

CHile: "Hay un aparato que impide el acceso al derecho al aborto"

CARLA PERELLÓ :: 11/07/2019

Entrevista con Gloria Maira, coordinadora de la Mesa de Acción por el Aborto en Chile

En agosto de 2017 Chile dio un paso en favor de los derechos de las mujeres y personas gestantes: dejó a un lado un sistema totalmente prohibitivo y punitivista para el acceso al aborto y adoptó un sistema de causales que permite la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en caso de violación, de inviabilidad fetal o de riesgo de muerte. A poco más de un año de la aprobación de la ley, la Mesa de Acción por el Aborto, que nuclea organizaciones políticas, sociales y de derechos humanos locales e internacionales, llevó a cabo un sondeo para dar cuenta sobre la efectividad de su implementación. En base a los resultados sobre siete regiones del país (Antofagasta, Valle del Huasco, Valparaíso, Santiago, Concepción, Temuco y Aysén) denuncian que no existe una política pública para poner en práctica esta normativa. En esta entrevista, Gloria Maira, activista feminista, da cuenta del panorama.

-Entre las conclusiones del informe que presentaron denuncian que no existe una política pública para la implementación de las tres causales por aborto, ¿podría hacer un breve repaso de las razones por las cuales llegan a esta conclusión? ¿Por qué consideran que se ha llegado a este punto?

El monitoreo se realizó en siete territorios del país y lo que muestra es que existe una implementación de mínimo de esta política pública. Eso significa que el Ministerio de Salud ha concentrado los esfuerzos de capacitación, revisión de casos y de seguimiento en los equipos IVE directamente vinculados con la prestación. El resto del personal, tanto en atención primaria como en los hospitales -que es donde se practica la interrupción voluntaria del embarazo- no están ni sensibilizados ni capacitados en torno a la ley, lo que implica obstáculos para las mujeres en términos de acceder a información y de la ruta que siguen para llegar a interrumpir ese embarazo si es que está en las tres causales y así lo deciden. Entonces, la capacitación al personal de salud es un problema. El segundo gran problema es la falta de información a las mujeres y la comunidad. La IVE es una prestación no informada, es decir, no está incluida en las acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva que hace a la atención primaria en colegios, en centros para adolescentes, por ejemplo. Por lo tanto, no es conocida por la población y particularmente por las mujeres jóvenes, las adolescentes y las niñas y eso es un tremendo problema porque es allí donde se concentran las situaciones de violencia sexual con resultado de embarazo. Entonces, esas niñas, adolescentes y jóvenes no tienen cómo conocer que pueden existir una respuesta distinta a la situación y que pueden tener acogida en el servicio de salud.

Un tercer gran problema a destacar, aunque no el último ni menos importante, tiene que ver con la objeción de conciencia. La política del Ministerio de Salud ha sido la de no garantizar la existencia de al menos un equipo IVE en cada uno de los hospitales. No ha habido un control de la objeción de conciencia del personal de salud que interviene en la interrupción. La resolución última del Tribunal Constitucional y el reglamento que finalmente quedó

adoptado para efectos de la objeción de conciencia hace que más que una norma excepcional ésta se haya convertido en una norma general. Es decir, basta que un médico, un ginecobstetra, una matrona, un/a enfermero/a, un/a anestésista, declare que es objetora u objetor de conciencia, llene un formulario y lo entregue a la dirección del hospital. Con eso acredita su objeción, no hay necesidad de una fundamentación, no hay nada. Si juntamos todos estos factores: falta de información, graves debilidades en la capacitación de los equipos de salud y del personal, de salud en general, y la objeción de conciencia declarada y no declarada, lo que está sucediendo finalmente, es que tienes una implementación reducida al mínimo. De hecho, el número de casos que ha llegado a IVE es mucho menor del que se había estimado por año y eso es una evidencia concreta de lo que está sucediendo.

-Justamente, lo que sucedió al inicio de su gobierno, Piñera impulsó la objeción de conciencia institucional, ¿en qué quedó esa situación? ¿Consideran que esa iniciativa ha afectado a la implementación de la ley?

Efectivamente esa disposición fue introducida por el Tribunal Constitucional después de la aprobación de la ley por parte del Congreso y a partir de los requerimientos que han hecho o que hicieron los sectores conservadores del Parlamento respecto de los protocolos de implementación de la objeción de conciencia institucional. Finalmente, las últimas resoluciones y el último reglamento han dejado una objeción de conciencia institucional de amplio rango. El Tribunal Constitucional decidió que sí pueden objetar de conciencia los/as profesionales de la salud e institucionalmente las clínicas privadas que firman convenios con el Ministerio de Salud, es decir, que son a las que el Ejecutivo le transfiere la potestad pública para la entrega de prestaciones donde el sector público no tiene hospitales o no alcanzan toda la cobertura necesaria.

Por lo tanto, dan prestaciones de ginecobstetricia que ellos estiman y reciben igual los fondos públicos, no están obligados a entregar la IVE pese a que es una prestación legal y que la autoridad sanitaria tiene la obligación de otorgar a nivel nacional. El segundo punto, es que también el Tribunal estableció que las clínicas que tienen ginecobstetricia o que otorgan prestaciones ginecobstétricas que no tienen convenios con el Ministerio de Salud, también pueden decidir libremente si otorgan o no la prestación IVE. Así, no tienen necesidad de declararse objetores de conciencia institucional, simplemente pueden no incluir esta prestación en su oferta en salud. Por lo tanto, es clarísimo que la objeción de conciencia institucional ha permitido que las clínicas en general puedan abstenerse de otorgar la prestación sin ningún tipo de presión para que esta situación cambie.

-¿De qué manera afecta esta falta de puesta en marcha de la ley a las personas que quieran abortar? ¿Existen registros oficiales de la cantidad de abortos permitidos por ley?

Esta implementación tan deficiente afecta de varias maneras. Una es que, en la medida de que es una prestación no informada las mujeres no pueden ejercer este derecho otorgado en la legislación. Segundo, que en tanto no existan acciones que den cuenta de la interrupción del embarazo o del aborto como una situación que sucede en la vida reproductiva de las mujeres el estigma del aborto, el aborto como castigo, la penalización social de las mujeres,

se mantiene intocada. Siguen existiendo los mismos mitos y los mismos prejuicios respecto del aborto y eso afecta a quienes estén dentro de las tres causales, inhibe las personas a que hagan las consultas pertinentes en los consultorios o en los establecimientos de salud. Incluso, si hacen las consultas pertinentes se ven afectadas en su libertad de decisión porque tienen un dogma establecido, que es el dogma de la maternidad. La no información y la no discusión del aborto como un evento de la vida reproductiva de las mujeres mantiene esos imaginarios e impide la decisión de las mujeres. Existen registros sobre el número de abortos, están en la página web del Ministerio, ahí se pueden ver cuáles han sido los casos que se han atendido en cada una de las causales y evidentemente lo que eso muestra es que los números son muy inferiores a lo que se había inicialmente estimado.

Y esa diferencia no se debe a un error de cálculo como ha insinuado el ministro de Salud, Emilio Santelices, sino más bien a todo un aparato que impide que las mujeres puedan acceder al derecho al aborto y tomar en libertad una decisión. Tal como expliqué en las preguntas anteriores ese aparato se manifiesta en la falta de información, de capacitación, en la objeción de conciencia que afecta las posibilidades de acceder a la prestación y sobre todo permanece intocado un modelo de atención en salud y particularmente en salud sexual y reproductiva. Es un modelo biomédico de una relación vertical entre el personal de salud y la usuaria, la mujer que está accediendo a prestaciones y lo que prima, en términos de imaginarios, es la maternidad siempre deseada por parte de las mujeres. En la medida de que esa visión del modelo de atención en salud no se modifique, la implementación de la IVE se hace sobre ese escenario y no hay acciones sostenidas para la modificación de patrones, de conductas, comportamientos y de prácticas dentro del sistema. Eso hace muy difícil que la interrupción voluntaria del embarazo, por decisión de la mujer se pueda implementar plenamente.

-¿Cuáles son los pasos y los desafíos de aquí en adelante para la Mesa y desde las organizaciones de mujeres y feministas en general?

Nosotras empezamos por hacer públicos los resultados del monitoreo, hemos enviado también el documento al Congreso, particularmente a las comisiones de mujer y salud, de manera que los parlamentarios y parlamentarias puedan hacer uso de su labor de fiscalización y demandar al Ministerio de Salud y al de Mujer y Equidad de Género respuestas frente a las graves falencias que el monitoreo muestra. Por otro lado, estamos solicitando reunión con el nuevo Ministro de Salud para también ponerlo en antecedentes de los resultados del monitoreo y ver cuáles son las medidas urgentes que él estaría dispuesto a tomar para corregir estas falencias. Finalmente, creo que lo más importante, es que pretendemos seguir ampliando esta vigilancia a otros territorios y a otras regiones del país de manera de documentar lo que está sucediendo en la práctica, en la cotidianidad de los establecimientos de salud, el tipo de obstáculos con que se encuentran las mujeres en esos territorios en específico y ver y presentar esto a las propias autoridades locales de manera que se hagan las correcciones de rigor en la implementación.

Nosotras como Mesa esperamos que este monitoreo fortalezca al movimiento por el derecho al aborto en el país, fortalezca el camino hacia el aborto legal y libre ya que en la medida en la que vamos construyendo nuevos paradigmas en la salud sexual y reproductiva y en torno a los derechos sexuales y reproductivos son esos mismos equipos de salud, es esa misma red

asistencial la que debería dar más adelante atención a una legislación que pretendemos ampliar. Por lo tanto, el monitoreo se convierte en un instrumento, en una herramienta para fortalecer los movimientos a nivel local, fortalecer la acción de vigilancia, del movimiento por el aborto e ir construyendo voluntades hacia el aborto libre y legal en el país. Esta estrategia, evidentemente, se complementa con otras como las campañas por la despenalización social del aborto que buscan que el aborto se vea en la sociedad, se interprete, se entienda como un evento en la vida reproductiva de las mujeres, frente al cual la titularidad para la decisión respecto de ello es plenamente de las personas que quieran acceder a ella.

Nodal

https://www.lahaine.org/mm_ss_mundo.php/chile-hay-un-aparato-que