

INFORME DE LA COMISIÓN DE HACIENDA,
recaído en el proyecto de ley, en segundo
trámite constitucional, que regula la
despenalización de la interrupción voluntaria
del embarazo en tres causales.

BOLETÍN N° 9.895-11.

HONORABLE SENADO:

La Comisión de Hacienda tiene el honor de emitir su informe respecto de la iniciativa de ley de la referencia, iniciada en Mensaje de Su Excelencia la Presidenta de la República, con urgencia calificada de “suma”.

A una o más de las sesiones en que la Comisión consideró esa iniciativa de ley, concurrieron las siguientes personas:

Del Ministerio de Salud, la Ministra, señora Carmen Castillo; el Coordinador Legislativo, señor Enrique Accorsi; la asesora legislativa, señora Yanina Viera; la Encargada de Seguimiento Legislativo, señora Paulina Palazzo; el abogado asesor de la Ministra, señor Pablo Ríos; la asesora de la Ministra, señora Verónica Ahumada; la asesora del Gabinete, señora Paz Robledo, y el fotógrafo, señor David Lillo.

Del Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, la Ministra, señora Claudia Pascual; la Jefa del Departamento Reformas Legales, señora Claudia Sarmiento; la asesora legislativa, señora Elisa Walker, y la asesora de la Ministra, señora Ana María Aravena.

Del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, los asesores legislativos, señoras María Jesús Mella, Valeria Ortega, Verónica Pinilla y Marcia González, y señor Nicolás Facuse.

Del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, el Jefe Jurídico, señor Ignacio Castillo, y la asesora, señora Renata Sandrini.

De la Dirección de Presupuestos, el Jefe de Sector Políticas Sociales, señor Héctor Gallegos.

De Fundación Chile Unido, la Directora Ejecutiva, señora Verónica Hoffmann; la Directora de Estudios, señora Catalina Delpiano; la Directora de Programas Sociales, señora María Victoria Reyes, y la Encargada de Comunicaciones, señora María Constanza Balart.

De Corporación Proyecto Esperanza, la Directora Fundadora, señora Elizabeth Bunster.

Del Programa aCompañar-es de la Universidad Católica, el Profesor de Medicina y Director del Programa, señor Jorge Neira.

De la Universidad de Los Andes, el Profesor, señor Gonzalo García.

De Fundación Porta Vitae, el Director Médico, señor Sergio Valenzuela.

El Asesor del Honorable Senador Coloma, señor Benjamín Lorca.

El Asesor del Honorable Senador García, señor Marcelo Estrella.

El Asesor del Honorable Senador Montes, señor Luis Díaz.

La Asesora del Honorable Senador Ossandón, señora Yanina Contreras.

De la Oficina del Honorable Senador Pizarro, la Jefa de Gabinete, señora Kareem Herrera, y la asesora de prensa, señora Andrea del Pilar Gómez.

Del Comité Partido por la Democracia, el abogado, señor Sebastián Abarca.

Del Comité Democracia Cristiana, el asesor, señor Sebastián Silva.

Del Comité Partido Socialista, el Coordinador, señor Héctor Valladares, y el asesor, señor Francisco Aedo.

Del Comité Renovación Nacional, la periodista, señora Andrea González.

El asesor del Honorable Diputado Kast, señor Gabriel Fuentealba.

De la Fundación Jaime Guzmán, el Director del Área Legislativa, señor Máximo Pavez.

De la Unidad de Asesoría Presupuestaria del Senado, la señora María Soledad Larenas.

Del Instituto Igualdad, los asesores legislativos, señores Oscar Rojas y Rodrigo Márquez.

- - -

Cabe señalar que la presente iniciativa de ley fue discutida previamente, en el trámite reglamentario de segundo informe, por las Comisiones de Salud y de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento.

De acuerdo con el mandato de la Sala del Senado, a la Comisión de Hacienda le corresponde pronunciarse acerca de los asuntos de su competencia.

- - -

NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL

La Comisión de Hacienda se remite, al efecto, a lo indicado por la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento en su segundo informe.

- - -

Para los efectos de lo dispuesto en el artículo 124 del Reglamento del Senado, se deja constancia de que la Comisión de Hacienda no efectuó enmiendas respecto del texto aprobado por la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento en su segundo informe.

- - -

DISCUSIÓN

En relación con los asuntos de competencia de la Comisión, fueron recibidas en audiencia los representantes de las siguientes instituciones: Corporación Proyecto Esperanza, Fundación Chile Unido, Programa “aCompañar-es” de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Fundación Porta Vitae.

Del mismo modo, fueron escuchados los planteamientos del académico de la Universidad de Los Andes, señor Gonzalo García.

Expuso, en primer lugar, la **Directora Ejecutiva de la Fundación Chile Unido, señora Verónica Hoffman**, quien desarrolló la siguiente presentación:

FUNDACIÓN CHILE UNIDO

Protegiendo a las mujeres embarazadas en situación de vulnerabilidad

Fundación Chile Unido es una institución privada e independiente, sin fines de lucro, que lleva 18 años trabajando para que todos construyamos un país más humano.

PAÍS

FUNDACIÓN CHILE UNIDO AL SERVICIO DEL

LEGISLATIVA

PARTICIPACIÓN EN LA DISCUSIÓN

Cristiano

- Comisión de Salud - Cámara de Diputados
- Comisión Técnica del Partido Demócrata

Cámara de Diputados

- Comisión de Constitución, Legislación y Justicia -
- Comisión de Hacienda - Cámara de Diputados
- Comisión de Salud – Senado
- Entre otros

PROGRAMA ACOMPAÑAMIENTO INTEGRAL A MUJERES EMBARAZADAS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD, DESDE 1999

Entrega apoyo y contención GRATUITO a mujeres con embarazos no deseados o en situación de vulnerabilidad, acompañándolas hasta que sus hijos cumplen el año de vida.

EN LA DISYUNTIVA DEL ABORTO LA MUJER ESTÁ ALTERADA EMOCIONALMENTE

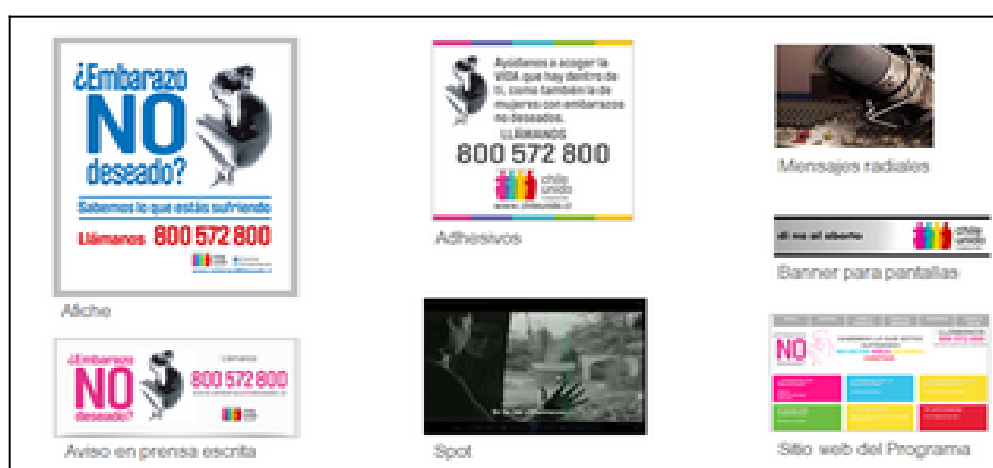


PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO INTEGRAL A MUJERES EMBARAZADAS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

MODELO DE FUNCIONAMIENTO



DIFUSIÓN



ACCESO

<ul style="list-style-type: none"> • Fono Ayuda GRATUITO desde red fija y/o celulares. • Grabadora para dejar mensajes fuera del horario de atención. • Pagina web del Programa. • Redes Sociales: Facebook & Twitter 	 <p>800 572 800 Lunes a viernes de 9:00 a 18:00</p> <p>www.embarazoNodeseado.cl</p> <p> /embarazoNOdeseado.cl</p> <p> @Fundachileunido</p>
---	--

ACOMPAÑAMIENTO

Nivel de vulnerabilidad: Bajo, Medio, Alto.

continuo.

- Acompañamiento integral, personalizado y

- Voluntarias capacitadas y supervisadas.

- Llamada sin costo para las madres.

necesidad particular de cada mujer.

- Frecuencia de los llamados se adecua a la

requiere.

- Posibilidad de un contacto presencial si se

planteadas por la embarazada.

- Alternativas de solución a las problemáticas

- Hasta que el hijo(a) cumple un año de vida.

DERIVACIÓN

El acompañamiento integral revierte la vulnerabilidad con la ayuda de una **RED DE APOYO**

 ECÓGRAFOS	 SERVICIOS PÚBLICOS
 MÉDICOS	 CONSULTORIOS
 HOGARES DE ACOGIDA	 ASESORÍA LEGAL
 INSTITUCIONES DE ADOPCIÓN	 PROGRAMAS DE CUIDADOS PALIATIVOS PERINATALES
 PSICÓLOGOS, PSIQUIATRAS ASISTENTES SOCIALES	 PROGRAMAS DE ACOMPAÑAMIENTO POST ABORTO

CIERRE

- El acompañamiento termina cuando el niño(a) cumple un año de vida.

- Se informa a la mujer acerca de los programas comunales y nacionales gratuitos que le permitan retomar su proyecto de vida e insertarse en el mundo educacional y/o laboral.

- Continúa el contacto a través de redes sociales como facebook o whatsapp.

EL ACOMPAÑAMIENTO PREVIENE EL ABORTO

RESULTADOS DESDE NUESTRA EXPERIENCIA

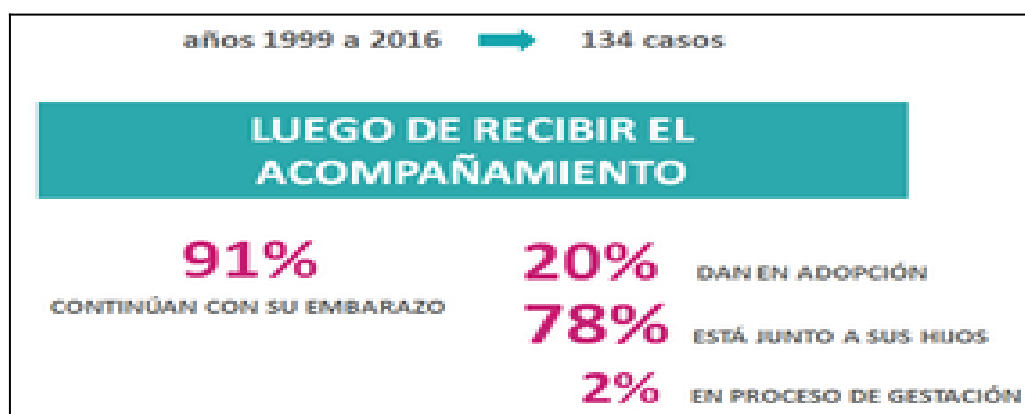
- Del total de mujeres con embarazos vulnerables, 85% han continuado con su embarazo.

- Más de 4.990 niños han nacido.

TRABAJAMOS POR AMBOS



EN LOS EMBARAZOS PRODUCTO DE UNA VIOLACIÓN EL ACOMPAÑAMIENTO TIENE UN MAYOR IMPACTO



ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PROPUESTO POR EL EJECUTIVO

La **señora Hoffmann** señaló que para la Fundación que representa, la solución para el problema que enfrenta la mujer embarazada en situación de vulnerabilidad no pasa por la despenalización del aborto, sino por el reforzamiento de un programa nacional en su apoyo, a lo largo de todo el país. Ahora, como esto no ha sido así, lo que corresponde es analizar el programa que el Gobierno ha propuesto.



PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO

DIFUSIÓN

La **señora Hoffman** sostuvo que no se conoce un planteamiento acabado del Ejecutivo al respecto, por lo que surgen lógicas inquietudes:

- ¿Cuáles son los Canales de Difusión del Programa si no hay Presupuesto asignado?

- ¿Cuál va a ser la Campaña Nacional para que la ciudadanía se informe del Acompañamiento?

ACCESO

800 572 800

chile unido
www.embarazoN0deseado.cl

- Teléfono GRATUITO
- 24 horas
- Sin barreras geográficas
- A lo largo del país
- Uso de redes sociales

**Es Oportuno?
Es Claro y Directo?
Es Gratuito?**

Nivel Primario Ingreso

1. Control prenatal/ otra atención en salud - revelación de violencia sexual
2. Derivación desde un servicio de urgencia obstétrico y/o general
3. Derivación SML
4. Hora priorizada a través de Salud Responde 600 360 7777

LLÁMAME A SALUD RESPONDE
600-360-7777

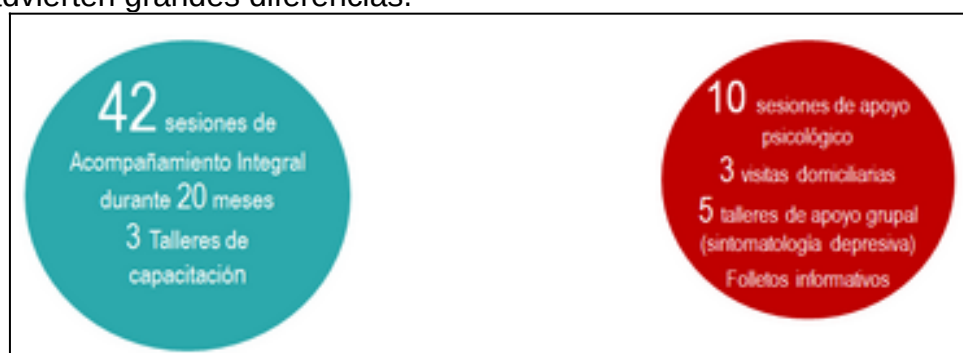
Fuente: MINSAL, Mayo 2017

La **señora Hoffmann** hizo ver que la Fundación que dirige pone a disposición de los usuarios una línea telefónica gratuita (800575800), cuestión que resulta muy relevante si se toma en cuenta que el apoyo recae fundamentalmente en mujeres vulnerables, muchas de las cuales sólo cuentan con teléfonos de prepago. Todo el acompañamiento, destacó, es gratuito.

En lo que el Ejecutivo propone, en cambio, ya el ejercicio de llamar al número telefónico (6003607777) supone un costo. Y lo que es más grave, la atención es realizada por una grabación, en circunstancias que quien intenta comunicarse es, seguramente, una mujer que sufre una gran angustia. Cabe cuestionar, entonces, la eficacia de la atención y acogida que se brinda en el momento en que más se necesita.

ACOMPañAMIENTO

La **señora Hoffman** señaló que en la comparación de lo que la Fundación Chile Unido ofrece, versus la propuesta del Gobierno, se advierten grandes diferencias.



- ¿Es un acompañamiento efectivo para la mujer embarazada?
- ¿Por cuánto tiempo se extiende el acompañamiento?
- ¿Es suficiente para abordar la necesidad específica de cada mujer?

La **señora Hoffman** hizo hincapié en que tratándose de situaciones tan graves y si lo que efectivamente se busca es brindar un acompañamiento, debiera contemplarse una capacidad de adaptación que permita atender cada caso en particular.

DERIVACIÓN

La **señora Hoffman** resaltó que mientras la Fundación que dirige ha sido capaz de desarrollar amplias redes de apoyo, lo que la propuesta del Gobierno considera (servicios públicos e instituciones de adopción), no parece suficiente.



- ¿Cómo se asegurará una atención prioritaria a la mujer?
- ¿Qué apoyo recibirán las mujeres que requieren un hogar?
- ¿Cómo se entregará el apoyo en zonas aisladas?

PRESUPUESTO

\$\$ MINSAL ≠ M. Hacienda

1- Flujo Financiero, Gasto Total Proyectado M\$

M\$/Años	POR UNA VEZ	EN REGIMEN ANUAL	TOTAL
Subtítulo 21	133.200	1.424.361	1.557.561
Subtítulo 22	459.500	457.281	916.781
Subtítulo 24		249.489	249.489
Subtítulo 29	600.000		600.000
TOTAL M\$	1.192.700	2.131.131	3.323.831

Fuente: Ministerio de Salud, 2 mayo 2017

\$320.076 por persona en caso de embarazo producto de violación

Concepto de gasto	Primer año				TOTAL	Segundo año (en régimen)				TOTAL
	ST21	ST22	ST24	ST29		ST21	ST22	ST24	TOTAL	
Seguimiento	0	43.416	109.994	0	153.410	0	43.416	109.994	153.410	
Apoyo terapéutico y sesiones grupales	0	0	156.698	0	156.698	0	0	156.698	156.698	
Capacitación de equipos	143.098	493.184	0	0	636.282	0	0	0	636.282	
Ecogramías	0	0	0	641.372	641.372	0	0	0	641.372	
Estudio de confirmación diagnóstica segunda causal	0	292.402	0	0	292.402	0	292.402	0	292.402	
Acompañamiento psicossocial	2.492.236	0	0	0	2.492.236	2.492.236	0	0	2.492.236	
Acompañamiento salud responde 24/7	231.648	79.333	0	0	310.981	231.648	79.333	0	310.981	
Medicamentos (DC) e Insumos	0	106.454	0	0	106.454	0	106.454	0	106.454	
Atención vehículo Alto Riesgo Obstétrico (ARO)	0	82.800	0	0	82.800	0	82.800	0	82.800	
Impresión de Folleto/Difusión	0	20.000	0	0	20.000	0	20.000	0	20.000	
Apoyo traslado mujeres	0	126.790	0	0	126.790	0	126.790	0	126.790	
TOTAL	3.866.982	1.342.138	266.692	641.372	5.057.184	2.713.883	798.954	266.692	3.779.529	
Proyecto 00000	1.226.400	229.580	0	0	1.455.980	1.226.400	229.580	0	1.455.980	

Fuente: Ministerio de Hacienda, 16 mayo 2017

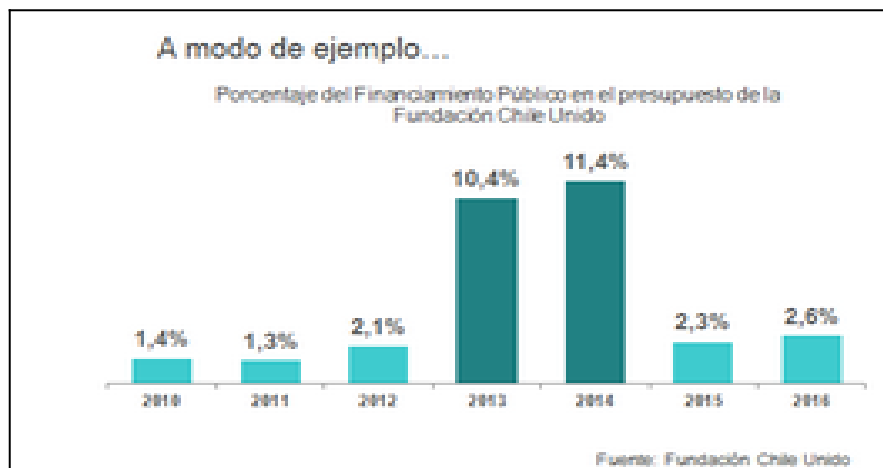
No es posible determinar costo por persona en caso de embarazo producto de violación

La **señora Hoffmann** manifestó que de acuerdo con la información puesta a disposición por el Gobierno en su propuesta, es posible concluir que el monto del aporte previsto por persona en caso de embarazo producto de violación, ascenderá a \$320.076. Tal guarismo resulta ser bastante menguado si se compara con la cuantificación del aporte – siempre gratuito, reiteró- que la Fundación Chile Unido realiza: \$602.643 y \$1.177.993 según se trate de la modalidad atención institucional o libre disposición, respectivamente.

Item	Costo Unit (FONASA MAI 2016)	Cant.	Total ANUAL	Costo Unit (FONASA MLE 2016)	Cant.	Total ANUAL
Sesiones de Acompañamiento durante 20 meses (costo Asistente Social)	\$ 2.140	42	\$ 89.880	\$ 10.430	42	\$ 438.060
3 Talleres de capacitación a las madres (costo: Sesiones de Intervención psicossocial grupal \$11.500)	\$ 2.875	9	\$ 25.875	\$ 2.565	9	\$ 23.085
Ecografía obstétrica - prestación mínima	\$ 5.440	1	\$ 5.440	\$ 17.520	1	\$ 17.520
Atención ginecológica - prestación mínima	\$ 6.080	1	\$ 6.080	\$ 13.570	1	\$ 13.570
Atención psicológica - prestación mínima	\$ 2.890	1	\$ 2.890	\$ 11.230	1	\$ 11.230
Atención psicológica - Tratamiento de 20 sesiones por trauma	\$ 2.890	20	\$ 57.800	\$ 11.230	20	\$ 224.600
Atención psiquiátrica - Tratamiento de 5 sesiones por trauma	\$ 7.380	5	\$ 36.900	\$ 14.430	5	\$ 72.150
Asesoría Legal - denuncia violación (Corporación de Asistencia Judicial)	\$ 37.778	10	\$ 377.778	\$ 37.778	10	\$ 377.778
TOTAL (por persona)	\$ 602.643	2000	\$ 1.205.285.556	\$ 1.177.993	2000	\$ 2.355.985.556



¿Cómo se asegura en el tiempo el Presupuesto asignado al Programa de Acompañamiento?



INTERROGANTES

- ¿Cuál es el presupuesto por mujer para cada una de las 3 causales? ¿MINSAL o Ministerio de Hacienda?

- ¿Cómo se asegurará que las mujeres conozcan el Programa de Acompañamiento si no hay canales de difusión identificados y presupuestados?

- ¿Quién va a capacitar a los equipos profesionales de los servicios públicos en el Programa de Acompañamiento? ¿Se tiene la experticia?

- ¿Qué significa la sesión de acompañamiento grupal? ¿Es al grupo familiar?, ¿a mujeres en la misma situación?

- ¿Qué acompañamiento se ofrece al padre del ser en gestación?

- ¿Cómo se espera realizar un acompañamiento diferenciado según la situación particular de cada mujer?

En segundo término, hizo uso de la palabra **la Directora Fundadora de la Corporación Esperanza, señora Elizabeth Bunster**, quien destacó el rol que instituciones como esta cumplen en brindar acogida y apoyo a mujeres embarazadas, de cualquier edad, en dificultades. Pero también a mujeres que se acercan, con mucho sufrimiento, con posterioridad a haber abortado. Tal labor, añadió, no tiene un trasfondo ideológico ni religioso, sino simplemente el objetivo de atender el dolor y sufrimiento de mujeres y hombres afectados por un aborto. Seguidamente, llevó a cabo la siguiente presentación:

Las Secuelas Post Aborto

¿QUÉ HACE PROYECTO ESPERANZA?

Entrega un acompañamiento profesional para superar **secuelas que deja un aborto**

En Chile	
• Santiago	• Se inicia en 1999 en La Florida
• Arica	• Presente en 14 países de A.L
Iquique	• Chile: 2,340 casos
<u>Melipilla</u>	A.L : 14000 casos
San Bernardo	• Año 2007 se forma Red
Rancagua	Panamericana de atención post
Linares	aborto.
Puerto Montt	
Chiloé	
Punta Arenas	

Se habla del aborto como un mal

- Al ser un mal, **tiene consecuencias** (malas): daños en la salud mental; sin embargo, no se dice.

- Y el proyecto de ley NO se hace cargo de la realidad de las consecuencias del aborto: **invisibilización**.

La **señora Bunster** añadió que existe un estrés post traumático a la realización de un aborto, que es ineludible y del cual corresponde hacerse cargo.

Organizaciones como Proyecto Esperanza existen a raíz de esta realidad

El Estado debe **promover políticas que traen un bien para la salud**

- El proyecto de ley dice buscar “ayudar” a las mujeres

- Será una decisión libre, voluntaria...

La **señora Bunster** enfatizó que es sabido que un aborto tiene consecuencias colaterales y adversas. Negarlas implicaría falsear la realidad y aceptar la imposición de una mirada ideológica que redundaría en la ausencia de alternativas solidarias para la mujer afectada, y de los recursos necesarios para prestar un acompañamiento efectivo.

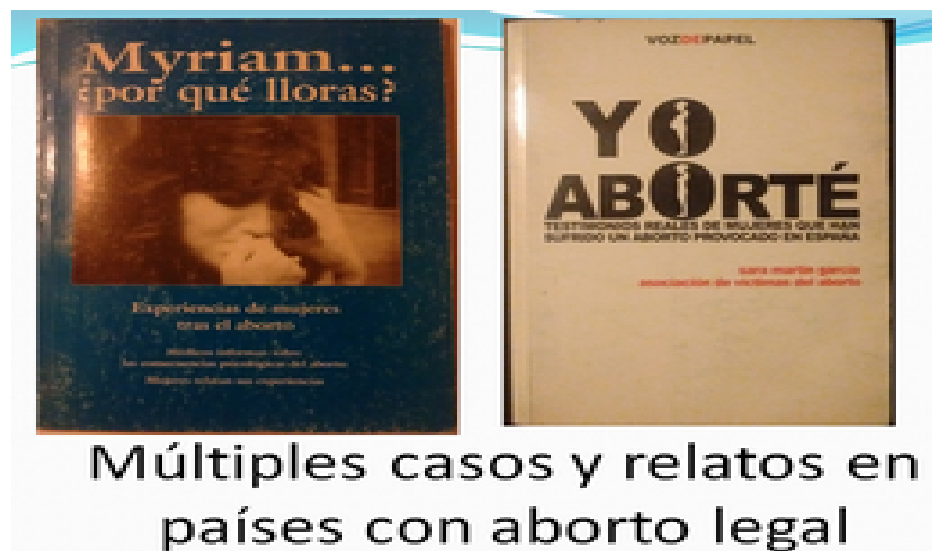
Reseñó, al efecto, el caso de una mujer que en el pasado acudió a la Corporación Esperanza. Habiendo, inicialmente, pensado en abortar, decidió luego tener a su hija diagnosticada con anencefalia, y en las horas de vida que ella tuvo sintió profundamente su amor de madre.

¿A quién recurrirá esta mujer años después?

Un dolor invisible

Escultura “Memorial por los niños no nacidos”
Martin Hudáček de **Eslovaquia**. 2010.





Manifestaciones

- Múltiples de síntomas de estrés post traumáticos (tristeza, recuerdos, culpabilidad, irritabilidad, maltrato, pérdida de interés, etc.)

- Depresión (diagnóstico clínico)

- Ideas suicidas e incluso suicidios

¿Por qué no se habla de las consecuencias del aborto?

- Información sobre los riesgos y efectos (ley de derechos y deberes de los pacientes)

- Proyecto de ley privilegia la libertad de la mujer para decidir: Dilema ético / Responsabilidad Social

Al respecto, la **señora Bunster** agregó que el dilema ético radica en que no se debe dejar de informar sobre los riesgos y secuelas que un aborto suele aparejar.

Sistema Chile Crece Contigo,

Ley N° 20.379, Sistema Intersectorial de Protección Social

- **FINALIDAD:** institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia **Chile Crece Contigo**.

Desde la gestación hasta los 9 años.

Desde el primer control que realiza la matrona en APS, con recursos Chile Crece.

La **señora Bunster** puntualizó que dicho sistema no es de acompañamiento a la mujer, sino de protección a la infancia.

- **Conflicto con proyecto de ley sobre aborto:** Chile Crece y sus recursos cumplen un objetivo diferente frente al factor de riesgo "Conflicto con la maternidad" (Encuesta Epa Simore).

El conflicto, indicó la **señora Bunster**, se verificará entre el sistema que destina recursos públicos para la protección del que está por nacer, por una parte, y, por otra, la expresión de voluntad de la mujer embarazada que no desea tener a su hijo o que simplemente se niega a tomar un determinado medicamento. ¿Deberá acaso la misma matrona que está obligada a proteger al que está por nacer, hacer entrega de la interconsulta para que la mujer pueda practicarse un aborto?, preguntó.

No corresponde, concluyó, que recursos previstos para un fin concreto (la protección de la infancia) sean desviados a fines distintos.

Presupuesto Acompañamiento post aborto
(experiencia Corporación Esperanza)

ITEM	Unidad	N° Sesiones	TOTAL
Orientación psicosocial	8000	1	\$ 8.000,00
acompañamiento duelo	11.200	15	\$ 168.000,00
seguimiento psicosocial	11.200	10	\$ 112.000,00
horas psicólogo	11.200	12	\$ 134.400,00
horas psiquiatra	15.000	10	\$ 150.000,00
Costo Anual por persona			\$ 572.400,00
		Cobertura 1275 personas (50%)	\$ 730.942.200,00
capacitación y formación en acompañamiento post aborto	2200000		\$ 455.400.000
impresión folletería difusión	20000000		\$ 20.000.000
infraestructura y costos fijos	950000		\$ 15.400.000
Valor Anual			\$ 1.221.742.200,00

La **señora Bunster** manifestó que la reparación resulta siempre más onerosa que la prevención. Hizo hincapié en que si se pensara en una cobertura para 1.275 mujeres, el costo anual del acompañamiento ascendería a \$1.221.742.200. La pregunta, subrayó, es si tales montos están considerados dentro de la responsabilidad social que cabe al Estado no sólo en la etapa de embarazo, sino también en el período post aborto.

Trabajo de campo

- El aborto no cura
- La madre no sufre menos por acortar la vida de un hijo enfermo
- Mucha culpa y dolor: busca racionalizar para neutralizar la angustia
- Embarazo por violación: los dolores se suman

VIOLACIÓN

La **señora Bunster** reseñó los siguientes testimonios de aborto:

Fui abusada a los 14 años

“Mi madre me llevó al médico y confirmaron que estaba embarazada, y mis padres me dijeron *“no te preocupes, solucionaremos este problema”*... me llevaron a abortar... Ahora tengo 38 años, formé una familia pude superar el trauma de la violación, pero hasta ahora lloro cada día, he ido a varios psicólogos y no puedo superar el dolor del aborto, porque ese niño también era mi hijo”. (Rebeca, Chile).

¡Por tu salud debes abortar!

“Mi médico de confianza me dijo que no podría tener esa criatura, a mi bebé, le decían “producto”. Era muy posible que muriera al nacer. Mi vida también corría peligro, estábamos abrumados y aborté. No sabía que estaba cometiendo el peor error de mi vida.

Los médicos no me daban otra solución, sino el aborto terapéutico (legal en Ecuador)... Al mes de lo vivido mi padre se puso muy grave, recordé mi aborto y lo relacioné, me puse muy mal y pensé que era un castigo. Sufrí mucho, caí en una depresión, la vida no tenía sentido, creía que era una mala madre. Comencé a encerrarme en mi problema y poco a poco me alejé del mundo. Lloraba porque ya no podía volver atrás”. (Mirta 35 años, Guayaquil).

“Yo aborté. Maté a mi hijo de un mes, el 17 de mayo de 1985. No importan los motivos por los que tomé esa decisión. Yo aún lloro a mi hijo y no sé a qué basurero ir a visitarlo. Quizá no deba moverme de casa y me baste con poner unas flores en el basural de mi conciencia. Debí atreverme a ser padre. Debo ahora Arrepentirme con A de Aborto. Hoy que nada puedo hacer sólo pedirle a Dios y a mi hijo que me perdonen”. (Max, Chile).

Estudio de secuelas psicológicas post-aborto

Corporación Proyecto Esperanza

- Análisis de las razones invocadas para el mismo y de secuelas psicológicas post-aborto, registradas en 586 mujeres atendidas en la Corporación Proyecto Esperanza.

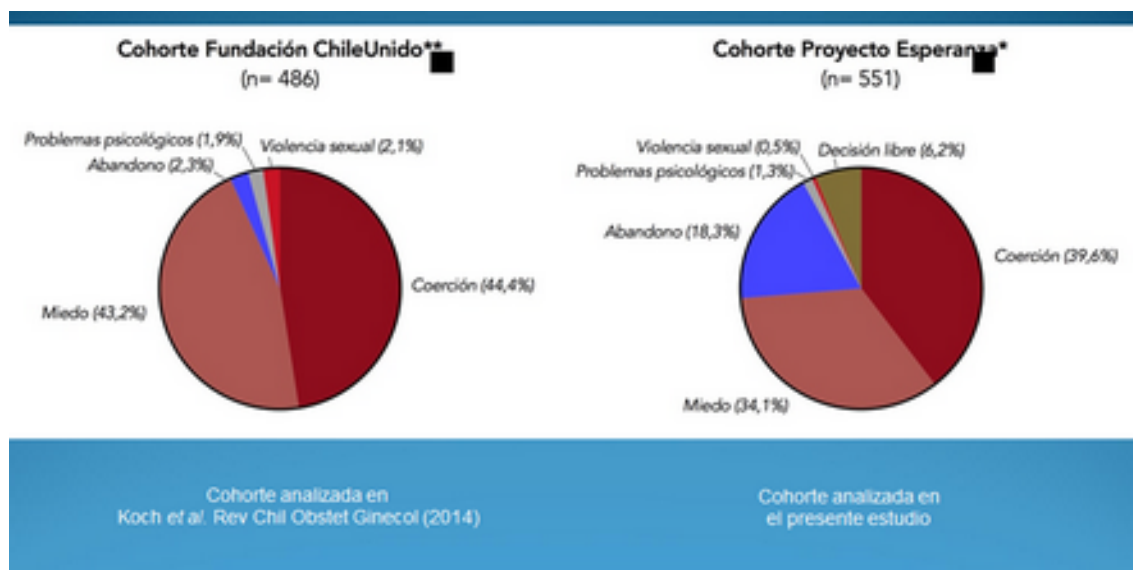
- Las secuelas psicológicas fueron agrupadas en ejes psicológicos, de acuerdo al Código Internacional de Enfermedades (CIE-10).

- Se realizó un estudio bivariado de secuelas psicológicas de acuerdo al carácter espontáneo (n = 35) o voluntario (n = 551) de esta cohorte de mujeres.

- Además se realizó un estudio multivariado para identificar variables predictoras de riesgo de las distintas secuelas psicológicas estudiadas.

Razones invocadas para abortar

Comparación de cohortes pre y post aborto



CONCLUSIÓN

1. El acompañamiento considerado en el proyecto de ley:

- No entrega toda la **información** respecto de las consecuencias del aborto.

- **No se hace cargo** de un acompañamiento profesional post aborto justamente porque **desconoce sus consecuencias**.

- Los recursos: cantidad versus calidad.

2. Decir a la mujer que es libre de abortar es dejarla sola en una terrible encrucijada que nunca más olvidará

Una vez finalizada la presentación, el **Honorable Senador señor Pizarro** manifestó que en virtud de las dos exposiciones hasta ahora recibidas, se puede concluir que no existe una objeción a la existencia de un programa de acompañamiento. Por el contrario, se advierte una reafirmación de la necesidad de contar con él. Las diferencias, entonces, estriban en la determinación sobre cómo, quién y en qué momento debe llevarse a cabo.

El **Honorable Senador señor Coloma** solicitó a los representantes de Fundación Chile Unido y Corporación Esperanza, el detalle, desagregado, de los costos que el sistema de acompañamiento representaría por persona.

En tercer lugar, realizó sus planteamientos ante la Comisión el **Director del Programa “aCompañar-es” de la Pontificia Universidad Católica de Chile, doctor Jorge Neira Miranda**, quien dio lectura a la siguiente minuta:

“En mi calidad de Director del Programa de Cuidados Paliativos Perinatales de la Universidad Católica de Chile “aCompañar-es”, saludo a ustedes con especial respeto y agradecimiento por permitirme exponer.

Sé muy bien que estoy ante la Comisión que estudia aspectos presupuestarios del Proyecto de Ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales.

Quiero enfatizar mi reparo a esta ley que no aporta beneficio a la salud materno infantil de nuestro país a la que he dedicado 40 años de mi vida laboral y académica como Obstetra Ginecólogo.

El Programa “aCompañar-es” acoge y acompaña a la madre, padre y familia que cursa un embarazo con una Malformación Congénita Terminal (MCT) o de sobrevida limitada. Se trata de un Programa de Salud Interdisciplinario, coordinado, que ofrece un manejo activo y proporcionado para la condición de enfermedad terminal, tal como lo describe la OMS para los adultos, pero aplicado al control del embarazo, parto y a la sobrevida neonatal variable, muerte y duelo. En estos cuatro y medio años son 32 pacientes que hemos acompañado (video).

Como ya deben saber las MCT son alrededor de 300 anuales en nuestro país, y como está en acta de la Comisión de Salud el Senado (5 julio 2016), el costo EXTRA arancel FONASA calculado en nuestras atenciones es de \$119.630 para cada paciente en el año 2016, el costo para Isapre hay que multiplicarlo por 4-5 veces

Sin duda que lo más complejo es la preparación del equipo interdisciplinario para un acompañamiento especializado, y como consta en el acta de la Comisión de Salud del Senado (5 de julio 2016), la Pontificia Universidad Católica de Chile pone a disposición del país un curso de 60 horas, tanto online como presencial según la necesidad de las personas.

La modalidad online ha demostrado mayor eficiencia en la educación de adultos saltándose además las barreras de distancia lo que es una fortaleza en nuestro país, en cambio la modalidad presencial cumple con el objetivo de mayor interacción con el equipo docente pero está limitado al centro del país.

Esta formación en el acompañamiento especializado está dirigido a las personas que cursan una MCT como a las que han sufrido una agresión sexual.

El costo es el habitual con que la Universidad vende cursos al país y que se manejan en la plataforma Chile-Compra.”.

Enseguida, expuso ante la Comisión el **Director Médico de la Fundación Porta Vitae, señor Sergio Valenzuela**, quien dio lectura a la siguiente minuta:

“Agradezco la invitación para participar en esta sesión de la Comisión que Ud. preside y poder aportar los antecedentes con que cuento y que me parece son necesarios de tomar en consideración por parte de los honorables senadores antes de pronunciarse sobre la viabilidad presupuestaria de la parte correspondiente al “acompañamiento para mujeres en las tres causales”.

El interés que tengo es el de poder explicarles desde mi experiencia, cómo hemos trabajado el “acompañamiento” a padres con hijos en riesgo vital y a embarazadas en situación de embarazos complejos. Y la Tesis que quisiera argumentar es la siguiente: Plantear que se necesita desarrollar un programa de acompañamiento diferente en formulación y objetivos al del Ejecutivo. No puede, un programa de Acompañamiento surgir como un apéndice de otro proyecto como es el de Despenalización de Aborto por tres causales.

Basado en dos ideas.

1) No es lo mismo acompañar a una mujer violada que a una madre de un hijo con mal pronóstico vital o una embarazada en riesgo vital

2) Asesorar e informar no es lo mismo que acompañar.

Por eso, el problema que se discute en esta Comisión debiera girar en torno a si los recursos asignados no serán una pérdida de dinero, dada la especificidad de los distintos acompañamientos.

Mi experiencia en asistencia a embarazadas, se inicia con el giro que sufre la obstetricia y ginecología como especialidad primaria, para darle paso a los avances que trajo (tanto en conocimiento científico como en herramientas diagnósticas y terapéuticas) la naciente especialidad de medicina materno fetal.

Nuestra vocación por el tema del acompañamiento, surge de un grave desbalance entre el desarrollo tecnocientífico y el abandono de la humanización en torno a la maternidad compleja.

- El Consultorio de Asistencia Perinatal del Hospital Clínico de la Universidad de Chile y luego la Fundación Médica Portavita, atiende a padres de embarazos con fetos en riesgo vital, malformados complejos y nacidos con problemas graves que impliquen impacto familiar, basados en la hipótesis de que la atención de los padres incide en el bienestar del feto y del recién nacido.

- Se ha construido un protocolo multiprofesional con participación de pediatra, psicóloga, matronas, obstetra y servicio social que sigue el caso con reuniones grupales y de especialidad desde antes del parto hasta después del desenlace, cualquiera sea éste.

- Este trabajo ha permitido conocer, asistir e investigar sobre la realidad de estos padres que requieren de apoyo especializado para sobrellevar los sentimientos de duelo, temor y culpa que se desarrollan en estas situaciones, derivar a otros profesionales de Salud Mental cuando es necesario y preparara los padres ante la eventualidad de nuevos embarazos.

- El foco de atención no es si los padres o las mujeres van a decidir hacer algo concreto como abortar o no. El foco está en atender sus necesidades vitales y aproximarnos a la vivencia de otro que sufre.

Desde el momento que la medicina materno fetal, puede predecir la existencia de (determinadas condiciones que hacen suponer) un niño cuya existencia será breve, se han desarrollado experiencias exitosas de acompañamiento a estas mujeres embarazadas, en

muchas partes del mundo. En Chile somos pocos los que tenemos una experiencia sistemática en el tema.

Sin embargo, al no estar disponibles en forma generalizada, ya se produce una brecha de inequidad entre quienes pueden acceder a estos programas y quienes no los conocen o no pueden ser atendidos.

Esto nos permite afirmar que hacer un programa de acompañamiento, es necesario para todas las madres que, algunas en forma dramática, más allá del límite que nos impone el proyecto de despenalización, viven un embarazo complejo. Hay padres que por segunda o tercera vez, tendrán que enfrentar un parto en los límites de la viabilidad, o prematuros extremos que también necesitan acompañamiento. Hay padres que tienen hijos con malformaciones graves pero que vivirán con ellas por un tiempo mayor, etc.

Nuestro convencimiento es que a lo que apunta este presupuesto en discusión, es solamente a prestaciones protocolizadas y por ende, fijas. Es cierto que incluye gasto en infraestructura y maquinarias, pero sin una idea organizadora y coordinadora de las verdaderas necesidades de las mujeres con embarazos complejos en Chile y que superan ampliamente la decisión de si abortar o no. De hecho, el aborto surge muchas veces como solución ante el abandono de la maternidad.

Entonces, si se trata de implementar un grupo de prestaciones a cargo de profesionales del área psicosocial, se trata de ofrecer más de lo mismo, puesto que ya existe en la atención primaria de salud y que se organiza en torno a la información que genera la entrevista psicosocial abreviada (EPsA).

Nuestro convencimiento es que para realizar un programa efectivo, permanente, accesible, inclusivo, que impacte en los propósitos de la maternidad vulnerable, y partiendo por las madres y padres con hijos en riesgo vital, se debe dar categoría de Ley de la República y no un programa colgado de una modificación del Código Sanitario.

Las necesidades de conformar equipos con alta motivación vocacional, la necesidad de capacitarlos y el compromiso de permanencia en el tiempo en los equipos que se vayan formando sucesivamente en torno a estas temáticas de acompañamiento multiprofesional, requieren de estabilidad en el tiempo y son incompatibles con la forma en que está planteado el financiamiento actualmente, el que debiera contar con un presupuesto asegurado por un tiempo mínimo de 5 años y de ser posible, en forma permanente.

Esto se discutió en su momento y se presentó un proyecto de ley que fue ingresado al congreso por un grupo de parlamentarios de la Democracia Cristiana y que en su esencia propone crear institucionalidad en torno a esta materia. *El objetivo del programa de acompañamiento es institucionalizar el sistema de prestaciones sanitarias de apoyo a la mujer con un embarazo complejo y coordinar todas las necesidades especiales, sean médicas, psicológicas o psiquiátricas, sociales, administrativas, etc. que la madre requiera por su estado.*

(La estructura general del programa de acompañamiento está organizado en tres niveles: 1) Programa nacional de coordinación general; 2) sedes regionales y 3) las unidades de acompañamiento.)

Este proyecto de Ley que he mencionado, toma en consideración, la experiencia de nuestro programa (CAP Consultorio de Asistencia Perinatal) de haber trabajado el Acompañamiento en los múltiples aspectos que demanda el tema y en los grados de complejidad requeridos. Aspectos que considera a los diferentes profesionales involucrados en la asistencia de las madres con hijos con mal pronóstico vital y sus familias.

La madre en los comienzos de su embarazo, inicia un proceso de apreciación de su bebé, como un ser “vivo” y “humano” que es parte de su cuerpo, pero que a su vez se constituirá como un ser diferente.

Estos momentos son de gran importancia, ya que marcan el inicio de la toma de conciencia del hijo, otorgándole a ese feto un espacio para habitar dentro de su mundo psíquico¹ (Carmen Gloria Alarcon aborto terapéutico y Salud mental).

Si se presenta un quiebre con la normalidad, como es la sospecha de una malformación compleja, en ese momento se inicia un camino hacia el dolor y la inseguridad. Es esta sospecha, la que debe ser confirmada en los niveles de mayor complejidad asistencial, lo que permite iniciar el trabajo de Acompañamiento. La experiencia nacional muestra que la inmensa mayoría de los diagnósticos, salvo la anencefalia y el Higroma quístico, se hace después de las 22 semanas.

(Este trabajo

- Primer Nivel : *La sospecha*
- Segundo Nivel : *El diagnóstico*
- Tercer Nivel : *El acompañamiento*

3.1.- Acogida

3.2.- Controles

3.3.- Reuniones de grupo

- 3.4.- Asistencia o facilitación en la resolución
- 3.5.- Controles post resolución
- 3.6.- Cierre)

La problemática del acompañamiento debe incluir las fases descritas y asegurar los elementos inspiradores de una ley de este tipo. Como el tiempo es breve, solo destacaré los aspectos que incluyen:

a) Certificación diagnóstica expedita. ¿Cuál es el problema hoy? En el Proyecto del Ejecutivo se dice que hay que asegurar los Componentes del Acompañamiento (entre otros)

- Evaluación por equipo perinatólogo multidisciplinario, estudio especializado y consejería genética en mujeres con embrión o feto que padezca una alteración estructural congénita o genética de carácter letal.

Sin embargo existen carencias en la capacidad para realizar la certificación diagnóstica:

A pesar de que el proyecto del ejecutivo dice: “Se decide que por el número de mujeres afectadas en estas 3 causales y por el resguardo de su privacidad evitando la estigmatización de éstas en sus territorios, se reforzarán los centros de especialidad de Alto Riesgo Obstétrico, 69 en todo el país, donde se deberá valorar cada caso y realizar mayoritariamente los procesos de acompañamiento de las mujeres afectadas.”

Los médicos que realizan los diagnósticos en estos centros, cuando les preguntamos qué hacen con las pacientes a las que se les realiza un diagnóstico como este:

¿Cómo se han estado manejando hasta ahora?

- Haciendo reuniones ecográficas semanales donde se confirman los diagnósticos. Si son “letales” se devuelven a su lugar de origen y no sabemos más de ellas.

- Si son letales y de nuestra ciudad, tienen un seguimiento ecográfico con nosotros, pero nada más. Si son operables se siguen y se programa su parto o derivación según cupo neonatal o patología fetal.

- Tenemos posibilidad de cariotipo en líquido amniótico, pero cada vez más restringido por la parte plata. Se envían al JJ Aguirre por un convenio muy engorroso con orden de compra.

Luego, la afirmación de que se evaluará por equipo perinatólogo multidisciplinario, estudio especializado y consejería genética no es viable hoy día. Según datos de la rama de genética de la Sociedad Chilena de Pediatría, los diagnósticos de las trisomías que se incluyen en este proyecto de Ley, deben ser confirmadas por estudio genético.

¿Cuál es la situación de la especialidad de genética en Chile en 2017?

1.- Hay 22 genetistas activos en el registro de prestadores individuales (1,3/millón de habitantes), El 75% trabaja en la región metropolitana. Se requieren 4 genetistas /millón de habitantes (72 genetistas).

En el norte de Chile no hay ningún genetista.

En el sur: 1 en Rancagua, 2 en Concepción, 1 en Temuco.

En Santiago, en el sector público:

H. Roberto del Río: 1
 H. Luis Calvo Mackenna: 2
 H. Sótero del Río: 3
 H. Exequiel González Cortés: 1
 H. San Borja Arriarán: 1
 H. de la Florida: 1

En Hospitales universitarios:

HCUCH: 3
 PUC: 2
 Clínicas: Clínica Santa María: 1, Clínica Las Condes: 2, Clínica Alemana: 3, Clínica Dávila: 2, Clínica Tabancura: 1, Clínica Indisa: 1 Clínica Bicentenario: 1, Clínica U de los Andes: 1

Varios están en más de un lugar...

2.- Hay un solo centro formador de genetistas, U. de Chile. En este momento hay dos cursando 3°, una de ellas destinada al Hospital Exequiel González Cortés. En 2° año hay dos becadas una destinada al Hospital Exequiel González Cortés y la otra al Hospital Roberto del Río. En Primer año hay una becada destinada al SS de Valparaíso.

3.- Es importante el énfasis que se hizo en la revisión publicada en la Revista chilena de pediatría en relación al diagnóstico. El diagnóstico prenatal ecográfico es insuficiente para poder

realizar dg. de anomalías con mal pronóstico vital, dentro de ellas hay dos cromosomopatías que requieren confirmación citogenética, el estudio citogenético requiere instalaciones muy especializadas y que no son suficientes ni siquiera para la demanda actual. En este momento los laboratorios de citogenética que existen en el país son:

Antofagasta 1

Santiago: U de Chile, U católica, INTA, Clínica Las Condes, Clínica Dávila, Clínica Alemana, Hospital Luis Calvo Mackenna, Hospital Sótero del Río, Hospital San Borja Arriarán.

Temuco: 1

Concepción: 1 Clínica Alemana de Concepción
Por otro lado las otras anomalías no cromosómicas requieren exámenes de imágenes como RNM, habría que evaluar la disponibilidad de acceso a este tipo de exámenes.

b) El Caso de la Salud Mental:

“...por el resguardo de su privacidad evitando la estigmatización de éstas en sus territorios...” se les atenderá en los niveles centrales de Alta Complejidad.

Para mayor carga de prueba, de lo insuficiente del programa de acompañamiento del ejecutivo, en términos del cálculo de las complejidades que implica, aparte de la certificación de diagnóstico, la disparidad de criterios sobre donde se debe hacer y quienes deben hacer el acompañamiento, surge la evidencia que “frente al diagnóstico de malformación congénita del bebé in útero, existe una reacción emocional de duelo, duelo por la pérdida del bebé imaginario (idealizado, ideal: proceso psíquico normativo), *duelo que a su vez involucra un proceso de reajuste psicológico conductual y social frente a la pérdida de un objeto significativo.*

Hemos acompañado a madres que experimentan resolución en paz de su proceso una vez acompañadas, pero es frecuente y así se describe en la literatura científica, que de no hacerse un proceso a escala humana, bien conducido, se desencadenan diferentes formas de Duelo Patológico (Síndrome de duelo crónico dependiente, Síndrome de duelo distorsionado por pérdida repentina o inesperada, Síndrome de duelo ambivalente)

El diagnóstico que suscita mayor intensidad emocional es el descubrimiento in útero de patología del feto y más aún si tiene riesgo de incompatibilidad vital. Precipita a la persona y la familia en una cascada de reacciones que comprometen el proceso de vinculación con

el bebé, de ellos entre sí y de la imposibilidad de comprender y resolver la ambivalencia de estar embarazada y al mismo tiempo tener que despedirse. Esto debe hacerse, en su medio, junto a su familia y generando soporte en las redes personales de configuración de sentido. No aislarla ni llevarla lejos de su familia.

Al proceso de vinculación normal se contrapone la amenaza de la pérdida del bebé. Se rompe brutalmente la representación del bebé sano, explotan múltiples sentimientos pena, rabia, temor, culpa, frustración y la herida narcisista por “la incompetencia de la función maternal”.

¿Que propone el Proyecto del Ejecutivo?

En Mayo decía: Acompañamiento de 10 sesiones de psicólogo/a, 3 visitas domiciliarias y 5 talleres grupales si hay síntomas depresivos.

En Julio dice: Acompañamiento

¿Cuál es la realidad de la Salud Mental en Chile?

En el sector público, se les proporciona atención apenas el 20% de las personas que lo necesitan. La brecha entre las necesidades y las atenciones es escandalosa.

Además las pacientes que cursan con necesidades especiales, con asistencia a controles de salud mental, deben pedir licencias médicas, apenas si son aceptadas, en su mayoría se les recortan días por reposo excesivo. Esto destruye económicamente a la familia, cuando las necesidades de contar con apoyo de especialistas en salud mental para patología que no está justificada por los COMPIN, licencias no reembolsadas, consideradas como injustificadas² (SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS: LA SALUD DE SEGUNDA CATEGORÍA – UDP 2013. Chile cuenta con un magro presupuesto destinado a salud mental, cuyo máximo ha alcanzado al 3% del total del gasto en salud (en países desarrollados, bordea el 10%), lo cual se relaciona con algunos de los procesos de discriminación mencionados en la atención en salud mental. Sin recursos suficientes, equitativos y sostenibles, así como sin políticas y estrategias con claros objetivos, plazos e indicadores, la promesa del acceso oportuno y de la calidad en la atención en salud mental es insostenible).

. ¿Cómo se promete lo que no se puede cumplir?

La Salud Mental, posiblemente sea característico que requiere escaso desarrollo tecnológico, mínimos requerimientos de infraestructura, sin embargo, es donde se presentan los mayores desniveles de atención versus necesidad, donde los estigmas que se derivan de los diagnósticos están lastimosamente muy presentes y la brecha entre sectores público y privado es enorme.

La maternidad vulnerable no es un constructo para hacer demagogia, es para llenarlo de contenido y para comprender lo que está en juego y hacer algo con la clasificación.

Quisiera terminar mi presentación diciendo que con respecto a la mujer embarazada también existe el estigma de la vulnerabilidad. ¿Todas son vulnerables, o ninguna?

La tradición mapuche señala:

Una vez sembrado el germen masculino, cuajado el embrión, la administración de las fuerzas de la vida la dirige y regula la mujer.

Lo que ella haga o no haga resultará decisivo en esa "fábrica de futuro" que es su vientre y su mente...

*Ella es la que forja el coraje del guerrero, donde con su mente cada amanecer mete al sol invicto en el embrión*³ (Mora Penroz, z., Técnicas arcaicas del éxtasis. Santiago: Ed. Kushe Tomo II Colección La medicina de Arauco).

En torno al embarazo mismo, la referencia a la tradición mapuche quiere señalar el valor y la potencia que la mujer embarazada porta en su calidad de forjadora del futuro y de marcar el destino del germen en su vientre y también (mediante él) el destino de su nación. **En esa condición, es puente donde se articula el tránsito de nuevas energías, de contacto con realidades disímiles, que le hacen portadora de una fuerza poderosa, prodigiosa, pero a la vez peligrosa, perturbadora.** Como dice Z. Mora, "*estas prácticas obstétricas, que la mujer debía ejecutar sola, era la máxima expresión del respeto mapuche al lado luminoso y creador de la Fuerza primordial*"⁴. (Mora Penroz, z., Técnicas arcaicas del éxtasis. Santiago: Ed. Kushe Tomo II Colección La medicina de Arauco). **Las soluciones que plantearemos hoy, a su problemática, deben estar a la altura de su misión.**"

Finalmente, la Comisión recibió al **Profesor de la Universidad de Los Andes, señor Gonzalo García**, quien dio lectura a la siguiente presentación:

"1. Presentación política

Muchas gracias señor Presidente por la invitación. Como se ha señalado vengo en representación de un grupo de profesionales humanistas cristianos, entre ellos la ex Senadora y ex Ministra Soledad Alvear, con los que hemos estado trabajando para intentar proponer

alternativas más humanas al modelo de regulación de legalización del aborto en tres causales que presentó a este parlamento el Gobierno. Hemos trabajado, ya hace algunos años, motivados por el acuerdo del 27 de Julio de 2015 del Consejo Nacional del Partido Demócrata Cristiano que resolvió políticamente no sólo ratificar los acuerdos del V Congreso Ideológico **en el sentido que entre los** principios fundantes de nuestro partido está el valor inalienable de todos los miembros de nuestra especie, y la dignidad humana, sino que además ratifico y expreso que había un abierto y amplio acuerdo de todos los sectores del partido en orden a entender que el desarrollo de un programa de acompañamiento al embarazo en riesgo y en condiciones de vulnerabilidad; era una prioridad que no era negociable. Nos comprometimos en aquél entonces en la creación de unidades de cuidados paliativos perinatales en los hospitales regionales del país; programas de apoyo al niño que nace con dificultades; etc.

Algunos de nuestros diputados optaron lamentablemente por apoyar el proyecto de tres causales –creyendo equivocadamente que se trataba de un verdadero proyecto de despenalización -, pero pusieron como necesaria condición para aquello que debía implementarse un programa de acompañamiento eficiente y universal para las mujeres con embarazos complejos. No podía ser de otra forma: si se eliminaba la única forma de prevención del aborto, había que implementar otra que, aunque sin amenazar con pena, tuviera la capacidad de evitar y desincentivar la opción por el aborto y que implicara ser una opción más humana de resolución. Paralelamente, otro grupo de diputados, acogiendo nuestro trabajo profesional, presentó un proyecto de Ley con un completo proyecto de Acompañamiento a la mujer con embarazos complejos y riesgosos que iba más allá de las tres causales e incluía, por ejemplo, embarazos de niñas menores de edad o partos prematuros.

En consecuencia, de lo relatado anteriormente, y más allá de nuestra diferencia, existía un acuerdo en que los problemas relacionados a los abortos en las tres causales y algunas hipótesis adicionales, exigían un verdadero programa de acompañamiento: que ofreciera un sistema de prestaciones sanitarias de apoyo a la mujer con un embarazo complejo, que permitiera coordinar con todas las necesidades especiales, sean médicas, psicológicas o psiquiátricas, sociales, administrativas, etc. que la madre y su familia requiriera por su estado. No se trata entonces, de acumular prestaciones, sino de una coordinación y sistematización de prestaciones permanentes con la finalidad de acompañar a la madre y a su marido, su pareja y/o familia, a vivir del modo más humano y solidario posible, un embarazo de características complejas, ofreciéndose como un recurso para la información, y luego como un acompañamiento en la búsqueda de fuentes de configuración de sentido a la vivencia; además de servir de nexo con las instancias de control prenatal y de resolución del embarazo, que permitan la toma de decisiones respetuosa de la cultura, tradiciones y significados que la paciente y su familia le confieren a ese

proceso. Este proyecto debía comprender no sólo una institucionalización y organización de unidades de acompañamiento sino además una protocolización, por ejemplo, en etapas que comprendan desde el diagnóstico y la entrega de información inicial especializada, hasta el período posterior a la resolución, según sus complejidades y según el tipos de causal (no es similar la situación de la inviabilidad que la de violación, por ejemplo).

La discusión parlamentaria ha mejorado en términos sustantivos la regulación del art. 119 del Código Sanitario, en lo que respecta al proyecto de acompañamiento, estableciéndolo como un derecho de la mujer y abarcando en términos generales etapas de discernimiento, acogidas pre y postnatales e incluso cuidados perinatales de quienes nacen vivos. Además, se ha establecido que la mujer que no reciba las prestaciones en el sentido y alcance de lo señalado en la ley, puede reclamar administrativamente ante la Superintendencia de Salud. Por tratarse de un derecho subjetivo asociado a derechos esenciales garantizados por la ley, además, podrá presentar recursos judiciales. Sin perjuicio de lo anterior, el Gobierno no ha cumplido la promesa de introducir de manera permanente y segura financieramente un proyecto de acompañamiento que cumpla los parámetros internacionales— sin perjuicio de la inclusión de algunas características de él - ni tampoco le ha otorgado los recursos suficientes para que lo incluido realmente tenga la capacidad de funcionar adecuadamente según los fines que se ha propuesto el Senado con este proyecto. En otras palabras, sin perjuicio de esta incompleta, pero bien intencionada regulación por parte del Senado, por haberle entregado al Ministerio de Salud la regulación de las prestaciones, es que dichos cambios sustanciales se ven mermados o derechamente eliminados sustantivamente por la propuesta de contenido y financiamiento del gobierno, que no sólo es riesgosa para el erario nacional,— considerando las contingencias administrativas y judiciales comprendidas que una garantía incompleta significa – sino que además irresponsable para la salud de nuestra madres.

Problema 1: No se trata de un programa de acompañamiento, sino de uno de asesoramiento con prestaciones aisladas de salud

El Gobierno ha presentado, en términos muy generales y de modo muy precario, una especie de política pública (no agregada a la ley en su contenido) que ha denominado eufemísticamente de “acompañamiento”, con el objetivo de cumplir el mandato de que le ha impuesto al Ministerio de Salud el art. 119; sin embargo, el proyecto mezcla algunas características de los programas de asesoramiento para el aborto, (con una etapa fuerte de entrega de información no preventiva ni disuasoria), mas algunos elementos de políticas sociales orientadas a la protección de la infancia, pero utilizada para otros efectos (Chile Crece Contigo). Sin embargo, en estricto rigor, no se parecen en nada a un programa de acompañamiento y su utilización, no es más que una estrategia para hacer

creer que se han cumplido las promesas políticas y la exigencia que surgirían de la ley. En realidad, el proyecto presentado renuncia a lo mejor del programa de asesoramiento en el derecho comparado – esto es, a su estrategia disuasoria - y a lo mejor de los programas de acompañamiento – esto es, la atención universal de los requerimientos de las mujeres que enfrentan costos relevantes en su embarazo.

Un Programa de asesoramiento es un subproducto de un “sistema o modelo de asesoramiento”, esto es, de un modelo concreto de regulación del aborto, como los implementados en Alemania o Uruguay que tienen por objetivo desincentivar el aborto; se trata de una oportunidad para disuadir a la mujer, a cambio de impunidad si la mujer quiere seguir adelante con su decisión de abortar. En cambio, este proyecto elimina el aspecto disuasorio del modelo de asesoramiento, dejando sólo el orientador o informador sobre la opción del aborto y elimina la orientación hacia la salud universal de la madre, incorporando una política ideológica de género extraña en materia de salud, al centrar su preocupación en garantizar y asegurar que las mujeres puedan acceder al aborto como prestación de salud, aunque garantizando una decisión autónoma, libre e informada de la madre.

En consecuencia, sólo los programas de acompañamiento – no así los de asesoramiento ni menos el programa del gobierno– ofrecen, por una parte, un recurso reflexivo en situaciones de toma de decisiones, dilemas o crisis biográficas¹ (PROPUESTA DE NORMAS PARA LA CONSEJERÍA EN LA ATENCIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS Y LAS ADOLESCENTES – MINSAL2017) dando apoyo a los padres para continuar con su embarazo en *una nueva unidad de significado*. Y, por otro lado, sólo estas ofrecen un *nexo* con las instancias de control prenatal y de resolución del embarazo, que permitan la toma de decisiones respetuosa de la cultura, tradiciones y significados que la paciente y su familia le confieren a ese proceso. Estos programas, buscan entonces, lograr mayores soluciones de humanidad a casos de sufrimiento y dolor.

Una primera conclusión, entonces, es que para efectos del financiamiento se debe considerar que no se trata esencialmente de un programa destinado a proteger la vida del no nacido y su salud, sino de garantizar la libertad de la madre de decidir.

Problema 2: Insuficiencia de prestaciones y financiamiento insuficiente de las prestaciones incorporadas

Los programas de acompañamiento, en general, son sistemas protocolizados de coordinación de prestaciones interdisciplinarias que, a su vez, establecen procesos, en sus etapas progresivas, de ayuda en la estructuración biográfica del proceso personal de cada involucrado; se trata de un acompañamiento “humanizado” del proceso vivencial con apertura a la posibilidad de compartir la toma de decisiones en

torno al parto ya sea de término o adelantamiento del parto. Dicho proceso debería contemplar, a lo menos los siguientes hitos:

- a. Diagnostico especializado,
- b. Información inicial
- c. Primera derivación y recepción en nivel secundario o terciario (conformación de la Unidad de Acompañamiento)
- d. Marcha de la atención.
- e. Seguimiento
- f. Cierre

Cada una de dichas etapas, deben ser desarrolladas por equipos multiprofesionales que impliquen a lo menos Un(a) Psicólogo(a) con experiencia o capacitada en problemas maternos perinatales. Un Médico Pediatra o Médico General cuya principal función es la coordinación con los equipos perinatales y asesorar a la Unidad sobre los problemas en la atención del niño nacido. Un médico obstetra con experiencia básica en manejo del control prenatal y asistencia del parto con morbilidad. Un(a) Asistente Social que coordine las prestaciones y asesoramiento administrativo, burocrático y social de la madre, su hijo y su familia durante el proceso. Otros Asesores de red de especialistas: por ejemplo en el caso de malformaciones graves con sobrevivencia limítrofe (neurocirujanos, nefro-urólogos y los cirujanos infantiles) o psiquiatras en apoyo a la salud mental de la paciente (médico psiquiatras).

Además, cada una de estas etapas, deben estar diseñadas según las necesidades que son permanentes. Así, a modo de ejemplo, la etapa inicial, por constituir una información técnica, difusa y que puede ser extremadamente perturbadora para la mujer, y que exige un protocolo de manejo de la información y de habilitación en comunicación de malas noticias requiere necesariamente de la habilitación de box especiales de contención y trabajo con especialistas, en especial en la salud primaria. Ya que la búsqueda de sentido es previa a cualquier cometido operacional o práctico (toma de decisiones, acciones). Este momento debe ser cuidadoso, empático, completo (de acuerdo al nivel tecnológico del lugar), progresivo (de acuerdo a la respuesta de los afectados), veraz y explícita. Debe tomar el tiempo que sea necesario dado la complejidad y gravedad de los casos. No se trata, como parece extraerse del proyecto del gobierno, se asociar a la patología una hora al psicólogo y otra a la asistente social. La sumatoria aislada de prestaciones, NO es un programa de acompañamiento. Este proyecto no contempla la necesidad de ecografías adicionales (en aquellos casos en que es necesario trabajar el

vínculo) ni el pago de licencias médicas o permisos necesarios para enfrentar el período. Tampoco se contemplan reuniones permanentes de coordinación médica ni entrevistas dirigidas por el equipo en conjunto con sujetos relevantes en la estructura familiar.

Respecto, a la primera y segunda causal principalmente, ya que el proyecto al menos en el texto lo que permite es terminar con el embarazo y no así terminar directamente con la vida del no nacido, por tratarse de un derecho a desvincularse pero no a matar, aquello implicará que muchos de los niños se mantendrán vivos por un lapso de tiempo incalculable. Pero lo que contempla el proyecto de Ley como cuidados paliativos, esto es, a lo menos oxigenación, hidratación, alimentación y manejo del dolor no se encuentra agregado en las glosas; a esto, se debe agregar todos los costos de alimentación especializada, gastos clínicos, de especialistas perinatales, etc. que exigirán aquellas situaciones que se alarguen por meses e incluso por años. Aquellos costos no se encuentran calculados en los cuadros y glosas de la tercera causal.

Tampoco se encuentran claramente dispuestos, ciertos gastos relativos a la tercera causal y su programa de acompañamiento especial. En realidad en estos casos, en especial a las menores de edad, deberán ser la evaluada para posible medidas de protección, lo que significan costos asociados a residencias de Protección que no están contempladas en el programa de acompañamiento; menos aún se encuentran contemplados del acompañamiento y medidas de protección en aquellos casos en que la madre adolescente decide continuar con su embarazo. Hoy las residencias para madres adolescentes tienen poca cobertura y no se encuentran en todas las regiones; habiéndose eliminado de los proyectos del Sename; ¿de dónde se sacarán los recursos para aquello?

Problema 3: La ley 20.379 crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia " Chile Crece Contigo" no compatible con las prestaciones de asesoramiento [aunque si de estricto acompañamiento].

En el título 1, artículo 9, de la ley, establece que el Subsistema de Protección Integral a la Infancia tiene como objetivo **“acompañar el proceso de desarrollo de los niños y niñas que se atiendan en el sistema público de salud, desde su primer control de gestación...”** Por su parte, el Artículo 11 establece que el programa eje del subsistema en referencia será el de “Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial”, que consiste en el acompañamiento y seguimiento personalizado a la trayectoria del desarrollo de los infantes que cumplan los requisitos señalados en el artículo 9º, el que será ejecutado por el Ministerio de Salud. Dicho acompañamiento es universal, es decir, está dirigido a todos los niños que son atendidos en el sistema de salud público y en particular para los casos

de vulnerabilidad, entre estos factores se encuentran la edad de la madre y situaciones de abuso sexual y violación intrafamiliar o fuera del entorno familiar. Es aquí donde se activa un programa especial, siendo de principal cuidado los niños en gestación hijos de madres adolescentes y de madres con embarazos producto de una violación.

De acuerdo a la presentación que hizo el Ministerio de Salud el día 2 de mayo en la Comisión de Salud del Senado sobre el Programa de Acompañamiento que se ofrecerá a las mujeres que se encuentren en alguna de las causales del Proyecto de Despenalización del Aborto, éste podría usar recursos que son parte de la gestión de Chile Crece Contigo, lo que genera preguntas, dado que el equipo profesional y todos los recursos financiados por éste deben ir dirigidos al objetivo establecido por la ley y no a otro.

Principal pregunta que surge:

¿El equipo de matronas, psicólogos y asistentes sociales contratados con recursos del Ministerio de Salud para otorgar los servicios del subsistema de protección integral a la infancia, va a ser el mismo equipo que debiendo cumplir con la ley 20.584 informará a la mujer sobre el aborto y que debiendo cumplir con la nueva normativa de la ley de aborto va a acompañar a la mujer en los casos que ella decida abortar?

CONCLUSIÓN

En definitiva, aun cuando el Senado ha podido avanzar en parte en la garantización del derecho al acompañamiento, lamentablemente el Gobierno no ha posibilitado, hasta ahora, ni una sustantividad de un proyecto realmente de acompañamiento ni los recursos necesarios para que aquel derecho pueda cristalizarse en la realidad. Estos esfuerzos aparecen como aislados y lamentablemente precarios. Desde el punto de vista de nuestro trabajo, y el monitoreo sobre si se han cumplido las exigencias que implica el acuerdo de nuestro partido y aquellas que creemos como equipo profesional como necesarias, debo señalar que creemos que no se han cumplido las condiciones para concretar un verdadero programa de acompañamiento y en las condiciones mínimas.

Una vez finalizadas las exposiciones de los personeros recibidos en audiencia por la Comisión, los representantes del Ejecutivo hicieron uso de la palabra.

La **asesora del Gabinete del Ministerio de Salud, señora Paz Robledo** desarrolló una presentación del siguiente tenor:

Presupuesto Proyecto de Ley Despenalización Interrupción Voluntaria del Embarazo en 3 Causales

Contenidos

1. Antecedentes
2. Informe Financiero
3. Prestaciones consideradas según causal

Para la adecuada implementación de las prestaciones que regulan esta Ley, se requiere resguardar los siguientes componentes

1. Contar con Normas Nacionales que resguarden el acceso y calidad técnica de las acciones definidas en la presente Ley, basadas en evidencia, que regulen tanto al sistema público como privado de salud
2. Contar con Protección financiera para todas las mujeres que lo requieran
3. Garantizar la oportunidad en tiempo de diagnóstico, tratamiento y acompañamiento que requiera cada mujer que accede a cualquiera de las 3 causales

Normas Nacionales

Se desarrollan en base a la mejor evidencia científica disponible a nivel mundial, con la participación de especialistas y sociedades científicas, y se someten a consulta pública.

Estas Normas regulan técnicamente la implementación a nivel público como privado (flujograma para la toma de decisiones en cada causal y las prestaciones contenidas)

Las prestaciones definidas en Normas Nacionales serán valoradas con código FONASA que permita las prestaciones por el sistema libre elección.

La Superintendencia de Salud indicará a las ISAPRES que reconozcan, validen y desarrollen las respectivas codificaciones de las prestaciones en sus seguros de salud y convoquen a sus prestadores de salud a indicar quienes estarían interesados y en condiciones de ofertar estas nuevas prestaciones de salud.

Formas de Protección financiera en Salud

Garantías AUGE: NO SE PUEDE

Decretos GES están determinados por Ley 19.666 que define los tiempos, criterios y estándares para incorporar prestaciones como garantías explícitas de salud. Estos están basados en priorizaciones dadas por carga de enfermedad de salud, magnitud del problema y estudios de costo-efectividad. Las prestaciones que ingresan a GES son definidas por el Comité Técnico Asesor del MINSAL, no por las autoridades políticas, exclusivamente. Próximo decreto corresponde al año 2019.

Bien Público de Salud: SI SE PUEDE

Estos casos son los Programas Nacional de Inmunización, tratamiento ITS y tratamiento TBC. Se definen y ejecutan mediante un decreto del Ministerio de Salud de Chile, donde el Estado dispone los recursos para poder ofertar prestaciones específicas a todas las personas del país que les corresponda, en los establecimientos de salud pública.

Reforzamiento del Sistema Público de Salud

- Se decide que por el número de mujeres afectadas en estas 3 causales y por el resguardo de su privacidad evitando la estigmatización de éstas en sus territorios, se reforzarán los centros de especialidad de Alto Riesgo Obstétrico, 69 en todo el país, donde se deberá valorar cada caso y realizar mayoritariamente los procesos de acompañamiento de las mujeres afectadas.

- La Atención Primaria tendrá un rol de puerta de entrada y de monitoreo de los casos, para lo cual se transferirán recursos para profesionales a cada comuna, de manera que, si alguna de estas mujeres requiere la activación de sus redes de apoyo locales, así como acceder a otras prestaciones territoriales sociales o de salud, estas se concreten.

Informe financiero Proyecto de Ley

Subtítulos	TOTAL
Subtítulo 21	2.866.982
Subtítulo 22	1.242.138
Subtítulo 24	266.692
Subtítulo 29	641.372
TOTAL \$	5.017.184

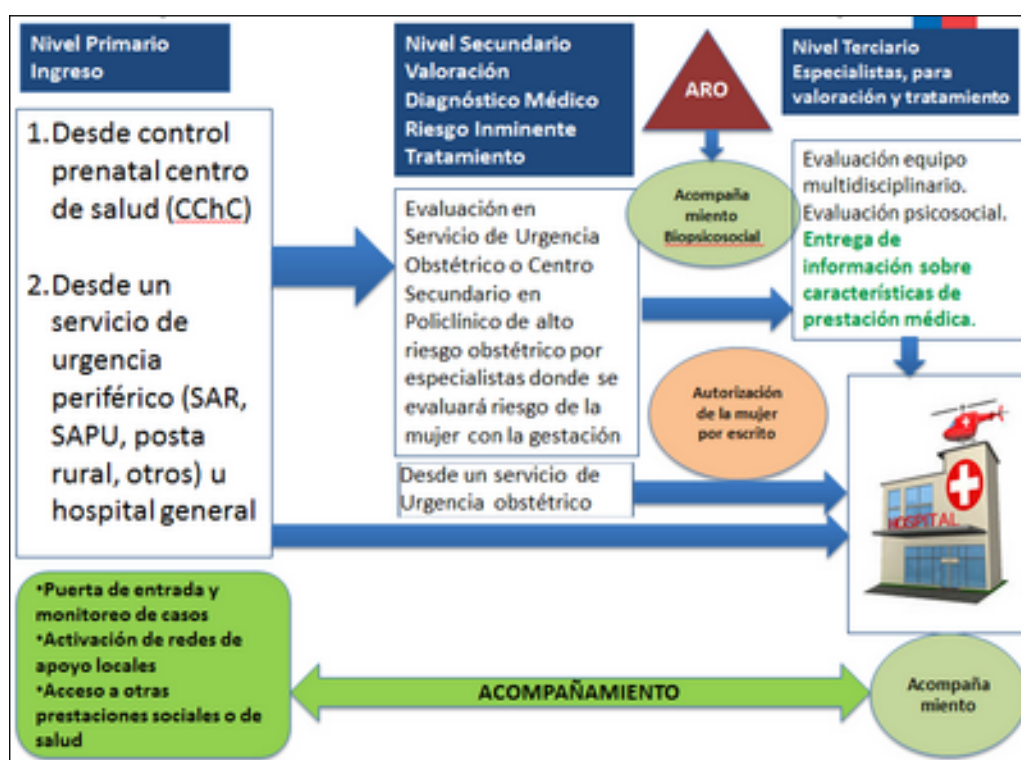
Subtítulos	POR UNA VEZ	EN REGIMEN ANUAL	TOTAL
Subtítulo 21	143.099	2.723.883	2.866.982
Subtítulo 22	491.184	750.954	1.242.138
Subtítulo 24		266.692	266.692
Subtítulo 29	641.372		641.372
TOTAL \$	1.275.655	3.741.529	5.017.184

Detalle costos

Costos modificados	21	22	24	29	TOTAL	21	22	24	29	TOTAL
Seguimiento	0	43.416	109.994	0	153.410	0	43.416	109.994	0	153.410
Apoyo terapéutico y sesiones grupales	0	0	156.698	0	156.698	0	0	156.698	0	156.698
Capacitación de equipos	143.098	491.184	0	0	634.283	0	0	0	0	0
Ecotomografos	0	0	0	641.372	641.372	0	0	0	0	0
Estudio de confirmación diagnóstica segunda causal	0	292.402	0	0	292.402	0	292.402	0	0	292.402
Acompañamiento psicosocial	2.492.236	0	0	0	2.492.236	2.492.236	0	0	0	2.492.236
Acompañamiento salud responde 24/7	231.648	79.103	0	0	310.750	231.648	79.103	0	0	310.750
Medicamentos (Kit) e insumos	0	106.454	0	0	106.454	0	106.454	0	0	106.454
Arriendo vehículo ARO (policlínico Alto Riesgo Obstetrico)		82.800			82.800		82.800			82.800
Impresión de Folletería/Difusión		20.000			20.000		20.000			20.000
Apoyo traslado mujeres		126.780			126.780		126.780			126.780
TOTAL	2.866.982	1.242.138	266.692	641.372	5.017.184	2.850.663	624.174	266.692	0	3.741.529

Primera Causal

Flujo 1era Causal: Riesgo vital de la mujer

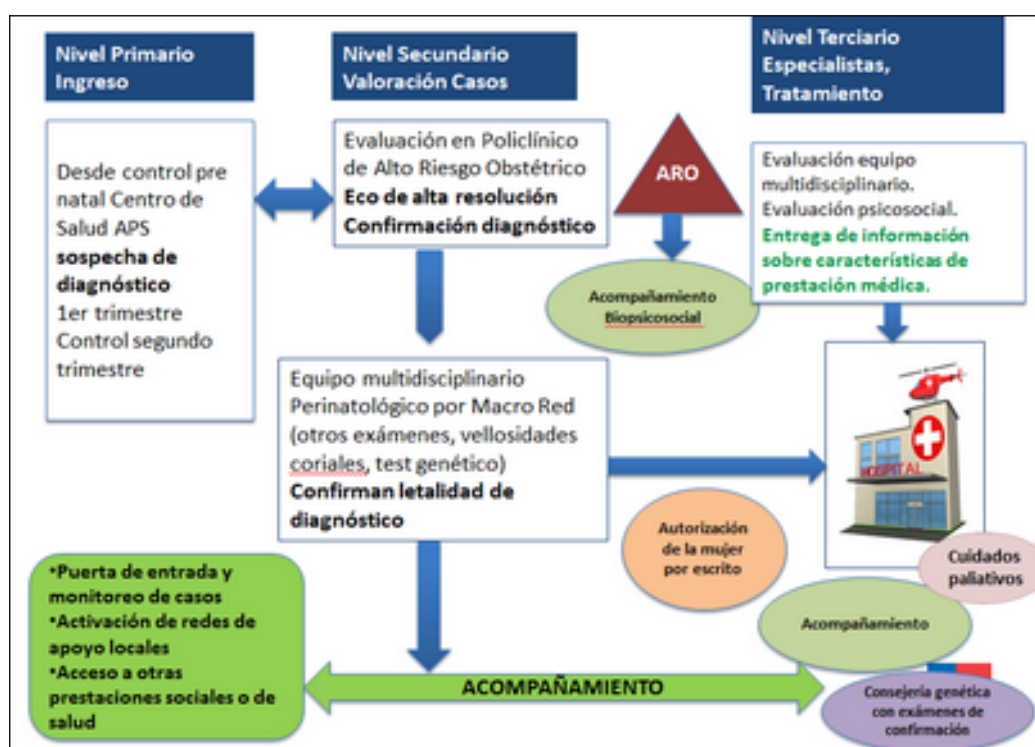


Valoración Costos según Glosas

ACOMPAÑAMIENTO PRIMERA CAUSAL					
Código FONASA	GLOSA	Cantidad	Prestación	Valor UNITARIO FONASA 2014	Valor TOTAL FONASA 2014
01-01-003	Consulta Integral especialidades/ subespecialidades	2	Médico especialista/consentimiento	11.730	23.460
Apoyo Psicosocial					
Código FONASA	GLOSA	Cantidad	Prestación	Valor UNITARIO 2014	Valor TOTAL FONASA 2014
09-01-009	consulta psicológica 45 min sesión	10	Psicólogo/a	14.430	144.300
01-01-004	Evaluación social/visitas domiciliaria	3	trabajador/a Social	10.430	31.290
09-02-002	Terapia Grupal	5	Psicólogo/a	10.260	51.300
				Subtotal	226.890
				Total	250.350 por persona

Segunda Causal

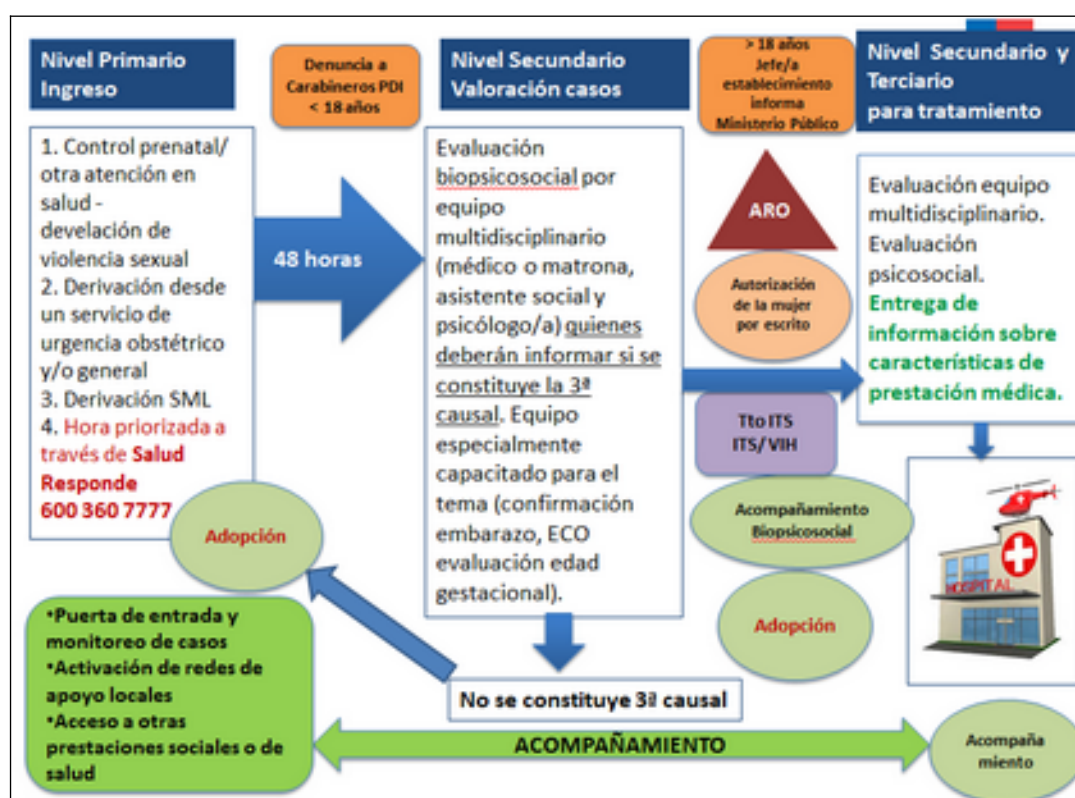
2da Causal: Alteraciones estructurales de carácter letal del feto



Costos por Glosas Segunda Causal					
1era etapa diagnóstico					
Código FONASA	GLOSA	Cantidad	Prestación	Valor UNITARIO	Valor TOTAL FONASA
01-01-003	Consulta Integral especialidades y subespecialidades	4	Médico medicina fetal	11.730	46.920
04-04-122	Ecografía Doppler	1	Equipo especialista	65.440	65.440
03-04-003	Cariograma LA, piel u otros	1	Equipo especialista	56.240	56.240
20-01-006	Amniocentesis	1	Equipo especialista	13.630	13.630
			Subtotal	147.040	182.230
Consejo Genético Familia					
Código FONASA	GLOSA	Cantidad	Prestación	Valor UNITARIO FONASA	Valor TOTAL FONASA
01-01-003	Consulta Integral especialidades/ subespecialidades	2	Médico Genetista	11.730	23.460
04-05-012	Resonancia Nuclear Magnética	1	RNM Mortineonato	209.560	209.560
03-04-002	Biología Molecular (Fisch)	1	Cromosomas x e y, deleción cromosoma 22	56.240	56.240
04-01-049		1			
04-01-032	Estudio Radiológico esqueleto completo	1	A-P y Lat	108.190	108.190
04-01-151		1			
04-01-054		1			
			Subtotal	385.720	397.450
Apoyo Psicosocial					
Código FONASA	GLOSA	Cantidad	Prestación	Valor UNITARIO FONASA	Valor TOTAL FONASA
09-02-002	Consulta o control psicológico clínico	10	2 mensuales	10.260	112.600
01-01-004	Consulta domiciliaria horario hábil	3	Según requerimiento	10.430	31.290
			Sub total	20.690	143.890
Total 2da causal				723.570/PERSONA	

Tercera Causal

3era Causal: Embarazo producto de violación



Costos por Glosas Tercera Causal					
1era etapa diagnóstica					
Código FONASA	GLOSA	Cantidad	Prestación	Valor UNITARIO	Valor TOTAL FONASA
P000297	Consulta de Acogida y Evaluación Inicial	1	Matrona	13.058	13.058
04-04-005	Eco tomografía Valoración edad gestacional	1	Médico Obstetra	17.520	17.520
09-01-009	Evaluación diagnóstica	2	Evaluación salud mental	14.430	14.430
01-01-004	Evaluación Social/visita domiciliar la hábil	2	Asistente Social	10.430	20.860
01-01-308	Consulta Consentimiento Informado	1	Médico Obstetra	13.570	13.570
				Subtotal	79.438
PRESTACIONES OFERTADAS					
Código FONASA	GLOSA	Cantidad	Prestación	Valor UNITARIO	Valor TOTAL FONASA
09-01-009	consulta psicológica 45 min sesión	10	Psicólogo/a	14.430	14.430
01-01-004	Evaluación social: vistas domiciliarie	3	trabajador/a Social	10.430	31.290
09-02-002	Terapia Grupal	5	Psicólogo/a	10.260	51.300
				Subtotal	97.020
Total				168.458 por persona	

En relación con la presentación del Ejecutivo, el **Honorable Senador señor Coloma** expresó que, en estricta relación con la competencia de la Comisión de Hacienda, los recursos comprometidos en el proyecto de ley no dan real cuenta de las necesidades que un acompañamiento efectivo e integral exige.

La **asesora del Gabinete de la Ministra de Salud, señora Robledo**, señaló que para tener claridad respecto de la magnitud del acompañamiento comprometido por el Ejecutivo, no sólo hay que considerar los recursos que estrictamente contempla el proyecto de ley. Deben considerarse, además, las prestaciones que ya existen en la red de salud relacionadas con las tres causales, que sumadas a las que ahora se agregan conforman un sistema que da cuenta de las necesidades que requiere un acompañamiento de este tipo.

Por otra parte, en lo concerniente a la segunda causal (alteraciones estructurales de carácter letal del feto), el **Honorable Senador señor Coloma** observó que, en virtud de la aprobación de una indicación en su momento presentada por el Senador señor Araya, se pasó de un diagnóstico de médico especialista a dos diagnósticos de médico especialista. A partir de dicho cambio, consultó cómo se espera que varíe el presupuesto del proyecto de ley, y si eso se refleja en el informe financiero (el que, en rigor, sigue siendo el mismo que tuvo a la vista la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento).

En segundo lugar, refirió que ante la precitada Comisión y ante la preocupación manifestada por sus integrantes por asegurar que no existan errores en el diagnóstico de inviabilidad, la señora Ministra de Salud planteó que se incluirá la compra de equipos con ese fin. Preguntó de qué manera se modifica el presupuesto en virtud de este último factor.

La **asesora del Gabinete de la Ministra de Salud, señora Robledo**, respondió que siempre estuvo contemplado por el Ministerio el contar con diagnóstico acabado en relación a la segunda causal. De esta forma, en el presupuesto inicial ya se incluía una valoración en policlínico de alto riesgo obstétrico con un ginecólogo como especialista y, además, el desarrollo de macroredes, en las que evalúa un médico perinatólogo y un equipo propiamente tal. Por consiguiente, se cuenta con la evaluación de un especialista y un subespecialista.

Precisó que el cambio que se introduce en el proyecto de ley sólo explicita en el texto que se consideraban dos evaluaciones por especialistas.

En relación a los insumos e inversión en equipos para diagnóstico, señaló que desde un inicio se incluía el

fortalecimiento macrozonal de medicina materno fetal con ecógrafos de alto nivel de resolución, de manera de contar con las herramientas técnicas necesarias para hacer los diagnósticos.

El **Honorable Senador señor Coloma** señaló que sorprende la respuesta anterior, porque de acuerdo con el segundo informe de la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento, el Ejecutivo no compartió lo propuesto por el Senador señor Araya acerca de la necesidad de un segundo diagnóstico. En consecuencia, lo lógico sería que la modificación en comento sí implique un impacto presupuestario.

La **Ministra, señora Pascual**, especificó que el proyecto de ley siempre tuvo contemplado dos diagnósticos por la segunda causal, sólo que se refería a un médico con las habilidades específicas requeridas –no especialista, en tanto Chile no cuenta con una ley específica sobre la materia-. Por tanto, la indicación en cuestión sólo significó un cambio de nomenclatura, mas no un aumento en el número de diagnósticos.

En relación con la tercera causal (embarazo producto de violación), el **Honorable Senador señor Coloma** observó que la última lámina sobre costos parece contener, al menos, dos errores. El primero, si se contemplan 2 “evaluaciones diagnósticas” y el costo unitario es \$14.430, el valor total no puede ser también \$14.430, sino \$28.860. El segundo, que si se incluyen 10 consultas psicológicas con valor unitario de \$14.430, el valor total debiera ser \$144.300 y no \$14.430. Consultó si esos errores se reproducen en el informe financiero.

El **Jefe de Sector Políticas Sociales de la Dirección de Presupuestos, señor Héctor Gallegos**, explicó que en el informe financiero se encuentran correctamente recogidas las cifras planteadas por el señor Senador, por lo que sólo se trata de errores de escritura o copia en la lámina de la presentación.

A continuación, de conformidad con su competencia, la Comisión de Hacienda se pronunció respecto de las siguientes disposiciones del proyecto de ley: incisos décimo primero, décimo segundo, décimo tercero y décimo cuarto contenidos en el numeral 1 del artículo 1º; y artículo transitorio. Lo hizo en los términos en que fueron aprobados por la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento, como corresponde de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 41 del Reglamento de la Corporación.

Artículo 1°

Incorpora, mediante cuatro numerales, diversas enmiendas en el Código Sanitario.

Numeral 1)

Sustituye el artículo 119 por otro que desarrolla la autorización para la interrupción del embarazo, mediando la voluntad de la mujer, por un médico cirujano.

Como se señalara, los incisos de competencia de la Comisión de Hacienda son los décimo primero, décimo segundo, décimo tercero y décimo cuarto, cuyo tenor es el siguiente:

“En el marco de las tres causales reguladas en el inciso primero, la mujer tendrá derecho a un programa de acompañamiento, tanto en su proceso de discernimiento, como durante el período siguiente a la toma de decisión, que comprende el tiempo **anterior y** posterior al parto o a la interrupción del embarazo, según sea el caso. Este acompañamiento incluirá acciones de acogida y apoyo biopsicosocial ante la confirmación del diagnóstico y en cualquier otro momento de este proceso. En caso de continuación del embarazo, junto con ofrecer el apoyo descrito, se otorgará información pertinente a la condición de salud y se activarán las redes de apoyo. Este acompañamiento sólo podrá realizarse en la medida que la mujer lo autorice, deberá ser personalizado y respetuoso de su libre decisión. En el caso de concurrir la circunstancia descrita en el número 3) del inciso primero, se proveerá a la mujer de la información necesaria para que pueda presentar una denuncia.

En la situación descrita en el número 2) del inciso primero, el prestador de salud proporcionará los cuidados paliativos que el caso exija, tanto si se trata del parto como de la interrupción del embarazo con sobrevivencia del nacido.

Las prestaciones incluidas en el programa de acompañamiento a las mujeres que se encuentren en alguna de las tres causales, serán reguladas por un decreto de las autoridades a que se refiere la letra b) del artículo 143 del decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Salud, de 2006. Asimismo se establecerán los criterios para la confección de un listado de instituciones sin fines de lucro que ofrezcan apoyo adicional al programa de acompañamiento, el que deberá ser entregado de acuerdo al inciso décimo primero.

En el caso de que el acompañamiento no sea ofrecido en los términos regulados en este artículo, la mujer podrá

recurrir a la instancia de reclamo establecida en el artículo 30 de la ley N° 20.584. Ante este reclamo, el prestador de salud deberá dar respuesta por escrito dentro del plazo de cinco días hábiles, contado desde el día hábil siguiente a su recepción y, de ser procedente, adoptar las medidas necesarias para corregir las irregularidades reclamadas dentro del plazo máximo de cinco días hábiles, contado desde la notificación de la respuesta. Si la mujer presentare un reclamo ante la Superintendencia de Salud, de ser procedente según las reglas generales, ésta deberá resolverlo y podrá recomendar la adopción de medidas correctivas de las irregularidades detectadas, dentro de un plazo no superior a treinta días corridos. Sin perjuicio de lo anterior, toda mujer que hubiere sido discriminada arbitrariamente en el proceso de acompañamiento podrá hacer efectiva la acción de no discriminación arbitraria contemplada en los artículos 3° y siguientes de la ley N° 20.609, que establece medidas contra la discriminación.”.

Artículo transitorio

Prescribe lo siguiente:

“Artículo transitorio.- El mayor gasto fiscal que irroque la aplicación de esta ley, en su primer año presupuestario, se financiará con cargo a los recursos que se consulten en la Partida 16 “Ministerio de Salud” de la ley de Presupuestos respectiva. No obstante, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la Partida Presupuestaria del Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no se pudiera financiar con tales recursos. Para los años siguientes se contemplará el financiamiento en las leyes de Presupuestos.”.

El Presidente de la Comisión (Honorable Senador señor Montes), propuso a los miembros de la Comisión pronunciarse en una sola votación respecto de todas las disposiciones de su competencia.

Puestos en votación los incisos décimo primero, décimo segundo, décimo tercero y décimo cuarto del numeral 1 del artículo 1°, y el artículo transitorio, se registraron las siguientes fundamentaciones de voto:

El Honorable Senador señor García manifestó coincidir con lo planteado por la serie de expositores recibidos por la Comisión, en el sentido de que el programa de acompañamiento contemplado en el proyecto de ley se circunscribe a las tres causales de interrupción del embarazo que en él se consideran. Esto, a su juicio, resulta insuficiente e impropio.

Por el contrario, en su opinión, un programa de acompañamiento integral debiera considerar todos los embarazos y la maternidad en general, y no ser incluido en una específica modificación al Código Sanitario, sino en un articulado distinto que regule de manera precisa sus finalidades y alcances

Yendo al contenido del programa de acompañamiento propuesto por el Ejecutivo, por otra parte, hizo ver que en la actualidad existe una lista de 70.000 y 20.000 mujeres en espera de una consulta de especialidad ginecológica y de una cirugía no AUGE, respectivamente. Con este antecedente, es razonablemente dudoso que todas las prestaciones que dicho acompañamiento incluiría, lleguen efectivamente a llevarse a cabo. Debe tenerse presente, consignó, que la consagración de tal programa en el proyecto de ley obedece a una exigencia realizada por un partido político para concurrir con sus votos a la aprobación de este último, y no responde a una convicción profunda por implementar el programa de acompañamiento más adecuado para la realidad de la maternidad en Chile.

Finalmente, calificó como inaceptable y desprolijo que, conforme al artículo transitorio de la iniciativa legal, se indique que ésta va a ser financiada con cargo al presupuesto del Ministerio de Salud y, en lo que faltare, con recursos del Tesoro Público. Sabido es, sostuvo, que dicha cartera de Estado no cuenta con fondos para cubrir otras necesidades, y que dificultosamente logra atender las obligaciones con las que ya cuenta.

Anunció su abstención respecto de las disposiciones puestas en votación.

El Honorable Senador señor Coloma expresó, en primer lugar, ser filosóficamente contrario al contenido del proyecto de ley, por tener el efecto de debilitar el derecho a la vida.

En relación con el programa de acompañamiento, en segundo término, se mostró de acuerdo con la argumentación realizada por el Senador señor García. Se advierte, sostuvo, una concepción que restringe dicho acompañamiento y deja de lado la profunda dignidad y relevancia inherente a la maternidad. Lo más adecuado, entonces, hubiese sido dar origen a una política pública social de otra dimensión, que abordara esta problemática desde una óptica integral que excediera el ámbito de un proyecto sobre aborto.

Votó en contra.

El Honorable Senador señor Pizarro puso de relieve que cuanto más integral y duradero sea el acompañamiento que se preste a las mujeres embarazadas o que han dado a luz, tanto mejor.

El ideal, en tal sentido, sería contar con un sistema especial, consagrado en la ley, que aborde esta materia

Es indudable, consignó, que el programa que el presente proyecto propone es insuficiente. A veces, sin embargo, lo ideal es enemigo de lo bueno, por lo que el hecho de que comience a implementarse ya constituye un avance que dará lugar a una *praxis* que, en el tiempo, seguramente se irá perfeccionando.

Por otra parte, quiso dejar claridad que el Partido Demócrata Cristiano planteó, en su momento, la necesidad de incorporar un programa de acompañamiento con miras a fortalecer el proyecto de ley, que el Ejecutivo acogió. No se propuso, de ninguna manera, como un condicionamiento para la votación de la iniciativa, pues a cada Senador le asiste el derecho de pronunciarse de acuerdo con su personal saber y entender.

Votó a favor.

La **Honorable Senadora señora Muñoz** sostuvo que resulta controversial instalar la figura del acompañamiento en el presente proyecto de ley. Efectivamente, indicó, lo que se requiere es un acompañamiento más integral a las mujeres, aunque tampoco se puede desconocer que lo que se está proponiendo servirá de ayuda para las mujeres.

Dicho lo anterior, llamó la atención sobre que cuando una mujer llega a un recinto hospitalario en una situación de embarazo que pone en riesgo su vida, o con un proceso de mal gestación en su vientre o luego de haber sido violada, lo hace viviendo un drama. Hay ahí, entonces, un tremendo conflicto entre la vida de la madre y la del que está por nacer. Este es, enfatizó, el problema que en realidad se presenta, porque el aborto no es un ejercicio al que graciosamente se someten o exponen las mujeres. Por lo mismo, debe ser precisamente este el nivel en el que debe situarse todo debate que se pretenda sostener.

Votó a favor.

El **Honorable Senador señor Montes** valoró el debate que ha tenido lugar en el seno de la Comisión a raíz de las propuestas por contar con un programa de acompañamiento para las mujeres en los casos de interrupción del embarazo. Ha quedado en evidencia, observó, que lo propuesto en el proyecto resulta insuficiente y hacen falta más recursos. No obstante, carencias similares se pueden encontrar en diversos ámbitos de la sociedad, como el de la deserción escolar, el de cobertura para personas discapacitadas o el de acogida a

los adultos mayores, sólo por mencionar algunos. Todos ellos, al igual que la interrupción del embarazo, dan cuenta de que nuestra sociedad sigue siendo tremendamente precaria en muchas áreas y de que, a fin de cuentas, el énfasis en la necesidad de consagrar derechos sociales y mayor igualdad requiere una exigencia mayor para todos los actores sociales.

Votó a favor.

En consecuencia, los incisos décimo primero, décimo segundo, décimo tercero y décimo cuarto del numeral 1 del artículo 1º, y el artículo transitorio fueron aprobados por tres votos a favor (de los Honorables Senadores señora Muñoz y señores Montes y Pizarro), uno en contra (del Honorable Senador señor Coloma) y una abstención (del Honorable Senador señor García).

Una vez finalizada la votación, el **Honorable Senador Allamand** solicitó poner en consideración de la Comisión una proposición que, en lo sustancial, propone agregar en el inciso décimo tercero del nuevo artículo 119 del Código Sanitario, el siguiente texto: "La madre podrá siempre solicitar que el acompañamiento a que tiene derecho le sea otorgado por instituciones u organizaciones de la sociedad civil. La mujer podrá elegir libremente tanto la entidad como el programa de acompañamiento que estime más adecuado a su situación particular y convicciones personales".

No se produjo la unanimidad requerida por el artículo 121, inciso final, del Reglamento del Senado, para la introducción de nuevas enmiendas, en virtud de la oposición de la **Honorable Senadora señora Muñoz**, quien sostuvo que la hipótesis de la proposición ya se encuentra recogida en el proyecto de ley despachado por la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento. En consecuencia, dicha proposición no fue considerada.

- - -

INFORME FINANCIERO

La Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda elaboró una serie de informes financieros en relación con el presente proyecto de ley.

El primero de ellos, de 4 de agosto de 2015 (IF N° 114), señala, de modo textual, lo siguiente:

“I. Antecedentes

El presente proyecto de ley tiene por objeto resolver un conflicto entre bienes que son inconmensurables, despenalizando la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales: peligro de la vida de la mujer embarazada; embrión o feto que padezca una alteración estructural congénita o genética incompatible con la vida extrauterina; y embarazo producto de una violación.

II. Efecto del Proyecto sobre el Presupuesto

Fiscal

Si bien el presente proyecto de ley puede generar una mayor demanda por atenciones de los servicios públicos de salud, no es posible determinar razonablemente en esta instancia algún fortalecimiento institucional requerido, dada la imposibilidad de determinar el aumento en el número de atenciones que pudieran originarse.

Dado lo anterior, de establecerse una mayor demanda por atenciones que supere la capacidad de los servicios públicos de salud, el mayor gasto requerido será considerado en las Leyes de Presupuestos respectivas.”.

Un segundo informe financiero fue emitido con fecha 28 de agosto de 2015 (IF N°23), en relación con indicaciones formuladas al proyecto de ley durante su tramitación. Su tenor es el siguiente:

“I. Antecedentes

El presente informe financiero se refiere a las indicaciones al Proyecto de Ley que tiene por objeto la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Asimismo, contempla diversas disposiciones en relación con la manifestación de voluntad de la mujer en dichos casos.

Esta indicación considera los siguientes puntos:

- Autorización de un representante legal para realizar el procedimiento en mujeres que han sido declaradas incapaces judicialmente en caso de demencia, teniendo en cuenta su opinión.

- Precisión sobre la falta de autorización del representante legal de las menores de 14 años, entendiéndose por esto la negación del o la representante legal. Además, se agrega la no admisión de oposición alguna de terceros, pudiendo solo ser modificada vía recurso de apelación únicamente en caso de ser rechazada.

- El deber del prestador de acompañar a la mujer, tanto en su proceso de discernimiento como durante el período posterior a la toma de decisión, lo cual incluye el tiempo posterior al parto o la interrupción del embarazo.

Este acompañamiento sólo podrá realizarse en la medida que la mujer lo autorice, deberá ser personalizado y respetuoso de su libre decisión.

Para estos efectos, los deberes y obligaciones complementarán el Sistema Intersectorial de Protección Social y se cumplirán en el marco de un sistema de acompañamiento del Estado, coordinado en forma interministerial.

- La obligatoriedad de la denuncia del delito de violación por parte de los Jefes(as) de establecimiento hospitalario o de clínicas particulares donde se solicita la interrupción, en el caso de que la solicitante sea una niña o adolescente menor de 18 años.

II. Efectos del Proyecto sobre el Presupuesto

Fiscal

Para los distintos casos se contempla trabajar con un equipo profesional de apoyo psicosocial, constituido por un psicólogo y un trabajador social, que acompañará a las mujeres en los distintos procesos dentro la red pública de Salud en 69 establecimientos priorizados, además de las prestaciones médicas correspondientes, las cuales se realizarán con el equipo médico existente en los servicios de salud.

Teniendo en cuenta los efectos financieros de las modificaciones planteadas en este proyecto de ley, se debe considerar que se traducirán en gastos por única vez y otros en forma permanente, así:

a) Se requerirá reforzar la red pública de salud, con recursos para la intervención y diagnóstico en aquellos establecimientos definidos para practicar la interrupción del embarazo sólo para las tres causales, junto con la difusión, capacitación y coordinación, para su implementación a nivel de atención primaria, secundaria y terciaria en la red pública de salud.

De esta forma, se requiere realizar una preparación del sistema público de salud en el tratamiento a las mujeres que soliciten la interrupción del embarazo, tanto en el sistema primario de atención de salud, como en el resto de la Red, mediante actividades específicas en las cuatro macroregiones del país: Norte, Metropolitana, Sur y Nivel Central, considerando locación, pasajes, viáticos y materiales.

b) Conjuntamente, se requiere la contratación de profesionales no médicos que acompañen el proceso a las mujeres en la red de prestadores públicos definida, sobre todo desde el punto psicosocial, unido a la coordinación a nivel del sistema público, estimándose para esto la incorporación, en jornada parcial, de un trabajador social y un psicólogo por servicio de salud, para los 69 establecimientos definidos, de mediana y alta complejidad del país.

En este punto, se considera el reforzamiento del Sistema Intersectorial de Protección Social mencionado en la indicación, a través del programa Chile Crece Contigo. Las prestaciones consideradas dentro de esta línea son: visita domiciliaria integral, atención psicoterapéutica individual y grupal en la Atención Primaria de Salud y en Servicios de Salud que tienen atención primaria a su cargo.

c) Adicionalmente, se requiere el refuerzo de recursos para gastos de operación respectivos, destinados a realizar la intervención y diagnóstico por las tres causales. Se contempla que en el 70% de los casos se logrará un aborto farmacológico o no quirúrgico, siendo necesario considerar el costo de los medicamentos e insumos para practicar los procedimientos necesarios.

d) Asimismo se contempla un gasto adicional que refuerza la operación de Salud Responde, la plataforma telefónica del Ministerio de Salud encargada de brindar información, apoyo y educación en salud a todo el país, las 24 horas del día durante todo el año, explicado por objeto de mayores consultas que se reciban de la población producto de la iniciativa legal, correspondientes al costo por llamada adicional recibida principalmente, estimándose el incremento de 10.000 llamadas.

En resumen, el mayor gasto fiscal que representará la aplicación de esta ley es el siguiente:

Gastos Anuales	Año 1					Año 2 (en régimen)			
	21	22	24	29	Total	21	22	24	Total
a) Capacitación y Sensibilización Funcionarios Servicios de Salud y Atención Primaria	133.200	459.500			592.700				0
b) Recursos Humanos no médico y Operación: Acompañamiento	1.317.900	40.615	249.489		1.608.004	1.317.900	40.615	249.489	1.608.004
c) Medicamentos, Insumos y Equipamiento		373.127		600.000	973.127		373.127		373.127
e) Salud Responde	76.000	74.000			150.000	76.000	74.000		150.000
Total	1.527.100	947.242	249.489	600.000	3.323.831	1.393.900	487.742	249.489	2.131.131

El mayor gasto fiscal que representará la aplicación de esta ley durante el primer año se financiará con cargo al Presupuesto del Ministerio de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la partida presupuestaria del Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no se pudiere

financiar con esos recursos.”.

Más tarde, acompañando otras indicaciones formuladas, el siguiente nuevo informe financiero (IF N° 13) fue elaborado con fecha 20 de enero de 2016:

“I. Antecedentes

El presente Informe Financiero se refiere al Mensaje que contiene indicaciones al Proyecto de Ley que Despenaliza la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales.

El mensaje considera modificaciones en los siguientes aspectos:

- Se establece que el acompañamiento incluirá acciones de acogida y apoyo biopsicosocial ante la confirmación del diagnóstico o en cualquier otro momento de este proceso. En caso de continuación del embarazo, también se otorgará información pertinente a la condición de salud y activación de redes de apoyo.

- Se hace remisión al procedimiento de reclamo regulado en el artículo 30 de la ley N° 20.584, en caso que el acompañamiento no sea ofrecido en los términos establecidos; a la vez, se establecen plazos reducidos para dicho procedimiento.

- Se establecen penas de cárcel a personas que destinen, con fines de lucro, órganos, tejidos o fluidos humanos provenientes de una intervención propia de la interrupción del embarazo.

II. Efectos del Proyecto sobre el Presupuesto

Fiscal

Las presentes indicaciones no implican un mayor gasto fiscal.”.

Con posterioridad, el 8 de marzo de 2016 un cuarto informe financiero (IF N° 22) fue emitido, en relación, asimismo, con una indicación presentada. Su tenor es el que sigue:

“I. Antecedentes

El presente Informe Financiero se refiere a la Indicación presentada al Proyecto de Ley que Despenaliza la

Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales, con la finalidad de incorporar un artículo transitorio para el financiamiento de la ley.

En dicho contexto, la norma transitoria señala que los gastos que irroge la aplicación de esta ley, durante el primer año, se financiará con cargo a los recursos contemplados en el presupuesto del Ministerio de Salud, no obstante, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la Partida Presupuestaria del Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no pudiere financiar con dichos recursos. Para los años siguientes, el financiamiento se contemplará las Leyes de Presupuestos.

II. Efectos del Proyecto sobre el Presupuesto

Fiscal

La Indicación no implica un gasto fiscal adicional a los informados en los respectivos Informes Financieros (N° 123/2015 y N° 13/2016).”.

Finalmente, se presentó el siguiente Informe Financiero Sustitutivo (IF N° 51), de 16 de mayo de 2017:

“I. Antecedentes

El presente Informe Financiero Sustitutivo, cumple con dos objetivos, el primero, referido a dar cuenta de nuevos costos en el marco de las tres causales reguladas en el proyecto de ley, por efecto del reforzamiento del programa de acompañamiento al incorporar en las duplas psicosociales a profesionales médicos psiquiatras, otorgar apoyo económico para el traslado de mujeres, financiar la impresión de folletería para cumplir con la entrega de información completa y reforzar el programa salud responde con un cuarto turno de matronas.

El segundo, se refiere a la actualización de los gastos en personal, operación e inversión en activos no financieros, a moneda 2017.

II. Efecto sobre el Presupuesto Fiscal

El efecto sobre el gasto fiscal de financiar las acciones antes descritas, totaliza M\$ 1.455.980, lo que representa un incremento en régimen del 64% con respecto al gasto inicial del proyecto de ley. Los costos desagregados se presentan en el siguiente cuadro:

Concepto de gasto	Primer año				TOTAL	Segundo año (en régimen)			
	5721	5722	5724	5729		5721	5722	5724	TOTAL
Seguimiento	0	43.418	208.994	0	158.418	0	43.418	208.994	158.418
Apoyo terapéutico y sesiones grupales	0	0	156.698	0	156.698	0	0	156.698	156.698
Capacitación de equipos	143.098	491.184	0	0	634.282	0	0	0	0
Ecotomografías	0	0	0	641.373	641.373	0	0	0	0
Estudio de confirmación diagnóstica segunda causal	0	282.402	0	0	282.402	0	282.402	0	282.402
Acompañamiento psico-social	2.492.236	0	0	0	2.492.236	2.492.236	0	0	2,492,236
Acompañamiento salud respuesta 24/7	231.648	79.103	0	0	310.750	231.648	79.103	0	310.750
Medicamentos (Kit) e Insumos	0	106.454	0	0	106.454	0	106.454	0	106,454
Atiende vehículo Alto Riesgo Obstétrico (ARO)	0	82.800	0	0	82.800	0	82.800	0	82,800
Impresión de Follatería/Difusión	0	20.000	0	0	20.000	0	20.000	0	20,000
Apoyo traslado mujeres	0	126.780	0	0	126.780	0	126.780	0	126,780
TOTAL	2.866.982	1.342.138	296.692	641.373	5.017.184	2.723.883	799.954	296.692	3.741.529
Nuevos costos	1.226.400	229.580	0	0	1.455.980	1.226.400	229.580	0	1.455.980

El mayor gasto que irroque el Proyecto de Ley, durante su primer año de aplicación, se financiará con cargo al presupuesto vigente del Ministerio de Salud y en lo que faltare, el Ministerio de Hacienda podrá suplementario con recursos que se traspasen de la Partida Presupuestaria Tesoro Público de la Ley de Presupuestos del Sector Público. Para los años siguientes los recursos se consultarán en las respectivas leyes de presupuestos.

Los costos informados en el presente Informe Financiero Sustitutivo, reemplazan los declarados en el I.F.N° 123, del 28.AGO.2015.”.

Se deja constancia de los precedentes informes financieros en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 17, inciso segundo, de la ley orgánica del Congreso Nacional.

TEXTO DEL PROYECTO

De conformidad con los acuerdos precedentemente expuestos, la Comisión de Hacienda tiene el honor de proponer la aprobación del proyecto de ley en informe, en los mismos términos que lo hiciera la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento, cuyo texto es el siguiente:

PROYECTO DE LEY:

“Artículo 1°.- Incorpóranse las siguientes modificaciones en el Código Sanitario:

1. Sustitúyese el artículo 119 por el siguiente:

“Artículo 119. Mediando la voluntad de la mujer, se autoriza la interrupción de su embarazo por un médico cirujano, en los términos regulados en los artículos siguientes, cuando:

1) La mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida.

2) El embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal.

3) Sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. Tratándose de una niña menor de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas de gestación.

En cualquiera de las causales anteriores, la mujer deberá manifestar en forma expresa, previa y por escrito su voluntad de interrumpir el embarazo. Cuando ello no sea posible, se aplicará lo dispuesto en el artículo 15, letras b) y c), de la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, sin perjuicio de lo dispuesto en los incisos siguientes. En el caso de personas con discapacidad sensorial, sea visual o auditiva, así como en el caso de personas con discapacidad mental psíquica o intelectual, que no hayan sido declaradas interdictas y que no puedan darse a entender por escrito, se dispondrá de los medios alternativos de comunicación para prestar su consentimiento, en concordancia con lo dispuesto en la ley N° 20.422 y en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Si la mujer ha sido judicialmente declarada interdicta por causa de demencia, se deberá obtener la autorización de su representante legal, debiendo siempre tener su opinión en consideración, salvo que su incapacidad impida conocerla.

Tratándose de una niña menor de 14 años, además de su voluntad, la interrupción del embarazo deberá contar con la autorización de su representante legal, o de uno de ellos, a elección de la niña, si tuviere más de uno. A falta de autorización, entendiéndose por tal la negación del representante legal, o si éste no es habido, la niña, asistida por un integrante del equipo de salud podrá solicitar la intervención del juez para que constate la ocurrencia de la causal. **El tribunal resolverá la solicitud de interrupción del embarazo sin forma de juicio y verbalmente, a más tardar dentro de las 48 horas siguientes a la presentación de la solicitud, con los antecedentes que le proporcione el equipo de salud, oyendo a la niña y al representante**

legal que haya denegado la autorización. Si lo estimare procedente, podrá también oír a un integrante del equipo de salud que la asista.

Cuando a juicio del médico existan antecedentes para estimar que solicitar la autorización del representante legal podría generar a la menor de 14 años, **o a la mujer judicialmente declarada interdicta por causa de demencia**, un riesgo grave de maltrato físico o psíquico, coacción, abandono, desarraigo u otras acciones u omisiones que vulneren su integridad, se prescindirá de tal autorización y se solicitará una autorización judicial sustitutiva. Para efectos de este inciso la opinión del médico deberá constar por escrito.

La autorización judicial sustitutiva regulada en los incisos anteriores será solicitada al juez con competencia en materia de familia del lugar donde se encuentre la menor de 14 años o la mujer judicialmente declarada interdicta por causa de demencia. El procedimiento será reservado y no será admitida oposición alguna de terceros distintos al representante legal que hubiere denegado la autorización. La resolución que deniegue la autorización será apelable y se tramitará según lo establecido en el artículo 69, inciso quinto, del Código Orgánico de Tribunales.

La voluntad de interrumpir el embarazo manifestada por una adolescente de 14 años y menor de 18 deberá ser informada a su representante legal. Si la adolescente tuviere más de uno, sólo se informará al que ella señale.

Si a juicio del equipo de salud existen antecedentes que hagan deducir razonablemente que proporcionar esta información al representante legal señalado por la adolescente podría generarle a ella un riesgo grave de maltrato físico o psíquico, coacción, abandono, desarraigo u otras acciones u omisiones que vulneren su integridad, se prescindirá de la comunicación al representante, y en su lugar se informará al adulto familiar que la adolescente indique y, en caso de no haberlo, al adulto responsable que ella señale.

En el caso de que la adolescente se halle expuesta a alguno de los riesgos referidos en el inciso anterior, el jefe del establecimiento hospitalario o clínica particular deberá informar al tribunal con competencia en materia de familia que corresponda, para que adopte las medidas de protección que la ley establece.

El prestador de salud deberá proporcionar a la mujer información veraz sobre las características de la prestación médica, según lo establecido en los artículos 8° y 10 de la ley N° 20.584. Asimismo, deberá entregarle información verbal y escrita sobre las alternativas a la interrupción del embarazo, incluyendo la de programas de apoyo social,

económico y de adopción disponibles. La información será siempre completa y objetiva y su entrega en ningún caso podrá estar destinada a influir en la voluntad de la mujer. No obstante lo anterior, el prestador de salud deberá asegurarse de que la mujer comprende todas las alternativas que tiene el procedimiento de interrupción, antes de que este se lleve a cabo, y de que no sufra coacción de ningún tipo en su decisión.

En el marco de las tres causales reguladas en el inciso primero, la mujer tendrá derecho a un programa de acompañamiento, tanto en su proceso de discernimiento, como durante el período siguiente a la toma de decisión, que comprende el tiempo **anterior y** posterior al parto o a la interrupción del embarazo, según sea el caso. Este acompañamiento incluirá acciones de acogida y apoyo biopsicosocial ante la confirmación del diagnóstico y en cualquier otro momento de este proceso. En caso de continuación del embarazo, junto con ofrecer el apoyo descrito, se otorgará información pertinente a la condición de salud y se activarán las redes de apoyo. Este acompañamiento sólo podrá realizarse en la medida que la mujer lo autorice, deberá ser personalizado y respetuoso de su libre decisión. En el caso de concurrir la circunstancia descrita en el número 3) del inciso primero, se proveerá a la mujer de la información necesaria para que pueda presentar una denuncia.

En la situación descrita en el número 2) del inciso primero, el prestador de salud proporcionará los cuidados paliativos que el caso exija, tanto si se trata del parto como de la interrupción del embarazo con sobrevivencia del nacido.

Las prestaciones incluidas en el programa de acompañamiento a las mujeres que se encuentren en alguna de las tres causales, serán reguladas por un decreto de las autoridades a que se refiere la letra b) del artículo 143 del decreto con fuerza de ley N° 1, del Ministerio de Salud, de 2006. Asimismo se establecerán los criterios para la confección de un listado de instituciones sin fines de lucro que ofrezcan apoyo adicional al programa de acompañamiento, el que deberá ser entregado de acuerdo al inciso décimo primero.

En el caso de que el acompañamiento no sea ofrecido en los términos regulados en este artículo, la mujer podrá recurrir a la instancia de reclamo establecida en el artículo 30 de la ley N° 20.584. Ante este reclamo, el prestador de salud deberá dar respuesta por escrito dentro del plazo de cinco días hábiles, contado desde el día hábil siguiente a su recepción y, de ser procedente, adoptar las medidas necesarias para corregir las irregularidades reclamadas dentro del plazo máximo de cinco días hábiles, contado desde la notificación de la respuesta. Si la mujer presentare un reclamo ante la Superintendencia de Salud, de ser procedente según las reglas generales, ésta deberá resolverlo y podrá recomendar la adopción de medidas correctivas de las irregularidades detectadas, dentro de un plazo no superior a

treinta días corridos. **Sin perjuicio de lo anterior, toda mujer que hubiere sido discriminada arbitrariamente en el proceso de acompañamiento podrá hacer efectiva la acción de no discriminación arbitraria contemplada en los artículos 3° y siguientes de la ley N° 20.609, que establece medidas contra la discriminación.**

2. Incorporarse el siguiente artículo 119 bis:

“Artículo 119 bis. Para realizar la intervención contemplada en el número 1) del inciso primero del artículo anterior, se deberá contar con el respectivo diagnóstico médico.

En el caso del número 2) del inciso primero del artículo referido, para realizar la intervención se deberá contar con dos diagnósticos médicos en igual sentido de médicos especialistas. Todo diagnóstico deberá constar por escrito y realizarse en forma previa.

En el caso del número 3) del inciso primero del artículo 119, un equipo de salud, especialmente conformado para estos efectos, confirmará la concurrencia de los hechos que lo constituyen y la edad gestacional, informando por escrito a la mujer o a su representante legal, según sea el caso, y al jefe del establecimiento hospitalario o clínica particular donde se solicita la interrupción. En el cumplimiento de su cometido, este equipo deberá dar y garantizar a la mujer un trato digno y respetuoso.

En los casos en que la solicitante sea una niña o adolescente menor de 18 años, los jefes de establecimientos hospitalarios o clínicas particulares en que se solicite la interrupción del embarazo procederán de oficio conforme a los artículos 369 del Código Penal, y 175, letra d), y 200 del Código Procesal Penal. Deberán, además, notificar al Servicio Nacional de Menores.

Tratándose de una mujer mayor de 18 años que no haya denunciado el delito de violación, los jefes de establecimientos hospitalarios o clínicas particulares deberán poner en conocimiento del Ministerio Público este delito, con la finalidad de que se investigue de oficio al o los responsables.

En todos los casos anteriores se respetará el principio de confidencialidad en la relación entre médico y paciente, adoptándose las medidas necesarias para resguardar su aplicación efectiva.

En el proceso penal por el delito de violación, la comparecencia de la víctima a los actos del procedimiento será siempre

voluntaria y no se podrá requerir o decretar en su contra las medidas de apremio contenidas en los artículos 23 y 33 del Código Procesal Penal.”.

3. Introdúcese el siguiente artículo 119 ter:

“Artículo 119 ter. El médico cirujano requerido para interrumpir el embarazo por alguna de las causales descritas en el inciso primero del artículo 119 podrá abstenerse de realizarlo cuando hubiese manifestado su objeción de conciencia al Director del establecimiento de salud, en forma escrita y previa. **De este mismo derecho gozará el resto del personal profesional al que corresponda desarrollar sus funciones al interior del pabellón quirúrgico durante la intervención.** En este caso, el establecimiento tendrá la obligación de reasignar de inmediato otro **profesional no objetante** a la paciente. Si el establecimiento de salud no cuenta con ningún facultativo que no haya realizado la manifestación de objeción de conciencia, deberá derivarla en forma inmediata para que el procedimiento le sea realizado por quien no haya manifestado dicha objeción. El Ministerio de Salud dictará los protocolos necesarios para la ejecución de la objeción de conciencia. Dichos protocolos deben asegurar la atención médica de las pacientes que requieren la interrupción de su embarazo en conformidad a los artículos anteriores. **La objeción de conciencia es de carácter personal y en ningún caso puede ser invocada por una institución.**

Si **el profesional** que ha manifestado objeción de conciencia es requerido para interrumpir un embarazo, tendrá la obligación de informar de inmediato al Director del establecimiento de salud que la mujer requirente debe ser derivada.

En el caso de que la mujer requiera atención médica inmediata e impostergable, invocando la causal del número 1) del inciso primero del artículo 119, quien haya manifestado objeción de conciencia no podrá excusarse de realizar la interrupción del embarazo cuando no exista otro médico cirujano que pueda realizar la intervención. Tampoco podrá excusarse si es inminente el vencimiento del plazo establecido en la causal del numeral 3) del inciso primero del artículo 119.

4. Incorpórase el siguiente artículo 119 quáter:

“Artículo 119 quáter. Queda estrictamente prohibida la publicidad sobre la oferta de centros, establecimientos o servicios, o de medios, prestaciones técnicas o procedimientos para la práctica de la interrupción del embarazo en las causales del inciso primero del artículo 119.

Lo anterior no obsta al cumplimiento de los deberes de información por parte del Estado ni a lo dispuesto en el párrafo 4º del título II de la ley N° 20.584.”.

Artículo 2º.- Reemplázase el artículo 344 del Código Penal por el siguiente:

“Artículo 344. La mujer que, fuera de los casos permitidos por la ley, causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, será castigada con presidio menor en su grado máximo.

Si lo hiciere por ocultar su deshonra, incurrirá en la pena de presidio menor en su grado medio.”.

Artículo 3º.- Intercálase, en el inciso primero del artículo 13 bis de la ley N° 19.451, a continuación del punto aparte, que pasa a ser coma, la siguiente oración: “así como quien destine, en cualquier momento, con ánimo de lucro o para fines distintos de los autorizados en esta ley, órganos, tejidos o fluidos humanos provenientes de una intervención propia de la interrupción del embarazo.”.

Artículo 4º.- Introdúcense las siguientes modificaciones al Código Procesal Penal:

a) Intercálase, en la letra d) del inciso primero del artículo 175, entre las palabras “delito,” e “y”, la siguiente frase: “con excepción de aquellos establecidos en los incisos primero y segundo del artículo 344 del Código Penal”, y

b) Intercálase, en el inciso primero del artículo 200, entre la forma verbal “encontrado” y el punto seguido, que pasa a ser coma (,), la siguiente frase: “con excepción de los delitos establecidos en los incisos primero y segundo del artículo 344 del Código Penal”.”.

Artículo transitorio.- El mayor gasto fiscal que irrogue la aplicación de esta ley, en su primer año presupuestario, se financiará con cargo a los recursos que se consulten en la Partida 16 “Ministerio de Salud” de la ley de Presupuestos respectiva. No obstante, el Ministerio de Hacienda, con cargo a la Partida Presupuestaria del Tesoro Público, podrá suplementar dicho presupuesto en la parte del gasto que no se pudiera financiar con tales recursos. Para los años siguientes se contemplará el financiamiento en las leyes de Presupuestos.”.

- - -

Acordado en sesiones celebradas los días 5 y 11 de julio de 2017, con asistencia de los Honorables Senadores señor Carlos Montes Cisternas (Presidente), señora Adriana Muñoz D´Albora (Eugenio Tuma Zedán), y señores Juan Antonio Coloma Correa, José García Ruminot y Jorge Pizarro Soto.

Sala de la Comisión, a 11 de julio de 2017

ROBERTO BUSTOS LATORRE

Secretario de la Comisión
RESUMEN EJECUTIVO

INFORME DE LA COMISIÓN DE HACIENDA, RECAÍDO EN EL PROYECTO DE LEY, EN SEGUNDO TRÁMITE CONSTITUCIONAL, QUE REGULA LA DESPENALIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES

(Boletín N° 9.895-11)

- I. OBJETIVO DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISIÓN:** establecer la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo por las siguientes tres causales: 1) Cuando la mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida; 2) El embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal, y 3) El embarazo sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. En esta última situación, tratándose de una niña menor de 14 años, la interrupción del embarazo podrá realizarse siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas de gestación.

La iniciativa regula, además, otros aspectos complementarios, tales como el programa de acompañamiento que la mujer tendrá derecho a recibir cuando se encuentre en uno de los señalados casos y la objeción de conciencia que podrá invocar tanto el médico cirujano requerido para interrumpir el embarazo, como los demás profesionales que deban desarrollar funciones al interior del pabellón quirúrgico durante la intervención.
- II. ACUERDOS:** incisos décimo primero, décimo segundo, décimo tercero y décimo cuarto contenidos en el numeral 1 del artículo 1°; y artículo transitorio aprobados (3 a favor x 1 en contra x 1 abstención).
- III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN:** consta de cuatro artículos permanentes y uno transitorio.
- IV. NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL:** en mérito de lo dispuesto por el inciso primero del artículo 77 de la Constitución Política de la República, los incisos cuarto, quinto y sexto del artículo 119 del Código Sanitario, contenido en el número 1 del artículo 1° del proyecto, tienen el carácter de normas orgánicas constitucionales por incidir en las atribuciones de los tribunales de justicia. En consecuencia, de conformidad a lo establecido en el inciso segundo del artículo 66 de la Carta Fundamental, para su aprobación requieren del voto favorable de las cuatro séptimas partes de los señores Senadores en Ejercicio. A la vez, el ya referido inciso sexto debe aprobarse como norma de quórum

calificado, por versar sobre una de las materias a que alude el inciso segundo del artículo 8° de la Constitución Política de la República. Por tanto, su aprobación supone el voto favorable de la mayoría absoluta de los señores Senadores en ejercicio, en los términos del inciso tercero del artículo 66 de la Carta Fundamental.

- V. URGENCIA:** suma.
- VI. ORIGEN INICIATIVA:** Mensaje de Su Excelencia la señora Presidenta de la República, dirigido a la Cámara de Diputados.
- VII. TRÁMITE CONSTITUCIONAL:** segundo.
- VIII. APROBACIÓN POR LA CÁMARA DE DIPUTADOS:** En la votación en general, fue aprobado por 66 votos a favor, 44 en contra y 0 abstenciones, con la salvedad de los incisos cuarto y quinto del artículo 119 del Código Sanitario, incorporado por el numeral 1 del artículo 1° del proyecto, que fueron aprobados por 67 votos a favor, 42 en contra y 1 abstención. En la discusión en particular los preceptos fueron aprobados con diferentes mayorías.
- IX. INICIO TRAMITACIÓN EN EL SENADO:** 22 de marzo de 2016.
- X. TRÁMITE REGLAMENTARIO:** informe de la Comisión de Hacienda.
- XI. LEYES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:**
- 1.- Constitución Política de la República, especialmente sus artículos 1°, 5° y 19.
 - 2.- Código Sanitario, particularmente su artículo 119.
 - 3.- Código Penal, especialmente los artículos 342 a 345, 361 a 369 y 494 N° 9°.
 - 4.- Código Procesal Penal, particularmente sus artículos 23, 33, 175, 198 y 200.
 - 5.- Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, especialmente sus artículos 8°, 10, 15 y 30.
 - 6.- Artículo 13 bis de la ley N° 19.451, que establece normas sobre trasplante y donación de órganos.

7.- Ley N° 20.379, que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e Institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo".

8.- Ley N° 20.418, que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad.

9.- Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada y proclamada por la Asamblea General de Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948.

10.- Convención Americana Sobre Derechos Humanos, o "Pacto de San José de Costa Rica", promulgada por decreto supremo N° 873, del Ministerio de Relaciones Exteriores, de fecha 5 de enero de 1991.

11.- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966, promulgado por decreto N° 778, del Ministerio de Relaciones Exteriores, de 1976, publicado el 29 de abril de 1989.

12.- Convención de los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1989, promulgada por decreto N° 830, del Ministerio de Relaciones Exteriores, de 1990, publicado el 27 de septiembre de 1990.

13.- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1979, promulgada por decreto N° 789, del Ministerio de Relaciones Exteriores, de 1989, publicado el 9 de diciembre de 1989.

Valparaíso, a 11 de julio de 2017.

ROBERTO BUSTOS LATORRE
Secretario de la Comisión