confirmada con evidencia más reciente.

16.- Según el INJUV, la edad de inicio de la actividad sexual es de 16,4 años para los hombres y 17,1 años para las mujeres.

17.- Cfr. INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD(2012), "VII Encuesta Nacional de la Juventud".

Figura 4.
Número de mujeres embarazadas adolescente según quintil de la FPS



Fuente: Ficha de Protección Social, Octubre de 2012 (Extraído de presentación de María Elena Arzola, “Embarazo adolescente, un desafío para las políticas públicas”. División de políticas sociales, Ministerio de Desarrollo Social).

Por otro lado, es significativo que las madres adolescentes registren menores niveles de estudio en comparación a quienes no tienen hijos. Del universo de mujeres adolescentes que han estado embarazadas, un 68,1% de las ellas entre 12 y 18 años, declara haber abandonado sus estudios por este factor y sólo un 38,2% asiste a un establecimiento educacional siendo madre o en estado de embarazo.¹⁸ Respecto de las adolescentes entre 16 y 19 años, el 57,7% de las embarazadas estudia.¹⁹

Otro antecedente a considerar es que el 7% de mujeres embarazadas entre 11 y 19 años de edad es jefe de familia y el 14% tiene cónyuge o pareja.²⁰ Sin embargo, la mayoría de las madres adolescentes tienen una pareja inestable y viven generalmente en hogares monoparentales. Especialmente preocupante resulta la vulnerabilidad socioeconómica de las embarazadas adolescentes. Una gran mayoría pertenece al quintil más pobre, como se puede ver en la Figura 4, brecha que crece conforme aumenta la edad.²¹ Si bien los datos de la CASEN permiten corroborar que la prevalencia de embarazos adolescentes se registra en los quintiles de ingresos más bajos, no existe una correlación absoluta respecto a esta variable. Existen zonas del país con altos índices de pobreza como la Región del Biobío (21%), pero con una tasa de embarazo adolescente acorde al nivel nacional (16,4%); en cambio, hay otras regiones donde se observan menores índices de pobreza, como la Región de Aysén (15,1%), pero con tasas de embarazos adolescentes por sobre el promedio nacional (21,3%).²²

18.- Cfr. Ministerio de Salud (2013), “Situación del embarazo adolescente”.

19.- En mujeres entre 11 y 15 años, el 70% de las embarazadas estudia y el 30% no lo hace. De quienes no están embarazadas, el 99,1% está estudiando y sólo el 5,9% no lo hace. En contraste con el 91,1% de las que no tienen hijos y un 61,8% no asiste a un establecimiento educacional frente a un 7,9% que sí lo hace. Cfr. Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2011.

20.- Cfr. Ministerio de Desarrollo Social (2012), Ficha de Protección Social 2012. Presentación de María Elena Arzola.

21.- Ídem.

22.- Cfr. Ministerio de Salud (2013), “Situación del embarazo adolescente”.

Figura 5.
Embarazo Adolescente y Pobreza por Regiones



Fuente: Ministerio de Salud (2013), Situación del embarazo adolescente en base a CASEN 2009.

3.1.2.- Embarazo juvenil

Si bien la paternidad/maternidad en jóvenes mayores de 20 años es un hecho normal, algunas características y condiciones de la juventud dan lugar a factores de vulnerabilidad.

Uno de ellos es el cambio que se ha producido en las últimas décadas respecto a la estructura y funciones de la familia. Los jóvenes han aplazado el matrimonio y prefieren posponer su independencia, tanto así que a los 29 años, el 75% de los jóvenes aún vive con su familia de origen, porcentaje que ha ido en aumento con el paso de los años (67,1% en 2003). Según la VII Encuesta Nacional de la Juventud, las personas solteras han aumentado de 70% a 92% desde 1994 a 2012. Si en 1997 los hombres se casaban a los 28 años y las mujeres a los 25 años, en 2009 lo hacían a los 34 años y las mujeres a los 31.²³

Un factor adicional de vulnerabilidad a considerar dentro la población juvenil es el fenómeno llamado "NINI" (jóvenes que ni trabajan ni estudian) y que corresponden al 11% de la juventud.²⁴ De este grupo, el 87% son mujeres, el 68% tiene hijos y el 57% pertenece a los quintiles más pobres. La alta proporción de mujeres se explica precisamente por la dedicación al cuidado de los hijos, de su embarazo o el hogar con un 37,2% de las mujeres entre 20 y 24 años de nivel socioeconómico medio, porcentaje que aumenta en el nivel socioeconómico bajo a un 43,2%. El 70,5% del promedio de las mujeres jóvenes de edad entre 25 y 29 años, no busca trabajo por la misma razón, porcentaje que se incrementa para las mujeres de los quintiles socioeconómicos más bajos a un 73,5%.²⁵ Es importante tener esto en

23.- El retraso en el matrimonio se explicaría por el aumento de las uniones de hecho entre la juventud, —"el porcentaje de convivientes entre 15 y 29 años aumentó del 9% al 14% entre el año 2000 y el 2011, mientras que el porcentaje de los casados descendió del 17% al 6% en el mismo periodo"—. Según algunos estudios, las uniones de hecho, más que una alternativa al matrimonio, son percibidas por los jóvenes como una unión previa al matrimonio. Véase, SVENSSON, MANFRED, SILES, Catalina, "Vivir juntos. Reflexiones sobre la convivencia en Chile". Instituto de Estudios de la Sociedad, 2014.

24.- Cfr. INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD,(2012), op. cit.

25.- Ídem.

consideración ya que expone un factor de vulnerabilidad del embarazo, que se asocia con una estructura familiar monoparental, donde la mujer es la única fuente de ingresos, lo que ocasiona que el embarazo se transforme en una trampa de pobreza. Este fenómeno desencadena que, pese a tener la necesidad de trabajar, la mujer no puede producto de su estado de necesidad, lo que se ve acrecentado a medida que nos acercamos a los sectores más vulnerables.

En definitiva, el grupo jóvenes descritos pareciera ser un grupo significativo de la vulnerabilidad principalmente porque el nacimiento de un hijo puede frustrar las expectativas o el plan de vida de una mujer joven, por las distintas situaciones familiares inestables, en que se encuentran. Según investigaciones de Koch et al. (Comunicación personal), alrededor de 35% de los embarazos no planificados vulnerables en riesgo de aborto corresponden a menores de 20 años y 33% ocurre entre 20 y 24 años. Factores como coerción para abortar por parte de uno o ambos padres, o la pareja, son extremadamente frecuentes en ambos grupos, así como el ocultamiento por temor a la reacción de los padres. Estos factores podrían explicar entre el 60% y el 70% de las motivaciones para abortar en el grupo de alto riesgo (es decir, en aquellas que explicitan su intención de abortar).

3.1.3.- Embarazo por violación

Este embarazo produce frecuentemente un fuerte impacto en la opinión pública, debido a lo dramático de los casos que han sido conocidos en el último tiempo. Esto, acrecentado por el hecho de tratarse de situaciones donde los abusadores, en muchas ocasiones, pertenecen al ambiente más íntimo de la víctima, casos donde los abusos son realizados reiteradamente. Según el Servicio Nacional de Menores (SENAME), a partir de entrevistas, análisis de ingresos y otros procedimientos, se determinó que entre enero de 2012 y octubre de 2013 sus programas acogieron a 58 menores de edad embarazadas víctimas de violación.²⁶

La violación reiterada en niñas adolescentes con resultado de embarazo es un hecho que esconde factores de vulnerabilidad que requieren ser abordados con urgencia. Según investigaciones de Koch et al., el 2,1% de los embarazos no planificados con alto riesgo de aborto corresponden a violaciones o abuso sexual reiterados, o sistemáticos, ya sea por un conocido de la víctima o del grupo familiar de la misma.²⁷ En estos casos son frecuentes los abortos por coerción, esto es, cuando la niña es presionada por su pareja, familiares o por el propio abusador a abortar.²⁸

Además, existe evidencia científica que relaciona el aborto inducido con situaciones de violencia física y sexual reiterada.²⁹ Un estudio en el que participó la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica, muestra que la violencia es un factor de riesgo fuerte, consistente para el aborto y el "embarazo no deseado".³⁰ Mucho se ha argumentado sobre las contraindicaciones psicológicas que le significan a una mujer abusada sexualmente dar a luz un hijo en estas condiciones; pese a ello, la evidencia muestra que tras estos casos subyacen hechos de violencia contra la mujer.³¹ Además, permitir el aborto en casos de violación (incesto o de cualquier agresión sexual), implica aceptar una acción que deliberada y directamente tiene como fin terminar con la vida del niño que está por nacer, lo que equivale a aceptar en este supuesto el "aborto a secas".

Pese a que el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas sugirió a Chile establecer excepciones a la prohibición general del aborto, para los casos contemplados dentro del aborto terapéutico y para los embarazos producto de una violación o incesto³², se puede concluir a partir de la evidencia suficiente que el drama social que se esconde tras la violación no se soluciona ocultando la realidad de un abuso sexual mediante "el derecho al aborto", sino por generar soluciones efectivas a esta grave realidad que muchas veces se prefiere silenciar.

26.- Datos corroborados por el Departamento de Protección de Derechos de la Dirección Nacional del Servicio Nacional de Menores.

27.- Comunicación personal de Elard Koch.

28.- La evidencia científica no es concluyente respecto a estas cifras. Si se observan las cohortes que han denunciado violación, se ve que la prevalencia de embarazos lo largo de la vida fértil embarazada es de un 2% a 5% (Cfr. HOLMES M., RESNICK H., KILPATRICK D., BEST C., (1996), "Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women". Am J Obstet Gynecol. Aug;175(2):320-4; discussion 324-5. Disponible en la Word Wide Web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8765248>. Sin embargo, si se observan puntualmente los casos de un único asalto con violación, esta probabilidad cae a 0,1% o menos debido a factores externos. Por ejemplo, en los estudios clásicos de Nicolas Groth, más del 30% de los violadores presentó algún tipo de disfunción sexual que le impide depositar el semen en el interior de la vagina de la víctima (Cfr. GROTH, N., (1990), "Rape: Myths and Realities", MenWho Rape, Plenum Press). A esto se debe agregar la probabilidad que la mujer asaltada esté utilizando algún método contraceptivo eficaz (en Chile, el 36% de las mujeres en edad fértil. Cfr. Ministerio de Salud, (2007), "Segunda Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2006". Disponible en la Word Wide Web: <http://epi.minsal.cl/estudios-y-encuestas-poblacionales/encuestas-poblacionales/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-y-salud-encavi/>).

29.- Cfr. FISHER, W., et al., (2005), "Characteristics of women undergoing repeat induced abortion". CMAJ, vol. 172 no. 5. Disponible en la Word Wide Web: <http://www.cmaj.ca/content/172/5/637.fullhttp://www.cmaj.ca/content/172/5/637.full>

30.- Cfr. PALLITTO, C., (2013), et al., "Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy". Results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. International Journal of Gynecology and Obstetrics, Volume 120, Issue 1, 3 – 9. Disponible en la Word Wide Web: [http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(12\)00398-0/fulltexthttp://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(12\)00398-0/fulltext](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(12)00398-0/fulltexthttp://www.ijgo.org/article/S0020-7292(12)00398-0/fulltext)

31.- Ver en este mismo informe sección: "Consecuencias del aborto para la mujer".

32.- Cfr. Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Chile. Comité de Derechos Humanos de la ONU. Julio de 2014. Disponible en la Word Wide Web: <http://www.indh.cl/wp-content/uploads/2014/07/CPR-CHILE-2014.pdf>

3.2.-Factores de vulnerabilidad propios del embarazo

Los factores de vulnerabilidad propios del embarazo son aquellos asociados al riesgo en el proceso de gestación y de la salud de la madre. Pese a que muestran menor prevalencia en los abortos inducidos, generan factores de vulnerabilidad. Bajo esta clasificación, podemos distinguir dos factores de riesgo que están relacionados con la madre y otros que están directamente relacionados con el feto.

3.2.1.- Embarazo que pone en riesgo de vida de la madre

Según la OMS, el 99% de las muertes maternas por aborto ocurre en los países en desarrollo, principalmente en África subsahariana y en Asia meridional, con una tasa de 4.600 muertes por cada 2.000.000 de nacidos vivos.³³ Chile, por el contrario, tiene una de las tasas de mortalidad materna más bajas del mundo y es líder en América³⁴, superado sólo por Canadá³⁵, lo que, en parte, se produce por un mayor efecto del desarrollo de la educación de la mujer, avances de la medicina y la penalización del aborto.

En la actualidad, en Chile sólo muere 1 por cada 4.000.000 mujeres en edad fértil y no por complicaciones de abortos inducidos. Según el INE, mueren alrededor de 40 a 45 mujeres al año durante el embarazo, la mitad por causas indirectas no relacionadas con el embarazo y la otra mitad por causas obstétricas, que médicamente son difíciles de tratar, como la eclampsia.³⁶ Como se puede apreciar en la figura 6. Se ha dicho que la cifra de mortalidad materna sería más alta producto del número de "abortos clandestinos", sin embargo, investigaciones recientes demuestran que estas estimaciones de abortos clandestinos tienen errores metodológicos, por lo que, en efecto, las cifras son considerablemente más bajas de lo que algunos estudios han estimado.³⁷

Actualmente la legislación vigente prohíbe las prácticas médicas abortivas, no así aquellas intervenciones que tienen por finalidad salvar la vida de la madre, apoyadas en la medicina clásica, la *lex artis* y los principios éticos propios de la profesión. La medicina actual, mediante los avances científicos y las herramientas de las que dispone, está facultada para realizar tratamientos de diversas patologías crónicas femeninas que se pueden agravar a causa de un embarazo.

Sólo este tipo de prácticas pueden denominarse "terapéuticas", no así eliminar la vida del niño que está por nacer por medio del aborto. Cuando la madre padece un riesgo vital inminente, los médicos deben, forzosamente, decidir por la aplicación de un tratamiento cuyo fin no es la muerte del feto, sino salvar la vida de la madre. La muerte del feto sólo sobreviene como efecto del tratamiento, pero no producto de una intencionalidad expresa. Por ello, es mejor utilizar para este tipo de casos la denominación de "tratamiento", pues se trata de dos acciones diferentes que merecen una evaluación distinta.³⁸

33.- Cfr. WHO (2014), "World Health Statistics".

34.- Cfr. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008), "Mortalidad materna en 2005". Disponible en la Word Wide Web: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596211_spa.pdf?ua=1

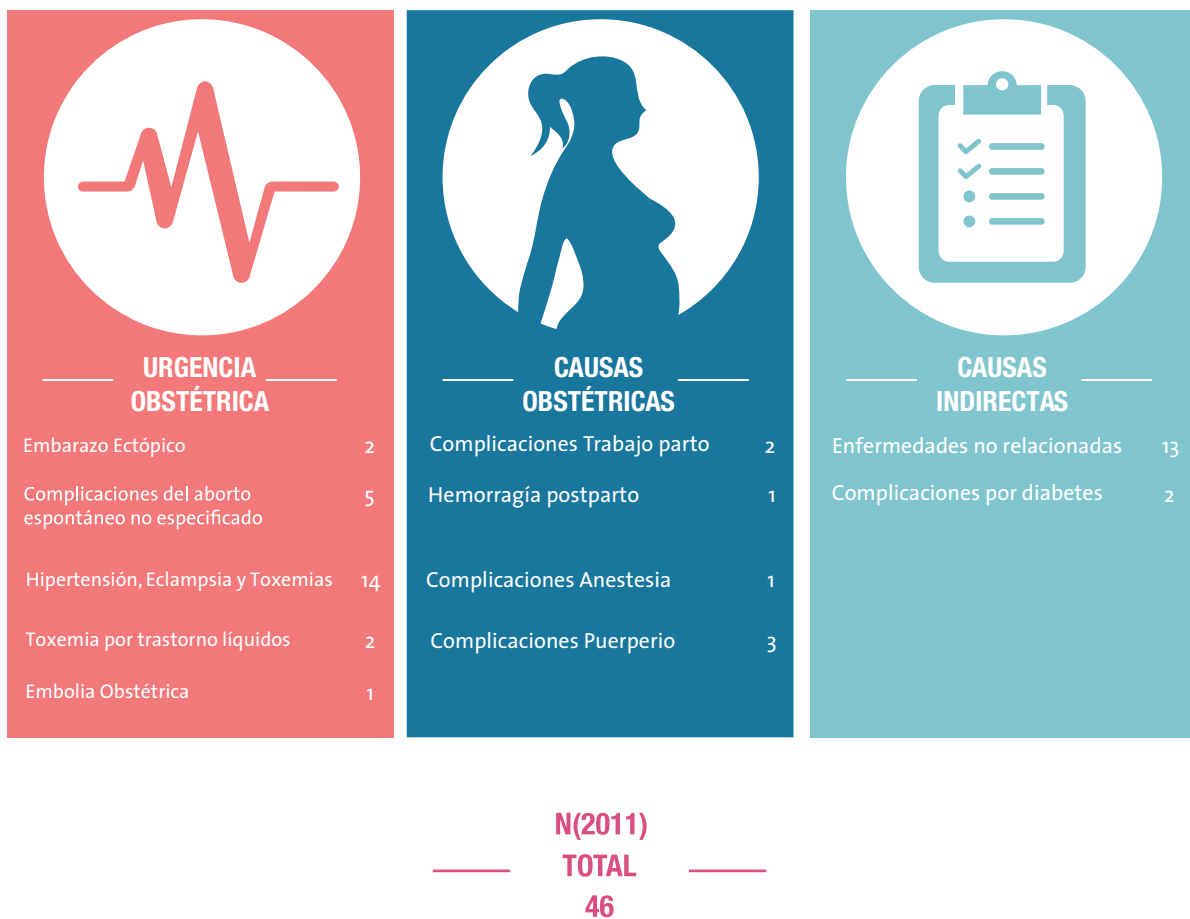
35.- Esta tasa no siempre fue óptima. En la década de 1960, la tasa de mortalidad materna era elevada y el aborto era una de sus principales causas lo que se explica, según distintos estudios recientes, por la ausencia de educación y la pobreza de la época, además por los procedimientos altamente invasivos con los cuales las mujeres se practicaban abortos. Cfr.E. KOCH, B. CALHOUN, P. ARACEN, S. GATICA, M. BRAVO (2014), "Women's education level, contraceptive use and maternal mortality estimates", muestra la influencia del nivel de educación de la mujer en la disminución de la mortalidad materna.

36.- La eclampsia es una complicación grave del embarazo y se caracteriza por convulsiones, hipertensión, edema general. El curso del embarazo en una mujer con eclampsia puede poner en riesgo su vida como la del niño que está por nacer. Cfr. CIE-10, 015. <http://www.who.int/es/>

37.- La estimación de abortos clandestinos ha sido objeto de polémica. Se han visto cifras alrededor de 160.000 mil abortos clandestinos al año. Desde un punto de vista científico, no se puede saber exactamente cuántos ocurren al año, pero sí se puede delimitar su número con algunos métodos. Investigaciones de ELARD KOCH, han estimado este número, basándose en las estadísticas vitales y modelos objetivos de estimación científica, entre 16.000 y 20.000 mil abortos por año, cf. MELISA INSTITUTE. <http://www.melisainstitute.com/>.

38.- Cfr. INSTITUTO DE ESTUDIOS PARA LA SOCIEDAD, IDEA PAÍS, INSTITUTO RESPÚBLICA (2011), "Aborto 'terapéutico': 8 claves para el debate".

Figura 6:
Causas de muerte materna por complicaciones en embarazo,
parto y puerperio para 2011 (N=46) .



Fuente: Elaboración Propia en base Cifras Vitales INE 2011.

3.2.2.- Embarazo por inviabilidad del feto

Si bien no existe consenso respecto de lo que se entiende por “inviabilidad del feto”, este término se asocia a las Malformaciones Congénitas Letales (MCL) que comprometen seriamente la vida del que está por nacer. La anencefalia es una de las más graves y frecuentes, representando poco más del 0,02% de los nacidos vivos, es decir, entre unos 50 y 65 casos por año.³⁹ En términos estadísticos son infrecuentes e incluso, en los últimos 15 años, existe una clara tendencia a disminuir, principalmente, según algunas investigaciones, por el aumento del suplemento de ácido fólico en los programas de salud materna y la fortificación de harina con folatos.⁴⁰

En la experiencia comparada, no siempre se ha asociado el término invalidez fetal a las MCL y, en la práctica, el concepto ha significado algo distinto. En Francia, por ejemplo, la mayor parte de los niños que son diagnosticados con síndrome de Down son considerados “inviabiles” y, por tanto, abortados; en España, el 75% de los niños con este síndrome son diagnosticados y el 96% son abortados⁴¹, fenómeno que no se observa en los países con leyes no permisivas, como Chile.⁴²

En consecuencia, bajo esta terminología de “inviabilidad fetal”, que resulta muy imprecisa, vemos cómo se da lugar a la eliminación de niños que están por nacer en condiciones de vulnerabilidad, no existiendo un criterio único para calificar de inviable al feto. Si el criterio es la corta expectativa de vida de un feto, esto no es razón suficiente para practicar un aborto. En definitiva, este concepto tiene el riesgo de ser apreciado subjetivamente como un aborto libre e incluso eugenésico, como queda de manifiesto para el caso de los niños con síndrome de Down. A modo de ejemplo, existen testimonios y evidencia que entre 1970 y 1973, estando vigente el aborto terapéutico, el gobierno del Presidente Allende utilizó la expresión “terapéutico” de distintas maneras, incluso para abortos sin limitación alguna.⁴³

Desde una perspectiva legislativa, actualmente existen dos proyectos de ley en tramitación en el Congreso Nacional que se refieren a la inviabilidad fetal los que contemplan entregar acompañamiento y cuidados paliativos a las familias afectadas por un diagnóstico de este tipo.⁴⁴

Por otra parte, se ha discutido también la despenalización de la “interrupción del embarazo” por razones médicas.⁴⁵ Una aproximación más cercana fue un proyecto de ley presentado en el año 2010 por la senadora Evelyn Matthei (UDI) y el senador Fulvio Rossi (PS). El punto de mayor polémica fue precisamente la posibilidad de interrumpir el embarazo por inviabilidad fetal. “No será punible la interrupción de un embarazo cuando se haya certificado por un grupo de tres médicos la inviabilidad fetal”, criterio que depende de la contingencia de los médicos responsables del caso concreto.

39.- Cfr. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (2011), “Estadísticas Vitales 2011”.

40.- Cfr. CORTÉS, F., et. al., (2013), “Fortificación de la harina de trigo con ácido fólico: cambios en la tasa de defectos del tubo neural en Chile”, Revista chilena de obstetricia y ginecología, vol.78 no.2 Santiago.

41.- Cfr. BOYD, P., et al., (2008), “Survey of prenatal screening policies in Europe for structural malformations and chromosome anomalies, and their impact on detection and termination rates for neural tube defects and Down’s syndrome”, BJOG, 115(6): 689–696.

42.- Cfr. NAZER, J., et.al., (2011), “Estudio epidemiológico global del síndrome de Down”, Revista Chilena de Pediatría: 82 (2): 105-112

43.- Cfr. ELARD KOCH, exposición ante el Senado de la República, 2011.

44.- Cfr. CHAHUÁN F., LARRAIN, C., ROSSI, F., RUIZ-ESQUIDE, M., URIARTE, G., Proyecto de ley que modifica la ley N° 20.584 para regular el caso del nasciturus que sea diagnosticado con una anomalía severa que comprometa su viabilidad. Boletín 9093-11. Senado de la República. q 45.- Cfr. ELARD KOCH, exposición ante el Senado de la República, 2011.

45.- Cfr. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2008), “Mental Health and Abortion”.
<http://www.apa.org/pi/women/programs/abortion/index.aspx>
<http://www.apa.org/pi/women/programs/abortion/index.asp>

4.- Consecuencias del aborto para la mujer

Si bien en el ámbito internacional se discuten los efectos del aborto en la mujer y predomina en los organismos oficiales la tendencia que los efectos del aborto inducido en ella son similares a los de un embarazo que no llega a término por razones espontáneas,⁴⁶ el análisis de la evidencia más reciente permite concluir que existe una tendencia a reconocer los efectos negativos, sobre todo porque hasta la fecha no hay evidencia que demuestre algún beneficio para ellas. Estudios recientes dan a conocer que los efectos del aborto inducido en la mujer no pueden ser neutros, observando en ellos consecuencias negativas.

Algunos de estos efectos se pueden ver en la salud mental y física de la madre. Un estudio del año 2010 concluyó que el aborto inducido predispone a las mujeres a un Trastorno de Estrés Agudo o ASD (“Acute Stress Disorder”) y a Stress post traumático o PTSD (“Post Traumatic Stress Disorder”). Después del aborto inducido, el 52,5% de las mujeres tenían un ASD, las que desarrollaron mayor prevalencia de sentimiento de culpa, irritabilidad, vergüenza, miedo y odio a sí misma y un 32,5% tenía un PTSD.⁴⁷ En el ámbito latinoamericano, una investigación brasileña del año 2012, con una muestra de 871 embarazadas, observa que el aborto y el abuso sexual en los últimos 12 meses, es un factor de riesgo para un intento de suicidio o conducta suicida.⁴⁸ Otros estudios del año 2005, realizados en Estados Unidos y en Finlandia evidencian que el aborto inducido incrementa el riesgo de suicidio en 2 a 3 veces después de un año de haberse practicado un aborto.⁴⁹

Respecto de los riesgos médicos de una mujer que se practica un aborto, es significativa la investigación de Priscila Coleman que analiza 22 estudios, con una muestra de 877.181 pacientes, de los cuales 163.831 se practicaron un aborto, donde se pueden ver los efectos de este en la salud mental de las mujeres. Coleman concluyó que el 81% de las mujeres que abortaron tienen un mayor riesgo de problemas de salud mental. Específicamente, las mujeres que se practican un aborto tienen más probabilidad de: 35% suicidarse, 21% de tener conductas suicidas, 27% uso de marihuana, 11% uso de alcohol, 9% depresión, 8% ansiedad.⁵⁰

Por otra parte, evidencia del año 2014 muestra que la interrupción precoz del embarazo, produce un riesgo mayor a padecer cáncer de mamas, debido a un entorpecimiento en el desarrollo de los tubos mamarios que están destinados a una transformación de tubos lactogénicos una vez que la mujer se embaraza, los que, a consecuencia del embarazo frustrado por aborto, son más propensos a generar células cancerígenas.⁵¹

Se agrega la evidencia del año 2014 que sostiene que los abortos inducidos, —incluso mediante el uso de Misoprostol que, en el ámbito internacional son considerados prácticas seguras para realizarse un aborto—, aumentan la probabilidad de padecer un embarazo subsecuente prematuro⁵², anterior a 36 semanas, lo que genera problemas al niño que está por nacer y costos de incubación asociados. Además, según otra investigación del año 2013, aumenta la prevalencia a padecer problemas de placenta previa, aumento de aborto espontáneo y rotura prematura de membrana.⁵³

Como vemos, existen factores que atentan contra la integridad física y mental de quien aborta, por tanto se hace imprescindible poner a la mujer en el centro del debate político, realizando esfuerzos por evitar toda situación que implique consecuencias nocivas para su salud.

46.- Cfr. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2008), “Mental Health and Abortion”. <http://www.apa.org/pi/women/programs/abortion/index.aspx>

47.- Cfr. VUKELIĆ J., KAPAMADZIJA A., KONDIĆ B. (2010), “Investigation of risk factors for acute stress reaction following induced abortion”, *Med Pregl* ;63(5-6):399-403.

48.- Cfr. PINHEIRO R., (2012) et. al., “Suicidal behavior in pregnant teenagers in southern Brazil”. Social, obstetric and psychiatric correlates. *J Affect Disord*.

49.- Cfr. GISSLER M., (2005), et. al., “Injury deaths, suicides and homicides associated with pregnancy, Finland 1987-2000”. Disponible en la Word Wide Web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16051655>

50.- Cfr. Coleman, Priscilla (2011), “Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995 – 2009”, *BJP*, . 199:180-186, Reino Unido.

51.- Cfr. HUANG, Y., et.al., (2014), “A meta-analysis of the association between induced abortion and breast cancer risk among Chinese females”. *Cancer Causes & Control*, Volume 25, Issue 2, pp 227-236. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24272196>

52.- Cfr. WHITEMAN, V., et.al., (2014), “Preterm birth in the first pregnancy and risk of neonatal death in the second pregnancy: A propensity score-weighted matching approach”, *J ObstetGynaecol*, 24:1-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25058689>

53.- Cfr. MAKHLOUF, M., et al., (2013), “Adverse Pregnancy Outcomes among Women with Prior Spontaneous or Induced Abortions”. *Am J Perinatol*. 2013 Dec 17. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24347257>.

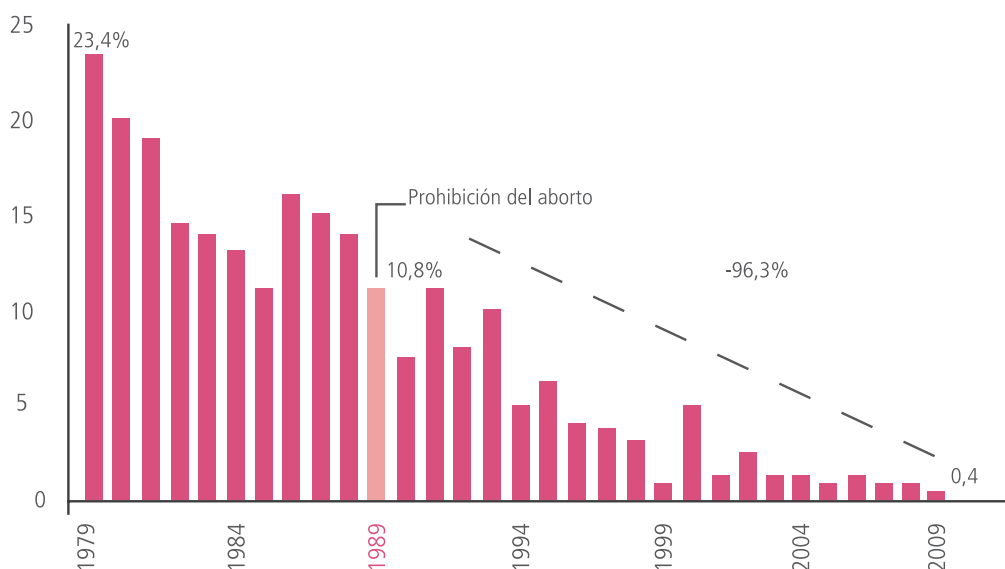
5.- Efectos de la legalización del aborto en Chile y la experiencia comparada

Chile es uno de los países en el mundo con mayor estándar de vida en cuanto a salud materna, gracias a una serie de políticas públicas implementadas desde la primera mitad del siglo XX. En 1931, con el fin de frenar la mortalidad materna, cuya tasa era una de las más altas del mundo, se permitió "interrumpir el embarazo" sólo para "fines terapéuticos".⁵⁴ No obstante, la ley tuvo un efecto contrario: en los 5 años siguientes a su entrada en vigencia, la mortalidad subió desde 749,9 hasta 989 x 100.000 nacidos vivos, debido a las complicaciones de los procedimientos utilizados para realizar el aborto.⁵⁵

En 1938 se produjo un cambio radical con la promulgación de la ley sobre alimentación madre e hijo, creada por el Ministro de Salud del Presidente Arturo Alessandri Palma, Eduardo Cruz-Coke.⁵⁶ Dicha ley fue el inicio del control prenatal y la alimentación complementaria de los niños en Chile, entregando leche gratuita para los lactantes. Una importante investigación de Koch et al. del año 2012, muestra cómo la tasa de mortalidad materna, que en 1937 era de 989,2 x 100.000, hacia 1957 se redujo a 270,7 x 100.000 y a partir de ese año al 2007 se genera un mayor decrecimiento (aunque desacelerado, debido al surgimiento de patologías más complejas como eclampsia, toxemias, etc.). Esto gracias al fortalecimiento del programa de salud materna e infantil, la promulgación de la ley de instrucción primaria obligatoria, el inicio del plan de planificación familiar anticonceptiva y obras sanitarias como la expansión del agua potable y alcantarillado.⁵⁷

El siguiente punto crítico es en 1989 con la prohibición definitiva del aborto terapéutico. Después de esta prohibición, como se puede apreciar en la figura, la mortalidad materna por aborto descendió al punto de ser en la actualidad prácticamente nula, alcanzando un riesgo de 1 en 4.000.000 de mujeres en edad fértil. Es interesante constatar que las muertes excepcionales que ocurren por aborto en Chile, no se deben al aborto clandestino, sino a los abortos espontáneos y embarazos ectópicos con complicaciones graves que pese al manejo médico hospitalario las mujeres fallecen.

Figura 7.
Prohibición del aborto en Chile y mortalidad por aborto



Fuente: Koch E. Impact of Reproductive Law on Maternal Mortality: The Chilean Natural Experiment. The Linacre Quarterly 2013;80(2):151-160.

54.- Ley 226 de 1931. Artículo 226. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5113>

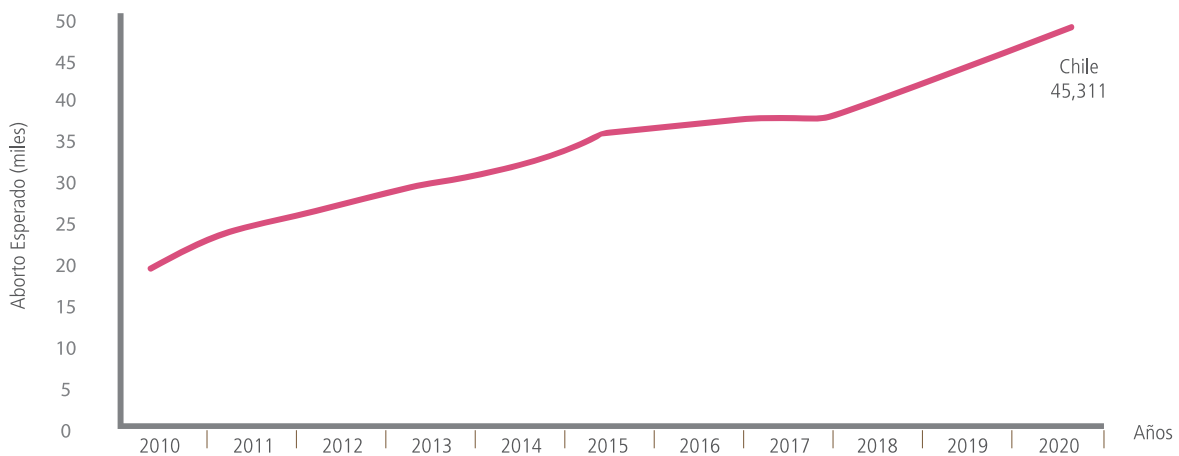
55.- Exposición de ELARD KOCH ante la Comisión de Salud del Senado de la República con ocasión de la discusión del proyecto de ley de "Despenalización del embarazo por razones médicas". Boletín 7373-07 (Fusionado con Boletines 6522-11 y 6591-11).

56.- Ley 6.236 de 1938. Ley de alimentación madre e hijo. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=236230>

57.- Cfr. KOCH, E., et al., (2012), "Women's Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: A Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007". PLoS ONE 7(5): e36613. doi: 10.1371/journal.pone.0036613.

La observación de la realidad anteriormente descrita muestra que en contextos como el de Chile, las leyes restrictivas del aborto son más seguras para la mujer que leyes permisivas. La razón entre los nacidos vivos por aborto, utilizando datos de Naciones Unidas y Eurostat muestra cómo leyes no restrictivas han aumentado el número de abortos. En Rumania, después de 53 años de aprobación de la ley de aborto, existe 1 aborto por cada 1,68 nacidos vivos y en España, después de 25 años de la aprobación de la referida ley, hay 1 aborto por cada 4,26 nacidos vivos. Una estimación del año 2011 utilizando los datos de España, calcula lo que ocurriría en Chile si el aborto fuera despenalizado, alcanzando 81.788 en 50 años más, como se puede ver en la figura 9.⁵⁸

Figura 9:
Proyección de abortos a 10 años en Chile si es despenalizado
(ajuste directo de las tasas observadas en España)



Fuente: Exposición de Elard Koch ante la Comisión de Salud del Senado de la República con ocasión de la discusión del proyecto de ley de "Despenalización del aborto por razones médicas". Boletín 7373-07

En países donde la mortalidad materna es alta, se ha sostenido que la legalización del aborto colaboraría a descender estas tasas, sin embargo, el caso de Chile es paradigmático y demuestra que la reducción de la mortalidad materna no tiene relación alguna con la legalización el aborto, como se ha mostrado también en la experiencia polaca o irlandesa.

58.- Exposición de ELARD KOCH ante la Comisión de Salud del Senado de la República.

No es un dato menor el señalar que en casi todos los países en que el aborto es legal, se comenzó con una ley de aborto terapéutico. En Europa se ha avanzado desde la restricción total a mediados del siglo pasado, hasta una ley de plazos, que permite el aborto desde un determinado número de semanas, siguiendo el patrón:

- i) Aborto terapéutico por peligro de vida de la madre.
- ii) Aborto eugenésico.
- iii) Aborto por violación.
- iv) Aborto por razones de salud (que incluye la salud mental de la madre).
- v) Aborto por razones socioeconómicas.
- vi) Aborto libre con plazos.
- vii) Aborto libre.

Tabla 2.
Tasas de aborto en el mundo

País	De cada Mil mujeres entre los 15 y los 40 años	Bases legales en las que aprueban el aborto
Chile	0.5 abortan	Ninguna
Canadá	13.7 abortan	A,B,C,D,E,F,G
Estados Unidos	19.6 abortan	A,B,C,D,E,F,G
Bélgica	9.2 abortan	A,B,C,D,E,F,G
Italia	10 abortan	A,B,C,D,E,F,G
Costa Rica	6.9 abortan	A,B,C
Francia	17.4 abortan	A,B,C,D,E,F,G
Finlandia	10.4 abortan	A,B,C,D,E,F
Suiza	20.8 abortan	A,B,C,D,E,F,G
Turquía	15.1 abortan	A,B,C,D,E,F,G
Japón	9.2 abortan	A,B,D,F

Bases legales:

- A. Para salvar la vida de la madre
- B. Salud física de la madre
- C. Salud mental de la madre
- D. En caso de violación o incesto
- E. Malformación fetal
- F. Razones económicas y sociales
- G. Voluntariamente

Fuente: Elaboración propia en base a World Population Policies 2013, NU.

6.- Embarazo y políticas públicas de apoyo a la maternidad

En la experiencia comparada, existen políticas públicas que apoyan la maternidad en sus diferentes etapas, desde el prenatal, atención médica durante el parto y apoyo postnatal.⁵⁹ De un total de 196 países que tienen sus registros (193 son parte de la ONU), la mayoría de los países entregan este apoyo de manera directa o indirecta,⁶⁰ según un informe actual de la United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division.

Figura 9.
Número total de Países por tipo de Apoyo Estatal en 2013



Fuente: Elaboración propia en base a WorldPopulationPolicies 2013, NU.

A continuación, se hará una breve revisión internacional y nacional de iniciativas orientadas a apoyar la maternidad, que sirven de marco orientador para el desarrollo de políticas de apoyo a la mujer embarazada en nuestro país.

59.- Cfr. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division; World Abortion Policies 2013.

60.- Se entiende por ayuda directa a aquella ayuda que es permitida, propiciada y financiada por el Estado. En cambio, la ayuda indirecta hace referencia a aquellas medidas de tipo administrativas que dan espacio para apoyos a la planificación familiar pero que no se concretan en financiamiento.

6.1- Políticas e iniciativas de apoyo al embarazo vulnerable

- Redes y centros de cuidado para la maternidad vulnerable

La evidencia comparada indica que, en diversos países, existen instituciones y redes de apoyo a la mujer embarazada, con centros de cuidado, líneas telefónicas de ayuda, vivienda y acompañamiento para madres con embarazos difíciles.

Heartbeat International, Care Net y National Institute of Family and Life Advocates, por ejemplo, son tres grandes redes norteamericanas de centros de cuidado para embarazadas. Atienden, en promedio, a 5.500 personas con preocupaciones relacionadas con sexualidad y embarazo (cerca de dos millones al año).⁶¹ Estas redes entregan accesibilidad —veinticuatro horas al día, siete días a la semana— a centros de cuidado, a través de una línea de teléfono nacional y un sitio web, con 20.000 contactos mensuales, y ofrecen servicios de ultrasonido gratuitos en cerca de 700 centros en todo Estados Unidos. Trabajan con más de 40.000 voluntarios capacitados y levantan cada año \$200 millones de dólares en donaciones sin recibir fondos públicos. Además, mantienen una red internacional con más de 60 centros en Canadá y otros 40 en diversos países. Organizaciones similares en otros lugares son Life⁶² en Inglaterra, o la Fundación Chile Unido⁶³, en nuestro país.

La Fundación Chile Unido creó en 1999 el “Programa Acoge una Vida”, para acoger, contener y acompañar a mujeres con embarazos no deseados o no planificados en situación de vulnerabilidad psicosocial, desde la gestación hasta que su hijo cumpla un año de vida. Se entrega esta ayuda social a lo largo de todo el país, mediante una atención telefónica gratuita a través del Fono Vida 800 572 800 para las madres y sus familiares.⁶⁴

Este programa ha permitido que un 85% de las mujeres que estaban en riesgo de abortar, luego de recibir el apoyo de la Fundación opten por la vida de su hijo(a). Del 15% restante, según cifras de la Fundación, un 5% aborta y un 10% tiene un desenlace desconocido respecto al término de su embarazo.⁶⁵ Hasta la fecha han nacido más de 4.000 niños y detrás de cada uno de ellos hay madres agradecidas y contentas.

“Hemos constatado que ninguna mujer quisiera abortar, dejando a la luz que su hijo no es el problema sino que son otros los motivos que la hacen pensar en aquello, es el entorno y las circunstancias que en esos momentos debe enfrentar. Es por ello que una mujer embarazada en esta situación requiere un Plan de Acompañamiento Integral, el cual la Fundación Chile Unido entrega a través de sus voluntarias acompañantes capacitadas y con la ayuda de una extensa red de apoyo conformada por instituciones y profesionales especializados, quienes van dando respuesta y resolviendo aquello que las hacía estar en riesgo de aborto” sostiene Verónica Hoffmann, Directora Ejecutiva de Fundación Chile Unido.⁶⁶

De acuerdo al perfil de las mujeres que buscan el apoyo del Programa Acoge una Vida, se puede inferir las características de las mujeres que pueden estar en riesgo de abortar. El Programa durante el año 2013 acompañó a 432 mujeres con las siguientes características:

61.- Pregnancy Care Centers: Serving Mothers and Communities. <http://dailysignal.com/2010/01/22/pregnancy-care-centers-serving-mothers-and-communities/?ac=1>

62.- Life. The positive alternative to abortion. <http://www.lifecharity.org.uk/home/?fn=>

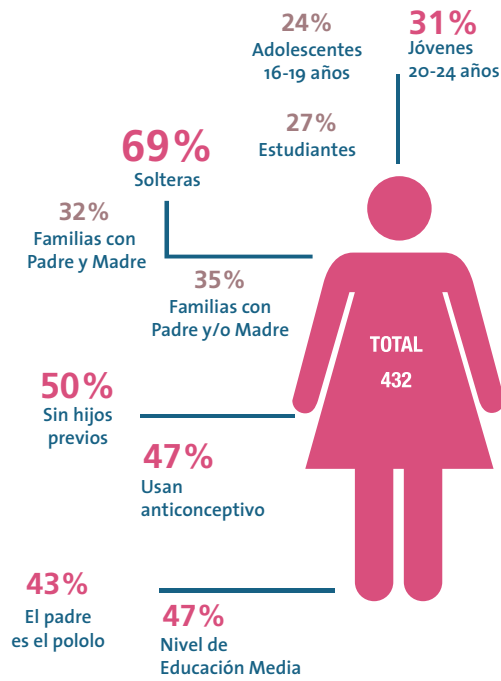
63.- Fundación Chile Unido. <http://www.chileunido.cl/>

64.- Descripción realizada en base a Informe del Programa Acoge una Vida, elaborado para IdeaPaís por la Fundación Chile Unido.

65.- Ídem.

66.- Entrevista realizada por el investigador Luis Robert a Verónica Hoffman para la presente investigación.

Figura 9.:
Perfil de las madres acompañadas por la Fundación Chile Unido



Motivos de llamada al Programa Acoge una vida



Los principales motivos de consulta de las mujeres que acuden al programa de la Fundación Chile Unido y que están en riesgo de abortar por: problema psicológico o emocional, con 179 casos; intención de dar en adopción, 73 casos; sin hogar por expulsión o por abandono, 39 casos; ocultamiento del embarazo por miedo a los padres, parejas o cercanos, con 32 casos; coerción con o sin violencia doméstica, 24 casos; otros motivos como el apoyo médico, económico o legal, 13 casos; abuso sexual o violación, 3 casos; y problemas de salud de ella o del ser en gestación, 2 casos.

Además, el gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet decidió suspender el CEAAM (Centro Especializado de Atención y Apoyo a la Maternidad), dependiente del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM). Se trataba de una iniciativa pública de apoyo a la maternidad que consistía en un fono ayuda (800520100), que recibía alrededor de 150.000 llamados al año.⁶⁷ Para el año 2014 este programa contaba con un presupuesto de \$220 millones, pese a que el 94% de las mujeres atendidas se sentían muy satisfechas con este servicio de apoyo, según la evaluación de una consultora externa.

- Iniciativas de apoyo a madres adolescentes

En Chile, el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) ofrece un Programa de Atención y Apoyo a Madres Adolescentes (AMA) que busca “contribuir a la inclusión social de embarazadas y madres adolescentes a través del desarrollo de su proyecto de vida que integre las dimensiones personal, maternal y familiar”.⁶⁸ El programa se implementa en diez regiones del país, llegando a alrededor de tres mil adolescentes al año y se lleva a cabo a través de talleres psicoeducativos, encuentros semanales, intervenciones individuales y visitas domiciliarias a adolescentes embarazadas o con hijos pequeños. Los pilares son el proyecto de vida, la reinserción escolar y la prevención de un segundo embarazo en la adolescencia. Además, la iniciativa trabaja la corresponsabilidad, la salud de la madre adolescente, y el desarrollo y crianza infantil. Se espera que el programa atienda en el 2014 a 1.450 adolescentes.⁶⁹

- Ayuda económica a instituciones de apoyo al embarazo vulnerable

El Fondo de Asistencia al Embarazo norteamericano⁷⁰ (PAF, por sus siglas en inglés), es un fondo público de \$25 millones de dólares para proyectos de ayuda al embarazo, administrado por la Oficina de Salud Adolescente del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Compiten por este fondo diversos concesionarios que entregan servicios de apoyo a adolescentes embarazadas o con hijos, padres y sus familias. El objetivo de estas instituciones es ayudar a los jóvenes a completar su educación secundaria o superior, darles acceso a atención de salud, cuidado infantil, vivienda, servicios para mujeres embarazadas que han sido víctimas de violencia sexual y otros apoyos críticos.

- Ayuda financiera para madres solteras

Una posible fuente de vulnerabilidad en el embarazo es la maternidad soltera. En muchos casos, la perspectiva de criar un hijo sin la ayuda de otra persona supone una gran dificultad para la madre, situación que puede influir en su decisión entre seguir adelante con el embarazo o recurrir al aborto. Por este motivo, las políticas de ayuda para madres solteras pueden ser decisivas en colaborar a crear una verdadera cultura de apoyo a la maternidad y a la vida.

Algunos países ofrecen subsidios especiales para madres solteras o padres que crían a sus hijos. Inglaterra, por ejemplo, otorga diversas ayudas financieras para personas en esa situación, como el mantenimiento del niño si es que el padre vive fuera del país, subsidio de desempleo, subsidio al ingreso —si es que no puede trabajar jornada completa y el ingreso no le alcanza para vivir—, cuidado de niños con proveedores registrados o de libre elección, subsidio al trabajo para quienes pasaron directamente de la beneficencia a un empleo, ayuda en la búsqueda de trabajo y entrenamiento para trabajar, mediación familiar y ayuda para la crianza, entre otros.⁷¹

67.- Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM). <http://2010-2014.gob.cl/media/2013/05/Sernam.pdf>

68.- Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM). Área mujer y maternidad. <http://portal.sernam.cl/?m=programa&i=28>

69.- Idem.

70.- Office of Adolescent Health.U.SDepartmentof Health & Human Services.<http://www.hhs.gov/ash/oah/oah-initiatives/paf/home.html>

71.- Financial help for lone parents <http://www.nidirect.gov.uk/financial-help-for-lone-parents>

- Legislación que apoye la maternidad

La iniciativa española RedMadre⁷², es una red de apoyo a la mujer embarazada que, durante sus 7 años de vida, ha promovido Iniciativas Legislativas Populares (ILP) para que se incorporen medidas de apoyo en las legislaciones de los gobiernos regionales del país.

La ILP RedMadre busca que la legislación de cada región garantice: que toda mujer sea asesorada sobre cómo superar cualquier conflicto que se le presente en el embarazo; que se promuevan y apoyen centros de asistencia para mujeres embarazadas; que se fomente la prioridad de las embarazadas en el acceso a prestaciones y ayudas; que se dé una especial atención a la embarazada adolescente; que se concedan subvenciones públicas y convenios a los centros que asesoren y ayuden a la mujer embarazada; que se guarde la debida confidencialidad en la atención de esas mujeres; que los centros asistenciales y sanitarios informen de la existencia de una red de apoyo a la mujer embarazada; que el gobierno regional elabore un Plan Integral de apoyo a la embarazada, y tanto el gobierno como las municipalidades difundan un teléfono gratuito y una página web que permita a cualquier embarazada conectarse con la red de apoyo.

En Polonia, en tanto, se cuenta con una ley familiar que abolió el aborto libre en 1993 y que ofrece un paquete de políticas de apoyo al embarazo, como alternativas al aborto.⁷³ Esta ley garantiza un apoyo económico a las embarazadas pobres para antes y después del parto; introduce un Programa de Mejora de los Cuidados Prenatales, que ha reducido la muerte de los no nacidos a la mitad; desde 1998 y, como prolongación de la ley, se imparte la asignatura de "educación pro familia", que incluye planificación familiar natural, para jóvenes de 11 a 19 años. En los últimos cuatro años se ha formado en temas familiares a 16.000 profesores para que colaboren con los padres en favor del matrimonio, la madurez psico-sexual y la paternidad responsable.⁷⁴

Por otra parte, es fundamental que la legislación relativa a la adopción facilite esta alternativa a las mujeres que enfrentan embarazos vulnerables y no se sienten capaces de sacar adelante a su hijo. Además de la ley y la institucionalidad, que favorezca un sistema serio y expedito, hoy hace falta llevar adelante iniciativas comunicacionales que contribuyan a que la adopción sea percibida de manera positiva, como una opción por la vida y la salud psíquica de la madre, erradicando el estigma de abandono que muchas veces se le atribuye.

72.- Red Madre España <http://www.redmadre.es/>

73.- Harvard School Of Public Health. <http://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/POLAND.abo.htm>.

74.- Feminist for life <http://www.feministsforlife.org/our-mission-organization/>

7.- Diez propuestas para enfrentar el embarazo vulnerable en Chile

Las propuestas que siguen están orientadas a entregar soluciones según los distintos factores y dimensiones del embarazo vulnerable, centradas especialmente en la realidad de la mujer. Tal como lo ha dicho la organización norteamericana *Feminists for Life*, “cada aborto es un reflejo de que nuestra sociedad no ha estado a la altura de las necesidades de la mujer, si no hemos sido capaces de entregar soluciones que puedan contribuir a mitigar las causas que empujan a esa mujer a optar por un aborto”.⁷⁵

El orden en el que se presentan estas propuestas responde a las prioridades que la realidad del embarazo vulnerable le exige a nuestro país y buscan hacerse cargo de los distintos factores que son importantes a la hora de influir en la decisión de las madres.

1.- Proyecto de ley de protección integral a la maternidad

Creación de un proyecto de ley de protección integral a la mujer embarazada y al niño que está por nacer, eliminando todo tipo de discriminación arbitraria, estableciendo las garantías necesarias para ello, especialmente en los casos de embarazos vulnerables.

2.- Crear una Unidad de Cuidados Paliativos Perinatales en los Hospitales Regionales del país

Dada la baja incidencia de patologías fetales incompatibles con la vida, como la anencefalia, holoprosencefalia, la hidranencefalia, la atresia laríngea, entre otras, es razonable que el Estado otorgue beneficios con garantías explícitas a las familias, tal como ocurre con el AUGE, mediante un programa concreto de apoyo y protección social, con cargo al presupuesto nacional de la Subsecretaría de Salud.

Esta unidad se creará en los hospitales base regionales del país, y replicará el modelo del “Programa de Cuidados Paliativos Perinatales UC” - Acompañar_es que se basa en principios de cuidados paliativos propuestos por la Organización Mundial de la Salud, cuyo fin es aliviar el dolor de la madre, respetar la vida y el instante de la muerte del hijo, abarcando los aspectos físicos, médicos, emocionales, espirituales y sociales del paciente que está por nacer, y de sus padres, según el modelo de los médicos norteamericanos David Munson y Steven Leuthner, implementado en Chile por el doctor Jorge Neira.⁷⁶

3.- Potenciar los programas de educación sexual

Actualmente, el acompañamiento y la ayuda efectiva al embarazo vulnerable es una asistencia de segunda línea de prevención, es decir, cuando fallan los métodos de planificación familiar. Es necesario potenciar los programas de educación sexual que otorguen conocimiento y prevención de lo que implica una actividad sexual temprana no responsable, entre ellas el embarazo adolescente. El programa TeenStar ha mostrado empíricamente sus resultados⁷⁷, por lo que es necesario promoverlo a nivel del Ministerio de Educación.

75.- Feminist for life <http://www.feministsforlife.org/our-mission-organization/http://www.feministsforlife.org/our-mission-organization/>

76.- Cfr. Para mayor información, véase: Acompañar_es. <http://xn--acompaar-es-6db.cl/wp>

77.- Según el estudio de Pilar Vigil, los resultados obtenidos al implementar el Programa Teen STAR en adolescentes chilenos entre 12 y 18 años son los siguientes: entre las adolescentes que participaron en el programa sólo un 3,4% inició su actividad sexual, en comparación con un 12,4% de las adolescentes en el grupo control, que no participaron en Teen STAR. Entre los varones que participaron en el programa sólo un 8,8% inició su actividad sexual, comparado con un 17,6% de los varones del grupo control. Entre los jóvenes pertenecientes al programa que estaban sexualmente activos, un 20,5% interrumpió su actividad sexual, en comparación a un 9% en el grupo control. Entre los jóvenes del programa que interrumpieron su actividad sexual, ninguno reanudó la actividad después de un año, mientras que un 11,7% de los jóvenes control sí la reanudó. Además, se estudiaron las tasas de embarazo de las jóvenes que participaron en Teen STAR versus las jóvenes que no lo hicieron. Las tasas de embarazo promedio por año fueron 0,87% en el grupo Teen STAR y 4,87% en el grupo control durante el período de seguimiento. Cfr. VIGIL, P. (2008), et. al., “Educación en afectividad y sexualidad para adolescentes: resultados de la implementación del Programa Teen STAR”, ARS MEDICA N° 17 (2008): pág. 111-130.

4.- Restablecer el Centro Especializado de Atención y Apoyo a la Maternidad (Ceaam)

Recuperar el servicio de atención telefónica, electrónica y/o presencial, de carácter gratuito y confidencial, a mujeres embarazadas u otros casos relacionados con la maternidad, con el objeto de entregar orientación, contención, seguimiento y derivación a especialistas, con profesionales capacitados en temas de apego, lactancia, duelo por pérdida de un hijo, embarazo en conflicto, embarazo adolescente, adopción, consultas legales, depresión post parto, abuso sexual, entre otros.

5.- Protección y seguridad social para la maternidad

Proponemos aumentar la creación de normas jurídicas cuyo bien jurídico tutelado sea la familia y la maternidad. Proponemos mejorar los programas no formales de educación preescolar, impulsando programas de capacitación para madres que han tenido un embarazo vulnerable desde las municipalidades o JUNJI/INTEGRA, a fin de entregarles las competencias necesarias para dar una buena educación inicial a sus hijos en términos de estimulación, formación de hábitos y desarrollo de habilidades cognitivas.

6.- Incorporar como categoría de no discriminación, la maternidad y el nacimiento en la ley de antidiscriminación

Proponemos modificar la ley 20.609 que establece medidas contra la discriminación, en orden a incorporar una nueva categoría: la maternidad y el nacimiento. Hoy por hoy, en la práctica, ocurren situaciones de discriminación contra la maternidad y el nacimiento, como por ejemplo, en lo que se refiere al fuero materno, que establece el artículo 201 del Código del Trabajo, el cual opera sólo desde el nacimiento y no es un derecho para las madres que pierden a sus hijos en estados muy avanzados de gestación. Además cuando se incorpore esta nueva categoría, cada mujer podrá ejercer la acción de no discriminación arbitraria establecida en el artículo 3 de la referida ley.

7.- Modificación de la ley 20.584 de derechos y deberes de los pacientes

La ley de derechos y deberes de los pacientes que entró en vigencia en 2012, no contempla que, en el caso de una mujer embarazada, estamos frente a dos pacientes. Proponemos agregar el inciso tercero al artículo 2 de la referida ley, en orden a introducir legalmente el principio de “los dos pacientes”.

“La situación especial de la mujer embarazada contempla una prestación médica debida a dos pacientes, por lo que es deber de todo profesional de la salud abordar el tratamiento consciente de preservar la vida y salud de ambos pacientes, tanto de la mujer embarazada como del niño que está por nacer. En caso de conflicto de derechos, deberán aplicarse las normas del Código Sanitario.”

8.- Potenciar la actual red de hogares de acogida para mujeres con embarazos vulnerables pertenecientes al SENAME

Frente a la realidad de un embarazo vulnerable, algunas mujeres, sobre todo aquellas que están en situación de soledad, violencia o que desean abortar por coerción, o miedo a sus padres, acuden a centros de apoyo para la mujer para pedir ayuda que no encuentran en sus círculos más cercanos. Es necesario potenciar los hogares que actualmente existen, mediante un programa integral dirigido por el Servicio Nacional de la Mujer, que permita extender la cobertura para estos casos de vulnerabilidad, sobre todo en las regiones extremas del país, donde la tasa de embarazo adolescente, por ejemplo, es más alta que el promedio nacional. Además, actualmente las Residencias de Protección para embarazadas y/o madres adolescentes no distinguen entre las edades de las menores, por lo que se hace necesario en atención al bienestar y un apoyo personalizado como efectivo separar, por grupo etario, entre madres menores de 15 años, adolescentes entre 15 y 19 años y madres jóvenes entre 20 y 29 años.

9.- Creación de Centros de Apoyo a Madres Adolescentes en las Facultades de Ciencias de la Salud, Psicología y Trabajo Social del país

No existen cifras exactas sobre la deserción de estudios superiores por embarazo, pero se puede concluir, a partir de distintas estadísticas vitales, que es una de las principales causales de deserción. A partir del total de nacidos vivos por grupo etario, se concluye que el 59,55% de los nacidos vivos tiene una madre adolescente o joven que está cursando estudios universitarios.

Según la VII Encuesta Nacional de la Juventud, sólo el 16% de quienes han sido madres/padres adolescentes están estudiando en la educación superior, o bien la han completado. Además, el 11,7% de las mujeres ha finalizado sus estudios superiores entre los 20 y 24 años, cifra que, desagregada por nivel socioeconómico, aumenta a 15,8% para el nivel alto, disminuye a 11,5% para el nivel medio y a un 7,1% para el nivel bajo. Sin embargo, si se analiza el grupo de jóvenes entre 25 y 29 años, se constata que sólo el 26,7% de las mujeres ha finalizado sus estudios superiores. Si se desagregan nuevamente estos datos por nivel socioeconómico, se puede concluir que el sector bajo y medio tiene una deserción universitaria importante: quienes finalizan sus estudios superiores pertenecen mayoritariamente al sector alto y medio. Si bien, el 61,6% de las mujeres de nivel socioeconómico alto han terminado sus estudios superiores, sólo el 31,7% de las de nivel medio los ha finalizado, cifra que desciende todavía más a un 7,8% para las mujeres de nivel bajo.

Con el fin de apoyar a las madres que trabajan y estudian, de manera de generar condiciones materiales y espirituales que minimicen el riesgo de crear ambientes de vulnerabilidad más proclives a inducir abortos, se podrían implementar en las universidades, institutos profesionales y centros de formación técnica, Centros de Apoyo a Madres Adolescentes, los que dependerían de carreras como medicina, psicología, trabajo social, enfermería, derecho, entre otras afines, de manera de evitar la deserción universitaria. De esta forma, se podrá contribuir a que las madres puedan seguir con sus embarazos adelante sin tener que dejar de lado sus estudios.

10.- Introducir indicación al proyecto de ley de reforma integral al sistema de adopción en Chile

Introducir indicación al proyecto de ley de "reforma integral al sistema de adopción en Chile"⁷⁸ que actualmente está en trámite en la Cámara de Diputados con el fin de concientizar a la ciudadanía sobre la importancia de la adopción en nuestro país.⁷⁹ Proponemos agregar a la redacción del artículo 9 que trata sobre el "principio del interés superior del niño" al final de adolescentes, la frase "y el que está por nacer". ("de los derechos de las niñas, niños y adolescentes consagrados en la Constitución Política de la República y las leyes") Y modificar el artículo 10, que trata sobre uno de los principios rectores que rigen los procesos de adopción en Chile, que dice "Derecho de la niña, niño y adolescente a vivir en familia" por "Derecho de la niña, niño, adolescente y el que está por nacer a vivir en familia".

78.- Cfr. MINISTERIO DE JUSTICIA., Proyecto de ley de reforma integral al sistema de adopción en Chile. Boletín 9119-18. Cámara de Diputados.

79.- Para más información cfr: ROBERT, L.; VARAS, P., (2013), "Adopción: una opción por la familia y por la vida". Dirección de Estudios de IdeaPais. [http://ideapais.cl/system/publicacions/archivos/000/000/003/original/Adopcion__una_opcion_por_la_familia_y_por_la_vida_-_IdeaPais_\(1\).pdf?1379108780](http://ideapais.cl/system/publicacions/archivos/000/000/003/original/Adopcion__una_opcion_por_la_familia_y_por_la_vida_-_IdeaPais_(1).pdf?1379108780)

8.- Conclusiones

La terminología frecuentemente utilizada para estudiar las situaciones de riesgo ante un aborto en Chile son ambiguas. El concepto de embarazo vulnerable permite analizar esta realidad con mayor precisión, al evidenciar, la situación psicosocial que hay tras la decisión de abortar de una mujer. Esta perspectiva permite distinguir que la gran mayoría de las mujeres con embarazos no planificados que piensa en realizarse un aborto, lo hace por un factor o situación de raíz externa que no tiene relación con el hijo o hija en gestación o con el embarazo mismo. Estas mujeres están en una situación de vulnerabilidad específica que, de resolverse, permite prevenir el aborto. Se trata de madres embarazadas expuestas a situaciones adversas, que deben ser explicitadas para ofrecer soluciones mediante un programa adecuado de políticas públicas. Por ejemplo, la evidencia de estudios recientes, muestra que programas de apoyo y acompañamiento para mujeres con embarazos vulnerables no planificados en riesgo de aborto provocado, se puede llegar a prevenir en un 70% a 95% de los casos.

Una eventual legalización del aborto en Chile no se justifica. Como se señaló en este documento, los casos que actualmente se discuten son puntuales y no necesitan de una legislación especial para resolverlos, pues tales mecanismos ya existen en el actual derecho vigente. La despenalización tendría más efectos negativos que positivos. El efecto de la ley es determinante para mantener una profunda concepción del derecho a la vida y la gran variedad de bienes que conlleva, sobre todo porque desempeña un papel pedagógico, instruyendo a los jóvenes que el aborto es un derecho, o una salida legítima para algunos casos de embarazos vulnerables, o bien que el aborto siempre será una opción, sin considerar que tendrá efectos negativos. Las legislaciones no permisivas, como es el caso de Chile, no siempre tienen idénticos efectos en relación al aborto, pero sí hay evidencia del efecto de la ley en las legislaciones más permisivas, en donde la apertura a despenalizar o legislar sobre el aborto se convierte en una pendiente resbaladiza hacia conceptos más amplios, como ocurrió en España.

El análisis de la evidencia más reciente permite concluir que el aborto no es la solución al problema de un embarazo no deseado en situación de vulnerabilidad, sino por el contrario tiene efectos negativos respecto de la salud materna, sobre todo porque hasta la fecha no hay evidencia que demuestre algún beneficio para ellas. Existen factores que atentan contra la integridad física y mental de quien aborta, por tanto se hace imprescindible poner a la mujer en el centro del debate político y luchar por evitar toda situación que implique consecuencias nocivas para su salud.

Es fundamental que la legislación relativa a la adopción facilite esta alternativa a las mujeres que enfrentan embarazos vulnerables, deciden continuar con el proceso de gestación, pero que debido a diversas circunstancias no pueden o no quieren asumir su maternidad. Además de la ley y la institucionalidad que favorezcan un sistema serio y expedito, hace falta llevar adelante iniciativas comunicacionales que contribuyan a que la adopción sea percibida de manera positiva, como una opción por la vida y la salud psíquica de la madre, erradicando el estigma de abandono que muchas veces se le atribuye.

Referencias

American Psychological Association. 2008. "Mental Health and Abortion". Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion.

Banco Mundial. 2012. "Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe. Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos". Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial.

Boyd, P. & Devigan C. & Khoshnood B. & Loane M. & Garne E. & Dolk H. & EUROCAT Working Group. (2008). "Survey of prenatal screening policies in Europe for structural malformations and chromosome anomalies, and their impact on detection and termination rates for neural tube defects and Down's syndrome". BJOG, 115(6): 689-696.

Coleman, Priscilla. 2011. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995 - 2009. BJP, 199:180-186, Reino Unido

Comunidad y Justicia. 2014. "Aborto y derechos humanos: ¿qué dice el derecho internacional?"

Cortés F. & Mellado C. & Pardo R. & Villarroel L. & Hertrampf E. 2013. "Fortificación de la harina de trigo con ácido fólico: cambios en la tasa de defectos del tubo neural en Chile". Revista chilena de obstetricia y ginecología, 78(2), 154-156.

IdeaPaís. 2013. "Adopción: una opción por la familia y por la vida". Dirección de Estudios de IdeaPaís.

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (CIE-10). 2009. "eCIE10 Edición electrónica de la CIE-10". Organización Panamericana de la Salud.

Instituto de Estudios de la Sociedad & IdeaPaís & Instituto Republica. 2011. "Aborto 'terapéutico': 8 claves para el debate".

Instituto Nacional de Estadísticas (INE). 2011. "Estadísticas vitales. Informe anual 2011". Comité Nacional de Estadísticas Vitales.

Finer L. & Zolna M. 2013. "Shifts in intended and un intended pregnancies in the United States, 2001-2008". Am J Public Health. 2014;104Suppl 1:S43-8.

Fisher W. & Singh S. & Shuper P. & Carey M. & Otchet F. MacLean-Brine D. & Dal Bello D. & Gunter, J. 2005. "Characteristics of women undergoing repeat induced abortion". CMAJ March 1, vol. 172 no. 5.

Fundación Chile Unido. 2014. "Programa Acoge Una Vida: programa de atención a mujeres con embarazos no deseados en situación de vulnerabilidad social". Informe elaborado para IdeaPaís, Fundación Chile Unido.

Gissler M. & Berg C. & Bouvier-Colle M. & Buekens. 2005. "P. Injury deaths, suicides and homicides associated with pregnancy, Finland 1987-2000". European Journal of Public Health, 15(5):459-63.

Groth N. 1990. "Rape: Myths and Realities". MenWho Rape, Plenum Press.

Holmes M. & Resnick H. & Kilpatrick D. & Best C. 1996. "Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women". Am J Obstet Gynecol. Aug;175(2):320-4; discussion 324-5.

Huang Y. & Zhang X. & Li W. & Song F. & Dai H. & Wang J. & Gao Y. & Liu X. & Chen C. & Yan Y. & Wang Y. & Chen K. (2014). "A meta-analysis of the association between induced abortion and breast cancer risk among Chinese females". Cancer Causes & Control, Volume 25, Issue 2, pp 227-236.

Koch, E. & Calhoun, B. & Aracena, P. & Gatica, S. & Bravo, M. 2014. "Women's education level, contraceptive use and maternal mortality estimates". PublicHealth, Apr; 128 (4):384-7.

Koch, E. 2010. "Estudio Proyecto de Ley Despenalización de la interrupción del embarazo por razones médicas, boletín 7373-07 (Fusionado con Boletines 6522-11 y 6591-11)". 2011. Comisión de Salud, Senado de la República.

_____. 2013. "Impact of Reproductive Laws on Maternal Mortality: The Chilean Natural Experiment". The Linacre Quarterly 2013;80(2):151-160.

Koch E. & Thorp J. & Bravo M. & Gatica S. & Romero C. & Aguilera H. & Ahlers I. 2012. "Women's Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: a Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007". PLoS ONE 2012; 7(5):e36613.

Ministerio de Desarrollo Social. 2011. "Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN)".

____ **2012. "Embarazo adolescente, un desafío para las políticas públicas". División de políticas sociales.**

____ **2013. "VII Encuesta Nacional de la Juventud 2012".** Instituto Nacional de la Juventud.

Makhlouf M. & Clifton R. & Roberts J. & Myatt L. & Hauth J. & Leveno K. & Varner M. & Thorp J. & Mercer B. & Peaceman A. & Ramin S. & Iams J. & Sciscione A. & Tolosa J. & Sorokin. & For the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network.(2013). "Adverse Pregnancy Outcomes among Women with Prior Spontaneous or Induced Abortions".Am J Perinatol.2013 Dec 17.

Ministerio de Salud. 2013. "Situación actual del embarazo adolescente en Chile".Subsecretaría de Salud Pública División de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de Ciclo Vital Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.

____ **2013. "Segunda Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2006".** Estudios y encuestas poblacionales, Ministerio de Salud.

Nazer, J. & Cifuentes L. 2011. "Estudio epidemiológico global del síndrome de Down". Revista Chilena de Pediatría: 82 (2): 105-112.

Luna F. 2008. "Vulnerabilidad: la metáfora de las capas". Revista Jurisprudencia Argentina.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. 2014. "Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Chile".

Organización de las Naciones Unidas. 2013. "Word Abortion Policies 2013".Department of Economic and Social Affairs.

____ **2013."World Population Policies 2013".**United Nations Department of Economic and Social Affairs - Population Division.

Organización Mundial de la Salud. 2012. "Aborto sin riesgos: Segunda edición guía técnica y de políticas para sistemas de salud". Organización Mundial de la Salud: p. 19.

____ **2008. "Mortalidad materna en 2005. Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial".** WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

____ **2014. "Estadísticas Sanitarias Mundiales".**OMS.

Pallitto, C. & García-Moreno C. & Jansen, H. & Heise, L. & Ellsberg, M. & Watts, C. 2013. "Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: Results from the WHO Multi country Study on Women's Health and Domestic Violence". International Journal of Gynecology&ObstetricsVolume 120, Issue 1, Pages 3–9.

Pinheiro R. & da Cunha Coelho F. & da Silva R. & de Ávila Quevedo L. & de Mattos Souza L. & Castelli R. & de Matos M. & Pinheiro K. 2012. "Suicidal behavior in pregnant teenagers in southern Brazil: social, obstetric and psychiatric correlates". Journal of Affective Disorders: 136 (3) : 520-5.

Servicio Nacional de la Mujer. 2013. "Memoria 2010-2014".

Svensson, Manfred & Siles, Catalina. 2014. "Vivir juntos. Reflexiones sobre la convivencia en Chile". Instituto de Estudios de la Sociedad.

Vigil, P. & Orellana R. & Del Río, M. & Cortés, M. 2008. "Educación en afectividad y sexualidad para adolescentes: resultados de la implementación del Programa Teen STAR". Ars Medica N° 17: p. 111-130.

Vukelić. & Kapamadzija A. & Kondić B. 2010. "Investigation of risk factors for acute stress reaction following induced abortion".Med Pregl, 63(5-6):399-403.

Whiteman V. & August E. & Mogos M. & Naik E. & Garba M. & Sanchez E. & Weldeselasse H. & Salihu H. (2014). "Preterm birth in the first pregnancy and risk of neonatal death in the second pregnancy: A propensity score-weighted matching approach". J ObstetGynaecol, 24:1-7.

Agradecemos el aporte generoso de Elard Koch, director y Fundador del Instituto MELISA; Verónica Hoffmann, Directora Ejecutiva de la Fundación Chile Unido; Sebastián Illanes, académico de la Escuela de Medicina de la Universidad de los Andes; Pablo Urquizar, Director Legislativo de Comunidad y Justicia; Luis Jensen, miembro del Consejo Ampliado del Centro UC Familia y miembro del Centro de Bioética de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile; Catalina Delpiano, Directora de Estudios de la Fundación Chile Unido; María Teresa Walker, Académica del Instituto de Ciencias de la Familia de la Universidad de los Andes; Virginia Latorre, ex Jefa Área Mujer y Maternidad, Servicio Nacional de la Mujer; Matías Navarro, ex Director de Estudios de IdeaPaís; Christel Lindhorst, Directora de Comunicaciones de IdeaPaís; María Jesús Castro, diseñadora de IdeaPaís; Josefina Brahm, licenciada en Historia de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

