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

BOLETÍN Nº 9.895.11

HONORABLE SENADO:

La Comisión de Salud tiene el honor de informar acerca del proyecto de la suma, iniciado en Mensaje de la señora Presidenta de la República. La iniciativa ingresó a tramitación legislativa en la Cámara de Diputados el 03 de marzo de 2015 y pasó al Senado el 22 de marzo del presente año.

La Sala del Senado dispuso que el proyecto, en el trámite reglamentario de primer informe, sea visto por la Comisión de Salud y luego por la de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento, debiendo pasar a la de Hacienda en el trámite reglamentario de segundo informe.

La opinión de la Corte Suprema acerca de las normas que atañen a la organización y atribuciones de los tribunales de justicia fue consultada en tres ocasiones durante el primer trámite constitucional. A la fecha está pendiente la respuesta al último oficio, de fecha 15 de marzo del presente año, dirigido al Alto Tribunal por la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento de la Cámara de Diputados. Sin embargo, las disposiciones que hicieron necesario recabar la opinión de la Corte fueron eliminadas del texto que pasó a discusión en el Senado.

El proyecto de ley no contiene normas que requieran un quórum especial de aprobación.

A varias de las sesiones en que estudiamos este asunto asistieron, además de los integrantes de la Comisión, los Honorables Senadores señores Carlos Bianchi Chelech, Alfonso De Urresti Longton, Juan Antonio Coloma Correa, Carlos Montes Cisternas, Ricardo Lagos Weber, Rabindranath Quinteros Lara, Ignacio Walker Prieto y Patricio Walker Prieto, y los Honorables Diputados señores Jorge Sabag Villalobos y Fuad Chahín Valenzuela. Concurrió también el ex Senador señor Mariano Ruiz-Esquide Jara.

La Comisión de Salud ha destinado dieciséis sesiones a las audiencias y el debate en general, en las cuales se ha recibido el parecer de sesenta y cuatro entidades y personas interesadas

en el contenido de las disposiciones del proyecto. Sus intervenciones se compendian en un Anexo, que se inserta al final y forma parte del presente informe; las ponencias que los invitados entregaron en papel o en documento digital se han publicado en el sitio web del Senado.

Se recibió a las siguientes organizaciones y personas:

1. Del Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género: la Ministra, señora Claudia Pascual Grau; la Subsecretaria, señora Bernarda Pérez Carrillo; la Jefa de Gabinete, señora Ángela Parra Muñoz; las abogadas, señora Elisa Walker, Claudia Sarmiento y Natalia Morales; la periodista, señora Bárbara Paulsen, y la Jefa de Prensa, señora Ana María Araneda.

2. Del Ministerio de Salud: la señora Ministra, doctora Carmen Castillo Taucher; el coordinador legislativo, doctor Enrique Accorsi; la Jefa de la División de Atención Primaria, doctora Paz Robledo; el Jefe de la División Jurídica, señor Eduardo Álvarez; los asesores legislativos, señoras Carolina Mora, Paulina Palazzo, Verónica Ahumada, Yamileth Granizo, Yasmine Viera, Teresa Valdés y el señor Pablo Ríos.

3. Del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos: la Ministra, señora Javiera Blanco Suárez; el Jefe de la División Jurídica, don Ignacio Castillo Val; la asesora señora Renata Sandrini Carreño, y la abogada, señora Tamara Carrera.

4. Del Ministerio Secretaría General de la Presidencia: el Ministro, señor Nicolás Eyzaguirre Guzmán; la Subsecretaria, señora Patricia Silva Meléndez; los coordinadores, señoras Tamara Gargari, Marcia González, Pía Briceño, Vanessa Astete, María Jesús Mella, y señores Giovanni Semería, Exequiel Silva, José Ruiz, Felipe Ponce, Hernán Campos y Guillermo Briceño, y la asesora señora Paola Fabres.

5. De la Universidad de Chile: el Rector, doctor Ennio Vivaldi Vejar; el doctor Ramiro Molina Cartes; la abogada señora Cecilia Medina, y la psicóloga señora Irma Palma.

6. De la Pontificia Universidad Católica de Chile: el Rector, doctor Ignacio Sánchez Díaz; el profesor del Departamento de Derecho Internacional de la Facultad de Derecho, señor Álvaro Paúl Díaz, y la profesora de derecho, señora María Magdalena Ossandón W.

7. Del Colegio Médico de Chile A.G.: El Presidente, doctor Enrique Paris.

8. Del Colegio de Matronas y Matrones de Chile: la Presidenta, señora Anita Román Morra.

9. De la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología: el Presidente, doctor Omar Nazzal y la señora María José Lorca.

10. De la Sociedad Chilena de Pediatría: la doctora, Rosa Pardo.

11. La profesora de derecho de la Universidad Adolfo Ibáñez, señora Verónica Undurraga

12. El profesor de derecho de la Universidad Adolfo Ibáñez, señor Antonio Bascuñán R.

13. El profesor de derecho de la Universidad Diego Portales, señor Héctor Hernández.

14. El profesor de derecho de la Universidad de Los Andes, señor Gonzalo García P.

15. La señora Nevenka Astudillo y su hijo Etián Araya.

16. La señora Ignacia Valdivieso.

17. De la Corporación Opción: la Directora Ejecutiva, señora Consuelo Contreras, y la abogada señora Camila de la Maza.

18. La socióloga señora Francisca González.

19. Del Observatorio de Género y Equidad: la Directora, doctora María Soledad Barría, y la asesora y periodista, señora Javiera Milla.

20. De Chile Siempre: el Presidente, señor José Francisco Lagos.

21. De la Fundación Gref: el Director, señor Felipe Mujica.

22. De la Mesa Ampliada de Entidades Evangélicas UNE-CHILE: el Vicepresidente, Pastor Eduardo Cid, y el Secretario Ejecutivo, Obispo Francisco Rivera.

23. De la Conferencia Episcopal De Chile: Monseñor Juan Ignacio González Errázuriz, Obispo de San Bernardo.

24. De la Comunidad Judía de Chile: el Rabino, señor Daniel Zang, y el Director Ejecutivo, señor Marcelo Isaacsson.

25. Los doctores señora Ana María Arriagada y señores Fernando Zegers y Mauricio Besio.

26. El gineco obstetra de la Universidad de Los Andes, doctor Sebastián Illanes.

27. La doctora Andrea Huneeus Vergara, médico gíneco obstetra, especialista en ginecolgía infanto juvenil de la Universidad de Chile y

Magíster en Salud Pública materno infantil de la U. de California, Berkeley.

28. El doctor Enrique Oyarzún Ebensperger, médico gíneco obstetra, especialista en medicina materno fetal.

29. El doctor Sergio Valenzuela Puchulu, médico gíneco obstetra, magister en bioética, Director del Departamento de Bioética y Humanidades Médicas de la Universidad de Chile.

30. El doctor José Manuel Novoa Pizarro, médico pediatra especialista en neonatología, Jefe de Neonatología en el Hospital Padre Hurtado, Presidente de la rama de Neonatología de la Sociedad Chilena de Pediatría.

31. La doctora Andrea Schilling Redlich.

32. El gineco obstetra, doctor Jorge Becker.

33. El gineco obstetra del Departamento de Obstetricia del Hospital Barros Luco, doctor Pablo Lavín.

34. La psiquiatra de adultos de la Universidad de Chile, doctora María Francisca Decebal-Cuza.

35. El doctor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Elard Koch.

36. El doctor gineco obstetra de la Universidad de Chile, señor Mauro Parra.

37. El Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología de la Clínica de la Universidad de los Andes, doctor José Antonio Arraztoa.

38. Del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia: la doctora señora Adela Montero.

39. De Forensik S.A.: el Médico Forense Leonardo González Wilhelm.

40. De la asociación Idea País: el abogado Antonio Correa.

41. De la Fundación Chile Unido: la Directora Ejecutiva, señora Verónica Hoffmann C.; las señoras Nataly Osorio, Cecilia Petau, Catalina Del Piano y Natalia Benavente.

42. Del Programa aCompañar-es: el doctor Jorge Neira; las señoras Sylvia Díaz, Cecilia Berríos, Francisca Neira y Patricia Subercaseaux, y los señores Carlos Fernández y Nicolás Rodríguez;

43. De la Corporación Humanas: la abogada, señora Camila Maturana.

44. De Miles Chile: la Presidenta, señora María Antonieta Saa; la Directora Ejecutiva, señora Claudia Dides; la coordinadora del Área Difusión y Comunicaciones, señora Rosario Puga, y el miembro, señor Rolando Jiménez.

45. De Maternitas: la Directora, señora Patricia Gonnelle; la psicóloga, doctora Liza Flores; la coordinadora señora Patricia Subercaseaux, y las señoras Marta Aravena y Massiel Moreno.

46. De la Corporación Proyecto Esperanza: la Presidenta, señora Elizabeth Bunster; las señoras Paula Aracena y Sandra Fuentes, y la psicóloga, señora Daniela Aguilera.

47. Del Instituto Res Pública: el Director, señor Jorge Acosta, y el coordinador, señor Daniel Medina.

48. De Amnistía Internacional: la Directora, señora Ana Piquer, y la Vicepresidente, señora María Belén Saavedra.

49. Del Movimiento de Mujeres Reivindica: la Presidenta, señora Rosario Vidal.

50. De la Fundación Justicia para Todos: el Director, señor Gustavo Delgado.

51. Del Instituto de Estudios de la Sociedad: el investigador señor Claudio Alvarado.

52. El asesor de la H. Senadora señora Adriana Muñoz d'Albora, señor Leonardo Estradé-Brancoli.

53. De la Fundación Raíces: la Directora, señora Denisse Araya.

54. De la Fundación Jaime Guzmán: El Director Legislativo, abogado don Máximo Pavez.

55. Del Instituto Melisa: el señor Cristián Vargas.

56. De la Catedral Evangélica: el asesor, señor Jaime Paredes.

57. El psiquiatra del Hospital Sótero del Río, doctor Matías Correa.

58. El psiquiatra de la Universidad Finis Terrae, doctor Rodolfo Philippi.

59. De la organización Vamos Mujer: la Consejera señora Verónica Garrido.

60. Del Centro de Estudios Legislativos, Administrativos, Políticos y Económicos (CELAP): la señora Camila Cancino.

61. De la organización para la Investigación, Formación y Estudios de la Mujer (ISFEM): la Vicepresidenta, señora Carmen Croxatto; de la Dirección de Comunicaciones, la señora María Inés Jara.

62. De la Fundación Soñando Chile: el Director, señor Eduardo Boys; la terapeuta ocupacional, señora María Rossi, y el señor Juan Pablo Núñez, del Departamento de Comunicaciones.

63. De la Iglesia Cristiana de Vitacura: el Pastor, señor Juan Manuel Freire; las señoras Cecilia Iturriaga, Nathalia Freire, Daniela Oliva y el señor Juan Eduardo Freire.

64. Del Observatorio Legislativo Cristiano: la Directora, señora Marcela Aranda.

65. Del Ministerio Gobierno y Fe: el Director, señor Christian Yunge.

66. De Firmo por la Vida: la señora María José Aguirre.

67. De Tuiteros por la Vida: la señora Ana María Álvarez.

68. De Juventud Con Una Misión (JUCUM): el señor Daniel Monroy.

69. De la Fundación Familia Unida: las señoras María Paz Hurtado y Catalina Paúl.

70. Del Instituto Igualdad: la asesora Lía Arroyo, y la abogada, señora Rocío Sánchez.

71. De Gira por la Vida: el señor Raúl Olivares.

72. Del Centro UC Familia: la señora Francisca Ibarra.

73. De Familia por la Vida: la señora Liza Flores.

74. De Siempre por la Vida: la señora Isidora Escudero.

75. De Familia Unida: la señora Andrea Gil.

76. Las señoras Claudia Rioseco, Francisca Jofré y Yasmín Gray.

77. De la Fundación San José Chile es Vida: la Directora de Desarrollo e Investigación, señora Virginia Latorre.

78. De Confamilia: las señoras Judith Marín y Yenny Olave.

79. De Humanismo Espiritual: la Comunicadora señora Gabriela Peragallo.

80. De Padres Objetores: el señor Mario Galán.

81. De Mujeres de Blanco por la Vida: la señora Sonia Sánchez.

82. De Juntos por la Vida: el Director, señor Felipe Lange.

83. De la Asociación Chilena de Facultades de Medicina (ASOFAMECH): el Presidente, doctor Antonio Orellana Tobar.

84. De la Biblioteca del Congreso Nacional: Los analistas, señor Eduardo Goldstein Braunfeld y señora María Pilar Lampert Grassi.

85. Los asesores del H. Senador señor Bianchi, señores Claudio Barrientos y Manuel José Benítez.

86. El asesor del H. Senador señor Chahuán, señor Marcelo Sanhueza.

87. Los asesores del H. Senador señor Girardi, señores Eduardo Rossel y Andrés Aguilera.

88. El asesor de la H. Senadora señora Goic, señor Gerardo Bascuñán.

89. El asesor del H. Senador señor Navarro, señor Guillermo Rioseco.

90. La asesora de prensa del H. Senador señor Rossi, señora Laura Quintana.

91. Los asesores de la H. Senadora señora Van Rysselberghe, señores Juan Paulo Morales y Pablo Urquízar.

92. Del Comité PPD: Los asesores, señora Karen Escobar A. y señor Víctor Quezada.

- - - - - - - -

OBJETIVO FUNDAMENTAL Y ESTRUCTURA DEL PROYECTO

El proyecto de ley aprobado en general por la Comisión de Salud tiene por objetivo regular la despenalización de la interrupción del embarazo por las siguientes tres causales:

a) Si la mujer se encuentra en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida.

b) Si el embrión o feto padece una alteración estructural congénita o genética de carácter letal.

c) Si el embarazo es 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.

El proyecto está conformado por tres artículos permanentes y uno transitorio.

- - - - - - -

ANTECEDENTES DE DERECHO

El proyecto en informe se vincula con los siguientes cuerpos normativos:

- Artículo 19 N° 1 de la Constitución Política de la República.
- Artículo 119 del Código Sanitario.
- Artículos 342 a 345, 369 y 494 N° 9° del Código Penal.
- Artículos 23, 33, 175 y 200 del Código Procesal Penal.
- Artículos 8°, 10, 15 y 30 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.
- Artículo 13 bis de la ley N° 19.451, que establece normas sobre trasplante y donación de órganos.
- 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".
- Ley N° 20.418, que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad.

- - - - - - -

EL MENSAJE PRESIDENCIAL

Expone el Mensaje presidencial que el proyecto en informe materializa un compromiso del Programa de Gobierno y se hace cargo de ciertas experiencias críticas que forman parte de la vida, entendiendo que la vida de una persona comprende tanto su condición biológica cuanto los aspectos sociales y culturales que concurren a constituirla.

Afirma el documento en cuestión que la normativa vigente sobre interrupción del embarazo, que la prohíbe sin excepciones, no responde al trato digno que el Estado de Chile debe otorgar a sus ciudadanas y pone a Chile entre los Estados que criminalizan esa interrupción en todas sus modalidades, a saber: El Vaticano, Chile, Nicaragua, El Salvador y Malta.

Agrega que la prohibición absoluta y criminalización de toda forma de interrupción del embarazo no han impedido, ni impiden actualmente, que las mujeres se sometan a dicha práctica arriesgando su salud y su vida.

Sostiene luego el Mensaje que en las situaciones extremas descritas en las causales que autorizan la interrupción del embarazo el Estado de Chile no puede imponer una decisión a las mujeres, ni penalizarlas, sino que debe ofrecerles alternativas que respeten su voluntad, sea que deseen continuar el embarazo u opten por interrumpirlo. Lo cual es consecuencia de que un elemento central de la propuesta es el respeto al derecho de las mujeres a expresar libremente su voluntad al respecto.

Añade que se admite al profesional clínico que interviene directamente en la interrupción del embarazo la posibilidad de ejercer individualmente la objeción de conciencia, porque la condición de Estado laico que caracteriza al chileno reconoce a cada uno el derecho para conducirse de acuerdo con sus convicciones y principios morales, sean religiosos o no.

Luego, consigna una serie de datos sobre la dimensión cuantitativa del aborto en Chile. Los egresos hospitalarios del período 2001 al 2012 registran 395.905 casos de aborto antes de las 22 semanas de gestación, lo que da un promedio de 32.992 casos al año, de mujeres que se encontraban en situaciones críticas. Anualmente se hospitalizan 16.510 mujeres con embarazos de menos de 22 semanas, que corresponden a las situaciones comprendidas en las dos primeras causales que autoriza el proyecto: embarazo ectópico, mola hidatiforme, otros productos anormales de la concepción, complicaciones consecutivas al aborto y embarazo molar.

Expresa el Mensaje que los registros no dan cuenta de la totalidad de los casos, porque la penalización del aborto en toda circunstancia determina que ellos no sean informados. Los sistemas de salud enfrentan de diversas maneras los cuidados ofrecidos a las mujeres en estos casos, lo que genera inequidades dependientes del nivel de ingresos de las personas.

Informa que de acuerdo con los datos provenientes del Ministerio de Salud, de las 54 mujeres, de entre 15 y 44 años de edad, que el año 2012 murieron durante la gestación, el 40% presentaba una patología médica concomitante y el 22,5% manifestó condiciones clínicas que determinaron su fallecimiento. Un porcentaje significativo de ellas habría podido salvar su vida si la interrupción del embarazo hubiera sido tratada clínicamente.

Por lo que hace a la segunda causal que autoriza el proyecto, informa el Mensaje, anualmente se constatan alrededor de 500 casos de muerte por alteraciones estructurales incompatibles con la vida extrauterina, de un universo asumido de 250.000 partos al año. En el período 2004 al 2012, el promedio anual de niños menores de 28 días fallecidos por esta causa es de 465 casos, lo que se estima concordante con las cifras de muertes maternas.

Por último, en lo atingente a las causales admitidas por el proyecto, se consigna que no existen datos que permitan dimensionar el número de embarazos que tienen por causa la violencia sexual, que no todos los casos son denunciados y que probabilísticamente se puede deducir que sólo el 10% de las violaciones producen un embarazo.

Cita a continuación diversas encuestas y estudios de opinión pública que revelan un amplio respaldo ciudadano a la necesidad de despenalizar la interrupción del embarazo por las causales propuestas.

Se ocupa a continuación el Mensaje de las políticas públicas en materia de salud de la mujer y señala que ya en la década de los años 30 del siglo pasado se manifestaba la urgencia de contar con métodos anticonceptivos y con una regulación tendiente a evitar el aborto clandestino y sus graves consecuencias, lo que se concretó en el Código Sanitario de 1931[1] y que el Código de 1967 mantuvo[2].

Da cuenta de que en 1960 la mortalidad materna alcanzaba una tasa de 299 por 100.000 nacidos vivos, en que más de un tercio correspondía a abortos inducidos y clandestinos. A partir de esa década se desarrolló una política de planificación familiar y educación sexual, a cargo de los Ministerios de Salud y de Educación.

La interrupción del embarazo fue reconocida hasta el año 1989, consigna el Mensaje, cuando en las postrimerías de la dictadura la Junta de Gobierno estableció la prohibición en toda circunstancia que rige hasta el día de hoy.

Durante la década de los años 90 del siglo XX la salud sexual y reproductiva se incorporó entre las 16 prioridades de

---

[1] “Art. 226. Sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo o practicar una intervención para hacer estéril a una mujer quiere la opinión documentada de tres facultativos.
Cuando no fuere posible proceder en la forma antedicha, por la urgencia del caso por falta de facultativos en la localidad, se documentara lo ejecutado por el médico y dos testigos, quedando en poder de aquél el testimonio correspondiente.”.

[2] “Artículo 119° Sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo. Para proceder a esta intervención se requerirá la opinión documentada de dos médicos-cirujanos.”.

salud del país y se implementó las Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS).

La ley N° 20.379, de 2009, integró a los niños en el sistema público de salud, desde el primer control de gestación hasta el ingreso al sistema escolar, y la ley N° 20.418, de 2010, estableció por primera vez el deber del Estado de garantizar el acceso a los mecanismos de regulación de la fertilidad que la persona decida para sí, incluida la anticoncepción de emergencia, y que estudiantes de enseñanza media reciban educación en sexualidad.

Corolarios de este proceso son 1.368.298 de mujeres usuarias de métodos de regulación de la fertilidad atendidas en el sistema público de salud en 2013; 99,7% de los partos son atendidos por profesionales de la salud; una clara caída en las tasas de fecundidad y de mortalidad materna, y que la mortalidad neonatal, si bien se ha estancado en el último decenio, con 18 fallecidos por 100.000 nacidos vivos, es una de las más bajas del continente.

Reconoce a continuación el Mensaje numerosas iniciativas parlamentarias propuestas entre 1991 y 2014, para legislar en la materia, acervo que recoge e incorpora el presente proyecto de ley.

Menciona asimismo, entre los fundamentos de la proposición que formula, que nuestro país no puede sustraerse a las recomendaciones de organismos de protección de los Derechos Humanos postergando por más tiempo una decisión, ni puede continuar soslayando la grave vulneración de derechos que la situación actual de nuestra legislación supone. Acota que denegar la interrupción del embarazo mediante la amenaza de una pena privativa de libertad, en circunstancias en las cuales no es exigible a una mujer que continúe un embarazo puede constituir una vulneración de sus derechos fundamentales y significa incumplir obligaciones internacionales contraídas por el Estado de Chile en orden a garantizar a las mujeres el pleno goce de sus derechos a la vida y a la integridad física y síquica.

A este respecto cita numerosas recomendaciones de organismos de las Naciones Unidas, como el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Comité de los Derechos del Niño, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y el Comité de Derechos Humanos.

Explica el Mensaje que hay tres modos en que la legislación comparada se aproxima a la interrupción del embarazo: el sistema de plazos, el indicaciones o causales y el mixto. El primero no exige justificar un motivo; el segundo señala situaciones específicas en que debe hallarse la mujer, y el tercero, además de fijar un plazo contiene causales que permiten la interrupción fuera de él.

Se fundamenta también el proyecto, asevera el Mensaje, en el respeto a la vida digna de la mujer y la del que está por nacer. Así, no obliga a interrumpir un embarazo, sino que ofrece opciones para que la mujer que se encuentre en una situación extrema pueda adoptar una decisión acorde con sus convicciones personales, sin estar conminados ella y el facultativo con una pena, en caso de no perseverar en el embarazo. Esa decisión debe ser respetada, cualquiera que sea.

La interrupción del embarazo se consagra como una legítima prestación de salud, sin lo cual la norma sería irrelevante y se perpetuaría la desigualdad basada en la condición económica y social.

El proyecto contiene normas especiales para las niñas y adolescentes. A las mayores de 14 años de edad y menores de 18, a las cuales el Código Penal atribuye responsabilidad penal y, al mismo tiempo, les admite autonomía sexual, mediando su consentimiento, se les reconoce una autonomía limitada para decidir en materia de interrupción del embarazo, pero dando conocimiento a sus representantes legales u otro adulto. A las menores de 14 años se les reconoce un legítimo espacio de discernimiento, ya que ellas deberán sobrellevar las consecuencias de la decisión, pero debe intervenir la autorización del representante legal u otro adulto responsable. En subsidio, en el texto del Mensaje se contempla que pueda autorizar el Juez de Familia. Si la violencia sexual que ha afectado a estas menores se ha dado en el contexto familiar, se puede prescindir de la autorización del representante legal de la menor de 14, y acudir al Juez de Familia para dicho efecto, si los antecedentes muestran que ella quedará expuesta a violencia intrafamiliar, coacción, amenaza o abandono.

En lo tocante al prestador de salud, se consigna la obligación de proporcionar información para la decisión de la mujer, en concordancia con la ley N° 20.584, sobre derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, incluyendo alternativas a la interrupción del embarazo; se consagra también el deber médico de constatar las causales mediante un diagnóstico certero, sin descuidar los casos en que se requiere una intervención inmediata e impostergable; se hace primar la protección y bienestar de la mujer víctima de violencia sexual, caso en el cual la prestación médica demandada no queda sujeta al resultado de un eventual proceso penal; se privilegia el deber médico de confidencialidad por sobre el deber de denuncia, para prevenir que la mujer se vea inhibida de entregar información fidedigna sobre su estado de salud, por una posible sanción penal, y se reconoce al médico cirujano que interviene, en tanto persona natural, el derecho a la objeción de conciencia, si la interrupción del embarazo pone en juego sus convicciones profundas, evento en que debe derivar a la mujer a un profesional que no esté afectado por dicha objeción. Esto último admite

una excepción, cual es, que la interrupción se requiera de modo inmediato o impostergable y no exista otro médico que pueda realizarla.

- - - - - - -

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO APROBADO POR LA CÁMARA DE DIPUTADOS

El artículo 1° modifica el Código Sanitario, en el cual, mediante cuatro numerales, sustituye el artículo 119 e incorpora tres nuevos preceptos: los artículos 119 bis, 119 ter y 119 quáter.

El numeral 1, que reemplaza el artículo 119 del Código, autoriza a un médico cirujano para interrumpir un embarazo, mediando la voluntad de la mujer, si concurre alguna de tres causales, a saber:

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

2) Que el embrión o feto padezca una alteración estructural congénita o genética de carácter letal.

3) que sea resultado de una violación, en los términos del inciso tercero del artículo siguiente, 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.

Los ocho incisos que siguen se refieren a la forma en que la mujer debe manifestar en forma expresa, previa y por escrito su voluntad de interrumpir el embarazo y al procedimiento a seguir en el caso de que ello no sea posible o se trate de personas con determinada discapacidad o declaradas en interdicción por demencia; a la información que debe darse a un representante legal, un familiar o un adulto responsable, tratándose de una adolescente de 14 años de edad y menor de 18, con la debida salvedad, si ella puede quedar expuesta a un riesgo de los que se describen más adelante, eventualidad en que se informará al Tribunal de Familia, para que adopte medidas de protección de la menor; asimismo, se regula la forma y contenido de la información que el prestador de salud debe proporcionar a la mujer, acerca de la prestación misma, sobre alternativas a la interrupción del embarazo y sobre los programas de apoyo disponibles, información que debe ser comprendida por la mujer y no puede estar destinada a influir en su decisión; por último, se establece el deber del prestador de proporcionar cuidados paliativos, en el caso de la segunda causal del inciso primero de este artículo y sobre el procedimiento con que se ventilará el reclamo

que puede interponer la mujer en el caso de que el acompañamiento no se ofrezca en los términos definidos por la norma.

Cabe hacer notar que en el inciso cuarto del artículo 119 se incurre en una inexactitud en la remisión al “inciso quinto”, por lo que en la discusión particular habrá que completar la norma integrando en ella los riesgos mencionados en el inciso cuarto del artículo 119 propuesto en el Mensaje, disposición que desapareció como resultado de las enmiendas aprobadas por la Cámara de Diputados.

El numeral 2 incorpora al Código un artículo 119 bis, nuevo, que fija los requisitos para realizar la intervención contemplada en cada una de las causales del artículo 119.

Para intervenir en el caso de la primera causal, se requiere un diagnóstico médico. En el caso de la segunda, también debe haber un diagnóstico, ratificado por un especialista que cuente con las habilidades específicas requeridas, debiendo ambos ser previos a la intervención y constar por escrito; sin embargo, es posible prescindir de la ratificación, si la intervención requerida debe ser inmediata e impostergable y si el embarazo es ectópico. Tratándose de la tercera causal, la concurrencia de los hechos que la constituyen y la edad gestacional deben ser confirmados por un equipo de salud formado al efecto, de lo cual se informará por escrito a la mujer, a quien se le debe garantizar un trato digno y respetuoso; si la solicitante es una niña o una adolescente menor de 18 años o una mujer mayor que no haya denunciado la violación, el jefe del establecimiento donde se ha solicitado la intervención debe denunciar el hecho y notificar al Servicio Nacional de Menores. En los procesos penales por violación la comparecencia de la víctima al procedimiento será siempre voluntaria y el apremio de citación no procede en su contra.

El numeral 3 introduce en el Código Sanitario un artículo 119 ter, nuevo, sobre la objeción de conciencia que puede esgrimir el médico cirujano requerido para una interrupción del embarazo, actuación que debe efectuar en forma previa y por escrito, ante el director del establecimiento de salud. En tal caso, el establecimiento está obligado a asignar a la paciente otro médico cirujano o, si no cuenta con un facultativo que no haya formulado la objeción de conciencia, a derivarla de inmediato. La objeción de conciencia no procede en el caso de la primera causal del artículo 119, si la mujer requiere atención médica inmediata e impostergable, cuando no exista otro médico cirujano que pueda realizar la intervención.

El numeral 4 inserta en el Código un artículo 119 quáter, nuevo, que prohíbe 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 que autorizan las causales del artículo 119.

El artículo 2° del proyecto, mediante tres numerales, introduce otras tantas modificaciones en el Código Penal.

El numeral 1 agrega en el artículo 344 un inciso tercero, nuevo, que dispone que no constituye delito de aborto la interrupción voluntaria del embarazo en los casos autorizados en el artículo 119 del Código Sanitario. El artículo 344 en cuestión sanciona a la mujer que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause y aumenta en un grado la pena, si lo hiciere por ocultar su deshonra.

El numeral 2 hace lo mismo en el artículo 345, precepto éste que castiga al facultativo que, abusando de su oficio, causare el aborto o cooperare a él.

Por último, el numeral 3 inserta un artículo 345 bis, nuevo, que tipifica como conducta ilícita facilitar o proporcionar a otro cualquier órgano, tejido o fluido humano proveniente de aborto o interrupción del embarazo e impone a los facultativos médicos la pena accesoria de inhabilitación especial del ejercicio de la profesión durante el tiempo de la condena. De conformidad con el segundo inciso de esta norma, si la conducta señalada en el inciso anterior fuere realizada por un facultativo médico en los casos de interrupción del embarazo autorizados por tribunales, se aumenta en un grado la pena privativa de libertad y la accesoria de inhabilitación se eleva a perpetua.

El artículo 3° del proyecto inserta una oración en el inciso primero del artículo 13 bis de la ley N° 19.451, que establece normas sobre trasplante y donación de órganos. La norma referida castiga al que extraiga órganos de un cadáver con fines de trasplante, sin cumplir con las disposiciones de dicha ley. La disposición del proyecto impone también sanción al que destine, en cualquier momento, con ánimo de lucro o para fines distintos de los autorizados por aquella ley, órganos, tejidos o fluidos humanos provenientes de una intervención propia de la interrupción del embarazo.

Finalmente, el artículo transitorio dispone que en el primer año presupuestario de aplicación de esta ley, ella se financiará con recursos de la Partida 16, correspondiente al Ministerio de Salud, y con suplementos desde las Partida Tesoro Público dispuestos por el Ministerio de Hacienda, en lo que aquéllos resulten insuficientes.

- - - - - - -

INTERVENCIÓN DE LAS REPRESENTANTES DEL PODER EJECUTIVO

La Ministra de la Mujer y Equidad de Género, señora Claudia Pascual Grau, manifestó que el proyecto de ley cuyo debate se inicia en el Senado tiene como objetivo cumplir con el compromiso contraído en el programa de Gobierno, en torno a la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo por tres causales específicas, situaciones de excepción consistentes en el peligro de vida para la mujer embarazada, existencia de un feto con diagnóstico de alteración estructural congénita o genética de carácter letal y en el caso de violación. Recalcó que, tal como reza su título, se trata de una iniciativa legal de despenalización, pues en cualquier otra hipótesis el aborto continuará siendo un delito.

Seguidamente, planteó que la normativa propuesta se basa en el respeto a la decisión de la mujer que se encuentre en cualquiera de las tres causales antes mencionadas, sea que decida continuar con el embarazo o interrumpirlo.

Afirmó que el proyecto reconoce que la violencia sexual afecta diferenciadamente a niñas y adolescentes menores de edad y, por tal motivo, se les ampara mediante el establecimiento de reglas específicas, especialmente en cuanto al respeto de su autonomía progresiva y a su interés superior.

La señora Secretaria de Estado manifestó que la finalidad principal de la propuesta legislativa es modificar el Código Sanitario, a efectos de, por una parte, otorgar certeza a los médicos y, por otra, establecer un procedimiento que garantice el respeto a las mujeres y su dignidad, evitando que la falta de regulación ceda espacio para la incertidumbre, arbitrariedades y abusos. Se consigna también el procedimiento a seguir para realizar la interrupción del embarazo por cada una de las tres causales, puesto que la falta de regulación en este sentido también abre la puerta a arbitrariedades.

Postuló que la primera causal que contempla la iniciativa legal es el caso en que la mujer se encuentra en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evita un peligro para su vida.

Añadió que la expresión “riesgo vital” es lo suficientemente comprensiva como para que no sea necesario esperar a que la mujer esté muriendo para interrumpir el embarazo. Por el contrario, se permite la interrupción para poner fin a una situación actual que, en el futuro, va a implicar la muerte de la mujer.

Finalmente, indicó que para realizar la intervención médica en este caso, se deberá contar con el respectivo diagnóstico.

La segunda causal corresponde al caso en que el embrión o feto padece alteraciones estructurales o genéticas de

carácter letal. Aseguró que se podrá recurrir a la interrupción del embarazo exclusivamente en aquellos casos en que el diagnóstico médico determine que el embrión o feto padece una alteración de ese tipo, calificada como letal, lo que la distingue de las situaciones de discapacidad severa, que no se quedan comprendidas dentro de esta causal.

Observó que la aplicación de esta causal supondrá una oportunidad para fortalecer los sistemas de salud, pues requerirá generar mejoras en el diagnóstico precoz y oportuno de alteraciones estructurales genéticas o congénitas de carácter letal, que beneficiarán a todas las mujeres. Además, previno que ante la ocurrencia de una situación como la antes descrita, para realizar la intervención deberá ratificarse el diagnóstico por un médico que detente las habilidades específicas requeridas.

En último término, la señora Ministra consignó que la tercera situación en que operará la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo está referida al caso en que el éste sea producto de una violación.

Al respecto, por regla general el embarazo se podrá interrumpir por esta causal hasta las 12 semanas de gestación y, en el caso de las menores de 14 años, la intervención podrá realizarse hasta las 14 semanas de gestación. Justificó el plazo diferenciado por el hecho de que las menores de 14 años muchas veces desconocen o no entienden el funcionamiento de su ciclo menstrual, por lo que podrían demorar más tiempo en darse cuenta de que están embarazadas. Igualmente, tratándose de abusos crónicos al interior del hogar, el proceso de develación del embarazo se hace aún más complejo, concluyó.

A continuación, tomó la palabra **la Ministra de Justicia y Derechos Humanos, señora Javiera Blanco Suárez**, quien centró su exposición en la tercera causal que, a su juicio, ha suscitado una amplia discusión en la tramitación del proyecto de ley. Expresó que los puntos sobre los que se ha manifestado mayor interés tienen relación con la forma de acreditar el delito; la forma en que se efectúa la denuncia, dependiendo si se trata de menores o mayores de 18 años; la manera en que debe obtenerse la autorización respectiva por parte de los adolescentes, y la objeción de conciencia. Sobre este último asunto, puntualizó que será relevante considerar la discusión habida en la Cámara de Diputados respecto de la situación de los menores de 14 años, ya que dicha regulación no fue aprobada en el primer trámite constitucional.

En lo que atañe al modo de acreditación del hecho ilícito, la señora Ministra explicó que ello corresponderá a un

equipo multidisciplinario de salud, cuya integración será posteriormente fijada por la vía reglamentaria.

En el caso de las menores de 18 años existirá un deber de denuncia del hecho criminal por parte del jefe del establecimiento asistencial, ya sea público o privado. Por el contrario, en el caso de mujeres mayores de edad, aunque el delito es de acción penal mixta, esto es, que requiere la denuncia de la afectada, en el marco del presente proyecto de ley el jefe del establecimiento estará igualmente obligado a poner en conocimiento del Ministerio Público la ocurrencia del hecho que reviste caracteres de delito, pero la comparecencia de la mujer será siempre voluntaria y no se podrán requerir o decretar en su contra las medidas de apremio contenidas en los artículos 23 y 33 del Código Procesal Penal para lograr su comparecencia a los actos del procedimiento, norma que pretende resguardar a la mujer en su condición de víctima del delito de violación.

Respecto de la expresión de voluntad de interrumpir el embarazo por parte de adolescentes, explicó que su tratamiento se ha diferenciado según la edad de la mujer. Así, sostuvo que en el caso de mayores de 14 años, pero menores de 18, lo que corresponde únicamente es informar al representante legal. No obstante, cuando dicha comunicación pueda generar algún riesgo o efecto negativo en el grupo familiar de la menor, el jefe del establecimiento asistencial deberá ponerla en conocimiento de los tribunales de familia respectivos, a fin de que se adopten las medidas de protección necesarias.

Agregó que el Mensaje ingresado a tramitación en la Cámara de Diputados también contenía disposiciones sobre el procedimiento de autorización del representante legal, o del juez en su caso, respecto de menores de 14 años, pero ellas fueron rechazadas. Connotó que, en su opinión, esa discusión debe reiterarse durante el segundo trámite constitucional.

Explicó que en el primer trámite constitucional se debatió sobre el rol del juez en este procedimiento y se concluyó que no debería centrar su análisis en cuestiones de mérito a la hora de decidir si autorizaba la intervención médica, sino que debía remitirse a razones de forma. Por ejemplo, si la causal invocada es la violación, sólo debería verificarse que hubo un equipo de salud que constató ese hecho, y, si se invoca alguna de las otras causales, habrá que constatar si un médico especialista formuló el diagnóstico respectivo.

En lo tocante a la situación de las mujeres con discapacidad, puso de manifiesto que se disponen reglas especiales para la consideración de su voluntad en esta materia. En efecto, en el caso de personas con discapacidad sensorial, visual o auditiva, como asimismo en el caso de las 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 que les permitan manifestar su consentimiento, en concordancia con lo dispuesto en la ley Nº 20.422 y en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En tanto, si la mujer ha sido declarada incapaz judicialmente por causa de demencia, se deberá obtener la autorización de su representante legal, debiendo siempre tener en consideración la opinión de la afectada, salvo que su incapacidad impida conocerla.

Luego, hizo referencia a la forma en que la iniciativa legal regula la objeción de conciencia. Explicó que ella está concebida como una excepción al mandato de cumplir la ley que tienen todas las personas, norma que será aplicable únicamente al médico cirujano que es requerido para interrupción del embarazo, que haya manifestado su objeción de conciencia al Director del establecimiento de salud en forma escrita y previa. Lo anterior, por cuanto dicho profesional es quien tiene la responsabilidad de conducir la intervención médica, la que no se compara con la de los demás integrantes del equipo médico. Detalló que ante la excusa de un médico, formalizada previamente por escrito, se deberá buscar otro galeno que pueda realizar el procedimiento médico, en el mismo establecimiento o en otro, salvo que la mujer requiera atención inmediata e impostergable y no exista otra persona que pueda efectuarla, caso en el cual la excusa no surtirá efectos.

Aclaró que se trata de una expresión personal de la libertad de conciencia, por lo que no corresponde que el establecimiento donde se desempeña el facultativo invoque una objeción institucional, pues ello implicaría imponer a los trabajadores una determinada pauta valórica.

Finalmente, trajo a colación el tema de la confidencialidad, debatido pormenorizadamente en el primer trámite constitucional, pero que no fue aprobado, que se relaciona con la excepción al deber de denuncia que se impone a las personas mencionadas en la letra d) del artículo 175 del Código Procesal Penal, en el caso del delito establecido en el artículo 344 del Código Penal. A modo de ejemplificar lo antes expuesto, relató que en el caso de que una mujer concurriese a un establecimiento asistencial para el tratamiento de las consecuencias perjudiciales de un aborto, el profesional ni el auxiliar médico estarían obligados a efectuar la denuncia correspondiente ante las autoridades.

A su vez, **la señora Ministra de Salud, doctora Carmen Castillo Taucher**, ajustándose a una descripción en grandes líneas del contenido del proyecto de ley, destacó que la voluntad de la mujer será siempre respetada, ya sea que ella quiera continuar con el embarazo o interrumpirlo. Ante esta última opción, la mujer deberá

manifestar su voluntad en forma expresa, previa y por escrito. Excepcionalmente, se aplicarán las normas de la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes, y no se requerirá la manifestación de voluntad de la mujer cuando su vida esté en peligro o ella no se encuentre en condiciones de manifestar su voluntad o presente incapacidad para manifestarla y no sea posible obtener la de su representante legal, apoderado o persona que la tiene a su cuidado.

Consignó que el prestador de salud deberá entregar a la mujer información veraz sobre las características de la prestación médica, así como respecto de las alternativas a la interrupción del embarazo, incluyendo la de programas de apoyo social, económico y de adopción disponibles, la que no podrá estar destinada a influir en la voluntad de la mujer. Añadió que también se le debe ofrecer el acompañamiento. En el caso de que una mujer mayor de 18 años invoque la causal de violación, se le deberá proveer información necesaria para que ella pueda presentar una denuncia, si así lo decide.

Acotó que el equipo médico debe asegurarse de que la mujer comprende todas las alternativas que tiene en vez del procedimiento de interrupción, antes de que éste se lleve a cabo, y debe garantizar que ella no sufra coacción de ningún tipo para adoptar su decisión.

En cuanto a la regulación del acompañamiento en la iniciativa legal, la señora Secretaria de Estado hizo hincapié en que se ofrecerá a las mujeres otorgarles asistencia, tanto en su proceso de discernimiento como durante el período posterior a la toma de la decisión, lo cual incluye el tiempo siguiente al parto o a la interrupción del embarazo. Este acompañamiento incluirá acciones de acogida y apoyo biopsicosocial ante la confirmación del diagnóstico o en cualquier otro momento del proceso. En caso de que la opción sea continuar el embarazo, junto con ofrecer el apoyo recién descrito se otorgará información pertinente a la condición de salud y a la activación de redes de apoyo. Precisó que la acción antes indicada sólo podrá realizarse en la medida que la mujer lo autorice y deberá ser personalizada y respetuosa de su libre decisión.

En seguida, anotó que los deberes y obligaciones que deriven del acompañamiento se cumplirán mediante las prestaciones vigentes al momento de la atención, en el Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, todo ello en el marco del Sistema Intersectorial de Protección Social. A su vez, se establece que la mujer podrá recurrir a la instancia de reclamo dispuesta en el artículo 30 de la ley N° 20.584, en el caso de que el acompañamiento no sea ofrecido en los términos apropiados, para lo cual se contempla una reducción de los plazos de dicho procedimiento, con la finalidad de agilizar su tramitación.

Agregó que tratándose del caso contemplado en el numeral 2) del artículo 119 que propone el proyecto como sustitutivo del vigente en el Código Sanitario, esto es, si el embrión o feto padece una alteración estructural congénita o genética de carácter letal, el prestador de salud deberá proporcionar los cuidados paliativos que la situación exija, tanto en el caso del parto como en el de interrupción del embarazo con sobrevivencia del nacido.

A modo de resumen, detalló las características principales del programa de acompañamiento que se propone:

- Tiene por objetivo acoger a quienes viven un embarazo comprendido en las tres causales contempladas por el proyecto de ley, basadas en la autonomía de la mujer.

- Está dirigido, fundamentalmente, a las mujeres que atraviesan un embarazo que se encuadra en alguna de las tres causales tratadas, pero, en la medida que la mujer lo requiera y lo estime necesario, se involucrará a su círculo cercano.

- Comienza desde el momento en que se toma conocimiento de un embarazo asociado a una de las tres causas que prevé la iniciativa legal.

- Se inserta en la red del sistema público de salud en los niveles primario y secundario de atención -actualmente existen 69 estructuras que dan atención de Alto Riesgo Obstétrico- y considera todas las acciones que se realizan regularmente en ella.

- Se suma a las prestaciones que ya existen en el Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial del Sistema Chile Crece Contigo.

- Se basa en la coordinación de nuevas prestaciones con las ya existentes, de modo de fortalecer el sistema público de salud cuyos positivos resultados para las mujeres están suficientemente documentadas.

Finalmente, especificó las prestaciones que se contemplan:

- En el nivel secundario, neonatología, perinatología, pediatría, psicólogo y asistente social para las sesiones psicoterapéuticas, y el apoyo familiar que sea necesario.

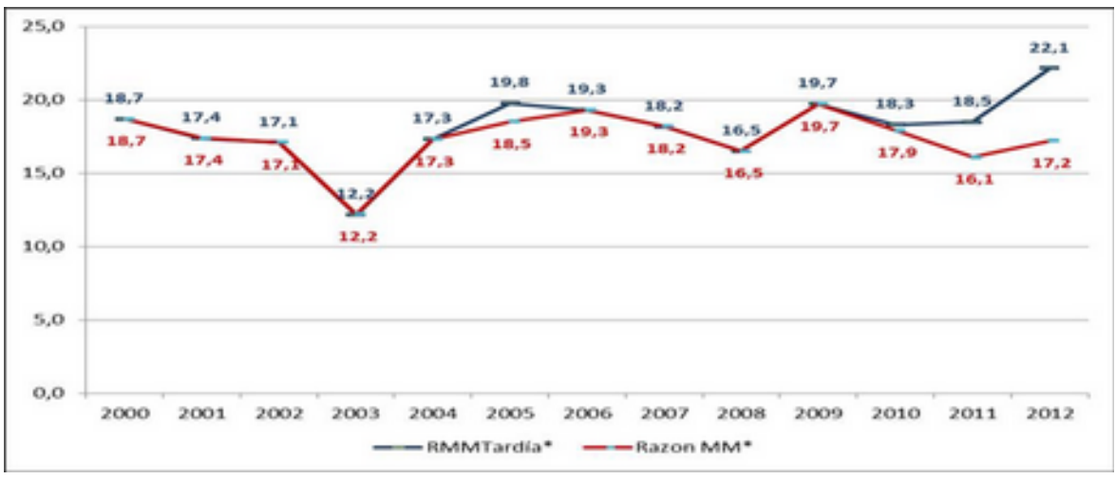
- En el nivel primario, visitas domiciliarias realizadas por profesionales de la salud, como matronas, trabajadoras sociales y psicólogos.

- Apoyo de equipo multidisciplinario perinatológico a nivel de macro red.

- Exámenes, vellosidades cordiales, test genético y consejería genética.

Luego, mencionó algunas cifras relevantes que se relacionan con el asunto sometido a conocimiento de la Comisión. En primer término, exhibió un gráfico que detalla el número de egresos hospitalarios en el país, vinculados con embarazos terminados en aborto, cualquiera sea su causa:

Sobre la primera causal, expuso los siguientes datos, que dan cuenta de la evolución de la razón de mortalidad materna y la razón de mortalidad materna tardía en Chile, entre los años 2000 y 2012:



Explicó que la mortalidad materna tardía es aquella que se produce dentro del primer año posterior al parto. Acotó que por este concepto en el país fallecen alrededor de 50 mujeres cada año.

Complementó el gráfico anterior mediante la siguiente imagen, que señala la causa de muertes maternas que se producen antes de los 42 días posteriores al parto:

Explicó que en el 48% del total de casos de mortalidad atribuibles a aborto, la causa del deceso es un embarazo ectópico, esto es, aquel en el que el óvulo fecundado se implanta fuera del útero, especialmente en la trompa de Falopio. Informó que las muertes por aborto entre los años 2004 y 2012 alcanzaron a 48 casos, de los cuales 21 se relacionan con un embarazo ectópico.

En tanto, sobre aquellas muertes calificadas como obstétricas indirectas, acotó que ellas están referidas a enfermedades que sufre la madre y que se intensifican durante el embarazo o el trabajo de parto. A modo de ejemplo, citó el caso de las pacientes cardíacas que se descompensan en esas situaciones.

Sobre la segunda causal establecida en la iniciativa legal, esto es, que el embrión o feto padezca una alteración estructural congénita o genética de carácter letal, sostuvo que las cifras absolutas de mortalidad perinatal, que son las que se producen en el período que abarca desde las 22 semanas de embarazo hasta los 7 días de vida del recién nacido, alcanzaron a 577 casos en el año 2012.

Por último, respecto de la tercera causal, que corresponde al embarazo producto de una violación, observó que las bases de datos que administran diversas entidades públicas no están integradas, por lo que sólo se refirió a aquellos antecedentes proporcionados por Carabineros de Chile. En ese contexto, consignó

que, en promedio, unas 2.000 mujeres son violadas cada año. No obstante, se estima que sólo un 10% de las víctimas efectúa la denuncia, por lo que se puede presumir que los casos antes mencionados deberían multiplicarse por diez para tener una cifra adecuada a la realidad. Asimismo, cabe destacar que un 63% de las mujeres que hacen la denuncia se desisten de ella con posterioridad.

La señora Secretaria de Estado puntualizó que el 10% de las mujeres violadas se embarazan producto de la agresión, según da cuenta la experiencia comparada en la materia.

En lo que atañe a los delitos sexuales que afectan a niñas y adolescentes, manifestó que el Servicio Nacional de Menores informó al Ministerio de Salud que en el año 2013 hubo 3.292 niñas y adolescentes embarazadas en sus dependencias, de las cuales 198 fueron víctimas de abuso sexual, estupro o violación. Las edades de las niñas embarazadas producto de delitos de violación tenían entre 14 y 15 años -36 de ellas- y entre 12 y 13 años -17 niñas-.

Finalmente, en cuanto a la efectividad de la persecución penal, connotó que de las 4.837 violaciones cometidas entre los años 2013 y 2014, en que las víctimas fueron menores de 14 años, sólo en 208 casos hubo un pronunciamiento judicial a su respecto.

- - - - - - -

DISCUSIÓN EN GENERAL

Al concluir las exposiciones de las personeras de Gobierno, **el Honorable Senador señor Rossi** celebró que se haya dado inicio al debate sobre una materia tan importante como la que trata el proyecto de ley. Si bien reconoció que la necesidad de legislar en este ámbito muestra un componente sanitario, el fundamento más relevante tiene que ver con el reconocimiento y garantía de derechos, ya que, tal como se ha señalado por las autoridades, los casos de interrupción del embarazo por las causales que contempla el proyecto podrían sumar alrededor de 2.000, de un total aproximado de 270.000 partos que anualmente se registran en el país.

Entonces, sin dejar de lado que hay un aspecto sanitario involucrado, que se orienta mayormente a atacar la inequidad que se constata en esta materia, lo fundamental es el respeto de la voluntad de la mujer. Lo anterior, por cuanto su dignidad está ligada directamente con el ejercicio de su autonomía y de su libertad, derechos que no deben ser atropellados por el Estado, como sucede actualmente. Recordó que hasta el año 1989 se permitió el aborto terapéutico, sin que ello hubiera provocado mayor controversia, y que Chile se encuentra

dentro del limitado número de países a nivel mundial que penaliza todo tipo de interrupción voluntaria del embarazo.

Sostuvo que en ningún caso se trata de calificar al embrión o al feto como una cosa, pero cuando se trata de resolver una situación extrema, el Estado debe ofrecer una respuesta a las mujeres que deben enfrentarla. A modo de ejemplo, opinó que en ciertos casos en que una mujer resulta embarazada producto de un atentado sexual, la obligación de continuar el embarazo contra su voluntad constituye una forma de victimizarla nuevamente. Ello no implica, aclaró, que ella no esté facultada para decidir libremente continuar la gestación.

En definitiva, mediante este proyecto de ley no se pretende imponer a las mujeres una sola decisión, sino que, por el contrario, se procura que, en el ejercicio de su autonomía, pueda adoptar la decisión que le parezca apropiada.

En otro aspecto, Su Señoría señaló que ante las afirmaciones que niegan que en las clínicas se realicen abortos, propugnó que, primeramente, es preciso definirlo adecuadamente y, en tal sentido, lo conceptualizó como la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable con medios adecuados fuera del útero, hecho que actualmente se sitúa a las 22 semanas de gestación.

Pese a que en muchas ocasiones se habla con eufemismos para evitar la discusión abierta y directa del tema, consignó que la interrupción de un embarazo ectópico efectivamente es un aborto, pese a lo cual nadie cuestiona el procedimiento alegando que se ha vejado la dignidad del embrión, como sí se hace cuando se está en presencia, por ejemplo, de una alteración cromosómica, estructural y congénita incompatible con la vida.

Rebatió igualmente algunos de los argumentos planteados durante la discusión de la iniciativa en la Cámara de Diputados, que indicaban que el proyecto promovía la eugenesia, ya que la hipótesis de la segunda causal sólo se refiere a situaciones excepcionales, dramáticas e incompatibles con la vida, debidamente definidas por las comunidades científicas.

Añadió que un tema que deberá ser debatido en profundidad en la Comisión es la confidencialidad en la relación entre el médico y el paciente, cuestión que no quedó resuelta apropiadamente en el primer trámite constitucional. Del mismo modo, planteó la necesidad de discutir sobre la posición en que quedará una mujer que ingresa a un centro asistencial luego de haberse practicado un aborto en situaciones diferentes de las autorizadas por la iniciativa.

A continuación, **intervino el Honorable Senador señor Chahuán**, quien rememoró anteriores proyectos de ley

en los cuales se debatió acerca de la interrupción voluntaria del embarazo. A la luz de esos precedentes, remarcó que el Congreso Nacional siempre ha estado disponible para discutir sobre el asunto sometido al conocimiento de la Comisión. Otra cosa, razonó, es que los proyectos que se debatieron hayan sido finalmente rechazados y no haya prosperado la idea de legislar sobre la materia, por razones que quedaron expuestas en los debates respectivos.

Sin perjuicio de lo indicado, Su Señoría solicitó a las autoridades ministeriales presentes que el mismo entusiasmo, interés y premura que se constata en torno al proyecto de ley en discusión se otorgue al tratamiento de las iniciativas relativas a la protección integral de la maternidad. En efecto, pidió emular legislaciones de otras naciones, como Puerto Rico o las iniciativas actualmente en trámite en Colombia, que buscan establecer el derecho al acompañamiento psicológico y la preferencia en el otorgamiento de horas médicas, tanto para la madre como para la criatura, durante el embarazo y con posterioridad al parto.

Agregó que, dada la redacción del proyecto de ley aprobado por la Cámara de Diputados, resulta imprescindible reforzar las normas vinculadas al acompañamiento, dado que el Estado no puede dejar abandonadas a su suerte a mujeres que enfrentan situaciones dramáticas. A mayor abundamiento, demandó una revisión de los aspectos financieros de la iniciativa, de modo de dotar de recursos adecuados al programa requerido.

En seguida, expresó que quienes creen que la dignidad humana debe ser protegida, entre los cuales se incluyó, estiman importante recabar las opiniones de la mayoría de los actores involucrados en este tema y, especialmente, de aquellos que realizan permanentemente funciones de acompañamiento y poseen experiencia en ese ámbito.

Además, propuso recibir en la Comisión a especialistas en Derecho Internacional, toda vez que el país ha suscrito diversos instrumentos multilaterales en materia de derechos humanos, que dicen relación con la protección del que está por nacer. Como ejemplo, hizo referencia al Pacto de San José de Costa Rica, que promueve la defensa de la vida desde el momento de la concepción, y que en virtud de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 5° de la Constitución Política de la República se entiende integrado a la legislación nacional.

Luego, hizo presente que, sin perjuicio de que se formará una opinión definitiva una vez que culmine el debate que se inicia, defenderá la vida del que está por nacer y la dignidad del ser humano que se encuentra en el vientre materno. Asimismo, postuló que

a partir del derecho a la vida, que no admite excepciones, se construyen las demás garantías fundamentales.

A su turno, **el Honorable Senador señor Girardi** sostuvo que el tema que enfrenta el proyecto en informe da origen a uno de los debates terapéuticos más interesantes y complejos que pueden presentarse en la sociedad.

Como primera premisa, declaró que personalmente es opositor al aborto y que está en contra de toda violación de los derechos integrales de la mujer.

Sin embargo, observó que en la discusión se verifican contradicciones, puesto que quienes luchan realmente contra el aborto estiman que la sexualidad es algo normal y deseable y que para que ella sea responsable debe estar fundada en valores. Por tal razón, destacó que durante años ha bregado por una real educación sexual y por no impedir el acceso a métodos anticonceptivos. Entonces, quienes se han opuesto a esas acciones y que reducen la sexualidad fundamentalmente a fines reproductivos son en realidad promotores del aborto.

En ese mismo orden de ideas, recordó que a comienzos de la década de 1990 lideró una campaña informativa sobre el SIDA, mediante el impulso del uso del condón –que no es un elemento abortivo-, pero que se encontró con gran oposición de la Iglesia Católica. De consiguiente, resaltó que en el debate se mezclan concepciones ideológicas y religiosas que no se pueden imponer al conjunto de la sociedad.

Añadió que Chile es uno de los pocos países del planeta que continúa con una postura de autoritarismo y violación sistemática de los derechos humanos, al no permitir a la mujer tomar decisiones en esta materia. Lo anterior, en base al pensamiento que señala que las mujeres, que ya han experimentado un sufrimiento extremo, además deben continuar forzadamente su embarazo y, eventualmente, ser castigadas penalmente en caso de que lo interrumpan. Es decir, se pretende revictimizar a las mujeres por ejercer el derecho humano a su autonomía.

En consecuencia, aunque sería ideal que nunca se produjese un aborto, estimó que debe quedar claro que si alguna mujer toma la decisión de interrumpir su embarazo por alguna de las causales que contempla el proyecto de ley, no debe ir a la cárcel. Ese, en su opinión, es el verdadero debate que subyace en esta discusión.

Asumió que en el intercambio de ideas que se producirá durante la tramitación del proyecto de ley también habrá posturas valóricas, que consideró legítimas. En ese contexto, comentó

que, si bien algunos piensan que la persona humana comienza su existencia desde el momento de la fecundación, dicha visión no tiene por qué ser impuesta al resto de la sociedad, ya que, por lo demás, la ciencia tampoco se ha puesto de acuerdo en ese punto.

En virtud de lo expuesto, consideró discriminatorio señalar que quienes están a favor de la interrupción voluntaria del embarazo son criminales que atentan contra la vida de una persona humana. De hecho, países desarrollados que históricamente han tenido una postura de defensa de los derechos humanos, como Inglaterra, admite la posibilidad de interrumpir la gestación hasta las 24 semanas, puesto que no considera que antes de ese lapso exista una persona humana. La misma situación se evidencia en Holanda, que ha fijado un plazo de 22 semanas, en Suecia, con 18 semanas, y en Francia y Alemania, con 14 semanas.

Asimismo, consignó que las diversas entidades de la Organización de las Nacionales Unidas que se ocupan de los derechos humanos –las cuales operan en base a consensos globales- han cuestionado sistemáticamente a Chile por violar las garantías fundamentales de las mujeres, a las que se amenaza con la aplicación de normas penales si interrumpen voluntariamente el embarazo. Ello está en flagrante contradicción con la postura de aquellos que sostienen que su actitud contraria al aborto está basada en la defensa de los derechos humanos.

De conformidad con lo manifestado, Su Señoría precisó que está por la defensa de la posibilidad de que el ser humano sea un sujeto de derecho pleno, pues cuando no se ha respetado esa garantía se han producido los atentados más brutales a la dignidad de las personas, como la esclavitud o la negación del sufragio femenino. En ese sentido, pidió que la mujer no sea reducida a un fin reproductivo y que se respete el derecho a decidir sobre su vida.

Por otro lado, advirtió que también se constatan inconsistencias en quienes defienden la vida de forma irrestricta, sin tener en cuenta los avances científicos. Por ejemplo, aclaró, es posible transformar células de la piel en células madre. Es decir, existe la tecnología para producir seres humanos a partir de una célula de la piel. Entonces, es posible preguntar: ¿a cada célula se le deberá otorgar el mismo estatus de dignidad que se pretende dar al resultado de la fecundación entre un óvulo y un espermatozoide? Afirmó que el producto de la fecundación da inicio a la vida, pero no constituye una persona humana, ya que ésta está vinculada a emociones complejas y al desarrollo de un proceso neuronal que en la mayoría de los países del planeta se ha estimado sobre las 12 semanas.

Aseguró que si se hiciera una persecución penal efectiva para investigar casos de aborto, la legislación actual

perdería su sustento de forma inmediata si una mujer perteneciente a sectores de la elite de la sociedad fuera afectada. Ello demuestra que también hay un componente de inequidad en el tema en debate.

Seguidamente, planteó que desde el punto de vista evolutivo, al cual adscribe, impedir la interrupción de un embarazo que ha sido producto de una violación significa, en la práctica, un "premio" al violador, por cuanto lo que buscan los genes es pasar a las generaciones siguientes. Esto es un contrasentido, enfatizó, pues, por otro lado, se sanciona penalmente a la víctima de la agresión.

La Honorable Senadora señora Van Rysselberghe, por su parte, expresó que las cifras de mortalidad materna que han sido exhibidas dan cuenta de que alrededor de la mitad de los fallecimientos por aborto corresponden a embarazos ectópicos. Por tal motivo, concluyó que en realidad no se está discutiendo sobre un problema sanitario, sino que, efectivamente, lo tratado corresponde a una discusión acerca de derechos, a saber, si prima el derecho de la mujer a decidir sobre su cuerpo o el derecho a la vida del que está por nacer.

Precisó que no hay mayor discusión en cuanto a si el embrión o el feto es un ser humano, pero sí existe controversia en torno a si es o no sujeto de derechos. Al respecto, postuló que el concepto de persona es una construcción teórica, a diferencia del ser humano, que es una realidad concreta y tangible. En efecto, en varios momentos históricos se ha despojado del concepto de persona –y por tanto de los derechos que ello conlleva- a ciertos individuos de la especie humana.

De conformidad con lo expuesto, es preciso dilucidar desde cuándo el ser humano es sujeto de derechos, el principal de los cuales es el derecho a la vida. Estimó que esa discusión no se abordó con la profundidad necesaria durante el primer trámite constitucional de la presente iniciativa de ley.

Otro asunto sobre el cual llamó la atención, fue acerca de la afirmación de la señora Ministra de la Mujer y Equidad de Género, quien habría señalado que las dos primeras causales que contempla el proyecto no tendrían límite de edad gestacional, lo que es evidente, puesto que muchas malformaciones letales se diagnostican con posterioridad a las 22 semanas de embarazo. Por tal motivo, pidió expresar con franqueza si se va a aprobar la posibilidad de realizar un feticidio –y no un aborto- para inducir un parto prematuro, en caso de un diagnóstico tardío.

En último término, Su Señoría afirmó que si finalmente se concluye que el concepto de persona restringe al de ser humano, se estaría avanzando en una dirección errónea.

Al hacer uso de la palabra, **la Honorable Senadora señora Goic** puso de manifiesto la posición favorable de los miembros de la Comisión para dar la oportunidad de que todas las posturas frente al asunto en discusión sean expuestas.

Entrando al detalle del proyecto de ley, mencionó que sólo se permitirá la interrupción voluntaria del embarazo por causales excepcionales. De igual modo, celebró que durante la tramitación del proyecto de ley en la Cámara de Diputados se haya incorporado el acompañamiento, aunque a este respecto solicitó mayores antecedentes a los personeros de Gobierno acerca del contenido del programa respectivo y de las fuentes de financiamiento que lo respaldarán, puesto que, a su juicio, debe consistir en una garantía auténtica para las mujeres que lo requieran.

Solicitó también a las autoridades ministeriales avanzar en otros proyectos de ley que se relacionan indirectamente con el que está en trámite, como aquellos destinados a la prevención y protección del embarazo adolescente.

Por último, consultó a los expositores por qué aún se producen muertes debido a embarazos ectópicos, puesto que se ha señalado que en casos de riesgo de vida de la madre la lex artis médica aconseja intervenir, para evitar un daño mayor.

La señora Ministra de Salud explicó que las muertes maternas derivadas de embarazos ectópicos se deben principalmente a la ausencia de un diagnóstico oportuno. Por ello, expresó que será necesario aumentar la capacidad para efectuar diagnósticos precoces.

Finalmente, **la señora Ministra de la Mujer y Equidad de Género** precisó que el objetivo del proyecto de ley es dotar al país de una normativa que se ponga en el lugar de las mujeres que se encuentran en tres circunstancias concretas durante el embarazo. No obstante reconocer que en el país existen distintas visiones sobre el tema, por la misma razón se ha evitado que mediante la legislación se imponga alguna decisión a quienes atraviesan por esas dramáticas situaciones. Es así, entonces, que se otorgará acompañamiento y prestaciones de salud, tanto a quienes decidan continuar con la gestación como a quienes resuelvan interrumpirla.

- - - - - - -

VOTACIÓN EN GENERAL

Agotada etapa de las audiencias y el debate, la Comisión procedió a votar la idea de legislar.

La Honorable Senadora señora Van Rysselberghe expresó su posición contraria a la probación en general del proyecto de ley en debate, en base a los argumentos que expuso a continuación.

En primer lugar, en el debate parlamentario se han evocado ciertos mitos en relación con este tema, tales como que la iniciativa tiene como objetivo despenalizar ciertas conductas típicas, lo que no es efectivo, pues en realidad se consagran derechos y prestaciones sanitarias. Además, eliminar la objeción de conciencia que podrían hacer valer otros miembros de los equipos de salud demuestra que la intención va más allá de despenalizar.

En segundo término, se ha intentado fundamentar la necesidad de legislar al respecto por razones de salud pública, lo cual tampoco es cierto. En efecto, la tasa de mortalidad materna en Chile es extremadamente reducida y su progresiva disminución no se vio afectada con la derogación del aborto terapéutico en el año 1989. A mayor abundamiento, la tramitación legislativa ha sido liderada por el Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género y por el de Salud.

Además, se ha señalado que el proyecto de ley sólo repondría el aborto terapéutico que se permitió hasta el año 1989. Sin embargo, si se atiende a la definición de “terapéutico”, esto es, un conjunto de prácticas y conocimientos encaminados al tratamiento de dolencias, el aborto no detenta ninguna de esas características, sino que consiste en un acto que termina con la muerte del feto.

En resumen, las argumentaciones a las que ha hecho mención han tenido como objetivo disfrazar la ideología que subyace en el proyecto de ley y que lleva a relativizar el valor de la vida, especialmente de aquellos que están por nacer. En el fondo, el conflicto principal es la ponderación de los derechos de la mujer, en contraste con aquellos del ser que está por nacer. Sobre este último, algunos han aseverado que no sería titular de derechos, por no ostentar la calidad de persona; empero, no hay algún científico que pueda asegurar que el feto no es un ser vivo de la especie humana, reconocible como tal en cualquier circunstancia.

Entonces, lo que se debe dilucidar es cuándo ese ser humano vivo tendrá derecho a nacer. La proposición legislativa plantea que no sería asignatario de esa garantía en tres situaciones.

La primera de ellas, cuando esté en riesgo la vida de la madre. Si bien Su Señoría comparte la necesidad de protección de la mujer, previno que el caso está claramente recogido por la praxis médica, dado que ningún médico dejaría morir a una madre en riesgo de fallecer por el hecho de estar embarazada. De hecho, sin madre no hay embarazo y esa es la principal razón para resguardar su integridad vital. No obstante, en ocasiones, como efecto secundario del acto médico se produce la muerte del feto.

En su calidad de ser humano, el embrión o feto es sujeto de derechos, calidad que incluso ha sido reconocida ampliamente por diversos instrumentos internacionales sobre derechos humanos, como el Pacto de San José de Costa Rica, que dispone que todo ser humano vivo es persona. Por su parte, la Convención sobre los Derechos del Niño consigna que “el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento".

Sobre la base de esos postulados, queda en evidencia la contradicción entre las disposiciones internacionales y lo establecido en la segunda causal del proyecto de ley, toda vez que se niega el derecho a nacer al niño por el hecho de padecer una patología, que se ha caracterizado como una inviabilidad o malformación incompatible con la vida. Cabe preguntarse si ello implicará la elaboración de un listado específico de enfermedades o si se usará esos conceptos indeterminados.

Aunque todos los fetos morirán algún día, antes o después del nacimiento o en etapas posteriores de su desarrollo, la pregunta central es cuánto tiempo de vida y qué circunstancias de salud debe cumplir el ser humano para poder nacer. En definitiva, se busca definir qué condiciones exigirá la sociedad al ser humano para permitirle nacer.

La tercera causal es totalmente discriminatoria, pues autoriza a eliminar a un ser humano sano, concebido bajo condiciones terribles y dolorosas para la mujer o niña violada. Es imposible no empatizar con el dolor al que ellas han sido expuestas. No obstante, la violencia sexual no se remedia con el aborto ni con la eliminación de un ser humano que es tan inocente como la madre.

Por último, hizo reserva de constitucionalidad, para los efectos del ordinal 3° del artículo 93 de la Constitución Política de la República, respecto de las ideas matrices del proyecto de ley y, especialmente, respecto de los artículos 1° y 2°, que no cumplen los

estándares de protección de la vida del que está por nacer, mandato expreso impuesto por el constituyente al legislador en el ordinal 1° del artículo 19 de la Carta Política. Asimismo, los artículos antes mencionados son inconstitucionales por transgredir la garantía de igualdad ante la ley, reconocida en el ordinal 2° del artículo 19 del Texto Fundamental, pues desprotegen de manera arbitraria el derecho a la vida de las personas que están por nacer, en los supuestos que indica el proyecto.

El Honorable Senador señor Rossi hizo notar que, desde una perspectiva ética, hay leyes que por su contenido exigen un conocimiento específico, que sólo los expertos pueden proveer, como las exigencias medioambientales que deben cumplir las industrias o aquellas relacionadas con la construcción de edificios en altura.

Hay otras leyes que no requieren de esa sabiduría especial, porque se fundan en ideologías. Ejemplo de esa realidad son las iniciativas sobre nacionalización del agua o el aumento de los tributos.

Pero hay un tipo de leyes que no exige un conocimiento acabado sobre la materia y que tampoco responden a cuestiones ideológicas, sino que tienen que ver con los valores.

En este último grupo se sitúa el proyecto de ley en debate, ya que para estar a favor o en contra de él no se precisa ser erudito en biología o medicina y tampoco caben las distinciones políticas clásicas, dado que lo que está en juego es algo tan básico que trasciende esas distinciones y no se rige, en última instancia, por la razón. El aborto es un tema ético, un asunto de la moral, y ahí radica su dificultad.

Los valores en que se funda la ética no tienen necesariamente un fundamento lógico, racional o empírico, sino que muchas veces se basan en las creencias de cada persona. Tal como lo expuso Kant, hace más de 200 años, los valores que no son formales no tienen validez universal ni son verdades absolutas, lo que lleva a una situación tremendamente incómoda, pues la fuente de legitimidad de los valores fundamentales es subjetiva. Asimismo, grandes pensadores del siglo pasado reconocieron esa precaria situación de la ética, por cuanto no por desconocerla deja de existir, y se abocaron a buscar un fundamento dentro de la ética, aun cuando éste no pueda ser universal.

Es legítimo que quienes consideran que la vida del feto tiene exactamente el mismo valor que la de un recién nacido se opongan rotundamente a la despenalización del aborto, independientemente de las causales. Nadie puede justificar de forma racional y con verdad absoluta que la vida de un feto valga menos que la de un recién nacido, pero tampoco se puede justificar con pretensión de

verdad absoluta lo contrario. De igual manera, también es legítimo considerar que la vida de un feto tiene menos valor que la de un recién nacido o la de la madre que lo lleva en su vientre, lo que no implica su desconocimiento, porque el valor, por definición, no es algo intrínseco en las cosas y, en definitiva, es el resultado de una apreciación subjetiva.

A mayor abundamiento, religiones más antiguas que la Católica, como la Budista, postulan que ciertos animales son sagrados y otorgan un valor más alto a la vida de aquellos que a la de los seres humanos. Tampoco sería posible afirmar, de forma absoluta, que ellos están equivocados.

El poeta Khalil Gibran retrató esa soberbia de forma muy certera, en el cuento del “Perro sabio”:

“Un día, un perro sabio pasó cerca de un grupo de gatos. Y viendo el perro que los gatos parecían estar absortos, hablando entre sí y que no advertían su presencia, se detuvo a escuchar lo que decían.

Se levantó entonces, grave y circunspecto, un gran gato, quien observó a sus compañeros. Hermanos -dijo-, orad, y cuando hayáis orado una y otra vez, y vuelto a orar, sin duda alguna lloverán ratones del cielo.

Al oírlo, el perro rió para sus adentros y se alejó de los gatos, diciendo:

-¡Ciegos e insensatos felinos! ¿No está escrito, y no lo he sabido siempre, y mis padres antes que yo, que lo que llueve cuando elevamos al cielo súplicas y plegarias son huesos, y no ratones?”.

Esta misma soberbia ha estado presente en parte en el debate de la presente iniciativa. Así, quienes están en contra del proyecto de ley creen saber con verdad absoluta cuánto vale la vida de un feto, desprecian a quienes no están de acuerdo con sus valores y consideran el aborto una barbarie y a quienes lo promueven, inmorales. Bajo la misma lógica, quienes están a favor de la despenalización por las tres causales propuestas descalifican a quienes no tienen esa postura y estiman una barbaridad obligar, por ejemplo, a una niña de 11 años a tener a su hijo concebido en una violación o a una mujer a arriesgar su vida por un embarazo que le puede causar la muerte.

El hecho de haber sido padre recientemente le ha maravillado con el milagro de la fecundación, de la que se sigue un conjunto de células que evoluciona en un embrión y luego en un feto, en el que se distinguen sus órganos y extremidades y del cual ya en las primeras semanas de gestación es posible escuchar los latidos de su

corazón. Sin embargo, como sus creencias no son superiores a las del resto, no tendría derecho a imponerlas a los demás ni a decirle a una mujer que debe renunciar a su vida en caso de embarazo riesgoso, porque la vida del hijo que lleva en su vientre vale más de lo que piense ella, su marido, sus hijos o su familia; así como tampoco tiene derecho a exigir a una niña de 10 años que ha sido violada en reiteradas ocasiones por su padre, a dar la luz al niño que espera, sin saber siquiera si eso la llevará a la más terrible infelicidad o, tal vez, al suicidio.

En virtud de lo expuesto, sin perjuicio de creer en sus valores, piensa que son válidos para su persona porque así lo eligió, pero que no es posible imponérselos al resto. Estas decisiones son tan particulares que, en la disyuntiva de si la responsabilidad de decidir debe estar en manos del Estado o en las de cada persona, es preferible esta última alternativa. De lo contrario, se subestimaría al ser humano, en la creencia de que unos son superiores a otros. No obstante, tener la calidad de ser humano significa, entre otras cosas, ser seres morales y tener que decidir acerca del bien y del mal y, por tal motivo, dejar la decisión de abortar por estas tres causales en poder del Estado es suprimir un espacio de libertad moral que resulta esencial. No es el Estado quien debe decidir cómo actuar en esas circunstancias, sino cada uno, en correspondencia con su propia conciencia.

Respecto de los aspectos constitucionales involucrados, la exposición de la profesora Verónica Undurraga informó a la Comisión que el hecho de que en la Constitución Política y en tratados internacionales se establezca la protección de la vida pre natal no es sinónimo de criminalización de toda forma de interrupción voluntaria del embarazo, porque, en el fondo, de lo que se está hablando es de ciertas herramientas para cumplir un propósito, que es el resguardo de la vida pre natal. Además, ella argumentó que otras naciones, que en sus Cartas Fundamentales tienen los mismos principios que consagra la chilena, han dispuesto que la mejor manera de lograr aquel objetivo protector sea permitir en ciertas circunstancias la despenalización voluntaria de la gestación. Por último, ella consignó que los países que presentan menores tasas de aborto son los que no lo criminalizan en todas sus formas.

Sobre la realidad nacional, teniendo en cuenta lo que se hace regularmente en las clínicas y hospitales públicos –y no en la clandestinidad- a pesar de la penalización establecida en el año 1989, que prohibió toda intervención cuyo fin sea interrumpir un embarazo, resulta contradictorio el tratamiento que se da a los embarazos ectópicos, ya que cuando un huevo fecundado se implanta en una trompa, fuera de la cavidad intrauterina, lo que hace el facultativo es interrumpir la gestación para proteger la vida de la madre, acto que en ningún caso constituye un aborto indirecto, como se ha tratado de insinuar por algunos. Es aborto indirecto, por ejemplo, el que ocurre cuando a una mujer embarazada, a quien se le detecta un cáncer, como

efecto indeseado el tratamiento produce la muerte del feto. En el embarazo ectópico, en cambio, el problema para la salud de la madre es el embrión y por ello la acción del médico va dirigida a su destrucción.

De consiguiente, no parece razonable atribuir una dignidad intrínseca mayor al embrión o feto en el caso de un embarazo anencefálico que al embrión alojado en la trompa, sin embargo, en el primer caso la gestación no puede ser interrumpida, al tenor del artículo 119 del Código Sanitario. Por ello es imprescindible ajustar la legislación a la realidad y dar certeza jurídica a los equipos médicos, para proteger los derechos de las mujeres.

Finalmente, es manifiesto que en este asunto no priman los intereses sanitarios y se constata una gran inequidad, derivada las determinantes sociales de la salud, puesto que el aborto se vincula con la posición socioeconómica de la mujer y con su entorno cultural. Entonces, más allá de que la tasa de mortalidad materna en Chile sea baja, porque se han hecho bien las cosas en materia de planificación familiar, es preciso entender que hay un problema de derechos involucrado, que necesita una resolución adecuada, particularmente en lo que atañe a los derechos de la mujer.

En razón de todo lo expuesto, emitió su voto a favor de la aprobación en general del proyecto de ley.

El Honorable Senador señor Girardi también se pronunció favorablemente sobre la idea de legislar.

Este debate versa sobre el estatus que se conferirá a la mujer, es decir, si serán tratadas como sujetos de derecho plenos o si tal condición les será menoscabada, en lo que respecta a la toma de decisiones en materias fundamentales. Ello va más allá de la posición que se adopte en torno al aborto, pues es necesario defender el derecho de la mujer a llevar a término su embarazo en cualquier circunstancia, para lo cual el Estado y la sociedad deben brindarle el apoyo y acompañamiento, tanto antes como después del parto. No obstante, con la misma fuerza, a una mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que propone el proyecto de ley le asiste el derecho a tomar otra decisión, elección que también debe ser acompañada por la acción del Estado.

En el estado actual de cosas se impone una visión tremendamente machista, que posterga y reduce a la mujer. De hecho, algunos postulan que al quedar embarazada la mujer ya no es dueña de su útero y que no le pertenece su cuerpo. En ese contexto, planteó que no es posible obligar a alguien a poner su cuerpo a disposición de otro.

La situación de menoscabo de la mujer está relacionada con una determinada visión de la sexualidad, una visión machista, que considera que ella tiene una misión principalmente reproductiva. No es casual que la mujer en Chile haya tenido acceso de manera tardía al voto electoral, porque supuestamente no estaba capacitada para participar de la vida social y política.

La liberalización de la mujer implica rescatar su sexualidad, pues el elemento central se relaciona con sus derechos sexuales y reproductivos. Pero para que el derecho sea libre es preciso que se dé en el contexto de una sexualidad responsable e informada, lo que requiere educación sexual y acceso a métodos anticonceptivos. La sexualidad del ser humano lo distingue de todos los demás mamíferos, pues es posible vivirla en forma plena, independientemente de la función reproductiva.

Esta argumentación es consistente con el hecho de que los mismos sectores conservadores que dicen estar contra el aborto, en el pasado se opusieron al condón y a la píldora del día después, e incluso querían prohibir la utilización de la T de cobre, método anticonceptivo de mayor uso, más barato y que tuvo su desarrollo como política pública en Chile en el Gobierno del ex Presidente señor Frei Montalva. La sexualidad vivida sin anticoncepción ni educación genera más abortos.

Junto con la aprobación del presente proyecto de ley, será imprescindible sancionar también la reforma constitucional que consagra los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, para que pueda ejercer los derechos que se le conceden atendida su calidad de persona.

Quienes adscriben a la posición favorable a la aprobación del proyecto son los que realmente están en contra del aborto y no quieren que esa práctica se transforme en un mecanismo de control y regulación de la natalidad; son los que han abogado permanentemente por una mayor educación sexual y por la introducción de métodos anticonceptivos. Por lo tanto, quienes favorecen el aborto, muchas veces sin quererlo realmente, son los que se oponen a una sexualidad libre, plena y responsable.

El escenario ideal es que nunca se produzcan abortos, pero no por la búsqueda de ese propósito se va a condenar a la cárcel a una mujer que, en situaciones límites y dramáticas, ha decidido interrumpir su embarazo. Ello implicaría un acto de crueldad extrema, que victimizaría nuevamente a la mujer, lo que se patentiza de manera más trágica en el caso de violación, que es el mayor atentado a la dignidad que puede sufrir una mujer. Esa víctima, cuyas redes familiares y sociales de protección han fallado, en la situación actual de la legislación sería reprochada penalmente si opta por interrumpir la

gestación. Si una agresión de ese tipo le ocurriera a su hija, obraría en resguardo de su vida, salud y dignidad.

Es cuestionable aludir al respeto a los derechos humanos para sustentar una posición contraria a la iniciativa de ley, toda vez que varios entes de la Organización de las Naciones Unidas han reprochado a nuestro país la legislación vigente sobre esta materia. Chile forma parte de un grupo de cinco países en el mundo que proscriben el aborto en todas sus formas.

La discusión acerca del momento en que es posible detectar a una persona humana es un problema que no suscita consenso y la mayoría de los países occidentales han establecido que ello ocurre en el instante del nacimiento. Sin embargo, también hay quienes confieren a la fecundación un estatus de dignidad moral, basados en una concepción sobrenatural, mágica y religiosa que, si bien es respetable, no se puede imponer al conjunto de la sociedad. Si fuese así, también las células de la piel deberían ser protegidas, porque actualmente la ciencia puede reprogramarlas para crear una persona humana a partir de ellas.

Es posible identificar a la persona humana desde el momento en que hay estructuras complejas neuronales que posibilitan el desenvolvimiento de ese ser, pero esa visión tampoco puede imponerse a los demás. Nadie puede erigirse en custodio o poseedor de la supremacía moral, ya que todas las personas tienen la misma dignidad y derechos, con independencia de sus posiciones valóricas. Un fundamento de la convivencia democrática supone que permitir que otras personas puedan ejercer sus valores no significa renunciar a los propios.

Chile ya hizo este debate hace casi un siglo y la regla vigente hasta 1989 nunca fue cuestionada, incluso por quienes participaron de los trabajos preparatorios de la Constitución de 1980. Por ello, esta discusión tiene carácter reparatorio y su sentido es permitir que Chile restablezca algunos derechos humanos y consagre normativamente una visión de sociedad multivalórica, de conformidad con el respeto a la libertad de las personas más allá de las creencias que profesen.

El Honorable Senador señor Chahuán, al iniciar la fundamentación de su voto por el rechazo en general del proyecto, destacó que el asunto debatido no tiene relación con la salud pública, cuestión que ha sido reconocida por las autoridades de Salud de la actual administración y se confirma por el hecho de que quien ha liderado la discusión por parte del Ejecutivo ha sido la Ministra de la Mujer y la Equidad de Género. Sincerar la discusión permite advertir una contraposición entre los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y los del que está por nacer.

La idea de legislar decide si un proyecto de ley, por un lado, identifica un problema real y, por otro, si otorga una adecuada solución al mismo. A eso se enfrentan hoy los miembros de la Comisión.

La proposición legislativa sí identifica un problema real, como es la existencia de ciertas circunstancias que impiden que un embarazo pueda vivirse con normalidad, lo que puede generar incluso momentos objetivos de angustia y desesperación, debido a múltiples causas, como el abandono, la soledad, la violación, la edad, la presión del entorno u otras situaciones de violencia o abuso. Ante esta realidad la sociedad debe presentar soluciones. No obstante, la iniciativa legal presenta el aborto como única salida.

Lo anterior es de suma gravedad, por cuanto el aborto no es la real solución, como ha sido reconocido incluso por la Presidenta de la República, que en el Mensaje de la iniciativa expone que la realidad del aborto significa que en esos casos la sociedad está llegando tarde; paradójicamente, ahora se propone instaurar legalmente esa actuación tardía. Por consiguiente, el aborto afecta los derechos de la mujer, ya que le causa daño psicológico y un trauma que perdura por años y es difícil de borrar.

En consecuencia, lo que corresponde es superar las causas que llevan a una mujer a vivir un embarazo vulnerable, mediante un apropiado sistema de acompañamiento. Su Señoría ha presentado un proyecto de ley para asegurar la protección integral de la maternidad y ha insistido en que el acompañamiento que se brinde debe ser de tipo psicológico y económico y debe otorgar preferencia en la asignación de horas médicas. Además, el Estado no puede tener un doble estándar al suscribir instrumentos internacionales que protegen la vida del que está por nacer desde el momento de su concepción y, en la práctica, dejarla en situación de total abandono.

Lo pertinente es emular legislaciones como la de Puerto Rico y la que se discute actualmente en Colombia, para atender las necesidades de la mujer en situación de angustia, soledad y desesperación. Lo anterior, en el entendido de que la mayor cantidad de abortos se origina por coerción del entorno, la pareja o la familia. El Estado no puede abandonar a la mujer que está en tal situación de abandono que le impide tomar una decisión apropiada.

El informe financiero que acompaña al proyecto de ley establece un sistema de acompañamiento cuyo costo evalúa en aproximadamente $ 3.000.000.000, pero, como han expuesto algunos intervinientes en el debate, para que sea efectivo debiera involucrar recursos por al menos $ 24.000.000.000.

El aborto atenta directamente contra la vida del ser que no ha nacido, en quien cabe reconocer una dignidad igual a todo ser humano. Incluso, siguiendo a Mounier y a Maritain se trata de un ser único e irrepetible, que debe ser protegido.

La sociedad debe enfrentar este problema desde un punto de vista humano, que considere tanto la vida de la madre como la del que está por nacer y que otorgue protección a sus derechos humanos de cuarta generación; para ello se requiere un acompañamiento que asegure la atención de salud. A mayor abundamiento, el Ministerio de Salud reconoce al feto como un paciente susceptible de ser asignatario de prestaciones incluidas en las Garantías Explícitas en Salud.

Discrepó de la concepción de persona expresada por el señor Senador que le antecedió en el uso de la palabra, pues de seguir esa línea argumentativa habría que reformular todas las políticas públicas de salud dirigidas a la protección de la maternidad, incluso aquellas que advierten sobre la exposición al tabaco de mujeres embarazadas o las que proporcionan prestaciones para el tratamiento de la espina bífida.

En conclusión, el embrión o feto es un paciente que merece ser protegido.

El aborto tiene dos víctimas: la mujer embarazada y el niño que aloja en su vientre. En ese sentido, las audiencias que ha concedido la Comisión han permitido alcanzar algunos consensos, como la existencia de un déficit de especialistas materno fetales y de tecnología médica apropiada en el sistema público de salud, en relación con la necesidad de diagnosticar certeramente una patología supuestamente incompatible con la vida.

Su posición contraria a la iniciativa se funda en parte en los testimonios prestados ante la Comisión por Nevenka Astudillo, Massiel Moreno y Marta Aravena, quienes fueron víctimas y optaron por la vida en situaciones similares a las de las tres causales que contempla el proyecto de ley.

La propuesta legislativa no se hace cargo de qué ocurrirá con los niños que resulten vivos luego de realizado un procedimiento abortivo.

El proyecto es innecesario. Respecto de la primera causal, pues la lex artis médica ya ha resuelto la forma en que debe ser abordada la situación. Si como efecto indirecto de un procedimiento destinado a salvar la vida de la madre muere el feto, ello no está penado en nuestro ordenamiento jurídico. En realidad, Chile

forma parte de un grupo de 60 países que no sancionan el aborto indirecto.

En cuanto a la segunda causal, hay un ser único, irrepetible y trascendente, dotado de dignidad humana, que debe ser protegido. Además, con los especialistas y el equipamiento tecnológico disponible, en etapas tempranas de la gestación es imposible determinar con certeza diagnóstica los hechos que configuran la causal.

Esta posición es progresista, pues postula que los derechos de una persona terminan donde comienzan los del otro y, por tanto, no se puede disponer de la vida de una persona, especialmente de quien no puede defenderse.

Finalmente, en lo relativo a la tercera causal, conocida la experiencia de mujeres que han vivido el drama de la violación no se puede sino empatizar con su sufrimiento. Pero en el contexto de una sociedad hedonista e individualista se opta por la solución más fácil que propone una cultura de lo desechable.

Un mal no se resuelve con otro, sino siendo capaces de entender que la real solución es aquella de mayor dificultad y que parte de la base de que es necesario contar con educación sexual temprana y libre disposición de métodos anticonceptivos. Pero otra cosa distinta es atentar contra la vida de un ser único e irrepetible, lo que no es admisible.

El proyecto de ley adolece de vicios de inconstitucionalidad, no sólo porque atenta contra el ordinal 1° del artículo 19 de la Carta Política y tratados internacionales, como el Pacto de San José de Costa Rica, sino porque también atropella las bases de una sociedad democrática, que entiende que todos sus miembros deben ser protegidos, porque tienen dignidad.

Asimismo, vulnera la garantía de igualdad ante la ley, reconocida en el ordinal 2° del artículo 19 del Texto Fundamental, al limitar el derecho a la vida de ciertos seres humanos por condiciones que no dependen de ellos, como las que se evidencian en la segunda y tercera causales.

Finalmente, también es contraria a la Constitución la forma en que la iniciativa legal regula la objeción de conciencia, pues vulnera la libertad de conciencia del resto del equipo médico que no es el galeno, libertad consagrada en el ordinal 6° del artículo 19, y no otorga espacio para el ideario institucional.

La Honorable Senadora señora Goic recordó que en el año 1994 ingresó a trámite en la Cámara de Diputados el primer proyecto de ley destinado a despenalizar la interrupción del

embarazo, luego de que en el año 1989 la dictadura derogara el aborto terapéutico, que había estado vigente en el Código Sanitario desde el año 1931. Posteriormente, se ha sumado una treintena de iniciativas similares, en diferentes estados de tramitación, pero que dan cuenta de un cuestionamiento a la situación legislativa actual en esta materia.

El debate se centra en situaciones dolorosas y complejas que viven muchas mujeres, que por distintos motivos evalúan la interrupción del embarazo. Así como nadie desea el aborto, tampoco se quiere que existan situaciones de abuso y violaciones, riesgo de vida en un embarazo o casos de inviabilidad fetal, pero la realidad que se constata precisa que el Congreso Nacional haga el debate respectivo, de forma franca, transparente y con altura de miras.

La discusión implica una oportunidad para reafirmar la sociedad que se procura construir, en momentos en que la tecnología y la ciencia tienen la pretensión de modificar la naturaleza y la propia humanidad de las personas, lo que lleva a debates éticos límites. Corresponde resaltar el valor inalienable de todos los miembros de la especie humana, esto es, que la dignidad humana no depende de características, estado de desarrollo o capacidad cognitiva. Ello otorga la calidad de sujetos de respeto y titulares de derechos, el primero de los cuales, sin el que no podría existir algún otro, es el derecho a la vida, que debe ser respetado desde la concepción hasta la muerte natural.

A través de la historia, los demócrata cristianos han sido fieles a ese principio, actitud expresada en la oposición a la dictadura, la defensa frente a las violaciones de los derechos humanos y en la derogación de la pena de muerte, entre otras circunstancias. En esa misma coherencia política se fundamenta la postura contraria a la legalización del aborto.

A este respecto, cabe recalcar que el proyecto de ley sólo abarca tres causales excepcionales, y citó al Padre Percival Cowley (SS.CC.), quien ha dicho que el debate acerca de despenalizar algunas situaciones implica que las demás formas de aborto siguen penalizadas y el delito también subsiste.

Además, desde la perspectiva de la sociedad que se quiere construir y del rol del Estado en esa tarea, la prohibición del aborto no basta para proteger la vida del niño o la niña, ni tampoco la de las mujeres o el bienestar de las familias. Así, una comunidad verdaderamente humanista y solidaria debe ser capaz de garantizar las condiciones sociales para que todas las familias puedan recibir una nueva vida como una buena noticia.

En su labor como parlamentaria ha promovido la corresponsabilidad y el reconocimiento del rol del padre y la madre en la crianza; cómo garantizar los derechos de la maternidad y el acceso a

la asistencia obstétrica para un parto humanizado; la promoción de la lactancia materna y su ejercicio; la extensión del período post natal de seis meses, y otras iniciativas que generan condiciones laborales que permiten a las mujeres tener una maternidad protegida. En ese mismo orden de ideas, ha pedido al Gobierno poner urgencia a un proyecto de su autoría y que ha sido transversalmente apoyado, que busca la prevención y protección del embarazo adolescente y que probablemente podría evitar un número importante de los abortos que hoy se producen.

El debate que ocupa a la Comisión es una oportunidad como país para avanzar en temas que han estado detenidos por años, como entregar espacios de confianza a los jóvenes para que acudan a alguien que no los va a recriminar o criminalizar por sus actos, sino que va a acoger el drama al que se enfrentan cuando hay un embarazo no deseado. Es también una oportunidad para retomar iniciativas como las Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad, que tenían como único objetivo entregar herramientas a los jóvenes en ambientes de confianza.

El proyecto de ley enfrenta una realidad palpable, que no es posible evitar y que afecta a mujeres que se encuentran en tres situaciones límites. Se debe decidir si el Estado actuará ejerciendo su poder sancionatorio –que afecta la dignidad de las mujeres- o si se hará cargo del drama, asumiendo su rol protector.

Nadie puede estar obligado a actuar más allá de lo humanamente razonable y, en esa línea, el proyecto aborda casos complejos, respetando la decisión de la mujer, con independencia de cuál sea. El dolor que ellas deben afrontar también afecta al padre –cuando está presente- y a la familia y cercanos.

Destacó el trabajo de los Diputados que adscriben a su partido político y que perfeccionaron la iniciativa en el primer trámite constitucional, especialmente en lo referido al programa de acompañamiento, que es un eje fundamental para hacerse cargo del drama de la mujer y no ofrece como única solución el aborto. Si bien el programa de acompañamiento es insuficiente, tiene como cualidades positivas el hecho de ser confidencial, fundarse en el respeto a la mujer, no ser disuasivo ni coercitivo, respetar la libertad de la mujer y que opera con independencia de su decisión, creencias y valores. El programa debe configurarse como una garantía estatal integral para todas quienes lo requieran.

Votó a favor de la idea de legislar.

- Recogida la votación, el proyecto de ley fue aprobado en general por tres votos a favor, emitidos por los Honorables Senadores señora Goic y señores Girardi y Rossi, y dos

en contra, formulados por los Honorables Senadores señora Van Rysselberghe y señor Chahuán.

- - - - - - -

TEXTO DEL PROYECTO APROBADO

Se consigna a continuación el texto del proyecto despachado por la Cámara de Diputados, cuya aprobación en general propone la Comisión:

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, un(a) médico(a) cirujano(a) se encontrará autorizado(a) para interrumpir un embarazo, 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 alteración estructural congénita o genética de carácter letal.

3) Sea resultado de una violación, en los términos del inciso tercero del artículo siguiente, 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 Nº 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 Nº 20.422 y en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Si la mujer ha sido declarada incapaz judicialmente 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.

La voluntad de interrumpir el embarazo manifestada por una adolescente de 14 años y menor de 18 deberá ser informada al menos a uno de sus representantes legales; y si fueren varios, a elección de ella. Si a juicio del médico(a) existen antecedentes que hagan deducir razonablemente que proporcionar esta información al representante legal señalado por la adolescente podría generarle alguno de los riesgos contemplados en el inciso quinto, se informará al adulto familiar o adulto responsable que la adolescente indique. En caso que la adolescente se halle expuesta a alguno de los riesgos referidos, el(la) jefe(a) del establecimiento hospitalario o clínica particular deberá informar al Tribunal de Familia competente para que adopte las medidas de protección correspondientes.

El prestador de salud deberá proporcionar a la mujer información veraz sobre las características de la prestación médica según lo establecido en los artículos 8º 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 al procedimiento de interrupción, antes que este se lleve a cabo y que no sufra coacción de ningún tipo en su decisión. En el marco de las tres causales reguladas en el inciso primero, también se le ofrecerá acompañamiento, tanto en su proceso de discernimiento, como durante el período siguiente a la toma de decisión, que comprende el tiempo 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 activación de 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 numero 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.

Para estos efectos, los deberes y obligaciones a que se refieren los dos incisos anteriores se cumplirán, principalmente, mediante las prestaciones vigentes en el momento de la atención en el programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial del Sistema Chile Crece Contigo y en el marco del Sistema Intersectorial de Protección Social.

En caso que el acompañamiento no sea ofrecido en los términos regulados en estos incisos, la mujer podrá recurrir a la instancia de reclamo regulada 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.”.

2. Incorpórase el siguiente artículo 119 bis:

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

En el caso del número 2) del artículo referido, para realizar la intervención deberá ratificarse el diagnóstico por el(la) médico(a) que cuente con las habilidades específicas requeridas. Todo diagnóstico y ratificación deberá constar por escrito y realizarse en forma previa. En caso de que se requiera una intervención médica inmediata e impostergable, podrá prescindirse de la ratificación. Tratándose del diagnóstico de un embarazo ectópico no se requerirá la ratificación para interrumpir el embarazo.

En el caso del número 3) 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(a la) jefe(a) 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(as) jefes(as) 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(as) jefes(as) 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 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(la) médico(a) cirujano(a) requerido(a) para interrumpir el embarazo por alguna de las causales descritas en el artículo 119 podrá abstenerse de realizarlo cuando hubiese manifestado su objeción de conciencia al(la) Director(a) del establecimiento de salud, en forma escrita y previa. En este caso, el establecimiento tendrá la obligación de reasignar otro médico(a) cirujano(a) a la paciente. Si el establecimiento de salud no cuenta con ningún(a) facultativo(a) 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.

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

En el caso que la mujer requiera atención médica inmediata e impostergable, invocando la causal del número 1) del artículo 119, quien haya manifestado objeción de conciencia no podrá excusarse de realizar la interrupción del embarazo cuando no exista otro(a) médico(a) cirujano(a) que pueda realizar la intervención.”.

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 artículo 119.”.

Artículo 2°.- Incorpóranse las siguientes modificaciones en el Código Penal:

1. Agrégase en el artículo 344 el siguiente inciso tercero:

“No constituye delito de aborto la interrupción voluntaria del embarazo en los casos autorizados en el artículo 119 del Código Sanitario.”.

2. Agrégase en el artículo 345 el siguiente inciso segundo:

“No constituye delito de aborto la interrupción voluntaria del embarazo en los casos autorizados en el artículo 119 del Código Sanitario.”.

3. Incorpórase el siguiente artículo 345 bis:

“Art. 345 bis. El que facilitare o proporcionare a otro cualquier órgano, tejido o fluido humano proveniente de aborto o interrupción del embarazo, será penado con presidio menor en su grado máximo, y en el caso de los facultativos médicos se impondrá la pena accesoria de inhabilitación especial del ejercicio de la profesión durante el tiempo de la condena.

Cuando la conducta señalada en el inciso anterior fuere realizada por un facultativo médico en los casos de interrupción del embarazo autorizados por tribunales, la pena se aumentará en un grado y se impondrá la accesoria de inhabilitación especial perpetua para el ejercicio de la profesión.”.

Artículo 3°.- 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 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 de fechas 12 y 19 de abril, 9 y 17 de mayo, 6 y 21 de junio, 5, 12 y 18 de julio, 4, 11, 16, 18 y 30 de agosto y 5 y 6 de septiembre, todas del presente año, con asistencia de los Honorables Senadores señora Carolina Goic Boroevic (Presidenta) (Ignacio Walker Prieto) y señores Francisco Chahuán Chahuán, Guido Girardi Lavín, Fulvio Rossi Ciocca (Rabindranath Quinteros Lara) y Jacqueline Van Rysselberghe Herrera.

Valparaíso, 13 de septiembre de 2016.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario

RESUMEN EJECUTIVO

INFORME DE LA COMISIÓN DE SALUD, ACERCA DEL PROYECTO DE LEY, EN SEGUNDO TRÁMITE CONSTITUCIONAL, QUE REGULA LA DESPENALIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO POR TRES CAUSALES.
(Boletín Nº 9.895-11)

I. PRINCIPAL OBJETIVO DEL PROYECTO PROPUESTO POR LA COMISIÓN: el proyecto de ley aprobado en general por la Comisión de Salud tiene por objetivo regular la despenalización de la interrupción del embarazo por las tres causales descritas en el artículo 1°.

II. ACUERDOS: aprobado en general por mayoría (3 x 2).

III. ESTRUCTURA DEL PROYECTO APROBADO POR LA COMISIÓN: tres artículos permanentes y uno transitorio.

IV. NORMAS DE QUÓRUM ESPECIAL: todas las disposiciones del proyecto son propias de ley común.

V. URGENCIA: no tiene.

VI. INICIATIVA: Mensaje de la Presidenta de la República, señora Michelle Bachelet Jeria.

VII. TRÁMITE CONSTITUCIONAL: segundo.

VIII. APROBACIÓN POR LA CÁMARA DE DIPUTADOS: En la votación 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: primero, discusión en general. Pasa a la Comisión de Constitución, Legislación, Justicia y Reglamento.

XI. LEYES QUE SE MODIFICAN O QUE SE RELACIONAN CON LA MATERIA:

- Artículo 19 N° 1 de la Constitución Política de la República.
- Artículo 119 del Código Sanitario.
- Artículos 342 a 345, 369 y 494 N° 9° del Código Penal.
- Artículos 23, 33, 175 y 200 del Código Procesal Penal.
- Artículos 8°, 10, 15 y 30 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.
- Artículo 13 bis de la ley N° 19.451, que establece normas sobre trasplante y donación de órganos.
- 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".
- Ley N° 20.418, que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad.

Valparaíso, 13 de septiembre de 2016.

FERNANDO SOFFIA CONTRERAS
Secretario de la Comisión

ÍNDICE

Constancias	1
Objetivo fundamental y estructura del proyecto	7
Antecedentes de derecho	8
El Mensaje Presidencial	8
Breve Descripción del Proyecto aprobado por la Cámara de Diputados	13
Intervención de las representantes del Poder Ejecutivo	16
Discusión en general	24
Votación en general	31
Texto del proyecto aprobado	44
Resumen ejecutivo	50
Índice	52

ANEXO

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR IGNACIO SÁNCHEZ, RECTOR DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

El doctor Ignacio Sánchez, Rector de la Pontificia Universidad Católica de Chile, manifestó, en primer término, que el nombre del proyecto de ley se contradice con varios elementos de su contenido, ya que la despenalización de una conducta no significa que ella se establezca como un derecho sanitario exigible o que, por ejemplo, se regulen otros aspectos adicionales, como la objeción de conciencia.

Al ahondar sobre las causales de despenalización que contempla la iniciativa, sostuvo que en cuanto a la primera de ellas es preciso tener en cuenta que en el país, desde hace bastantes años, se ha tratado a la madre, según la patología específica que le afecte, con el embarazo en curso. Por tal motivo, el equipo médico adopta las medidas necesarias para solucionar ese riesgo vital, lo que en algunos casos, generalmente en embarazos incipientes, podría significar de manera secundaria o no buscada el fallecimiento del niño en gestación. Así las cosas, el aborto consiste en la práctica de un procedimiento que directamente afectará la vida del niño y no como una segunda intención no deseada.

En consecuencia, estimó que más que modificar la actual legislación es preciso efectuar un análisis más acabado para que se dé cabal cumplimiento a la lex artis ad-hoc, que obliga a llevar a cabo todas las acciones destinadas a salvar la vida de la madre y el niño. De hecho, el arte médico, desde sus orígenes, se planteó para cuidar la vida de las personas, entre las cuales debe incluirse el niño en gestación. Sólo en situaciones excepcionales, en que el tratamiento de la madre puede producir un daño al niño, será necesario primeramente buscar el beneficio de ambos y, de no ser posible, al menos restaurar la salud de la madre en riesgo vital.

Respecto de la segunda causal, el señor Rector mencionó que en su experiencia como especialista en Pediatría ha constatado que la ocurrencia de malformaciones incompatibles con la vida es bastante excepcional y difícil de diagnosticar, puesto que el examen preliminar puede cambiar con el correr del embarazo, debido al conocimiento y competencia del médico y a las posibilidades de acceder a tecnología y equipamiento más avanzados. Por lo anterior, planteó que un diagnóstico erróneo podría afectar la vida de niños que finalmente no tenían una patología que podría afectar su vida extra uterina. Aclaró que esta última situación se da principalmente en familias de escasos recursos y en las que

residen en zonas aisladas, que no proveen acceso a nuevas tecnologías ni posibilitan consultar la opinión de otros especialistas.

Añadió que para un apropiado abordaje de esta situación se requiere de la asistencia especializada de un equipo médico multidisciplinario, pues de lo contrario el diagnóstico no será lo completo y veraz que se requiere en un caso tan extremo con el de malformación fetal.

Otro tema relevante atinente a esta causal es el acompañamiento médico, psicológico y compasivo, que no sólo debe estar disponible para aquellos que acceden a atención privada de salud, sino también a quienes recurren a establecimientos públicos de salud. Destacó el rol en este ámbito de la Universidad que dirige, que se materializa a través del programa Acompañar-es.

En lo relativo a la tercera causal, es decir, el embarazo originado en una violación, hizo hincapié en que lo primero que debe hacerse es atender y acompañar a la madre sometida a tal violencia, especialmente cuando los ataques se producen de manera permanente en el hogar o cuando la víctima es menor de edad o padece algún tipo de déficit mental u otra discapacidad. Luego, será preciso también proveer los medios para castigar al culpable de ese delito.

Sin embargo, otra víctima inocente de la agresión es el niño que está en gestación y, por esa razón, parece del todo injusto atentar contra su vida. Nuevamente acá cobra importancia el propicio acompañamiento de la madre, para que una vez nacido el niño tenga la posibilidad de optar por mantenerlo junto a ella o darlo en adopción.

Sobre este asunto observó que el proyecto adolece de muchas falencias, como la dificultad para establecer que el embarazo se ha generado por una violación, ya que la prueba del delito debe darse en el contexto de un proceso criminal legalmente tramitado. Incluso acreditar signos de violación luego de varias semanas de ocurridos los hechos puede ser extremadamente difícil. En conclusión, consideró que mediante la presente causal podría abrirse la puerta hacia un aborto más libre y amplio, sin sujeción a causales específicas.

En lo que atañe al dolor y el desarrollo neurológico del feto, el señor Rector afirmó que no son elementos para definir la condición de persona. Así, señaló que la vida, desde su inicio, consiste en un proceso continuo y por eso es tan arbitrario fijar un número determinado de tiempo para catalogar de una u otra forma a ese ser vivo.

Al finalizar su exposición, insistió en las contradicciones del proyecto de ley. En efecto, sostuvo, si se trata de despenalizar ciertas conductas, no tiene sentido legislar acerca de la objeción de conciencia. Sin embargo, como dicho instituto forma parte del articulado de la iniciativa, hizo notar que las instituciones poseen el derecho a tener idearios propios, a los que las personas pueden libremente adherir y, en ese contexto, la entidad que representa ha postulado explícitamente el respeto a la dignidad y al cuidado de la persona desde la gestación. Por lo demás, reparó en que esta postura ante el tema no conculca el derecho de toda persona a una oportuna atención de salud, pues ante el riesgo de vida de la madre se practicará lo que la lex artis demanda, y en las otras causales operará el traslado del paciente hacia otros establecimientos, tal como se hace en la mayoría de los países desarrollados en que los idearios institucionales se respetan.

Añadió que la objeción de conciencia no tiene que radicarse únicamente en el Gineco-Obstetra a cargo del procedimiento médico, sino que en todos los profesionales y técnicos que participan en él. Indicó que en naciones que han legislado sobre el aborto se acreditan en forma especial los médicos que realizarán ese tipo de intervenciones, que por su complejidad acarrean riesgos de mortalidad materna.

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR ENNIO VIVALDI, RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

El doctor Ennio Vivaldi, Rector de la Universidad de Chile, al dar inicio a su ponencia, destacó que el proyecto de ley en debate no impone una decisión determinada, sino que sólo hace posible algo que hoy está proscrito. Por ello, manifestó que la discusión que subyace a este tema es la definición de cuáles son los asuntos que corresponden al Estado, que sólo de forma circunstancial puede prohibir la realización de ciertas conductas. En sentido opuesto, lo que realmente atañe al Estado es garantizar que sus ciudadanos, en el contexto de la legalidad vigente, puedan expresarse conforme a su conciencia.

Sin embargo, consideró que el rol estatal antes mencionado no ha sido cumplido en la materia que hoy ocupa a la Comisión y, por el contrario, se constata un exceso de intervención en las decisiones personales de los individuos, que puede tener graves consecuencias en su salud, tanto física como psicológica.

Luego, postuló que en su vida profesional ha visto cómo se ha evolucionado desde una visión paternalista de la medicina, en la que los facultativos adoptaban las decisiones sobre la vida o condiciones de salud del paciente, hacia una incorporación progresiva del respeto de los puntos de vista de este último, cuestión que no se refleja en la presente iniciativa de ley. Agregó que esa última postura también se evidencia en ciertas religiones que, por ejemplo, prohíben las transfusiones de sangre, aún en situación de riesgo vital del paciente, caso en el cual el galeno está obligado a respetar su creencia.

En otro ámbito, puso de manifiesto que si se presentase un proyecto de investigación clínica en cualquier país que tenga algún tipo de legislación sobre aborto, que analizara el efecto de una patología de la madre que envolviera un riesgo para su vida, en un grupo de mujeres al que por ningún motivo se les interrumpiría el embarazo, ciertamente sería rechazado por el comité de ética al que fuese presentado. Sin embargo, si se hiciese en Chile, ese experimento tendría el carácter de obligatorio, pues la ley dispone que no hay otra alternativa que llevar el embarazo a su término, con prescindencia del peligro que pueda afectar a la madre.

Consignó que la Casa de Estudios que representa cumplirá siempre la legislación y, por ese motivo, si la ley permite la

interrupción voluntaria del embarazo por ciertas causales, estará dispuesta para atender a las pacientes que lo requieran. Empero, también informó que la Universidad cuenta con el centro más avanzado del país para prestar apoyo a embarazos con malformaciones. En otras palabras, enfatizó, se cumpliría con la misión que le ha encomendado la nación en su rol de universidad pública, respetando la opinión de cada una de las mujeres y ayudándolas a cumplir lo que en conciencia han decidido como lo más apropiado para su salud y su vida.

En definitiva, si bien la Universidad de Chile cumplirá con la legislación vigente, también estará disponible para asistir a las madres que lo necesiten.

Seguidamente, en lo referido a la objeción de conciencia, estimó que debe ser un asunto que debe discutirse a un nivel más alto. En efecto, indicó que si bien comprende que una institución privada tenga derecho a poner ciertas condiciones a quienes son sus dependientes, connotó que esa postura, eventualmente, puede contraponerse con el derecho del médico y su paciente para realizar un procedimiento que evite un peligro para la salud de este último. Es preciso garantizar que no se vulnere el derecho a la atención en salud de las personas.

Un asunto que, por el contrario, no admitiría mayor cuestionamiento, razonó el señor Rector, es el vinculado a la confidencialidad de la relación médica, que si no es respetada motiva una situación de crueldad imputable al Estado. Ejemplificó esta visión argumentando que negar el apoyo y ayuda a una niña de 14 años que ha sido violada es un acto de extrema brutalidad, dado que el estado de desolación y el abandono que ella sufre es extremo. Expresó que, con independencia de la convicción religiosa o moral que se tenga, sólo si se ha tenido la experiencia de atender en un centro de salud a una menor que ha padecido tales abusos se podrá comprender su sufrimiento.

De igual modo, continuó el señor Rector, impedir a una mujer que ha tenido un aborto que pueda explicar con total libertad al médico el padecimiento que le afecta, puesto que el profesional estará obligado a denunciarla con posterioridad, también le parece un acto cruel.

En consecuencia, resaltó la relevancia de la confidencialidad en el acto médico, pues el hecho de que el facultativo pueda brindar a la paciente –que en la mayoría de los casos ha sido violentada y no posee redes de apoyo- todos los cuidados que requiera, sin que se le exija denunciarla, es un acto de elemental humanidad.

Finalmente, aseveró que seguir perseverando junto a un grupo reducido de países en la prohibición del ejercicio de un derecho básico, que ocasiona a las mujeres padecimientos traumáticos, constituye una conducta altamente inhumana, que debe ser reparada por el legislador.

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR ENRIQUE PARIS, PRESIDENTE DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.

El doctor Enrique Paris, Presidente del Colegio Médico de Chile A.G., haciendo referencia a un estudio preparado por el Departamento de Ética de esa asociación gremial, que contiene reflexiones en torno al presente proyecto de ley, consignó que en relación a la interrupción del embarazo o el aborto terapéutico, las circunstancias que ponen los intereses de la madre en conflicto con aquellos de la criatura que está por nacer, crean un dilema y plantean la interrogante de si el embarazo debe ser deliberadamente interrumpido.

Planteó que la situación relatada no es de fácil resolución en la práctica médica ni para las madres. Por eso, postuló que el debate debe darse desde la perspectiva de la mujer y sus derechos sexuales y reproductivos. Agregó que un principio básico es el respeto irrestricto de la decisión de la mujer, ya sea de aquella que opta por terminar su embarazo como el de la que propugna su continuación, aún a costa de poner en riesgo su vida.

El mismo estudio consigna que no es función de la profesión médica determinar las actitudes y reglas de una nación o comunidad, en particular con respecto a este asunto, pero sí es su deber asegurar la protección de sus pacientes y defender los derechos del médico en la sociedad.

En lo que respecta a las causales que consagra el proyecto de ley, afirmó que la primera de ellas está de acuerdo con la posición expresada por el doctor Nazzal, puesto que en caso de estar en peligro la vida de la madre el médico debe actuar de todas maneras, aunque en esas circunstancias se produzca la pérdida del embrión o el feto. Indicó que entre los agremiados no hay mayor discusión acerca de este asunto.

En torno a la segunda causal, aunque se manifestó en general partidario de su establecimiento, instó a respetar tanto la opinión de aquella madre que desea continuar su embarazo como la de la que no resiste una gestación de ese tipo.

Declaró que este tema puede ser visto como una oportunidad para la salud pública, dado que para un acertado diagnóstico se requerirá la implementación de equipamiento moderno y avanzado y la

capacitación de nuevos especialistas. Resaltó también la importancia que adquirirán los diagnósticos genéticos.

Consignó que estas tareas tienes que ser asumidas por profesionales especialistas en la materia y no por médicos generales.

Acerca de la causal de violación, junto con apelar también al acatamiento de la decisión de la madre, adujo que en los sondeos realizados entre los agremiados, más del 50% de ellos concuerda con la necesidad de legislar en este aspecto.

Valoró la introducción en la iniciativa legal de un sistema de acompañamiento, en base a un trabajo multidisciplinario.

Volviendo a la tercera causal del proyecto, connotó que el equipo médico está capacitado para describir las lesiones que se evidencian en la paciente, pero no se le puede exigir que certifique que son producto de una violación, labor que corresponde a la justicia ordinaria. Añadió que en caso de ser necesaria una denuncia para iniciar la persecución de un agresor, por tratarse de una paciente menor de edad, será el Jefe de Servicio la persona más idónea para realizar esa tarea.

Expresó finalmente que la objeción de conciencia es una decisión que debe respetarse y, en el mismo sentido, llamó a buscar una solución para aquellas instituciones en que todos sus profesionales hagan uso de esa facultad. Lo anterior, no sólo respecto del profesional médico, sino que también de todo el equipo humano que lo asiste.

INTERVENCIÓN DE LA SEÑORA ANITA ROMÁN, PRESIDENTA DEL COLEGIO DE MATRONAS Y MATRONES DE CHILE

La señora Anita Román, Presidenta del Colegio de Matronas y Matrones de Chile, destacó que su gremio representa a alrededor del 60% de los profesionales del país.

Inició su intervención dando cuenta de que Chile ha disminuido la tasa de mortalidad materna de manera importante en las décadas previas, aunque en los últimos años se ha manifestado una tendencia a la mantención de las cifras. Informó que de las aproximadamente 50 mujeres que mueren al año, 5 corresponden a causas de aborto inseguro. Por tal razón, el Colegio que preside considera que penalizar en todas sus formas el aborto provoca que la maniobra de interrupción voluntaria del embarazo se haga de manera clandestina, con el consiguiente riesgo sanitario e inequidad injustificable, pues la seguridad sanitaria de esa acción dependerá del nivel de ingresos de la mujer.

En virtud de lo expuesto, valoró la discusión legislativa sobre la iniciativa que, por las tres causales que invoca, representa al 10% del total de embarazos que se registran en el país; es una oportunidad para poner de manifiesto un problema que aqueja a muchas mujeres y para ofrecerles una solución.

Al referirse específicamente a cada una de las causales contempladas en la iniciativa legal, sostuvo que la primera de ellas asegura que no hará falta esperar a que la mujer se esté muriendo para interrumpir su embarazo, sino que se permite la intervención médica para poner fin a una situación actual que en el futuro implicará la muerte de la mujer. En definitiva, se libera de responsabilidad a los facultativos que deben actuar para salvar la vida de la madre.

En el contexto actual, acotó, dada la prohibición del aborto en todas sus formas, es preciso tener en cuenta que, si bien el Ministerio de Salud ha establecido orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas, cada uno de los médicos actúa por si solo y muchos de ellos opinan que dichas orientaciones, al poseer un rango inferior a la disposición legal, no pueden ser aplicadas, por la eventual responsabilidad penal que les puede caber al realizar un procedimiento abortivo.

Sobre las siguientes causales, opinó que están fundamentadas en el respeto de los derechos fundamentales de la mujer a decidir de forma libre, informada, protegida, apoyada y contenida la interrupción de su embarazo, cuando está enfrentada a las situaciones planteadas. Aclaró que el proyecto de ley no obliga a abortar, pero sí permite una opción diferente, y con seguridad sanitaria, a la que hoy existe.

Celebró la relevancia que se otorgó en el trámite en la Cámara de Diputados al acompañamiento como medida necesaria de protección y cuidado de la mujer embarazada. Previno que el referido programa debe estar provisto de los recursos suficientes para asegurar su efectividad.

En lo que atañe a la regulación de la tercera causal, advirtió que si la mujer es mayor de 18 años y no ha denunciado el delito de violación, la experiencia de las matronas les permite distinguir dos tipos de situaciones. La primera es la de la mujer que ha sufrido un ataque sexual en la vía pública o en otro lugar fuera de su hogar, que necesariamente será atendida posteriormente en un centro de salud. La segunda, en cambio, los ataques de mayor ocurrencia generalmente son de carácter reiterado, y se producen dentro del hogar, por parte de familiares o amigos cercanos, situación en que la agredida no siempre tiene la posibilidad de recurrir a un establecimiento médico. Entonces, enfatizó, la iniciativa legal apunta principalmente a resguardar a ese segundo grupo, con el fin de otorgarles acceso a una atención sanitaria segura.

En seguida, con referencia a la objeción de conciencia, destacó que el aborto es un acto médico. Por tal motivo, la matronería no requiere ser incluida en esa regulación y debe seguir realizando sus labores de forma ordinaria, puesto que su rol es otorgar los cuidados derivados de la acción médica. De hecho, ningún profesional de esta especialidad le pregunta a una mujer si se hizo un aborto para determinar si la asistirá según las indicaciones impartidas por el médico.

En resumen, la objeción de conciencia debe recaer exclusivamente en quien interrumpe el embarazo.

En otro orden de ideas, planteó que el tema del aborto debe ser abordado desde una perspectiva realista.

Así, por ejemplo, recomendó revisar las normas laborales, ya que la mayoría de las mujeres que interrumpen su embarazo en el país son aquellas que temen ser despedidas por ejercer la maternidad.

Entonces, si no se protege a la madre de forma integral no habrá una reducción de las cifras de aborto en el país. En igual sentido, reclamó las diferencias que en esta materia hacen habitualmente las Instituciones de Salud Previsional.

Por otra parte, recalcó que los programas de educación que imparte el Ministerio de Educación son sumamente deficitarios. Consignó que se sigue evadiendo enfrentar la práctica sexual entre adolescentes con una política pública. Asimismo, reparó en que no se han adoptado medidas contra el “mercado negro” que permite acceder a procedimientos abortivos inseguros.

Solicitó avanzar en lo que calificó como la “des satanización” de la maternidad, pues cada vez que una mujer e encuentra en estado de gravidez surgen comentarios negativos hacia esa condición, porque es fundamental respetar los derechos de las mujeres frente a procesos en y sobre su cuerpo.

Culminó su alocución señalando que la matronería de Chile, que enfrenta a diario los casos clínicos relatados, estima necesaria la realización de una discusión amplia, madura, sin prejuicios valóricos o personales, propositiva y representativa de la realidad del aborto, en toda su dimensión. Sin perjuicio de ello, requirió de los parlamentarios la rápida aprobación de este proyecto de ley, que hace justicia a la inequidad establecida en el Código Sanitario al imponer una barrera de acceso a la seguridad sanitaria en la maniobra abortiva. De hecho, insistió en que las cinco muertes de mujeres que anualmente se constatan se producen por su condición de pobreza.

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR OMAR NAZZAL, PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

El doctor Omar Nazzal, Presidente de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, resaltó la necesidad de abordar de forma integral el problema, que abarca el aborto, la anticoncepción, la violencia y la educación sexual. Así lo ha considerado en sus debates la organización que representa, que está conformada por el 60% de los 1.100 profesionales Gineco-Obstetras que hay en el país.

Informó que se realizó una encuesta entre los asociados, en que se consultaba su opinión acerca de las tres causales que contemplaba originalmente el proyecto de ley en el Mensaje Presidencial, la que fue contestada por el 30% de los profesionales; estima el expositor que esta cifra otorga un nivel de confianza de 92%. Explicó que la mayoría de los encuestados que contestaron las preguntas tiene un ejercicio profesional de más de 10 años, con desempeño en instituciones de salud públicas y privadas y en entidades universitarias.

En lo que atañe a la primera causal, acotó que en el momento en que se hizo la pesquisa la redacción señalaba que el riesgo vital de la mujer podría ser “presente o futuro”, aunque en el texto que se aprobó en el primer trámite constitucional finalmente no se incluyó esa expresión. Al respecto, el 61,7% de los encuestados se manifestó a favor de esa causal. Sin embargo, si la pregunta no hubiera incorporado la expresión antes citada, el 60% del 38,3% de menciones negativas se habría manifestado en el sentido opuesto.

Respecto de la segunda causal, el 66,5% se expresó de forma positiva.

Sobre la causal relacionada con la violación, la opinión de los profesionales fue mayoritariamente negativa y alcanzó al 65,5% de las respuestas. Explicó que se trata de la causal menos relacionada con la medicina propiamente tal y probablemente por ello se dio el resultado antes mencionado.

Aunque en la iniciativa legal se dispone que sea un médico cirujano quien estará a cargo del procedimiento de interrupción del embarazo, puntualizó que casi la totalidad de los encuestados respondió que ello debería llevarse a cabo por un ginecólogo obstetra o un especialista materno fetal.

En otro ámbito, relató que en cifras del año 2011, en Chile se registraron 235.944 partos, universo en el que se contabilizó aproximadamente 30.000 egresos por aborto.

En cuanto a malformaciones y genopatías incompatibles con la vida, sostuvo que el número de mujeres que podrían encuadrarse en la segunda causal del proyecto de ley varía entre 500 y 800 anualmente. A su vez, las mujeres con riesgo vital son entre 50 y 60, en el mismo período.

Una cifra difícil de estimar, enfatizó, es la de las mujeres enfrentadas a casos de violación y que como resultado de ese ataque han quedado embarazadas, toda vez que después de una serie de análisis transversales se constató que podría variar entre 500 y 1.500 casos. Presentó la siguiente imagen al efecto:

A continuación, hizo referencia a las fortalezas, oportunidades, desafíos y amenazas que la organización que dirige ha detectado en el proyecto de ley.

En primer lugar, hizo hincapié en que las fortalezas tienen relación con que la labor profesional se efectúa en base a lo dispuesto en las guías clínicas, que hay una masiva presencia de facultativos Gineco-Obstetras a lo largo del país, aunque en las condiciones actuales puede ser insuficiente, y que los médicos están acostumbrados a trabajar con equipos multidisciplinarios.

Las oportunidades, a su vez, se vinculan con la posibilidad de dar respuesta a un modelo de atención basado en los derechos de las personas y en la creación de la figura del acompañamiento de carácter integral, con independencia de la decisión que la mujer adopte. Precisó que el financiamiento que se ha aprobado parece ser adecuado para el número de casos proyectado. Además, se considera como una oportunidad para el resto de las mujeres el hecho de que se requerirá una mejoría tecnológica para un apropiado diagnóstico prenatal y la posibilidad de optar a una consejería preconcepcional para evitar algunas de las condiciones que podrían concluir con un aborto.

Entre los desafíos, el doctor Nazzal anotó el diagnóstico y la consejería, la implementación adecuada del acompañamiento, la formación de equipos humanos idóneos y la adquisición de nuevos equipamientos tecnológicos. En resumen, la capacidad para dar respuesta adecuada a las nuevas circunstancias que plantea la iniciativa legal.

En último lugar, razonó, las amenazas están representadas por la objeción de conciencia de los tratantes, la aplicación inadecuada de la ley, la incapacidad de dar cumplimiento al diagnóstico prenatal, desde el punto de vista de los medios tecnológicos, diagnóstico genético y capacidad de los profesionales.

Luego de relatar todas las acciones de la Sociedad en materia de aborto, anticoncepción y prevención del embarazo, no sólo para los médicos especialistas, sino que también para los profesionales en formación, las matronas y el público en general, con amplia difusión en medios de comunicación y redes sociales, comentó que han participado activamente, junto al Ministerio de Salud, en la creación de guías clínicas de sexualidad y en el diagnóstico y manejo de las malformaciones.

Al finalizar su intervención presentó el listado que la organización considera como malformaciones incompatibles con la vida:

Curso precongreso diagnóstico US neurosonografía

1. Agenesia renal bilateral - Síndrome de Potter
2. Anencefalia – Acranea
3. Displasia Esquelética Tanatofórica
4. Trisomía 13
5. Trisomía 18
6. Hidranencefalia
7. Holoproscencefalia alobar
8. Triploidia
9. Riñones multi o poliquísticos bilaterales asociados Secuencia de Potter
10. Malformación de Tallo Corporal (Body Stalk)
11. Gemelo acardio
12. Gemelos siameses cuya separación quirúrgica es imposible
13. Defectos severos de cierre del tubo neural como: cranioraquisquisis total, exencefalia, iniencefalia
14. Síndrome Meckel–Gruber

INTERVENCIÓN DE LA DOCTORA ROSA PARDO, REPRESENTANTE DE LA SOCIEDAD CHILENA DE PEDIATRÍA

La doctora Rosa Pardo, representante de la Sociedad Chilena de Pediatría, expresó que, junto con evitar usar los términos anomalías letales o incompatibles con la vida, dada su imprecisión, la primera tarea a la que se abocó la entidad que representa, una vez conocida la presentación del proyecto de ley, fue determinar cuáles eran las anomalías congénitas de mal pronóstico vital. Su establecimiento se estableció en base a fenómenos fisiológicos que pueden llevar a la muerte.

Entre los defectos del tubo neural se incluyó la anencefalia –con 75 casos anuales aproximadamente-, la iniencefalia y la craneorraquisquisis. Todas estas alteraciones presentan una mortalidad altísima en los primeros minutos de vida del paciente.

Otra alteración es la hipoplasia pulmonar, de la cual la de tipo primario es menos frecuente, en tanto que la secundaria se presenta en más casos y puede generar oligohidramnios, tórax pequeño o miopatías. Si el volumen pulmonar es igual o menor a 15% la mortalidad es de un 100% de los casos.

Otra anomalía es la del feto acardio, que presenta entre 5 a 10 casos anuales, en que hay una ausencia del desarrollo del hemicuerpo superior del feto, lo que se asocia a alteraciones en los vasos sanguíneos.

Del mismo modo, la ectopia cordis consiste en que el corazón está desplazado de su lugar normal y se ubica en la línea media. Anualmente se constatan uno o dos casos al año. Si el corazón está a nivel cervical hay un 100% de mortalidad.

El síndrome de tallo corporal (Body Stalk Syndrome) se presenta cuando el cordón umbilical es muy pequeño, lo cual favorece que la membrana se fusione con la pared ventral, lo que produce la evisceración de órganos internos. Se constatan alrededor de diez casos anualmente.

Por otro lado, el complejo de la pared corporal (Limb Body Wall Complex) presenta alteraciones en las extremidades y evisceración. Se dan entre uno y ocho casos al año.

La triploidía genera la muerte en la mayoría de los casos, ya sea porque se presenta como un huevo anembrionado, en forma de mola o por ser de carácter complejo. Puede estar presente en dos casos al año. Está asociado al síndrome de hipertensión del embarazo severo de la madre.

El diagnóstico debe hacerse a través de estudios citogenéticos, que necesitan procedimientos invasivos.

La trisomía 13 y la trisomía 18, por otro lado, afectan a alrededor de 30 y 42 fetos al año, respectivamente, de los cuales la mayoría fallece in útero. Para su detección se requieren estudios genéticos.

Finalmente, mencionó la agenesia renal bilateral, que consiste en la ausencia de los riñones, lo que deriva en hipoplasias pulmonares.

En consecuencia, sostuvo, será necesario aumentar el acceso al diagnóstico mediante ecografías, resonancias magnéticas y estudios genéticos.

Además, toda mujer gestante con diagnóstico de feto con anomalías congénitas de mal pronóstico vital debe ser acompañada en el período perinatal por un equipo multidisciplinario que, entre otros profesionales, debe estar compuesto por médicos, matronas, psicólogos y asistentes sociales.

En otro ámbito, resaltó que entre las fortalezas del país en esta área cabe destacar los programas de prevención de anomalías congénitas, la red de salud, Chile Crece Contigo, el sistema de Garantías Explícitas en Salud, el Registro Nacional de Anomalías Congénitas de Chile, los laboratorios de genética y los programas de especialización acreditados.

Entre las debilidades, mencionó la falta de consejería preconcepcional, las prestaciones no incluidas en códigos del Arancel del Fondo Nacional de Salud y los escasos especialistas formados en esta área.

Finalmente, planteó algunas oportunidades que este debate genera para el país, entre las que cabe citar el fortalecimiento de las redes de salud y los programas vigentes, el mejoramiento de los registros de anomalías congénitas, el aseguramiento del acceso de la población a estudios de genética y la capacitación de personal

INTERVENCIÓN DEL OBISPO SEÑOR FRANCISCO RIVERA, SECRETARIO EJECUTIVO DE LA MESA AMPLIADA DE ENTIDADES EVANGÉLICAS

El Obispo señor Francisco Rivera, Secretario Ejecutivo de la Mesa Ampliada de Entidades Evangélicas, recordó, en primer término, que la Iglesia Protestante Evangélica fue significativa en promover la separación de la Iglesia y el Estado, concepto básico que se reflejó en la Constitución de 1925 bajo el gobierno de Arturo Alessandri Palma. Sin perjuicio de ello, planteó que en un acto republicano como éste, ante la Comisión de Salud del Senado, tiene el derecho y el deber, en su calidad de ciudadano, de exponer con franqueza su apreciación y puntos de vista sobre el proyecto de ley, que tiene hondas repercusiones para el futuro de la nación.

Por otra parte, continuó, las comunidades cristianas diseminadas a lo largo y ancho de la patria y con fuerte presencia en los sectores populares, contribuyen con su labor al progreso de la nación, persuadiendo a quien escuche, que los principios y valores que sustentan son de beneficio no sólo para la sociedad presente, sino también para la futura. En ese sentido, resaltó el rol de los Consejos Pastorales a nivel comunal y regional.

Afirmó, asimismo, que es reconocido por la sociedad chilena el invaluable aporte que hace la Iglesia Evangélica en diversos aspectos, tales como restauración familiar, rehabilitación en cárceles, alcoholismo, drogas y hogares de acogida. Puso énfasis en que ese mismo espíritu es el que los inspira para participar en el debate de las denominadas leyes valóricas.

Consignó que el pueblo evangélico ha tenido un explosivo crecimiento en el país en los últimos tiempos. En efecto, de tener presencia en el 0,5% de la población a comienzo del siglo XX, han pasado a ser más del 20% de los habitantes, a finales del mismo siglo. De consiguiente, este grupo religioso se ha transformado en un actor relevante en la actualidad nacional.

Aunque dentro de la Iglesia Evangélica hay más de 3.000 denominaciones diferentes, declaró que los postulados y principios que emanan de las Sagradas Escrituras, que son la fuente de su motivación, son concordantes, lo que implica que, a pesar de la diversidad de agrupaciones, sobre este tema tienen un pensamiento comunitario y unificado, aún sin conversarlo. Entonces, tomando en consideración que la

Comisión ya ha escuchado a destacados expertos sobre la materia, expresó que su ponencia aportará a la reflexión desde una perspectiva socio-pastoral y teológica; pastoral, pues este asunto del aborto le es propio y lo conocen, ya que tienen acceso al alma humana a través de confesiones, ministerios y situaciones particulares, lo que les permite imponerse del dolor que esto implica y de la complejidad de este delicado asunto, y social, por cuanto también está relacionado con hechos reales.

Reiteró que la despenalización del aborto por tres causales ha sido tratada profusamente en diversas instancias, por lo que en su alocución no sólo hará presente su convicción personal, sino también el sentir de lo que se está pensando y discutiendo en los Consejos Pastorales.

En seguida, hizo notar que el país ha evidenciado un cambio acelerado el último tiempo, pasando de ser una sociedad ciertamente homogénea a una heterogénea multicultural, ecléctica, en que convergen cosmovisiones distintas, consecuencia, por cierto, de la globalización, migraciones y otros factores de ocurrencia actual. Entre esas mutaciones, se ha experimentado un evidente cambio cultural en la sexualidad, que se traduce en serios problemas sociales, por ejemplo, la anticipación de la vida sexual activa, por una parte, y el retraso de la relación estable, por otra. Ello acarrea una serie de situaciones complejas, como el incremento de los embarazos adolescentes y, ciertamente, la práctica clandestina e insalubre del aborto, toda vez que por ese impulso no controlado se gestan hijos no deseados.

Ejemplificó esa mutación de la realidad con lo ocurrido, hace algunos años, con el fotógrafo Spencer Tunick, quien reunió a más 4 mil personas desnudas en el Parque Forestal tendidas sobre el frío pavimento. Instó a preguntarse qué quiere decir la juventud y estas generaciones con esas actitudes. Recalcó, de consiguiente, la necesidad de encausar la sexualidad para que se viva de forma adecuada. Hizo un llamado a los legisladores a tomar en cuenta que una liberalidad absoluta en estas materias será de gran complejidad para el devenir de la patria, cuestión que se refleja en la presentación de casi treinta proyectos de ley de despenalización del aborto en veinticinco años, claro indicador de que se trata de un asunto sin resolución en la sociedad.

Por otra parte, en lo que atañe específicamente a la iniciativa de ley sometida al conocimiento de la Comisión, advirtió en primer lugar que hay claras diferencias entre el texto contenido en el Mensaje y el que emanó posteriormente de la Cámara de Diputados. Así, una de las diferencias es que se reveló el propósito del proyecto, dado que la expresión

“presente y futura” que contenía la primera causal de despenalización podía incorporar otras hipótesis y encaminar la iniciativa hacia el aborto libre. Ahora, a lo menos, se ha ido acotando, aunque todavía quedan puertas abiertas que no dejan conforme al pueblo cristiano.

En torno a la primera causal esgrimida, esto es, el riesgo vital de la madre, subrayó que hay consenso en la plena operación de la lex artis médica, que ha funcionado correctamente en casos de peligro de la salud de la madre. Entonces incluir esta causal como si fuera realmente un tema indispensable o urgente no parece necesario y no es comprensible.

Sobre la segunda causal, que tiene relación con la alteración estructural congénita o genética de carácter letal, adujo que durante la tramitación del proyecto en la Cámara de Diputados se eliminó la frase “incompatible con la vía intrauterina”, lo que también consideró un avance para limitar la real intención del proyecto, a la que ya se ha hecho mención. Sin embargo, enfatizó, la redacción continúa expuesta a interpretaciones ambiguas, porque la definición de si el feto posee algún tipo de riesgo vital es discrecional, dados los distintos criterios de los facultativos al respecto, basados en su experiencia y conocimiento. En consecuencia, consideró que esa discrecionalidad podría llegar a ser antagónica en el resultado, es decir, en la definición de si una patología podría ser o no letal.

Por otra parte, connotó, existen deficiencias y diferencias tecnológicas en los recintos hospitalarios para poder determinar si una patología compleja acarrea riesgo vital y, por lo tanto, de aprobarse una ley de esta naturaleza, sin tomar en cuenta que Chile no es una nación que posea un estándar de salud equivalente en todo el país, se incrementaría aún más la incerteza jurídica, derivada de esta iniciativa legal.

Sin perjuicio de lo expuesto previamente, sostuvo que un aspecto positivo del proyecto de ley es la incorporación del acompañamiento de tipo sicológico para las madres, aunque reparó en el hecho de que no se haya considerado también acompañamiento en el ámbito de la espiritualidad, que siempre está presente en el ser humano. Sostuvo que ello fue sugerido en la discusión en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. Asimismo, postuló que sería conveniente, de igual forma, una prestación de apoyo económico para las madres en estos casos, asociada al sistema de Garantías Explícitas en Salud, con el objeto de que la gestación no agrave la situación económica de la familia que sufre esa delicada situación.

Además, recomendó el establecimiento de una política de salud pública integral, preventiva, que eduque a la juventud acerca de las consecuencias de una vida sexual libre; en la especie, el proyecto de ley intenta resolver un problema, pero no ataca las causas que lo originan, sentenció.

En seguida, expuso el caso del señor Nick Vujisic, quien ha dado testimonio en el mundo entero de que a su madre se le diagnosticó un embarazo afectado por una situación estructural letal, sin posibilidades de sobrevivencia, pese a lo cual él nació y se ha transformado en una persona con una mente extraordinaria, que ha logrado ayudar a muchas personas, no sólo discapacitados, sino también a quienes se encuentran repentinamente con una limitación o discapacidad. Con esta ley, Nick habría estado condenado a no existir.

Añadió que la causal más compleja y difícil de defender es el caso de la violación, porque al estar sólo enfocada en la sensibilidad que este acto violento implica y en el dolor que genera, sin considerar la vida gestada, en definitiva constituye una legalización del aborto. En ese contexto, manifestó que parece contradictorio que en una decisión tan determinante la preceptiva permita que se informe a uno de los padres y no al otro. De hecho, la propia Corte Suprema sostiene que se presenta una colisión de derechos, dado que ambos padres, aunque estén separados, tienen derecho a participar de la educación de los hijos, tal como lo consigna el artículo 224 del Código Civil.

En lo que atañe a la causal relacionada con el peligro de vida de la madre, afirmó que para que se pueda realizar la intervención médica se establece la necesidad de contar con el respectivo diagnóstico, ratificado por otro facultativo, ambos por escrito, para lo cual se requiere de médicos especialistas. Del mismo modo, en la segunda causal, para determinar si el embarazo conlleva una alteración estructural del feto de carácter letal, ese dictamen debe corroborarse por un médico que cuente con las habilidades específicas del caso, pese a que es de público conocimiento el déficit de especialistas en los establecimientos hospitalarios públicos.

A mayor abundamiento, sobre la tercera causal la normativa preceptúa que debe ser un equipo de salud especialmente conformado al efecto el que debe confirmar la concurrencia de los hechos acaecidos y la consiguiente edad gestacional. Trajo a colación un informe elaborado por el Colegio Médico de Chile, que en lo que interesa consigna: “resulta altamente gravoso imponer al equipo de salud la carga de evaluar e informar la concurrencia de los hechos que constituyen la causal y

consideramos que será de gran dificultad acreditar adecuadamente su concurrencia". Entonces, en la práctica, el propio gremio médico estima que el equipo de salud no tendrá las herramientas para determinar si se está ante un caso de violación. Por ende, se abriría la puerta a otras causales, que pueden estar disfrazadas o amparadas en este articulado.

Por otro lado, enfatizó, en el caso de una mujer mayor de 18 años que no haya denunciado el delito de violación, el recinto hospitalario deberá poner en conocimiento del Ministerio Público ese hecho para que lo investigue; sin embargo, la presunta víctima no está obligada a comparecer en el proceso. Arguyó que se presenta otro vacío legal, pues no son claros los elementos de prueba de que dispondrá el juez si ni siquiera podrá contar, por ejemplo, con la declaración de la víctima. En definitiva, ello hará más complejo acotar el aborto a la justificación que plantea esa causal.

A continuación, expresó que si a pesar de todas las observaciones que se han hecho valer, de todas maneras se sigue adelante con el proyecto de ley, la objeción de conciencia debiera ampliarse a todo el personal de salud, debido a que no es propio discriminar a los otros profesionales o técnicos que contribuyen a la ejecución del mismo acto. Ejemplificó esa situación con los distintos participantes en un acto delictivo, en que unos tienen una pena asignada menor que la del autor. Entonces, en este sentido reiteró que la objeción de conciencia tendría que ser completa, a pesar que su puesta en práctica acarree una serie de complejidades adicionales.

En consecuencia, puso de manifiesto que aún hay imprecisiones en el texto de la iniciativa, tal como lo ha confirmado la Corte Suprema, que ha señalado que lo que la ley ni la autoridad podrían autorizar o tolerar sin infringir la Constitución es la práctica masiva del aborto común, que podría ir ocurriendo a través de este proyecto de ley.

En torno al asunto que ocupa a la Comisión, comentó que historiadores, filósofos, teólogos y pastores de los primeros siglos del cristianismo como Filón de Alejandría, Josefo, Clemente, Orígenes, Justino Mártir, Tertuliano y muchos otros, manifestaron el respeto debido a la vida en el vientre y, por lo tanto, se declararon contrarios al infanticidio y al aborto, en representación de las comunidades cristianas de aquella época. Estimó que es asombroso que exista un mismo sentir frente a esta materia, a través de 2.000 años de historia, como se puede constatar en los anales de las distintas épocas en que se ha dado este debate público.

Es sabido que el aborto y el infanticidio han existido en la historia y que ciertas sociedades lo han considerado legítimo, ya sea para el control de natalidad o por otros motivos. Resaltó que en la época de los faraones, alrededor del año 1.500 A.C., se promulgó un decreto que ordenaba matar a todo hijo de hebreo que naciera varón, con el objetivo de debilitar a ese pueblo. Si en aquellos tiempos hubiera existido el escáner, concluyó, los habrían muerto antes de nacer.

En China, desde 1979, se encuentra vigente la política del hijo único, lo que ha perjudicado principalmente el nacimiento de mujeres, que son abortadas. Ello ha significado una alteración anormal de la sociedad, pues los padres preferían tener un hijo varón, que tendría mayor posibilidad de sobrevivencia.

Agregó que el Juramento Hipocrático también se opone a la eutanasia y a los procedimientos abortivos, desde el siglo VI antes de Cristo. En la época grecorromana, para evitar gastos en alimentación, para no repartir las herencias o con el objeto de cubrir adulterios o incesto, el aborto y el infanticidio eran permitidos. Así lo registra entre otros Justino Mártir, al defender a los cristianos a quienes se les perseguía, arrojaba a los leones o quemaban en las cruces por su fe, ya que por un lado se hostigaba a los cristianos que son ciudadanos útiles y, por otro, era permitido que el *pater familias* tuviera la potestad de decidir, hasta los ocho días después del parto, si aceptaba al niño que tuviera algún defecto. Si lo desechaba, era abandonado en un lugar público, para el caso de que alguien lo recogiese para criarlo como esclavo o para utilizarlo en prostitución; en el peor de los casos, como registra Tertuliano, eran arrojados al río.

Citó al mismo Tertuliano, quien señaló que “la ley nos prohíbe el homicidio y nos manda a no descomponer en el vientre de la madre las primeras líneas con que la sangre dibuja la organización del hombre”. En otro documento del siglo II se dice: “no matarás al hijo en el seno de su madre ni quitarás la vida al recién nacido”.

Concluyó esta revisión histórica haciendo presente que los más recientes estudios han demostrado que la cultura chinchorro, especialista en la momificación, no solo practicaban esa técnica con adultos, sino también con niños y fetos. Sobre estos procedimientos, los arqueólogos han informado que la momificación se aplicaba también a seres que aún no nacían, a fetos que parecen pequeñas estatuillas; se constata el delicado tratamiento a minúsculos embriones humanos que aún no formaban sus

extremidades, pero que eran valorados como un miembro más de la comunidad.

Recordó posteriormente que al discutir sobre la píldora del día después y la regulación de la fertilidad, compareció a las diferentes Comisiones de Salud, tanto de la Cámara de Diputados como del Senado, donde propuso establecer que se podría emplear cualquier método anticonceptivo, siempre que no fuera abortivo. Consignó que esa propuesta fue aceptada y así fue plasmada en la ley N° 20.418. De consiguiente, es claro que no deben ser parte de las políticas públicas las situaciones que conduzcan a producir un aborto.

Insistió en que el proyecto de ley se focaliza en las consecuencias del problema relacionado con el aborto, sin resolver en absoluto las causas que lo originan y, por tal motivo, el planteamiento de la iniciativa no es la solución que se pretende.

Mencionó que de los habitantes de esta Tierra, los seres humanos somos los únicos que tenemos razón, la bestia no la tiene, por lo que la bestia no puede ascender a la condición del hombre, aunque sí este último puede descender a la condición de bestia; y cuando las pasiones no se dominan, no se controlan y no se canalizan, vienen funestas consecuencias para la sociedad y el país.

Al culminar su exposición, planteó a la Comisión las siguientes conclusiones:

- De acuerdo a nuestra Constitución, es deber del Estado respetar y proteger la vida, incluso de las personas que no han nacido.

- El derecho de la madre es antes de la concepción y el derecho a la vida es universal.

- Es indispensable respetar la dignidad humana, diseñando a la par una política pública integral, de educación preventiva y acompañamiento espiritual de acuerdo a la fe de la paciente, para todas las causales propuestas, en consonancia con lo dispuesto en la ley N° 20.584.

- De continuar adelante la tramitación del proyecto de ley se debe garantizar la objeción de conciencia en todas las causales, la que, además, debe ampliarse a todo el personal de salud que participa en la interrupción del embarazo y no sólo reconocerla al médico.

- El derecho a la integridad física y síquica de la persona y el derecho a la protección de la salud, deben ser resguardados completamente.

- El proyecto de ley, en su actual redacción, podría prestarse para permitir el aborto por otras causales.

Expresó que las observaciones antes planteadas reflejan el sentir mayoritario de un pueblo silencioso, humilde, restaurador, reconocido hoy día por la nación, que tiene este sentimiento muy claro y muy preciso. Señaló que orarán para que Dios dé a los legisladores la gracia para que tomen las mejores decisiones para bien de nuestra patria.

INTERVENCIÓN DE MONSEÑOR JUAN IGNACIO GONZÁLEZ, OBISPO DE SAN BERNARDO Y REPRESENTANTE DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL DE CHILE

Monseñor Juan Ignacio González, Obispo de San Bernardo y representante de la Conferencia Episcopal De Chile, comenzó su exposición precisando que la Iglesia ha aceptado participar del debate del proyecto de ley porque considera que su enseñanza y su acción -junto a las demás confesiones religiosas- constituyen un elemento esencial de la nacionalidad e idiosincrasia. No obstante, manifestó que no argumentará sólo desde una perspectiva religiosa sobre un tema de la mayor gravedad e importancia, como es la vida humana del ya concebido y no nacido. Aunque consignó que, evidentemente, se tiene esa visión, que emerge de la revelación de Dios al hombre y de las enseñanzas de Jesucristo, que la Iglesia trasmite y enseña.

Agregó que los pastores de la Iglesia, acogiendo los aportes de las distintas ciencias, tienen el derecho a emitir opiniones y enseñanzas sobre todo aquello que afecte a la vida de las personas, ya que la tarea evangelizadora implica y exige la promoción de un humanismo integral. Como señala el Papa Francisco, “no se puede decir que la religión debe recluirse en el ámbito privado y que está sólo para preparar las almas para el cielo. Nadie puede exigirnos que releguemos la religión a la intimidad secreta de las personas, sin influencia alguna en la vida social y nacional, sin preocuparnos por la salud de las instituciones de la sociedad civil, sin opinar sobre los acontecimientos que afectan a los ciudadanos. Entre esos débiles, que la Iglesia quiere cuidar con predilección, están también los niños por nacer, que son los más indefensos e inocentes de todos, a quienes hoy se les quiere negar su dignidad humana en orden a hacer con ellos lo que se quiera, quitándoles la vida y promoviendo legislaciones para que nadie pueda impedirlo. La defensa de la vida por nacer está íntimamente ligada a la defensa de cualquier derecho humano. Supone la convicción de que un ser humano es siempre sagrado e inviolable, en cualquier situación y en cada etapa de su desarrollo. Es un fin en sí mismo y nunca un medio para resolver otras dificultades. Si esta convicción cae, no quedan fundamentos sólidos y permanentes para defender los derechos humanos, que siempre estarían sometidos a conveniencias circunstanciales de los poderosos de turno. La sola razón es suficiente para reconocer el valor inviolable de cualquier vida humana”.

Del mismo modo, arguyó el señor Obispo, San Alberto Hurtado dijo que "la Iglesia no ha cesado de hacer oír su voz a través

de los siglos sobre todos los problemas que tocan la moral, tanto individual como social. Algunos han pretendido negar este derecho de la Iglesia en el terreno de lo social y confinar su acción únicamente a lo que toca directamente al altar. Toda la historia de la Iglesia constituye un franco repudio de este cercenamiento".

A la luz de lo expuesto, aclaró que su presencia en la Comisión se fundamenta en que en una sociedad democrática el factor religioso –con independencia de cuál sea- es uno de los factores sociales fundamentales que integran el bien común de una comunidad política y de una verdadera democracia, donde todas las voces deben ser escuchadas, más aun aquellas que proceden de la experiencia de humanidad que tiene la Iglesia. Por tanto, en un Estado laico el factor religioso resulta esencial y conviene que sea acogido por quienes están llamados a dictar las leyes. En tal sentido, señaló que la Iglesia se alegra de que el Senado cumpla esa exigencia del bien común, al llamar a dar su opinión sobre un proyecto de ley a diversas manifestaciones de la religiosidad que existen en el país, cuyos habitantes son creyentes en un 85%. Así, la Iglesia se presenta como experta en humanidad, tal como lo enseñó Pablo VI. No busca poder, influencia ni autoridad, sino que sólo servir a todos sin distinción, especialmente a los más pobres y necesitados, según la enseñanza del Maestro. No busca vencer, sino convencer.

Añadió que al igual que en el pasado, en los momentos de dificultad y conflicto y de las grandes discusiones y acuerdos nacionales, la Iglesia ha estado presente con su palabra serena y moderada, dispuesta a servir a los más débiles, a los descartados, a los que sufren persecución o cualquier mal, representando el pensamiento de millones de chilenos que en este momento de la historia creen que se está afectando el corazón mismo de la democracia y la libertad, al poner en juego el derecho a la vida del más inocente de los seres, a saber, el que espera ver la luz del día en el seguro seno de su madre.

Entrando al planteamiento sobre el proyecto de ley que hoy convoca a la Comisión, expresó que, primeramente, es preciso hacer mención al equívoco que se ha introducido al calificar la iniciativa en discusión como regulación de “la despenalización de la interrupción voluntaria embarazo en tres causales”, toda vez que una atenta reflexión al respecto, hace concluir que en este caso no hay coincidencia entre lo que dice el encabezado del proyecto y su contenido matriz, empezando por el Mensaje y siguiendo luego por su articulado, formas, procedimientos y alegatos de quienes han concurrido en diversas instancias a defenderlo. En efecto, el Mensaje centra su fundamentación en la consideración de la

práctica del aborto como parte del derecho fundamental a la salud, en el entendido de que corresponde que tal derecho se arraigue en la dignidad propia de la mujer. De esta manera, desde la perspectiva del Poder Ejecutivo, el aborto es parte del “trato digno que el Estado de Chile debe otorgar a sus ciudadanas” y que la criminalización de éste es una “vulneración a sus derechos”. A mayor abundamiento, en el mismo Mensaje se señala que el Estado debe regular la interrupción del embarazo “como una legítima prestación de salud”, estimando que la legislación vigente sobre la materia “se traduciría en una vulneración de sus derechos” al no permitir el aborto.

En consecuencia, razonó, es fácil colegir que en el proyecto se discurre que la interrupción del embarazo constituye un derecho de la mujer, que debe incluirse en el ordenamiento jurídico nacional. Desde una perspectiva legal, ello no significa la despenalización del aborto, sino que a través de su integración como un derecho de salud, se le legaliza derechamente. Desde el principio de la buena fe, e intentando salvar la intención de la propuesta, la iglesia ha llegado a la conclusión -junto a muchos estudiosos y expertos- que la aprobación del proyecto promoverá y facilitará el aborto en Chile.

Aclaró que aunque hay consenso en que no se debe penalizar y condenar a una persona injustamente y que en muchos casos las personas, sobre todo las mujeres con mayor vulnerabilidad, recurren a la interrupción del embarazo movidas por razones que les restan imputabilidad ética y jurídica. Sin embargo, todo el derrotero seguido por este proyecto indica que el camino es otro, pues debieran ser diversas las consideraciones si el proyecto quisiera salvaguardar la justicia para mujeres que recurren al aborto o son inducidas a él.

En lo que dice relación con las tres causales que admite la iniciativa legal, indicó, acerca de la primera, que se ha planteado con claridad, apelando a la reflexión bioética, que no constituye aborto la acción terapéutica destinada a salvar la vida de una madre en peligro, cuando no se busca eliminar directamente la vida de la persona concebida, aunque su muerte sea una posibilidad prevista, pero no querida o buscada. Si la creatura falleciera como consecuencia no deseada ni intentada, ni como fin ni como medio, de un procedimiento directamente orientado a sanar a la mujer en situación de grave riesgo, la intervención no se podría calificar como un aborto. La praxis médica bien lo sabe y del mismo modo lo han planteado los Obispos de Chile, quienes señalan que “siempre es posible y lícito cuidar y respetar la vida de la madre sin recurrir al aborto”, puesto que se trata de un principio de orden ético que encuentra sus raíces en el

principio de aceptación universal que ordena a todo ser humano, de hacer el bien y evitar el mal.

Por otra parte, estimó oportuno connotar que la redacción del nuevo artículo 119 del Código Sanitario propuesta por la Cámara de Diputados señala que, mediando la voluntad de la mujer, un médico cirujano se encontrará autorizado para interrumpir un embarazo, en los términos regulados por los artículos siguientes, cuando la mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida. En base a ese texto, postuló que no se trata en esta causal de que las acciones médicas para salvaguardar la vida la madre tengan como consecuencia el fin de la vida ya concebida, sino de la acción positiva y directa de interrumpir, es decir de “cortar la continuidad de algo en el lugar o en el tiempo”, en palabras de la Real Academia de la Lengua Española. A mayor abundamiento, cuando este proceso se realiza directamente sobre un ser de la especie humana concebido, tiene un nombre propio y particular en nuestro idioma y se llama aborto, que según la misma Academia se define como la “interrupción del embarazo por causas naturales o provocadas”. Entonces, no parece justo ni legítimo proceder de esa forma, porque se está actuando directamente contra una vida humana.

En cuanto a la segunda causal, esto es, la inviabilidad que autoriza la interrupción del embarazo en el caso de que el embrión o feto padezca una alteración estructural congénita o genética de carácter letal, se presentan desafíos éticos mayores. Es conocido que muchas madres y familias han continuado su embarazo llamado “inviable” hasta acoger con cariño a quien esperan, es decir, hasta su término natural, y esta actitud les ha procurado una paz que difícilmente habrían alcanzado al interrumpirlo anticipadamente. En ocasiones, enfatizó, aquellos casos que originalmente fueron catalogados de inviables, terminaron siendo viables y hoy los propios afectados agradecen la opción de sus madres de no haberlos abortado.

Así las cosas, el respeto irrestricto a toda vida humana indefensa e inocente, como también la dificultad de diagnosticar con completa certeza la situación en que nacerá el niño esperado, impide fundamentar la necesidad del aborto para estos casos. Puntualizó que la experiencia enseña que el aborto causa traumas importantes que afectan a la madre y su entorno familiar. Los esfuerzos, entonces, deberían centrarse en procurar programas de acompañamiento y acogida para las madres y sus familias que se hallen en estas dolorosas situaciones.

Asimismo, la incerteza médica práctica en el diagnóstico es un elemento de análisis relevante a la hora de decidir dar lugar a una causal como la indicada, en el entendido de que la certeza consiste en la cualidad o el estado de sentirse seguro, cierto, de poseer una verdad, con ausencia de toda duda. Esa verdad sería que existe completa claridad de que el ser vivo en desarrollo no será viable. Se preguntó si alguien puede realmente alcanzar tal nivel de certeza.

En el mismo orden de ideas, cuando el bien en juego –la vida humana- es de tan alto valor ético, consultó: ¿puede el legislador dar una norma que permita actuar con esa falta de certeza? ¿Es legítimamente posible poner al personal médico y a la misma madre en esa circunstancia?

Puso de manifestó que la ética universal enseña que no es lícito actuar con dudas en materias en las que puede seguirse un error grave, el cual, en este caso, está representado por el hecho de privar injustamente a un individuo humano de venir a esta tierra. De igual forma, el mismo sentido común enseña que un principio ético universalmente aceptado en todos los sistemas de pensamiento es que nunca se puede hacer un mal para alcanzar un bien. En esta situación, el bien alcanzado sería privar a un ser de la raza humana de una vida difícil, enferma, incluso insoportable y también a la madre y a su entorno de la pesada carga que ello significa. El mal realizado, en conclusión, sería poner fin al desarrollo de un embrión antes de que venga a la vida.

En el entendido de que nadie es capaz de dar un juicio acerca de cuál de los bienes es mayor o debe supeditarse al otro, aseveró que hay dilemas éticos que no corresponde a las personas solucionar, porque no ha sido dada a ninguno de nosotros la facultad de decidir cuál vida debe vivirse y cuál debe ser privada de ver la luz del sol, que alumbra sobre todos.

Hizo hincapié en que aún en el caso hipotético de que se tenga certeza absoluta de la inviabilidad de la criatura, el aborto no es el bien para el que está por nacer, por cuanto bajo la pretensión de compadecerse del niño, los padres o la sociedad ocultan que no están dispuestos a aceptar ese tipo de hijo. Es una injusta discriminación anticipada. Son, por tanto, los padres o la sociedad quienes, bajo el pretexto de compadecerse del niño, se compadecen y protegen a sí mismos, a sus conveniencias, a sus previsiones y a sus intereses.

Afirmó, de consiguiente, que los niños concebidos con posibilidad o certeza de alguna grave enfermedad merecen su vida, no porque así lo estimen sus padres, la ciencia o la sociedad, sino simplemente porque es suya y no de sus padres, ni de la ciencia o de la sociedad. Y su vida es siempre digna y humana por sí misma. Por tal razón, en la posible enfermedad del niño se escuda el egoísmo tiránico de los padres, quienes no poseen la atribución para juzgar sobre la dignidad de lo que es la vida humana o sobre el beneficio o perjuicio del concreto modo de vivir de un ser humano.

Estimó el señor Obispo que esa dignidad es siempre un enigma, un futuro, un desconocido misterio que debe desvelar el sujeto de cada vida y no otro por él. Así, prejuzgar la valía de la vida de otro ser es, en el fondo, ocultar que ese tipo de vida no es conveniente para ese padre o madre o para la sociedad, que no están dispuestos a mayores exigencias y sacrificios y, en definitiva, a una mayor paternidad y maternidad.

En lo que atañe a la tercera causal, aplicable al embarazo por violación, aseguró que los dilemas éticos se hacen aún más complejos, ya que no parece “humano” dejar sola a la mujer en el drama que ha sufrido, así como tampoco privar de la vida al más indefenso e inocente, que es su hijo. Al efecto, señaló que lo más recomendable sería contar con un Estado y una sociedad activos y presentes junto a la mujer agredida, ofreciéndole caminos y ayuda para que ella u otra familia puedan acoger a un ser humano que no tiene culpabilidad alguna, está vivo y tiene derecho a seguir viviendo y a que nadie atente injustamente contra su vida. Destacó que diversas instituciones sociales, varias de ellas católicas, se dedican a procurar un entorno familiar para estos niños y niñas.

En consecuencia, permitir el aborto ante situaciones de violación es renunciar a la tutela de los más débiles e indefensos y un acto de rendición del Estado ante el flagelo de la agresión sexual a mujeres. Ni los gobiernos ni la sociedad en su conjunto han podido abordar y superar este mal en su raíz, que, como sabemos, generalmente ocurre al interior de los entornos familiares y de amistades de las víctimas.

De conformidad con lo expuesto, puntualizó que no es posible privar de la vida en esta tierra a otra persona. Incluso, la Iglesia ha abogado para que sea erradicada la pena de muerte de las legislaciones y recientemente el Papa Francisco lo pidió públicamente al Presidente de los Estados Unidos. Entonces, si no se quiere pena de muerte es todavía más inconcebible dictarla para aquel que tenemos certeza de que es inocente.

Cito seguidamente algunas palabras del Doctor Nathanson, abortista arrepentido: “La violación es una situación muy dolorosa. Afortunadamente son pocas las violaciones de las cuales surge un embarazo. Pero aun en ese caso, la violación, que es un acto de violencia terrible, no puede ir seguida de otro no menos terrible como lo es la destrucción de un ser vivo. Por lo tanto, tratar de borrar una horrible violencia con otra también horrible no parece lógico; es sencillamente absurdo, y en realidad lo que hace es aumentar el trauma de la mujer al destruir una vida inocente, porque esa vida tiene un valor en sí misma aunque haya sido creada en circunstancias espantosas, que nunca podrán justificar su destrucción. Por lo tanto, recurrir al aborto en caso de violación es algo ilógico e inhumano”.

A continuación, hizo mención a otras cuestiones relacionadas con las ya explicitadas.

En primer término, sostuvo que los argumentos en favor del aborto que se esgrimen son siempre extrínsecos al nuevo ser que ha sido concebido. Los motivos e intereses alegados para aceptarlo no son los del abortado, sino los de los actores de la práctica abortiva. El drama del aborto, por tanto, no es una simple reedición del viejo drama del dominio del hombre sobre el hombre, sino que hay una situación de más gravedad, consistente en el domino radical sobre el inocente. En resumen, la inocencia incuestionable de la víctima es el fundamento de la culpabilidad de los actores del aborto.

Conviene tener en cuenta, enfatizó el señor Obispo, que los actores del aborto son los padres, los médicos y la autoridad social y que, contradictoriamente, son precisamente aquellas personas y grupos de los que la víctima inocente debiera esperar la mayor protección y tutela. La paradoja no puede ser más significativa, pues es totalmente injusto que el concebido -absolutamente inocente- sea precisamente el castigado con la muerte.

En esto casos, acotó, la sociedad es el ente responsable de establecer la solidaridad necesaria, ética y material, para ayudar a la madre que atraviesa esas dolorosas circunstancias.

Otro elemento ético que trajo a colación el señor Obispo es el relativo a la capacidad de medir y anticipar las consecuencias de los actos. En ese escenario, planteó si una legislación como la propuesta, que permite privar de la vida a un ser inocente mediante el aborto, será el último estadio de su desarrollo, dado que se ha dicho, hasta por parte de

quienes propician esta iniciativa de ley, que nadie quiere el aborto libre, aunque la evidencia empírica conocida sabe hacia dónde conduce un proyecto como el planteado. De consiguiente, si se pretende el aborto libre en Chile, como algunos lo declaran, el camino seguido es tristemente correcto. Por el contrario, si se rechaza esa posibilidad, la vía que actualmente se está siguiendo debe abandonarse.

El punto preciso es, entonces, descubrir la responsabilidad de los hombres y mujeres que en este tiempo dimos lugar al inicio de un camino cuyo fin no deseamos, pero que sabemos que llegará. Aprender de los otros es sabiduría pura. Apeló a la responsabilidad de los legisladores, llamados por el pueblo chileno a fijar leyes justas y buenas y señaló que si se conoce el inicio del camino y su dirección final, nadie puede luego excusarse alegando ignorancia o inadvertencia.

Culminó su exposición citando a uno de los pensadores de mayor renombre actualmente, el profesor Spaemann en su obra “La inviolabilidad de la vida humana”: “Si no respetásemos la dignidad humana antes de que el ser humano fuera capaz de exigirlo, ningún hombre podría reclamarla jamás”.

INTERVENCIÓN DEL RABINO SEÑOR DANIEL ZANG, REPRESENTANTE DE LA COMUNIDAD JUDÍA DE CHILE

El Rabino señor Daniel Zang, representante de la Comunidad Judía de Chile, comentó al iniciar su exposición que uno de los problemas más complejos que enfrenta la sociedad es determinar una bioética de tipo universal, que se debe referir tanto a la vida como a la muerte, frente a lo cual las diversas legislaciones no asumen un pronunciamiento uniforme.

Sostuvo que el judaísmo define el momento de la muerte, desde el siglo XII, en el momento del paro cardiorrespiratorio. Sin embargo, el avance de la ciencia médica ha establecido que la muerte se constate mediante tres electroencefalogramas planos. Si no existiera ese consenso, razonó, la donación de órganos sería inviable.

Connotó que la tradición judía distingue, en el libro del Éxodo, entre las expresiones vida existente y vida probable, donde se señala que en el caso de una riña entre dos hombres, en que resultase herida una mujer embarazada y como consecuencia de ello murieran la mujer y el que está por nacer, debería haber una compensación del tipo vida por vida. En cambio, si sólo muriera el feto el resarcimiento sería sólo económico.

En definitiva, entre la vida existente y la probable había una distinción de carácter legal.

En cuanto a la situación descrita en la primera causal del proyecto, afirmó que la ley judía se refiere a ella como la “Ley del Perseguidor”, que consiste en que cuando una persona persigue a otra para matarla, la víctima tiene derecho a defenderse aunque no sepa de forma enteramente exacta que la van a matar. En el caso de la mujer puede ocurrir que el que está por nacer amenace su salud o su vida.

De acuerdo a la citada ley religiosa, al constatar que un ser inocente está causando un daño o poniendo en peligro la vida de la madre, se prioriza el resguardo de la vida existente por sobre aquella que está por venir, sobre la vida probable. La conducta antes descrita se funda en la expresión judaica “no nos basamos en los milagros”.

Respecto de la conceptualización de la vida, el judaísmo sostiene que ella se conforma a través de una identidad que tienen las almas que se integran a la vida humana. 40 días después de la concepción esa alma ya es parte de ese ser y, por lo tanto, si hubiera algún problema tanto en la salud de la madre como en la del embrión, sólo dentro de ese plazo podría haber una interrupción de la gestación. Después de ese término, todas las ramas de la ley judía penalizan la intervención.

Destacó que el concepto de vida es considerado de forma completa, esto es, incluye la integridad física y psíquica del ser humano. En los casos de violación, el judaísmo permite la administración de la “pastilla del día después”, puesto que no se considera abortiva.

Para el judaísmo, enfatizó, el aborto es una situación nunca deseada, ya que se trata de casos extremos en que hay que decidir sobre dos vidas: una probable y otra existente. No obstante esa diferencia, el foco debe estar en ambas, toda vez que la vida del feto depende de la de la madre, como si fuera un miembro o una extensión de la misma. Así, la iniciativa legal no puede considerar esta entidad como dos elementos separados, dado que están completamente unidos.

INTERVENCIÓN DE LA DOCTORA PAZ ROBLEDO, JEFA DE LA DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL MINISTERIO DE SALUD

La doctora Paz Robledo, Jefa de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, inició su alocución precisando que la iniciativa legal en discusión se hace cargo de mujeres en situaciones excepcionales y no es un proyecto de aborto libre. Sólo se pretende ofrecer instrumentos para acompañar a mujeres que se hallen en tres circunstancias específicas.

En primer término, indicó que para acompañar de buena forma no se parte desde cero, dado que desde la década de 1950 Chile ha reunido una vasta experiencia en el desarrollo de servicios de salud sexual y reproductiva; en esa época comenzaron las políticas de salud familiar, cuyo resultado más evidente es la caída progresiva de la mortalidad materna. Además, se cuenta con un Sistema Nacional de Servicios de Salud descentralizado, coordinados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

En esa red, continuó, se desarrollan diversos programas, entre los cuales está Chile Crece Contigo, que tiene como objetivo apoyar y fortalecer el trabajo de las madres y de los niños a partir de la gestación, para nivelar las inequidades sociales que vienen desde el útero materno.

En lo que atañe a la atención primaria, resaltó la existencia de 2.363 unidades de salud a lo largo del país. Aunque reconoció que sufren algunas deficiencias, especialmente en materia de especialidades médicas, consignó que a ellos se debe en gran parte los positivos resultados en morbimortalidad que muestra la población.

En atención obstétrica, por otro lado, explicó que si una mujer tiene sospechas de estar embarazada acude a la atención primaria, donde será recibida por las profesionales matronas y recibirá una atención integral sobre su estado, de confirmarse la gestación.

Si el embarazo no evoluciona de manera adecuada, la madre será derivada al nivel secundario, constituido por los policlínicos de alto riesgo obstétrico y que cuenta con 814 ginecólogos y obstetras a nivel nacional. A nivel terciario, en tanto, no sólo hay consultas de urgencia gineco obstétricas, sino también hospitalización de parto, puerperio y de todas las morbilidades propias del ciclo reproductivo y por causas de aborto.

Consignó que la red está organizada en macro zonas, que permiten articular los requerimientos de subespecialidades que el número de casos no justifica su instalación en todo el país. Exhibió la siguiente imagen sobre este punto:

Luego, expuso que el acompañamiento que propone el Ejecutivo en el marco del presente proyecto de ley se funda en el respeto a la mujer y a su capacidad de discernir. En consecuencia, es confidencial; voluntario para la mujer; opera tanto si la mujer decide interrumpir como continuar su embarazo; su finalidad no es influir en la decisión de la mujer, cualquiera sea y, por tanto, no es disuasivo y no puede ser coercitivo, en ningún sentido; debe respetar la libertad de conciencia de la mujer, sus principios, creencias y valores, y debe proporcionar información clara y veraz, que sea plenamente comprendida por la mujer.

Los componentes del acompañamiento, a su vez, están conformados por acciones de acogida y apoyo psicológico, si la mujer lo desea, ante la confirmación del diagnóstico o en cualquier otro momento del proceso -se ha valorizado un total de 10 sesiones por persona-; evaluación psicosocial de cada mujer; en caso de interrupción, información previa y posterior a la misma; en la continuación del embarazo, información pertinente a la condición de salud y activación de las redes de apoyo para el seguimiento de las enfermedades de base en mujeres con patología asociada, en los niveles de especialidad correspondientes y evaluación por equipo perinatológico multidisciplinario, con estudio especializado y consejería genética en mujeres que enfrentan un caso de inviabilidad fetal;

tratamiento y prevención de infecciones de transmisión sexual, e información sobre alternativas de entrega en adopción del hijo o hija, en el caso de que la mujer víctima de violación decida continuar con el embarazo.

En relación con los equipos perinatológicos multidisciplinarios, expresó que sobre la base del presente proyecto de ley se constituirá una red nacional que fortalecerá macro zonas antes indicadas, mediante la compra de los insumos para la realización apropiada del acompañamiento y de los diagnósticos, incluso aquellos de tipo genético, en casos de óbito fetal.

En seguida, explicó que en lo que respecta a la causal de riesgo de vida de la madre, es necesario tener presente que en Chile existe un alto porcentaje de control pre natal de las mujeres embarazadas y, por esa razón, es probable que las pacientes sean derivadas desde los servicios de urgencia o a partir del control en el centro de salud en que se atiende la mujer. En el nivel secundario se hará el diagnóstico de riesgo inminente por especialistas y si éste es confirmado, se le remitirá al nivel terciario, junto con ofrecerle todo el acompañamiento requerido. En caso de tener que adoptar una decisión sobre la continuidad del embarazo, se solicitará la autorización por escrito de la mujer, para que otorgue su consentimiento.

Agregó que el apoyo consistirá en una evaluación por parte de un equipo psicosocial, que ofrecerá acompañamiento psicológico, visitas domiciliarias y, eventualmente, talleres de apoyo.

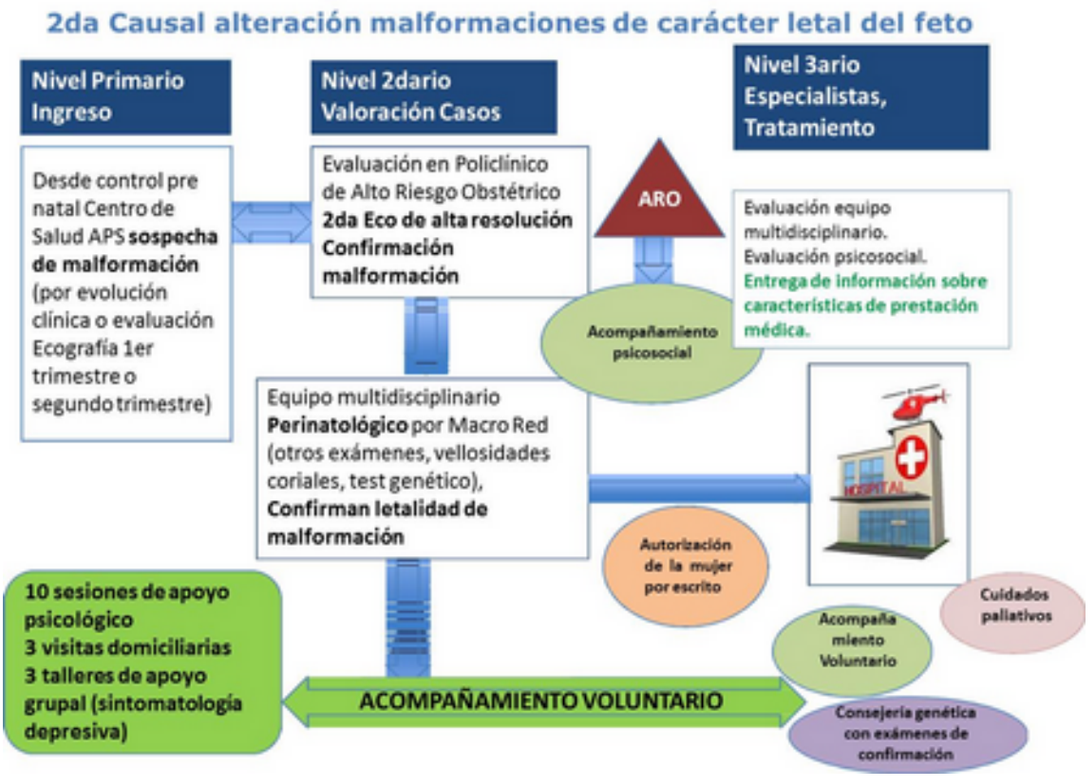
Presentó el siguiente esquema sobre la primera causal:

Sobre la segunda causal, la doctora Robledo explicó que la pesquisa de la malformación letal se puede hacer desde el control prenatal, si hay sospecha de una anomalía, o desde un servicio de urgencia periférico o un hospital general. En esos casos, la mujer será derivada al nivel secundario para hacer una evaluación clínica, mediante una segunda ecografía con mayores capacidades de resolución, y así poder determinar si se confirma la malformación por parte del equipo obstétrico.

Recalcó que se hará un esfuerzo para dotar de medios técnicos y humanos en las macro redes, con tal de contar con un equipo perinatológico multidisciplinario, que atienda estas situaciones y valore sus complejidades.

En todo este proceso se contempla también un acompañamiento de carácter psicosocial y cuidados paliativos para la madre y su familia, tanto si se decide continuar el embarazo como interrumpirlo, para lo cual, por cierto, se solicitará la autorización por escrito de la madre. También se dispone la consejería genérica en los exámenes de confirmación y las posteriores asesorías familiares.

Exhibió un cuadro al respecto:



En tercer lugar, en lo que atañe a la causal de violación, se propone desde el nivel primario una puerta de entrada lo más fluida posible.

Relató que es difícil que una mujer acuda a un centro de salud diciendo directamente que ha sido violada; por ello se ha habilitado el sistema Salud Responde, el cual facilita a la mujer obtener asesoría telefónica de forma privada, para gestionar las horas de atención que requiera y comenzar el acompañamiento correspondiente a tan grave situación. Además, en ese evento se activará la denuncia de los jefes de los Servicios de Salud a las autoridades policiales, en el caso de menores de 18 años, y al Ministerio Público, en el de mujeres adultas.

Precisó que en el nivel secundario se hará una valoración de cada caso, desde el punto de vista físico y psicosocial, para determinar si se configura la tercera causal de la iniciativa de ley, porque es la única que fija límites en lo relativo a la edad gestacional. Es decir, el equipo multidisciplinario, ante la información de que una mujer se encuentra embarazada producto de una violación, necesita un acompañamiento de tipo biopsicosocial.

También en este nivel se ofrecerá el acompañamiento psicoterapéutico, toda vez que las mujeres que han sido objeto de violencia de este tipo no siempre acceden inmediatamente a las ayudas requeridas.

En este caso también se pedirá la autorización por escrito de la mujer para resolver los procedimientos a seguir. En definitiva, no se pretende que el Estado determine que la mujer deba adoptar una conducta heroica ante la tragedia que ha vivido, sino que cuente con la opción de elegir informadamente la mejor alternativa para su vida, acompañada de un equipo psicoterapéutico y social.

Finalmente, puso en conocimiento de la Comisión un esquema que da cuenta la integralidad de la oferta intersectorial que dispone el Estado, a la que podrán acceder las mujeres que se encuentren en alguna de las tres causales:

INTERVENCIÓN DE LA DOCTORA ANAMARÍA ARRIAGADA, ACADÉMICA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

La doctora Anamaría Arriagada, académica de la Universidad de Chile, centró su exposición en la razón de ser del proyecto de ley, en la responsabilidad sanitaria que recaerá sobre los médicos y acerca del conjunto de valores y principios implicados en el proyecto en discusión.

En cuanto al primer punto, referido a los objetivos de la iniciativa de ley, explicó que la bioética consiste en una ética aplicada y normativa que busca dar respuestas a problemas morales que se relacionan con la vida y la humanidad y que busca dialogar en un espacio cívico, racional, laico y pluralista. Agregó que sus fundamentos radican en diferentes miradas filosóficas, enriquecidas por otras disciplinas afines.

En el campo del proyecto de ley en trámite el ámbito es el clínico, donde el eje principal es la relación entre el médico y el paciente, es decir, entre una mujer embarazada y su equipo sanitario, cuyo jefe es el médico tratante. Estimó importante hacer esta distinción, pues no se está en un plano meramente teórico o filosófico, sino que se intenta dar respuesta, luego de muchos años, a mujeres que están en condiciones de extrema vulnerabilidad.

Aclaró que el debate no debería circunscribirse a determinar el momento del inicio de la vida humana o acerca de la diferencia entre los conceptos de “ser humano” y “persona”, ni tampoco a consensuar una visión única y definitiva del estatuto del embrión, toda vez que dichas respuestas no han sido encontradas en ningún país del mundo. Sin embargo, en muchos de ellos sí se ha llegado a un acuerdo de tal entidad, que ha permitido regular el aborto.

Por lo anterior, pidió que al discutir la iniciativa se tenga en mente el rostro de mujeres y niñas que requieren una respuesta perentoria. Ejemplificó ese ejercicio mediante dos casos.

El primero de ellos, el de una mujer profesional, casada y madre de dos hijos pequeños, que debe enfrentar un embarazo con un feto inviable. Sostuvo que ella sabe que cuando muera dentro del útero, podrá acceder con prontitud a un centro de salud, a fin de evitar complicaciones que podrían ponerla en riesgo, y que contará con el apoyo de su marido y su red familiar.

El segundo caso, en tanto, es el de una mujer que presenta el mismo caso clínico y también tiene hijos pequeños, pero que vive en un hogar uniparental y no completó la enseñanza media. Ella, contrariamente al primer ejemplo, sabe que tardará varias horas en acceder a una atención de urgencia y enfrenta con más angustia el embarazo, pues sus hijos sólo dependen de ella.

En resumen, se presentan dos realidades ante un mismo problema, frente al cual el Estado debería asegurar que las dos mujeres reciban los cuidados y el apoyo necesarios para la decisión que adopten, considerando el contexto personal y social de cada una de ellas. El apoyo, en cualquiera de sus formas, debe partir desde el respeto y no en base a la imposición de una alternativa determinada.

Respecto de la responsabilidad médica frente a estas situaciones, adujo que se ha esgrimido que no se necesita un cambio normativo para abordar el aborto en Chile, dado que la tasa de mortalidad materna es muy baja, que los casos correspondientes a las tres causales no superarían los 2.500 anualmente y que la medicina puede actualmente resolverlos aplicando el principio del doble efecto. Ante esas afirmaciones, connotó que no avanzar en esta materia sería continuar desconociendo situaciones dramáticas que se presentan cada cierto tiempo y que no tienen una resolución uniforme, ya que en algunos casos se trata la enfermedad principal y si se produce un aborto sólo constituirá un efecto no buscado por el tratamiento, pero en otros se discute el caso en comités de ética o ante otras instancias que recomiendan a los médicos qué hacer, sin considerar la opinión de la mujer. Además, los médicos deben elegir entre respetar la confidencialidad y responder a la confianza de una paciente, o denunciarla por un acto punible.

En definitiva, consideró que las tres causales que incluye el proyecto de ley se hacen cargo de un serio problema de los facultativos, por cuanto la legislación vigente penaliza toda interrupción del embarazo, no contempla excepciones, no admite juicio de vulnerabilidad y no respeta ni da cabida al debido cuidado.

Adujo que el proyecto de ley permite hacerse cargo de aquellas mujeres que sufren los efectos de los tres casos que contempla para despenalizar la interrupción voluntaria del embarazo y les proporciona una respuesta dentro de un marco de acompañamiento y atención sanitaria segura, respeto de su autonomía, preservación de la confianza en el sistema de salud y con admisión de la objeción de

conciencia. Además, permite reconocer la realidad de la violación y el incesto, con el objeto de transitar hacia su erradicación.

En tercer lugar, hizo hincapié en que, sin lugar a dudas, la protección de la vida, de la integridad, de la intimidad y del respeto debiese ser una tarea prioritaria, pues todas esas garantías forman parte de la obligación médica de "no dañar". En este caso, tanto la madre como el que está por nacer nunca buscaron de forma intencional estar en alguna de las situaciones contenidas en las tres causales que aborda el proyecto de ley; en la especie, ambos son vulnerables y ninguno culpable. Por lo demás, el sistema de salud del país, desde su origen y en forma permanente y progresiva, ha protegido la vida del que está por nacer. De hecho, el programa de atención de la mujer, Chile Crece Contigo, el post natal de 6 meses, y la baja tasa de mortalidad materna e infantil, son demostración de aquello.

Agregó que aunque es discutible que el embrión humano tenga un derecho a la vida equiparable al de la mujer, ello tampoco permite igualarlo a una cosa o a un puñado de células. En efecto, el embrión podrá no tener dignidad intrínseca, es decir, aquella sustancial a toda persona con vida consciente, pero sí es portador de una dignidad conferida por el resto de su comunidad moral. En definitiva, es algo entre cosa y persona y, en visión de Ricoeur, es un bien, y un bien precioso, digno de todo el cuidado y la protección que como sociedad pueda brindársele.

Otro principio rector que debe guiar la discusión, enfatizó, es la justicia, bajo la fórmula aristotélica de "tratar por igual a los iguales", dado que no puede haber algo más injusto que una ley que, de aplicarse, se hará siempre con las mujeres más pobres, o que, en caso de dar alternativas de conducta, sólo se otorguen a un grupo de ellas, debiendo las demás arriesgar la vida y la salud.

Asimismo, es necesario preservar la autonomía de la mujer, vale decir, la facultad de decidir entre perseverar en un embarazo dentro de las causales actualmente en discusión o abortar le compete a ella, de forma voluntaria, informada y libre de coacción, respetándose su ideal de “vida buena”. Es en esas condiciones que cabe el concepto de maternidad, ser madre no es condición fácil de definir, no es inmediata a un test de embarazo, es un estar de formas completamente distintas, según la cultura, cambia a lo largo del embarazo y tal situación puede estar condicionada por una serie de factores biopsicosociales.

Si bien reconoció que uno de los fines de la

medicina es salvar vidas, sostuvo que no es el único. A diario, en las unidades de pacientes críticos se plantea limitar los esfuerzos en las terapias, frente a quienes sufren sin mejorar, para lo cual se decide suspender algunos tratamientos, no con el fin de matar, sino para evitar prolongar la agonía de una persona y permitir su muerte digna. Frente a los avances tecnológicos, la prolongación de la expectativa de vida y la complejidad de las enfermedades, se han incorporado nuevos valores en el ejercicio médico, como la calidad de vida, la vulnerabilidad, la muerte digna y conceptos como la limitación de esfuerzos y los cuidados paliativos. Lo anterior, en el entendido de que la práctica de la medicina no resuelve todas las enfermedades, por lo que muchas veces lo único que se puede hacer es acompañar al buen morir.

A la luz de estas ideas, manifestó que en el caso de violación la mujer no necesariamente logra establecer un vínculo de maternidad que le permita el acto heroico de perseverar en su embarazo, será misión de los médicos acompañarla en esa situación, en una labor humanitaria. Actuar de otra forma, resaltó, no sería justo ni ético, porque dicha condición heroica no es exigible a ningún ser humano.

A modo de conclusión, la doctora Arriagada, acotó que, no obstante que es difícil, por un lado respetar la dignidad de la madre y, por otro, otorgar protección al embrión, es preciso tener presente que en los casos excepcionales que se despenalizarán mediante el proyecto de ley que ocupa a la Comisión la madre está en riesgo importante, el embrión tiene un pronóstico ominoso, o ambos fueron unidos en un acto de suma violencia, que impide un vínculo amoroso. En conclusión serán los conceptos de vulnerabilidad, compasión y cuidado, por sobre una discusión de derechos, los que podrán hacer prevalecer la prudencia necesaria para dar respuesta a las mujeres del país.

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR MAURICIO BESIO, DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

El doctor Mauricio Besio, de la Pontificia Universidad Católica de Chile, enunció la estructura de su exposición. En primer lugar, señalaría los argumentos por los cuales estima que aprobar el presente proyecto constituiría un error grave e irreversible para la sociedad, una injusticia y discriminación para los miembros más vulnerables de nuestra comunidad, un atentado a los valores de la profesión médica y una herida profunda en el alma nacional. En segundo lugar, en tanto, hará referencia a las dificultades prácticas que surgirán de sancionarse la iniciativa, en la forma en que se presenta actualmente a la discusión de esta Comisión, dificultades que la harían no sólo de difícil aplicación, sino que generarían conflictos que ni siquiera la destinación de grandes cantidades de recursos podría solucionar.

Sobre el primer punto, consignó que nadie podría dudar del derecho a la integridad física o psíquica de una mujer y la no exigibilidad de conductas heroicas. Incluso, continuó, nadie pondría en entredicho el derecho que tiene una mujer para decidir sobre lo que sucede en su cuerpo o afecta a sus intereses, así como nadie tampoco osaría discutir la ilicitud de atentar contra la vida de un ser débil o inocente. El problema social del aborto surge entonces, en la aparente incompatibilidad para lograr respetar todos esos derechos simultáneamente, más aún cuando es conocido y aceptado por todos que el derecho a la vida de cualquier individuo humano es de una jerarquía superior a cualquier otro.

Añadió que, en general, todo aquel que es partidario de la licitud del aborto en cualquiera de sus figuras, desde las más acotadas, como en el caso de embarazos producto de una agresión sexual, hasta las más amplias, como el aborto por la sola decisión de la mujer, para justificar plenamente esa licitud, debe disminuir el estatuto ontológico del embrión o feto humano. La razón es muy clara: sería muy difícil justificar cualquier tipo de aborto aceptando que al hacerlo se está matando a un ser humano inocente.

Luego de exhibir imágenes que mostraban fetos en distintas etapas de gestación, preguntó qué diferencia esencial podrían tener esos seres que se encuentran en el útero materno. Explicó que nada distingue esencialmente al ser humano en sus diferentes etapas de vida, puesto que los únicos cambios que suceden en el sujeto son de tipo

accidental. Por ello, los únicos cambios que afectan radicalmente al ser humano son la aparición en la existencia y la muerte.

Seguidamente, acotó que el artículo 8° del Código de Ética del Colegio Médico señala lo siguiente:

“El respeto de la vida humana desde su inicio y hasta su término constituye el fundamento básico del ejercicio profesional médico.

Toda intervención médica realizada durante los nueve meses de gestación, deberá velar siempre por el mejor interés de la madre y del hijo.”.

Afirmó que la disposición anteriormente transcrita tiene su fundamento en el hecho de que los médicos siempre han entendido que en el cuidado de una madre embarazada hay dos pacientes, la mujer y su hijo.

A mayor abundamiento, mencionó que, pese a que España cuenta con una de las legislaciones más permisivas en materia de aborto, el numeral 1. del artículo 51 del Código de Deontología Médica de dicho país consigna:

“El ser humano es un fin en sí mismo en todas las fases del ciclo biológico, desde la concepción hasta la muerte. El médico está obligado, en cualquiera de sus actuaciones, a salvaguardar la dignidad e integridad de las personas bajo sus cuidados.”.

De consiguiente, insistió en que nada distingue 53+esencialmente al ser humano mientras se despliega en el tiempo, hecho que, por lo demás, comparte con todos los seres vivos.

Observó que la distinción artificiosa para otorgar el estatuto de persona sólo a algunos miembros de la especie humana es incompatible con la Declaración Universal de los Derechos Humanos del año 1948. En efecto, ella habla en su preámbulo, de "la dignidad intrínseca... de todos los miembros de la familia humana;" y en el artículo 6° dice que "Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica". Entonces, todo intento de negar al que está por nacer su condición de perteneciente a la "familia humana" o determinarle una graduación en sus derechos, choca violentamente contra ese instrumento internacional que protege universalmente los derechos fundamentales de

todos, ya sean fuertes o vulnerables, autónomos o dependientes, sanos o enfermos.

Luego de afirmar que no tenía la intención de emitir un pronunciamiento acerca del estatuto de ser humano del embrión antes de su implantación, el doctor Besio informó que la Corte Interamericana de Derechos Humanos, el año 2012, pretendió establecer como concepción, es decir, como el comienzo de la vida de un ser humano, el momento de la implantación. Al respecto, puntualizó que en todas las hipótesis de despenalización mencionadas en el proyecto de ley existen embriones no solamente implantados, sino que en etapas avanzadas de desarrollo.

En virtud de lo expuesto, planteó que debe aceptarse en la discusión sobre el aborto, en una sociedad laica y pluralista como es la nuestra, lo que ya se ha obtenido durante años de desarrollo del humanismo. Por tal motivo, si ya fue posible establecer los derechos universales de los humanos, no corresponde quitárselos a los que no tienen posibilidades de defenderse. Sugirió, en ese ámbito, la búsqueda de soluciones humanas reales para los problemas que nuestros semejantes pueden padecer, y hacer todos los esfuerzos personales y como sociedad para aliviar o solucionar los problemas que enfrentan muchas mujeres en embarazos complejos o injustamente producidos, pero siempre teniendo en vista el bien común para todos los involucrados.

Enunció luego los problemas prácticos que se presentarán a los profesionales de la salud y a los usuarios de aprobarse la ley en los términos aprobados por la Cámara de Diputados. En dicha perspectiva se refirió a cada una de las causales que admite el proyecto de ley.

Respecto de la primera, esto es, que la mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida, sostuvo que sólo evidencia una falta de conocimiento de la actividad médica, puesto que en situaciones de riesgo vital, la interrupción del embarazo no es un aborto, sino que se trata de una acción médica lícita que busca el mejor interés de ambos pacientes. En este caso, la decisión de una mujer para continuar o no el embarazo es una ficción, debido a que ninguna mujer podría decidir continuar el embarazo sabiendo que morirían ambos. Aclaró que los profesionales de la medicina nunca se han visto impedidos de actuar en estos casos y siempre la decisión que finalmente se adopta es consultada con otros médicos.

En segundo lugar, adujo que la figura que abarca el caso de que el embrión o feto padezca una alteración estructural congénita o genética de carácter letal, plantea dificultades mayores.

Por una parte, el diagnóstico certero de patologías letales requiere de equipos sofisticados y de profesionales altamente capacitados, además de la concurrencia de subespecialistas en medicina materno fetal, cardiólogos infantiles, neonatólogos y genetistas. Agregó que son muy pocos los centros asistenciales que cuentan con esos recursos, lo que implicará que las pacientes tendrán que ser derivadas a otros establecimientos hospitalarios, con los consiguientes costos, tanto para los servicios de salud como para las familias.

Del mismo modo, adelantó que lo más probable es que se constaten errores de diagnóstico o interrupciones del embarazo con fetos que sobrevivan -en otros países se contempla el feticidio previo-, ante lo cual preguntó quién se hará cargo de ellos, si han sido gestados en un ambiente en que no se cultiva el cariño que merece todo niño.

En tercer término, postuló que la causal relativa a la violación genera aún más dificultades, pues no se le puede exigir al equipo médico una responsabilidad para la cual no está preparado. Así, la existencia de una violación y, más aún, la determinación de si ese embarazo es producto de la comisión de ese delito, solamente la puede establecer un juez, contando previamente con un informe de peritos, con la investigación policial y con la actividad de un fiscal.

En resumen, dado que es impracticable requerir a un equipo médico una constatación de ese tipo, en este caso la ley no podría exigir lo imposible.

Finalmente, hizo presente algunas dificultades adicionales que advierte, como el hecho de que la objeción de conciencia no puede limitarse solamente al obstetra, ya que, a su juicio, cada profesional posee su ámbito determinado de acción y es autónomo para resolver si participa o no en una intervención médica. De hecho, la jurisprudencia en materia de responsabilidad profesional así lo ha considerado, concluyó. Desde otro punto de vista la interrupción de un embarazo antes de su término no es algo simple y tiene riesgos. Por lo mismo, aseguró que a ningún obstetra le agrada terminar un embarazo con un feto muerto. Ese motivo incidirá también, en su opinión, en un incremento de los objetores de conciencia.

Como resultado de las prevenciones antes indicadas, razonó, se generará –tal como sucede en otros países- una escasez de centros asistenciales públicos donde se efectúen esos procedimientos quirúrgicos y, consecuencialmente, una proliferación de los centros privados que contarán con esa disponibilidad. En consecuencia, propuso prohibir el lucro en la realización de estas intervenciones.

INTERVENCIÓN DEL EL DOCTOR FERNANDO ZEGERS

El doctor Fernando Zegers dio comienzo a su exposición haciendo presente que existen cuatro tipos distintos de leyes relativas al aborto, una de las cuales es la que proscribe todo tipo de interrupción voluntaria del embarazo. Esta es la situación de Chile, que la comparte con otros cuatro países en el mundo: Nicaragua, El Salvador, República Dominicana y Malta.

Otras legislaciones son las que regulan el aborto despenalizado y el aborto como derecho sexual y reproductivo privado. Expresó que, en su parecer, estas dos normativas generan inequidad, ya que las personas con recursos económicos y redes sociales podrán acceder fácilmente a las prestaciones para obtener un tratamiento seguro, pero quienes cuenten con menores ingresos quedarán sometidos a la decisión del hospital que les correspondió.

Por tal razón, expresó que prefiere que se legisle sobre el aborto por las tres causales que propone el proyecto de ley como un derecho a cuyas prestaciones y financiamiento también concurre el Estado, toda vez que es la única manera de que haya equidad en el acceso a tratamientos seguros, con un seguimiento adecuado, consejería durante y después del drama que significa la interrupción del embarazo.

De manera de entregar una visión general sobre la materia, el galeno precisó ciertas terminologías usadas comúnmente en el debate:

- Aborto inducido: Interrupción deliberada de un embarazo clínico que tiene lugar antes de completadas las 22 semanas de edad gestacional, o si la edad gestacional es desconocida, de un embrión o feto de menos de 500 gramos.

- Parto: Expulsión o extracción de uno o más fetos de la madre después de completadas 22 semanas de edad gestacional.

- Embrión: Producto de la división del cigoto hasta 8 semanas después de la fecundación.

- Feto: Producto de la fecundación desde las 8 semanas de gestación, hasta el aborto o el nacimiento.

- Recién nacido o bebé: La existencia que comienza al desprenderse el feto de la mujer en el parto.

Sobre los dos conceptos anteriores, explicó que no es baladí su acertada compresión, pues en países en que está proscrito el

aborto, en situaciones de riesgo la interrupción se posterga hasta la semana 23 o 24, de manera que no se califique como tal, sino como un parto prematuro.

Asimismo, consideró inapropiado referirse al embrión o feto como un bebé o un niño, pues sólo a partir del nacimiento será una persona.

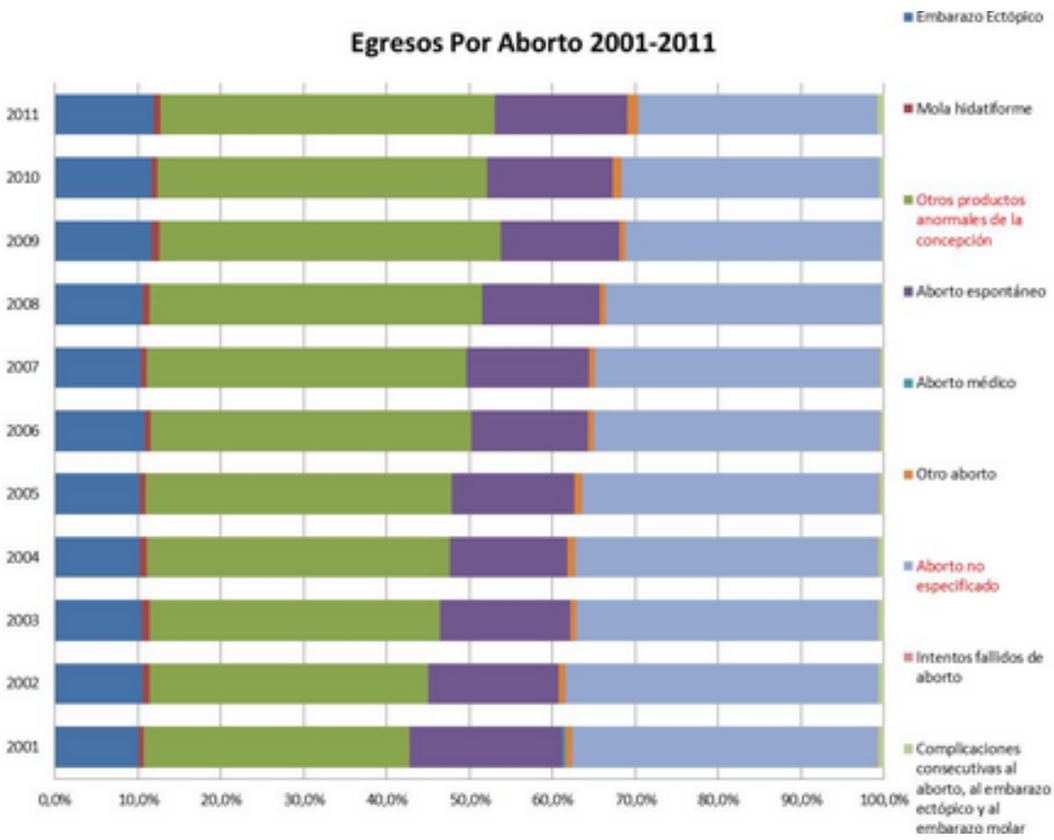
Planteó posteriormente que, en general, toda interrupción de un embarazo o aborto tiene dos objetivos.

Uno general, destinado a mejorar la calidad de vida de una mujer o, derechamente, a salvarla. En efecto, aseveró, nadie se somete a un procedimiento de este tipo por gusto, sino que lo hace porque piensa que sus condiciones serán mejores que las que tenía al momento de estar encinta

Por otro lado, también se constata un objetivo operacional o específico, que busca eliminar o inactivar el tejido embrionario o fetal a través de sustancias químicas o intervenciones físicas. Consignó que un ejemplo de aquello es el procedimiento que se realiza en casos de embarazos en la trompa, en los que se realiza un aborto inducido mediante el uso de medicamentos con el objeto de matar el tejido embrionario. Solamente de esa forma se podrá salvar a la mujer, reseñó.

A continuación, manifestó que no existen antecedentes disponibles que puedan dar certeza acerca de la realidad del aborto inducido en Chile.

Aunque anualmente se presentan alrededor de 33.000 egresos hospitalarios por aborto, observó que entre los años 2001 y 2011 no han variado significativamente sus causas. Exhibió el siguiente gráfico:



Al respecto, indicó que las causas más prevalentes, que representan más del 75% del total, son “Otros productos anormales de la concepción” y “Aborto no especificado”, expresiones altamente indeterminadas. Ello, en su entender, no permite la formulación de políticas públicas precisas para atender este problema.

En torno a las condiciones que la iniciativa de ley propone despenalizar y, específicamente, sobre la primera de ellas, es decir, que la mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo le evite ese peligro, planteó que todas las encuestas hechas al público general y a los miembros del Colegio Médico y de la Sociedad Chilena de Ginecología y Obstetricia, mayoritariamente se pronuncian a favor de interrumpir el embarazo por esa causa. De tal manera, enfatizó, frente a esa posición necesariamente se denota un juicio de valor, en que el derecho a la vida de la mujer prima sobre el derecho de protección que tiene el embrión. Apuntó que, si bien en ciertas oportunidades se puede prolongar el embarazo para poder llegar a la situación de un parto inducido, la opinión médica general aconseja la interrupción si la mujer está en riesgo, sea que constituya o no un aborto.

Sobre si es lícito negarse a interrumpir un embarazo, sometiendo a la mujer a un riesgo que afecte su vida o su calidad de vida, cabe señalar que la gran mayoría de las personas estima que no lo es. No obstante, corresponde hacer una salvedad, ya que los médicos deben

respetar el derecho de cada persona a bien morir, si es que eso le da una “mejor vida” antes de su muerte. En el mismo sentido, se pronuncian religiones que niegan la posibilidad de que la persona reciba trasfusiones de sangre, aunque ello implique riesgo para su vida, por cuanto para el paciente recibir ese tratamiento es peor que el resultado de muerte.

Volviendo al tema en discusión, en cuanto a si la mujer posee la autonomía y capacidad para decidir qué es lo mejor para ella en una situación de riesgo, aseveró que ello no es posible en el estado actual de cosas, pues la legislación no da a la mujer ni al médico el respaldo necesario para realizar una intervención al respecto. Es necesario, de consiguiente, incorporar en la reflexión entre el médico y el paciente, protocolos debidamente estandarizados que permitan que en situaciones en que el embarazo agrave severamente la condición de vida de la mujer, sea ella quien decida libremente cómo vivir lo que le resta de vida, a saber, mediante la continuación o la interrupción de la gestación.

De hecho, enfatizó, frente a la competencia entre los derechos de la mujer a la vida, a fundar una familia, a su intimidad y o no ser discriminada, y los supuestos derechos del embrión o feto, los de la primera deben prevalecer, tal como lo ha corroborado también la Convención Americana de Derechos Humanos en el artículo 4.1. En consecuencia, es obligación irrenunciable del sistema sanitario proveer a la mujer los elementos que le aseguren la mejor calidad de vida posible.

La prevalencia de la mortalidad materna en Chile es reducida: no mueren más de 50 mujeres al año. La mortalidad materna tardía es la más baja de Latinoamérica, por bastante diferencia. Sin embargo, los países desarrollados muestran índices mucho mejores que los nacionales, por lo que todavía queda mucho que mejorar en este aspecto.

En base a esos datos, se preguntó por qué si en la mortalidad general y en tasas de fecundidad el país posee datos similares a los de países del primer mundo, en mortalidad materna aún se producen esas diferencias. Consultó si, en realidad, las 50 personas que fallecen anualmente debían morir o si muchas de las mujeres que mueren después del primer año –de las cuales no hay registro para estos efectos- podrían evitarse, de haber actuado con la oportunidad y los medios adecuados.

En torno a la segunda causal establecida en el proyecto de ley, consideró que, si bien todo embarazo representa un riesgo para la mujer, en general el beneficio de ser madre sobrepasa vastamente ese peligro. Así, mantener un embarazo con feto no viable hasta el parto, somete a la mujer a un riesgo físico y psicológico sin el beneficio de la maternidad y, dado que el feto no es viable y, por tanto, nunca será una persona, la única persona merecedora de cuidado debiera ser la mujer.

Consultó qué derecho humano justifica obligar a una mujer a someterse al riesgo de un embarazo y parto y al dolor físico y

emocional de parir un ser no viable privándola del goce de la maternidad, y por qué se debe obligar a una mujer a esperar hasta el nacimiento para recibir un feto que, severamente deforme.

En este sentido, continuó, sería preferible dejar que las personas decidan cómo vivir su dolor de forma privada. Forzar a una mujer a llevar adelante un embarazo con feto no viable, contra su voluntad, es propio de una sociedad enferma, carente de las más elementales manifestaciones de compasión, concluyó.

Agregó el doctor Zegers que toda mujer debidamente educada e informada debe tener la autonomía para vivir libre de injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada, del modo que lo consigna el artículo 11 de la Convención Americana de Derechos Humanos, lo que significa, en esta materia, contar con la posibilidad de interrumpir el embarazo o dejarlo seguir hasta el parto. Para ello, será obligación del sistema sanitario proveer de centros de referencia a lo largo del país y de sistemas de comunicación física y virtual, que permitan un diagnóstico certero y oportuno de enfermedades genéticas y estructurales que significarán muerte fetal o posnatal.

Sobre la tercera causal, esto es, que el embarazo se produzca como consecuencia de una violación, connotó que obligar a una mujer agredida sexualmente a llevar adelante un embarazo y parir un bebé, no va en directo beneficio de ella misma, sino que, por el contrario, el único favorecido es el violador, que verá sus genes proyectados en la generación siguiente. Así las cosas, ante la pregunta de si una mujer debe ser castigada y forzada por la sociedad a mantener el embarazo luego de haber sido violada, la respuesta sólo sería positiva en el caso de que se entendiera que no es sujeto de derechos y que el supuesto derecho a la vida del embrión posee un valor superior al derecho de la mujer a ejercer su autonomía para decidir según sus propios valores.

Finalmente, sostuvo que, a su juicio, en Chile no basta con despenalizar el aborto, sino que es preciso educar a la población y a los prestadores de salud para cambiar el paradigma del aborto como un acto ilegal e inmoral, hacia el aborto como un acto médico, humanitario, que es expresión de respeto por los derechos de las mujeres. Asimismo, deben generarse los mecanismos institucionales y profesionales que provean a las mujeres de un servicio seguro y eficiente y suministren consejería y servicios de apoyo psicológico y social que acojan y acompañen a las personas que se ven expuestas al drama y al dolor que siempre genera terminar con una gestación.

INTERVENCIÓN DE LA DOCTORA ANDREA HUNEEUS

La doctora Andrea Huneeus, ginecóloga obstetra, especialista en ginecología infanto juvenil, se refirió, primeramente, a la demografía de las mujeres embarazadas producto de una violación.

Al respecto, expresó que las embarazadas por violación son un grupo de niñas principalmente y mujeres extremadamente vulnerables y que la historia de esas víctimas es muy fuerte.

Narró que la primera vez que controló un embarazo de ese tipo, hace dos décadas, la paciente tenía 11 años. Su madre se iba del dormitorio para que ella durmiera con su papá, que la violaba desde los 9 años. Toda la familia, incluyendo a la víctima, encubría al padre porque era el proveedor del hogar. La víctima tuvo su primera menstruación o menarquia e inmediatamente después quedó embarazada, quedando en evidencia el delito, pues la abuela materna se atrevió a hacer la denuncia. Cuando finalmente la niña llegó al consultorio, tenía un embarazo de 19 semanas. Aunque el hijo nació, evolucionó con un retardo del desarrollo por un síndrome genético derivado de la consanguinidad de sus padres.

Observó que quizás el caso más recordado para la opinión pública fue el de Belén[3], una adolescente de 11 años de Puerto Montt, que en el año 2013 se hizo conocida porque cursaba un embarazo de 14 semanas provocado por violaciones repetidas del conviviente de la madre, que además la amenazaba con matar a los miembros de la familia si revelaba el delito.

Observó que de acuerdo con la literatura mundial sobre la materia, el 10% de las mujeres violadas quedan embarazadas. Si ese dato se extrapola a Chile, es posible hacer una estimación usando los datos de la cuenta pública del año 2013 del señor Fiscal Nacional de la época, que informó de la existencia de 24.000 denuncias por delitos sexuales, en los cuales un 81% de las víctimas fueron mujeres y un 32% de los casos correspondió a violaciones. Con esos antecedentes, se puede estimar que habría aproximadamente 620 embarazadas por violación en Chile al año. El Servicio Nacional de Menores, el mismo año, indicó que en sus instituciones hubo 198 embarazadas producto de una violación.

Otros datos aportados por la experiencia internacional, añadió, son que el 66% de las embarazadas por violación son adolescentes de 18 años o menos, 12% son menores de 14 años y 7% son menores de 12 años. Las violaciones que llevan a estos embarazos son perpetradas por familiares y conocidos en el 92% de los casos y son

[3] El nombre es ficticio.

producto de violaciones repetidas en el 44% de ellos. Un 9% de las embarazadas es portadora de discapacidad cognitiva.

En lo tocante a los riesgos del embarazo por violación, indicó que las niñas y mujeres víctimas presentan más complicaciones durante el embarazo y parto que un embarazo normal, las que se presentan en forma de partos prematuros, deserción del control prenatal, desnutrición, stress post traumático, institucionalización, depresión y suicidio. Asimismo, los hijos nacidos de esos embarazos tienen más riesgo de padecer genopatías autosómicas recesivas por consanguinidad, desnutrición, maltrato infantil, abandono, institucionalización e infanticidio.

Detalló que las tasas de stress post traumático en las embarazadas violadas son altísimas; empero, si se confrontan las víctimas cuyo embarazo terminó con un aborto seguro con aquellas que consultaron por aborto, pero éste fue rechazado y su embarazo no deseado llegó a término, los resultados en ambos grupos son comparables, de acuerdo a un seguimiento durante cuatro años que hizo el estudio "Turnaway" o "Rechazadas". O sea, enfatizó, la experiencia del aborto provocado seguro no aumenta ni empeora el tremendo stress post traumático en estas víctimas.

Luego, la doctora Huneeus connotó que sólo un 11% de las mujeres violadas recibe atención médica dentro de las primeras 48 horas posteriores al ataque, que es el período en el cual podría recibir anticoncepción de emergencia. En efecto, un tercio de las embarazadas por violación reconoce su condición después de las 12 semanas de gestación. Resaltó que quienes consultan más tardíamente son las adolescentes. De hecho, si se les compara con mujeres adultas, las adolescentes menores de 19 años tienen cinco veces más riesgo de consultar por un embarazo por violación sobre las 12 semanas.

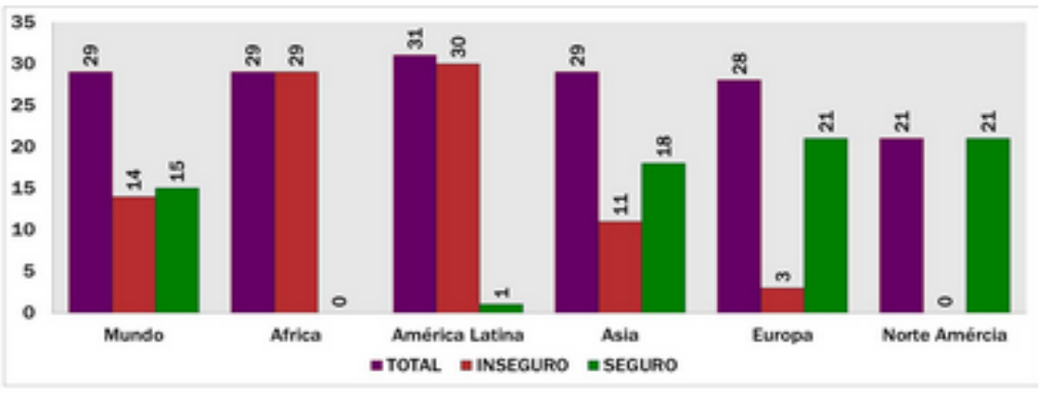
Relató que en el marco de una entrevista que publica la psicóloga Paulina Larrondo, de la Universidad Diego Portales, en su tesis de Magíster, hecha a tres madres adolescentes sobrevivientes de una violación, la primera se dio cuenta de la gestación a las 20 semanas; la segunda, si bien lo sospechaba a las 12 semanas, finalmente requirió atención a la número 26, y, en el tercer caso, el padre violador le hizo un test de embarazo a las 10 semanas, pero mantuvo el silencio hasta que su esposa detectó la gravidez de su hija a las 20 semanas.

Enunció que el estigma de la violación y del aborto favorece que la víctima no se atreva a solicitar una intervención temprana, debido a vergüenza, baja autoestima, aislamiento y miedo a solicitar ayuda a familiares, conocidos y servicios de salud. Sostuvo que el estigma es mayor en mujeres con menos educación, jóvenes, y de bajo nivel socio económico. Así, mantener el silencio y no solicitar ayuda refleja el estado de compromiso emocional y vulnerabilidad de las víctimas; se está en presencia de una mujer herida que, por lo tanto, actúa de manera disfuncional.

Seguidamente, manifestó que, de acuerdo a datos globales recabados, un 50% de las embarazadas por violación se hace un aborto. Por su parte, al comparar el grupo de las que abortan con el de las que no lo hace, se puede determinar que las mujeres que abortan tienen más edad y escolaridad y están trabajando en un mayor porcentaje que las que no recurren a un procedimiento de interrupción. Añadió que el factor determinante en la decisión de abortar es el diagnóstico temprano, pues las mujeres que logran abortar presentan una edad gestacional menor que las que no pudieron hacerlo. En definitiva, las víctimas más jóvenes y vulnerables, llegan tarde.

En otro aspecto, destacó que la única intervención que efectivamente disminuye las tasas de aborto es la educación sexual y la consejería reproductiva basada en anticonceptivos.

Con relación a la conducta que adoptan las mujeres violadas que quieren abortar y que residen en un país en que la legislación se los prohíbe, los ordenamientos jurídicos restrictivos no impiden que las mujeres se practiquen abortos. Presentó el siguiente gráfico sobre la materia:

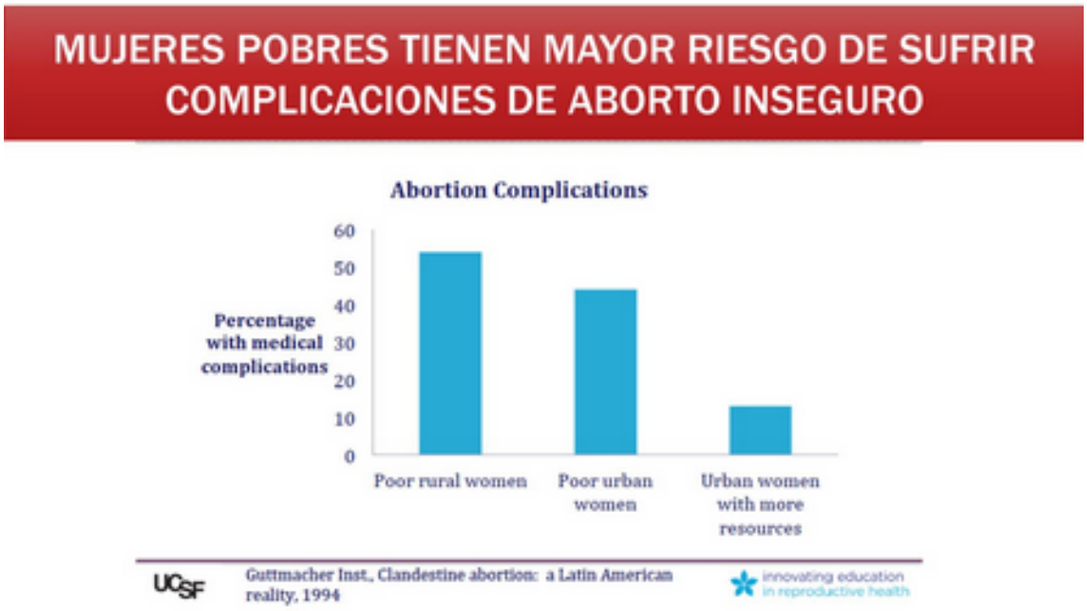


*Abortos por 1000 mujeres 15-44 años
Sedgh et al. " Induced abortion: estimated rates and trends worldwide" Lancet; 2007

De lo expuesto concluyó que las tasas de aborto por 1.000 mujeres en edad reproductiva son similares en todas las regiones del mundo y no varían dependiendo de si el aborto es seguro o no lo es. De hecho, el 48% de los abortos provocados en el mundo son inseguros, y el 97% se produce en regiones como África y Latinoamérica, donde el aborto es ilegal. Entonces, en el caso de las embarazadas por violación, si se les niega el derecho al aborto seguro, buscarán igualmente la manera de hacerlo de manera insegura. El peligro de esa conducta, aseveró, se traduce en que el 13% de las muertes maternas que se constatan tienen como causa un aborto inseguro. En tanto, los casos de mortalidad por aborto provocado

seguro es cero bajo las 12 semanas y entre 1 a 4 por cada 100.000 abortos, desde las 12 hasta las 20 semanas. Por otra parte, las complicaciones del aborto clandestino en Latinoamérica son más del doble en mujeres pobres que en mujeres de nivel socio económico medio o alto.

Sobre este último punto, presentó la siguiente imagen:



Respecto de la discusión sobre el límite de la edad gestacional, a efectos de posibilitar el aborto por violación, observó que en el ámbito regional Bolivia, Argentina, Perú, Colombia, y Brasil no establecen una frontera. Mientras en Venezuela no es permitido el aborto, en Ecuador es lícito en el caso de violación de una mujer que sufra alguna discapacidad mental.

Añadió que en Centro y Norte América el aborto en mujeres violadas no tiene límite de edad gestacional en Panamá, México, Estados Unidos y Canadá. En Costa Rica, El Salvador, Nicaragua, Honduras, Guatemala y Belice no está permitido.

Acotó que en Australia, Asia y Europa es permitido sin límite de edad gestacional, excepto en Irlanda, país donde que está prohibido.

Por último, África y el Medio Oriente no disponen de legislación específica para el aborto por violación, el cual, en general, sólo es permitido para salvar la vida de la madre.

De todo lo expuesto, concluyó lo siguiente: que las víctimas de violación que se embarazan son mujeres muy vulnerables, mayoritariamente niñas; los riesgos biomédicos del embarazo por violación son graves, tanto para la madre como para el hijo; debido a las múltiples vulnerabilidades de las víctimas, la mayoría se presenta sobre las 12 semanas en los servicios de salud para solicitar un aborto, en los países donde esta práctica es legal; si se les niega la posibilidad de interrumpir la gestación, se someterán a un aborto inseguro, que tiene 34 veces mayor mortalidad, y que en la legislación comparada se puede apreciar que en la mayoría de los países, en el caso de que se solicite el aborto de un embarazo originado por violación, no existe límite en la edad gestacional.

Finalmente, hizo las siguientes recomendaciones, a fin de perfeccionar la iniciativa legal en discusión:

- La causal de aborto por violación idealmente no debe tener límite de edad gestacional o al menos debe admitirse hasta las 18 semanas, en el caso de adolescentes. En realidad, el límite debiera ser la viabilidad fetal, tal como ocurre en el resto del mundo.

- Para proteger la vida y la salud de todas las chilenas que se practican abortos inseguros, en casos de aborto provocado fuera de las tres causales que consigna el proyecto de ley, es preciso reincorporar la excepción a la obligación de denuncia que pesa sobre el personal de salud, haciendo primar la confidencialidad.

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR JOSÉ MANUEL NOVOA, JEFE DE LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL PADRE HURTADO

El doctor José Manuel Novoa, Jefe de la Unidad de Neonatología del Hospital Padre Hurtado**,** se refirió especialmente a la situación de embarazos no viables o incompatibles con la vida extra uterina.

En primer lugar, mencionó, a modo de ejemplo, la situación de fetos anencefálicos o acráneos, que al momento de nacer no tienen posibilidades de sobrevivir. Afortunadamente, agregó el doctor Novoa, desde la incorporación del ácido fólico en la harina, ha disminuido la incidencia de este tipo de patologías fetales.

Otro tipo de malformaciones, añadió, se produce cuando se une la placenta con el feto, formando una unidad, o el caso de trastornos severos de la pared abdominal en que quedan expuestos órganos o vísceras del nasciturus. También mencionó el caso de la holoprosencefalía alobar, que se origina por la falta de separación de las vesículas cerebrales, y que en su forma más severa genera en el feto una apariencia de cíclope y una trompa frontal. Por último, hizo mención a la hidranencefalía, en que debido a la ocurrencia de algún trombo durante el embarazo –por causa de algún proceso inflamatorio o un virus-, se produce un infarto cerebral masivo en el feto.

Luego, trajo a colación la regulación española, que a su juicio es una de las más completas en esta área, e indicó que en el año 2010 entró en vigencia una ley de contenido similar al proyecto que hoy ocupa a la Comisión, sobre la cual ha emitido pronunciamientos el Comité de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

Manifestó que las causales médicas que hacen lícito el procedimiento de interrupción son las siguientes:

- Que no se superen las 22 semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención, por un médico especialista distinto del que practique o dirija la intervención. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen.

- Que no se superen las 22 semanas de gestación y siempre que exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención, por dos médicos especialistas distintos del que practique o dirija la intervención.

- Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico especialista, distinto del que practique la

intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un Comité Clínico.

Resaltó que el referido Comité de Bioética ha debatido sobre diversos aspectos que la norma no establece pero que son de vital importancia, entre ellos, la definición, en base a la evidencia científica, de "anomalía fetal incompatible con la vida" y "enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico", y un análisis más detallado de algunos aspectos metodológicos del funcionamiento interno de los Comités Clínicos.

Sobre las acepciones de las expresiones antes señaladas, postuló que en torno a la primera, se la ha entendido como "*anomalías que previsiblemente/habitualmente se asocian con la muerte del feto o del recién nacido durante el periodo neonatal, aunque en condiciones excepcionales la supervivencia pueda ser mayor*". En tanto que la segunda se ha conceptualizado como "*aquellas situaciones con una alta probabilidad de mortalidad durante el período fetal o tras el nacimiento y/o que previsiblemente se asocien con un tiempo de supervivencia corto y/o con un desarrollo neurológico profundamente deficiente y/o con una probabilidad de dependencia extrema y persistente para el desarrollo de su vida posnatal*".

Respecto del rol de los Comités Clínicos, se ha propuesto que analicen los casos de manera individual y no simplemente sujetos a una etiqueta diagnóstica, y es por tal motivo que se sugiere la utilización de una metodología bioética, similar a la que aplica un Comité Ético Asistencial, que existe en la mayoría de los hospitales del país.

Lo anterior, luego de haber estudiado los siguientes aspectos médicos:

1.- Diagnóstico cierto, es decir, que se hayan utilizado todos los medios para llegar a una diagnosis certera, en la medida de las posibilidades actuales, para lo cual podría requerirse el concurso adicional de un especialista en un aspecto concreto de la patología.

2.- Posibilidades reales de tratamiento y alternativas posibles en el caso concreto.

3.- Análisis de las consecuencias de cada alternativa, es decir, de la finalización o no del embarazo, lo que deberá ser evaluado no sólo respecto del feto/neonato, sino también de la madre.

Además, en términos de calidad de vida, precisó que el Comité Clínico deberá analizar cautelosamente el tiempo de supervivencia, grado de desarrollo neurológico y tipo de dependencia previsibles, junto con las condiciones futuras de vida.

Por último, será necesario tener en consideración factores sociales y las consecuencias, tanto para la madre como para la familia.

Puntualizó que con el fin de facilitar el funcionamiento de los Comités Clínicos, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, por intermedio de su Comisión de Bioética, ha realizado un análisis de las distintas patologías que podrían estar incluidas en los supuestos que permiten la interrupción del embarazo. Sin tener un carácter taxativo, presentó las circunstancias en las que no sería necesaria la evaluación de un Comité Clínico, por tratarse de anomalías fetales incompatibles con la vida:

- Anencefalia / Exencefalia / Acráneo.

- Hidranencefalia.

- Holoprosencefalia alobar.

- Atresia laríngea / Atresia traqueal.

- Agenesia diafragmática.

- Agenesia renal bilateral.

- Patología renal bilateral con secuencia Potter y de comienzo precoz.

- Ectopia cordis.

- Pentalogía de Cantrell.

- Síndrome de bandas amnióticas.

- Limb-body wall complex.

- Displasia esquelética letal con hipoplasia torácica y afectación precoz.

- Cromosomopatías: trisomía 18, trisomía 13, trisomía 9, triploidías.

En torno a este tema, afirmó que debe distinguirse entre anomalía fetal incompatible con la vida extra uterina y la anomalía congénita, pues muchas de las del primer grupo corresponden a malformaciones embriopáticas, es decir, no está la carga en los genes, sino que en un accidente acaecido en el curso del embarazo, como aquellas causadas por alteraciones isquémicas o inflamatorias o virus.

Así las cosas, informó que el Comité de Bioética del Colegio Médico de Chile A.G. ha definido la anomalía fetal incompatible con la vida extra uterina como “*todo defecto estructural o funcional que*

compromete seriamente uno o más órganos vitales imprescindibles para la vida extrauterina, que no son reemplazables o recuperables con las herramientas médicas o quirúrgicas actualmente disponibles, y que determina invariablemente la muerte durante el período fetal o tras el nacimiento, o que previsiblemente se asocia con un tiempo de supervivencia breve, aunque en condiciones muy excepcionales la supervivencia pudiese ser mayor, pero inevitablemente con una muy mala calidad de vida".

Remarcó la relevancia del Comité Clínico, toda vez que la decisión final no recaería en un sólo médico, sino en un grupo de ellos. En efecto, comentó que en el Hospital Sótero del Río, entre los años 2014 y 2015, hubo poco más de 13.000 nacidos vivos con un tiempo de gestación igual o mayor a 24 semanas y 84 fallecidos, de los cuales 31 eran incompatibles con la vida, con orden de no reanimar, que equivalen al 37% de los que perecieron.

En el Hospital Padre Hurtado, de 21.790 nacidos vivos desde el año 2012 a la fecha, se han constatado 57 muertes, de los cuales 33 eran incompatibles con la vida, equivalentes a un 61% del total de fallecidos.

A continuación, relató la experiencia que ha recogido durante el ejercicio de su cargo en el último centro hospitalario. Al respecto, connotó que se ha creado un Comité Perinatal que sesiona semanalmente, en el cual se discuten todos los embarazos con patología fetal o materna de relevancia, su diagnóstico, los métodos de estudio utilizados y el nivel de certeza, para determinar las expectativas de vida postnatal. Los integrantes de dicho Comité, continuó, son el Jefe de la Maternidad, el Jefe de Embarazo Patológico, los médicos a cargo del policlínico de alto riesgo obstétrico y de ecografía, los internos y el Jefe de Neonatología.

Sostuvo que sólo en caso de certeza médica de un feto incompatible con la vida se plantea decisión antenatal de no reanimar, lo que es informado por el obstetra a cargo de forma detallada a los padres y a la familia, de modo que tengan amplio conocimiento del diagnóstico y su implicancia, situación que da inicio al duelo familiar y al proceso de acompañamiento. Agregó que frente a la más mínima duda sobre la incompatibilidad con la vida, siempre se decide ofrecer rescate neonatal y actuar como feto viable para, posteriormente, ofrecer en neonatología un manejo completo de la situación y analizar la eventual redefinición de conductas.

En cuanto a las medidas que se adoptan en una situación de gravedad, destacó la atención psicológica a los padres, si la requieren, y apoyo permanente al momento del parto, en el cual participarán el padre o, en su ausencia, un familiar relevante para la madre. A esta última se le muestra el recién nacido y se le deja junto a ella y el padre durante los primeros minutos de vida, acompañados por el respectivo profesional de

neonatología. Posteriormente, el bebé es trasladado a la sala de atención neonatal, en la que se le brinda atención de confort y cuidados básicos.

Precisó que en caso de muerte inminente se ofrece la posibilidad de realizar un bautismo de emergencia, según el credo de la familia. Si el recién nacido sobrevive la primera hora se le hospitaliza y ofrece atención de confort y el máximo cariño posible, tratando de efectuarle mínimas acciones de intervención médica.

Se refirió finalmente a la actitud de los padres que deben esperar el momento de fallecimiento del bebé. Al respecto, indicó que, en general, si la sobrevida del recién nacido se alarga algunos días, ellos comienzan a asistir con menos frecuencia a visitarlo, evidenciándose un grado de desapego. Cuando muere, se observa en los progenitores más tranquilidad que dolor, aunque la aflicción siempre está presente. Muy excepcionalmente se observa que la madre o el padre están angustiados, y más bien demuestran alivio interior.

Afirmó que en muy pocos casos algunos niños sobreviven más tiempo y se plantea a los padres que lo lleven a su casa para que fallezca con la familia. Aunque algunos padres lo aceptan, la mayoría prefiere dejar a su bebé en el hospital.

En casi la totalidad de los progenitores se constata un duelo extremadamente prolongado.

INTERVENCIÓN EL DOCTOR ENRIQUE OYARZÚN

El doctor Enrique Oyarzún, médico Gineco-Obstetra, especialista en medicina materno fetal, expresó que en el ejercicio de su profesión ha debido atender múltiples casos de mujeres que sufren distintas magnitudes de dolor derivadas de patologías del embarazo o porque son golpeadas o violadas por sus maridos o parejas. Incluso, ha visto morir a pacientes con altos grados de sufrimiento.

En primer término, adujo que, en su opinión, el proyecto de ley que ingresó a trámite en el Congreso Nacional estaba mal redactado, pues contenía afirmaciones vagas o derechamente falsas. Ejemplificó esa sentencia con la forma en que se ha denominado el aborto, ya que los obstetras utilizan la expresión interrupción del embarazo para definir el caso de los que se encuentran en el tercer trimestre de gestación, que necesitan intervención para salvar a la madre o al niño. En tanto, se reconoce como aborto la interrupción antes de la viabilidad fetal, límite que se establece en las 22 semanas de gestación o los 500 gramos de peso del nasciturus.

Agregó que la afirmación de que en Chile se producirían alrededor de 160.000 abortos anuales está basada en estudios cuya metodología no es confiable. Puso de manifiesto también el caso de Bernard Nathanson, doctor que realizaba abortos y que posteriormente condenó esos procedimientos, quien reconoció haber manipulado las cifras de acuerdo a su conveniencia.

Otra cuestión que consideró errada es la postura que validad la posibilidad de “elección” de la mujer en este ámbito, debido a que si se conversa con pacientes que se han hecho abortos, la mayor parte de ellas reconoce que fue presionada para llevarlo a cabo, tanto por su pareja o por el entorno familiar o social que la rodeaba.

Señaló no comprender por qué, si se quiere hacer prevalecer el derecho de la mujer sobre el del no nacido, simplemente no se autoriza que la mujer pueda decidir terminar cualquier embarazo. De hecho, más de la mitad de los embarazos en el mundo son no deseados, por lo que, en la práctica, muchos de los presentes no existirían de ser lícito el aborto libre.

También consideró irreal que el proyecto establezca que médicos generales harán los diagnósticos y el procedimiento abortivo, toda vez que no cuentan con las capacidades y las aptitudes técnicas para ello.

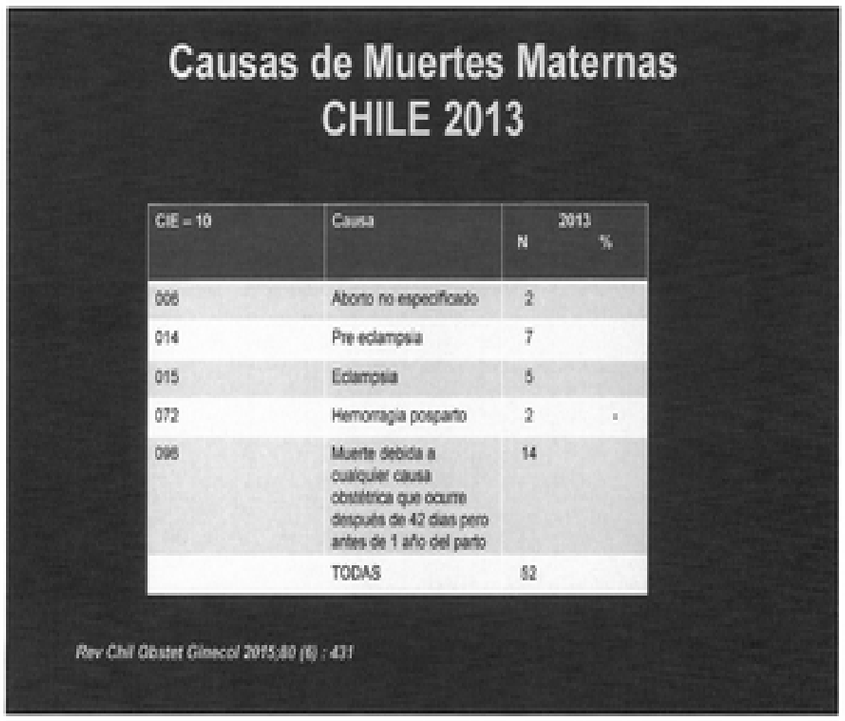
Otra expresión que estimó inadecuada es aquella que habla del “aborto legal seguro”.

Entre los factores de riesgo que pueden producir graves consecuencias en la salud de la mujer que se somete a un aborto, destacó la edad de la mujer y la edad gestacional, el tipo de intervención y la preparación del personal que la practica, la anestesia utilizada y las condiciones sanitarias. Por su parte, las complicaciones físicas tempranas que se pueden provocar son perforación del útero, hemorragias, infecciones, trastornos de la coagulación, desgarros, traumatismos del cuello uterino, histerectomía, obstrucción de las trompas de Falopio, infertilidad, embarazo ectópico, inmunización de mujer Rh (-) por feto Rh (+), sinequias o adherencias uterinas y, en los casos más extremos, la muerte. Sin perjuicio de lo expuesto, explicó que los casos de fallecimiento son raros y, de hecho, Chile posee una cifra de mortalidad por aborto menor que la de Estados Unidos.

En torno a las consecuencias psicológicas del procedimiento abortivo, sostuvo que en Estados Unidos e Inglaterra se han llevado a cabo numerosos estudios al respecto. Incluso, en este último país se concluyó la conveniencia de cambiar la legislación sobre aborto, con el fin de favorecer una adecuada advertencia y posterior terapia a las pacientes que se sometieran a un procedimiento de ese tipo, sobre las posibles consecuencias psiquiátricas que les podría acarrear.

Seguidamente, hizo alusión a las circunstancias cuyo tratamiento supone la terminación indirecta del embarazo, entre las que consignó el embarazo ectópico, la infección ovular antes de la viabilidad fetal, la hemorragia severa, la hipertensión arterial severa y ciertos cánceres diagnosticados en etapas iniciales de la gestación. Añadió que en maternidades que atienden entre 3.000 y 6.000 partos anuales, dejando fuera el embarazo ectópico, que ocurre en 1 de cada 100 gestaciones, las últimas cuatro causas aparecen sólo con una frecuencia de 1 o 2 casos.

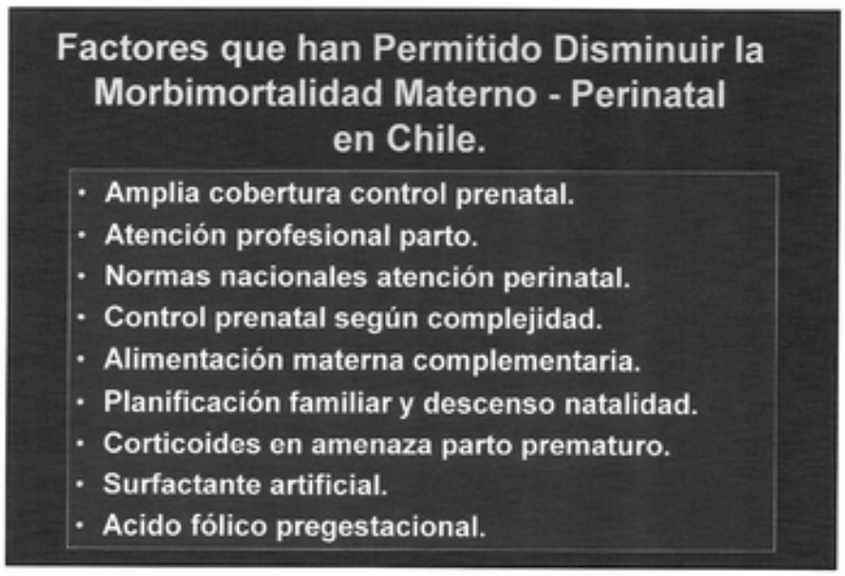
Los eventos excepcionales de elevado riesgo materno, constituidos por la falla hepática, la insuficiencia cardíaca severa, la insuficiencia renal o mujeres que han sido objeto de trasplante renal, en general afectan a pacientes que se complican en el tercer trimestre de la gestación. De tal manera que si se quisiera evitar las muertes maternas, más que aprobar el aborto se debería impedir la totalidad de los embarazos u ofrecer abortos al 100% de las mujeres. Presentó un cuadro que muestra la estadística oficial de nuestro país el año 2013 sobre las principales causas de mortalidad materna:



Expresó que ninguna de esas muertes podría haber sido prevenida con una terminación precoz del embarazo. En efecto, el único trabajo que ha tratado de responder si efectivamente el procedimiento abortivo es eficaz para prevenir las muertes maternas es uno realizado el año 1982 en que, analizados 21 fallecimientos por esa causa en un universo de aproximadamente 75.000 partos, concluyó que se detectaron 7 causas no relacionadas con el embarazo, 12 con complicaciones no prevenibles del embarazo y 2 asociadas a enfermedades crónicas. En suma, el aborto no habría salvado alguna de esas vidas.

Sobre el escenario que se presenta en el país actualmente, sostuvo que al año 2013 se constató una tasa de 18 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, 52 fallecimientos maternos y 2 muertes por aborto.

Ilustró mediante la siguiente imagen los factores que han posibilitado la disminución de la morbimortalidad materno perinatal en Chile:



En lo que atañe a los abortos producidos por salud materna, el doctor Oyarzún manifestó que en Holanda la tasa es de 1 por cada mil partos. Un caso particular que reseñó es el de Irán, que hasta el año 2005 contaba con una legislación que restringía el aborto a ciertos casos, época en que las causas vinculadas a la salud materna representaban el 83% del total. Sin embargo, al aprobarse el aborto libre a partir de esa fecha, las solicitudes por esa causal disminuyeron al 14%. Igual situación se evidencia en España, cuyo número de abortos se ha estabilizado en alrededor de 114.000 anuales, y en que como consecuencia del cambio de la ley en el año 2010, el 90% de los abortos atribuidos a causas de salud materna pasaron a ser parte de los justificados en el deseo de la mujer.

En lo que dice relación con la segunda causal que aborda el proyecto de ley, mencionó algunas de las malformaciones genéticas letales que pueden afectar al feto. Mencionó la anencefalia, la holoprosencefalia alobar, la iniencefalia, la octocefalia, la anomalía de “body stalk”, la agenesia renal bilateral, la displasia esquelética con hipoplasia de tórax y las aneuploidias.

Aseguró posteriormente que la literatura científica ha demostrado que el error diagnóstico oscila en cifras que van desde el 50% al 80% de los casos analizados. De hecho, en la experiencia recabada en el hospital Luis Tisné con todas las pacientes referidas a ese establecimiento, sólo en 16% de las ocasiones hubo un diagnóstico correcto.

Enunció que de todos los nacimientos, un 2% o 3% son portadores de una anomalía congénita grave, que se ha definido como aquella que requiere hospitalización, que tiene riesgo de muerte, deja secuelas o requiere cirugía. De esos casos, aproximadamente el 2% corresponde a malformaciones letales. Por lo tanto, dada la realidad de los hospitales públicos del país, lograr una certeza diagnóstica es prácticamente

imposible. Además, en el país no hay más de 55 especialistas en medicina materno fetal, la mayor parte de los cuales están concentrados en el área metropolitana.

El último término, trajo a colación el debate suscitado en torno a la causal de violación que contempla la iniciativa, respecto de la cual afirmó que será muy complejo que un médico pueda saber con certeza si una mujer que consulta un servicio de urgencia sufrió una violación. Por lo demás, consideró que matar al único ser que no tiene nada que ver con el delito no es la solución al drama que afecta a la mujer.

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR SERGIO VALENZUELA, DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA Y HUMANIDADES MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

El doctor Sergio Valenzuela, médico Gineco-Obstetra, Director del Departamento de Bioética y Humanidades Médicas de la Universidad de Chile, comenzó su exposición haciendo notar que, a su juicio, las causales definidas en el proyecto de ley en que se despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo no solucionan las dramáticas situaciones que conllevan. Sostuvo que su exposición estará basada en análisis fenomenológicos, experiencia clínica y testimonios de pacientes e intentará demostrar que la compasión no significa confusión y que acoger y acompañar no debe asimilarse a abandonar los principios en que se funda el respeto a la dignidad humana. Los derechos humanos correlativos a esa dignidad corren tanto para la madre como para el hijo en gestación, enfatizó.

De consiguiente, continuó el doctor Valenzuela, al ser el aborto un hecho que, ante todo, ocurre en el acontecer vital, en cuanto intimidad consciente y corporal, intimidad inaccesible a los estudios de la medicina, la fisiología solo accede a la dimensión objetiva y extrínseca del aborto. Así, es posible caracterizarlo por los daños sobre la madre o sobre el embrión o feto, pero el estudio del aborto desde la perspectiva médica sería insuficiente si no se hace referencia al análisis fenomenológico, o sea, como es vivido desde el interior de la conciencia de la mujer.

El dolor del aborto, razonó, es el primer elemento que llama la atención, porque este sufrimiento se da tanto en el provocado como en el espontáneo. Este dato de la observación fenomenológica es en lo que se funda el gran acuerdo transversal al que han llegado todos los participantes de este diálogo. En efecto, tanto opositores como partidarios del mismo han declarado que "nadie quiere el aborto" y que nadie está por defenderlo. Se ha insistido en la cruel vía por la que debe transitar la mujer que ha decidido hacerlo. De consiguiente, sostuvo que su exposición se basará en el análisis narrativo, pero también desde la experiencia amplia a que lo expone permanentemente su profesión y especialidad.

Agregó que, examinado como fenómeno, es llamativa la carga afectiva que padece la mujer que, justo cuando tiene que tomar la decisión de abortar, está sufriendo las modificaciones físicas propias del embarazo; los cambios emocionales, psíquicos y biográficos son simultáneos con la decisión. Reparó en lo estremecedor del hecho, destacado en el ámbito fisiológico, que constata que "si dos o más estímulos de diferente naturaleza penetran en la conciencia, es el estímulo doloroso el que inhibe a todos los otros". Connotó que esa situación es de gran importancia, porque al seguir el acontecer doloroso de quien se decide por el aborto, se produce una respuesta que siendo reactiva frente a esa práctica, en muchos casos se trata de una conducta desorganizada por la emoción,

por la mala información, con distorsiones cognitivas que superan a la mujer en la organización, en la libertad y sobre todo en la serenidad necesaria para enfrentarlo. El aborto así, es un grito, un esfuerzo impotente que no permite a la mujer superar su vivencia del dolor producido, ya que el haberlo sufrido no pasará jamás.

Añadió el doctor Valenzuela que si la propia subjetividad está en estrecha relación con otra a la que se considera más poderosa y en la que se confía plenamente, entonces se acude a ella. Quizás esa otra persona pueda recomponer las fracturas -remediar las penas- o bien puede tomar bajo su custodia los fragmentos de esa unidad rota; eso es de alguna manera ser consolado, o sea, refugiarse en una unidad distinta de la propia, pero que no es del todo ajena, sino, en algún sentido, también propia. Tal vez esa otra persona, si no puede recomponer la unidad de la afectada, puede enseñarle cómo ser de nuevo uno mismo llevando ahora esas heridas.

Para terminar esta primera aproximación fenomenológica al acontecer de la interioridad consciente y corporal frente al aborto, el doctor Valenzuela leyó un fragmento del diario de vida de una mujer que cursó un embarazo inviable, pues es necesario que en estas instancias también se escuchen esas voces que se han levantado desde el dolor de haberse permitido vivir aquel breve tiempo del paso de su hijo.

"*Querido J. José:*

Ayer fue un día especial para ti, para mí para nosotros tu familia. Desde temprano tuve dolores y sensaciones que me hicieron comprender que había llegado un final y un principio, traté de frenar el proceso pues me dolía la certeza de despedirme de tu compañía dentro de mí. Pero la naturaleza ya había decidido tu destino desde muy temprano, pasaron las horas, todo se hacía evidente. Eran las 5:00 y se rompió la bolsa, no pude evitarlo, tu espacio dentro de mí se destruía y yo sentía fluir tu presencia a través de ese líquido tibio que me bañaba, quería retenerte, pero tu hora había llegado, el parto ya era evidente y a diferencia de tus hermanos, no era precisamente el paso para empezar juntos una vida sino más bien, era nuestra despedida y el inicio de tu eternidad.

Amor, tu corazoncito empezó a apagarse y yo nada podía hacer, no sé si sufriste en tu agonía, pero estuve sufriendo junto a ti, el parto fue doloroso, en un momento el dolor me invadió el alma y de mi salieron dos gritos desgarradores que intentaban llegar hasta el mas allá donde tú te estabas yendo. Algo de mí me decía que te me ibas y yo quería alcanzarte, pero te fuiste y yo me quedé, Aún estaba parte de ti en mí y poco después abandonaste completamente mi cuerpo, te tomé, acaricié y bese tu cuerpecito al que habías abandonado, así, pude ver y conocer la parte de ti que se quedó como testimonio de tu paso, Eres maravilloso hijo mío, hubiera querido quedarme contigo en mis brazos para siempre, pero no era posible, no perteneces a este mundo. Mañana te despediremos con tus hermanos y

*muchos de los que nos han acompañado. Tu mamá que siempre te tendrá en su corazó*n.”.

Postuló que el embarazo relatado se vivió, a su juicio, con dudas, dolores e incertidumbres, las que no desorganizaron la vivencia del mismo y permitieron cerrar el ciclo y hacer de ese acontecer un proceso penoso, pero a la vez reparador, ya que no tuvieron que decidir el acabar con la vida de su hijo como prenda de una esperada superación del dolor. Un año después ella misma dijo:

"*Nada me parece tan malo. Porque me queda la paz de haberlo amado. Amado y luchado cada minuto de este año. Nadie sospecha todas las noches que no he dormido mirándolo como aún vive*".

Observó que nadie que haya acompañado a madres que cursan embarazos con condiciones de mal pronóstico vital podría ser indolente a esa carta, que transmite un dolor que no se mitigará ni desaparecerá de producirse el aborto, aun cuando se cuente con el "derecho" a hacerlo.

Añadió que Michael Sandel hizo presente el efecto que tiene la ideología del “self-made-man” sobre el cuerpo y la salud. Si se refuerza el mito de ser fruto exclusivo de nuestra voluntad y de controlarlo todo y se olvida la relación con aquello no elegido, ello se constituye en un obstáculo para la humildad y para la solidaridad. Por otra parte, la idea de beneficiarse de cualidades que los demás no tienen invita a optar por una política distributiva que esté basada en la solidaridad y que permita que personas desfavorecidas o discapacitadas vivan bien, lo cual no significa que todo lo dado y lo no elegido esté bien. Hay enfermedades contra las cuales hay que luchar y levantarse para la colaboración y la superación, pero la reproducción sexual funda su carácter en lo impredecible y el cuerpo es tan traicionero, tan irracional, tan apasionado, incomprensible, poco serio y falaz.

Consignó que tal es la profundidad y la huella de quienes acompañan a pacientes en la experiencia del dolor, que ya se ha despertado, desde las relecturas de Levinas, la conciencia de las obligaciones con los que sufren o están abandonados a su acontecer doloroso y sufriente. Esta conciencia debería haberse instalado antes de discutir este proyecto de ley.

Cuando nacieron las unidades de ecografía y la especialidad de medicina materno-fetal se debieron haber implementado los programas de acompañamiento consecutivos a los mencionados diagnósticos. Hoy habrá que hacerlo contra el tiempo y con una gran presión ejercida por una ciudadanía que ha experimentado en carne propia la deshumanización de la medicina.

Comentó que otra paciente cuyo hijo muere después de nacer ha dicho:

"*Porque mi cuerpo no sabe que mi hijo no está. Y la leche fluye para dar vida...y que no hay vida*.

"*Tómate esto para que se te corte la leche"...me dijeron. ¡Estúpidos! Acaso no saben que la leche no se corta. Mi cuerpo tiene que aprender a que mi hijo no está y se niega aprender esta triste realidad y la leche fluye como mi llanto*".

Afirmó el doctor Valenzuela que la humanización y la dignificación de la profesión encuentra su momento cúlmine frente al dolor humano, ante el cual es preciso aportar todas herramientas que la ciencia y el arte otorgan a través de la competencia técnica de los facultativos, especialmente por su compasión y voluntad de entregar un acompañamiento a la persona y la familia, para ayudarles a mitigar su condición de precariedad, dándole un nuevo sentido al sufrimiento, en el contexto de la vocación personal y no de la autonomía individualista.

Otra paciente ha relatado:

"*Usted fue la única persona que no vio la enfermedad de mi bebé como algún objeto de estudio, sino que nos vio siempre a nosotros como familia, que llegó con una pequeña cruz que fue creciendo a medida que pasaba el tiempo. Siempre nos entregó una palabra de apoyo y orientación para que este camino que nos tocó vivir no fuera tan doloroso*.

Gracias por enseñarnos a ver en aquello que era tan terrible algo hermoso, que crecía día a día en mi vientre, nuestro pequeño y especial Benjita".

Al mostrar la experiencia de acompañamiento sólo basta decir: ¡que poco sabemos aún del cómo, pero que grandes son las necesidades de acompañar y contener la fragilidad y la vulnerabilidad de la vida humana! Cuántos valores se transmiten y cuánto más humano se es acompañando y escuchando la vida que palpita en estas historias de vida.

De lo anterior, y a modo de conclusión, estimó que las situaciones descritas hacen indispensable separar conceptualmente y legislativamente los mencionados proyectos. En efecto, razonó, no es posible hacer un buen enfrentamiento a la necesidad de asistencia que se levanta a gritos desde el reconocimiento de la deuda que tenemos con el otro, si se está condicionado por el despacho de una ley.

Aclaró que el programa de acompañamiento al aborto no pretende realmente acompañar, sino informar e influir en la decisión de la mujer. Por lo anterior, juzgó pertinente incluir el acompañamiento desde una perspectiva más amplia, que incluya a los enfermos terminales, a los ancianos que viven una vida en total abandono, a

los adolescentes, que presentan unas de las tasas más altas de suicidios en el mundo, y a nosotros, el día en que estemos en situación de vulnerabilidad. Añadió que hay dos caminos para hacerse cargo del dolor: tratar de suprimirlo o enfrentarlo. Con el aborto se pretende hacer creer que eliminando al niño enfermo, adelantando su muerte, desaparecerá el dolor. Sin embargo, el dolor de la muerte del hijo no desaparecerá con el aborto y la violación tampoco desaparecerá. Al contrario, los dolores se suman al duelo inevitable por venir y al que genera la decisión de la madre sobre la muerte provocada.

En consecuencia, adujo el doctor Valenzuela, no hay peor solución para una madre que tener que pensar en dar muerte a un hijo. Por lo tanto, queda sólo el otro camino, que es enfrentar ese dolor con la paz que da la seguridad de que se entregarán todos los cuidados al hijo gravemente enfermo en gestación y la satisfacción para los padres de saber que se ha hecho todo lo buenamente posible.

Así las cosas, el proyecto de ley en estudio deja la sensación de una falta total de humanidad frente a situaciones de este tipo. Resaltó que en sus años de trabajo no ha conocido que una madre acompañada pida adelantar la muerte del hijo. Por el contrario, comentó que le han solicitado adelantar el parto para poder tener a su hijo vivo, aun cuando sea unas pocas horas.

En lo que atañe al llamado hecho por algunos diputados a que la reflexión ética permita motivar decisiones eficaces y no meras respuestas formales, que “escondan la basura debajo de la alfombra”, puntualizó que muchas veces se concede una supuesta relación lineal o de causa y efecto a los comportamientos biológicos, suponiendo que en el conocimiento del organismo sucede lo mismo que en la naturaleza. Por ello se acostumbra a tratar como causa la condición sobre la que podemos actuar rápida o fácilmente. Si se olvida mencionar la interioridad, se deja de lado que el valor biológico de un comportamiento no se reconoce pura y simplemente por los órganos que utiliza y, por tanto, no se puede comprender desde el lenguaje de la anatomía. El embarazo no es del útero, valga la obviedad del comentario, sino que es toda la mujer la que está embarazada. Con el aborto se la desembaraza de un órgano, pero nadie se desembaraza de la violencia ejercida sobre ella, cualquiera que ésta sea, ni de sus miedos, sus traumas o sus muertos.

En último término, expresó que con las reflexiones aportadas se ha querido contribuir a que en los debates se tenga lo que se ha dado en llamar la “medida humana”. De hecho, para quienes se dedican a la medicina materno-fetal, el embrión y el feto son pacientes y las soluciones que se requieren deben responder a la demanda de dar seguridad jurídica a los médicos que realizan atención clínica en embarazos cuando es la madre la que está enferma, así como las herramientas necesarias para cuando los niños son los que padecen una patología. La noción de medida humana

obliga a definir límites, más allá de los cuales las soluciones planteadas no son a escala humana. Pueden ser prácticas "utilitarias", pero no respetan los derechos de la condición humana.

INTERVENCIÓN DE LA DOCTORA ANDREA SCHILLING

La doctora Andrea Schilling comenzó su alocución señalando que a los chilenos les duele el aborto y que, en el siglo XXI, la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo aún continúe siendo una necesidad.

Del mismo modo, prosiguió, también duele la mortalidad materna, que puede definirse como el fallecimiento de la mujer durante el embarazo, parto o puerperio, por causas propias de la gestación o agravadas por ésta, excluidas las accidentales o incidentales. Puntualizó que en Chile este motivo de fallecimiento es el segundo más bajo de Sudamérica, después de Uruguay. Sin embargo, entre el período que media entre los años 2000 y 2012, el país no ha podido reducir la incidencia de la mortalidad materna, debido al cambio del perfil epidemiológico y demográfico de la población obstétrica chilena, caracterizado por una natalidad general sin cambios, pero también por un aumento significativo de los nacimientos en mujeres de 40 o más años de edad. Postuló que, asimismo, se ha evidenciado un aumento de los decesos por enfermedades concurrentes, esto es, de afecciones agravadas por el embarazo. El 51% de las muertes maternas se concentró en este tipo de patologías y en las asociadas a hipertensión arterial.

A la luz de estos antecedentes, enfatizó, los expertos han concluido que ahora la estrategia debe centrarse en el control de la fecundidad de las mujeres con enfermedades crónicas y en el manejo del síndrome hipertensivo del embarazo, ambos males estrechamente asociados al embarazo en edad avanzada.

En ese sentido, instó a reflexionar sobre el hecho de que la mayoría de las mujeres que padecen alguna enfermedad crónica y que pueden ser agravadas por una gestación no buscan embarazarse. Sin embargo, sigue existiendo un margen de fallas en los métodos anticonceptivos o en su utilización. Por esos motivos, es lógico preguntarse cuántas mujeres pudieron sobrevivir de haber existido la opción de interrumpir el embarazo agravado por enfermedades concurrentes. Incluso, si hubiera sido posible salvar sólo a una mujer sería suficiente para justificar la modificación legislativa.

Argumentó que también es dolorosa la situación de las malformaciones incompatibles con la vida extra uterina. Si bien existen medidas preventivas exitosas, como la adición de ácido fólico en la harina, a fin de disminuir el nacimiento de niños portadores de defectos del tubo neural o la anencefalia, no es posible eliminarlas del todo y sigue siendo una realidad que provoca dolor a las mujeres, parejas y familias. Durante el año 2012, de 1.812 defunciones de menores de un año en Chile, 580 fueron causadas por esas malformaciones.

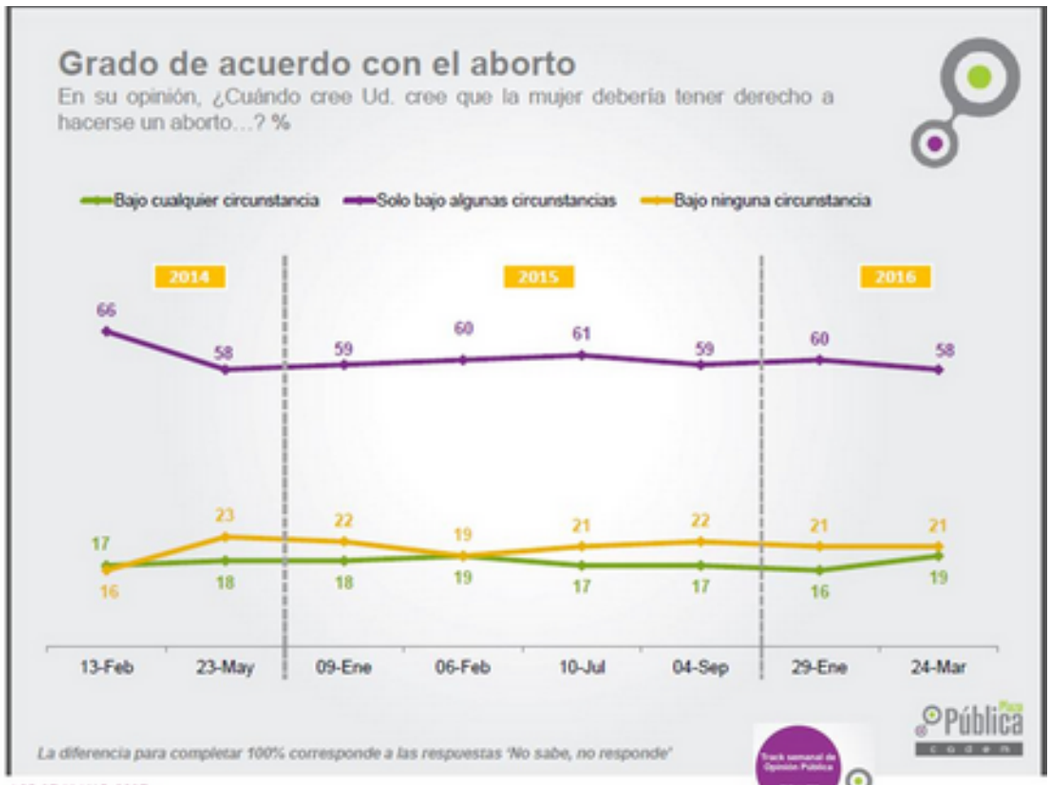
Seguidamente, hizo mención a los programas de acompañamiento que se han propuesto en diversas iniciativas de ley, los que consideró sumamente positivos, necesarios y urgentes de implementar. Igualmente, resaltó el esfuerzo de las organizaciones que se dedican esa labor.

En cuanto a la situación de los embarazos producto de la violencia sexual connotó que las mujeres que sufren esta situación son víctimas tanto de ese ataque como de la estigmatización y la falta de opción para interrumpir la gestación. Sostuvo que estudios han demostrado que el estrés post traumático entre las mujeres que habían optado por un aborto era igual al de aquellas que no lo habían hecho. Ello, en su opinión, refuta el aserto de que adicionar un aborto incrementa aún más el estrés en las víctimas de violación.

En lo que atañe al dolor que podría sufrir el feto por una intervención abortiva, connotó que mientras no se hayan desarrollado adecuadamente diversas estructuras y conexiones del sistema nervioso central en el embrión o el feto, esto es, hasta las 20 semanas al menos, el que está por nacer no sería capaz de sentir dolor.

Por otra parte, se ha comprobado que el estrés tóxico que afecta a la madre obligada a seguir adelante un embarazo no deseado tiene efectos en el desarrollo posterior del niño, a saber, en el lenguaje y habilidades psicomotoras, mayores posibilidades de presentar problemas socio emocionales, como ansiedad y depresión y, problemas conductuales y cognitivos. A largo plazo también se incrementa el riesgo de enfermedades mentales como depresión, trastornos de ansiedad, alcoholismo y abuso de drogas, y enfermedades físicas, como problemas cardiovasculares y diabetes.

Postuló enseguida que los planteamientos que se han formulado en la discusión de la presente iniciativa de ley le han dado un peso desproporcionado a grupos fuertemente ideologizados que están en favor o en contra del mismo, en desmedro de lo que piensa la mayoría de los chilenos. Presentó imágenes que dan cuenta de encuestas realizadas al efecto:



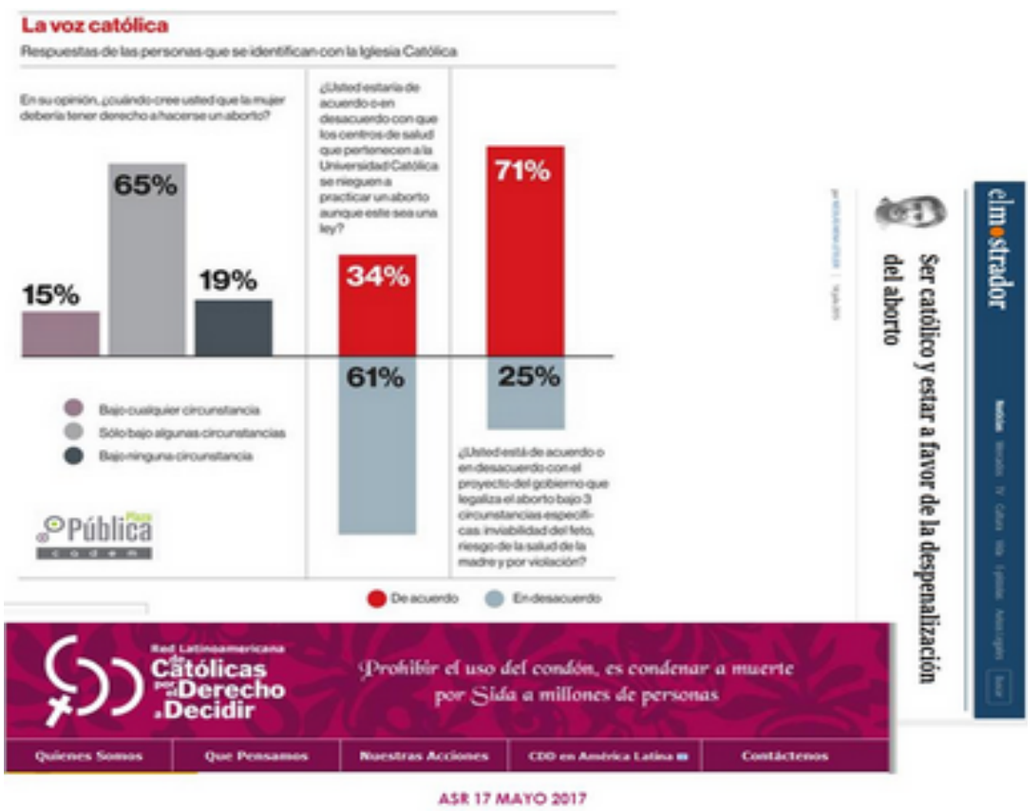
ASR 17 MAYO 2017

ASR 17 MAYO 2017

En torno a la injerencia de la religión en estos asuntos, arguyó la doctora Schilling, históricamente la Iglesia Católica de Chile ha tenido una gran influencia en la opinión de los legisladores. Citando a Georgette Bennett, preguntó si las creencias de una religión deben ser impuestas a aquellos que puedan tener otras sinceras creencias o al creciente número de personas que no tienen en absoluto creencias religiosas.

Agregó que las religiones poseen diversas posturas acerca del aborto terapéutico. Así, la Iglesia Ortodoxa lo rechaza en principio, pero pide a los sacerdotes su comprensión en casos específicos; en la Iglesia Protestante la mayoría de las corrientes lo permiten; el Judaísmo Ortodoxo lo admite para salvar la vida de la madre y el Reformista lo acepta bajo una serie de circunstancias; la Iglesia Católica lo prohíbe; el Hinduismo no lo proscribe; la mayor parte de las naciones Budistas lo consienten, y el Islam lo admite en caso de malformación del embrión, peligro de la vida de la madre y violación.

Entonces, en el entendido de que debe ser respetada la libertad de culto que impera en el país, llamó también a considerar el creciente número de personas que declara no seguir ninguna religión. Sin perjuicio de ello, el 65% de quienes se identificaban con la religión católica estaban de acuerdo en que se legislara sobre la interrupción del embarazo. Expuso la siguiente gráfica:



De conformidad con los argumentos antes señalados, llamó a tener una mirada inclusiva a la hora de analizar el proyecto en debate, pues amplía los derechos de las personas, sin afectar los de quienes se oponen a la iniciativa, ya que la ley no obligará a la realización de abortos.

Al culminar su exposición, recalcó que es imperativo respetar la confidencialidad, por cuanto de no existir, no se podrá asegurar que las mujeres, especialmente aquellas menores de edad, tengan la confianza para contar toda la verdad de lo que sienten o les ha ocurrido.

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR RAMIRO MOLINA, ACADÉMICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

El doctor Ramiro Molina, académico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, acotó que algunos de los intervinientes en la discusión del presente proyecto de ley han argumentado que su eventual aprobación produciría consecuencias riesgosas para la salud pública, las que a su juicio son inexistentes.

En lo que respecta al tema en debate, sostuvo que utilizar la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud permite detectar 9 elementos señalados como causantes de egresos hospitalarios por aborto. En base a ese listado, se hizo un estudio para determinar el promedio de abortos ocurridos entre los años 2001 y 2010, cuyos resultados se describen en el siguiente cuadro:

Tabla Nº 1 Egresos hospitalarios por aborto.Chile. 2001 a 2010. DEIS/ MINSAL, CIE10 OMS y Tasa por 1000 NV entre 2001-2010

CIE 10-OMS		nº en 10 años	Promedio por año	%	Tasa x 1000 NV
Código	Descripción				
O00	**Embarazo Ectópico**	35.395	3.540	**10,58**	**15,85**
O01	**Mola Hidatiforme**	2.658	266	**0,80**	
O02	**Otros Productos anormales/concepción**	124.527	12.453	**37,22**	**51,85**
O002.0	Detención desarrollo del huevo y mola No hidatiforme, Huevo patológico, Mola carnosa, mola intrauterina Sin otra Indicación (*)				
O002.1	Aborto retenido, Muerte fetal precoz,con retención del feto muerto. Excluye: Aborto retenido con : & detención del desarrollo del huevo(O02.0) & Mola: Hidatiforme(O01), No hidatiforme(O02.0)				
O002.9	Producto anormal de la concepción No especificado (**)				
O03	**Aborto Espontáneo**	50.824	5.082	**15,19**	**21,16**
O04	**Aborto de Causa Médica (**)**	**No permitido en Chile desde 1990**			
O05	**Otros abortos**	2.724	272	**0,81**	**1,13**
O06	**Abortos no Especificados** (***)	116.207	11.621	**34,74**	**48,38**
O07	**Falla de intento de Aborto**	353	35	**0,10**	**0,15**
O08	**Complicaciones por O00, O01 y O02**	1.797	180	**0,54**	**0,75**
TOTAL DE EGRESOS POR ABORTO		**334.485**	**33.449**	**99,98**	**139,26**

Explicó que los factores “otros productos anormales de la concepción” y “abortos inespecíficos” registran el mayor número de casos, lo cual probablemente tiene relación con el encubrimiento de abortos clandestinos.

En lo que atañe a la primera causal contemplada en la iniciativa legal, de no aprobarse la nueva preceptiva el aumento de los

abortos por causas médicas alcanzaría a un 0,83%, es decir, a 263 casos, según datos correspondientes al año 2012. Exhibió la siguiente imagen:

Tabla Nº 2 Egresos por aborto. Chile esperados para 2012 . DEIS/ MINSAL, CIE10 OMS según Tasa por 1000 NV entre 2001-2010 y 242.142 NV. Inc

CIE 10-OMS		Tasa x 1000 NV	Promedio 2001-2010	Promedio 2012
Código	Descripción			
O00	Embarazo Ectópico	15,85	3.806	3.838
O01	Mola Hidatiforme			
O02	Otros Productos anormales/concepción	51,8	12.453	12.543
O03	Aborto Espontáneo	21,16	5.082	5.124
O04	Aborto de Causa Médica (**)	No permitido en Chile desde 1990		
O05	Otros abortos	1,13	272	274
O06	Abortos no Especificados (***)	48,38	11.621	11.715
O07	Falla de intento de Aborto	0,15	35	36
O08	Complicaciones por O00, O01 y O02	0,75*	180*	182 *
TOTAL DE EGRESOS POR ABORTO		**139,26**	**33.449**	**33.712**
Porcentaje del aumento natural			**263 Ab.**	**0,78%**
Causales de Salud en actual legislación * Incremento Natural		**37,76 ***	**9.068***	**9.144* 0,83%**

En sentido opuesto, si se aprueba el proyecto de ley, considerando las patologías más frecuentes que pueden poner en riesgo la vida de la madre, se puede concluir que 61 mujeres podrían solicitar una interrupción del embarazo por indicación de salud obstétrica. Previno que al no tener información al respecto no puede incluirse la voluntad de la madre como un factor a tener en cuenta en ese dato.

En cuanto al promedio anual de muertes registradas como fallecimientos tardíos, esto es, hasta las 42 semanas después del nacimiento del niño, aclaró que de acuerdo a antecedentes aportados por el Ministerio de Salud, entre los años 2001 y 2012 se observa un volumen importante de 166 mujeres fenecidas, con un promedio de 13,8 anuales. Postuló que en muchos de esos casos probablemente se podría haber verificado una causa de interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación.

Respecto de la segunda causal, sobre malformaciones incompatibles con la vida, presentó un cuadro que contiene 13 patologías de esa especie, al partir del cual la experiencia internacional permite presumir que existirían anualmente entre 304 y 543 mujeres que tendrían la posibilidad de poner término a la gestación por alguno de esos motivos:

Tabla N° 4.- Estimaciones de Abortos por la segunda causal, aprobada por la Cámara de Diputados. Basado en 242.142 NV anuales. Según INE 2012.

Malformaciones incompatibles con la vida, más freceuntes	Frecuencia Por 10.000 NV.(*) (Diferentes autores)	N° casos esperados por año	Diagnósticos < 22 semanas		(N°) y % de Interrupciones antes de las 22 semanas
			%	N°	
Anencefalia (11–12)	4,5 – 10	109 – 242	80	87 - 194	(233 – 347) 63,9 - 76,6 %
Acrania (13)	3,5 (estimado)	85	80	68	
Encefalocele (14)	2	48	80	38	
Holoproscencefalia (15)	0,25 - 0,625	6 - 15	80	5 - 12	
Agenesia cuerpo calloso (16)	1,8	44	40	35	
Agenesia del cerebelo aislada CIE: Q04.3(17)	Desconocida		20		
Gemelos acárdicos (18)	0,1	7	40	3	(3) 0,55 - 0,99 %
Displasia Tanatofórica (11-19)	0,16 - 1,0	4 – 24	80	3 - 19	(3-19) 0,99 - 3,50 %
Secuencia de tallo corporal (11,12)	0,71	17	80	14	(14) 2,58 - 4,6 %
Riñón Poliquístico Bilat y Agenesia Ren. Bilat o Sínd. de Potter (11-20)	0,2 - 4,4	5 – 107	40	0,2 - 43	(38 – 130) 12,6 – 23,94 %
Trisomía 18 (11-21)	2 – 4,5	48 – 109	80	38 - 87	
Trisomía 13 (11-22)	0,5 – 1,45	12 - 34	80	10 - 27	(10 - 27) 3,3 - 4,97 %
Pentalogía de Cantrell (23)	0,15	4	80	3	(3) 0,55 - 0.99 %
Total		389-736		304,2 -543	100,0

(*) ver referencias por patología. Se tomó las prevalencias extremas según las referencia 27 a la 42.
(**) La aceptación maternal disminuirá las interrupciones del embarazo y variará con factores personales y del tipo y gravedad de la malformación.

Reiteró que puede haber casos de mujeres que no quieran poner término al embarazo, pero al no contar con datos sobre la voluntad de la madre no es posible inferir un número determinado.

En materia de violación y abuso sexual adolescente, el doctor Molina subrayó que se constatan cifras relativamente similares en toda América Latina, que dan cuenta de la gravedad del problema analizado. No obstante, de los estudios en Chile se sabe que las denuncias por violación son entre 2.000 y 4.000 por año, aunque también se conoce que sólo representan alrededor de un 10% de los ataques realmente acaecidos.

Por otra parte, las mujeres que se embarazan a consecuencia de esas violaciones varían entre un 3% y un 18% de los casos. Además, comentó que en aquellas naciones en que la mujer violada podría interrumpir su embarazo, sólo un 50% de ellas finalmente lo hace, lo cual contradice los argumentos que afirman que todas las mujeres optarían por un aborto, de aprobarse la ley.

Resaltó que la mayor tragedia ocurre en el caso de las menores de 14 años, que corresponden al 40%. Agregó que en este grupo etario se verifica que una vez solicitado el aborto y efectuado el estudio respectivo con el grupo especializado de asesoría y seguimiento y fijada la cita para ejecutar la intervención médica en el recinto hospitalario, sólo acudió el 40% de las afectadas.

En base a los antecedentes aportados, razonó, se podría esperar la ocurrencia de entre 518 y 1.035 abortos anuales, por la tercera causal.

Luego, mencionó un estudio de su autoría, en que se trabajó con 48 madres adolescentes embarazadas por una violación, comparándolas con 192 madres de la misma edad con embarazos voluntarios, a partir del cual se comprobó que las patologías y las enfermedades durante el embarazo y el post parto fueron significativamente superiores en el primer grupo.

Otro análisis se llevó a cabo con adolescentes que fueron violadas intrafamiliarmente, comparando las consecuencias con aquellas que fueron violentadas fuera del seno familiar, y en él se constató que el primer grupo estudiado mostraba mayor prevalencia de patologías en el curso del embarazo y luego del parto.

Un tercer estudio, realizado con 614 adolescentes embarazadas, tuvo como objetivo detectar factores de riesgo predictivo, para determinar qué mujeres debían ser atendidas en un nivel de mayor complejidad, cuando en la variable “seducción o violación” se incluyó el “desconocimiento del nombre del seductor o violador”, la significación fue casi igual a cero, lo que constituye un elemento importante de certeza.

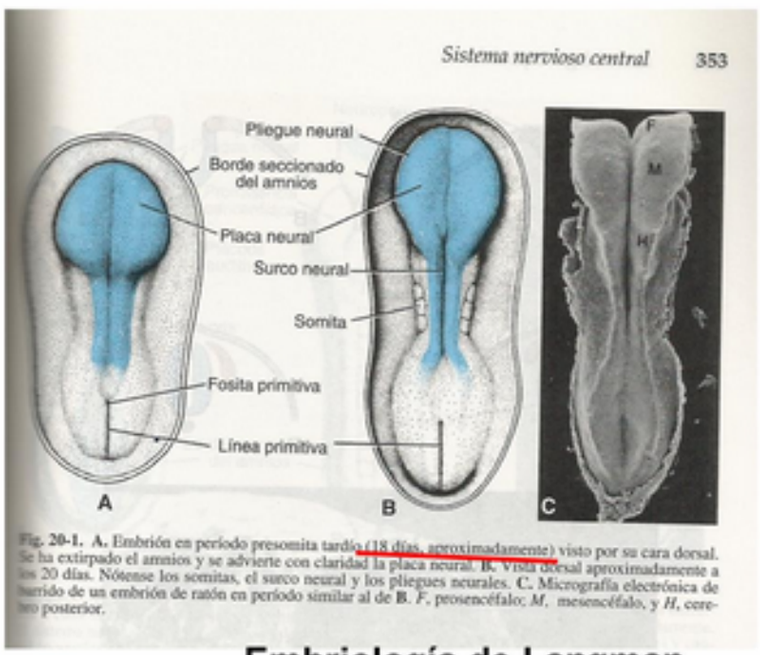
En resumen, puntualizó que si se sanciona el proyecto de ley en discusión, el incremento del número de abortos variaría entre el 2,8% y el 4,7% del total de los que hoy se producen. Ello, a su juicio, no constituye un impacto relevante para el sistema público de salud del país.

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR JORGE BECKER

El doctor Jorge Becker, Gineco-Obstetra, comentó que uno de los problemas que presenta el debate planteado en la Comisión es la imprecisión, e incluso la falsedad, de ciertos conceptos propuestos. Así, el embrión humano es humano, lo que siendo evidente, no impide a algunos expresar que en ciertas circunstancias o etapas gestacionales no lo es. De hecho, en las especies sexuadas el resultado de la fecundación de un nuevo individuo, ya sea sano o enfermo, pertenece a esa especie.

Por otra parte, reparó que en varias oportunidades se ha postulado que antes de las 12 semanas de gestación no habría sistema nervioso central, cuestión que es falsa, ya que su formación comienza a partir de los 18 días de vida. Exhibió la siguiente imagen al respecto:

Antes de las 12 semanas hay SNC



Embrión de 18 días

(4 días de atraso menstrual)

Embriología de Langman

A mayor abundamiento, afirmó que en el libro que se entrega a las futuras madres en el marco del programa Chile Crece Contigo, se informa que a las cinco semanas de embarazo se inicia el desarrollo del cerebro y la médula espinal. De hecho, a las doce semanas tampoco se concluye la formación del sistema nervioso central, ya que incluso su desarrollo continúa en los primeros años de vida.

Luego, en lo que dice relación con el debate sobre el mérito del proyecto de ley, indicó que aunque es innegable la existencia de abortos clandestinos, los indicadores materno perinatales son excepcionalmente buenos, a pesar de que no se han reducido en el último tiempo. Aclaró que estos resultados tienen su origen en el buen control pre natal instaurado a partir de la década de 1960, que fue copiado del sistema inglés.

Agregó que los índices de mortalidad perinatal son similares a los de países desarrollados, con la diferencia de que en Chile nacen niños malformados. Resaltó la labor realizada por los profesionales neonatólogos en el país.

En torno a la primera causal del proyecto, subrayó que desde el momento en que una mujer se embaraza, siempre hay un riesgo vital potencial. En efecto, la gran mayoría de las muertes se producen por causas difíciles de predecir, como accidentes del parto o del puerperio. Entonces, decir que con una ley de aborto la mortalidad materna va a disminuir es una afirmación difícil de demostrar.

En materia de riesgo vital, manifestó que también se ha instalado la creencia de que los médicos dejarían que las mujeres mueran porque no se puede interrumpir el embarazo, lo que no es correcto, por cuanto todos los ginecólogos, incluidos los que trabajan en universidades con ideario religioso, tratan de salvar la vida de la madre y de su hijo, lo que no obsta a que en ciertas situaciones la única solución al problema de salud que aqueja a la madre sea la interrupción del embarazo. Enfatizó que en el mismo sentido se ha pronunciado la Corte Suprema de Justicia, al señalar que la aplicación de la lex artis no puede ser punible ni considerada un delito.

Agregó que las guías perinatales del Ministerio de Salud de los años 2003 y 2015 indican claramente que en el caso de placenta previa, en que se presenta hemorragia severa con riesgo materno, el tratamiento consiste en la interrupción del embarazo, con independencia de la edad gestacional, práctica médica que nunca ha sido cuestionada desde el punto de vista punitivo.

En definitiva, la aplicación de la lex artis médica de manera estricta tiene resuelto este problema y, en virtud de ello, no se requiere de una ley para hacer lo correcto en medicina; la práctica clínica y sus buenos resultados en Chile así lo avalan desde hace años.

Enseguida se hizo cargo de la argumentación que postula que basta con que se evite una sola muerte materna para que esta ley esté justificada. Si se consulta a un especialista cuántos abortos hay que hacer para evitar una muerte materna en un país como Chile, expresó el doctor Becker, la respuesta sería “varias decenas de miles”, porque en medicina, para cambiar un resultado adverso, mientras menos frecuente es éste, hay que intervenir en más individuos.

Acerca de la segunda causal, puso de manifiesto que, según su opinión, el embrión o feto efectivamente es un paciente y así también se le considera desde el punto de vista administrativo, pues hay muchas prestaciones médicas y diagnósticas que el Estado paga a las mujeres que se atienden en el sistema público de salud o en el privado. De consiguiente, se asume que hay un individuo humano que requiere prestaciones médicas que inciden directamente en el tratamiento del feto.

Entonces, lo que fundamenta que el Estado asigne recursos para tales fines es que el individuo existe desde antes de que nazca y es la madre la que exige prestaciones para su hijo y le asigna la condición de ser humano digno de cuidados aunque aún no “exista” por ser nonato, y con mayor razón si sufre alguna patología.

Consignó que lo anterior no obsta a que en la práctica se presenten casos de malformaciones no tratables, lo que está en la misma situación que la de pacientes que padecen enfermedades crónicas o de carácter terminal.

En cuanto a los términos jurídicos en que está formulada la segunda causal de la iniciativa legal, adujo que no hay consenso médico al respecto y por ello reclamó por la inclusión en listas de patologías de muchas enfermedades que hace años dejaron de ser letales y son tratables.

Sobre los errores ecográficos, planteó que si la ecografía es realizada por un ginecólogo general hay un 50% de sensibilidad para diagnóstico de malformaciones, según da cuenta un trabajo efectuado con más de 50.000 pacientes en el Hospital Sótero del Río. En tanto, cuando la ecografía es llevada a cabo por un subespecialista en medicina materno fetal se alcanza alrededor de un 85% de diagnóstico certero. En conclusión, siempre está presente el error ecográfico, cuestión que en naciones del hemisferio norte ha generado problemas jurídicos que han judicializado altamente la práctica médica.

Expresó que la discusión de fondo que subyace es por qué el embrión o feto pierde o gana derechos de acuerdo a su estado de salud, lo cual redunda en la constatación de que el aborto eugenésico es absolutamente discriminatorio.

Hizo notar a continuación las carencias del sistema público de salud en especialistas médicos materno fetales, quienes se concentran especialmente en la Región Metropolitana y en el área privada. Agregó que un hecho relevante, vinculado con el anterior, es que recientemente se eligió a los cinco miembros de la directiva de la rama medicina fetal de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, todos los cuales han expresado que serán objetores de conciencia en su labor médica.

Aunque se ha dado a entender informalmente por parte de las autoridades que no se permitiría el feticidio a raíz de la causal en análisis, es decir, la inyección de una sustancia tóxica al corazón del feto para que muera dentro del útero y nazca fallecido, se preguntó cuál será el procedimiento en el caso de un embarazo gemelar en que uno de los fetos presenta malformación letal, pues la única forma de hacerlo es mediante un feticidio. Del mismo modo, también se generarán problemas cuando el diagnóstico de la malformación incompatible con la vida se haga después de las 22 semanas de gestación o en el caso de que los malformados sobrevivan al nacimiento. En este último caso, enfatizó, se trataría de un aborto eugenésico en que necesariamente se practicará un feticidio.

Otro hecho relevante, destacó, es que el 90% de las pacientes se hacen la segunda ecografía después de las 20 semanas de embarazo, lo que redundará evidentemente en que el diagnóstico prenatal va a ocurrir de manera tardía y parte importante de los malformados letales serán identificados con posterioridad a la viabilidad fetal.

Acerca de la tercera causal, aunque se trata de un delito atroz, puntualizó que, desde una perspectiva exclusivamente técnica, lo más probable es que se trate de una mujer sana, que tendrá un embarazo relativamente normal si se le proporciona atención psicológica de forma permanente. Por ello, connotó que, médicamente, es difícil justificar la interrupción de esa gestación.

A continuación, el doctor Becker afirmó que en la discusión se ha planteado un sinnúmero de veces que el proyecto de ley enviado por el gobierno es restrictivo y sólo permite la interrupción del embarazo por tres causales muy bien definidas y que no se pretende que haya aborto libre, toda vez que ese no es el objetivo de la ley. Sin embargo, mientras estuvo vigente el aborto terapéutico, mediante una interpretación amplia de la normativa se permitió el aborto por condición socio económica de la madre, pues era posible que se sometiera a un aborto inseguro en el futuro. Además, las declaraciones de las Ministras que han estado a cargo de la tramitación de la iniciativa generan muchas dudas en ese sentido, concluyó.

Se preguntó luego si la información acerca de los riesgos que conlleva la intervención médica abortiva será realmente entregada a las mujeres o si se considerará una influencia indebida sobre la decisión de la paciente. Entre los riesgos mencionó la muerte materna; metrorragia con o sin resultado de histerectomía; infertilidad secundaria; incompetencia cervical; aborto espontáneo y parto prematuro en embarazos siguientes, y estrés post traumático, con todo lo relacionado a él en un futuro mediato.

Asimismo, observó problemas en la coherencia entre la normativa en discusión y la ley N° 20.120, que prohíbe toda práctica eugenésica, salvo la consejería genética, y toda forma de discriminación

arbitraria basada en el patrimonio genético de las personas. Apuntó que, en general, en el proyecto se diferencia por edad gestacional, lo que claramente es discriminatorio.

Por otro lado, dio cuenta de las dificultades financieras que aquejan al sector público de salud a nivel nacional y, en ese contexto, señaló que no parece correcto inyectar recursos en medidas que no aplacarán la mortalidad materna, ni las malformaciones ni las violaciones, pero que sí originará patologías físicas y mentales y provocará una fuga masiva hacia el área privada de profesionales médicos altamente calificados.

Afirmó que tampoco se ha respondido de forma minuciosa por qué la objeción de conciencia no aplica para todos los intervinientes en el equipo médico y sólo puede ser aducida por el facultativo. Ello, en su opinión, no es justo.

Sostuvo que muchos de los doctores que han expresado estar a favor de la legislación que se discute también han declarado que serán objetores de conciencia. En consecuencia, como las tareas que implica la preceptiva no podrán ser asumidas por el sistema público de salud, mencionó que quienes harán los procedimientos seguramente serán instituciones privadas con fines de lucro que, tal como ha acaecido en otros países, en muchos casos deben ser financiadas por el Estado.

En último término, opinó que tal como algunas leyes tienen la virtud de modificar conductas, en los países que han aprobado normativas restrictivas que permiten el aborto, luego de un tiempo en que se estabiliza el número de casos y se hace más normal su práctica, se liberaliza su realización y se utiliza como método de planificación familiar. Sostuvo que estudios recientes establecen que se producen alrededor de 56.000.000 de abortos legales al año y que el 25% de los embarazos terminan en abortos inducidos, porcentaje que, en ningún caso, se puede justificar por razones médicas.

A modo de conclusión, consideró que aquellas mujeres que se sienten solas y vulnerables requieren recibir empatía y compañía, aunque ello no resuelva su problema. Por tal razón, aseguró que el acompañamiento no puede ser un privilegio, sino que debe ser un derecho.

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR SEBASTIÁN ILLANES, GINECO-OBSTETRA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

El doctor Sebastián Illanes, Gineco-Obstetra de la Universidad de Los Andes, hizo presente que la medicina materno fetal, que constituye una subespecialidad de la ginecología, tiene por objetivo diagnosticar y tratar pacientes con embarazo de alto riesgo, tanto por compromiso materno como por las enfermedades que puede presentar el feto.

En cuanto a la primera causal que aborda la iniciativa legal, consignó que no hay motivos de salud pública que hagan necesario legislar sobre el aborto; en la especie, del análisis detallado de la evidencia científica disponible no es posible concluir que la aprobación de una ley como la que se discute, en lo relativo al riesgo de vida de la madre, disminuirá las cifras de mortalidad materna. Por el contrario, tal como está concebida la norma en comento, incluso podría incrementarla.

Las cifras de mortalidad materna son extremadamente bajas en el país, connotó, lo que se explica por el manejo según estrictos protocolos clínicos de los casos en que existe riesgo vital materno, que permiten la interrupción del embarazo cuando es requerida, decisión que siempre es tomada en conjunto con la paciente. Si una mujer muere en Chile producto de una gestación es por la gravedad de sus patologías y no por falta de intervención médica.

En lo que respecta a la segunda causal, señaló que el objetivo de quienes apoyan el proyecto de ley es mitigar el sufrimiento de las madres, permitiéndoles la posibilidad de abortar una vez hecho el diagnóstico. En efecto, la iniciativa busca hacerse cargo de un drama real –el sufrimiento de la madre y su familia frente a un hijo con malformación-, pero con la misma certeza es preciso hacerse cargo de ciertas interrogantes que surgen a propósito del objetivo pretendido.

En primer lugar, observó que aunque el diagnóstico de las patologías incompatibles con la vida extra uterina puede hacerse precozmente en el embarazo, en la gran mayoría de los casos se realiza después de las 22 semanas de gravidez, edad gestacional en se está en presencia de un paciente viable. Las cifras en Chile demuestran que el 80% del diagnóstico pre natal se realiza luego de ese lapso de tiempo, en razón de que se trata del momento en que existe mejor percepción de las estructuras anatómicas y, por lo tanto, aumenta la probabilidad de un diagnóstico certero. Además, estudios nacionales constatan que un 40% de las pacientes no cuentan con ecografías tempranas.

Hay muchos centros asistenciales situados en pequeños poblados que son atendidos por médicos generales de zona, lo

que demuestra que la realidad de gran parte de la población dista bastante de los estándares mínimos de control pre natal, en cuanto a la calidad y cantidad de las ecografías que requiere una paciente. De igual manera, expuso que para hacer el diagnóstico de la anatomía del paciente fetal la persona que lo realiza necesita una calificación específica. Hoy en día gran cantidad de ecografías son hechas por ginecólogos generales, que durante la beca tienen sólo tres meses de formación en ese ámbito. Por lo mismo, el 70% de los diagnósticos efectuados por esos médicos está errado.

Agregó que los médicos materno fetales certificados en el país no superan los cincuenta. De consiguiente, si se asume que esos facultativos deberían hacer las ecografías para los diagnósticos de las pacientes en esa situación, deberían dedicar 10 horas diarias para cubrir a toda la población.

Consignó que la argumentación anteriormente expuesta explica por qué en Chile la detección de malformaciones es tan paupérrima. A modo de ejemplo, sostuvo que el 80% de las malformaciones cardíacas no son diagnosticadas pre natalmente.

En lo referido al concepto de incompatibilidad con la vida, explicó que si una condición se considera letal ello implicará que nunca se revisará la enfermedad, toda vez que el paciente será mirado como terminal, a pesar de que los adelantos de la medicina permitirían abordar en el futuro la patología que afecta al paciente. Ejemplificó esa situación con el síndrome de transfusión fetofetal[4], que hace algunos años generaba necesariamente la muerte de los fetos, pero luego del desarrollo de la tecnología láser es posible en el 90% de los casos salvar al menos a uno de ellos. En el mismo sentido, indicó que en naciones como Japón, en que se ofrece tratamiento a los niños con trisomía 18, un 75% de los niños tiene sobrevida al año de vida. En la anencefalia, en tanto, el 72% de los fetos nacen vivos y el 67% muere el primer día, pero el 8% vive hasta un mes.

Por lo tanto, el concepto de letalidad o riesgo vital es dinámico, pues no es posible determinar con exactitud la condición del niño y el estado de la progresión de su enfermedad. En consecuencia, es difícil hacer pronósticos en un gran número de pacientes que actualmente se consideran con patologías terminales.

Preguntó qué acontecerá cuando estos niños nazcan vivos. Connotó que en Inglaterra, para evitar que ello ocurra, se hacen inyecciones intracardíacas.

---

[4] Síndrome que afecta a gemelos que comparten la placenta. En ella uno de ellos transfunde sangre a su hermano dentro del útero de la madre.

Fuente: http://www.medicinafetalmexico.com/sitio2/sindrome-de-transfusion-feto-fetal-y-restriccion-de-crecimiento-selectivo/

Otros asuntos que deben regularse, subrayó, es la forma de confirmar las sospechas diagnósticas, qué lugares estarán en condiciones para realizar esa labor y cómo se informará a las pacientes. Lo anterior, por cuanto las madres requieren de un diagnóstico integral que abarque también su estado emocional. Incluso, en el caso de la trisomía 18 es necesario, para un adecuado diagnóstico, realizar procedimientos invasivos, que se hacen en muy pocos lugares del país.

Por otra parte, planteó que no se ha definido cómo se manejará el mayor riesgo obstétrico que conlleva la interrupción prematura del embarazo, pues existe evidencia relevante que establece que hay un aumento de la morbilidad y mortalidad de las pacientes que son inducidas a tener un parto prematuro.

Por último, hizo notar que lo que siente una mujer embarazada que lleva en su seno un hijo con una malformación incompatible con la vida es muy difícil de explicar. Quienes se dedican diariamente a su atención, saben que sólo se puede empatizar con ellas y acompañarlas y que ofrecerles como solución la posibilidad de interrumpir la gestación es no entender la dimensión del problema. Acotó que esas pacientes claman por certeza diagnóstica; que personas les expliquen adecuadamente lo que les pasa, no sólo desde el punto de vista técnico, sino también humano, y que las personas estén capacitadas para comprender sus necesidades y cuenten con las competencias requeridas para ayudarlas.

Puntualizó que no hay atajos para el sufrimiento y, por lo tanto, es claro que el aborto no disminuye, alivia o acorta el dolor de las pacientes, el cual sólo se curará con el tiempo si se las acompaña adecuadamente.

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR PABLO LAVÍN, GINECO-OBSTETRA DEL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BARROS LUCO

El doctor Pablo Lavín, Gineco-Obstetra del Departamento de Obstetricia del Hospital Barros Luco, declaró primeramente que está en contra del aborto y que ha trabajado para que no ocurra. Empero, afirmó, de todas maneras es preciso modificar la legislación que prohíbe cualquier acción cuyo fin sea provocar un aborto.

Explicó, por ejemplo, que la situación del huevo anembrionado o huevo “huero” deriva en la mayoría de los casos en un aborto espontáneo. Sin embargo, cuando ello no ocurre, es necesario realizar un tratamiento, que consiste precisamente en un aborto, para sacar el contenido que está dentro del útero. Indicó que, por la forma en que debe hacerse, consiste en un procedimiento bastante violento, situación que, en el contexto actual de las disposiciones legales, podría constituir a los ojos de algunos un acto delictual. Menos violento, razonó, sería hacer una aspiración intrauterina, pero los hospitales públicos no disponen del equipamiento apropiado para efectuar ese procedimiento de manera masiva.

Mencionó que algunos –como el Colegio Médico- cifran en 35.000 los abortos que anualmente se llevan a cabo de forma intencionada en el país, aunque el Ministerio de Salud los estima en 17.000. Sin embargo, el proyecto de ley no se refiere a ellos ni solucionará esa realidad, por lo que no es pertinente mezclar la situación del aborto como problema de salud, individual o pública, y la ley de interrupción del embarazo por tres causales.

Sostuvo que en este debate hay quienes legítimamente toman sus posiciones desde la base de la fe y no necesitan argumentos científicos para ello; pero quienes desean hacer un proceso racional, basado en la evidencia existente, deben recurrir a la ciencia y usar sus hallazgos y convenciones. A su modo de ver, enfatizó, la ley no debe ser un acto de fe, porque afectará a todos los ciudadanos y no sólo a aquellos que la profesan un credo determinado.

La medicina reproductiva define “preñez” o “embarazo” como la unión íntima entre el conceptus o cigoto y el cuerpo materno. Por lo tanto, se trata de un evento materno y no del embrión. Incluso, este último, conservado fuera del cuerpo de la mujer no constituye un embarazo.

Añadió que, por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud ha conceptualizado la salud sexual y reproductiva como “…la posibilidad del ser humano de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de un

embarazo no deseado”. El concepto también alude a la regulación de la fertilidad, a tener un embarazo y partos seguros y a criar hijos saludables.

Puntualizó que de las condiciones antes mencionadas emana la posibilidad de interrumpir el embarazo por las causales que contempla la proposición legislativa en discusión. Por lo mismo, opinó que la regulación propuesta está en línea con lo establecido por el referido citado organismo rector en materia sanitaria.

En cuanto a los decesos asociados a la reproducción, postuló que la mortalidad materna se ha definido como la muerte de una mujer atribuible al embarazo, parto o puerperio. En ese contexto, hizo hincapié en que el año 2008 hubo 5 mujeres que murieron por aborto, lo cual es absurdo dados los avances de la medicina y el desarrollo de la anticoncepción. Sin perjuicio de ello, también hubo 41 mujeres que fallecieron por el hecho de estar embarazadas o en un parto o durante el puerperio.

En relación con lo expuesto, enunció las causas que ponen a una mujer en riesgo vital:

- Corioamnionitis clínica: en cualquier edad gestacional.

- Embarazo ectópico: tubárico, ovárico, cervical, cornual o abdominal.

- Descompensación de una patología materna preexistente.

- Accidentes del parto: inercias y roturas uterinas, embolia amniótica, y otros accidentes, como los de tipo anestésico o quirúrgico.

- Patologías propias de la preñez.

De hecho, agregó, en el año 2012 se registraron 16.510 hospitalizaciones de mujeres con embarazos de menos de 22 semanas, por múltiples causas, entre las que se cuentan embarazo ectópico, mola hidatiforme y otros productos anormales de la concepción.

Sobre el embarazo ectópico, relató que la forma de tratarlo es mediante una cirugía para sacar el embrión, es decir, haciendo un aborto. A pesar de tratarse de vida humana, si no se concluye ese embarazo la mujer podría morir. En definitiva, hay razones humanas para la realización de abortos. Agregó que sobre la mola hidatiforme completa opina que sí se trata de vida, pero no la podría calificar como humana. Este es uno de los casos en que hay certeza acerca de la inviabilidad del feto, sentenció.

Connotó que la mayor parte de muertes maternas que no son consecuencia de un aborto son causadas por una patología médica concomitante, como insuficiencia hepática; ductus arterioso persistente; hígado graso; tormenta tiroidea; insuficiencia respiratoria aguda;

coriocarcinoma metastásico, y cardiopatía. También, en un porcentaje menor, se atribuyen a patologías propias del embarazo, como pre eclampsia severa, eclampsia y HELLP.

Citó a continuación al doctor Mahmoud Fathalla, ex Director del Programa de Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud, quien señaló que “Las mujeres aún mueren, no por enfermedades que no podamos tratar, sino porque las sociedades aún no deciden que vale la pena salvar sus vidas”. En el mismo sentido, el doctor Mahler consignó que “La mortalidad materna ha sido una tragedia descuidada, y se ha descuidado porque las que sufren son personas ignoradas, con menos fuerza e influencia sobre cómo se emplean los recursos nacionales, son pobres, y por encima de todo, mujeres”.

Por lo tanto, llamó a hacer todos los esfuerzos para evitar las muertes maternas.

Sobre las muertes neonatales de malformados incompatibles, explicó que en el país se producen alrededor de 500 casos anualmente. Añadió que una malformación congénita letal es una condición que conduce invariablemente a la muerte fetal, in útero o en el período neonatal, independientemente del tratamiento.

Estimó que hay un listado importante de malformaciones letales, muchas de las cuales son evidentes y otras que requieren mayor análisis. Presentó la siguiente lista de patologías:

- Síndrome de Potter/Agenesia Renal bilateral.

- Anencefalia/Acrania.

- Encefalocele severo.

- Hidrocefalia congénita severa con ausencia o mínimo desarrollo cerebral.

- Iniencefalia.

- Hidranencefalia.

- Exencefalia.

- Casos severos de mielomeningocele.

- Holoprosencefalia alobar.

- Craneorraquisquisis (totalis).

- Trisomía 13 o 18.

- Triploidía.

- Malformación de Tallo Corporal.

- Algunos casos de síndrome de corazón izquierdo hipoplásico y Pentalogía de Cantrell.

- Enanismo tanatofórico.

- Osteogénesis imperfecta severa.

- Riñón multi o poli quístico/displásico bilaterales asociados a hipoplasia pulmonar.

- Secuela banda amniótica con malformaciones incompatibles con la vida.

- Sirenomelia.

- Acardia, Gemelos acárdicos.

- Gemelos siameses con malformaciones incompatibles con la vida.

- Casos severos de hernia diafragmática.

- Feto Arlequín, Ictiosis.

- Síndrome de Meckel-Gruber (encefalocele, displasia quística renal y polidactilia).

En torno a la tercera causal, expuso que las personas que se dedican al área de la psicología sostienen que en casos de embarazo se produce una situación de maternaje, que se refiere al conjunto de procesos psicoafectivos que se desarrollan y se integran en la mujer con ocasión de su maternidad, pero que en el caso de una violación no necesariamente habrá proceso de maternaje, el que puede quedar diferido por mecanismos de defensa de la mujer.

Al respecto, refirió que en Chile se denuncian diariamente 17 violaciones. De las víctimas que se encuentran en un ciclo reproductivo, sólo el 2% a 3% resultan embarazadas, de manera que deberían producirse entre 28 y 42 gestaciones al año por esta causa. Sin embargo, el Ministerio Público estima en un número mayor las potenciales agresiones, por lo que esa cifra podría aumentar a un número cercano a 200 gestaciones. Si se usase la anticoncepción de emergencia los embarazos podrían disminuir en un 75%.

Como consideraciones finales, planteó que las mujeres no deben ser obligadas a vivir el riesgo de un embarazo inviable ni ser obligadas a ser madres aunque sus embarazos les causen la muerte o

sean resultado de una forma extrema de violencia, como es la violación. El proyecto de ley no hace obligatoria la acción de abortar, sino que suprime la pena estatal cuando cumplidas ciertas condiciones una mujer decide ejecutarla, por lo que la iniciativa se refiere entonces a los límites de la acción del Estado, no a la obligación o no de abortar. La conclusión del debate, por lo tanto, es personal, tal como debe serlo la decisión de interrumpir la preñez.

INTERVENCIÓN DE LA DOCTORA MARÍA FRANCISCA DECEBAL-CUZA, PSIQUIATRA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

La doctora María Francisca Decebal-Cuza, psiquiatra de la Universidad de Chile, adujo que todas las decisiones sanitarias que se adopten o se implementen deben cumplir con dos requisitos: que la medida sea eficaz y que no produzca daños colaterales considerables. Sostuvo que ese principio se aplica a todos los actos médicos, en que no se realiza ningún procedimiento si el riesgo supera los beneficios.

En lo relativo a una relación entre aborto en general y salud mental, manifestó que hay estudios que muestran efectos neutros, esto es, que no se generarían efectos dañinos en la salud mental, y otros que revelan consecuencias perjudiciales. Lo que no existe, acotó, son investigaciones que evidencien resultados positivos o un beneficio psíquico.

Por el contrario, un asunto en que hay bastante consenso es en la existencia de factores de mal pronóstico psíquico ante un aborto, entre los cuales se cuentan los trastornos mentales previos al aborto, la presencia o no de apoyo social, la existencia de violencia y victimización –especialmente cuando proviene de la pareja-, las actitudes personales hacia el aborto, el tamaño familiar –mientras menos hijos hay un peor pronóstico- y cuando el aborto se hace en el contexto de malformaciones fetales. Sobre este último punto, hizo presente que en esos casos se manifiesta mayor prevalencia de trastornos de estrés post traumático y depresión, especialmente cuando el aborto acaece en una mayor edad gestacional.

En materia de la segunda causal, anotó que uno de los argumentos planteados en el Mensaje es que forzar a la mujer a llevar a término tal embarazo y obligarla a que espere la muerte del feto, supone mantenerla en un permanente estado de duelo. Al respecto adujo que el duelo puede definirse como la respuesta normal que se produce ante la pérdida de un ser querido. Para poder mitigarlo, la persona debe cumplir cuatro tareas, a saber, aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, adaptarse a un medio en que el fallecido está ausente y recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

En la primera de las etapas mencionadas es fundamental dar cumplimiento a los ritos que se producen después de la muerte. De hecho, el funeral de un ser querido da comienzo al proceso del duelo, con el fin de hacer un juicio de realidad sobre lo ocurrido.

Relató que en su ejercicio profesional ha debido acompañar a mujeres que han llevado a término embarazos con fetos con malformaciones de pronóstico letal y, a partir de ello, ha podido constatar que su duelo no comienza con la muerte del hijo, sino que desde el momento del

diagnóstico. Por tal razón, consideró equivocado entender el aborto como una especie de atajo al duelo, porque no existe forma de evitar ese dolor.

Si bien para todo médico lo ideal es impedir el dolor del paciente, en esta causal no hay manera de hacerlo, pero sí se puede evitar incurrir en prácticas que empeoren el dolor o el pronóstico de las pacientes. Cuando una mujer aborta a un feto diagnosticado con una malformación fetal, desde el punto de vista teórico lo único que se lograría es imposibilitar que avance más allá de la primera fase de las tareas del duelo.

En un estudio cualitativo realizado por Lafarge el año 2014, que reunió testimonios de mujeres de distintos países del orbe, se reúnen descripciones de mujeres que abortan por malformaciones fetales, quienes relatan de forma uniforme que se trata de experiencias desagradables. Las expresiones utilizadas fueron “terremoto emocional”, “algo que me acompañará toda la vida” y “un atentado contra mí”. Eso da cuenta de que las mujeres tienen un mal pronóstico incluso en aquellas sociedades en que no hay penalización social del aborto y que desde hace décadas permiten la interrupción de la gestación por esa causa.

Otra investigación, esta vez de Korenromp, realizada en Alemania y Holanda, determinó que en la evolución mental de este grupo de mujeres la prevalencia de estrés post traumático a los cuatro meses es de 46%, y por depresión de 28%, cifras absolutamente elevadas y que aumentan a 88% en caso de las que practican el aborto en el segundo trimestre.

En consecuencia, los médicos saben que el aborto empeora el pronóstico de salud mental de esas mujeres. Así, el hecho de tener un feto con malformación constituye hoy en día el principal criterio de exclusión para entrar a cualquier estudio que intente evaluar las consecuencias psíquicas del aborto.

Un estudio de Cope, del año 2015, que compara mujeres norteamericanas que abortan a sus hijos malformados con aquellas que continúan con el embarazo, muestra que existe beneficio psíquico para aquellas que no aborten, sin siquiera mediar intervenciones psicoterapéuticas.

En conclusión, si lo que se pretende con esta iniciativa es lograr un efecto terapéutico, lo que la ciencia ha demostrado es que el aborto no constituye terapia y que, por el contrario, empeora el pronóstico. La verdadera terapia, por tanto, sería continuar el embarazo en un contexto de acompañamiento integral.

En torno a la tercera causal, la exposición de motivos del Mensaje establece que el trauma de la violencia sexual no puede ser agravado por el Estado, obligando siempre y en toda circunstancia a mantener el embarazo contra la voluntad de la mujer. Esa afirmación pone el

foco de la discusión en la maternidad forzada, invisibilizando el real problema, es decir, la violencia sexual y la niña o mujer violada.

Clarificó que en la mayoría de los casos se trata de niñas y adolescentes que han sufrido agresiones sexuales de forma sistemática dentro del seno familiar. Es una mujer vulnerada, cuyas redes de apego y protección no estuvieron disponibles para cuidarla.

Frente a esas realidades, la psiquiatría ha podido establecer la generación de efectos derivados del trauma, como el trastorno de estrés agudo y post traumático, pero también otras morbilidades psiquiátricas, como el abuso de alcohol y drogas y el mayor riesgo de suicidio. También muestran una vulnerabilidad neurobiológica significativa, dadas las alteraciones a nivel cerebral, principalmente en los circuitos implicados en el procesamiento emocional. Por ende, reúnen los siguientes factores de mal pronóstico: trastornos mentales previos al aborto; bajo apoyo social; presencia de violencia y victimización y tamaño familiar.

Es imposible no empatizar con el sufrimiento de una mujer que ha sido sometida ese trauma, sobre todo cuando son niñas. Sin embargo, el aborto no es la herramienta que resolverá el trauma de la violencia sexual. De hecho, esa patología ha sido ampliamente estudiada y se dispone de fármacos que ayudan a paliar los síntomas. La solución definitiva, sin embargo, va de la mano de técnicas psicoterapéuticas que logran cortar el problema de raíz, que buscan reprocesar el recuerdo traumático y, con ello, curar el cuadro clínico. Por el contrario, no hay ningún estudio que concluya que el alivio del trauma de la violencia sexual es el aborto.

De consiguiente, el aborto no sólo no resuelve el trauma, sino que, además, es una intervención que aumenta el riesgo en salud mental.

En ese orden de ideas, instó a los legisladores a poner el énfasis en la protección de las mujeres y en la condena del violador, toda vez que ello es el verdadero remedio de ese drama.

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR ELARD KOCH, INVESTIGADOR EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

El doctor Elard Koch, investigador en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, argumentó que el proyecto de ley en discusión, en su primera causal, dispone que es necesario despenalizar el aborto por riesgo de la vida de la madre. Sin embargo, la evidencia muestra que las leyes de aborto no reducen las muertes maternas.

En efecto, la prohibición del aborto en Chile en 1989 no provocó impactos en términos de mortalidad materna y, en sentido opuesto, durante los años siguientes los índices continuaron reduciéndose, todo lo cual ha implicado que Chile se encuentre dentro del grupo de 50 países del mundo con menores cifras por dicho concepto. Los datos de muerte materna son menores que en España, concluyó. Reducir esos índices, enfatizó, sería muy difícil, especialmente por los cambios en los perfiles demográficos que se presentan actualmente.

Aseguró que un estudio efectuado con varias universidades norteamericanas y mexicanas, en que se evaluaron los Estados con leyes permisivas del aborto por enfermedades congénitas y genéticas, en comparación con aquellos con legislaciones prohibitivas, se confirmaron los hallazgos ya detectados en Chile, toda vez que los Estados que protegían la vida del que está por nacer en general tenían menor mortalidad materna, en casi todas las causas de mortalidad, incluyendo aborto inducido.

Presentó el siguiente gráfico sobre investigación de la morbilidad por aborto en Chile:

MORBILIDAD POR ABORTO

Explicó que las muertes que se generan por aborto en Chile en general son endémicas, vale decir, se producen en todas las naciones del mundo, y se seguirán produciendo, con independencia de la legislación que adopte el país.

Expresó que sí se ha constatado una caída relevante en la hospitalización “por todo tipo de aborto”. De hecho, luego de la derogación en 1989 del aborto terapéutico hubo una disminución drástica, ya que aquella ley se interpretaba de distinta forma en los centros asistenciales y, por lo tanto, se practicaban más abortos. Esa situación de ambigüedad se terminó en 1989, pero, de aprobarse la iniciativa propuesta, podría nuevamente abrirse espacios para la práctica de abortos selectivos, ya sea por una interpretación laxa de las condiciones de riesgo o por la posición particular que el facultativo tenga frente al tema.

Agregó que la introducción clandestina en el año 1995 del Misoprostol, provocó en Chile un explosivo incremento de las tasas de hospitalización, las que volvieron a reducirse a partir del año 2001, sobre la base de programas de apoyo a la maternidad vulnerable, como el Chile Crece Contigo y los ofrecidos por organizaciones de la sociedad civil.

La tendencia de hospitalizaciones entre los años 2001 y 2011 ha sido la siguiente:

Koch E. Issues Law Med. 2015 Spring;30(1):71-85.

En resumen, llamó a no dejarse llevar por comentarios alarmistas, puesto que diariamente se hospitalizan mujeres producto de embarazo ectópicos, realizándose las intervenciones cunado es necesario.

Los abortos sin causa conocida –entre los que se sospecha están los realizados clandestinamente- son los únicos que muestran una caída relevante, lo que comprueba nuevamente que la legislación vigente no incrementa los abortos clandestinos. Tampoco hay evidencia de que los abortos se disfracen como cirugías de apendicitis, cuestión que ha sido evaluada.

Las conclusiones que pueden extraerse de las investigaciones, arguyó el doctor Koch, son las siguientes:

- Como materia de hecho epidemiológico, una ley de aborto no tiene impacto sobre la mortalidad materna y no mejora la salud materna del país respectivo.

- Aún con una ley permisiva se ha observado una reducción de las tasas de hospitalización por abortos clandestinos, probablemente por el impacto de la reducción de la fecundidad, el acceso a la planificación familiar y, últimamente, por las estrategias preventivas de apoyo a los embarazos vulnerables.

- En Chile ya se realizan las intervenciones médicas necesarias para salvar la vida de la madre, pues si no fuese así sería imposible contar con los índices que hoy exhibe el país en materia de mortalidad materna.

Otro aspecto al que hizo mención fue que el proyecto de ley no establece un conteo de vigilancia epidemiológico exclusivo, que permita monitorear los abortos y, de esa forma, detectar si se producen cambios importantes en la práctica hospitalaria y en los factores ambientales que afectan el embarazo. Resaltó la necesidad de contar con esos datos y estadísticas, que pueden ser relevantes para la salud pública.

Asimismo, un asunto que no ha sido suficientemente debatido es el riesgo de los abortos que se practican después de las 20 semanas de gestación, situación en la cual el peligro aumenta 76,6 veces, dato que es muy relevante para efectos de la iniciativa en discusión, pues la mayoría de los abortos ocurrirá en ese lapso de tiempo.

Igualmente, en los Estados que han hecho más restrictivas su normativa sobre aborto se ha evidenciado una reducción de las muertes por esa causa, precisamente porque se prohíbe la realización de procedimientos en el segundo trimestre de embarazo. En la misma línea, planteó que la realización de abortos inducidos en el segundo trimestre

provocará otro factor de riesgo, presionando aún más el sistema público de salud.

Por otra parte, adujo que un estudio efectuado en más de 3.000 mujeres con embarazos no planeados detectó los principales motivos que podrían llevarlas a la realización de un aborto. Exhibió la siguiente imagen:

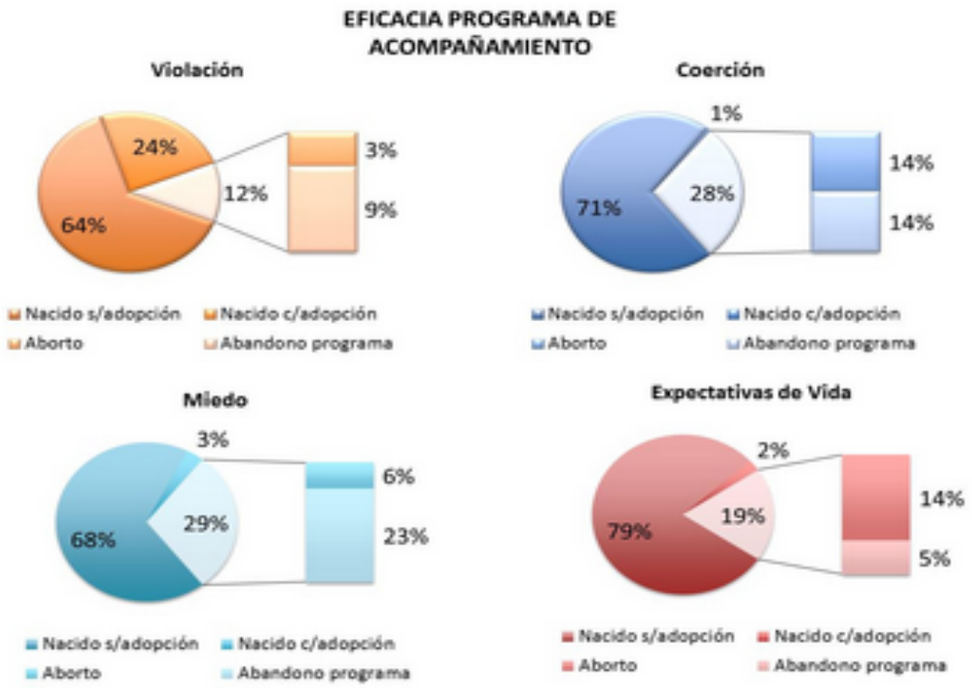
Tabla II
SITUACIONES DE VULNERABILIDAD ESPECÍFICA EN UN COHORTE DE 3.134 MUJERES CHILENAS CON EMBARAZOS NO PLANIFICADOS EN RIESGO DE ABORTO [28]

	Población total (n = 3134)	Declara intención de aborto No (n = 2648)	Declara intención de aborto Si (n = 486)	Valor p†
Coerción[a] (%)	10,1	3,7	44,4	< 0,001
Abuso sexual[b] (%)	1,9	1,8	2,1	0,897
Ocultar embarazo por temor[c] (%)	14,1	12,9	20,4	0,001
Expectativas de vida[d] (%)	5,5	2,3	22,8	< 0,001
Problemas psicológicos[e] (%)	31,4	36,9	1,9	< 0,001
Abandono de la pareja (%)	7,0	7,9	1,9	0,009
Abandono o expulsión del hogar (%)	17,0	20,1	0,4	< 0,001
Asistencia para dar en adopción (%)	8,0	9,4	-	-
Dudas sobre embarazo (%)	1,2	1,4	-	-
Otras causas (%)	4,0	3,5	6,2	0,245

[a]Coerción para abortar por parte de padre, madre, ambos padres o pareja; [b] Violación, incesto o abuso sexual reiterado; [c] Ocultar embarazo por temor a reacción de padres o pareja; [d] Incluye no interrumpir estudios, temor a ser madre soltera, razones socioeconómicas y proyecto de vida; [e] Incluye abuso de drogas o alcohol; † z-test.

Especificó que los primeros cuatro factores, es decir, coerción, abuso sexual, ocultamiento del embarazo por temor y por expectativas de vida explican cerca del 90% de las razones para abortar.

Luego, precisó que la eficacia global de los programas de acompañamiento en que se logra un embarazo con nacido vivo varía entre 69% y 85%. Presentó los siguientes gráficos:



En el caso de violación, la instancia de acompañamiento debe ir seguida de programas de adopción, puesto que si no lo hay habrá un 25% más de probabilidades de que la mujer aborte.

A modo de conclusión, expuso que la mejor opción es siempre la prevención del aborto y que, por tanto, el programa de acompañamiento debe ser sustitutivo del aborto y no un complemento del mismo.

En sentido opuesto, manifestó que la iniciativa de ley en debate, si se aprueba, constituirá un grave perjuicio a la salud pública materno infantil chilena.

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR MAURO PARRA, GINECO-OBSTETRA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

El doctor Mauro Parra, Gineco-Obstetra de la Universidad de Chile, explicó que desde la década de 1980 se comenzó a hacer ecografías, principal herramienta con que cuenta la medicina materno fetal para hacer predicciones de riesgo y diagnósticos de condiciones que alteran la estructura de los fetos, lo que se puede hacer desde las 11 semanas hasta edades gestacionales superiores. Los grandes hospitales públicos disponen de esa tecnología, al igual que de la requerida para hacer procedimientos diagnósticos cromosómicos y genéticos.

Una de las dudas planteadas en el debate es la capacidad de la institucionalidad sanitaria del país para abordar los desafíos que supondría la aprobación del proyecto de ley. Al respecto, expuso que Chile está bastante avanzado en medicina materno fetal, si se lo compara con la región y con el mundo. Actualmente se cuenta con sistemas de acreditación de programas y de certificación de especialistas.

Agregó que en la Universidad de Chile existe un programa acreditado en la materia –que está a su cargo-, el cual forma cuatro personas por año. Está por acreditarse próximamente otro programa, en la Pontificia Universidad Católica de Chile, que anualmente forma dos personas. Es decir, desde el año 2007 se forman alrededor de seis especialistas en medicina materno fetal, a los que deben sumarse todos aquellos que se han certificado en la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM). En consecuencia, el total de médicos especialistas en esta área es de 51.

Desde el punto de vista médico, sostuvo, para los obstetras el concepto de aborto es la interrupción del embarazo. La Organización Mundial de la Salud, a su vez, lo define como “aquella interrupción que se produce antes de las 22 semanas de gestación o cuando el peso del feto es menor a 500 gramos”. No se juzga la intencionalidad.

Aclaró que el embarazo comienza con la implantación, lo que se produce al séptimo día después de la fecundación. La viabilidad se presenta cuando el feto es capaz de sobrevivir extrauterinamente.

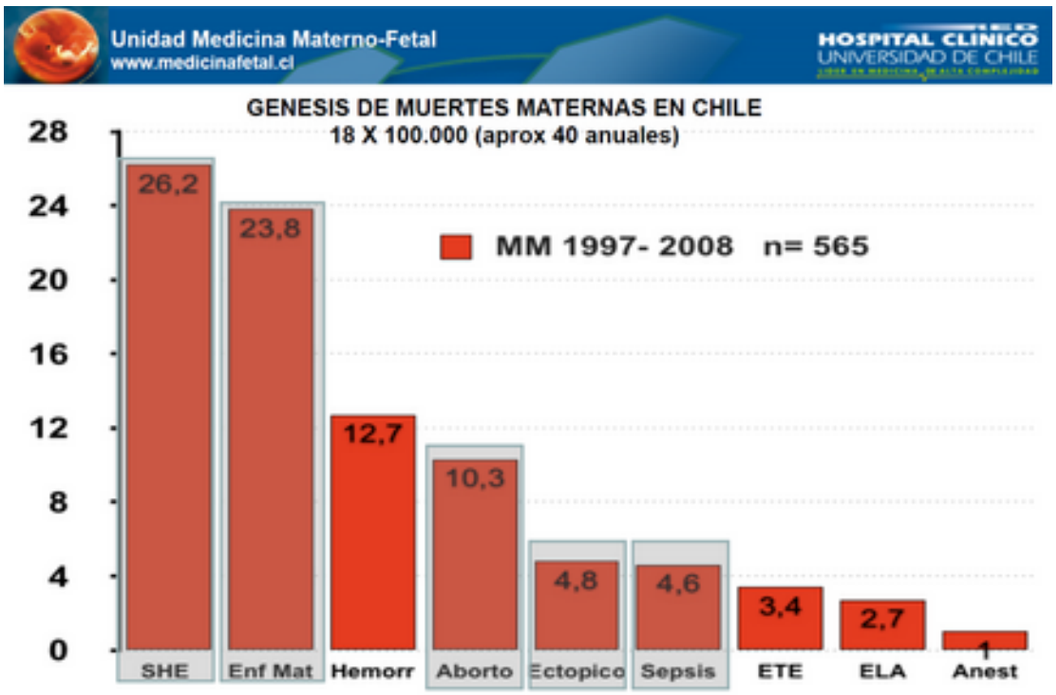
El proyecto de ley en debate contempla la posibilidad de la interrupción del embarazo por tres causales, de las cuales las dos primeras tienen absoluta relación con la medicina materno fetal, aunque la última también tiene una relación indirecta, por el hecho de que el procedimiento será llevado a cabo por Gineco-Obstetras.

Lo más relevante de la propuesta legislativa para quienes se dedican a la medicina es que se establece una nueva prestación

de salud y se fortalecerá el sistema de diagnóstico de alteraciones estructurales, genéticas o cromosómicas.

En torno a la primera causal, aseguró que nunca en Chile se ha dejado de hacer abortos por esta razón. Si bien no se le llama directamente aborto, efectivamente lo es, por cuanto se trata de la interrupción de un embarazo en que el feto, que estaba vivo, fallece producto del procedimiento médico. En este caso no se juzga la intencionalidad. No obstante, la penalización de todas maneras produce incertidumbre y un grado de acomodo de las indicaciones médicas, como consecuencia de una normativa legal que penaliza el aborto en toda circunstancia.

Expresó que las causas de mortalidad materna se explican principalmente por el síndrome de hipertensión del embarazo, la preeclampsia y todas las patologías que las mujeres padecen antes de embarazarse. Sobre estas últimas, sostuvo que han ido en crecimiento últimamente porque las mujeres se embarazan a mayor edad y tienen menos hijos. Presentó el siguiente gráfico:



De consiguiente, el concepto de riesgo de vida de la madre ya está incorporado en algunas de las muertes maternas que se producen por esas causas y, por tal motivo, la aprobación de la primera causal no traerá grandes cambios en términos de muertes maternas.

A mayor abundamiento, el Comité de Ética del Colegio Médico de Chile A.G. ha analizado este punto y ha indicado que

estima necesario introducir en el ordenamiento jurídico una norma que excluya expresamente la punibilidad del aborto por razones terapéuticas.

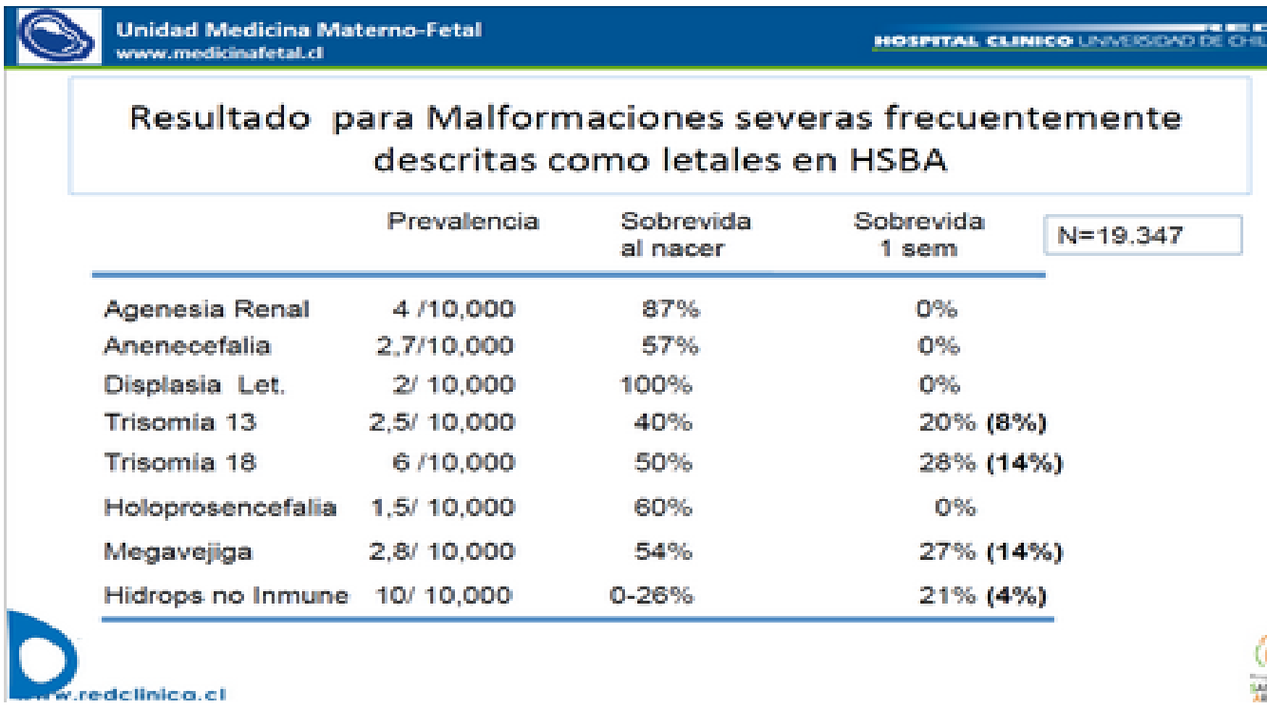
En lo referido a la segunda causal, concordó con la modificación introducida por la Cámara de Diputados, en el sentido de que el diagnóstico no debe hacerlo un “equipo médico”, sino que “especialistas calificados”. Estos últimos son los especialistas en medicina materno fetal, concluyó.

Otros temas de relevancia, agregó, son la forma de entrega de información a los padres, cómo se da a las pacientes la posibilidad de toma de una decisión autónoma, cómo se les acompaña y cómo se harán los cuidados paliativos, si la paciente opta por mantener el embarazo.

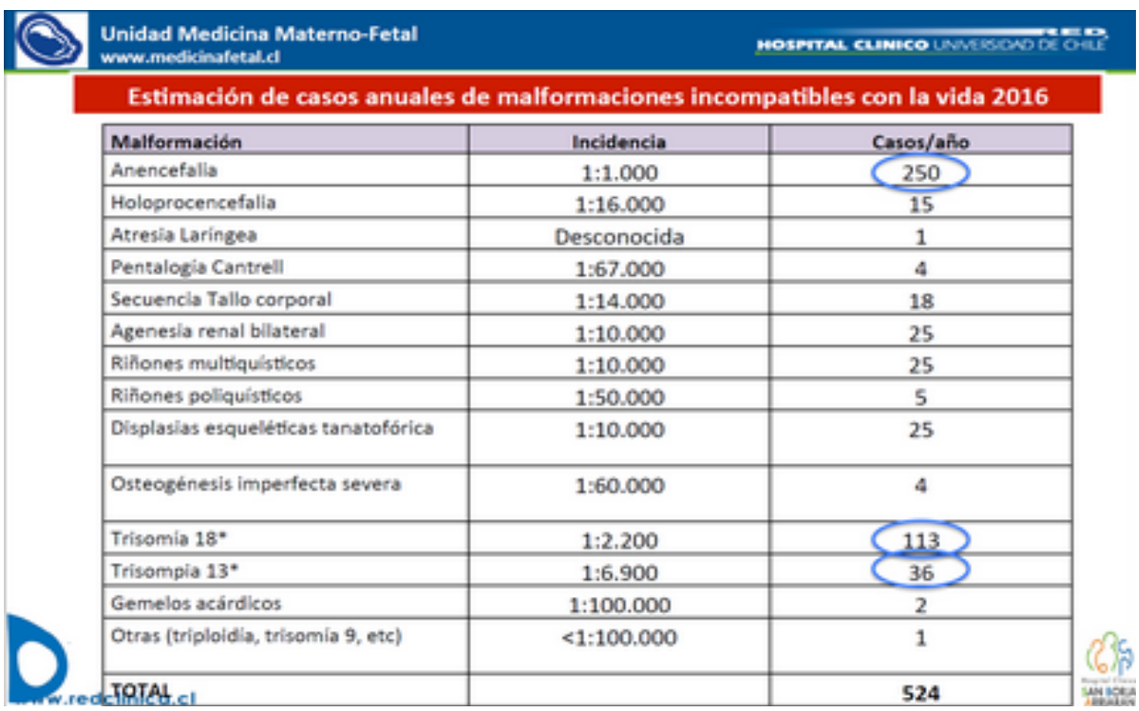
Sobre este asunto también ha habido un pronunciamiento del Comité de Ética antes mencionado, que ha dispuesto que la incompatibilidad con la vida es mucho más amplia que el mero hecho de que el bebé fallezca al nacer. Se requerirá contar con comités de especialistas calificados que puedan precisar casuísticamente cuáles son las pacientes cuyo embarazo cumple los requisitos para la aplicación de esta causal, esto es, aquellas patologías y condiciones que invariablemente causan la muerte durante el período fetal o tras el nacimiento, o que previsiblemente se asocian con un tiempo de supervivencia breve, aunque en condiciones muy excepcionales ésta pudiese ser mayor, pero inevitablemente con una muy mala calidad de vida.

Manifestó que en los hospitales públicos se practica regularmente el cribado de riesgo de alteraciones cromosómicas, lo que se realiza mediante ecografías y otras herramientas específicas hechas por personas con una especialización concreta. Los resultados de ese cribado alcanzan un 97% de sensibilidad, lo que es muy cercano a hacer diagnóstico. También hay procedimientos diagnósticos de carácter invasivo, que se hacen en distintas edades gestacionales y con bajísimo riesgo de pérdida del embarazo. Son totalmente certeros.

Exhibió una imagen que muestra los plazos de sobrevida en diversas patologías:



Del mismo modo, presentó un listado de enfermedades que podrían encuadrarse en la segunda causal del proyecto de ley:



Reseñó que la proyección del aborto terapéutico en Chile indica que de los aproximadamente 250.000 partos que se producen anualmente, habría alrededor de 700 correspondientes a la primera causal y 500 a la segunda, lo que no representa más del 0,5% del total de

gestaciones y no impactará en la salud pública del país. Sí tendrá efecto en la posibilidad de la mujer de adoptar una decisión autónoma sobre una situación particular que le afecta.

En torno a la causal de violación, planteó que la complejidad surge porque el aborto deberá realizarse en un hospital o al alero de uno, en que el Gineco-Obstetra a cargo del procedimiento podría esgrimir la objeción de conciencia. Informó que según encuestas realizadas recientemente, sólo el 35% de los facultativos está a favor de esta causal, lo que revela que ella tendrá problemas de aplicación, ya que sería inaceptable que el procedimiento estuviera a cargo de un profesional no médico.

Finalmente, citó a Fernando Savater, quien señaló que “Nadie sabe qué es en términos absolutos lo bueno y lo malo, de modo que cada una y uno tiene que intentar buscarlo a su modo y tener el derecho a equivocarse por sí mismo”.

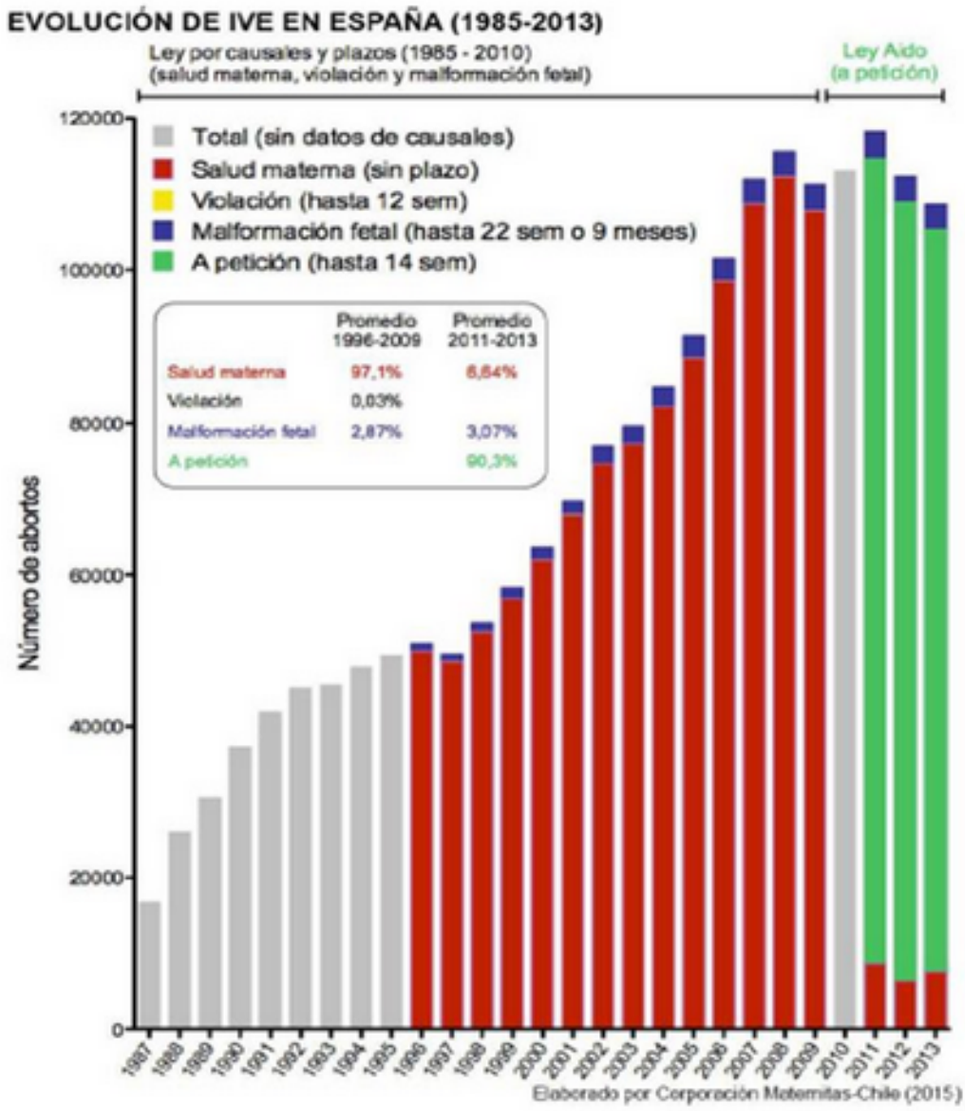
INTERVENCIÓN DEL DOCTOR JOSÉ ANTONIO ARRAZTOA, ACADÉMICO DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

El doctor José Antonio Arraztoa, académico de la Universidad de Los Andes, sostuvo que el análisis de los especialistas que han intervenido en la presente discusión, y la evidencia epidemiológica, hacen concluir que el proyecto de ley es innecesario, injusto e inseguro para la salud materna.

En primer término, afirmó que la primera causal contenida en la iniciativa legal refleja la práctica médica habitual en estos momentos en el país, lo que la hace innecesaria. De hecho, cuando un médico especialista se encuentra frente a la situación clínica de una patología con riesgo vital para la madre, aplica los tratamientos correspondientes sancionados por la lex artis. Estos tratamientos son discutidos con la paciente y se practican independientemente de si de ellos resulta la muerte embrionaria o fetal. Lo que se busca no es el aborto directamente, sino la salud de la madre. Es lo que clásicamente se llama aborto indirecto. Estos procedimientos son los que se enseñan en las facultades de medicina y son los que se aplican en todas las maternidades del país y, por ello, cualquier médico especialista reconoce la necesidad del tratamiento y está obligado, por el actual conocimiento de la ciencia médica, a aplicar esos tratamientos. Si tiene dudas es su deber consultar con otros especialistas, pero no puede negar a la paciente un tratamiento, si ella está de acuerdo.

Desde el punto de vista epidemiológico, la mortalidad materna no representa un problema de salud pública. En efecto, las bajas tasas de mortalidad materna que muestra Chile avalan que nunca se ha dejado de tratar pacientes embarazadas que presenten un cuadro clínico con riesgo vital. Por tal razón, no sería necesario modificar el cuerpo legal vigente, toda vez que un médico sabe la diferencia entre procurar un aborto directo y tolerar que como consecuencia de un tratamiento, se produzca la muerte del embrión o feto. En resumen, la introducción de la primera causal de la propuesta legislativa no redundará en la reducción de la mortalidad materna en las mujeres chilenas, porque las causas de muerte no se deben a la falta de aplicación de tratamientos.

Por otro lado, si la intención de aprobar esta primera causal es proteger a los médicos y darles seguridad de que actúan en un marco legal adecuado, como algunos proponen, es fundamental que la redacción sea lo suficientemente precisa para evitar interpretaciones que lleven a incluir dentro de esta causal enfermedades que no constituyen un riesgo actual e inminente para la mujer, como ha ocurrido en la experiencia de otros países. A fin de corroborar esta última afirmación, exhibió la siguiente imagen, que muestra la evolución de la interrupción voluntaria del embarazo en España:



Aseveró que las cifras manifiestan que antes de liberalizar la interrupción voluntaria del embarazo, en España el aborto por petición estuvo escondido en la causal relativa a la salud materna.

En relación con la segunda causal, postuló que existe una gran dificultad diagnóstica de las malformaciones congénitas, pues los médicos Gineco-Obstetras generales no tienen el entrenamiento adecuado para realizar estos diagnósticos, lo que lleva a un alto riesgo de interrumpir embarazos con niños normales. En un estudio nacional, se observa que el 83% de los diagnósticos o sospechas de malformaciones realizados por médicos Gineco-Obstetras, están equivocados.

Aun cuando se realice el diagnóstico de malformaciones fetales severas, no todas se comportan igual y no son infrecuentes los casos en que recién nacidos con el diagnóstico de

malformados tienen sobrevida extrauterina. Entonces, si se pretende aumentar la precisión diagnóstica, para lo cual habría que hacer los análisis en estados más avanzados de la gestación, también se incrementará el riesgo vital para la madre, porque para mejorar la precisión diagnóstica es necesario realizar las ecografías en el segundo trimestre del embarazo. Sin embargo, la interrupción del embarazo a esa altura se asocia a mayor morbilidad y mortalidad maternas.

Agregó que si bien es cierto que la intención del proyecto de ley es loable, en el sentido de evitar a la madre el dolor por un hijo gravemente enfermo, ese dolor ya existe. De consiguiente, “tratar” el duelo con el aborto no redunda en un bienestar psíquico de la madre, tal como lo han mostrado los especialistas en psiquiatría, que han señalado que las investigaciones al respecto muestran un efecto neutro o un agravamiento en la salud mental de las mujeres que son sometidas a aborto por un feto malformado.

Además, en un plano de discusión más profundo, resulta del todo inadmisible que en una sociedad como la chilena, en la que se ha trabajado para evitar la discriminación y potenciar la inclusión, se ofrezca una ley que discrimina por el estado de salud, dado que el feto es eliminado si no cumple con ciertos estándares de desarrollo. Es injusto también, para la esencia de la medicina, cambiar el enfoque hacia el paciente que pide ayuda, a uno propio del ámbito de la productividad empresarial, en que lo que cuenta es la calidad del producto.

En virtud de lo expuesto, hizo presente que, en su opinión, la segunda causal es injusta, ya que no se trata al feto como paciente, no se respeta su dignidad y no se promueve el desarrollo de la medicina perinatal. Asimismo, es insegura, pues incrementa el riesgo de mortalidad materna y la posibilidad de que se aborten niños sanos.

La tercera causal, a su vez, no ataca el problema de fondo que subyace a la agresión sexual, puesto que los embarazos por violaciones aisladas son extremadamente poco frecuentes. Esta causal, en realidad, está pensada para los embarazos que se registran por violaciones sistemáticas, en un contexto de situaciones sociales extremas y disfuncionales. En efecto, son síntomas de algo más profundo, complejo y dramático, representando por la vulnerabilidad de la mujer agredida. Además, esta causal es injusta, porque no responde a las reales necesidades de la mujer, las mantiene en situación de vulnerabilidad y castiga al feto, sin respetar su dignidad. Por otra parte, es insegura, pues incrementa el riesgo de salud de la madre.

Si la respuesta de la sociedad será interrumpir el embarazo de la niña o mujer violada, lo que probablemente ocurrirá es que la víctima quede en una situación de mayor desamparo aún. El foco de la atención y el esfuerzo legislativo, por lo tanto, debería apuntar a rescatar a esas mujeres de esa situación de abuso y castigar de forma ejemplar al

abusador. En consecuencia, interrumpir el embarazo no solucionará el problema, sino que lo agravará, con un deterioro de la salud mental de las mujeres violentadas.

A modo de conclusión, adujo que si hay consenso en que el aborto no es deseable, si a todos preocupa la salud de la mujer y estiman que se debe cuidar el trato y la dignidad de ella, sería preciso avanzar en el otorgamiento de servicios clínicos con capacidad de respuesta, de acompañamiento y de una mayor protección social y legal.

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR NICOLÁS RODRÍGUEZ

El doctor Nicolás Rodríguez manifestó que las discusiones públicas acerca del aborto inducido, como procedimiento médico para interrumpir el embarazo, han estado siempre vinculadas, en algún sentido, a una visión respecto de su incidencia en la salud mental de la mujer embarazada. De hecho, en relación con la segunda causal, el presente proyecto de ley justifica la eliminación del embrión o feto que padece de una malformación congénita letal, porque de no hacerlo sería forzar a la mujer a llevar un embarazo, manteniéndola en un permanente estado de duelo.

Entonces, dado que la justificación de este acto pasa por una razón de salud mental es relevante que los profesionales del área participen en la discusión de la iniciativa legal. En ese orden de ideas, precisó que, en base a su experiencia, es consciente de que aquellas mujeres, parejas y familias que se atienden en el Programa viven una experiencia profundamente dolorosa y desgarradora que, en algunos casos, constituye la peor que han sufrido. De consiguiente, procurar que alguien no padezca frente a algo que se le presenta objetivamente como un mal es una pretensión fuera de lugar, casi obscena.

De tal manera que frente al dolor lo que cabe es acompañar. En efecto, los seres humanos aspiramos a ser valorados, apreciados, a ser significativos para alguien. El ser objeto de un amor gratuito asombra, desarma, acompaña, consuela y, muchas veces, en esos momentos el amor por el otro que sufre se revela, se manifiesta y se fortalece.

Por otra parte, desde el punto de vista de la salud mental se cuestiona que el aborto resuelva de manera positiva el proceso de duelo de la mujer, ya que, si bien es cierto que no hay evidencia científica que permita fundamentar la afirmación de que las mujeres quedan destrozadas y deterioradas de por vida, tampoco se puede sostener con evidencia científica que el aborto sea beneficioso para la salud mental de la mujer. De hecho, la hipótesis que ha recibido más apoyo en los datos es que en el mejor de los casos -cuando hay condiciones sociales y familiares ideales- el aborto podría no generar cambios significativos en la salud mental de la mujer. Sin perjuicio de lo anterior, las asociaciones modestas pero consistentes entre el aborto y la probabilidad de conductas suicidas y consumo de sustancias no han sido desmentidas por la comunidad científica.

Ahora bien, complementó, en los casos específicos de malformaciones congénitas letales, las consecuencias negativas para la salud mental de la mujer que experimenta un aborto provocado son consistentes, presentando cifras significativamente elevadas para trastornos mentales como la depresión mayor y el estrés post traumático, incluso después de un año de haberse realizado el procedimiento.

Por lo demás, hasta la fecha no existe algún tratado en psiquiatría que proponga el aborto como intervención terapéutica para casos de embarazo de embrión o feto con malformación congénita letal.

En otro ámbito, recalcó que su experiencia le permite defender la tesis de que el acompañamiento de la mujer en circunstancias de un embarazo con un embrión o feto con malformación congénita letal, por un equipo de salud interdisciplinario calificado, protege la salud mental de esa mujer. Así, en un estudio llevado a cabo en la población consultante del programa de Cuidados Paliativos Perinatales UC, de un total de 15 mujeres que concibieron un hijo con una malformación congénita letal y que durante su embarazo, parto y post parto fueron acompañadas por el equipo del programa antes mencionado, el 100% de ellas no presentó psicopatología general; ninguna presentó episodio depresivo ni trastorno de estrés post traumático. Del mismo modo, el 67% de las mujeres encuestadas señalaron haber presentado un “cambio moderado” a “gran cambio” positivo, que consistió en que después de haber vivido esta experiencia en las circunstancias de ser acompañadas, la relación con otros mejoró; hoy piensan que tienen nuevas posibilidades; reconocen en ellas mismas fortaleza personal; presentan una nueva valoración por la vida, y reconocen un crecimiento personal espiritual.

En suma, es posible sostener que no hay evidencia de que la eliminación del embrión o feto gravemente enfermo en el vientre de su madre sea un beneficio para ella en cuanto a su salud mental. En cambio, la propuesta de ofrecer un acompañamiento a través de los cuidados paliativos perinatales, efectuado por un equipo de salud calificado, además de dignificar, protege la salud de la mujer y fomenta la resolución positiva de la pérdida de un hijo. Por consiguiente, si realmente lo que desea el Gobierno es proteger la salud mental de la mujer que lleva un embarazo de estas características, los recursos debieran destinarse a políticas públicas de acompañamiento y no de inducción del aborto.

INTERVENCIÓN DE LA BIOQUÍMICA SEÑORA PAULA ARACENA, DE PROYECTO ESPERANZA

La Bioquímica señora Paula Aracena, de Proyecto Esperanza, informó que actualmente se lleva a cabo un proyecto de investigación internacional que estudia epidemiológicamente las secuelas psicológicas post aborto, sobre una cohorte de 586 mujeres reclutadas por Proyecto Esperanza con casos de aborto espontáneo y provocado voluntariamente. Se realizó un análisis para evaluar si existían diferencias en algunas secuelas psicológicas de las estandarizadas por la Organización Mundial de la Salud, dependiendo del tipo de aborto sufrido por dichas mujeres.

En términos de las razones invocadas para abortar, expresó que los resultados son bastante consistentes con el estudio previo sobre una cohorte de la Fundación Chile Unido, de mujeres que están pensando en abortar. Se comparó con 551 mujeres que abortaron de forma voluntaria. Los resultados están expresados en la siguiente imagen:

El miedo y la coerción, en ambas cohortes, resultaron ser los motivos principales para recurrir al aborto. En definitiva, ello demuestra que la decisión tiene muy poco que ver con una elección libre.

Expuso luego los resultados de acuerdo a ejes psicológicos.

El eje cognitivo evidenció ideación suicida, baja autoestima e intrusiones cognitivas en forma de pesadillas o de recuerdos del niño que no nació. También se observan diferencias significativas entre mujeres con abortos espontáneos y provocados. Si se hace un estudio multi

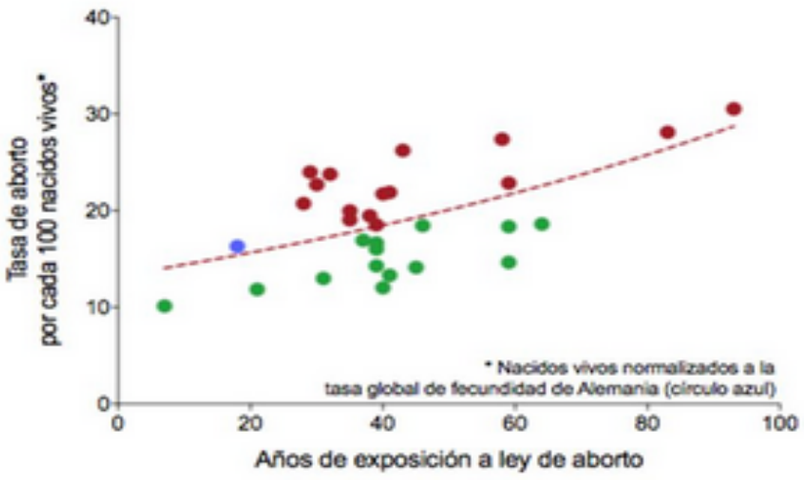
variado para establecer factores predictores del riesgo de estas secuelas es posible determinar que los mayores son recurrir al aborto por algún tipo de miedo, realizar el aborto con Misoprostol o recurrir al aborto por opción. La decisión libre aumenta el riesgo de secuelas, sentenció.

En las secuelas del eje conductual, es decir, intento de suicidio y cambios conductuales sin razón aparente, nuevamente se demuestra que el aborto provocado es el que las genera en mayor medida. Por el contario, ninguna de las mujeres que han sufrido abortos espontáneos exhibe estas secuelas. Las variables que predicen este riesgo, entre las 92 analizadas en forma independiente, señalan igualmente el aborto provocado con Misoprostol, recurrir al aborto por miedo de algún tipo y un aborto voluntario previo.

Las secuelas del eje afectivo, la desolación y el arrepentimiento, sólo aparecen en el caso de aborto provocado voluntariamente y están completamente ausentes en términos el espontáneo. Rabia y miedo o pánico son superiores en la cohorte de mujeres con un aborto provocado y prácticamente ausentes en abortos espontáneos. En términos de las variables predictoras de este riesgo está nuevamente recurrir al aborto por algún tipo de miedo, el provocado por Misoprostol y hacerlo por coerción de los padres.

De consiguiente, el aborto químico con Misoprostol tiene menos peligros para la mujer desde el punto de vista físico, pero aumentan el riesgo de sufrir estas secuelas de orden psicológico.

Finalmente, mostró un gráfico que da cuenta de la situación de los distintos países que han legalizado el aborto, en términos de los años de exposición al aborto y de cuántos se realizan:



México DF (7 años)
Alemania (18 años)
Bélgica (21 años)
Eslovaquia (28 años)
España (29 años)
Portugal (30 años)
Grecia (31 años)
Hong Kong (32 años)
Estados Unidos (35 años)
Italia (35 años)
Nueva Zelanda (37 años)
Francia (38 años)
Eslovenia (39 años)
Holanda (39 años)
Islandia (39 años)
Noruega (39 años)
Suecia (40 años)
Singapur (40 años)
Finlandia (41 años)
Dinamarca (41 años)
Inglaterra y Gales (43 años)
Australia (45 años)
Canadá (46 años)
Ucrania (58 años)
Belarus (59 años)
Latvia (59 años)
Lituania (59 años)
República Checa (64 años)
Japón (83 años)
Rusia (93 años)

Destacó que todos los países siguen la misma tendencia, esto es, el aumento de los abortos. Por tal motivo, lo único que se puede esperar en Chile con la aprobación de una normativa como la que está en discusión es que se incrementen las secuelas psicológicas post aborto.

INTERVENCIÓN DE LA SEÑORA VERÓNICA UNDURRAGA, PROFESORA DE DERECHO CONSTITUCIONAL EN LA UNIVERSIDAD ADOLFO IBÁÑEZ

La señora Verónica Undurraga, profesora de Derecho Constitucional en la Universidad Adolfo Ibáñez, planteó que la Constitución chilena, en el artículo 19, ordinal 1°, párrafo segundo, ordena al legislador proteger la vida del que está por nacer. La protección de la vida prenatal, por ser la Constitución un documento jurídico -además de una Carta Política-, debe ser una protección efectiva y no meramente simbólica. Para cumplir con ese deber, el legislador goza de libertad de configuración legislativa, lo que significa que tiene libertad para escoger los medios que estime más convenientes para verificar efectivamente el mandato de proteger la vida prenatal.

En ese sentido, enfatizó, es importante tener claro que la Constitución no obliga al legislador a penalizar la interrupción voluntaria del embarazo en toda circunstancia, al igual que los tratados internacionales de derechos humanos, que tampoco lo hacen. En efecto, ni la Constitución ni los tratados obligan, por ejemplo, a penalizar la interrupción del embarazo si la vida de la mujer embarazada está en peligro o si hay inviabilidad fetal, ni tampoco si la gestación ha sido resultado de una violación. Así, prestigiosos tribunales constitucionales del mundo, como el alemán, el portugués, el colombiano y la Suprema Corte de Justicia de México, aplicando constituciones que, al igual que la nuestra, ordenan la protección de la vida prenatal, han reconocido este principio de libertad de configuración legislativa. En consecuencia, han señalado que se puede despenalizar parcialmente la interrupción voluntaria del embarazo, siempre que el conjunto de las medidas que adopte el legislador otorguen protección suficiente a la vida intrauterina. Sin embargo, esos mismos tribunales constitucionales, y otros, han advertido que la libertad de configuración legal tiene un límite, determinado por la denominada prohibición de exceso, que consiste en que las medidas de protección no pueden afectar los derechos de la mujer embarazada.

Seguidamente, consignó que la Constitución entregó al Poder Legislativo la potestad de decidir cuáles son las formas más efectivas de prevención del aborto, lo que, en su opinión, constituye una decisión sensata, toda vez que los procedimientos legislativos permiten conocer y tomar en cuenta las valoraciones sociales que influirán en el éxito o fracaso de las medidas y evaluar la evidencia empírica y de salud pública disponible, tanto a nivel nacional como en la experiencia comparada. Por lo demás, el legislador chileno está en una situación especialmente privilegiada para analizar esta evidencia, porque cuenta con información confiable, que demuestra que existen países, como Alemania, que han tomado el compromiso explícito de cumplir con el mandato constitucional de proteger la vida prenatal y que han logrado tener las tasas de aborto más bajas del

mundo, priorizando la prevención y el apoyo social, sin amenazar a las mujeres y a los médicos que las atienden con penas de prisión.

Afirmó que en el derecho constitucional comparado de los países occidentales que han logrado las menores tasas de aborto a nivel mundial, en el derecho internacional de los derechos humanos y en las organizaciones globales dedicadas a la salud pública, como la Organización Mundial de la Salud, existe la convicción de que no se puede confiar en el supuesto efecto disuasivo de la penalización absoluta de la interrupción del embarazo, porque la disuasión respecto del aborto no funciona. En efecto, a pesar de los riesgos, cuando las mujeres deciden abortar lo hacen, a veces solas, pero la gran mayoría de las veces acompañadas de sus madres, sus parejas o sus amigas. De hecho, los últimos estudios publicados en la prestigiosa revista médica The Lancet concluyen que la legalidad o ilegalidad del aborto no es una variable que influya en la incidencia del aborto inducido. Incluso, basta con constatar que los países con regímenes liberales de aborto tienen las tasas más bajas del mundo.

Lo que sí funciona, razonó, como bien entendió el Tribunal Constitucional alemán y muchos otros después que él, son las medidas que se diseñan entendiendo y ofreciendo soluciones, en la medida de lo posible, a los conflictos que viven las mujeres embarazadas en estas situaciones extremas. Así, el Tribunal Constitucional alemán lo entendió perfectamente cuando afirmó que las posibilidades del Estado de proteger al no nacido son mayores si trabaja “en conjunto con la madre” en lugar de hacerlo contra ella y, en ese contexto, ordenó el año 1975 considerar lícita la interrupción legal del embarazo en casos que el legislador considerara tan extremos, que hicieran jurídicamente inexigible a la mujer mantener la gestación.

En ese orden de ideas, sostuvo que las propuestas que el Congreso está estudiando son más restringidas que las soluciones que el legislador alemán instauró en cumplimiento de la referida sentencia del año 1975. De consiguiente, quien tenga un verdadero compromiso por la protección del que está por nacer debe atender a las evidencias y no defender la criminalización de las mujeres como una medida de protección a la vida prenatal, porque no lo es. No se cumple con el mandato de protección amenazando a las mujeres ni a sus médicos con la cárcel.

Puso de manifiesto que, además del principio de libertad de configuración legislativa, el legislador debe tener en cuenta el requisito de ultima ratio del derecho penal, que implica que debe demostrarse la ineficacia de otras medidas, antes de acudir a la sanción criminal, por ser la amenaza penal la medida más extrema e intrusiva para los derechos y libertades de la mujer embarazada. La aplicación de este requisito ha sido repetidamente sostenida por parte de los tribunales constitucionales que se han pronunciado sobre la constitucionalidad de leyes

que regulan la interrupción del embarazo. Así las cosas, el año 2010 el Tribunal Constitucional portugués aclaró que este principio implica que quienes proponen penalizar el aborto consentido, basados en el argumento de que la penalización protege la vida prenatal, tienen la carga de probar que otras medidas alternativas diferentes de la pena criminal no son efectivas para lograr su objetivo. Agregó que cuando se habla de eficacia en estas materias el juicio que debe hacerse es comparativo y no absoluto, pues ningún país ha logrado erradicar completamente el aborto voluntario, aunque sí hay naciones que han sido más exitosas que otras.

Es decir, lo que tendría que demostrar un partidario de la criminalización es, a lo menos, que la amenaza penal es más efectiva que las medidas de protección de la vida prenatal menos intrusivas en lo que atinge a los derechos de la mujer embarazada. Observó que criminalizar a la mujer, teniendo al frente la evidencia de que es una medida contraproducente para lograr el objetivo de protección que se proclama perseguir, es una conducta que destina a las mujeres a abortar en la clandestinidad, poniendo en peligro su salud y, en ocasiones, su vida.

Adujo que el razonamiento constitucional comparado ha avanzado mucho en países en que existe un régimen jurídico que no difiere del nuestro en materia de protección de la vida prenatal y, en esa línea, la criminalización absoluta de la interrupción del embarazo, que se consideraba en el pasado como una situación aceptable desde el punto de vista de los principios de las democracias constitucionales occidentales, es ahora una situación anómala y que requeriría, para sostenerse, de una justificación especialmente poderosa.

Hizo notar que concuerda con que la vida humana prenatal es valiosa y en que hay que hacer los máximos esfuerzos por preservarla; la Constitución lo mandata y, como persona y como constitucionalista, suscribe esa afirmación. Sin perjuicio de lo anterior, expresó que sus discrepancias no se refieren al valor de la vida del que está por nacer, sino que a la criminalización de las mujeres y sus médicos, cuando ellas deciden interrumpir un embarazo en circunstancias extremas, como las que se describen en las tres causales de este proyecto de ley. Más aún, enfatizó que ha sostenido en sus publicaciones que, en línea con lo que han fallado los más importantes tribunales constitucionales del mundo, una correcta lectura de los derechos que contienen las constituciones occidentales, incluyendo la nuestra, es la que lleva a considerar tanto el valor de la vida prenatal como el carácter fundamental de los derechos de las mujeres, prohibiendo criminalizar el aborto bajo las tres circunstancias a las que hace mención la iniciativa legal.

En ese contexto, arguyó la señora Undurraga, la legislación chilena vigente viola la Carta Fundamental, pues el legislador ha dispuesto una medida inconducente a la protección de la vida prenatal -la penalización absoluta del aborto-, la que, además, incumple la prohibición de exceso, por ser atentatoria contra los derechos de las mujeres. Entonces, lo

que corresponde desde el punto de vista constitucional es que la ley sea rectificada por el Congreso.

Continuó señalando que la penalización de un aborto que se practica sin el consentimiento de la mujer protege la vida prenatal y también protege los derechos de la mujer a su autonomía e intangibilidad corporal. Sin embargo, la situación es radicalmente distinta cuando se penaliza la interrupción de un embarazo bajo las tres causales que contempla el proyecto y esa intervención es decidida y consentida por la mujer embarazada. En este caso, el legislador debe tener conciencia de que está buscando proteger la vida prenatal a costa del sacrificio de los derechos de la mujer, entre los cuales se cuenta el derecho al reconocimiento de su dignidad, el derecho a la vida y a la integridad física y síquica, el derecho a la privacidad, tanto en su dimensión de intimidad como de autonomía personal, el derecho a la libertad de conciencia y a la libertad religiosa, el derecho a la igualdad y a no ser discriminada, el derecho a la protección de la salud y el derecho a no ser sometida a apremios ilegítimos, en los términos del derecho internacional de los derechos humanos.

Seguidamente, trajo a colación la alternativa que han planteado algunos críticos al proyecto de ley, consistente en que la mujer acceda a que un tribunal declare a su favor una causal de exculpación de responsabilidad penal, con el fin de que, si interrumpe el embarazo por alguna de las tres causales, no tenga que cumplir con la pena asignada al delito. De aplicarse una causal de justificación en lugar de una causal de exculpación, la interrupción del embarazo realizada en el marco de alguna de las tres causales constituye un acto aprobado por el derecho. La exculpación, en cambio, implica seguir manteniendo la interrupción del embarazo en esos casos como un acto ilícito, antijurídico y reprochable, pero permite no culpar a la mujer por esa decisión contraria a derecho, asumiendo que el comprensible dolor que siente por la situación que está viviendo la hizo tomar una decisión equivocada.

Agregó que las mujeres que interrumpen sus embarazos no son delincuentes, casi ninguna tiene antecedentes penales y, por regla general, con posterioridad no cometen nuevos abortos ni otros delitos. Se trata de mujeres comunes y que muchas veces asumen solas las tareas de cuidado de niños, ancianos y enfermos, sin la cuales nuestras familias no podrían mantenerse. Las mujeres que crían y cuidan son las mismas mujeres que abortan y no son mejores ni peores personas que cualquiera de nosotros, porque son las mujeres con que convivimos todos los días. En realidad no son “ellas”, porque ellas, en realidad, son parte del “nosotros”, manifestó la expositora.

Puntualizó que el tema al que ha hecho alusión apunta a un asunto de primera importancia para el buen funcionamiento de una democracia constitucional, toda vez que quizás el más importante desafío del constitucionalismo moderno consiste en que quienes tienen algún poder para influir en la comprensión y aplicación de las normas

fundamentales deben ser capaces de superar la división inconsciente que hacemos de los ciudadanos, entre “nosotros” y “ellos”. En consecuencia, el gran desafío es superar los sesgos históricos, elitistas, masculinizantes -de los cuales ninguno de nosotros es personalmente culpable, pero sí todos nosotros somos profundamente responsables- y otros tantos sesgos históricos que limitan nuestra capacidad de visibilizar, incorporar y entender como legítimamente propias del cuerpo social las experiencias y perspectivas morales de aquellos “otros”, que históricamente han sido marginados de la tarea de dar significado a los derechos constitucionales. Entre aquellos “otros” están las mujeres, culminó.

Para explicar por qué la interrupción voluntaria del embarazo debe estar legalmente justificada y no ser objeto de causales de exculpación, señaló textualmente que “aunque nosotras, las mujeres que abortamos, suframos con nuestra decisión, no hemos perdido las competencias básicas de ejercicio del derecho a la autonomía que la Constitución nos garantiza. No hemos perdido la capacidad de pensamiento racional, de discernimiento moral, ni nuestra capacidad de identificar cuáles son nuestros sentimientos, nuestras necesidades ni nuestros valores, ni hemos perdido la capacidad para decidir lo que es correcto para nuestra salud y bienestar y el de nuestras familias. Estamos mejor capacitadas que el Estado, que cualquier juez, para tomar esa decisión. La decisión sobre los riesgos vitales que vamos a asumir en razón de un embarazo; la decisión de cómo nuestras familias van a hacer un mejor duelo por ese niño que buscamos tener, pero que está destinado a no sobrevivir el nacimiento; la decisión de qué necesitamos para recuperarnos y rehacernos cuando nos destrozaron el cuerpo y el alma con la violencia de un abuso sexual. Bajo el estándar clásico del derecho, si se nos aplica a nosotras, no somos incompetentes ni estamos, en la mayoría de los casos, actuando bajo coerción. Al decidir continuar o interrumpir nuestros embarazos bajo alguna de estas tres causales estamos tomando, con la responsabilidad de que somos capaces como seres humanos, nuestra mejor decisión moral. Y esa decisión de conciencia está amparada por el artículo 19 N° 6 de la Constitución.”.

La misma línea argumentativa siguió el Tribunal Constitucional alemán el año 1975, cuando reconoció que en aquellas situaciones de conflicto tan extremas como el aborto terapéutico y otros que se originen en embarazos que impliquen sacrificios inusuales a la mujer, que “no permiten un juicio moral inequívoco y en los que la decisión a favor de un aborto puede adquirir el rango de una resolución de conciencia que merece consideración, el legislador está obligado a ejercer especial retracción” y debe reconocer una “zona libre de derecho, en que el Estado se abstiene de realizar un juicio de valor y deja este juicio a la decisión del individuo, para que éste lo tome de acuerdo a su propio sentido de la responsabilidad”.

Expresó que no es que el resto del mundo haya perdido sus valores morales o el sentido de justicia al despenalizar la interrupción del embarazo por las tres causales que contempla el proyecto de

ley, sino que lo que acaeció fue que las instituciones democráticas han incorporado en sus instancias de deliberación las concepciones y prácticas morales de las mujeres y han corregido algunas de las cegueras del derecho. Así, escuchando a las mujeres han encontrado formas más efectivas de proteger la vida prenatal que amenazando a las embarazadas con cárcel.

Para cumplir con la Constitución, razonó, no basta con expresar compasión, ya que con ello no se reconoce en la víctima de violación o en la mujer que interrumpe un embarazo por razones terapéuticas o de inviabilidad, a una persona que tiene derecho a defender la corrección moral de su decisión -mantener o terminar su embarazo- y a exigir que el derecho reconozca su licitud. En efecto, aI legislador no se le pide compartir la perspectiva de la mujer, sino que basta con que reconozca el derecho constitucional a la libertad de conciencia para decidir sobre cómo rearmar su vida después del abuso o de la experiencia extrema de vivir un embarazo que pone en peligro su vida o en que el feto es inviable.

Por ello, complementó, la sola promesa de exculpación no cumple con estándares constitucionales, toda vez que constituye un trato cruel e inhumano intentar preservar un principio moral o perseguir la protección del que está por nacer, si eso se hace a costa de enviar a las mujeres y a las niñas a abortar en la clandestinidad y prometiéndoles que si las descubren cuando lleguen desangrándose al hospital o alguien las delate un juez caritativo las puede eximir de la pena, si logran probar más allá de toda duda razonable que un abusador las violó.

Ello es inhumano e inconstitucional, porque vulnera la dignidad humana y los derechos fundamentales de la mujer, afirmó.

Por otra parte, según la Constitución vigente, las mujeres y las niñas son consideradas libres e iguales en dignidad y derechos y el Estado está a su servicio y debe contribuir a crear las condiciones para su mayor realización espiritual y material posible. La Carta Política protege su vida, su integridad física y síquica, su privacidad, su salud y su libertad de conciencia, entre otros derechos. Por tal motivo, la penalización de la interrupción del embarazo por las tres causales del proyecto de ley, aun incorporando una causal de exención de la pena para la mujer, viola esos derechos e infringe la obligación del Estado de respetar la dignidad de la mujer.

Añadió que la pregunta jurídica relevante que han enfrentado los principales parlamentos y tribunales constitucionales del mundo es cuál es el límite constitucional, es decir, hasta qué punto se puede exigir, de acuerdo al Texto Fundamental, a una persona que es libre, igual a nosotros y a quien se reconoce dignidad humana que soporte, además de una situación de embarazo crítico, el sufrimiento, el miedo y la estigmatización asociada a un procedimiento penal que está en las manos del propio legislador evitar. Se preguntó dónde está el límite en que el celo

por proteger la vida prenatal que impone a la mujer el deber de mantener un embarazo, se transforma en violación de sus derechos constitucionales.

Manifestó que no es equivocado señalar –tal como lo ha hecho la mayoría de los parlamentos, tribunales constitucionales y comités de supervisión de tratados internacionales que han formulado recomendaciones a Chile, en el sentido de modificar su legislación sobre aborto- que exigir a una mujer embarazada la continuidad de un embarazo cuando éste pone en peligro su vida, cuando el feto es inviable o cuando el embarazo ha sido producto de una violación, traspasa el límite constitucional.

Expresó que el derecho debe crear las condiciones para que todas las personas sientan que pueden presentarse ante los demás como personas cuya dignidad se respeta. Es a esas condiciones a las que Rawls, en su Teoría de la Justicia, llama “the social basis of self-respect", es decir, las bases sociales que hacen posible el respeto hacia uno mismo. Ese reconocimiento social es, en la teoría de Rawls, un bien primario del que todas las personas deben poder gozar para ser genuinamente parte de la sociedad política, para ser reconocidos como verdaderos ciudadanos, en el sentido más esencial y político del término. En efecto, el derecho contribuye a crear esas condiciones de reconocimiento cuando, por ejemplo, mediante las reglas de consentimiento médico informado se respeta la voluntad del paciente respecto de intervenciones médicas con el objeto de proteger la indemnidad corporal.

No obstante, en materia de interrupción del embarazo se hace exactamente lo contrario, dado que la penalización absoluta del aborto consentido humilla a las mujeres, desconoce o minimiza el sufrimiento que experimentan frente embarazos críticos, como los que regula el proyecto, impone violentamente interpretaciones sobre cómo la mujer debe sentirse, y la estigmatiza como egoísta o, en el mejor de los casos, la infantiliza, duda de su palabra y utiliza su cuerpo y su dolor, todo ello para enviar un contradictorio mensaje social de “respeto a la vida”.

Opinó finalmente que de aprobarse la iniciativa legal en debate, constituiría un avance significativo en la manera en que el Estado chileno enfrenta su deber constitucional de respetar la vida del que está por nacer, que abrirá la posibilidad de pensar en formas realmente efectivas y no meramente efectistas de protección, que incorporen la perspectiva moral y la sabiduría adquirida por la experiencia de vida que tienen las mujeres, que hasta ahora han sido desechadas como irrelevantes por el legislador, pero que como demuestra la experiencia constitucional comparada, es la clave que permite encontrar las formas de compatibilizar una protección efectiva de la vida prenatal y el pleno respeto a la dignidad de las mujeres y las niñas.

INTERVENCIÓN DE LA SEÑORA CECILIA MEDINA, ACADÉMICA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

La señora Cecilia Medina, académica de la Universidad de Chile, en primer lugar, precisó que las normas de los tratados de derecho internacional se interpretan de acuerdo a las reglas de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, es decir, de buena fe, de acuerdo al significado ordinario que se da a los términos del tratado en su contexto y a la luz de su objeto y propósito. Por tanto, la interpretación no se efectúa de acuerdo con las reglas del derecho interno.

En el campo del derecho internacional de los derechos humanos, complementó, la interpretación es, por esencia, extensa. Las normas que consagran los derechos contienen casi siempre una escueta descripción de cada derecho y, en base a esa característica, es preciso darles contenido, acción que realizan los órganos de supervisión internacional y, en el caso de Chile, básicamente la Corte Interamericana de Derechos Humanos y el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

Por otra parte, recalcó que el sistema de interpretación y de protección de los derechos humanos es integral, porque ellos son universales. Por lo tanto, el método de interpretación debe considerar la evolución del respectivo derecho en base a jurisprudencia previa, tratados diferentes del cual emana el derecho y decisiones adoptadas por otro tipo de instancias internacionales.

A modo de ejemplo, tanto el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas como la Corte Interamericana de Derechos Humanos han derivado del derecho a la vida el derecho a la salud. El primero de esos organismos, de hecho, en un comentario general dijo que había que tomar en cuenta, para que la nación correspondiente informara acerca del cumplimiento del derecho a la vida en su territorio, cuál era el estado de desnutrición de sus niños y si algunos de ellos estaban más desprotegidos que otros. En definitiva, se concluía que el derecho a la salud formaba parte del derecho a la vida.

Otro ejemplo, agregó, es el desarrollo de la segunda oración del artículo 5.2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que dispone que: “Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano”. Esta concisa norma, que es en realidad un principio que debe desarrollarse, se ha interpretado por la Corte acudiendo a las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, normas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad.

Afirmó que en uno de los casos en que se sobreseyó a Augusto Pinochet, su abogado defensor, don Pablo Rodríguez,

invocó que sufría de discapacidad mental. Aunque en ninguna parte del artículo 8 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos se hace mención explícita a esa circunstancia, la Corte de Apelaciones aplicó correctamente ese precepto, para decidir sobre su procesamiento. En consecuencia, el hecho de que un derecho esté o no explícitamente estatuido no es necesario para definir su existencia.

Por otra parte, acotó, los derechos humanos no tienen jerarquía en los instrumentos internacionales. En efecto, si hubiera una categoría de ellos, en virtud de la supuesta prevalencia del derecho a la vida no sería posible la existencia de la institución de la legítima defensa.

En caso de presentarse conflictos entre derechos deberán resolverse de acuerdo con las disposiciones internacionales, bajo ciertas reglas aplicables a la cuestión controvertida. En primer lugar, si se determina que un derecho prima sobre otro, el segundo podrá ser restringido, lo que tendrá que hacerse por ley, con el fin de lograr un objetivo compatible con las obligaciones del Estado y de una sociedad democrática. Este último requisito, ampliamente utilizado y explicado en la jurisprudencia europea, universal e interamericana, a su vez exige que la interferencia se ordene por una urgente necesidad social; que sea conducente para conseguir su objetivo, y que no haya otra alternativa para alcanzar ese fin. En conclusión, el Estado respectivo deberá fundamentar la razón de la restricción aplicada.

Seguidamente, se refirió específicamente al contenido del artículo 4, párrafo 1, de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que dispone: “1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente”.

Sostuvo que el derecho que se consagra en este párrafo es el de no ser privado de la vida arbitrariamente. Esto es sensato, porque la Convención permite la pena de muerte y también porque parecería incoherente eliminar de esa manera la legítima defensa o el uso legítimo de la fuerza que termina en una privación de la vida. De este modo, la palabra “arbitrariamente” forma parte de la definición del derecho a la vida.

El precepto añade que se protege la vida “en general, a partir del momento de la concepción”. En principio, este agregado tuvo origen en la posición de ciertos Estados con fuerte influencia del catolicismo, que deseaban incorporar en la Convención una convicción religiosa, dando así a esa postura la fuerza de tratado. Esto ya había sido intentado sin éxito al redactarse la Declaración Americana sobre Derechos y Deberes del Hombre.

Sobre este punto, estimó necesario hacer presente que el derecho a la libertad de religión y de pensamiento es

individual y no le corresponde al Estado, que no es titular de derechos humanos y, por tanto, no puede imprimir en sus leyes normas religiosas.

Para la adecuada interpretación de esta norma, acotó, es procedente revisar los trabajos preparatorios de la Convención, dado que el texto es ambiguo. En efecto, el uso de la palabra “concepción” no tiene un significado unívoco y se discute hasta hoy cuándo ella se produce. Asimismo, la voz “protección” también requiere desarrollo y, por lo tanto, interpretación. Previno que la técnica jurídica recomienda no utilizar conceptos que no estén debidamente definidos o consensuados.

Entonces, la ambigüedad de los términos antes mencionados aconseja recurrir a la noción de corpus juris[5], en que se encuentra un tratado y una Declaración que aportan una posible guía para determinarlos, a saber, el artículo 7 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y el artículo 15.3.a. del Protocolo de San Salvador -tratado anexo a la Convención Americana-, que se refieren a la protección de la madre embarazada y del niño nacido.

Otro antecedente que debe ser tenido en consideración, afirmó, es que al momento de redactarse la Convención Americana el aborto legal era una realidad en varias países y, en ese contexto, el texto preliminar del Tratado no incluía el agregado a que se ha hecho mención. En tal sentido, la expresión “en general” se incluyó bajo el prisma de que muchas naciones contenían en sus legislaciones la factibilidad de algún tipo de aborto y, por tal razón, no se partía de la base que el aborto estuviera totalmente proscrito.

Consignó que la discusión no fue muy fructífera para efectos interpretativos, pues algunos propugnaban por su incorporación y otros por su eliminación. Entonces, las naciones que tenían aborto entendieron que la expresión permitía mantener el estado actual de sus preceptivas. De hecho, no hubo reservas al precepto convencional analizado y lo único que se hizo de forma expresa fue una declaración de México, que postula que el agregado posibilita a los Estados permitir ciertos tipos de aborto.

Sostuvo que su conclusión sobre los trabajos preparatorios de la Convención es similar a la declaración antes indicada, especialmente porque si la interpretación fuese la opuesta, es decir, que se impedía el aborto en los Estados parte del Tratado, ello habría generado mayor discusión entre los firmantes.

---

[5] “El corpus juris del Derecho Internacional de los Derechos Humanos está formado por un conjunto de instrumentos internacionales de contenido y efectos jurídicos variados (tratados, convenios, resoluciones y declaraciones).” Opinión Consultiva OC-16/1999, de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Ahora, en base al texto de la Convención, se puede deducir que para ese instrumento el feto no es persona. De hecho, la primera parte del artículo 4 establece que toda persona tiene derecho a que se respete su vida y, por tanto, si el feto tuviera el estatus de persona no se habría necesitado más que esa mención para entenderlo incluido en la protección. Sin embargo, hubo que agregar explícitamente que la vida será protegida, en general, desde el momento de la concepción.

Por otra parte, arguyó la señora Medina, la criminalización del aborto es una restricción severa a varios derechos humanos de los que deben gozar las mujeres. Los derechos que se afectan por esta penalización son varios y están establecidos en tratados de los cuales Chile es parte, por lo que sus disposiciones le son obligatorias. Se limita el derecho a la vida, la libertad e integridad personal, el derecho a la salud, el derecho a la información y asesoramiento sobre planificación de la familia y el derecho a la privacidad.

Adujo que a pesar de que la jurisprudencia latinoamericana ha sido muy escueta en relación a esta materia, la Corte se ha pronunciado en el caso Artavia Murillo, sobre la prohibición de la legislación de Costa Rica de llevar a cabo fertilizaciones in vitro. En esa sentencia la Corte llegó a la conclusión de que la Convención no otorga al feto calidad de persona ni titularidad de derechos; sólo permite al Estado proteger al que está por nacer, pese a que no especifica la manera de hacerlo.

La Corte dejó de manifiesto una interpretación similar en el caso de una mujer de 22 años afectada de un severo caso de lupus y de una nefritis como consecuencia de aquella enfermedad, que estaba embarazada de un feto anencefálico. Los médicos manifestaron que era urgente una intervención para salvar la vida de la madre, pero que ello no les era permitido porque en El Salvador había prohibición absoluta del aborto y la Iglesia Católica y sus fieles se habían opuesto fuertemente y públicamente a que se practicara una intervención de ese tipo. Requerida por la afectada a través de la Comisión Interamericana, la Corte ordenó como medida provisional -que en el continente tiene algunas características del recurso de amparo- que debía llevarse a efecto la intervención, tal como los médicos lo indicaban.

Relató que esta última situación es de frecuente ocurrencia en los países americanos que no poseen una norma clara que despenalice el aborto en ciertos casos, ya que los médicos no se atreven a realizar los procedimientos de interrupción del embarazo, al igual que los jueces no se deciden a ordenarlos. En virtud de ello, instó a los legisladores a que las disposiciones que finalmente se aprueben sean de una claridad tal que no impidan la atención médica de la mujer cuando la requiera.

En conclusión, sostuvo que no hay conflicto de derechos entre el feto, que sólo es un valor a ser protegido por el Estado, y

los derechos de la madre. Además, si bien el feto debe ser protegido, ese resguardo no puede desconocer, en ningún caso, los derechos de la mujer.

En virtud de los argumentos antes explicitados, manifestó que el proyecto de ley en debate es compatible con las normas americanas sobre derechos humanos y representa el inicio del proceso de cumplimiento por Chile de las obligaciones que le corresponden en materia de derechos fundamentales de las mujeres.

INTERVENCIÓN DEL SEÑOR ÁLVARO PAÚL, ACADÉMICO DE LA FACULTAD DE DERECHO DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

El señor Álvaro Paúl, académico de la Facultad de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Chile, comenzó su ponencia acotando que la afirmación de que la prohibición del aborto no afecta la cantidad de abortos que se realizan en un determinado país, habría sido reconocida por la Organización de las Naciones Unidas y por estudios de instituciones reputadas a nivel internacional. Adujo que el estado de situación debe considerar escenarios comparables, toda vez que, por ejemplo, se dice que en Europa, que cuenta con normativas más liberales en la materia, tendría menos prevalencia de aborto que África, que tiene regulaciones restrictivas. Sin embargo, claramente el nivel de desarrollo socio económico de ambos continentes es absolutamente diferente, lo que excluye la veracidad del aserto. En sentido opuesto, de comparar Europa con Norteamérica –que ostentan condiciones de desarrollo similares-, se constata mayor cantidad de abortos en esta última, a pesar de que su preceptiva es menos estricta que la del Viejo Continente.

En definitiva, ante realidades semejantes se verifica menor incidencia del aborto en las naciones que se acercan a su prohibición.

Otro asunto que estimó importante tener en cuenta es que el problema del aborto afecta principalmente a las mujeres. Por una parte, los no nacidos del sexo femenino son los más abortados en el mundo y, por otra, la mujer que aborta, en muchas ocasiones está coaccionada. Entonces, uno de los objetivos que pretende la disposición que proscribe la práctica del aborto es proteger a la mujer de esa coacción, pues si el aborto es legal al agresor le es más fácil presionar a la mujer para que practique la interrupción del embarazo. Aunque algunos podrían postular que esta postura trataría a la mujer como una persona de segunda categoría, en realidad la legislación no puede ser absolutamente neutral y debe considerar que las mujeres son las más afectadas por situaciones de coacción. A este respecto, agregó, también es útil considerar que no hay mujeres presas por haberse practicado un aborto.

El proyecto de ley en estudio establece el aborto como un derecho. Entre sus antecedentes se afirma que no adoptarlo pondría a Chile en una situación de violación del Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Tal aseveración no es ajustada a la realidad, pues ninguna norma obliga a Chile a despenalizar el aborto -ni a legalizarlo, que es lo que hace este proyecto de ley-. En efecto, la única norma de Derecho Internacional que establece un derecho positivo al aborto es el Protocolo de Maputo, que forma parte del sistema africano de derechos humanos, por lo que no es aplicable a Chile.

Afirmó que la segunda región del mundo donde más se prohíbe el aborto, es precisamente aquella cuya regulación convencional en materia de derechos humanos consagra un derecho al aborto. Ello acaece, a su juicio, porque los países desarrollados han aprovechado la debilidad financiera de las naciones africanas para presionar por la consagración de ese tipo de normas en sus estatutos fundamentales.

Lo único favorable al aborto en el ámbito internacional —no en el Derecho Internacional— son las recomendaciones de algunos comités, relatores y otros organismos, como el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas o el Comité de los Derechos del Niño, entre otros. Estas recomendaciones, sin embargo, no son vinculantes ni pueden considerarse interpretaciones auténticas de los tratados que estos comités supervigilan, pues las únicas interpretaciones con ese carácter son las de quienes tienen el poder de derogar o modificar las normas que interpretan -cuestión que fue reconocida en el *caso* Jaworzina, de la Corte Permanente de Justicia Internacional-. En otras palabras, sólo pueden emitir interpretaciones auténticas los Estados o los organismos que tienen expresamente ese poder.

Así, las recomendaciones constituyen sólo formas de "soft law"[6], las que pueden ser o no seguidas por los Estados. En efecto, esto fue reconocido muy recientemente por el Tribunal Constitucional, que en los considerandos quincuagésimo tercero y siguientes del fallo emitido en la causa Rol N° 3.016-16 afirmó que el "soft law" emanado de una agencia especializada de la Organización de las Naciones Unidas, al no contar con una ratificación específica, no constituye norma vinculante de rango legal. En todo caso, añadió, no está de más decir que también ha habido recomendaciones que protegen al no nacido, como las del Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, que han criticado las legislaciones de Estados que consagran condiciones más abiertas para el aborto de niños que padecen discapacidad, especialmente en lo referido al plazo para poder llevar a cabo el procedimiento abortivo.

---

[6] "El término es usualmente empleado por la doctrina para describir principios, reglas, estándares o directrices que carecen de efecto vinculante aunque no dejan por ello de producir determinados efectos jurídicos." …. "Este fenómeno envuelve una amplia gama de documentos internacionales: resoluciones de organizaciones internacionales, recomendaciones e informes adoptados por organismos internacionales o dentro de conferencias internacionales; programas de acción; textos de tratados que no han entrado en vigor, declaraciones interpretativas de determinados tratados o convenios; disposiciones programáticas o *non-self-executing;* acuerdos no normativos, acuerdos políticos o *gentlemen´s agreement*, códigos de conducta, directrices, estándares, etc.". Fuente: "El fenómeno del soft law y las nuevas perspectivas del derecho internacional", de Mauricio Iván del Toro Huerta, en "Anuario Mexicano de Derecho Internacional".

En contraste con lo expuesto hasta el momento, arguyó el señor Paúl, sí existen normas internacionales vinculantes que resguardan el derecho a la vida del no nacido, como la Convención Americana sobre Derechos Humanos -que permite excepciones a su protección, pero considera que el no nacido tiene derecho a la vida- o el Preámbulo de la Convención de los Derechos del Niño. Asimismo, ello se observa implícitamente en tratados que protegen la vida humana en general.

Acerca de la motivación que tuvieron los redactores de la Carta Americana en lo relativo a la norma de protección del concebido no nacido, hizo presente que el hecho de que muchos de ellos profesaran la religión católica no los inhibe para participar en la elaboración de un instrumento de ese tipo. Incluso, el citado Tratado no hace mención a la religión en ninguna de sus partes.

Además, si se quiere criticar la actuación de la Iglesia en la defensa de los Derechos Humanos, también habría que reprochar la loable actitud que tuvo esa institución en la protección de los derechos fundamentales en tiempos de dictadura.

Hizo notar a continuación que, en realidad, la discusión sobre el contenido de la palabra “concepción”, en el sentido de si se puede asimilar a fertilización o implantación, es algo que se ha comenzado a debatir de forma reciente, ya que en la época de elaboración de la norma americana no era una materia que generara discrepancias. Asimismo, los lenguajes oficiales de la Convención, entre los cuales se cuentan el inglés y el francés, no dejan lugar a dudas sobre la acepción de la voz concepción.

Acto seguido, rebatió que la interpretación del estatuto del no nacido en el tantas veces referido instrumento internacional debería efectuarse de conformidad con las reglas del corpus juris. Incluso, citó una publicación de la señora Cecilia Medina que da a entender, por ejemplo, que la regulación sobre la materia en Estados Unidos, en que prácticamente se permite el aborto hasta el momento del nacimiento sería compatible con la Convención Americana sobre Derechos Humanos, lo que consideró erróneo, desde que no ofrece una protección efectiva al no nacido.

Se ha mencionado en la discusión que la Convención busca proteger al no nacido de forma indirecta, esto es, a través de la mujer. No obstante, en una de las disposiciones del Tratado se proscribe la pena de muerte a la mujer que está en estado de gravidez, lo que, en definitiva, intenta resguardar la vida de la criatura que está en su vientre.

De igual manera, postuló que es equívoco indicar que el que está por nacer no es persona, dado que el artículo 1.2 de la Convención Americana señala que para efectos de ese instrumento persona

es todo ser humano. En ese contexto, manifestó que nadie podría discutir que el ser que gesta la madre no sea humano.

También se adujo que si el no nacido fuese persona, no habría habido necesidad de explicitarlo en el artículo 4.1, lo que, en su opinión, tampoco sería efectivo, pues los tratados de derechos humanos comúnmente refuerzan la protección de ciertos individuos cuyos derechos podrían ser vulnerados. Por lo demás, hay muchos otros tratados específicos sobre personas en condiciones especiales, como las que padecen alguna discapacidad o las que poseen la calidad de migrantes.

Sobre los trabajos preparatorios del instrumento internacional, si bien reconoció que hubo cierta discusión sobre el hecho de incorporar o no la expresión “en general”, la redacción que finalmente se aprobó se sancionó con la oposición de Estados Unidos, Brasil y las naciones que tenían legislación sobre aborto. Asimismo, el hecho de que hubiera Estados con ese tipo de normativas no tiene mayor relevancia, por cuanto lo que precisamente buscaba la citada Convención era resguardar derechos, tal como se hizo en términos de la publicidad de los procesos penales, a pesar de que en la gran mayoría de los países latinoamericanos en esa época eran secretos.

En el ámbito regional, enfatizó, la Corte Interamericana interpretó el artículo 4.1 de la Convención Americana, en el caso Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica. Sin embargo, ese fallo no es particularmente relevante para esta discusión, por diversos motivos. En primer lugar, se refirió a la fecundación in vitro, la que no tiene nada que ver con el presente proyecto de ley. En segundo lugar, es aplicable a Costa Rica y no a Chile, pues el sistema jurídico nacional no reconoce la figura del “control de convencionalidad”[7] en el mismo sentido que le da la Corte Interamericana. Por último, cualquier cosa que el fallo haya dicho sobre el no nacido, fuera del ámbito de la fecundación in vitro, esa decisión sería obiter dicta[8], por lo que mal podría aplicarse como precedente.

[7] “En la jurisprudencia de la Corte Interamericana (Corte IDH), ha surgido el concepto control de convencionalidad para denominar a la herramienta que permite a los Estados concretar la obligación de garantía de los derechos humanos en el ámbito interno, a través de la verificación de la conformidad de las normas y prácticas nacionales, con la Convención Americana de Derechos Humanos (CADH) y su jurisprudencia.”.

En Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos Nº 7.

[8] Expresión que “Hace referencia a aquellos argumentos expuestos en la parte considerativa de una sentencia o resolución judicial que corroboran la decisión principal, pero carecen de poder vinculante, pues su naturaleza es meramente complementaria.”.

A modo de conclusión, mencionó que la Convención Americana se basa en la dignidad inherente del ser humano, cuestión que es independiente de si ese ser humano es o no reconocido como persona en el ordenamiento jurídico de cada país. Esto es así porque la historia del mundo ha mostrado repetidas veces que los Estados han tratado de quitarle la personalidad a categorías de seres humanos, por lo que la Convención Americana quiso establecer un mínimo de protección, de un modo especialmente claro en el artículo 1.2, que extiende la protección a todo individuo de la especie humana. Esta intención también está implícita en el preámbulo de tratados de garantías fundamentales que hacen referencia al ser humano.

Destacó que otros instrumentos convencionales también salvaguardan al no nacido. Tal es el caso de la Convención sobre los Derechos del Niño, que en su Preámbulo dispone que los niños requieren protección, tanto antes como después del parto.

En “Dicho sea de paso. Obiter dicta”, por Ernesto E. Domenech. Revista Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. U.N.L.P. 2014

INTERVENCIÓN DE LA SEÑORA MARÍA MAGDALENA OSSANDÓN, **PROFESORA DE DERECHO EN LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE**

La señora María Magdalena Ossandón, profesora de derecho en la Pontificia Universidad Católica de Chile, manifestó que el proyecto de ley que ocupa a la Comisión se ha presentado como una regulación restrictiva, que solo permitiría la despenalización del aborto por tres causales bien específicas. Sin embargo, eso no es efectivo, sostuvo, porque no se trata de un proyecto que solo despenalice el aborto y porque no es realmente restrictivo y todo apunta a que no lo será tampoco en su aplicación práctica.

Destacó que se trata de un proyecto que se sustenta sobre la idea de que el no nacido no tiene la misma dignidad ni derechos que los niños nacidos, porque no es considerado persona. Como en la actualidad el conocimiento científico no permite albergar dudas en cuanto a que el que está por nacer es un individuo de la especie humana, es decir, es un ser humano, no reconocerlo como tal significa excluir a algunos seres humanos de la categoría de personas y del derecho a la vida, negándoles su dignidad. Hacer eso sólo porque una mayoría así lo ha decidido, implica que la idea de los derechos humanos como límite infranqueable de la labor del legislador pierde todo su valor y supone también una discriminación arbitraria entre los seres humanos, rebajando a algunos a una distinta categoría, que jurídicamente los hace equivalentes a las cosas. Esa es la ideología sobre la que se apoya el proyecto, concluyó.

En efecto, razonó, el profesor señor Juan Pablo Mañalich, en un artículo publicado el año 2014 fue consecuente con sus premisas y llegó al punto de admitir que se debería aceptar el infanticidio como lícito, porque el recién nacido no tiene todavía los requisitos para ser considerado persona, aunque después concluye, sólo por razones prácticas, que es preferible seguir estimándolo delictivo.

Sostuvo que es categórica en sus dichos acerca de esta iniciativa legal, porque en ella se pretende consagrar el aborto como una legítima prestación de salud, tal como lo dice el Mensaje con que fue presentado por el Ejecutivo, y porque así se desprende también del hecho de que los médicos resulten obligados a practicarlo, salvo que aduzcan la objeción de conciencia. Es decir, el proyecto no sólo despenaliza el aborto, no se limita a prescindir de la sanción penal, sino que lo considera conforme a derecho, legítimo. Entonces, afirmar que el aborto es legítimo equivale a decir que matar a algunos seres humanos inocentes es legítimo, pues el aborto no es una mera interrupción del embarazo; una cesárea es una interrupción del embarazo, que en cuanto tal no requiere ser despenalizada. Lo que se quiere despenalizar, en realidad, es la conducta de dar muerte al feto, que es la que se castiga como delito de aborto en el Código Penal.

Por tanto, razonó, el proyecto establece un derecho a matar directa y deliberadamente a un ser humano absolutamente inocente. Un derecho así no existe respecto de un ser humano ya nacido, porque se entiende que su dignidad no lo permite, dado que el ordenamiento jurídico no confiere -y espera que nunca lo haga- un derecho a matar a otro ser humano inocente, ni siquiera si su vida pueda implicar un enorme sufrimiento para otras personas.

Añadió que esa realidad que subyace al aborto no se puede soslayar, tampoco si se plantea el tema como un problema de exigibilidad o inexigibilidad de una conducta. En efecto, algunos afirman que al prohibir el aborto lo que se hace es exigir a la mujer, más allá de lo tolerable, el supuesto deber de mantener un embarazo contra su voluntad. Empero, cuando se plantea en esos términos se está desconociendo un dato de la realidad, en el sentido de que aquí no solo está en juego "el embarazo" sino que algo más, porque lo relevante no es la interrupción del embarazo, sino si se provoca o no la muerte del feto, sea por una conducta directamente dirigida a matarlo, como una inyección, o haciéndole nacer antes de que sea viable. Por lo tanto, lo que se está decidiendo no es si existe o no un derecho a interrumpir un embarazo, sino que si existe o no el derecho a realizar una conducta que implica, directa y deliberadamente, dar muerte al feto.

Por lo demás, enfatizó, si sólo fuera un problema de exigibilidad, entonces debería también resolverse en ese ámbito, el de una eventual inexigibilidad por falta de culpabilidad. Así, si una persona realiza una conducta que está descrita en la ley como delito, pero lo hace en circunstancias extraordinarias -de miedo insuperable, de fuerza moral irresistible, de estado de necesidad- entonces no es culpable ni punible por esa conducta. Que sean muchas las personas que puedan estar en similar situación tampoco cambia la forma en que ella debe ser calificada. Y existen disposiciones penales de carácter general que permiten valorar esas circunstancias y, eventualmente, darles valor eximente de responsabilidad, pero afirmar que alguien no es culpable de una determinada conducta es distinto a reconocer, como pretende hacerse, que tenga derecho a realizar esa conducta.

A fin de aclarar esta última afirmación, hizo un paralelo con otra situación dramática que también afecta a las mujeres: la violencia proveniente de su propio marido o pareja. Por ejemplo, un caso: hace un par de años fue muy publicitado el caso de Karina Sepúlveda, una mujer que después de sufrir 18 años de violencia física y sicológica, tomó el arma de su conviviente y le disparó mientras éste dormía. Frente a una situación así cabe preguntarse si había que sancionar penalmente a Karina. Al respecto, planteó que seguramente todos estarán de acuerdo en que no había que sancionarla, tal como ocurrió, pues fue absuelta por los tribunales, porque se tuvo en cuenta esas circunstancias excepcionales que la llevaron a realizar ese hecho. No obstante, eximirla de responsabilidad penal por falta de culpabilidad es muy distinto a afirmar que tuviera derecho a dispararle a

su conviviente; es muy distinto a entregarle una pistola y decirle que ella puede decidir si disparar o no. Esto último es lo que hace el proyecto de ley respecto de la mujer que se halla en alguna de las tres causales en que se permitiría el aborto, lo cual es absolutamente contrario a los principios básicos de respeto por la dignidad humana, por los derechos humanos y por el principio de igualdad.

Por otra parte, sostuvo que, además de la injusticia intrínseca que se acaba de explicar y que es de la esencia de estos abortos, lo que se propone es también engañoso, inútil e incluso pernicioso para la mujer a la que supuestamente se quiere proteger. En primer lugar, es engañoso, porque, como ya se ha dicho, no se está frente a una mera despenalización, dado que si en realidad sólo se quisiera despenalizar, en el sentido de evitar el riesgo de la cárcel para la mujer, el cambio de regulación sería inútil en la práctica, pues no hay mujeres embarazadas sancionadas con penas privativas de libertad por aborto, cualquiera sea la circunstancia en que se haya cometido, y, con mucha mayor razón, cuando se hubiere cometido en alguna de las circunstancias a las que se refieren las tres causales del proyecto.

Añadió que la primera causal de la iniciativa legal también implica una modificación innecesaria, toda vez que no responde a una exigencia de salud pública. En efecto, la regulación penal y sanitaria permite toda intervención que tenga por objeto restablecer la salud de la madre, aunque provoque, al mismo tiempo, la muerte del feto como una consecuencia secundaria no deseada. De hecho, no existe un problema de mortalidad materna por no intervenir cuando la mujer está embarazada; los médicos intervienen correctamente cuando es necesario hacerlo. Por lo tanto, la discusión sobre este punto no se basa en los datos que entrega la realidad sanitaria del país.

Tanto en esta situación como en las otras dos causales, precisó, también se suele afirmar que la ley pretende respetar la autonomía de la mujer y se limita solo a so, entregándole a ella la posibilidad de decidir si aborta o no, es decir, se plantea que la ley sería neutra en sus consecuencias para la mujer. Sin embargo, esa visión tampoco corresponde a la realidad del aborto en Chile, y en general en el mundo, por cuanto el problema de las mujeres no es que carezcan de un espacio de decisión, sino que la realidad muestra -como lo revelan las cifras proporcionadas por la Fundación Chile Unido- que en la inmensa mayoría de los casos la mujer no aborta porque quiere, sino porque se ve obligada a hacerlo, presionada por otros -especialmente por el padre, que no quiere que ese niño nazca y después ser demandado por alimentos-, por las circunstancias o porque siente que no tiene otra salida. Frente a esa situación, el proyecto lo único que logra es privar a esa gran mayoría de mujeres que no quiere abortar de uno de los pocos argumentos con que podían negarse al aborto, esto es, alegar su ilegalidad.

Hizo hincapié en que a la mujer se la pone en una encrucijada en la que ni siquiera debería estar, sometida a la presión adicional de hacerle creer que está en sus manos la supuesta "solución" de su problema. Es una paradoja que, en nombre de su autonomía, en la práctica se le obligue a tomar una decisión, a saber, decidir si matar o no matar a su propio hijo.

A mayor abundamiento, puntualizó que las mujeres que tienen hijos saben que el embarazo es una situación muy particular, de especial sensibilidad, incluso de cierta vulnerabilidad emocional. Por ello, si se ha recibido la terrible noticia de que el niño está enfermo y que no va a vivir mucho tiempo, la situación es todavía más difícil. Al respecto, relató el testimonio de una mujer a quien, ante ese diagnóstico de inviabilidad, un médico le ofreció la posibilidad de abortar y ella consintió; gracias al apoyo de su familia no llegó a concretar su propósito, pero muchos años después todavía no podía perdonarse por haberlo pensado. Lo que más reclamaba era la injusticia que había sufrido, porque la habían puesto en situación de tener que adoptar una decisión justo en el momento en que se sentía más débil y desamparada.

Expresó que lo anterior no significa menospreciar a la mujer o poner en duda su autonomía y capacidad general para decidir, sino sólo poner sobre la mesa los datos que aportan los estudios empíricos y que el derecho debe reconocer, tal como en otras áreas, en que se aceptan situaciones anormales de debilidad, vulnerabilidad o de no pleno ejercicio de la autonomía.

Por otra parte, hizo presente que el embarazo originado en una violación suele darse en contextos de agresiones sexuales reiteradas, cometidas por personas del entorno familiar, situaciones en que el violador es el primer interesado en hacer desaparecer la principal prueba que podría inculparlo, esto es, el niño que está por nacer. Por tal razón, tal como ha advertido la Corte Suprema, la causal se presta para asegurar la impunidad del violador y provocar mayor abuso y coerción contra la mujer.

Asimismo, sentenció, son tantas las dificultades para asegurar que esta causal se aplique cuando el embarazo es realmente producto de una violación y no de una relación consentida, que en la práctica -como lo han reconocido también algunos defensores del proyecto- ella no es más que una concesión al aborto libre durante las primeras doce semanas de gestación.

Connotó que el aborto no sólo daña al feto quitándole la vida, puesto que aunque se pretende presentarlo como una solución que podría mejorar la situación de las mujeres cuando están sufriendo por un embarazo no deseado, desde el punto de vista médico no existen estudios que demuestren reales beneficios del aborto en la salud de la mujer, sino que la evidencia se inclina más bien en sentido contrario: el aborto es por sí mismo una experiencia violenta para la mujer, que la daña

física y psicológicamente. Los abortos desencadenan síntomas variables de una reacción de estrés agudo, que puede provocar o acentuar un Síndrome de Estrés Postraumático. Incluso los abortos espontáneos generan estos síntomas, pero cuando el aborto es intencional las consecuencias son mucho más profundas y duraderas.

En resumen, planteó que el aborto es un mal, es violencia, es muerte y no puede ser un derecho. El proyecto de ley, por lo tanto, no le hace ningún favor a la mujer, quien en la práctica es una víctima más de la situación. Ella merece algo mejor que esto, concluyó.

INTERVENCIÓN DEL SEÑOR HÉCTOR HERNÁNDEZ, PROFESOR DE DERECHO EN LA UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES

El señor Héctor Hernández, profesor de derecho en la Universidad Diego Portales, explicó que su exposición estará basada en tres asuntos fundamentales: dar un marco de las aproximaciones que el Estado y el derecho pueden tener frente a una conducta que provoca la muerte del nasciturus, sea que la mujer se practique el aborto o que sea hecho por terceros; la necesidad de optar por un modelo que permita bajo ciertas circunstancias el aborto, y explicar por qué dicho modelo debe considerar que en los casos en que no es punible el aborto, la razón de ello es porque en tales situaciones está autorizado, permitido o justificado o, en otras palabras, que existe un derecho a abortar como la única solución consistente con el conflicto que encierra el embarazo no deseado y el aborto voluntario.

Sobre el primer aspecto, sostuvo que en la base del modelo de indicaciones y plazos que adopta el proyecto de ley en tramitación, lo que subyace es el reconocimiento honesto y abierto de que existe un conflicto delicado entre los derechos, dignidad e intereses de la mujer embarazada y la vida del que está por nacer. Lo anterior toma relevancia, por cuanto sólo en el caso de que se negara la existencia de ese conflicto se podría llegar a soluciones absolutas o no diferenciadas.

Expresó que una manera de negar el conflicto es asumir que en el embarazo sólo está comprometido el cuerpo y los derechos de la mujer y que no hay otro bien relevante o interés digno de protección, como sería la vida del que está por nacer. Ello generalmente va asociado a la idea de la negación de todo valor o dignidad al que está por nacer y fundamenta los modelos de aborto libre, en que no hay restricciones a la voluntad a la mujer.

En razón de la última afirmación, connotó que un modelo que exija indicaciones o plazos no es de aborto libre, porque impone restricciones, causales o tiempos para resolver sobre la interrupción del embarazo. En ese sentido, la iniciativa legal, claramente, no propone un sistema de plena libertad para la práctica del aborto.

Postuló que otra manera de negar el conflicto es reconocerlo, pero en términos meramente retóricos, cuando en la práctica se asigna sin excepción una primacía absoluta a uno de los dos intereses en juego. Esto puede llevar a un régimen de prohibición absoluta del aborto, sentenció.

En cambio, cuando de forma honesta y genuina se reconoce la existencia de un conflicto en este ámbito, la experiencia comparada ha optado por un régimen diferenciado que, en algunos casos, hace primar los intereses de la mujer y, en otros, los del que está por nacer.

Por ejemplo, en un sistema de plazos la distribución se hace en términos temporales y en un sistema de indicaciones –como el que trata el proyecto de ley- se definen sólo algunas situaciones excepcionales y extremas que autorizan la muerte del que está por nacer. Consignó que la razón para preferir un sistema diferenciado es que es injusta la tesis que prefiere en todo caso y en forma absoluta la vida del que está por nacer. En definitiva, al negarse el conflicto se rechaza toda dignidad de la mujer en el caso particular.

Recalcó que “no abortar” no es simplemente “no matar”, sino que se trata de una situación excepcional, en que el segundo mandato se traduce en imponer a la mujer un deber positivo insólito, que no existe en ningún otro ámbito del ordenamiento jurídico. Esta situación sólo puede darse en el contexto del embarazo, ya que, por ejemplo, en el trasplante de órganos, nadie en su sano juicio podría tildar de homicida al que se niega a ser sometido a una intervención médica que no compromete mayormente su salud, para garantizar la vida de otro.

Consecuentemente, razonó, el debate acerca del status de persona del que está por nacer y sobre su titularidad del derecho a la vida son, en rigor, impertinentes, pues ello no es el enfoque primordial de la discusión. Así las cosas, de la existencia de un derecho no se puede colegir como deber correlativo que otro, en aras de la protección de esa vida, deba poner a disposición del otro su propio cuerpo o su vida.

Hizo presente que, a su juicio, en el que está por nacer hay un bien jurídico relevante que merece protección, pero en este debate no se discute en realidad sobre el derecho a la vida, sino acerca de si es posible imponer un deber positivo de poner el propio cuerpo a disposición del otro. Es cierto que algunos podrían creer, más allá de las dudas de legitimidad que suscita la imposición, que por razones de naturaleza, atendidas las características especiales de la reproducción humana, sea un presupuesto de la conservación de la especie que en alguna medida se pueda imponer a las mujeres el deber de tolerar el embarazo, aunque no lo quieran. Pero al menos debería reconocerse como mínimo que ese deber sólo se puede imponer bajo importantes restricciones. Eso es lo que en definitiva hace un modelo de indicaciones, es decir, detectar esas limitaciones.

En ese escenario, consideró prudente la iniciativa sometida al conocimiento de la Comisión, que en términos generales sigue los lineamientos establecidos en el derecho comparado, con restricciones muy importantes.

Por último, llamó a evitar el debate sobre si el proyecto de ley dispone la despenalización o la legislación del aborto, puesto que ambos conceptos no son propiamente técnicos desde el punto de vista jurídico, toda vez que lo único que sugiere el primero es que el hecho deja de ser punible. No obstante, un legislador serio debe adoptar la decisión de un

modo consciente de los efectos que quiere provocar con su postura y, en ese contexto, la única posición seria y consistente es que los tres supuestos del proyecto de ley se consideren causas de justificación y que el Congreso Nacional lo exprese de un modo que inequívocamente lleve a esa conclusión.

Lo anteriormente expuesto se basa en que las causales de exculpación básicamente señalan que la persona no será castigada, porque, aunque lo realizado es ilícito, no se le puede reprochar por estar en una situación desesperada. En el caso en análisis, sin embargo, si el hecho sigue siendo ilícito, habrá dificultades con la responsabilidad civil de quienes intervienen en el procedimiento abortivo y con la legitimidad de las remuneraciones de los médicos. Además, en un Estado de Derecho ni los hospitales públicos ni los privados pueden actuar legítimamente realizando actos no punibles, pero que siguen siendo ilícitos, lo que dificultará la práctica abortiva. Por último, quedará abierta la posibilidad de acciones defensivas o coactivas por parte de sujetos que tengan interés en el caso particular, como otros ascendientes del que está por nacer, contra quienes participen del procedimiento médico, toda vez que alguien podría estimar que se trata del ejercicio de la legítima defensa de terceros.

Hizo mención a la tesis del Tribunal Constitucional alemán sobre la materia, que afirmó la legitimidad constitucional de un modelo de plazos con importantes restricciones, pero, al mismo tiempo, aseguró que era incompatible con la Constitución que se tratara sólo de causas de justificación y, por lo tanto, tuvo que dejar claro que todas las consecuencias naturales de que el aborto siguiera siendo ilícito en esas situaciones no se provocarían, dado que, de no hacerse, reflejaría un régimen inconsistente.

En ese contexto, sostuvo que lo único consistente para evitar problemas prácticos de todo tipo y para dar certeza y seguridad a los involucrados pasa por el hecho de que las indicaciones que el proyecto incorpora al artículo 119 del Código Sanitario sean causales de justificación.

INTERVENCIÓN DEL SEÑOR GONZALO GARCÍA, PROFESOR DE DERECHO EN LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

El señor Gonzalo García, profesor de derecho en la Universidad de Los Andes, inició su exposición señalando que en el mes de enero del año 2015 el Gobierno presentó un proyecto de ley al Congreso Nacional sobre despenalización del aborto, con un contenido sistemático concreto y una fundamentación filosófico política definida. La iniciativa, en términos cabales, no contiene modificaciones penales sustantivas, sino una completa institucionalización de la interrupción del embarazo en el Código Sanitario y meras referencias formales en dos artículos del Código Penal.

La principal modificación, continuó, se incorpora en el artículo 119 del Código Sanitario que regula el actuar del facultativo médico, disposición que señala que, mediando la voluntad de la mujer, un médico cirujano se encontrará autorizado para interrumpir el embarazo, en tres casos –indicaciones- diferentes. Debido a que el punto central de la autorización del inciso primero radica en la voluntad de la mujer, luego insertan seis incisos, encargados de regular la manifestación de la voluntad de la mujer y, en especial, de la menor de 14 años. A su vez, como parte del establecimiento de deberes del facultativo se añaden dos nuevos artículos, 119 bis y 119 ter, que regulan la certificación y ratificación médica exigida y las posibles objeciones de conciencia, respectivamente.

Los fundamentos del proyecto, por otra parte, optan por discursos políticos de carácter estratégico y filosófico. Los primeros buscan, por medio de la exageración de la realidad jurídica y social, convencer de una realidad injusta que es necesario modificar; mientras el discurso filosófico busca -casi de manera fundacional- la redefinición de conceptos básicos, tales como el concepto vida -utilizando en realidad el concepto de Salud de la Organización Mundial de la Salud- o la redefinición del concepto “persona”, de manera de facilitar su ponderación frente a otro tipo de intereses. Ello, por cierto, no es baladí y ubica a este proyecto en el centro de la discusión social, ya que una iniciativa que aparenta centrarse discursivamente sólo en causales o indicaciones que tienen la capacidad de despertar empatía, en realidad, en los términos formulados, obliga a manifestarse también respecto de cuestiones que forman parte del modelo de sociedad que se pretende construir.

Como política pública, subrayó, el proyecto del Gobierno enfrenta un problema social muy delicado para las madres y la sociedad, ofreciendo de cierta manera un “sistema de privatización de los problemas de la maternidad”, esto es, ofrece a la mujer que enfrenta un embarazo complejo, dos posibles salidas. La primera de ellas, abortar a su hijo, en cuyo caso parece entenderse que el “desembarazo” soluciona el problema personal y social que a ella le aqueja, dado que garantiza e institucionaliza sólo las prestaciones de salud destinadas a la producción de la muerte de su hijo, pero no contempla ninguna política pública adicional

tendiente a hacerse cargo de los problemas globales que aquello significa para la mujer y su familia. La segunda opción consiste en que la mujer opte por la vida de su hijo, en cuyo caso el Estado no le garantiza nada y es abandonada a su suerte.

Entonces, aseguró, no cabe duda de que el discurso en torno a la preocupación de la mujer no es más que un pretexto que oculta una intención de carácter ideológico.

Sostuvo que en términos estrictamente penales la propuesta del Ejecutivo -dentro de varios modelos de regulación del aborto existente en la teoría y en el derecho comparado, como el sistema de plazos, de indicaciones, de asesoramiento y el sistema del derecho penal clásico afincado en la exculpación- opta principalmente por un modelo denominado “de indicaciones”. Al respecto, expuso los presupuestos ideológicos que debería aceptar un parlamentario que vote a favor de la iniciativa de ley.

La primera decisión sería optar derechamente por el modelo de indicaciones y admitir sus consecuencias. Sobre este punto, adujo que la proposición legislativa, tal como explicita su exposición de motivos, elige principalmente el modelo de indicaciones que, en general, se caracteriza por introducir la admisibilidad de hipótesis de interrupción del embarazo con resultado de muerte para el hijo no nacido, que puede tener naturaleza de exclusión de la tipicidad o de exclusión de la antijuridicidad.

Así, se trata de causales que son consecuencia de entender que ciertas tensiones de intereses se resuelven, ya sea renunciando a la amenaza penal o entendiendo a la conducta como excepcionalmente permitida, esto es, como una causa de justificación. Para este segundo caso, el modelo tiene como punto inicial valorativo -precisamente para justificar la protección del no nacido y la autorización del aborto en algunos casos excepcionales- la degradación del estatuto constitucional del nonato, que pasa de titular de derechos subjetivos humanos a mero objeto de protección o de interés, abriendo la puerta para ser entendido como objeto de valor administrable y, por lo mismo, perfectamente ponderable e instrumentalizable.

A mayor abundamiento, mencionó que, por ejemplo, para efectos de la mal llamada “indicación terapéutica”, que trata de solucionar la tensión entre la necesidad de autorizar conductas médicas tendientes a salvar la vida de la madre y la necesidad de mantener el embarazo para proteger al no nacido, la situación será diferente, en consideración a un posible cambio del estatuto del no nacido. En el caso del modelo de indicaciones, el conflicto entre ambos intereses se resuelve de manera evidente en favor de la vida de la madre, autorizándose de manera expresa la muerte directa de la criatura. No se trata de la mera renuncia a la pena o de la sustitución de esa protección por otra herramienta estatal, sino del establecimiento de una autorización o reconocimiento del derecho a eliminar directamente a otro ser humano.

Una opción valorativamente diversa, complementó, es la que considera al nonato como sujeto de derechos, de manera que la autorización y justificación de la muerte directa no es admisible. Para estos casos se han elaborado criterios como, por ejemplo, la teoría del doble efecto, que autoriza la acción médica en favor de la madre y sólo acepta como legítima la muerte indirecta del bebé, esto es, aquella que es consecuencia no querida, aunque prevista, de la intervención médica. Informó que esta opción coincide con la valoración desarrollada por los Senadores señores Ignacio Walker, Jorge Pizarro y Andrés Zaldívar y el ex Senador señor Mariano Ruiz-Esquide en el proyecto de ley signado con el Boletín N° 7.965-11.

Consignó a continuación que la segunda cuestión que tiene que decidir un parlamentario para votar a favor de este proyecto de ley es la naturaleza justificadora de las causales. En efecto, el proyecto de ley opta principalmente por el modelo de indicaciones, las que no son reguladas ni incorporadas directamente en el Código Penal, sino que se establecen en el derecho extrapenal, específicamente en el Código Sanitario. Para que estas normas de conducta -con contenido permisivo- tengan un efecto de carácter penal explícito, el Gobierno propone que se incorporen en los tipos penales de auto aborto y de aborto del facultativo, una cláusula que los vincule a las normas permisivas, buscando proveerles una naturaleza justificadora. Lo anterior significa que las causales resuelven la tensión de intereses, asumiendo que la conducta típica de aborto se encontraría excepcionalmente permitida y, por lo mismo, sería conforme a derecho.

Expresó que lo que se busca con esta decisión es que el aborto no sólo sea reconocido como un derecho limitado de las mujeres, sino que, adicionalmente, se pretende construir el pilar jurídico esencial sobre el cual se construirá una garantía de salud. Efectivamente, con ello se procura que los médicos estén obligados a realizar la prestación, y se evita que terceros pretendan proteger la vida del menor ante la amenaza de aborto. De consiguiente, se construye un estatuto de desprotección en torno al no nacido, de manera tal que el Estado esté obligado a tolerar los ataques a la vida del nonato y que el emprendimiento de acciones de protección al menor por parte de terceros –familiares o cercanos- sean entendidas como ilícitas o prohibidas.

Entonces, aseveró, desde el punto de vista político y discursivo la decisión política implica optar por una valoración compleja, a lo menos para aquellos Senadores que han sido elegidos con un discurso humanista y, más aun, con un discurso humanista cristiano, por cuanto esa decisión no sólo tiene un significado dogmático al proveer un efecto justificador, permitiendo la prestación, sino esencialmente porque implica previamente una valoración con un significado social que cristaliza en esta causal.

Añadió que hasta ahora la causal de justificación referida a la vida -a diferencia de las causas de exculpación- se han construido sobre la lógica que establece que “a un sujeto que tiene derecho a la vida sólo sería posible quitársela en la medida que tal privación pudiera ser definida como consecuencia de la organización, por parte de aquél, de su propia existencia personal”. Dicha aseveración se ajusta a la máxima moral que dispone que no es lícito matar directamente a un ser humano inocente, porque eso equivale a negarle su valor intrínseco, esto es, de fin en sí mismo. Lo que sucede con la muerte del agresor en una legítima defensa es que se reconoce el derecho a repeler el ataque injusto de otro, en tanto la medida defensiva sea racionalmente necesaria. Aquella justificación, que tiene como consecuencia la muerte de otro, tiene como fundamento la agresión ilegítima del agresor, es decir, es consecuencia de la organización de su propia existencia personal.

Agregó que no existe estado de necesidad alguno que justifique privar a otro de su vida, a la que tiene derecho, lo que sólo sería posible en la medida en que se niegue el derecho subjetivo a la vida. Por tal motivo, sólo un grupo muy minoritario de autores, por medio de lo que han calificado como “estado de necesidad agresivo”, han intentado justificar la legitimidad de la acción de eliminar al bebé no nacido, en la medida en que se conciba al nonato como agresor y que se entienda que el bebé tendría una especie de deber solidario -un deber de cooperación racionalmente motivado- a soportar o tolerar su muerte. Evidentemente, aquello es racionalmente burdo.

Una tercera decisión que tendrán que adoptar los parlamentarios para aprobar la proposición legislativa, es aceptar la existencia de estatutos del ser humano diferenciados y abandonar la dignidad humana como fuente de valoración moral pública. Como todo modelo de indicaciones, que busca reinterpretar e incorporar dentro de los derechos de la mujer el derecho de eliminar a su hijo, el proyecto de ley debe aceptar -para justificar la protección y explicar la aceptación de excepciones- que el no nacido es valorado moralmente como mero objeto de interés, mientras que el nacido es concebido como sujeto de derechos, lo que supone una forma de adquisición progresiva de la personalidad. Consecuencia de aquello es que no todos los individuos de la especie humana serían entendidos moralmente como un fin en sí mismos y, por lo tanto, como titulares de derechos humanos. Aquello sólo sería posible si se renuncia al concepto de dignidad humana, concebido como un contenido mínimo de valoración moral del ser humano, extraído de la arbitrariedad del poder temporal, y que operativamente entiende que el valor moral de un individuo humano radica en la presencia de ciertas características esenciales, como su pertenencia a la especie humana o en la capacidad natural o radical para el pensamiento conceptual o la libre elección. En cambio, el estatuto de no nacido y su valoración moral ahora dependería de ciertas circunstancias meramente accesorias, como nacer o encontrarse en algún estado de desarrollo o, incluso, de no verse afectado por un estado de salud determinado.

En otras palabras, argumentó, el proyecto asume un modelo de sociedad que renuncia a la dignidad humana como valor fundante y operativo y asume el modelo de sociedad en que no se sustrae nada a la arbitrariedad del poder temporal. En definitiva, todo es negociable. Así las cosas, para el modelo de sociedad que presupone el proyecto, tal como se puede reconocer en un momento determinado un derecho esencial, perfectamente en otro momento podrá desconocerse.

Otra decisión crucial es la aceptación del replanteamiento de la estructura del derecho humano a la vida del no nacido y la degradación de los deberes de la madre, los que son vistos como meramente solidarios. Efectivamente, el presupuesto central sobre el cual se construye el modelo de indicaciones propuesto en la iniciativa de ley es el debilitamiento de la configuración del derecho a la vida del no nacido, a saber, que a diferencia de los derechos subjetivos humanos del nacido, que se construyen en base a correlativos deberes de los terceros, en que nunca está permitido injerir en la vida de un inocente, en el caso del no nacido, en tanto mero interés, se conciben los deberes de la madre como meramente solidarios y sujetos a condiciones extrínsecas. Desde dicha perspectiva, la prohibición del aborto no constituiría un deber de no lesionar, sino un mero deber de solidaridad, es decir, algo así como el deber moral del buen samaritano de tolerar una carga, que tendría como única fuente la asunción voluntaria del embarazo por parte de la mujer.

Añadió que se trata de un discurso que, junto con degradar el estatuto de algunos seres humanos, busca reenfocar la concepción social del embarazo y la manera de plantear los deberes de la mujer. En este nuevo diseño de valoraciones sociales las categorías jurídicas se enfocan hacia el derecho privado, pues la mujer y su cuerpo deben ser considerados como una especie de propiedad con derecho a exclusión y su hijo deber ser considerado como parte de las posibles posesiones materiales. En efecto, se requiere concebir al hijo como un objeto de deseo que -como denunciaba Silva Sánchez en España- puede llenar en sus progenitores expectativas de placer o de incremento del bienestar personal, pero que también puede transformarse en indeseado. Cualquiera sea el caso, el embarazo es concebido como una fuente de desagrado, para cuyo caso la mujer tendría derecho a la exclusión, de la misma forma que el dueño de la propiedad tiene derecho a la expulsión de un extraño que ha ingresado sin permiso. Para algunos autores, en tanto, existe un reconocimiento de objeto de interés, a partir del cual surgirían deberes de tolerancia de la molestia para la madre y que implicaría la afectación de intereses propios en beneficio de otro. El hijo no nacido pasa a ser entendido como un competidor en el espacio de los derechos.

En ese sentido, desembarazarse de quien es percibido como un problema, una carga o fuente de molestias, un competidor por la autonomía, pasa a ser una cuestión comprensible. El proyecto de ley ha sostenido, por ejemplo, que mantener el mandato de no matar como

deber negativo de la madre en el caso de inviabilidad fetal supone mantenerla en un permanente estado de duelo. Algunos de quienes han asistido a esta Comisión han agregado adicionalmente el concepto de “trato cruel y degradante” e incluso de “tortura”, aludiendo a la preservación del deber de no matar. Entonces, siguiendo la lógica de esos planteamientos, sobre los que se construye este proyecto, precisamente por alterar el plan de vida de la mujer y por producir efectos intrusivos en su cuerpo y psiquis, dichos deberes deben presentar límites. El principal argumento que se da para fundamentar la reconfiguración de los deberes es, entonces, que el orden jurídico estatal no puede exigir a la mujer que conceda prioridad al derecho a la vida del no nacido bajo cualquier circunstancia, lo que significaría la necesidad de reconocer una “exigibilidad diferenciada”. Así, por ejemplo, para ciertos autores la indicación del aborto por violación estaría basada en la inexigibilidad para la mujer de tolerar un embarazo que ella no ha consentido, esto es, nadie tiene el deber de poner su cuerpo a disposición para la supervivencia de otro como consecuencia del derecho a la vida. Tendría el derecho a expulsarlo de su propiedad.

En el plano jurídico, enfatizó, la perspectiva antes expuesta es compleja, toda vez que en estos casos la protección del no nacido -desde la concepción hasta el nacimiento- es vista como una cuestión privada o propia de la moral individual. De hecho, la solución a las tensiones expresadas en las indicaciones, entendidas como molestias insoportables, son entregadas al virtuosismo individual de la madre. El Estado, a su vez, se desentiende de cualquier protección y no provee soluciones alternativas. Se trata para este proyecto, en efecto, de un problema privado, tanto en lo relativo a la madre como al hijo. Como denuncia el profesor Silva Sánchez en la discusión española, si un niño ha sido concebido producto de una violación o le afecta una alteración genética o una malformación, sólo llegará a nacer como consecuencia de la virtud individual de su madre, en cuyo caso dicha virtud carece de todo incentivo jurídico. El Estado renuncia no sólo a proteger, sino también a influir en dicha virtud.

Sostuvo que, lamentablemente, ese tipo de argumentaciones que fundan la propuesta legislativa y la de quienes la defienden, no logran entender que, aun cuando es cierto que a nadie se le exige hacer todo el bien posible en favor de otro -sobre todo en situaciones extremas- de aquello no se sigue que se esté autorizado para matar a otro. En otras palabras, la dudosa argumentación de que la mujer no está obligada en ciertos casos a tolerar el embarazo no significa que esté autorizada para matar a su hijo. De la existencia de un deber positivo no se sigue la inexistencia del deber negativo de no matar.

A mayor abundamiento, puntualizó que esa degradación del derecho del nonato en relación al nacido, a diferencia de los deberes institucionales cualificados de la madre en relación a su hijo nacido -que derivan del Código Civil, de la ley de violencia intrafamiliar y de otras normas penales, como la que tipifica el delito de parricidio-, en el caso del no nacido sería necesario degradar el estatus de los deberes de la madre para

con sus hijos. Es decir, habría que establecer legalmente que la madre no está obligada a proteger a sus hijos menores más allá de lo que cualquier tercero está obligado, sentencia que no tiene sentido y violenta la comprensión social de la maternidad.

A modo de conclusión, consideró precaria la iniciativa de ley en debate, desde el punto de vista de las políticas públicas, dado que las alternativas que pone a disposición de la madre tienen ese carácter.

En tanto, desde la perspectiva de las decisiones valorativas que debe admitir un parlamentario para aprobar el proyecto, implica necesariamente tener que abandonar la idea de la dignidad humana, construida sobre la base de características esenciales de la vida humana; la degradación del no nacido desde un sujeto de derecho a un mero objeto de interés; la degradación de los deberes de la madre correlativos a los derechos subjetivos del no nacido, y la aceptación de que se está en presencia de una causal de justificación y, por lo tanto, de la legalización de una práctica determinada para garantizar una prestación de salud, que es el aborto.

En definitiva, bajo esa concepción, se exigiría renunciar a una serie de principios que han permitido la construcción de la sociedad en torno al respeto de los derechos del otro.

INTERVENCIÓN DEL SEÑOR ANTONIO BASCUÑÁN, PROFESOR DE DERECHO EN LA UNIVERSIDAD ADOLFO IBÁÑEZ

El señor Antonio Bascuñán, profesor de derecho en la Universidad Adolfo Ibáñez, observó que en la discusión sobre el aborto es posible constatar dos líneas argumentativas.

Una de ellas está referida al estatus moral del ser humano antes de su nacimiento, discusión que también tiene relevancia en otros ámbitos, como en la regulación del trato que debe darse al embrión en forma previa a su implantación, con ocasión de la práctica de la fertilización in vitro.

La segunda línea de argumentación consiste en hacer ver que, tratándose del embarazo, lo que se genera es un conflicto que no tiene parangón ni símil en ninguna otra relación entre seres humanos, basado en la vinculación corporal entre el embrión o feto anidado en el cuerpo de la mujer y ella misma. Al respecto, se ha planteado que cualquiera que sea el peso o el estatus moral que se asigne al embrión o feto, de eso no se deduce una prohibición de aborto equivalente a la proscripción del homicidio, por la razón de que la segunda opera sin esa relación corporal entre el que está por nacer y la mujer.

Ese argumento demuestra que el debate de fondo no es sobre el estatus del nasciturus, porque cuando se hace esa discusión se realiza en relación con cualquier persona que atente contra el nonato. En cambio, este proyecto concierne exclusivamente al atentado que proviene de la decisión de la mujer de no tolerar el embarazo.

De consiguiente, está fuera de lugar extraer consecuencias morales generales a partir de la decisión que finalmente se adopte en esta materia, dada la particularidad de la relación entre la mujer embarazada y el embrión o feto. Este es un dilema que se suscita solamente en razón del embarazo y del mismo no se generan derechos para una persona distinta de la mujer embarazada.

Seguidamente, expuso que el proyecto propone establecer un modelo de indicaciones para la interrupción del embarazo, tal como lo hubo en Chile hasta el año 1989. A partir de esa fecha, lo que dispone la legislación es un modelo del voluntario indirecto de doble efecto, conforme al cual no puede entenderse permitida o no prohibida una muerte provocada deliberadamente. Para la praxis médica anterior a 1989 –que incluso comprendía el tiempo anterior a la dictación del Código Sanitario en 1931-, los casos en que el procedimiento de interrupción del embarazo requería la muerte del embrión o del feto causada directamente no estaban excluidos de la indicación.

Puso de manifiesto que el modelo de indicaciones se funda en normas que autorizan legalmente la interrupción del embarazo en situaciones excepcionales y que, además, obstan a la investigación policial del hecho, cuando no hay ninguna circunstancia que indique que se ha actuado fuera del marco legal.

En lo que atañe a la vinculación entre el modelo de indicaciones y el hecho de que las mismas confirmen o excluyan la ilicitud de la interrupción del embarazo, indicó que ello está expresado en la iniciativa legal en el nuevo artículo 119, al disponer que el médico está autorizado para realizar esa intervención. Postuló que las autorizaciones deben operar concluyentemente para impedir investigaciones policiales en los casos en que no aparezca de manifiesto que se ha incumplido las condiciones legales, situación que está recogida en las enmiendas que se proponen al Código Penal. Agregó que dichas modificaciones son penalmente superfluas, pero son procesalmente relevantes.

En el mismo orden de ideas, consignó que el modelo de indicaciones tiene apoyo en el orden de los derechos fundamentales.

Afirmó que existe en Chile una lectura de la Constitución Política de la República que sostiene la inconstitucionalidad del modelo de indicaciones, lectura que es doblemente falsa.

En primer lugar, es falsa porque no cabe duda que los propios redactores originarios de la Constitución consideraron, por mayoría de tres votos contra dos, que el modelo de indicaciones vigente en el Código Sanitario chileno al momento de esa redacción era compatible con las reglas sobre el derecho a la vida y sobre el deber de proteger la vida del nonato establecidas en el artículo 19 N° 1° de la Carta Fundamental. De hecho, cualquier persona que lea la sesión 90ª, de 25 de noviembre de 1974, de la Comisión que redactó el anteproyecto que dio origen a la Constitución de 1980 puede constatar la verdad de esta afirmación, la que también fue hecha valer por el Ministro del Tribunal Constitucional, señor Marcelo Venegas, en su voto de prevención en la sentencia sobre la píldora del día después[9].

En segundo término, es falsa porque los criterios que fundamentan las indicaciones no son constitucionalmente neutros, es decir, no se trata de valoraciones del legislador que descansen en consideraciones de mera política legislativa, sino que tienen apoyo constitucional. Esto no es algo que esos redactores originarios advirtieran. Las indicaciones reconocen que en ciertas circunstancias la tolerancia del embarazo afecta de modo tan intenso los derechos de la mujer embarazada que se invierte cualquier ponderación constitucional inicial en favor de la vida del nonato y adquiere preponderancia el respeto a la voluntad de la mujer. Una buena expresión de esta idea en la jurisprudencia constitucional

[9] Sentencia rol 740-07.

comparada es la sentencia del Tribunal Constitucional Federal Alemán de 25 de febrero de 1975, en la que se describieron como:

"…circunstancias de peso considerable, que dificultan extraordinariamente al afectado el cumplimiento de su deber, de modo que ello no puede razonablemente esperarse de él. Concurren en especial allí donde el afectado es arrojado a graves conflictos interiores por el cumplimiento del deber. La solución de esos conflictos mediante la amenaza penal no aparece en general como adecuada, puesto que aplica coacción externa allí donde el respeto por la esfera de la personalidad del ser humano exige plena libertad interna de decisión.".

Sobre estas situaciones el mismo Tribunal sostuvo que:

"…en todos estos casos se hace valer otro interés también digno de protección desde el punto de vista de la Constitución con tal intensidad que el orden jurídico estatal no puede exigir a la mujer embarazada que conceda prioridad al derecho del no nacido bajo cualquier circunstancia.".

Esa idea de que el orden jurídico no puede exigir un comportamiento a la mujer es denominada por el Tribunal como el "criterio de la inexigibilidad", que es descrito del siguiente modo:

"En tal situación de conflicto, que en general tampoco admite un juicio moral inequívoco, y en la cual la decisión de interrumpir el embarazo puede tener el rango de una decisión de consciencia merecedora de respeto, el legislador está obligado a una especial cautela. Si él en estos casos no considera merecedor de castigo el comportamiento de la mujer embarazada y prescinde del derecho penal, ello también debe ser asumido constitucionalmente como resultado de una ponderación obligatoria para el legislador.".

Manifestó que esas citas son suficientes para demostrar que no debe confundirse este criterio constitucional de inexigibilidad, dirigido al legislador, con la categoría de la inexigibilidad de la doctrina penal, dirigida al juez como explicación del sentido de las excusas penales. Una excusa no genera deber de respeto ni de tolerancia de lo que se hace excusablemente. Por eso, incluso puede haber legítima defensa contra quien actúa excusablemente, pero la inexigibilidad constitucional de la prohibición de abortar obliga al Estado a respetar la libertad de decisión de la mujer embarazada. Su consecuencia es el reconocimiento de una esfera de autonomía -la esfera de la personalidad a la que alude el Tribunal alemán- que abarca la interrupción del embarazo en esas circunstancias. Lo que es consistente con una causa de justificación y no con una excusa.

Por esta razón, aseveró, las indicaciones que el Código Penal alemán contempla, desde 1995, junto con un modelo de plazo

con consejo forzoso disuasivo, explicitan que ellas excluyen la ilicitud de la interrupción del embarazo en los casos que se señalan en dicho cuerpo normativo.

Añadió que otra observación al proyecto de ley es que propone establecer un modelo duro de indicaciones, por contraste con el modelo blando que conoció el derecho chileno hasta 1989. Efectivamente, la contraposición entre modelos duros y blandos de indicaciones responde al hecho de que el legislador puede especificar la situación en la que se considera indicada la interrupción del embarazo de manera indirecta, vaga o ambigua –y entonces es un modelo blando- o describirla directamente de un modo más o menos preciso –y entonces es un modelo duro-.

Las reglas legales que rigieron entre 1875 y 1989 se traducían en una alusión en el Código Penal a un “actuar no malicioso”, y a un “actuar con fines terapéuticos”, en el caso del Código Sanitario. Las reglas dejaban, por lo tanto, enteramente entregado a la lex artis de las profesiones de la salud definir qué contaba o no como un fin terapéutico. El proyecto de ley, en cambio, opta por establecer un modelo duro, describiendo objetivamente las tres situaciones en las cuales se autoriza la interrupción del embarazo. Por cierto, tratándose de las indicaciones terapéutica y embriopática es inevitable un cierto margen de remisión a la lex artis, pero esa remisión opera dentro de un supuesto de hecho descrito objetivamente.

Hizo hincapié también en que las indicaciones contempladas en la propuesta legislativa son estrechas. Así, la indicación terapéutica está limitada al riesgo vital para la mujer, a diferencia del derecho comparado, en que también se permite para evitar el riesgo para la salud de la mujer. Ello es consistente con el fundamento de la indicación, pues no es similar al de ponderación del estado de necesidad, sino que se trata de señalar los límites del deber de tolerancia del embarazo que la sociedad concede a la mujer.

En el caso de la indicación embriopática el proyecto reduce deliberadamente la inexigibilidad a los casos de embarazo inconducente respecto de la vida del nonato, dejando fuera aquellas situaciones en que la gestación sería conducente a una maternidad excesivamente gravosa, atendida la patología del nonato una vez nacido.

En el caso de la indicación criminogénica, precisó, la circunstancia que autoriza la interrupción del embarazo consiste en que sea el resultado de una violación, lo que es incoherentemente estrecho si se considera que su fundamento consiste en que la gestación es el resultado de una intervención abusiva sobre el cuerpo de la mujer, entre los que se cuentan además de la violación, el estupro, los abusos sexuales no constitutivos de coito que pueden generar un embarazo y la inseminación o transferencia de embriones forzada. En todos esos casos se presenta el mismo argumento fundante.

Luego, hizo presente que, a su juicio, el proyecto de ley contiene algunas disposiciones que son inconsistentes con el modelo de las indicaciones, con la sistemática del Código Penal o con la legislación en general.

La primera de ellas se vincula con el nuevo artículo 119 quáter del Código Sanitario, introducido en el texto legal a instancia parlamentaria, que prohíbe la publicidad de la oferta de prestaciones de salud para la interrupción lícita del embarazo. Aunque la finalidad de la regla es comprensible, evitar la banalización de la prestación de salud, será difícil distinguir entre una difusión permitida y su publicidad, lo que es inconsistente con permitir prestaciones en el sistema privado. Citó a modo de ejemplo la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, que en un caso seguido contra Polonia estableció:

"... una vez que el Estado, dentro de sus límites de apreciación, adopta regulaciones legales permitiendo el aborto en algunas situaciones, debe abstenerse de estructurar su marco legal de un modo que limitaría las posibilidades reales de obtener un aborto. En particular, el Estado se encuentra bajo una obligación positiva de crear un marco legal que habilite a una mujer embarazada para ejercer efectivamente su derecho de acceso a un aborto lícito.".

Precisó que la prohibición de la publicidad es una regla que limita las posibilidades reales de obtener un aborto en el sistema privado de salud, y su difícil demarcación respecto de la difusión de información genera un alto riesgo de limitación de las posibilidades de acceder a esa prestación en el sistema público de salud.

Otra imprecisión contenida en la iniciativa es aquella regla que se propone insertar en el artículo 345 del Código Penal, que señala que la interrupción del embarazo no autorizada no constituye aborto. Esa referencia, en su opinión, está de más, pues ese precepto agrava la pena del facultativo cuando abusa maliciosamente de su oficio, lo cual, evidentemente no acaecerá si actúa autorizado legalmente. Donde sí es necesario incorporar la regla antes mencionada es en el artículo 342 N° 3°, que se refiere al tercero que cause el aborto con el consentimiento de la mujer, por cuanto cubre a los terceros que, sin ser médicos cirujanos, intervengan junto a él en la interrupción lícita del embarazo.

Por último, el artículo 345 bis que la proposición legislativa introduce en el Código Penal hace punible facilitar o proporcionar cualquier órgano, tejido o fluido humano proveniente de aborto o interrupción del embarazo, agravando la pena cuando la acción es cometida por un médico en casos legalmente autorizados. Si bien se entiende que la finalidad de la norma es evitar la comisión de abortos como medio para la obtención de órganos, tejidos o fluidos del embrión o feto o del cuerpo de la mujer embarazada, a la luz de ese objetivo la regla es manifiestamente sobre

inclusiva, ya que para su concreción basta con establecer una agravante de la pena del aborto cometido por tercero o por facultativo con abuso malicioso de su oficio, con la finalidad de aprovechar órganos, tejidos o fluidos humanos. Fuera de esos casos, en que lo esencial es la práctica del aborto con ese propósito ulterior, el cuerpo muerto del embrión o feto no tiene por qué ser un objeto más intangible que el cadáver humano en general. Por lo demás, en situaciones de abortos lícitos podría utilizarse los tejidos con el debido consentimiento de la mujer para fines de investigación científica.

Finalmente, planteó que el proyecto de ley no ofrece una solución global al problema del embarazo no consentido, y al concentrar la iniciativa en tres indicaciones hace que ella no responda cabalmente al fenómeno del aborto consentido por la mujer embarazada. Sí contribuye a clarificar la ética clínica en materia de interrupción del embarazo y ese es, a su juicio, un efecto positivo.

No obstante, el problema de fondo es que ante la eventualidad del embarazo las mujeres se ven enfrentadas a un dilema que no toca a los hombres, a saber, tienen que escoger entre asumir el riesgo de ver limitado su desempeño laboral, auto irrogarse una limitación severa de su capacidad reproductiva o abstenerse de ejercer su sexualidad. En una frase, el riesgo de embarazo genera desigualdad de género, pues mientras no existan métodos anticonceptivos totalmente efectivos, inocuos para la salud y absolutamente accesibles, la única manera de compensar esa desigualdad es reconociendo a las mujeres una oportunidad razonable para ejercer el derecho de interrumpir el embarazo. La omisión de ejercicio de ese derecho cuenta como asunción del embarazo y una gestación asumida es una carga que legítimamente puede exigirse mientras se mantenga en el umbral normal para la mujer. En definitiva, el reconocimiento del derecho de la mujer a interrumpir el embarazo es el único fundamento legítimo de su deber de tolerarlo.

Es su convicción, expresó el profesor Bascuñán, que antes de que transcurran diez años esta Corporación volverá a discutir el aborto, para pronunciarse sobre el modelo del plazo. Ese es el único modelo que puede ofrecer una respuesta cabal a las mujeres.

INTERVENCIÓN DEL ASESOR LEGISLATIVO,
SEÑOR LEONARDO ESTRADÉ-BRANCOLI,

El señor Leonardo Estradé-Brancoli, asesor legislativo, se refirió a aspectos de la historia fidedigna del establecimientos de las normas constitucionales y legales vinculadas con el proyecto de ley en discusión.

En la 86ª sesión de la Comisión Constituyente, a la que fue invitado el señor Francisco Cumplido, éste plantea la necesidad de contemplar en la Constitución el aborto terapéutico y de utilizar la expresión "esterilización terapéutica profiláctica". En esa misma sesión, el señor Enrique Ortúzar ratifica la opinión precedente y señala, además, que los principios básicos a considerar son el derecho a la vida, el derecho a la integridad física y moral, la protección de la infancia y los derechos de la mujer.

En la sesión siguiente se conforman una postura de mayoría y otra de minoría. En esta última se sitúa el señor Jaime Guzmán, quien sostiene que únicamente debe contemplarse el derecho a la vida, pero que no corresponde establecer todo tipo de protecciones al que está por nacer y que en el fondo se protege más a la madre que a aquél; considera que se puede privar de la vida en el caso de legítima defensa, de la pena de muerte y de guerra, pero que el aborto es un homicidio, porque la vida se inicia con la concepción y no con el nacimiento. Como consecuencia de ello, el señor Guzmán postulaba que la madre debía tener al hijo, aunque no lo haya deseado, sea anormal, haya sido concebido en una violación o que de ese hecho derive su muerte. En definitiva, el comisionado estima que no puede invocarse el dolor o la tragedia para no observar el orden moral, que es absoluto.

Sin embargo, el señor Enrique Evans, quien adscribe a la postura mayoritaria, indica tener dudas sobre si la convicción personal e individual del señor Guzmán puede aplicarse a la vida colectiva de una sociedad pluralista. Por ello, propone trasladar el artículo 75 del Código Civil a norma constitucional, como una regla flexible que autorice al legislador para permitir el aborto en ciertos casos, especialmente en el de carácter terapéutico.

A su vez, el señor Enrique Ortúzar, ante la imposibilidad de determinar el momento en que comienza la vida, considera que al menos en sus inicios hay algo relativo. No obstante, el derecho de la madre es tangible y, por ello, si hubiere que optar entre la vida de la madre o la del hijo, habría que elegir la primera.

Por otro lado, complementa el señor comisionado, el hijo que nace de la relación de los padres no es independiente de éstos. Si la madre odia al hombre que la violó, va a ver plasmada en el hijo la vileza

del acto y lo puede rechazar. Por eso no cree en la prohibición absoluta del aborto.

Por su parte, el señor Alejandro Silva Bascuñán señala que, si bien es cierto lo aseverado por el señor Guzmán, es una realidad dura que no puede imponerse a los miembros de una sociedad política. Agrega que las diferencias que se dan en la Comisión son las divergencias del país entero y las normas de una Constitución deben ser obedecibles racionalmente.

En definitiva, acotó el expositor, en esta sesión se reconoce una causal genérica de aborto y otras específicas, no taxativas, de justificación. Además, se hace presente que la sociedad se basa en el pluralismo, lo que se opone al orden moral.

En otra perspectiva, el señor Jorge Ovalle connota que la convicción moral de raigambre religiosa es un sentimiento muy profundo, que va más allá de la razón. Asimismo, expresa respetar y comprender a la mujer que por sus creencias religiosas tiene un hijo no deseado, pero pide ese mismo respeto para quien no tiene un credo y que antepone el principio de la dignidad del ser humano sobre la obligación de la mujer de engendrar un hijo contra su voluntad. Añade el comisionado que ha sido criado en base al principio de libertad del ser humano en todos sus aspectos y, por tal motivo, pide que la Constitución no se haga sólo para los creyentes observantes, sino para todos los habitantes.

En cuanto al sentido y alcance de la frase “la ley protege la vida del que está por nacer”, expuso que la interrelación de normas y el juego de derechos involucrados apuntan a una confluencia de garantías que el legislador debe considerar.

Por su lado, el señor Jaime Guzmán manifiesta que la ley moral natural es aplicable a todos los seres humanos, con independencia de su religión, lo que no ocurre con la religión. Así, la ley no puede ser inmoral.

El señor Enrique Evans, por su parte, señala ser católico, mas la fe religiosa no puede imponerse en una sociedad pluralista, dado el profundo respeto que le merecen aquellos que no profesan el credo al que él adscribe.

El comisionado señor Ortúzar, a su vez, asegura que su conciencia le dice que es aceptable el aborto terapéutico, pero no su religión.

Ante esa afirmación, el señor Guzmán menciona que comprende que el señor Ortúzar opte por la vida de la madre, pero en este caso el único derecho en juego es el del que está por nacer, pues la madre tiene un deseo comprensible de vivir y moriría sólo por causas

naturales. Al respecto, el comisionado señor Ortúzar replica que ese razonamiento también sería aplicable a la legítima defensa o a la pena de muerte.

En la 88ª sesión, el señor José Luis Cea plantea que la Corte Suprema de Estados Unidos ha fallado que el derecho a la vida es el más fundamental de todos los derechos y propone, por tanto, que se consagre en la Constitución, pero que el aborto terapéutico sea regulado en el Código Penal.

En la 90ª sesión, en tanto, el señor Alejandro Silva Bascuñán pide que no se instaure el aborto en la Constitución y agrega que existe un encargo al legislador, explícito o implícito, de dar sentido a la Constitución y hacerla funcionar. En esa línea, el silencio constitucional implica que no se condena el aborto. Si bien el legislador debe definir la forma de protección del que está por nacer, ello no debe significar una legalización excesiva del aborto.

El señor Jorge Ovalle, en esa misma sesión, sostiene que para establecer una causal de justificación el legislador debe consignar casos concretos, con ciertos requisitos. Añade, no obstante, que no debe tener tal liberalidad como la que se constata en los países nórdicos, porque es deseo del Constituyente que ello se haga en forma restrictiva.

A su turno, el señor Enrique Evans se pronuncia a favor de una norma flexible, que no sancione penalmente el aborto terapéutico.

Añadió el señor Estradé-Brancoli que, si bien en la 94ª sesión se acordó que la protección de la vida sería del “ser” que está por nacer, ese vocablo fue revocado por la Junta Militar, a instancias del Ministro de Justicia, por constituir una redundancia y porque así lo establece el Código Civil. Al respecto, el señor Jaime Guzmán postula que la cacofonía se debe a que el ser tiene existencia desde el momento de la concepción. Seguidamente, el señor Ministro agrega que el aborto terapéutico es lícito y que, en caso de violación, a su juicio también sería legítimo.

Posteriormente, el señor Enrique Ortúzar deja expresa constancia de que la redacción acordada está en consonancia con la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

En lo que atañe a la iniciativa que derogó el aborto terapéutico en el año 1989, el señor Estradé-Brancoli adujo que tres de cuatro comisiones legislativas de la Junta de Gobierno la rechazaron y sólo la aprobó la de la Armada. Después, por insistencia del Almirante Merino, el proyecto vio la luz. No obstante, el General Fernando Matthei se opuso al mismo, porque declaró que su propia mujer se habría tenido que practicar un aborto.

Aclaró que, en su opinión, dicho proyecto derogatorio era inconstitucional, por todo lo señalado sobre los trabajos preparatorios de la Carta Política de 1980.

Al finalizar esta exposición, **el señor Delgado**, de la Fundación Justicia para Todos, hizo presente que si bien es legítimo referirse a los antecedentes de la elaboración de la Constitución Política de la República, considera pertinente que la remisión se haga a la postura que se ha expresado en democracia, tanto por autoridades de Gobierno como por los tribunales ordinarios de justicia, interpretación que contraría la expuesta por el señor Estradé-Brancoli.

Además, si la frase “la vida del que está por nacer” está extraída del Código Civil, para determinar su sentido y alcance habría que revisar en realidad la historia de ese precepto legal y no el que entendió la Comisión Ortúzar.

INTERVENCIÓN DEL SEÑOR ANTONIO CORREA, ABOGADO DE LA ASOCIACIÓN IDEA PAÍS

El señor Antonio Correa, abogado de la asociación Idea País, hizo presente que la institución que representa ha trabajado durante un largo tiempo los temas relacionados con el embarazo, con especial énfasis en las realidades que se encuentran detrás del hecho que motiva que una mujer sea empujada a la realización de un aborto, hecho que, ojalá, pudiera ser evitado a toda costa. Por ello, recomendó profundizar en un punto que ha estado ausente en el debate, esto es, la prevención.

En efecto, complementó, el Instituto Nacional de Derechos Humanos, en su informe del año 2015, recomendó a los poderes colegisladores garantizar la atención de embarazos vulnerables, de forma adecuada y suficiente, en particular de niñas, adolescentes y mujeres en situación de pobreza y en los casos de embarazos de riesgo, para que cuenten con los apoyos necesarios que puedan requerir en materia de salud.

Remarcó que la sociedad concuerda en que el aborto debe ser evitado. De hecho, es por tal motivo que se ha incluido un sistema de acompañamiento como parte del proyecto de ley.

Respecto del texto sometido al conocimiento de la Comisión, puntualizó que se detectan ciertos errores y eufemismos en su redacción.

En primer lugar, hizo mención a que se emplea la voz “interrupción” del embarazo, a pesar de que se ha señalado reiteradamente que la gestación no puede interrumpirse, pues no es posible reanudarla luego de un proceso abortivo. En realidad, el vocablo correcto es “terminación”.

Seguidamente, consideró errado hablar de “despenalización”, puesto que la iniciativa no sólo se ocupa de ese asunto, sino que también de garantizar un derecho. Así, no tendría sentido discutir acerca de la objeción de conciencia si no se estuviera en presencia de un derecho garantizado.

Un tercer argumento que estimó equivocado, es que el proyecto de ley se sustenta en el supuesto de que las mujeres que abortan son enviadas a la cárcel. Al respecto, indicó que hasta el año 2014 se constatan seis condenas por casos de aborto, pero ninguno de ellas afectaba a mujeres ni estaba relacionada con alguna de las tres causales que se hacen valer en la iniciativa.

Por otro lado, en el Mensaje se establece que en Chile se realizan 32.900 procedimientos abortivos al año, aunque la mayoría

de las fuentes señala que no serían más de 18.000, e incluso algunas sitúan esa cifra en no más de 2.500.

En lo que atañe al embarazo vulnerable, sostuvo que se trata de un concepto dinámico y relacional, pues se refiere a las circunstancias que inciden en que el embarazo no se pueda vivir con normalidad, en muchos casos por influencias provenientes del contexto social de la mujer o bien de su propia individualidad, lo que hace que ella requiera un acompañamiento especial.

Así las cosas, solamente conociendo los factores que llevan a una mujer a abortar se le podrá dar una respuesta adecuada. En ese sentido, un estudio presentado por Idea País, que recoge las distintas acciones llevadas a cabo por organizaciones de la sociedad civil, determinó que un 90% de los factores que inducen a una mujer a recurrir a la intervención abortiva son de tipo psicosocial, como la violencia, la coerción, el miedo y la soledad. Entonces, esos son los elementos que la acción estatal debe atacar.

Sin embargo, enfatizó, hace un tiempo fue suprimido el Programa de Acompañamiento y Apoyo a las Madres Adolescentes, lo que parece contradictorio con las propuestas que sobre la misma materia ahora se hacen en la presente iniciativa. Por otro lado, una investigación realizada en Estados Unidos ha concluido que de 800.000 mujeres a las cuales se les hizo seguimiento, un 80% resultó tener una mayor prevalencia a presentar una enfermedad psicológica con posterioridad a la ejecución del aborto.

Observó que el proyecto de ley en discusión contempla recursos por $ 1.600.000.000 para el programa de acompañamiento, lo que consideró absolutamente insuficiente, ya que, según ha calculado la entidad que representa, para que la iniciativa sea efectiva, esa cifra debería acercarse a $ 23.000.000.000. Lo anterior, en el entendido de que las instituciones que realizan acompañamiento a mujeres tienen un resultado exitoso en más del 85% de los casos. Puso en evidencia la necesidad imperiosa de acompañar a las mujeres que se ven enfrentadas a la terrible situación de someterse a un aborto.

En base a todas las observaciones expuestas, opinó que la iniciativa legal debe ser modificada, de acuerdo con las observaciones indicadas.

INTERVENCIÓN DEL SEÑOR CRISTÓBAL AGUILERA, COORDINADOR LEGISLATIVO DE LA CORPORACIÓN COMUNIDAD Y JUSTICIA

El señor Cristóbal Aguilera, coordinador legislativo de la Corporación Comunidad y Justicia, manifestó coincidir con algunas voces que plantean que la discusión sobre el aborto es infructífera, puesto que la gran mayoría de las partes intervinientes no se podrá poner de acuerdo al final del debate. Precisó que uno de los que han sustentado esa postura es el Honorable Senador señor Girardi, quien ha argumentado que las premisas sobre las que descansan algunas posturas, especialmente aquellas antropológicas y metafísicas, son mucho más profundas de lo que parece.

Sin embargo, explicó que la resolución de la controversia no debe asentarse solamente en la mera votación, sino que es preciso generar ciertos consensos básicos, partiendo de premisas generalmente compartidas.

La primera de ellas, connotó, es el respeto de los derechos humanos. Por eso, es necesario preguntarse si el proyecto de ley en estudio condice con ese principio.

Al respecto, puso de manifiesto que, pese a parecer una redundancia, todo derecho existe por causa del hombre y, por lo tanto, ningún derecho podría no ser humano. Empero, pareciera que el concepto alude a algo más profundo.

En efecto, la Declaración de Derechos de Virginia, de 1776, establece que todos los hombres son por naturaleza igualmente libres e independientes y tienen ciertos derechos inherentes. Asimismo, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 1948, afirma la existencia de ciertos derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana. Otras declaraciones más modernas aluden a lo mismo con un lenguaje similar. La conclusión que emana de todos estos documentos, es que hay ciertas esencias y propiedades en el hombre que son inalienables y universales, en el sentido de que pertenecen a toda la especie humana.

Para aclarar el real sentido de los derechos humanos, propuso hacer un contrapunto con su concepto opuesto, que es el derecho positivo, que consiste en las facultades y capacidades que asignan la sociedad o el Estado a ciertas personas. Los derechos humanos, por otro lado, son reconocidos y no asignados por el Estado, por lo que son anteriores a este último.

De consiguiente, el hecho de que los derechos humanos sean anteriores al Estado alude a la incapacidad de la comunidad entera de desconocerlos o violarlos, aun cuando se aduzca cualquier tipo de

interés, pues hay ciertas propiedades y modos de tratar al hombre que no se pueden contradecir y son inviolables. Es decir, los derechos humanos no son otra cosa que una expresión jurídica o política de la dignidad humana, que sólo se posee por el hecho de “ser” alguien.

La dignidad humana, continuó, es el fundamento de los derechos humanos. La expresión jurídica más clara de ella, es el reconocimiento de la personalidad humana o de la persona como sujeto de derecho. Por ejemplo, la Declaración Universal de los Derechos Humanos lo declara de esa manera en el artículo 6 y la Convención Americana de Derechos Humanas alude a lo mismo en el artículo 3.

En ese contexto, agregó, nadie tiene la facultad de decidir quién es o no persona o quien tiene derechos humanos o dignidad. Por el contrario, aceptar que alguien tuviera esa atribución, sería admitir una forma velada de totalitarismo moderno. Por ello, hizo un símil con la posibilidad de que alguien tuviera la capacidad de imponer la condición de esclavitud a una persona.

En el plano de la legislación nacional, sostuvo que el artículo 55 del Código Civil, que define el concepto persona, indica que se trata de todo individuo de la especie humana, reconocimiento que debe hacerse sin ningún tipo de discriminación.

Citó al filósofo Robert Speaman, quien ha planteado que es absurdo tratar de poner condiciones a lo que nosotros queremos y admitimos que es incondicional, esto es, al reconocimiento de la persona humana y la dignidad humana.

Entrando derechamente al mérito del proyecto de ley, coincidió en que no se trata solamente de una despenalización, sino que también se propugna que las mujeres tengan el legítimo derecho de requerir de un médico la realización de un procedimiento abortivo en tres situaciones específicas. Agregó que, dado ese escenario, quedará en manos de la mujer decidir si se le aplicará un estatuto jurídico de protección al que está por nacer, cuestión que consideró de gravedad, por cuanto en semejante eventualidad el Estado está renunciando a resguardar los derechos humanos de todos los individuos de la especie humana.

En virtud de lo expuesto, consideró que la iniciativa en debate no sólo contraría los derechos humanos del que está por nacer, sino que también derrumba toda la protección de los derechos humanos, al dejar en poder de una persona la definición de a quién se le podrán violar. Por lo mismo, complementó, el aborto es el primer paso para la pérdida del sentido de los derechos humanos, que pasarían a ser sólo una retórica o una forma de dominación del más fuerte sobre el más débil.

En conclusión, el proyecto de ley no cumple con el parámetro de respeto de los derechos humanos de manera incondicional y,

más aún, rompe el consenso básico sobre su protección y desvaloriza la vida humana.

INTERVENCIÓN DE LA SEÑORA CAMILA MATURANA, ABOGADA DE LA CORPORACIÓN HUMANAS

La señora Camila Maturana, abogada de la Corporación Humanas, precisó que el proyecto de ley en discusión responde a un compromiso contenido en el programa de Gobierno de la actual administración, que se hace cargo de un número importante de obligaciones internacionales pendientes en materia de derechos humanos de las mujeres y que han sido reprochados al Estado de Chile por diversos organismos internacionales. Asimismo, hizo notar que las demandas ciudadanas también requieren de forma creciente legislaciones que protejan los derechos de las mujeres, respaldo que, en el caso de la iniciativa legal que ocupa a la Comisión, es mayoritaria en la opinión pública, según demuestran las encuestas.

Aclaró que el debate central de la iniciativa tiene que ver con los derechos de las mujeres, es decir, como la sociedad es capaz de reconocerlas como sujetos plenos de derecho y agentes morales. En definitiva, es una discusión sobre la deuda en que se encuentra el Estado de Chile en materia de derechos humanos de las mujeres y las niñas por el hecho de mantener vigente, desde la recuperación de la democracia, la criminalización total del aborto.

Sostuvo que la legislación a la que se ha hecho mención está fundamentada en la pretensión de tutelar la sexualidad de las mujeres. En efecto, aun cuando los derechos humanos de las mismas están reconocidos por la Constitución y por los tratados internacionales vigentes, se recurre a la coerción y a la amenaza del castigo penal para imponer el mandato social de la maternidad, incluso en el marco de las tres causales específicas que contiene el proyecto de ley, negando de esa manera la calidad de sujetos de derecho de las mujeres y refutando que el cuerpo es el primer territorio para el ejercicio de los derechos.

Añadió que en una sociedad democrática, genuinamente respetuosa de la libertad de conciencia, pensamiento y religión, todas las creencias son legítimas, incluso aquellas que plantean la maternidad como el principal rol de las mujeres. Sin embargo, lo que no es legítimo es que dichas creencias, de tipo moral o religioso, sean impuestas mediante la legislación, es decir, que se confunda el derecho y la moral. Lo anterior, aun cuando la mayoría de la población así lo desee.

Resaltó que Chile es un estado laico y ello significa que la legislación debe amparar los derechos y creencias de todas las personas, sin que se imponga una sobre otra. En ese contexto, indicó que las mujeres no pueden seguir viviendo bajo el imperio de leyes propias de naciones totalitarias o confesionales, como las que exigen la continuidad forzada del embarazo en toda circunstancia, hecho que la Organización de las Naciones Unidas ha calificado como tortura.

Aclaró que la criminalización del aborto no impide que las mujeres incurran en dicha práctica, sino que sólo impone la clandestinidad de la interrupción del embarazo y el riesgo de secuelas en la salud de quien se somete a una intervención de ese tipo. Además, profundiza la desigualdad, condenando de antemano a las mujeres pobres y a las más jóvenes que carecen de recursos para acceder a un aborto seguro, a prácticas que no condicen con la dignidad humana, a la posibilidad de ser denunciadas por quienes no cumplan sus obligaciones éticas y legales de confidencialidad y a la persecución criminal.

Por otro lado, tanto la Constitución Política de la República como los tratados de derechos humanos ratificados por nuestro país reconocen derechos y garantías a las personas y no a los embriones ni los fetos. Así, el pretendido estatuto jurídico del no nacido que invocan frecuentemente quienes se oponen a legislar en esta materia, en realidad no tiene amparo constitucional ni convencional. De hecho, el mandato que obliga al legislador a proteger la vida del que está por nacer no es equivalente a reconocer que los embriones sean personas, titulares de derechos fundamentales. Del mismo modo, tampoco significa que de forma automática se materialice la protección de la vida que está por nacer mediante la sanción penal.

Agregó que los antecedentes de la dictación de la actual Carta Política también son claros en este punto, pues las actas de la Comisión Constituyente señalan, en lo medular, que las pretensiones del Comisionado Jaime Guzmán, de prohibir constitucionalmente el aborto, no fueron acogidas por el resto de los miembros, quienes no consideraron imponer a la población las convicciones morales y religiosas de cada uno de ellos. Por tanto, la Comisión se limitó a consagrar que la Constitución protege la vida del que está por nacer.

En ese mismo orden de ideas, postuló que la Corte Interamericana de Derechos Humanos también se ha pronunciado al respecto. El año 2012, en la sentencia dictada en el caso Artavia Murillo, zanjó con claridad el alcance del artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, haciendo notar que el embrión no puede ser entendido como persona para efectos de dicho artículo, que a las criaturas no nacidas no corresponde atribuirles la calidad de titulares de derechos humanos que se reconoce a las persona y que la protección de la vida pre natal –que la Corte ampara- no es equivalente a un derecho humano y debe armonizarse con los derechos fundamentales de otras personas, especialmente los de la madre.

Volviendo al mérito del proyecto de ley, postuló que las tres situaciones excepcionales reguladas en el mismo se sustentan en la necesidad de resguardar la dignidad de la mujer y la protección de la garantía constitucional a la vida y la integridad física y psíquica que reconoce la Carta Fundamental, así como en la prohibición de la tortura y otros tratos

crueles o degradantes que consagran tratados internacionales y en las obligaciones asumidas por el Estado de Chile en materia de protección y reparación de las víctimas de violencia sexual.

Consideró importante restablecer en la legislación la causal terapéutica, vigente por décadas en el país y de amplia aplicación a nivel internacional. Asimismo, consignó que la despenalización del aborto en los casos de inviabilidad se sustenta en lo inhumano de imponer a una mujer la obligación de cursar un embarazo forzado cuando el que está por nacer no sobrevivirá, incrementando el dolor y la tragedia de la madre.

Manifestó que la medicina debe estar orientada a proteger a las personas y aliviar su sufrimiento, por lo que en un escenario en que se cuenta con la tecnología que permite detectar un conjunto de patologías y brindar servicios de interrupción del embarazo seguros, no permitirlo constituye una injusticia.

En tercer lugar, razonó, resulta de la mayor relevancia que la iniciativa aborde y reconozca la violencia sexual como una de las agresiones más graves contra las mujeres y las niñas. Enfatizó que frecuentemente ese tipo de violencia es invisibilizado, al igual que sus consecuencias. Connotó que las víctimas son estigmatizadas, se duda de su palabra y se les responsabiliza de la violencia que sufren.

Afirmó que desde hace décadas la comunidad internacional considera la violencia sexual como un atentado a los derechos humanos y ha asumido obligaciones en materia de prevención, sanción, protección y reparación de las víctimas. En efecto, si a consecuencia de esa violencia una mujer resulta embarazada, el Estado no puede imponer la continuidad forzada de la gestación, ya que al sufrimiento de la víctima no corresponde agregarle ese tipo de violencia estatal, sino que, por el contrario, lo pertinente es ofrecer opciones de atención integral, acompañamiento y reparación, así como cautelar el derecho personalísimo a decidir en este ámbito.

Hizo presente las observaciones que siguen, que propone la organización que representa.

La primera de ellas, continuó, se relaciona con el hecho de que la causal terapéutica se limita al riesgo vital, sin contemplar la protección de la integridad física y psíquica de las mujeres ni su derecho a la salud, tal como se comprende mayoritariamente en la legislación comparada.

Además, los limitados plazos que plantea la causal de violación desatienden la evidencia presentada en el debate de la iniciativa, sobre la tardía detección del embarazo en niñas y adolescentes, particularmente cuando la violencia sexual tiene el carácter de reiterada o crónica.

Solicitó restablecer la norma sobre confidencialidad de la atención de salud que requieren las mujeres que presentan complicaciones derivadas de aborto, cuestión que ha sido recomendada por los organismos internaciones desde el año 1999. De hecho, a los profesionales y auxiliares de la salud les corresponde brindar un trato compasivo, asistir en el sufrimiento y la enfermedad y no constituirse en jueces, policías o delatores de sus pacientes.

Expresó su preocupación por que se desconozca el derecho a la privacidad y a la autonomía de las mujeres adultas y se imponga a los establecimientos de salud la denuncia obligatoria de la violencia sexual ejercida sobre ellas. Por lo demás, el Mensaje distingue claramente entre las consideraciones sanitarias y las policiales, a fin de evitar la revictimización. Sin embargo, algunos legisladores lograron instalar en el debate, en el primer trámite constitucional, la desconfianza en la palabra de las mujeres.

Planteó que se debería reponer la autorización judicial subsidiaria respecto de las niñas, asegurar que la objeción de conciencia no se extienda a las instituciones que han señalado que no cumplirán la ley y a otros profesionales distintos del médico y rechazar la disposición que prohíbe la información pública sobre los centros asistenciales que practicarán la interrupción del embarazo, toda vez que el derecho a la salud también comprende el derecho a la información.

INTERVENCIÓN DE LA SEÑORA DENISSE ARAYA, DIRECTORA EJECUTIVA DE LA CORPORACIÓN ONG RAÍCES-CHILE

La señora Denisse Araya, Directora Ejecutiva de la Corporación ONG Raíces-Chile, sostuvo que el trabajo de dicha entidad se ha centrado en estudiar una de las agresiones sexuales más violentas y devastadoras para niños, niñas y adolescentes, que es su explotación sexual comercial o la mal llamada “prostitución infantil”. Esto último, por cuanto los niños no se prostituyen, sino que son prostituidos por un adulto. Afirmó que ese extremo abuso de poder vulnera los derechos humanos fundamentales de esos menores, es complementado por un entorno tolerante, la indefensión de las propias víctimas y por el hecho de que los abusados son reducidos a la condición de mercancía.

La explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes (ESCNNA) constituye una violación a los derechos humanos, que ocurre cuando una persona o un grupo de personas involucran a un niño, niña o adolescente en actividades sexuales, para la satisfacción de los intereses y deseos de otras personas, o de sí mismos, a cambio de una remuneración económica u otro tipo de beneficio o regalía. Agregó que hay varias manifestaciones de esa explotación sexual, como la callejera, los prostíbulos, los denominados “cafés con piernas” y la trata de niños, entre otras.

Luego, consignó que la diferencia entre la ESCNNA y cualquier tipo de violencia sexual, es que en la primera se produce un intercambio que conduce a la falsa idea de que el niño está siendo compensado y prestaría un aparentemente consentimiento. Además, generalmente se da que el entorno y el explotador responsabilizan a la víctima, que se siente responsable por su actuar. Se constata igualmente un adulto explotador, un entorno cómplice y una sociedad que naturaliza estas prácticas. En conclusión, se trata de un fenómeno social multi causal, en que se articulan factores estructurales, políticos, sociales, culturales, familiares e individuales.

En general, las víctimas presentan vulneración de sus derechos de forma permanente y múltiple; factores como pobreza, marginalidad y exclusión les han hecho más vulnerables, pero no explican el fenómeno en su totalidad; viven experiencias traumáticas, como abuso psicológico o físico dentro de su familia, así como agresiones sexuales previas; sufren una institucionalización temprana, en una o más ocasiones; incurren en parentalización temprana, lo que les exige asumir roles de adulto, sin otorgarles la protección necesaria, y soportan discriminación basada en el género, en la edad y en la clase social, que avalan esa práctica abusiva y vulneradora.

En resumen, la ausencia de cariño, de ternura, de palabras amorosas y genuinas y la permanente frustración han sido las

únicas constantes en sus cortas vidas. Por ello, la práctica en reparación del daño ha demostrado una vivencia común en todos ellos, esto es, las experiencias previas de violencia, abandono, negligencia y, por sobre todo, de desamor.

Las principales consecuencias de la explotación, enfatizó, se traducen en problemas físicos, emocionales, interpersonales, comportamentales y cognitivos.

Connotó que las víctimas viven una situación permanente de violencia y explotación, con un entorno que adopta una actitud pasiva. Asimismo, la fragmentación que se constata en la comunidad tampoco ayuda a poner atajo a esta práctica. Los explotadores, por su parte, no asumen ningún tipo de culpa o responsabilidad.

En este ambiente las niñas viven disociadas, en términos tales que logran evadir la realidad que les toca vivir y, de hecho, muestran la apariencia de personas libres y que no sufren dolor alguno. No obstante, cuando comienza el proceso de reparación se puede constatar el asco, la angustia y el dolor que sufren. Relató que la experiencia con estos niños, que han logrado sobrevivir a la niñez, ha demostrado que requieren contar con la posibilidad de decidir frente a un embarazo provocado por un explotador, luego de tomar conciencia de lo que ello significa. En efecto, en su situación el embarazo es la continuidad de la explotación que lo originó y la indefensión puede provocar una grave desestructuración psíquica que lleve a situaciones límite.

Así, las niñas y adolescentes víctimas de explotación sexual comercial no pueden ser objeto de una sanción social, señalándoles que su deber es continuar con el embarazo. Hay que asegurarles un espacio de discernimiento y respeto, a fin de que puedan tomar una decisión informada y acompañada, de acuerdo a sus convicciones personales, pero sin persuadirlas en uno u otro sentido, ya que el objetivo del proceso es ofrecerles opciones frente a la violencia permanente a que han estado expuestas, en muchos casos, desde su nacimiento.

Por tal razón, concluyó, a través de la tercera causal de este proyecto de ley se consideran todos aquellos actos de connotación sexual que determinan que una mujer quede embarazada sin su consentimiento, cuya característica principal es la coacción, y que comprende el uso de grados variables de fuerza, intimidación psicológica, extorsión, amenazas o engaños, en condiciones en que la mujer no puede transmitir o expresar su voluntad, tal como sucede en la ESCNNA.

INTERVENCIÓN DE LA SEÑORA VERÓNICA HOFFMANN, DIRECTORA EJECUTIVA DE LA FUNDACIÓN CHILE UNIDO

La señora Verónica Hoffmann, Directora Ejecutiva de la Fundación Chile Unido, expresó que la institución que dirige nació en el año 1999, y desde esa fecha su principal preocupación y objetivo ha sido dedicarse, junto a decenas de voluntarias, a acompañar a mujeres en estado de gestación, especialmente aquellas con embarazos vulnerables. En otras palabras, se han especializado en atender a mujeres que, por diversos motivos, como una situación de violación o porque el niño que está en su vientre padece una alteración estructural congénita o genética de carácter letal, u otros, viven un embarazo en situación de vulnerabilidad. Consideró importante esta aclaración, pues, a su juicio, este debate se ha desarrollado en muchas oportunidades sin tener en cuenta la real situación y condición que viven las mujeres, y que la Fundación, tras 17 años de experiencia, conoce a cabalidad. Informó que los registros de este Programa de Acompañamiento Integral han sido requeridos para análisis científicos, cuyos resultados, incluso, han sido expuestos ante la Organización de las Naciones Unidas, con el propósito de mostrar experiencias exitosas en la prevención del aborto.

En primer lugar, se refirió a la autonomía de la mujer frente al aborto, toda vez que se ha dicho que si la mujer no goza de libertad para abortar por las tres causales que contempla la iniciativa legal, significaría una tortura para ellas; en la especie, obligarlas a continuar con sus embarazos constituiría una vulneración de su derecho a elegir. Sin embargo, esa libertad a la que tanto se alude, en la realidad particular de cada mujer no existe, porque ella no goza de auténtica autonomía en su decisión cuando está pensando en el aborto. En efecto, por la experiencia recogida se ha podido determinar que la mujer embarazada no toma de manera libre la decisión de abortar, pues se ve presionada por su entorno y por las circunstancias de adversidad que en esos momentos enfrenta y que la hacen vulnerable. Añadió que en mujeres que han sufrido una violación, esa presión y desolación es aún más significativa.

En segundo término, mencionó las causas por las cuales las mujeres con embarazos vulnerables piensan en abortar.

Primeramente, un 44% sufre coerción, es decir es presionada para abortar, por uno o ambos padres o por la pareja. Un 22% lo hace por factores asociados a expectativas de futuro de la mujer embarazada, incluyendo el continuar sus estudios, su proyecto de vida, su situación socioeconómica y el temor a ser madre. En tercer lugar, un 20% opta por el aborto por temor o miedo a la reacción de la pareja o de los padres frente al embarazo. Otras causales, complementó, son el abandono de la pareja y el abuso sexual.

Agregó que muchas veces la mujer violada es obligada a abortar por el mismo violador -que en un 75% de los casos o más es el padrastro o un familiar cercano-, quien presiona a la mujer porque busca omitir la evidencia de la agresión y de los abusos retirados que por largo tiempo ha ejercido sobre ella antes de dejarla embarazada.

Por lo tanto, es posible concluir que la intención de abortar, en un 92% de las mujeres con embarazos vulnerables, se debe a la soledad, al desamparo, a la presión y a la coerción de su círculo más cercano.

Manifestó que a diario contactan a la Fundación mujeres desoladas, angustiadas, con miedo, perturbadas emocionalmente y que se sienten solas, sin apoyo y sin alguien con quien compartir lo que están sintiendo. Es en esos momentos de máxima fragilidad humana donde voluntarias capacitadas las acogen y las escuchan y, paulatinamente, comienzan a interiorizarse de sus historias de vida, que incluyen la precariedad, el haber vivido una violación o recibido un diagnóstico de malformación letal.

Por tal motivo, razonó, el acompañamiento tiene la fortaleza de apoyar a la mujer violada para evitar que se sienta sola y de posibilitar que comparta su situación de vulnerabilidad con una persona que le ofrecerá la ayuda que requiere en ese momento. Afirmó que la Fundación acoge a mujeres de distintas edades y estratos socioeconómicos, a lo largo de todo el país, y les ofrece un acompañamiento gratuito, sistemático, continuo y personalizado. Esto último, por cuanto cada caso tiene su propia historia y necesita de apoyos especializados.

Observó que a partir de las diversas dificultades detectadas se ha conformado una red multidisciplinaria de apoyo, en la que médicos, ecógrafos, psicólogos, psiquiatras, hogares de acogida, instituciones de adopción y programas de cuidados paliativos y de acompañamiento post aborto entregan su ayuda de manera colaborativa, sin costo alguno para las madres. Con esa acogida y acompañamiento integral, la mujer se siente apoyada y encuentra un pilar fundamental en el cual sostenerse, lo que le permite estabilizar su situación y le da espacio para continuar su vida en forma tranquila, esperanzada y libre de coerción.

Desde esa experiencia, acotó, es posible concluir que un 85% de las mujeres que recibieron el acompañamiento psicosocial integral de Fundación Chile Unido previnieron el aborto y decidieron continuar con su embarazo. Así, el Programa de Acompañamiento Integral ha cuidado la integralidad de la mujer y de ese ser en gestación, permitiendo que a la fecha más de 4.650 niños hayan venido al mundo.

En lo que atañe a embarazos causados por una violación, resaltó que se ha atendido a un total de 119 mujeres en dicha situación, de las cuales el 96%, al ser acogidas, contenidas y apoyadas en

su vulnerabilidad, continuó con su embarazo. Incluso, sólo el 18% de ellas dio a su hijo en adopción, en tanto que el 72% de las madres está actualmente junto a sus hijos.

Hizo presente que la violación es un problema social que debe concitar una preocupación especial por parte del Estado y la sociedad civil y que, sin embargo, el aborto no solucionará la situación traumática y el estrés psicológico producido por esa agresión. Por el contrario, dicha práctica puede generar secuelas, en el corto o mediano plazo, en la salud física y psicológica de mujeres y niñas enfrentadas a situaciones de violencia sexual.

En ese orden de ideas, planteó que una mujer embarazada producto de una violación necesita contar con un programa nacional de acompañamiento integral, que contemple apoyo multidimensional, que se la derive a un especialista que le entregue atención médica respetuosa y se le proporcione atención psicológica o psiquiátrica para abordar el trauma de la violación. Una mujer agredida sexualmente y embarazada necesita asesoría jurídica y social que le suministre las herramientas necesarias para realizar la denuncia, de manera que el abusador no quede impune y pueda salir del círculo de violencia que ocurre al interior de la familia.

Sostuvo que en la tarea del acompañamiento quienes trabajan en la Fundación son cuidadosos y preocupados por las mujeres y, por ello, no se ha estimado conveniente requerir el testimonio ante la Comisión de una mujer violada.

Recordó que el presente debate legislativo se inició para dar respuesta a la preocupación de la Presidenta de la República que ha expresado que “cada aborto en el país significa que como sociedad estamos llegando tarde". No obstante, Fundación Chile Unido no ha estado llegando tarde y, en virtud de ello, solicitó a los miembros de la Comisión que propongan políticas públicas para todas las mujeres con un embarazo vulnerable, con un diagnóstico de inviabilidad letal o con una gestación fruto de una violación, que contemplen la concurrencia de diversos servicios públicos que, de manera coordinada y con el apoyo de instituciones como aCompañar-es, Maternitas, Proyecto Esperanza, Fundación Chile Unido y otras de la sociedad civil, brinden el apoyo integral que tanto las mujeres como sus hijos requieren.

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR JORGE NEIRA, DIRECTOR DEL PROGRAMA ACOMPAÑAR-ES

El doctor Jorge Neira, Director del programa aCompañar-es, expresó que el compromiso moral de la medicina con sus pacientes es indisociable de la tarea técnica que tiene que enfrentar. En efecto, en mayor o menor magnitud, la enfermedad siempre sumerge al paciente y a su entorno en la experiencia de la vulnerabilidad y, por tal razón, es tarea ineludible de los profesionales de la salud acoger y acompañar a las personas en esos momentos de desolación y sufrimiento. El profesional de la salud nunca puede discriminar a un paciente, en ningún sentido, ni por condición física, étnica, de género, social, política, ideológica o religiosa, y menos aún por la edad, gravedad de su enfermedad o por el tiempo de vida que le queda.

Añadió que en cualquier situación, por muy extrema que ella sea, el profesional de la salud está comprometido a ayudar al paciente, idealmente sanándolo o, si esto no es posible, aliviándolo, pero siempre acompañándolo. Ello corresponde a la esencia misma de la medicina y del programa que dirige.

Observó que la genética y la embriología confirman que la vida de un ser humano se inicia con la fecundación, y que en el delicado y complejo proceso de formación de los órganos que sigue a ella pueden ocurrir alteraciones que se traduzcan en enfermedades del embrión o del feto. Si el ser humano en desarrollo se enferma, se transforma en sujeto potencial de la acción médica, práctica que en lo personal ha llevado a cabo a través de 40 años de ejercicio de la obstetricia.

Sin perjuicio de lo expuesto, comentó que en los últimos tiempos ha podido presenciar el surgimiento de una nueva subespecialidad médica: la medicina materno fetal, en que ambos, madre y feto, son acogidos tanto en su identidad diferenciada como en su inextricable unidad. La medicina materno fetal, en su intento por comprender los procesos patológicos y controlarlos, ha visto surgir las nociones descriptivas de “inviabilidad fetal”, “malformación letal” y “anomalía letal”, que poseen ventajas y limitaciones. Ellas se construyen sobre la base de los siguientes criterios:

1.- Alteración estructural o funcional de órganos próximamente comprometidos en funciones vitales.

2.- Alteración genética grave.

3.- Pronóstico de muerte en período prenatal o postnatal inmediato (perinatal)

4.- Ausencia de tratamiento curativo actual.

Explicó que de la sola enunciación de los criterios se infiere la analogía que ellos manifiestan con lo que en el resto de la medicina se conoce como criterios de enfermedad terminal. Por esa razón, para la medicina materno fetal la noción descriptiva de inviabilidad perinatal corresponde a la noción clínica de enfermedad terminal o malformación congénita terminal (MCT).

Hizo hincapié en que la cultura médica contemporánea, enfrentada al desafío de la enfermedad terminal, ha desarrollado una nueva especialidad conocida como medicina paliativa, la que, a su vez, ha generado un cuerpo de conocimientos y de prácticas que ayudan a los pacientes y a sus familias a recorrer de un modo humano el estrecho y tortuoso sendero que transita entre dos abismos extremos: la eutanasia homicida y el negligente abandono.

En ese sentido, la apuesta de aCompañar-es consiste en el surgimiento de una nueva subespecialidad médica, a saber, los cuidados paliativos perinatales, que al igual que a la medicina paliativa de adultos le compete transitar por el sendero que atraviesa entre la eutanasia y el abandono. Lo anterior, por cuanto en la práctica clínica han encontrado esta figura del abandono negligente que se vive ante una MCT. De hecho, varias de sus pacientes se han sentido abandonadas por el profesional que las atendía, que se ha visto superado por el sufrimiento y la vulnerabilidad extremos. Esa situación devela una falta de preparación en las habilidades necesarias para cumplir con el acompañamiento y con la ayuda técnica y psicológica que se debe entregar, acordes con los fines de la medicina.

Entonces, frente al abandono negligente, la otra alternativa extrema que las sociedades parecen ofrecer es la de eliminar al enfermo, por no poder eliminar la enfermedad, situación análoga a lo que ocurre en la vida adulta con el denominado aborto eutanásico, pues la lógica del aborto por malformación congénita terminal no es diferente que la de la eutanasia homicida, en el caso de los pacientes adultos.

Hizo notar que el abandono negligente o el aborto eutanásico, además de constituir una grave renuncia a la responsabilidad profesional, tiene la agravante de que en él no participa la voluntad del implicado, como sucede en principio en la vida adulta. El aborto eutanásico es, entonces, una figura de mayor violencia que la que acontece en adultos, porque tensa más los extremos, al ejecutarse contra el más vulnerable de los vivientes, el no nacido, que no puede defenderse y está gravemente enfermo de una malformación congénita terminal.

Sostuvo que el malformado terminal, en una sociedad individualista de la cultura del consumo y del descarte, es relegado entre el aborto y el abandono. Al respecto, se mostró contrario a aceptar dócilmente esa lógica sobreimpuesta y ajena por completo a nuestra idiosincrasia y a nuestra cultura y, en cambio, postuló la creación de una

respuesta humana, valiente, original y solidaria, que rescate los valores nobles de la sociedad, en sintonía con el espíritu y con la letra de la ley de deberes y derechos de los pacientes.

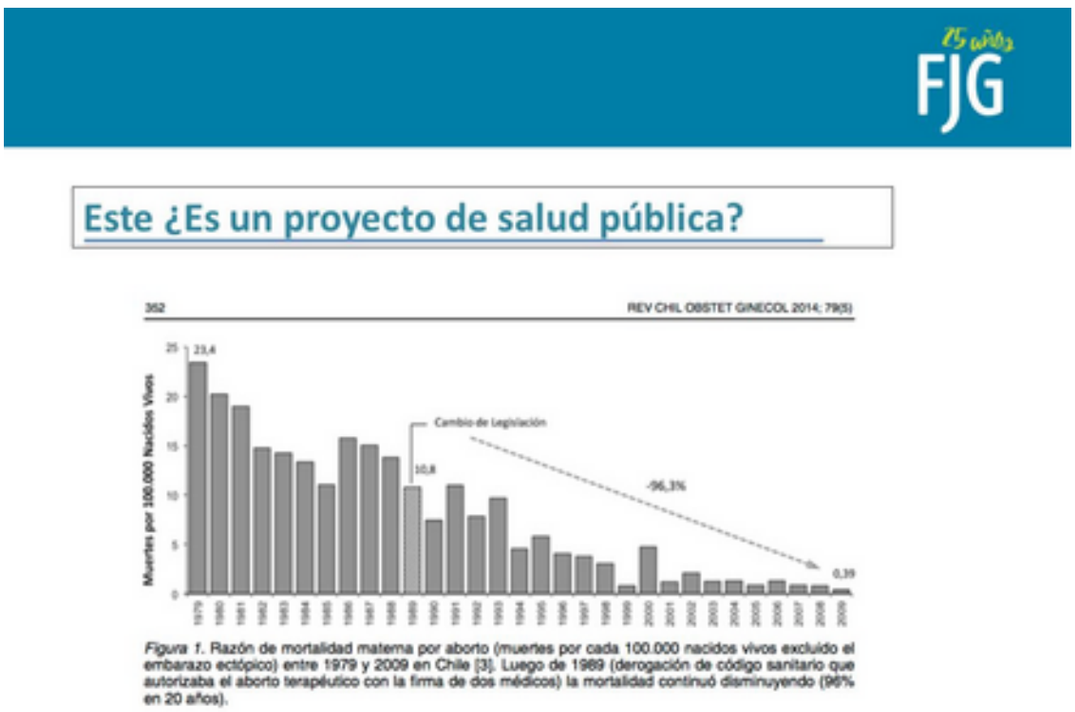
Así las cosas, el Programa de Cuidados Paliativos Perinatales consiste en un proyecto interdisciplinario y coordinado que ofrece un manejo activo y proporcionado, tal como lo describe la Organización Mundial de la Salud para los adultos, pero ahora aplicado al momento crítico del diagnóstico de la malformación terminal, al seguimiento del embarazo y del parto, a la sobrevida variable y al duelo. El equipo de cuidados paliativos perinatales está integrado por profesionales del área materno infantil y de la salud mental, esto es, obstetras, neonatólogos, genetistas, psicólogos y psiquiatras, todos presentes en los hospitales regionales del país, y sin necesidad de contar con alguna tecnología desproporcionada.

INTERVENCIÓN DEL ABOGADO DON MÁXIMO PAVEZ, DIRECTOR LEGISLATIVO DE LA FUNDACIÓN JAIME GUZMÁN

El abogado don Máximo Pavez, Director Legislativo de la Fundación Jaime Guzmán, efectuó primeramente algunas consideraciones generales sobre el proyecto de ley en discusión. Así, estimó que la iniciativa no parece tener como finalidad la salud pública, dado que el mismo Mensaje apunta que se trata más bien de los derechos de las mujeres, en el contexto de un Estado laico, y no se menciona al feto como una persona que requiera consideración. En definitiva, se procura asegurar las condiciones para que se pueda abortar de manera segura, pero no a corregir un problema sanitario.

En el mismo orden de ideas, continuó, el proyecto no incluía originalmente ningún programa de acompañamiento; la propuesta legislativa es impulsada principalmente por el Servicio Nacional de la Mujer, hoy Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, y no por el Ministerio de Salud, y en la tercera causal, de violación, no se evidencia ninguna razón de salud pública.

Presentó el siguiente gráfico, que da cuenta de la baja mortalidad materna por aborto provocado, que no aumentó cuando se prohibió el aborto terapéutico:



Otro argumento que se ha planteado para justificar la necesidad de legislar en esta materia es que el país no ha debatido sobre el problema en forma madura, ya que la última modificación se realizó sin

discusión parlamentaria. Sin embargo, en el año 1991 se presentó el primer proyecto de ley para despenalizar el aborto, y otros más en los años siguientes, y nunca el Ejecutivo declaró la urgencia para la discusión de alguno de ellos, ni formuló alguno de su autoría hasta el año 2015, en que presentó el que hoy se debate. Por lo demás, las normas del Código Sanitario y del Código Penal no están sujetas a quórum distinto al de ley simple, por lo que tampoco se puede sostener que hubo algún bloqueo en la votación de estos proyectos por vía de los quórum.

A mayor abundamiento, durante el Gobierno del ex Presidente Piñera se discutieron en la Comisión de Salud del Senado tres mociones que finalmente fueron rechazadas en general, incluso por algunos Senadores que hoy integran dicha Comisión.

De consiguiente, señalar que Chile no ha discutido este tema en democracia no se ajusta a la realidad.

En cuanto a las consideraciones jurídicas y constitucionales, sostuvo que el Mensaje plantea que la normativa vigente sobre interrupción del embarazo lo prohíbe sin excepciones, lo cual no es cierto, pues lo que sanciona el código penal en el artículo 342 es el aborto malicioso y no cualquier interrupción del embarazo, es decir, cuando en la acción medie dolo.

En palabras de la profesora Ángela Vivanco, esta situación se encuentra regulada por medio del artículo 345 del Código Penal, en los siguientes términos: “el que maliciosamente causare un aborto…”. De los artículos siguientes, se desprende que se sanciona tanto a quien provoque un aborto, como a la mujer que se someta maliciosamente a él; resulta entonces que todas las conductas descritas exigen la concurrencia de la intención maliciosa.

En virtud de lo expuesto, no es efectivo que en Chile exista una prohibición total de la interrupción del embarazo, al punto que en las guías clínicas del Ministerio de Salud se contempla dicho procedimiento ante ciertas patologías. De hecho, en casos como éstos, la ejecución de una acción que no busca deliberadamente la muerte del feto no se encuentra penalizada, aunque como resultado de dicha intervención el embarazo sea interrumpido; por ello es que no se conocen casos de médicos que se hayan visto en la imposibilidad de aplicar un tratamiento por temor a producir un aborto sancionado por el Código Penal.

Al respecto, la profesora Vivanco ha señalado que “la aplicación de una terapia a la madre, con resultado de aborto indirecto, puede ser considerada como una conducta carente de tipicidad por ausencia del dolo”. Entonces, la calificación de “terapéutico” del aborto directo es eufemística, pues la lex artis médica no puede calificar como terapia la eliminación de la persona.

Añadió que, en ese mismo orden de ideas, la primera causal de la iniciativa legal carece de todo fundamento jurídico para ser incorporada en la legislación y no hay una necesidad jurídica real para que ello ocurra. La norma actual, la del artículo 119 del Código Sanitario, deja claro que lo que se prohíbe es la acción directa que produzca un aborto y no así la indirecta, cuya consecuencia sea inevitablemente la muerte del feto, efecto que no es deseado. En consecuencia, la norma sanitaria antes mencionada está en plena coherencia con la regulación penal sobre la materia.

Afirmó que, en términos de técnica jurídica, la redacción de la primera causal es ambigua, ya que no distingue si para conseguir la interrupción del embarazo se acciona contra el feto o con algún método cuya consecuencia no querida sea la del aborto. Por lo tanto, si la acción es directa, aunque se encuentre en riesgo la vida de la madre, no cumpliría el estándar de constitucionalidad, porque la Carta Política asegura el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica y protege la vida del que está por nacer. El término “proteger” obliga al legislador a amparar, defender o favorecer la criatura concebida pero no nacida y, por lo mismo, si se atenta directamente contra la vida del feto, aunque se encuentre en riesgo la vida de la madre, esa norma implica incumplir el mandato de protección. Distinto es, como se dijo, una acción que no se aplique directamente contra el feto pero cuyo resultado final sea su muerte.

Manifestó que el Tribunal Constitucional ha sentenciado que el nasciturus posee protección constitucional completa y, a propósito del fallo sobre la píldora del día después consignó: “La singularidad que posee el embrión, desde la concepción, permite observarlo ya como un ser único e irrepetible que se hace acreedor, desde ese mismo momento, a la protección del derecho y que no podría simplemente ser subsumido en otra entidad, ni menos manipulado, sin afectar la dignidad sustancial de la que ya goza en cuanto persona.”.[10]

En el mismo fallo estableció:

“La doctrina constitucional chilena se ha inclinado mayoritariamente por sostener, a diferencia de lo sustentado por profesores de otras disciplinas del derecho, que la protección constitucional de la persona se inicia desde el momento mismo de la concepción.”.[11]

Finalmente, ha dictaminado también:

“La Constitución Política de la República regula la vida desde antes del nacimiento y durante la existencia de la persona, la que termina con su muerte natural.”.

---

[10] STC 740

[11] STC 740, Considerando 50°.

En consecuencia, no es conciliable con el texto constitucional una redacción que con ese margen de ambigüedad pueda dejar abierta la puerta para directamente eliminar una persona que goza de titularidad del derecho a la vida.

Aseguró que las otras dos causales también son inconstitucionales. Al efecto, citó a la Corte Suprema, que dispuso que: “El que está por nacer –cualquiera que sea la etapa de su desarrollo prenatal, pues la norma constitucional no distingue– tiene derecho a la vida, es decir, tiene derecho a nacer y a constituirse en persona, con todos los atributos que el ordenamiento jurídico le reconoce, sin que a su respecto opere ninguna discriminación”.

En este sentido, y a la luz del mandato de no discriminación, el proyecto de ley introduce una categoría que haría al titular no acreedor del derecho a la vida: habría nasciturus con derecho a la vida –viables- y otros sin derecho a ella –inviables-, lo que trasunta una desigualdad esencial. Es decir, el legislador contemplaría categorías de personas, lo que es atentatorio contra el principio de igualdad esencial entre las personas.

Lo mismo aplica en la causal de violación, toda vez que se distinguiría entre quienes tienen derecho a existir porque fueron concebidos voluntariamente y otros que no lo tendrían, por haber sido procreados por una acción violenta o delictual. No pareciera ser que la voluntad del constituyente haya sido distinguir entre las personas para otorgarles protección constitucional.

Además, de conformidad al ordinal 26° del artículo 19 del Texto Fundamental, todos los preceptos legales que regulan garantías no pueden afectar los derechos en su esencia y, por lo tanto, la incorporación de diferentes categorías categoría de personas no daría cumplimiento a esa disposición constitucional.

Manifestó que el legislador tampoco se pone en el caso de que el error de diagnóstico, de carácter irreparable, pueda afectar el derecho a la vida. Tampoco se ha definido qué enfermedades se entenderán como incompatibles con la vida, lo que no está totalmente consensuado en la ciencia médica.

Otras inconstitucionalidades, puntualizó, son, por un lado, la determinación de cierto lapso de tiempo en que se puede proceder a la interrupción del embarazo, lo que resulta absolutamente arbitrario, y por otro lado, impedir la objeción de conciencia de personas jurídicas, dado que no hay razón que permita justificar constitucionalmente que las instituciones no puedan decidir que no practicarán abortos. Asimismo, estimó que no parece constitucionalmente aceptable la distinción entre profesionales que pueden hacer objeción de conciencia y personas que no.

Sostuvo que la propuesta en debate en realidad legaliza la práctica del aborto y no sólo lo despenaliza. En efecto, el mismo Mensaje revela que “La interrupción del embarazo, que el proyecto propone despenalizar en los tres casos indicados, debe consagrarse como una legítima prestación de salud”.

Concluyó su intervención haciendo hincapié en que ninguna de las causales que contempla la iniciativa supera el estándar de constitucionalidad que ya ha sido zanjado por el Tribunal Constitucional.

INTERVENCIÓN DE LA SEÑORA ANA PIQUER, DIRECTORA EJECUTIVA DE AMNISTÍA INTERNACIONAL–CHILE

La señora Ana Piquer, Directora Ejecutiva de Amnistía Internacional–Chile, afirmó que desde el año 2007 la organización que representa decidió definir una posición sobre los temas envueltos en el proyecto de ley en discusión y trabajar sobre los derechos sexuales y reproductivos en general y sobre la despenalización del aborto en particular. La decisión se adoptó mediante los mecanismos de democracia interna propios de la organización, con participación de sus miembros y según las normas vigentes de derecho internacional que se ocupan de los derechos humanos.

En base a ello, la postura de la entidad es que la criminalización del aborto es contraria a los derechos humanos, por lo cual debiera despenalizarse en todos los casos y garantizarse el acceso a servicios sanitarios y de otra índole, a lo menos en caso de riesgo para la vida o salud de una mujer, de inviabilidad fetal y tratándose de un embarazo originado en una violación. Desde la perspectiva de la organización, el proyecto de ley es limitado, pero está en la dirección correcta.

Manifestó, en primer lugar, que se sostiene por algunos que legislar sobre este asunto sería innecesario, puesto que si la mujer está en riesgo de muerte el médico puede salvarla, que las mujeres no van a la cárcel por abortar y que la mortalidad materna en Chile es baja. No obstante, acotó, esas argumentaciones no se sustentan y son engañosas, toda vez que no puede reducirse el bienestar de las mujeres a que éstas no se mueran o no vayan a la cárcel.

Planteó que cuando miles de mujeres se someten a un aborto cada año, a veces con secuelas permanentes para su salud, cuando el aborto es la tercera causa de muerte materna en Chile y cuando alrededor de 100 mujeres al año son llevadas ante la justicia por el delito de aborto consentido, no es posible señalar que la criminalización no posee efectos. Por el contrario, implica una forma de violencia contra las mujeres, en múltiples dimensiones.

Mencionó algunos testimonios recogidos por la organización.

El primero de ellos trata sobre Carolina, una mujer que llegó con un embarazo ectópico a una clínica y no fue intervenida de inmediato, sino que se esperó a que su vida estuviera en riesgo inminente para intervenirla. Ella relató: “…hasta el día de hoy no tengo todos los antecedentes y no entiendo por qué llegamos a ese límite extremo -de esperar a que se produjera una emergencia para realizar una intervención-, tampoco lo supe del doctor, ni siquiera me acuerdo de su nombre y nunca más lo vi. Él no tenía idea de mi realidad, ni de mi vida, de lo que yo siento,

pienso, de lo que me hubiera gustado o no me hubiera gustado. Ni me preguntó. Él claro, seguía su procedimiento porque es doctor. Pero yo no pude optar. Yo hubiera optado quizá por otra cosa, si yo hubiera tenido todos los antecedentes".

Un caso similar es el de Tania, quien se embarazó en medio de un tratamiento contra el cáncer y a la que su médico le advirtió que si abortaba sería denunciada. Sin embargo, si ella continuaba el tratamiento, dañaría irreversiblemente al feto y, si lo suspendía para continuar su embarazo, ella corría un riesgo cierto de morir. Finalmente se practicó un aborto en una clínica privada, donde quedó registrado como una atención ginecológica. Consignó: “Ellos me vieron siempre por separado, nunca me vieron como una persona, como un ser integral. A mí me vieron como una incubadora, alguien que puede traer hijos a este mundo. Y después no importa si yo lo voy a criar o no, si me voy a morir, si va a pasar hambre, a ellos no les importa. Ellos nos ven como incubadoras. Como aparatos, como aparatos reproductivos".

Isabelle quedó embarazada, pero poco tiempo después el embrión fue diagnosticado como inviable y descubrió que su única opción era continuar la gestación hasta los ocho meses, para inducir el parto en ese momento. Para ella, dicha situación significaba: “como una tortura, porque cuando uno tiene que hacer una ecografía de un lado está pensando ‘tiene que morirse este bebé, ojalá sea pronto’, pero del otro lado uno no quiere que se muera porque es su bebé, entonces ir a una ecografía para un monitoreo para saber cómo se muere tu bebé durante 8 meses lo encuentro una perspectiva horrorosa. ¿Cómo seguir la agonía de tu bebé? ¿Cómo hay personas, cómo puede la ley decir que eso es lo que las mujeres tienen que pasar?".

Finalmente, dio cuenta del caso de Rossana, quien abortó ilegalmente en el año 1989, después de quedar embarazada por una violación. Su relato es el siguiente: “Mi papá murió quince años atrás y mi mamá falleció hace sólo algunos meses, con lo cual mi secreto ya no los puede dañar. No quería cargar con ese estigma de ‘me hice un aborto o fui una mujer violada’. Cuando me atreví a escribir el testimonio, porque sabía que empezaba la discusión sobre la ley de aborto, dije: si esa pena tan grande que yo tuve entonces puede servir para que otras mujeres que se hayan sentido o se sienten tan tristes como yo en ese momento, bueno, me tiro al agua y que las otras se decidan también a confesar lo que yo nunca me habría atrevido a confesar, por respeto a mis padres más que nada y por miedo".

En consecuencia, arguyó, no puede decirse que es innecesario legislar en Chile, dado que hay suficiente evidencia para decir que la legislación vigente no protege a las mujeres, afirmación que, además, se sustenta en el derecho internacional de los derechos humanos. En efecto, afirmó, en la situación actual se constata una brecha en el cumplimiento de las obligaciones que Chile tiene en relación con los derechos humanos.

Consignó que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos y no son manifestaciones nuevas. Se originan en otros derechos, como la libertad personal, la intimidad, la integridad física y psíquica, la salud y no ser víctima de tratos inhumanos, crueles o degradantes.

Luego, explicó que la despenalización del aborto por estas tres causales en ningún caso es una solución a los complejos problemas que Chile todavía enfrenta en materia de discriminación, violencia y embarazos no deseados. Agregó que el aborto no es un método de planificación familiar y nunca ha pretendido serlo, pero no puede eludirse la necesidad de regularlo, a lo menos en las situaciones descritas por la tres causales que hoy están en discusión, dado que cada mujer, desde su vivencia, convicciones y realidad, debe poder tomar una decisión de manera libre e informada.

A su juicio, no puede ser que la ley dé siempre prioridad a la protección del feto por sobre los derechos de la mujer. Para su organización, la denegación de servicios en este contexto es una manera de violencia contra las mujeres y en algunas situaciones puede constituir tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Así, de hecho, el Relator Especial de Naciones Unidas sobre la materia, en enero del año 2016 dictaminó: “La existencia de leyes muy restrictivas, que prohíben los abortos incluso en casos de incesto, violación, deficiencia fetal o cuando está en riesgo la vida o la salud de la madre, vulnera el derecho de las mujeres a no ser sometidas a tortura y malos tratos”. Añadió que: “Denegar el acceso al aborto seguro y someter a las mujeres y niñas a actitudes humillantes y sentenciosas en esas situaciones de extrema vulnerabilidad y en las que es esencial acceder en el plazo debido a la asistencia sanitaria equivale a tortura y malos tratos”.

Planteó también que si el texto del proyecto de ley se restringe excesivamente, no significará un avance significativo a los ojos de la entidad que representa. Por tal motivo, hay tres condiciones básicas que la iniciativa debe contemplar:

a) Garantizar el acceso a servicios de aborto legal y seguro para todas las mujeres y niñas, sin discriminación– a fin de evitar inequidades sociales-, en caso de riesgo presente o futuro para la vida o la salud de la mujer o la niña, de inviabilidad del feto y de embarazo como resultado de violación. El acceso a servicios debiera estar igualmente garantizado para mujeres que, estando comprendidas en alguna de estas tres causales, opten por continuar su embarazo, según las necesidades específicas de atención que ellas tengan;

b) Incluir una garantía de acceso a servicios adecuados y accesibles de salud, en caso de complicaciones a raíz de un

aborto, sea o no hecho dentro de la legalidad, sin condiciones para la mujer y sin que el personal de salud deba ni pueda denunciar la situación, ni condicionar la atención a que la mujer confiese haberse practicado un aborto, y

c) Asegurar que la regulación que se adopte, en relación con los requisitos y condiciones para su aplicación o con el eventual ejercicio de la objeción de conciencia, no sea tan restrictiva que en la práctica implique impedir el acceso efectivo a estos servicios.

En relación con esta última condición, aseveró que de establecerse un sistema de consejería o acompañamiento, éste debe ser siempre voluntario, tener como objetivo ayudar a tomar la decisión libre e informadamente y carecer de carácter disuasivo; que no deben imponerse requisitos que en la práctica disuadan a las mujeres de recurrir a servicios seguros de aborto, como por ejemplo el obligar a las mayores de 18 años a denunciar la violación para acceder a la interrupción del embarazo; que la objeción de conciencia sea siempre individual, no se extienda a equipos de salud e instituciones y se regule en términos que no pueda significar una barrera de acceso a servicios a mujeres que lo necesitan, y que los plazos establecidos para la interrupción del embarazo no hagan inviable el acceso a la prestación de salud, como podría suceder con el breve lapso establecido para el caso de violación, especialmente tratándose de niñas.

Finalizó su exposición haciendo notar que de no regularse adecuadamente el aborto en Chile, al menos por las tres causales que se discuten, las mujeres continuarán estando sujetas al azar y su suerte dependerá de los recursos económicos de que dispongan, así como de la opinión personal del profesional de la salud que las atienda. Mientras no se legisle, Chile continuará dejando desprotegidas a mujeres y niñas, perpetuando el círculo de discriminación, prejuicios y violencia en su contra.

INTERVENCIÓN DEL SEÑOR CLAUDIO ALVARADO, INVESTIGADOR DEL INSTITUTO DE ESTUDIOS DE LA SOCIEDAD

El señor Claudio Alvarado, investigador del Instituto de Estudios de la Sociedad, enfatizó que el marco del presente debate fue establecido en su oportunidad por la señora Presidenta de la República. Él no se refería al estatus jurídico de persona del niño que está por nacer, sino a cómo la sociedad y la ley se hacen cargo de una realidad que se considera indeseable. En torno a esa argumentación, planteó si es razonable cuestionarse o abrirse a la posibilidad de la despenalización del aborto. Enfrentado a esa interrogante, es posible diferenciar entre legalización y despenalización, dado que la primera otorga un permiso general de ejecución, en tanto que la segunda significa renunciar a la persecución penal de una conducta que se considera indeseable.

Aunque hoy en Chile no existen mujeres cumpliendo penas de cárcel por causa de aborto, podría plantearse que, más allá de esa contingencia, sería pertinente asegurar que jamás se persiga a una mujer que se practique un aborto en una situación límite. No obstante, la legislación vigente permite al juez hacerse cargo de esa circunstancia aplicando, por ejemplo, alguna eximente de responsabilidad penal.

En ese contexto, aseguró, el proyecto de ley no contempla una eximente especial en los casos de aborto, sino que busca establecer como prestación de salud ciertos supuestos de aborto directo. Tampoco se relaciona con el ámbito penal la norma que reconoce la objeción de conciencia a los médicos.

En definitiva, la iniciativa, más allá de la denominación formal que se le haya dado, no pretende sólo una despenalización de ciertas conductas, sino que busca legalizar supuestos de aborto directo.

Sostuvo que la primera casual responde a una realidad que no presenta mayores problemas jurídicos y sólo debería redactarse de mejor manera la disposición respectiva, para que no quede duda de que se quiere atender el caso de aquellas mujeres embarazadas en situación de riesgo vital, que requieren un tratamiento que puede afectar al feto. Las otras dos causales del proyecto de ley se alejan de esa necesidad.

La primera de ellas, relacionada con la situación de los niños inviables, es particularmente inhumana. Así, un proyecto o un negocio pueden ser caracterizados como inviables, pero no un ser humano. En resumen, lo que hay que preguntarse es si se puede disponer de un niño enfermo por el solo hecho de ser tal. Su posición puede asimilarse a la conducta ante un enfermo terminal, a quien se debe acoger, respetar y acompañar. Por lo demás, razonó, la evidencia pone en serio entredicho la certeza de los diagnósticos de inviabilidad fetal.

Hizo hincapié en que los casos difíciles exigen tener en cuenta la dignidad de todos los involucrados y, por tal razón, es preciso avanzar en respuestas más humanas. Lamentablemente, en su opinión, el proyecto de ley no va en esa dirección.

En lo que atañe a la tercera causal, mencionó que es aún más lejana a una posible despenalización del aborto, pues lo característico no es el peligro para la vida de la madre, sino un embarazo que es fruto de un crimen brutal. Afirmó que la sociedad está en deuda con la tarea de acompañar a las mujeres que sufren esos crímenes y esa debería ser la prioridad.

Sin embargo, a partir de lo que propone la iniciativa de ley, es dable preguntarse si resulta justo terminar con la vida del niño no nacido que ha sido concebido en esas circunstancias y si las condiciones que rodean la concepción modifican la condición humana. Si siempre es injusto matar a un ser humano, obviamente el crimen sufrido por la madre no justifica en modo alguno el supuesto de aborto directo. Asimismo, la evidencia disponible demuestra que, en ningún caso, el aborto soluciona el abuso sufrido por la mujer y hasta podría profundizarlo.

Expresó que existen personas que de muy buena fe están preocupadas por la situación de mujeres que sufren dramas o situaciones límites, pero el camino seguido es erróneo y no va por el establecimiento de supuestos de aborto directo que se garanticen como prestaciones de salud. La respuesta, por el contrario, debería avanzar en una auténtica despenalización, agregando eximentes de responsabilidad penal, si se considera que las herramientas actuales no son suficientes y mediante programas de acompañamiento que resguarden a las madres, a los niños y a todos los involucrados.

Afirmó que no existe algún tratado internacional que establezca la obligación de legislar sobre aborto. Incluso, cuando se hizo mención por primera vez de los derechos reproductivos se dejó en claro que el modo en que esos derechos se regulan está sujeto al debate interno de los Estados.

A modo de cierre de su exposición, hizo una consideración de orden político y citó al actual Presidente de Uruguay, señor Tabaré Vásquez, quien postuló que “el verdadero grado de civilización de una nación se mide por cómo se protege a los más necesitados, por eso debe proteger a los más débiles”. También recurrió a dichos del Honorable Diputado señor Matías Walker quien, a propósito de la tercera causal de violación señaló que “en los estragos que provoca una violación no está comprometida la vida de la madre o del hijo, porque estamos en presencia de un ser humano en gestación y nunca el ejercicio de una libertad puede llegar al extremo de disponer de la vida de otro. El drama de una violación no se soluciona con el drama de la muerte del hijo”.

Sostuvo que el debate en que está inmersa la Comisión también tendrá incidencia en la sociedad que se pretende construir.

INTERVENCIÓN DE LA SEÑORA CLAUDIA DIDES, DIRECTORA EJECUTIVA DE LA CORPORACIÓN MILES CHILE

La señora Claudia Dides, Directora Ejecutiva de la Corporación Miles Chile, señaló que entre las razones para legislar están los argumentos relacionados con la salud, que se evidencian cuando hay una patología de la mujer.

En segundo lugar, afirmó que los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos. Por tal razón, la aseveración de que no hay convenios vinculantes que obliguen a legislar sobre el aborto parece una discusión antigua, que se aleja de la pretensión de ser un país moderno.

En otro ámbito, despenalizar el aborto por tres causales es un mínimo ético, no porque se abogue por el aborto libre, sino porque se relaciona con la ética básica de una sociedad pluralista y democrática, en el marco de un Estado laico.

Señaló que se ha argumentado que el aborto tendría consecuencias en lo relativo a la salud mental de la mujer, aunque no hay estudios al respecto. Tampoco la psiquiatría ha confirmado la existencia de un síndrome post aborto.

Sobre el embarazo forzado por violación, consignó que el Estado no puede ser cómplice de esa práctica, sino que, por el contrario, debe garantizar que las mujeres y las niñas puedan decidir sobre qué hacer en una situación tan dolorosa como esa.

En cuanto a la objeción de conciencia, postuló que si bien todas las personas tienen libertad de conciencia, ella es de carácter individual y no institucional.

Acerca de la confidencialidad y el secreto profesional, en tanto, indicó que la ley N° 20.584 y el Código de Ética del Colegio Médico de Chile A.G. regulan los deberes de los facultativos en esta área. Resaltó el hecho de que, si bien no hay mujeres presas por abortos, sí hay algunas procesadas.

Manifestó que un estudio del Centro de Derechos Reproductivos de Nueva York demuestra que Chile es uno de los cinco países del concierto internacional que han eliminado todas las excepciones a la criminalización del aborto.

Luego, comentó que el Estado chileno incurre en incumplimiento de los derechos humanos de las mujeres consagrados en numerosos instrumentos internacionales que el país ha suscrito y reconocidos en otros tantos dictámenes de los organismos encargados de su

supervisión. Mencionó la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención de Belem Do Para; la Convención de los Derechos del Niño; el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, y el Comité de Expertas del mecanismo de seguimiento de la implementación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, de la Organización de Estados Americanos.

En referencia a la razón de consagrar el derecho a decidir de las mujeres, planteó que la legislación actual restringe su autonomía, en la medida de que las lleva a situaciones límite, en que no pueden elegir qué hacer con su vida. Hizo presente que no se comprende por qué se debe llegar a ese límite, si se puede evitar a las mujeres ese sufrimiento y dolor en forma previa. De hecho, las dos primeras causales del proyecto de ley tratan de embarazos deseados, que el Estado no puede obligar a llevarlos a término.

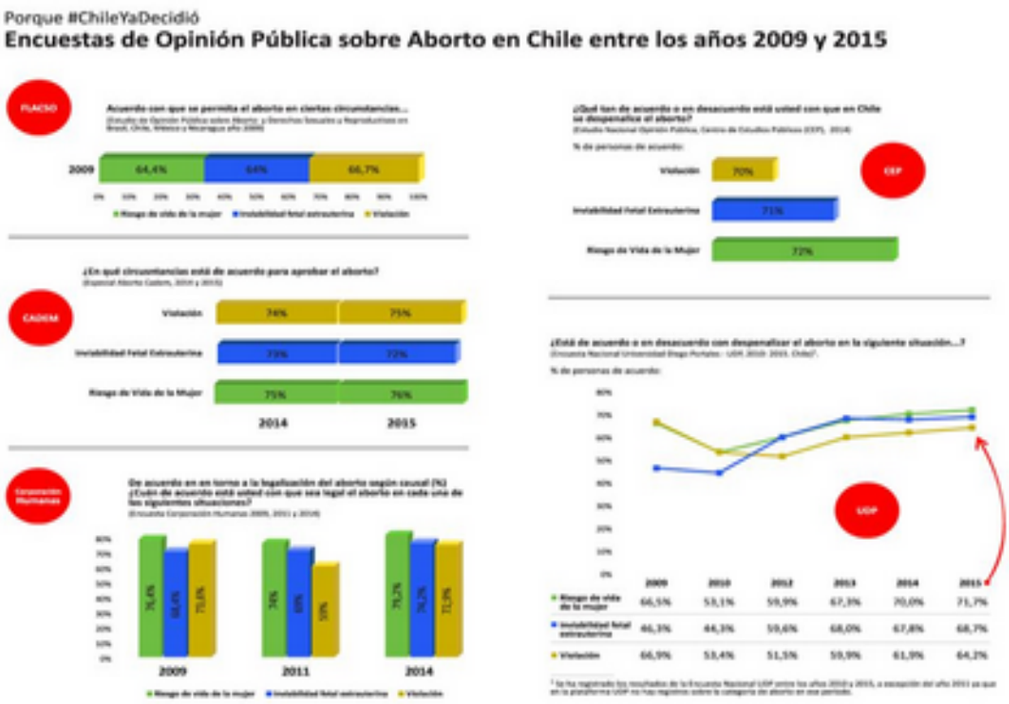
En definitiva, no es justo ni apropiado restringir la autonomía de las mujeres, principio que subyace en la propuesta legislativa sometida a tramitación en el Congreso Nacional.

Otra razón que explica la necesidad de legislar es que Chile es un Estado laico y, en ese sentido, respetando a quienes por razones religiosas se oponen a la despenalización del aborto, nadie tiene el derecho de imponer sus creencias a toda una sociedad democrática y libre. Por tanto, la conciencia de cada persona debe ser reconocida como la clave de las decisiones morales.

Consignó que la situación actual es inequitativa, dado que, tal como en otras situaciones del país, el que tiene dinero resuelve el problema de alguna manera. Asimismo, cuando el aborto es criminalizado se corre mayor riesgo de recurrir a abortos ilegales e inseguros y, por consiguiente, la mujer queda expuesta a ser investigada, arrestada y procesada. Las mujeres que necesitan un aborto terapéutico requieren de asistencia concreta y de una orgánica médica en los distintos casos contemplados en el proyecto.

Mostró una imagen que expone ciertas estadísticas sobre el aborto en Chile:

Expuso que todas las encuestas realizadas por centros de medición de la opinión pública dan cuenta de un apoyo superior al 65% para las tres causales que contempla la propuesta legislativa:



Recordó que la tramitación llevada a cabo en el primer trámite constitucional dio cuenta de un debate pluralista, con amplia presencia y participación de organizaciones ciudadanas y la aprobación del proyecto en Sala representa un gran paso de la democracia nacional.

Afirmó a continuación que las tres causales tienen una finalidad terapéutica lo que implica un alivio del dolor. Al respecto, informó que diariamente se denuncian 17 violaciones en nuestro país; que el 89% de las mujeres violadas son víctimas de un cercano; que cada 25 minutos una mujer es violada en Chile, y que entre los años 2012 y 2013 se registró 58 casos de niñas que resultaron embarazadas como resultado de una violación. En resumen, obligar a una mujer a llevar a término un embarazo producto de una violación no sólo puede conllevar trastornos de estrés post traumático, sino que también representa una situación de tortura.

Finalmente, exhortó a los miembros de la Comisión a tener en consideración los argumentos planteados, con la finalidad de que el país deje de ser parte del grupo de naciones que violan los derechos de las mujeres. En definitiva, se pretende que ellas puedan elegir libremente, sin ser obligadas ni persuadidas en uno u otro sentido.

INTERVENCIÓN DEL SEÑOR FELIPE MUJICA, DIRECTOR DE LA FUNDACIÓN GREF

El señor Felipe Mujica, Director de la Fundación Gref, expuso las observaciones de la entidad que representa y resaltó ciertas inconsistencias y vacíos que, en su parecer, muestra el proyecto de ley.

Sobre la primera causal, sostuvo que la aplicación de la lex artis, desarrollada en 1947 en la cumbre de Nüremberg[12], procura siempre el cuidado de quienes requieran una intervención médica estando en peligro su vida. Además, en caso de embarazo intenta salvaguardar tanto la vida de la madre como la del bebé.

Agregó que los recursos tecnológicos con que cuenta la medicina permiten una amplia intervención en la mujer, sin que ello signifique el aborto de su bebé. En caso de que igualmente el procedimiento derive en la muerte del feto, ello no se traduce en que el aborto salve la vida de la madre, sino que por doble efecto se termina afectando al que está por nacer, pero sin que se haya pretendido esa consecuencia.

En torno a la segunda causal que contiene la propuesta legislativa previno que no se aclaran los casos específicos en que se considerará al feto o embrión como incompatible con la vida extrauterina. Durante el primer trámite constitucional una de las malformaciones que se mencionaban para justificar esta causal era la espina bífida, lo que fue rechazado por la asociación de padres con hijos que padecen esa patología, por no ser veraz ni acertado estigmatizar esta condición como un ejemplo de incompatibilidad. De hecho, enfatizó, la ciencia médica permite intervenir de forma intrauterina ante una condición de ese tipo.

En consecuencia, exhortó a enunciar determinadamente los casos específicos que darán lugar a la aplicación de esta causal.

Asimismo, para realizar el procedimiento abortivo se requerirá que dos médicos cirujanos confirmen los casos en que se deberá aplicar el procedimiento abortivo. Lo anterior, a su juicio, no es correcto, pues es de público conocimiento que un médico general no puede efectuar un diagnóstico tan serio como la incompatibilidad con la vida de un embrión o feto. Por el contrario, la experiencia requerida para dicha tarea sólo podría estar en manos de especialistas, a fin de reducir al menor rango el error posible. Del mismo modo, el proyecto de ley no considera la relevancia del tipo de recursos tecnológicos con que debe contar el profesional médico para realizar el diagnóstico respectivo. Como se ha

[12] Alude al Código de Ética Médica de Nüremberg, que recoge una serie de principios que rigen la experimentación con seres humanos, resultantes de las deliberaciones de los Juicios de Núremberg.

establecido en revistas médicas nacionales, en el año 2009 el 10% de los diagnósticos efectuados resultó incorrecto. Además, en el 56% al 75% de los casos puede haber una impresión diagnóstica errada.

Otro punto a considerar, razonó, es la ausencia de un procedimiento claro y definido para las mujeres que deciden realizar un aborto y que posteriormente se lamentan o arrepienten de la decisión ya efectuada. Explicó que se trata de una posibilidad siempre presente y que para su atención requiere un apropiado programa de acompañamiento, dotado de los recursos suficientes, aspecto que la iniciativa en discusión no aborda. Agregó que existen varios estudios internacionales que indican los rangos constatados de probabilidad de que alguien que ha ejecutado un procedimiento abortivo manifieste luego disconformidad con la decisión adoptada.

Expresó que del proyecto de ley es posible inferir que el aborto se presenta como solución para problemas sociales, pero lo cierto es que en realidad se trata de un síntoma de una sociedad que evidencia desigualdades profundas y que, en muchos casos, influye en que la mujer tome la decisión de abortar a su hijo. Entonces, considerar el aborto como una manera para acabar con las desigualdades sociales o como estrategia para enfrentar el problema del abuso sexual, demuestra que la sociedad está atrasada en la realización de una pesquisa real de los motivos por los cuales se incurre en prácticas abortivas y que no coinciden con las causales que contempla la proposición legislativa en debate.

Mencionó un estudio denominado “Perspectivas, sexualidad y salud reproductiva”, que concluye que el 81% de las mujeres estadounidenses que accedieron a un aborto dijeron haber actuado por no tener dinero suficiente para sustentar a otro hijo. Otra investigación, sobre obstetricia y ginecología, determinó que en el año 2011 el 18% de los abortos ocurrían en situaciones de mujeres solas y con problemas socioeconómicos. Por último, otro estudio realizado por la Universidad de California, entre los años 2012 y 2014, consignó que el 40% de las mujeres afirmaba que abortarían por falta de recursos económicos; el 36%, porque no han finalizado estudios universitarios o secundarios y tiene metas que no ha cumplido; el 29%, porque sentía que no podría dar a su hijo condiciones de vida dignas, y el 31% lo haría en caso de falta de apoyo de la familia o de la pareja.

En definitiva, el móvil del aborto, en la mayoría de los casos, está vinculado a desigualdades económicas, sobre lo cual el proyecto de ley no se pronuncia.

Evocó otros argumentos traídos a colación en debates sobre el aborto, como la mala calidad de los métodos anticonceptivos proporcionados, no tener recursos económicos para mantener “otra boca” o no contar con apoyo de los centros de estudios

superiores. Además, se exigía el derecho a abortar tal como el que gozan las jóvenes de familias de altos ingresos que lo hacen en clínicas privadas.

Concluyó su intervención puntualizando que una sociedad se engrandece cuando protege a los más indefensos, a los que no tienen ni voz ni voto y a quienes no pueden defenderse por sí mismos. No hay alguien más indefenso que el bebé que se encuentra en el vientre materno.

INTERVENCIÓN DE LA SEÑORA CAMILA DE LA MAZA, ABOGADA DE LA CORPORACIÓN OPCIÓN

La señora Camila De la Maza, abogada de la Corporación Opción, explicó que su intervención se basará, fundamentalmente, en la tercera causal de la iniciativa legal y en la experiencia recogida en la atención a menores que, como fruto de un abuso sexual, han resultado embarazadas. Sostuvo que posee la convicción de que es necesaria una política pública que permita la interrupción del embarazo causado por una violación. Esa gestación, acotó, es evidencia de una situación de abuso prolongado en el tiempo y que en la gran mayoría de los casos es silenciado por las víctimas.

Agregó que en la experiencia recogida en los procesos terapéuticos, las víctimas de abuso sexual se resisten mucho a contar lo que les pasó, sienten miedo y vergüenza, y sólo pueden revelar su drama cuando resultan embarazadas, cuando la agresión afecta a algunos de sus cercanos o cuando aparece alguna figura significativa que les otorga apoyo y contención.

Las víctimas, cuyas redes de protección han fallado, se ven forzadas a mantener una relación sexual forzada y, posteriormente, se les compele a la maternidad por parte del Estado, lo que se traduce en una vulneración adicional de sus derechos.

Refirió que los datos muestran que el principal motivo por el que la develación del abuso se demora es que en el 88% de los casos la agresión se realiza al interior de la familia de la víctima. Además, informó que en el 31% de los casos el agresor es el padre biológico y en el 23% es el conviviente de la madre. Es decir, el 54% de las veces el abusador está asociado a la figura del sostenedor del hogar, lo que genera en muchas oportunidades la complicidad de otro agente protector, como la madre de la víctima u otro integrante de la familia, que naturalizan el abuso.

Agregó que el 66% de las víctimas de violación son menores de 18 años y el 11% son menores de 14. Son niñas a las cuales se les ha impuesto una relación y posteriormente la maternidad, privándolas de su derecho a crecer libres de violencia y afectando su integridad física y psíquica. Los expertos en psicología infantil, precisó, han sido enfáticos en señalar que esas niñas no pueden desarrollar apego respecto de sus hijos, pues les recuerdan una y otra vez la violencia más brutal a la que han sido expuestas.

De consiguiente, despenalizar la interrupción del embarazo, especialmente en la causal de violación, es muy relevante en el caso de las niñas y las adolescentes. De hecho, se trata de una recomendación del Comité de los Derechos del Niño al Estado de Chile, en

orden a disponer todas las medidas tendientes a prevenir abusos y maltrato y, por cierto, para reparar sus consecuencias.

En cuanto al texto de la propuesta sometida al conocimiento de la Comisión, reparó en que la situación de las niñas menores de 14 años no está visiblemente regulada en la normativa. En efecto, en el inciso quinto del nuevo artículo 119 que se propone incorporar en el Código Sanitario se hace referencia a las menores de 18 años y mayores de 14, sin que se trate el caso, por ejemplo, de la menor de 14 años en relación con el adulto responsable al cual hay que informar.

Sobre ese particular, expresó, el adulto que debería ser informado, tanto en el caso de las adolescentes como en el de las niñas, es aquel que para ellas sea significativo, en atención a que en la gran mayoría de los casos los abusos acaecen en el espacio intrafamiliar. Es decir, el adulto significativo no estaría dentro de la familia y, por lo tanto, no sería adecuado informar a quien figura como agresor o quien ha callado o ha sido cómplice del abuso.

En otro aspecto, tampoco la iniciativa considera la intervención de un equipo multidisciplinario experto en abusos que acoja a esas niñas, ya sea para tomar la decisión de interrumpir la gestación o para continuar con la misma. No cualquiera puede hacer ese acompañamiento, enfatizó, pues son múltiples los factores asociados a esa violencia y las consecuencias que deben ser reparadas.

Asimismo, el texto del proyecto de ley señala que el facultativo que advierta que hay riesgos en la comunicación al adulto responsable deberá informar al tribunal de familia. Sin embargo, no se consigna ningún plazo para ello y simplemente se indica que la información se hará con el objeto de que la magistratura adopte las medidas de protección respectivas.

Precisó que, a diferencia de la legislación comparada, la iniciativa de ley pone límites a la interrupción del embarazo, fijando un plazo acotado para su realización, pese a que es sabido que en el caso de violación la develación del delito es tardía y que hay riesgos asociados.

Finalmente, hizo presente que su organización es pro vida y aboga por la vida digna de las niñas y niños del país y por todos aquellos menores afectados y abandonados cuyas redes de protección fallaron.

INTERVENCIÓN DE LA DOCTORA MARÍA SOLEDAD BARRÍA, DIRECTORA DEL OBSERVATORIO DE GÉNERO Y EQUIDAD

La doctora María Soledad Barría, Directora del Observatorio de Género y Equidad, refutó las aseveraciones que proponen que la discusión se haga en una perspectiva de aborto libre, por cuanto lo que está propuesto en el proyecto de ley es su despenalización sólo por tres causales.

Seguidamente, relató que gracias al trabajo de entidades como el Observatorio de Género y Equidad se ha logrado disminuir el aborto en Chile, gracias al uso y facilitación de la anticoncepción. No obstante, ello tiene que ver con la planificación familiar y no con el debate que se hace a raíz del presente proyecto de ley.

En segundo lugar, estimó indispensable terminar con la ambigüedad de la preceptiva legal en los casos de riesgo para la vida de la mujer, toda vez que, si bien algunos aducen que no sería necesario legislar al respecto, en ocho años se han registrado doce muertes por embarazos tubarios, es decir, porque no se realizó una intervención médica oportuna. Además, a partir del año 2000 las tasas de muertes maternas no han evidenciado mejoras.

Agregó que el 80% de las muertes maternas que se registran anualmente, a juicio del Ministerio de Salud, son evitables, y más de la mitad son causa de enfermedades de las mujeres. Por tal razón, en lo que atañe al riesgo de vida de la madre, es indispensable terminar con la ambigüedad que hoy se constata.

Al referirse a la situación del embrión o feto que padezca una alteración estructural congénita o genética de carácter letal, lamentó, primeramente, las expresiones vertidas por el representante de la Fundación Gref, que aludió a patologías que no están contempladas como justificación de la interrupción del embarazo por esa causal. Connotó que según antecedentes de la entidad que representa, al año se registran alrededor de 500 casos por este concepto en el país, la mayoría de ellos por anencefalia. Al respecto, consignó que el proyecto de ley contempla un mejoramiento de la tecnológica del equipamiento médico, para incrementar los estándares de diagnóstico, lo que será beneficioso no sólo en estos casos, sino también para todas las mujeres que se encuentren en estado de maternidad.

En torno a la causal de violación, coincidió en gran parte con los reparos expresados por quien le antecedió en el uso de la palabra, pues, tal como se ha demostrado en el caso de una niña de 11 años cuyo embarazo fue diagnosticado a los cinco meses de gestación, todo lo que se haga en su atención y cuidado ya es tardío.

Concordó igualmente en que la mayor parte de las agresiones sexuales en contra de menores son ejecutadas por personas de su círculo cercano y, por tal motivo, consideró lamentable que se haya disminuido el plazo en el cual se podría realizar una intervención dirigida a interrumpir esos embarazos. Pidió reponer el término que en un comienzo fijaba la iniciativa de ley para este efecto, dado que lo más probable es que una niña menor de 14 años que ha sido sistemáticamente violada, recién a las 13 o 14 semanas de gestación tome conciencia sobre la existencia del embarazo. A mayor abundamiento, postuló que aún con la reposición del plazo inicial del proyecto la niña no quedaría totalmente cubierta.

A juicio del Observatorio, acotó, la despenalización no es la única medida que debe implementarse para atacar el problema de fondo, sino que también se requiere que los menores tengan mayor acceso a educación sexual, lo cual impide o pone límites a los mayores que deseen abusar de ellos.

En otro ámbito, recalcó que para tener un efecto real, el acompañamiento debe ir necesariamente ligado al reconocimiento de la posibilidad de decidir de las niñas. De no ser así, el acompañamiento solamente significaría hacer que ellas acepten la violación. En definitiva, pese a que consideró un avance la implementación de un programa de acompañamiento integral, sólo tendrá sentido si se vincula a la facultad de elegir.

De conformidad con lo expuesto, solicitó a los miembros de la Comisión la aprobación del proyecto de ley en debate -con las prevenciones antes mencionadas-, toda vez que constituye un piso mínimo para defender la vida y la dignidad de mujeres que se encuentran en casos límites, con el fin de salvar vidas, disminuir duelos y posibilitar que no se siga dañando a mujeres y niñas que han sido vulneradas en sus derechos y a las que, además, se les obliga a la maternidad.

Exhortó a los integrantes de la Comisión a fomentar que las mujeres dejen de ser tratadas como objetos y que, en tanto sujetos de derecho, puedan decidir en ciertas circunstancias excepcionales si desean seguir adelante con un embarazo. No debe ser el Estado o la sociedad quienes adopten las decisiones que a ellas competen.

INTERVENCIÓN DEL SEÑOR JOSÉ FRANCISCO LAGOS, PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN CHILE SIEMPRE

El señor José Francisco Lagos, Presidente de la Fundación Chile Siempre, señaló que esta es una discusión que involucra principalmente a las mujeres y a los niños que están por nacer, pero también a la sociedad en su conjunto. En ello radica, aseveró, la especial importancia de tener una discusión con altura de miras, con respeto entre quienes piensan distinto, pero, por sobre todo, con honestidad.

Hizo notar que la fundación que preside cuenta entre sus proyectos uno denominado “Siempre por la Vida”, compuesto por más de 150 jóvenes estudiantes secundarios y universitarios que trabajan por un país que fomente la dignidad y la libertad de la persona. Connotó que aproximadamente 30.000 jóvenes participan cada año en sus actividades y que tienen presencia en más de 20 ciudades del país, a través de la campaña nacional de información sobre el derecho a la vida.

Expuso que hace un tiempo no habría pensado exponer una posición contraria a un proyecto que pretendiese introducir el aborto en Chile. En esos años, enfatizó, estaba a favor del aborto por las tres causales que consigna la iniciativa legal, lo que no era fruto de algún lobby que introdujera ideas pro aborto en los estudiantes -como sí lo hay en otros ámbitos-, sino que era el resultado de la falta de información, de la manera en que se plantea el tema y porque en el debate se confunden mitos con realidades. Expresó que como su caso hay muchos y que a lo largo de los nueve años de trabajo en la Fundación y en el proyecto Siempre por la Vida ha podido observar que el problema se repite una y otra vez. En efecto, la falta de información, confusión en el debate y la forma de formular el tema conllevan a que mucha gente manifieste su opinión a favor de las tres causales, aunque, en realidad, si se pudiera combatir esos problemas, serían muchos los que, como él, cambiarían de opinión o esclarecerían su posición al respecto.

Aclaró que las personas son sensatas y ante las alternativas que presentan las encuestas, por ejemplo, entre la muerte de la madre o el aborto, es natural y comprensible que se manifiesten a favor de ese último. Sin embargo, lo que no se dice es que ante la compleja decisión entre la madre enferma y su hijo, siempre se va a preferir realizar el tratamiento médico necesario para salvar la vida de la mujer, aun cuando, sin buscarlo, muera su hijo. Si, por el contrario, dicho tratamiento no se lleva a cabo o no se realiza en el momento oportuno, se estará en presencia de una negligencia médica y no de un supuesto vacío por no tener una ley de aborto.

Reseñó que en el debate suscitado en la Cámara de Diputados pudo observar que gran parte de la discusión no logra modificar las visiones de los parlamentarios, lo que consideró especialmente

grave por tratarse de un tema en que debe primar la honestidad y la responsabilidad con el país.

Adujo luego que se ha argumentado que Chile es uno de los cinco países en el mundo en que se prohíbe el aborto. Sin ir más lejos, el Mensaje de este proyecto de ley, firmado por la señora Presidenta y varios de sus ministros, contiene el mismo error. Aseveró que el Centro por los Derechos Reproductivos, institución pro aborto, ha afirmado que Chile defiende la vida siempre junto a otros 65 países de todos los continentes. Manifestó tener la esperanza de que, por tanto, no se apruebe un proyecto de ley que falta abiertamente a la verdad.

Alegó que constantemente se señala que quienes se declaran pro vida sólo se preocupan del niño que está por nacer, pero posteriormente se desentienden de él una vez que sale del vientre materno. Adujo que es injusto atribuir todas las responsabilidades por los problemas sociales a un grupo de gente, por tener un determinado pensamiento. Asimismo, quienes conforman Siempre por la Vida se preocupan tanto de la vida del que está por nacer como de la de los niños en riesgo institucionalizados en el Servicio Nacional de Menores, la de los abuelos con enfermedades terminales y la de las madres con embarazos vulnerables. Aunque realizan continuas campañas en apoyo de estos sectores de la población que viven en mayor riesgo, estiman que debe ser la totalidad de la sociedad la que se haga cargo, juntos el Estado y otras agrupaciones.

En cuanto al fundamento de la iniciativa en discusión, planteó que se ha dicho que el aborto es una cuestión de salud pública. Sin embargo, Chile tiene la dicha de contar con la menor tasa de mortalidad materna de Latinoamérica y la segunda de América, cifra que ha descendido continuamente, aún después de la prohibición del aborto el año 1989. Incluso, de todas las muertes de mujeres el año 2012, sólo dos pueden relacionarse al aborto y ni siquiera se sabe si pueden ser atribuidas a una de las tres causales de la proposición legislativa. A mayor abundamiento, en el mismo año se estima que ha muerto más de un niño por mes en hogares del Servicio Nacional de Menores.

El Gobierno ha tenido una actitud contradictoria, arguyó, pues, por un lado, se dice que es un tema de salud, pero el seguimiento de este proyecto ni siquiera está a cargo del Ministerio de Salud y la propia Secretaria de Estado ha negado que esto sea un problema. En efecto, si se tratara de un tema de salud pública, el Servicio Nacional de la Mujer no habría intentado cerrar el fono ayuda para las mujeres con embarazos difíciles y, por el contrario, se potenciarían muchas más iniciativas como esa. Si el Ejecutivo en realidad pensara que el aborto es un tema de salud pública pondría todos sus esfuerzos en prevenirlo y no en promoverlo.

Planteó que en muchas materias se compara a Chile con países supuestamente desarrollados y, en ese sentido, si se

atiende a la realidad de un país como España es posible apreciar que una vez aprobadas ciertas causales, posteriormente se introdujo el aborto libre, con el consiguiente aumento de más de siete veces la cantidad de intervenciones de ese tipo que se realizan anualmente.

Igualmente, se ha dicho que el aborto se basa en el derecho de la mujer a decidir sobre su propio cuerpo, pero este argumento ignora dos cosas: primero, que en el vientre materno hay una vida genéticamente autónoma e independiente, y segundo, que según el único estudio sobre el tema, publicado en la Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia, el 92% de las mujeres que quieren abortar lo harían por miedo, coerción o falta de expectativas de vida. Entonces, es difícil concluir que se trata de una decisión libre.

De igual modo, muchas personas han propugnado que la ausencia de una ley de aborto en nuestro país es un resabio machista, lo que tampoco es efectivo, pues el verdadero machismo se encuentra en quienes dicen a las mujeres que no podrán surgir por quedar embarazadas, que no las contratan porque podrían ser madre o en aquellos que creen que hacerse verdaderamente cargo de los problemas de las mujeres es simplemente promocionar una ley de aborto.

En consecuencia, estimó preocupante que el proyecto de ley termine ignorando la realidad de miles de mujeres que se ven presionadas para abortar por su entorno social, su pareja o su propia familia. Esto es grave, refirió, pero más peligroso aún es que la sociedad abandone a la mujer en un momento tan difícil y que le diga que la única solución para sus problemas de falta de oportunidades, de necesidad económica o de carácter familiar es el aborto.

Otro mito al que recurrentemente se alude es que oponerse a una ley de aborto significa necesariamente enviar a las mujeres a las cárceles. Al efecto, es preciso recordar que al mes de enero del año 2015 sólo 6 personas se encontraban cumpliendo pena de cárcel debido a esta norma, y todas eran hombres. Además, habría que revisar si sus casos estarían incluidos en las causales que se discuten en este proyecto de ley.

Se ha debatido ampliamente si la iniciativa importa una legalización o una despenalización, aunque es evidente que este proyecto legaliza el aborto, toda vez que, si sólo se tratara de una despenalización, bastaría con modificar las sanciones en el Código Penal; empero, en la propuesta legislativa se consagra un derecho a abortar y la obligación legal del médico y su equipo de realizar dicha intervención en los centros hospitalarios del país. Incluso, si sólo fuera una mera despenalización no tendría por qué regularse, por ejemplo, la objeción de conciencia, la que solo cabe frente a derechos consagrados.

Evocó en seguida que el derecho a la vida es una garantía inalienable, evidente y sagrada en la Declaración Universal de los

Derechos del Hombre y el Ciudadano de la Francia revolucionaria, en la Declaración de Independencia de los Estados Unidos de América y, por cierto, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Esta misma convicción se manifestó con rapidez en los albores de la República, cuando el primer Congreso Nacional aprobó, en 1811, sólo un año después de la primera Junta de Gobierno, la ley de libertad de vientre, fundada en la convicción profunda de que las circunstancias de la madre -por más injustas que fueran- no debían afectar al hijo en su seno.

En cuanto a la situación del acompañamiento de la mujer embarazada, sostuvo que los movimientos pro vida llevan varios años exigiendo medidas de apoyo a las mujeres con embarazos complejos. A modo de ejemplo, Siempre por la Vida ha entregado a diversas autoridades, entre ellas a la señora Presidenta de la República, más de 300.000 firmas en rechazo a este proyecto de ley y a favor de un plan de acompañamiento integral, lo que debería hacerse mediante un programa serio y no incurriendo en la vergüenza y en la burla de creer que acompañar a las mujeres es entregarles un panfleto; acompañar a las mujeres significa incorporar las enfermedades al plan de Garantías Explícitas en Salud, un programa de cuidados paliativos perinatales, acompañamiento psicológico a la que es víctima de abusos y ofreciéndole también apoyo económico.

Al finalizar sui exposición, lamentó que muchos de quienes promueven la aprobación de las tres causales de la iniciativa lo que en verdad buscan es el aborto libre. Sin ir más lejos, algunos diputados que en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados defendieron el argumento de que este es un proyecto de ley acotado no tienen problemas en participar o en apoyar marchas por el aborto libre -las que felizmente son poco numerosas-. Manifestó que lo mínimo que exige este debate es la honestidad intelectual y, por eso mismo, los miembros de la Fundación que representa han señalado claramente que están siempre por la vida y que se oponen a legalizar el aborto por estas tres causales.

INTERVENCIÓN LA SEÑORA ELIZABETH BUNSTER, PRESIDENTA DE LA CORPORACIÓN PROYECTO ESPERANZA

La señora Elizabeth Bunster, Presidenta de la Corporación Proyecto Esperanza, declaró que la entidad que preside realiza acompañamiento a personas que sufren secuelas por un aborto, para apoyar la superación de este duelo, en una actitud de acogida y confidencialidad. Para esa tarea se han creado hogares de acogida para mujeres embarazadas de diferentes edades y han atendido más de 2.340 casos en Chile y más de 14.000 en América Latina. También se trabaja en conjunto con algunas instituciones públicas.

Acotó que el Proyecto Esperanza cuenta con equipos profesionales capacitados, en diversas ciudades de doce países de América Latina, que atienden a mujeres y varones que sufren las secuelas del aborto; personas que acuden pidiendo ayuda, expresando la mayoría síntomas similares.

Expresó que la evidencia de campo que han podido recoger señala que el aborto no cura enfermedades y que la madre no sufre menos si su hijo aquejado por una patología muere antes de nacer. En ambos casos la mujer experimenta culpa y sufre dolor y busca racionalizar lo ocurrido, para neutralizar la angustia. Frente a una situación de embarazo por violación, la práctica abortiva suma un segundo trauma; los casos atendidos evidencian similares secuelas post aborto.

Dio cuenta de algunos testimonios de mujeres atendidas por Proyecto Esperanza, cuyos nombres han sido cambiados para mantener en reserva su identidad.

El primero de ellos es el de Rebeca, quien señaló: “Mi madre me llevó al médico y confirmaron que estaba embarazada. 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.”.

Mirta, de Ecuador, ha relatado lo siguiente: “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. 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.”.

Estos testimonios, a su juicio, reflejan la situación de muchas mujeres.

Otro argumento, esta vez de Doris, consigna: “Necesito ayuda, pero para mí es tarde. Soy psicóloga clínica infantil y no pude seguir en lo que más me gusta, porque cada vez que entraba un niño a mi consulta pensaba en ese hijo que no nació y no puedo sacarme este vacío, por una decisión que pensé en ese momento que era lo mejor. Mi culpa no es por algo religioso, no soy creyente. Sin embargo, cada día me atormento por no poder retroceder en esa decisión”.

A su vez, Sandra, de Perú, afirma: “Yo no sabía que todo lo que por años me estaba pasando era resultado del aborto que me hice hace veinte años. He tenido todos esos síntomas y pensaba que me estaba volviendo loca. Nadie habla de las secuelas del aborto. ¿Pero sabes qué ha sido lo más difícil? ¿Sabes qué es lo primero que hago cada día al levantarme, todos los días? Planificar de qué manera ese día podría suicidarme, todos los días”.

Finalmente, Max, comenta: “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. Quizás 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 puedo pedirle a Dios y a mi hijo que me perdonen”.

Cree que es posible que la mujer que aborta sienta un alivio al inicio, pero luego hay certeza de la herida, por la cual sufren ella y todos sus cercanos.

No existen mujeres que quieran abortar, sino que en el 92% de los casos se llega a esa instancia por presión o coerción o porque la sociedad ha negado otras alternativas. Las mujeres que dicen que no han tenido efectos perniciosos después de abortar niegan el luto por años, porque buscan racionalizar la experiencia y negar los efectos emocionales respecto del hijo que existió.

Entre las manifestaciones post aborto que afectan a la mujer está el recuerdo de las fechas de los no cumpleaños; culpabilidad al acariciar a otros niños; culpabilidad de querer a sus mascotas; irritabilidad y enojo sin motivo aparente; sobreprotección a los otros hijos por temor a perderlos; maltrato a los otros hijos, y pérdida de interés por el trabajo.

Sostuvo que Chile, en vez de ser de los últimos países en legalizar el aborto, debe estar entre los primeros en defender la vida en toda circunstancia.

INTERVENCIÓN DEL SEÑOR JORGE ACOSTA, DIRECTOR DEL INSTITUTO RES PÚBLICA

El señor Jorge Acosta, Director del Instituto Res Pública, hizo presente que su exposición tendrá como objetivo mostrar que las expresiones “despenalización”, “interrupción voluntaria” y “tres causales” no corresponden a la realidad, por cuanto lo que se propone es una legalización del aborto por más de tres causales, lo que prácticamente abre la puerta al aborto libre.

Constantemente se escucha que Chile es parte de un grupo de cinco países que tienen estrictamente prohibido el aborto, pero eso no es así, pues el Centro de Derechos Reproductivos ubica a Chile dentro del contexto de 66 países en que se salva la vida de la madre, sin la intención de matar directamente al niño. En sentido opuesto, las tasas más altas de aborto de niños con síndrome de Down se verifican en países con leyes más permisivas. La proporción es 2 a 3 veces menor que en Chile.

En el fondo de la discusión está la propuesta de un cambio cultural dirigido a relativizar el valor de la vida, mediante el establecimiento de seres humanos de diferentes categorías.

Otro argumento que se ha hecho valer en el debate es que la prohibición absoluta de la interrupción del embarazo no impide que las mujeres lo hagan en condiciones de riesgo, pero Chile tiene tasas de aborto provocado que equivalen a la mitad de las que se constatan en Europa y a un tercio de las que se manifiestan en Estados Unidos. De hecho, en todos los países en que se aprueba el aborto, cada vez se practica con mayor frecuencia, lo que se explica por el cambio cultural que trae aparejado la modificación de la normativa.

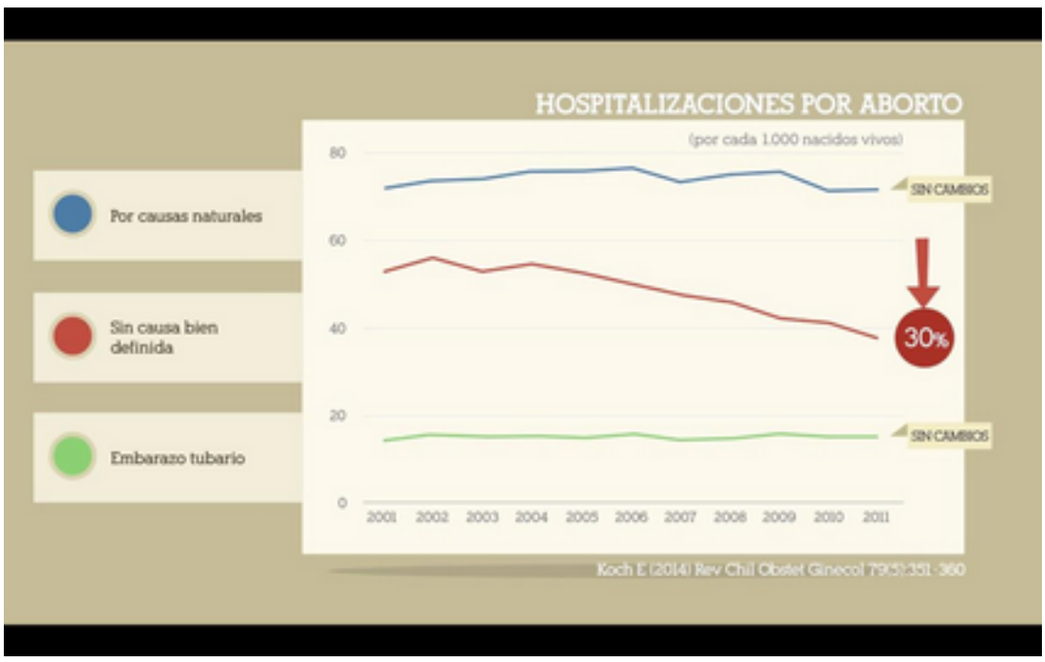
Del mismo modo, se afirma que nadie va a obligar a una mujer a abortar. Sin embargo, la única imposición real –según datos publicados en la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología- es que las chilenas que están pensando en abortar señalan que la mayor parte de ellas lo hacen porque son constreñidas por sus familias o por su pareja a realizar ese procedimiento. También los son por temor o pérdida de expectativas de vida. En definitiva, porque se sienten abandonadas y no por razones incluidas en las tres causales que aborda la iniciativa legal.

Entonces, enfatizó, lo que hará el Estado de Chile es ofrecerles abortar, sin brindarles apoyo para superar esa situación dramática ni un acompañamiento de tipo integral.

Otra aseveración planteada es la supuesta gran cantidad de abortos clandestinos que se registrarían en el país anualmente, pero los únicos estudios serios realizados estiman esa cifra entre 13.000 y

18.000. No obstante, la solución no se encuentra en promoverlos, sino en su prevención.

También se ha dicho que la prohibición hace que se oculten abortos, pero en realidad las hospitalizaciones por abortos por causas naturales se ha mantenido estable en los últimos diez años. Incluso, los abortos por causa no definida, en que podrían eventualmente ocultarse los clandestinos, han disminuido en un 30%. Exhibió un gráfico al respecto:



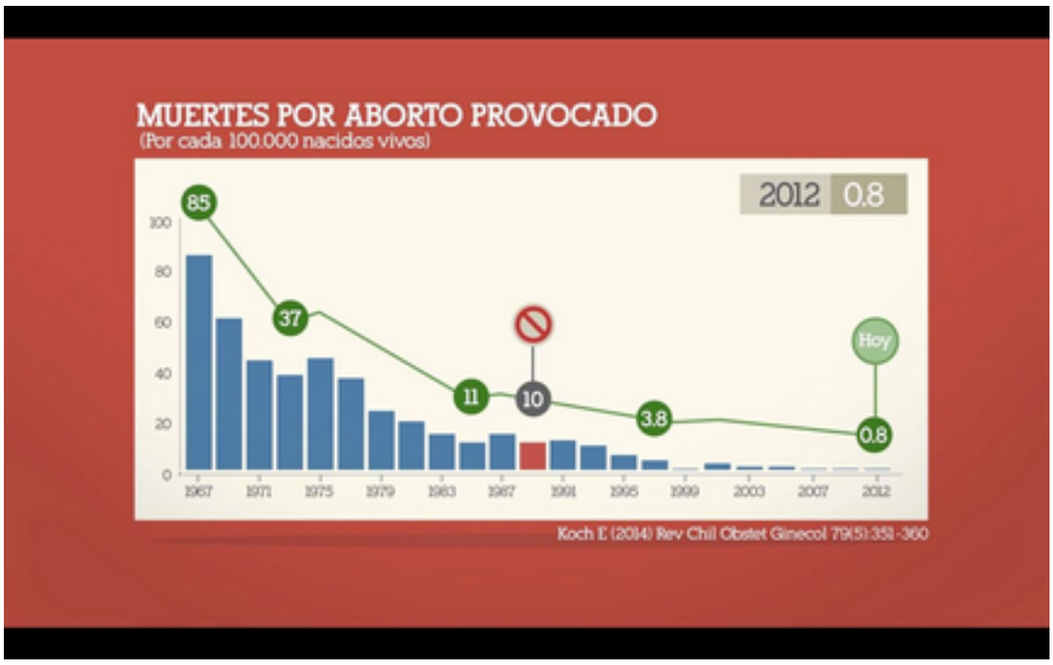
De igual forma, connotó que las cirugías de apendicitis se han mantenido estables en los últimos años, por lo que aseverar que se utilizan para disimular abortos no es más que un mito. Instó a desmitificar el debate y a evitar afirmaciones sin mayor fundamento.

En países con libertad para la práctica del aborto, como España, éstos sólo aumentan. De hecho, uno de cada tres abortos es reiterado, ya que se lo considera un método anticonceptivo más.

Por otra parte, no es verdad que cientos de mujeres mueran cada año por abortos provocados. Así, en el año 2012 sólo dos mujeres fallecieron por esa causa.

Luego, refiriéndose al artículo 119 del Código Sanitario, expresó que la clave de dicha disposición es que la acción debe estar directamente destinada a la realización de un aborto. La ley exige la intencionalidad y, por lo mismo, si el médico quiere salvar la vida de la madre no solamente puede hacerlo, sino que está obligado a ello.

En Chile lo que está proscrito es el aborto provocado. A mayor abundamiento, desde la prohibición en el año 1989 siguió disminuyendo la tasa de mortalidad por aborto. Presentó el siguiente gráfico al respecto:



Chile es el país que tiene la tasa de mortalidad materna más baja de América Latina, similar a la de Estados Unidos y sólo inferior a la de Canadá, en el continente americano. Semejante resultado no se podría haber logrado si los médicos no pudieran actuar en caso de riesgo de vida de la madre.

En cuanto a la segunda causal, lo más relevante es el acompañamiento, con el fin de ofrecer una cara humana al drama que deben vivir las madres que atraviesan por ese proceso.

Resaltó la relevancia de prevenir el aborto y, en ese orden de ideas, puso como ejemplo el programa que provee la Fundación Chile Unido, que en el 85% de los casos ha tenido éxito en esa tarea.

Finalmente, hizo notar que no hay ningún estudio que demuestre que el aborto beneficia la salud psíquica de la mujer que ha resultado embarazada producto de violencia sexual.

INTERVENCIÓN DE LA SEÑORA PATRICIA GONNELLE, DIRECTORA EJECUTIVA DE LA CORPORACIÓN MATERNITAS

La señora Patricia Gonnelle, Directora Ejecutiva de la Corporación Maternitas, refiriéndose al alcance de este proyecto de ley, expresó que según la información que se ha entregado la iniciativa trataría de solucionar el embarazo de unas 2.550 mujeres, 550 por la segunda causal y unas 2.000 por la tercera, o sea, menos del 1% de la totalidad de los embarazos en Chile. Esta cifra ínfima, pero muy dramática por las situaciones que involucra, indica varias cosas.

Primeramente, refleja que los embarazos referidos a la primera causal actualmente están siendo atendidos. Dado que el Ministerio de Salud habla de más o menos 33.000 egresos hospitalarios por aborto, y que las cifras para la segunda y tercera causales comprenden 2.550 casos, se debe entender que el riesgo de vida de la madre está siendo resuelto actualmente en Chile.

En segundo lugar, por extensión, es posible decir que los otros casos, que representan el 99% del total, no están contemplados en el proyecto de ley, lo que significa claramente que la autonomía de la mujer a la cual se refiere el proyecto es limitada, pues el aborto en la gran mayoría de las situaciones no podrá realizarse y sigue siendo considerado un delito. Esta libertad de acción se resume, entonces, en una libertad de selección de causales, a las que, eventualmente, podrían sumarse otras en el futuro.

En tercer término, la iniciativa postula que, fuera de las tres causales, en el 99% de los embarazos, el no nacido "bien concebido" sí tiene dignidad y, por tanto, sí es beneficiario de protección y se le debe respetar su derecho a nacer. Por lo tanto, a su entender, el legislador no cuestiona el estatuto del embrión o feto, sino que pone en duda su dignidad en "ciertos casos". El proyecto establece una especie de paréntesis para el 1% de los niños que, por su condición u origen, pueden perder el beneficio de protección, dejando a la mujer una autonomía en virtud de la cual podría decidir el destino de la vida de su hijo en gestación. Sería como decir: “el aborto no, pero sólo un poco, en ciertos casos”.

Los "ciertos casos" antes mencionados se justifican por consideraciones subjetivas, pero sin duda estremecedoras, de salud mental y emocional de la mujer, quien estaría en un profundo dolor, generado por duelo o trauma. En sesiones anteriores se ha escuchado el relato de psiquiatras que aseguran que en ningún caso el aborto constituye una respuesta asimilable a un tratamiento de salud mental para la mujer en estas circunstancias. Incluso, sólo podría aumentar el riesgo de daños. Pero más allá de eso, cabe preguntar si alguien sería capaz de decir a las personas que expondrán a continuación si sería legítimo que sus vidas

estuvieran dentro de ese paréntesis y que su madre hubiera tenido todo el derecho de abortarlas.

La propuesta legislativa deja de lado una variante que está siempre presente: el amor. Massiel y Marta –cuyo testimonio seguirá a esta exposición[13]- están aquí por amor y sus vidas irradian amor. Por el contrario, el aborto es muerte, muerte de un ser humano. Mucho se podrá decir al respecto, pero nunca se podrá cambiar esa realidad.

Sostuvo que si no se logra un consenso en esta materia es justamente por la naturaleza misma del objeto del acto de abortar, toda vez que lo que se está abortando es precisamente un ser humano, un "bien inconmensurable", como afirma textualmente el proyecto de ley, en conflicto con la vida de la madre.

Añadió que el legislador está preocupado de la autonomía de la mujer y le hace creer que ella podría dejar de sufrir. Así las cosas, pareciera que se quisiera eliminar el dolor, lo cual no se podrá cumplir, por cuanto el dolor desaparece enfrentándolo. En sentido opuesto, sí se puede afirmar que hay decisiones importantes que se adoptan y que tienen un impacto en la vida de las personas, para bien o para mal, y que las marcan para siempre. Entonces, si se ha planteado que el aborto es un mal, no es posible pretender que la madre no quede marcada negativamente por esa decisión.

Por lo demás, el sufrimiento por sí mismo no otorga derechos sobre la vida del otro y, por eso se suprimió en su oportunidad la pena de muerte, incluso para un criminal de la peor especie y a pesar del dolor de las víctimas.

Consignó que es cruel poner a la mujer en una disyuntiva, especialmente cuando se ha acreditado que lo que ella finalmente pide, tanto en las causales en debate como en otras, es lo que se puede denominar “triple AAA”: Apoyo, Acción y Amor. Más cruel aún es que, tras el paso del tiempo, el único recuerdo que la mujer tenga es el de saberse madre de un hijo muerto por su decisión, en nombre de su autonomía.

Finalmente, el aborto descarna la relación madre e hijo y trunca la capacidad de amar, no sólo de la mujer, que vive una situación puntual extrema que paraliza sus sentimientos y nubla su discernimiento, sino también la capacidad de amar de todos, de la sociedad entera, que no se involucra y se acomoda y que no es capaz de entregar a la mujer soluciones reales, solidarias y amorosas.

Por lo tanto, el proyecto de ley no sólo es injusto, discriminatorio e innecesario, sino que también desalmado, porque deja a la mujer desamparada, en la más absoluta soledad, con voces susurrándole

[13] Ver en anexo Testimonios.

que su autonomía es tal que puede hacer lo que quiere, incluso terminar con la vida de su propio hijo.

Massiel y Marta introducen aire fresco y olor a vida en esta discusión, porque el aborto huele a muerte. Ellas nos muestran que es posible y nos dan un mensaje de esperanza y de amor que este proyecto no refleja.

INTERVENCIÓN DE LA DOCTORA ADELA MONTERO, DIRECTORA DEL CENTRO DE MEDICINA REPRODUCTIVA Y DESARROLLO INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (CEMERA)

La Directora del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), doctora Adela Montero, hizo presente que comparece como académica y que sus opiniones no representan necesariamente la opinión de la entidad a la que adscribe.

Primeramente, sostuvo que los objetivos de su presentación serán analizar las principales características de la violencia sexual y sus consecuencias en la salud de las víctimas e identificar y describir las características del embarazo como consecuencia de violencia sexual.

Sobre la violencia sexual, sostuvo que representa uno de los traumatismos más terribles que pueda sufrir una persona y que se traduce en lesiones físicas, psicológicas y sociales; no respeta edad, sexo, nivel socioeconómico, raza, religión, estado civil, orientación sexual y capacidad física mental o emocional; se puede producir en cualquier época del año, a cualquier hora del día y en cualquier sitio o lugar; la mayoría de los perpetradores son conocidos de la víctima, y que la violencia sexual infantil se produce mayoritariamente al interior de la familia.

A mayor abundamiento, sostuvo que en Chile la magnitud real del problema es desconocida y que dos tercios de los casos no son denunciados. Asimismo, afirmó que, de acuerdo a los datos proporcionados por la Encuesta Nacional Comportamiento Sexual, un 7% de las mujeres entrevistadas fueron víctimas de violación; casi en 50% casos constituyó su inicio sexual; un 30% casos de maltrato infantil correspondió a violencia sexual; un 80% se verificó en menores de 18 años; se constató mayor vulnerabilidad en sexo femenino -79 % de los casos-; un 91% era nde carácter intrafamiliar; un 65% era una agresión reiterada; un 80% de los agresores eran conocidos de la víctima, y el 44% de los casos fueron perpetrados por familiares.

Agregó que el Servicio Nacional de Menores, entre los años 2012 y 2013, asistió a 58 víctimas, entre 11 y 18 años, con embarazos producidos por una de agresión sexual.

En otro ámbito, planteó que en un estudio realizado sobre la prevalencia y principales características del antecedente de violencia sexual en adolescentes consultantes en CEMERA, se pudo determinar que el 21,6% del total de encuestados reportó antecedente de violencia sexual; en un 86,5% la violencia reportada fue abuso sexual y en un 13,5% violación, y la edad de la víctima al momento de la primera agresión, en un 82% de los casos se situó entre los 5 y los 14 años de edad.

Añadió que un 48,5% de los agresores eran familiares, un 34,9% conocidos y un 16,5% desconocidos; en un 60% de los casos se trató de una agresión única y en un 39% de una reiterada; en un 43% de los delitos el lugar de la agresión fue hogar de la víctima, y en un 70% se reveló el ataque, aunque en un 45% de los caso fue tardía.

Entre las consecuencias de la violencia sexual, puntualizó que se ha evidenciado un mayor riesgo de desarrollar trastornos en salud mental, como depresión, trastonos de estrés pos traumático, intento suicida, trastornos de la conducta alimentaria, alteraciones en el desarrollo de la personalidad y dependencia de drogas y alcohol. Además, se asocia a deterioro en la salud física con presentación de cefaleas, fibromialgias, alteraciones gastrointestinales y dolor abdominal recurrente. Del mismo modo, se constatan efectos en la salud sexual y ginecológica, como embarazos, infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH; dolor pelviano crónico; dispareunia; ansiedad e insatisfacción en las relaciones sexuales futuras y alteraciones en la libido y la respuesta sexual.

Seguidamente, expuso los resultados de un grupo de 48 adolescentes con un embarazo producto de violencia sexual, de los cuales la mayoría fue de tipo intrafamiliar, el cual fue comparado con un grupo de estudio de 192 adolescentes embarazadas, pero no en virtud de jun abuso sexual. Precisó que entre los adolescentes violentados se determinó que hubo mayor frecuencia de agresiones entre menores de 15 años, eran estudiantes y de un menor nivel socioeconómico que el otro grupo de control. Poseían una actitud inicial negativa frente al embarazo, con escasa modificación al término de éste, persistiendo sentimientos negativos de frustración y culpabilidad, pese a haber recibido apoyo en su salud mental durante todo el período de gestación. Además, se constataron malas relaciones parentales y actitud negativa de los padres hacia el embarazo, mayor morbilidad durante el embarazo, parto y puerperio y mayor frecuencia de Apgar menor a 7 a los 5 minutos del alumbramiento. Por último, un tercio de ellas optó por la adopción de su hijo.

En un estudio cualitativo de continuidad del anterior, efectuado en la etapa de adultez de las mismas mujeres, se investigó acerca de su sexualidad y sus relaciones de pareja.

En cuanto al primer tópico se verificaron culpas sexuales, ansiedad e insatisfacción en relaciones sexuales futuras, con disminución de la libido, menor frecuencia de orgasmos y conductas sexuales de riesgo.

A su vez, respecto de las relaciones de pareja, se evidenció que un grupo importante presentaba dificultades en establecer acercamiento y relación de pareja, rechazaban esta idea e incluso percibían un rechazo hacia el sexo masculino. De las mujeres que habían establecido alguna relación de pareja, la mayoría lo hizo hecho para satisfacer

necesidades de mantención, compañía, cuidado, protección de ella y de su hijo, pero en algunos casos fue también su necesidad de maternidad.

Aclaró que las mujeres participantes, en su mayoría, dieron su consentimiento para ser analizadas, pero solicitaron al mismo tiempo que nunca más se les contactara.

En otro estudio realizado en Cali, Colombia, en un grupo en que el 58% de las mujeres eran menores de 20 años y con bajo nivel socioeconómico. Asimismo, un 34% no tenía antecedentes de vida sexual y en un 64% de los casos los agresores eran desconocidos.

De ellas, el 59% no develó la violación, principalmente por temor a la estigmatización. Temían la interpretación negativa que pudieran hacer las demás personas, al identificarlas como víctimas de violación.

Sobre ese punto, arguyó que el embarazo por violación, cuya incidencia es difícil de cuantificar, constituye un período crítico, que se traduce en una crisis múltiple inevitable de soslayar, en una explosión de padecimientos desestabilizadores, que sitúa a la mujer a la toma de decisiones difíciles, en momentos de gran fragilidad emocional, esto es, continuar el embarazo y la crianza -21%-, la adopción -7%- o la interrupción -72%-.

Puso de manifiesto que el embarazo por violación es una realidad social, que multiplica las crisis para las sobrevivientes.

En cuanto a la crianza, sostuvo que para las víctimas el hijo es la constatación imborrable del hecho violento –con independencia de los afectos que puedan surgir-, debiendo asumirlo sin desearlo ni estar preparadas para ello.

La interrupción del embarazo, por su parte, les genera conflictos por los riesgos que asumen si se hace en condiciones inseguras, por su penalización, por las sanciones religiosas y los imaginarios socioculturales condenatorios.

Finalmente, la adopción fragiliza por la impronta y estigma que deja en la vida de la madre y quizás también en el niño.

En ese estudio, razonó, se evidenció que las víctimas que interrumpen el embarazo por violación no cuentan con la capacidad ni las condiciones para ser madres. La intensidad de su rechazo era tan fuerte, que estaban dispuestas a correr los riesgos que fueran necesarios para la interrupción.

Mencionó que, de quienes continuaron con la gestación, pocas lo hicieron con agrado o alegría. En casi todos los casos

fue por falta de conocimiento sobre su estado, por falta de acceso para interrumpir el embarazo, por falla de métodos empleados o por presiones externas. Continuar el embarazo no fue una opción ni una decisión personal, pues unas pocas, con asesoría profesional o apoyo familiar, trataron de aceptarlo y cambiar su percepción frente al mismo. En general, surge el estereotipo alentado por la cultura sobre la resignación, el cumplimiento de deberes, las creencias de que una voluntad superior lo ha querido así, resultando muy difícil oponerse o rebelarse.

En último término, formuló algunas reflexiones personales:

- Se observa una alta frecuencia de consecuencias en la salud mental, física, ginecológica y sexual en mujeres sobrevivientes de violencia sexual, con serio impacto en su calidad de vida.

- El embarazo como consecuencia de violencia sexual, constituye una grave realidad social, con connotaciones muy diferentes a un embarazo no planificado producto de actividad sexual consentida.

- Resulta inadecuado interpretar, valorar y juzgar a las víctimas, con referentes ajenos al contexto de la agresión sexual, que hace de ese embarazo un evento doblemente difícil y crítico, por ser no esperado, no deseado, no planeado y además consecuencia de violencia y agresión.

- Decidir continuar con el embarazo y crianza, interrumpir o considerar la adopción, debieran ser opciones que correspondan a decisiones informadas, que las personas sobrevivientes realicen en base a sus propias convicciones, creencias y valores.

- Frente a situaciones complejas, es necesario identificar y considerar el curso de acción que mejor se acomode a las necesidades de la víctima y no respecto de las necesidades del profesional o de terceros involucrados, facilitando el proceso de toma de decisiones, sin imponer las propias creencias y valores.

INTERVENCIÓN DE LA SEÑORA ROSARIO VIDAL, PRESIDENTA DEL MOVIMIENTO DE MUJERES REIVINDICA

La señora Rosario Vidal, Presidenta del Movimiento de Mujeres Reivindica, expuso que la primera causal que autoriza el proyecto de ley incurre en una grave desinformación a la opinión pública, por un lado, y constituye un planteamiento en extremo ideológico, por el otro, toda vez que en Chile es legal la interrupción del embarazo en situaciones de riesgo vital de la madre y su aplicación no está afectada por la prohibición del aborto malicioso. En efecto, citando al académico de la Universidad de Chile, doctor Carlos Valenzuela, “actos físicamente iguales, pueden ser éticamente distintos”, distinción que realiza tanto el derecho como la práctica médica.

En las clases de derecho penal se distingue, por ejemplo, la revisión ginecológica del abuso sexual, y la realización de operaciones quirúrgicas de delitos como la mutilación, porque los ánimos, la intención, son diferentes. Entonces, pretender legalizar el aborto por esta causal es tan absurdo como autorizar el acuchillamiento para operar o legitimar un tipo de violación para realizar comprobaciones ginecológicas.

Afirmó que los actos médicos no están expresamente exceptuados en el Código Penal y, por lo mismo, hacer de la interrupción del embarazo por causa médica la excepción implica una curiosidad penal que, al rotularla de aborto legal, sólo se entiende si tiene como fin la legitimación ideológica a través de la consagración de un derecho, situación que no guarda relación con el aborto malicioso tipificado en el Código Penal. En resumen, lo lógico es seguir diferenciado los actos según su finalidad o ánimo.

De consiguiente, el trasfondo ético y penal del aborto -que tiene como propósito matar a un ser humano- implica que no corresponda a un acto médico, porque las acciones orientadas a matar seres humanos no son parte de la práctica clínica.

Por otra parte, la falta de coherencia del proyecto de ley se hace más patente al establecer que se despenaliza la interrupción del embarazo, pero a la vez se modifica el Código Penal en lo referido al aborto, fórmula que permitirá la mortandad innecesaria de seres humanos en gestación que pueden vivir por sí mismos, ya que en las dos primeras causales el proyecto no fija un límite de edad gestacional para practicar la intervención médica, ni incluye alguna prevención sobre el respeto de los derechos del ser humano en formación.

En cuanto al aborto por enfermedad congénita de carácter letal, para que se cometa aborto debe existir un ser humano vivo que pueda ser muerto; empero, en algunos listados de enfermedades que se

han dado a conocer como justificantes de esta causal se han incorporado casos como el embarazo molar completo o situaciones equivalentes, como acéfalos o acardios, cuyo retiro no puede ser considerado aborto, puesto que no se está en presencia de un ser humano vivo o nunca existió un ser humano, como en el caso de la mola. Ante esos diagnósticos no se requiere una legislación, sino sólo claridad médica.

Sobre la base de un supuesto trato compasivo hacia la mujer no se puede legitimar la imposición de una visión eugenésica y discriminatoria hacia el hijo que sufre una enfermedad congénita de carácter letal, situación en la que los seres humanos en gestación pasarían a ser definidos como propiedad de las madres o como un producto defectuoso, que puede ser descartado y reemplazado. De hecho, la maternidad no comienza con el parto, como tampoco se inicia en el parto la diversidad humana.

A mayor abundamiento, la ley Nº 20.120, sobre investigación científica en el ser humano, su genoma y que prohíbe la clonación humana, del año 2006, señala en el artículo 1° que su finalidad es proteger la vida de los seres humanos, desde el momento de la concepción, su integridad física y psíquica, así como su diversidad e identidad genética, en relación con la investigación científica biomédica y sus aplicaciones clínicas; el artículo 3° prohíbe toda práctica eugenésica, salvo la consejería genética. En consecuencia, pretender utilizar la información genética de un ser humano relativa a alguna enfermedad, para provocar su muerte -como postula la iniciativa de ley en debate-, implica una abierta contradicción con el texto expreso de la ley antes mencionada y con sus principios fundantes, de respeto a toda vida humana.

En efecto, no debiera depender de la opinión subjetiva de la madre si a un ser humano se le trata dignamente, brindándole acceso a medicina paliativa y acompañamiento a su núcleo familiar, o si se le mata, con un trato menos digno que los establecidos para los animales. No depende de la opinión subjetiva de una persona si alguien es un ser humano o si lo amparan los instrumentos internacionales sobre derechos humanos.

La diferencia en cuanto a diagnóstico, entre una enfermedad congénita de carácter letal y una patología congénita grave que genere discapacidad, es el tiempo estimado de sobrevida y no la dignidad ni la calidad de ser humano. Al respecto, es preciso tener en cuenta que la medicina no es una ciencia exacta y que los pronósticos médicos se efectúan sobre la base de estadísticas y que las opiniones de dos o más médicos pueden diferir entre sí. En consecuencia, las estadísticas de un pronóstico desfavorable no pueden restar derechos a los pacientes.

A la luz de los antecedentes expuestos, disfrazar el acto violento del aborto en uno legitimado por el derecho es una forma de institucionalizar la indolencia acerca de los problemas que enfrentan las mujeres. Así las cosas, se pone como ejemplo extremo el embarazo

resultado de violación, pero se ofrece como pie forzado un proyecto de ley que ignora la realidad que pretende abordar.

El contacto con víctimas de violación muestra que el embarazo pone al descubierto el abuso, momento en que la víctima siente mucho miedo y culpa, junto con la manipulación que en muchas oportunidades ejerce el entorno que permitió la agresión sexual sistemática. Además, la mayoría de las víctimas se encuentra en situación de abandono y su hijo es lo único que las mantiene aferradas a la vida y les permite no ser arrastradas de regreso con el agresor o al entorno que permitió la violencia.

Este proyecto de ley no pone énfasis en combatir la desprotección en que se encuentran las víctimas, ni siquiera en una real persecución de los victimarios, sino que sólo ofrece la posibilidad de revictimización a través de un aborto, en que el poder de decisión recaerá, en el mejor de los casos, en el personal de salud o, en el peor, en el propio violador.

Agregó que el embarazo pone en evidencia años de abuso y abandono, así como deficiencias de los distintos organismos encargados de brindar protección efectiva a los derechos de niñas y mujeres; por lo mismo, no es comprensible que sea el aborto la política pública implementada en forma prioritaria, en lugar de una política de salud integral de atención a mujeres con embarazos en circunstancias vulnerables, y que esté dirigida a la prevención, reparación y protección efectiva de las víctimas de violencia sexual.

En conclusión, esta iniciativa de ley no se funda en un análisis profundo, dirigido al bienestar de las mujeres, adolescentes o niñas que enfrentan esta realidad, sino que, por el contrario, sus falencias evidencian que es impulsado mayoritariamente por organizaciones y personas ligadas a la agenda de promoción del aborto como prestación de salud o a IPPF[14], la transnacional prestadora de servicios de aborto más grande del mundo. De hecho, es probable que sea su filial en Chile, APROFA[15], la que, de implementarse el proyecto, se transforme en una concesionaria de servicios de aborto, como ocurre en el resto del mundo. En Estados Unidos, la casa matriz de IPPF participa activamente de la política partidista, financiando campañas electorales.

De consiguiente, si verdaderamente se pretendiese escuchar a las mujeres, prescindiendo de una lógica machista, la prioridad sería avanzar en humanizar el embarazo y en atención al binomio madre e hijo, mejorar el trato a las mujeres que ceden en adopción y los procedimientos para su realización, hacer efectiva la corresponsabilidad parental desde antes del nacimiento y poner el foco en la vulnerabilidad en todas sus formas y no sólo en la económica. En este orden de ideas, advirtió

[14] International Planned Parenthood Federation.

[15] Asociación Chilena de Protección de la Familia.

que Chile Crece Contigo sólo proporciona un plan básico, que no llega al sector privado.

Pese a que hoy en día existe una tendencia mundial a realzar la importancia de temas como el parto humanizado, el duelo por muerte prenatal y la violencia obstétrica, se constata un silencio en lo que se refiere al período del embarazo en sí. Entonces, deshumanizar al ser humano en gestación con políticas de aborto es una medida que va en la dirección contraria a la recomendable. Lo que ofrece el Estado hoy en día es insuficiente, dado que hay víctimas sin tratamiento oportuno, niños declarados inviables que sufren abandono como pacientes y padres que deben batallar contra el sistema de salud para poder brindar a sus hijos la atención que necesitan, al tiempo que no tienen garantías laborales que los protejan suficientemente.

Por lo anterior, suprimir el derecho del ser humano en gestación a no ser ultimado arbitrariamente se traduce en banalizar y tolerar injusticias y no en el ofrecimiento de un trato digno a las mujeres; para abortar no se necesita algún gesto, derecho, protección o reconocimiento, sino que basta con mantener las injusticias actuales y dejar a las mujeres solas frente a la adversidad.

Por otro lado, subrayó que pensar en el aborto legal como un avance para las mujeres, es equivocado, pues varios lugares del mundo en que la mujer ve disminuidos sus derechos civiles o políticos -países de Medio Oriente, por ejemplo- permiten algún tipo de aborto, lo que no es signo de mejora en sus condiciones, sino que, por el contrario, constituye otra forma de sometimiento en una estructura patriarcal. En ese contexto, se dan legislaciones que permiten abortos con la autorización del marido o el padre de la mujer –Siria-, abortos forzados –China-, abortos por violación realizados ante la amenaza de muerte de la víctima –África-, y el genericidio, que se practica abortando niñas en gestación –Asia-. En Europa, a su vez, se hace más palpable el profundo problema que enmascara el aborto, a través de la llamada penalización salarial de la maternidad, en que las mujeres que son madres soportan un detrimento de sus ingresos hasta en el 25% –Reino Unido-.

Algunos ejemplos más cercanos sobre cómo el aborto no representa una causa de liberación femenina se evidencia en casos como el de Claudia Barría, joven madre que, con 34 semanas de embarazo, fue asesinada en el año 2009 por el padre biológico de su hija en gestación, acción que realizó motivado porque la víctima rechazó reiteradamente su solicitud de practicar un aborto. Otro tanto ocurrió en el caso más reciente de Carla Jara -actualmente en proceso de investigación- que también fue asesinada, presuntamente por su ex pareja y padre biológico de su hija en gestación, con 8 meses de embarazo, por negarse al aborto solicitado. Otro antecedente importante de destacar es la serie de femicidios ocurridos en Argentina, que desataron masivas protestas y una fuerte campaña en redes sociales con el llamado de #NiUnaMenos el año

2015. El caso que hizo reaccionar a la ciudadanía fue el asesinato de Chiara Páez, de sólo 14 años, presuntamente obligada a abortar por su novio y la madre de éste y luego asesinada a golpes y enterrada en el patio de una casa.

Estos casos evidencian la cara más extrema del aborto, en línea con los estudios que muestran que, por ejemplo, en México el 7% de la mortalidad materna por aborto inducido puede ser explicado por violencia de la pareja contra la mujer o, más aún, que en Chile el 90% de las mujeres que piensan en un aborto lo hacen por miedo y coerción; es falso que las mujeres aborten fruto de una decisión sobre su cuerpo o en ejercicio de su autonomía sexual y reproductiva, ya que la práctica del aborto es en realidad una forma de sometimiento, signo de vulnerabilidad y un mal social.

Al culminar su intervención, la señora Vidal hizo un llamado a los miembros de la Comisión a actuar en concordancia con la Declaración de El Cairo de 1994, suscrita por Chile, que llama a hacer todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto, mediante cambios legislativos que rompan el círculo de vulnerabilidad de las víctimas de violencia sexual y potencien programas integrales, que provean soluciones a las chilenas respecto de la maternidad en conflicto. Legal o no, el aborto es un acto violento, síntoma de vulnerabilidad y, por ende, una forma grave de violencia contra las mujeres.

En situaciones complejas es importante encontrar opciones que no naturalicen la violencia ni deshumanicen, sino que respeten la dignidad de todos los involucrados, sentenció.

INTERVENCIÓN DEL SEÑOR GUSTAVO DELGADO, DIRECTOR DE LA FUNDACIÓN JUSTICIA PARA TODOS

El señor Gustavo Delgado, Director de la Fundación Justicia para Todos, adelantó las conclusiones de su alocución señalando que el proyecto de ley es inconstitucional y contrario a diversos tratados internacionales suscritos y ratificados por Chile. Asimismo, es opuesto a otras normas del ordenamiento jurídico, lo que implicará dificultades para su aplicación. Hay además contradicción entre las disposiciones que propone, ya que, por ejemplo, discurre sobre la base de que el tejido que se extrae en un aborto es humano, pero al mismo tiempo no reconoce la condición de persona humana del feto.

En lo que atañe a la inconstitucionalidad de la propuesta legislativa, planteó que el derecho a la vida está resguardado por el Texto Fundamental no sólo respecto de quienes han nacido, sino de todas las personas, por el hecho de tener esa calidad. Al respecto, el artículo 55 del Código Civil dispone que todo ser humano es persona, lo cual debe entenderse en relación con el artículo 74 del mismo cuerpo normativo, que establece que sólo desde el momento en que alguien nace tiene derechos patrimoniales. Sin embargo, antes del nacimiento y desde la concepción, se constatan derechos fundamentales en otros sentidos, cuestión que es coherente con los tratados sobre derechos humanos de los cuales Chile es parte, los que consagran que el derecho a la personalidad se reconoce a todo ser humano.

Sobre esa última afirmación, previno que su infracción podría generar responsabilidad al Estado, en caso de que el Poder Legislativo sancione una preceptiva que incumpla esos compromisos internacionales.

En ese mismo sentido, en caso de aprobarse el proyecto de ley podrían originarse abusos en las consecuencias patrimoniales, pues al permitir en algunas situaciones el aborto por decisión de la madre –dada la dificultad de verificar absolutamente la causal-, podría presentarse el caso de que alguien quiera abortar para evitar los efectos patrimoniales que tendría el nacimiento del niño, tales como los relacionados con derechos hereditarios.

Sostuvo que el proyecto realmente legaliza la práctica abortiva, toda vez que será posible exigir al Estado, mediante una acción jurisdiccional, que se castigue a quien impida su ejercicio. Del mismo modo, se prescribe una garantía financiera para asegurar su adecuada prestación, lo que no tendría lugar si sólo se tratara de suprimir la persecución penal de una conducta.

En lo que atañe a la primera causal, la principal dificultad es que no se define qué se entenderá por riesgo vital, expresión cuyo contenido tampoco es posible de extraer de otras normas del ordenamiento jurídico y que, en definitiva, será determinado a discreción por el médico tratante.

La interrupción de la gestación por riesgo vital de la madre estuvo permitida en el país hasta el año 1989, pero lo que ocurrió en la práctica a partir de esa autorización hizo que finalmente se cancelara del Código Sanitario. Efectivamente, aconteció que muchos médicos hicieron uso de esa justificación para realizar abortos por otras causas, lo cual probablemente acontecerá en el futuro, de aprobarse el proyecto de ley.

La segunda causal, en tanto, presenta la dificultad de la determinación de la inviabilidad, lo que también será resuelto por facultativos, a lo que debe sumarse a los errores diagnósticos que pueden ocurrir. Es imposible prever cuándo morirá el recién nacido calificado como inviable, circunstancia relevante para la asignación de derechos patrimoniales.

La causal relacionada con la violación tiene el inconveniente de tener que definir qué se entenderá por ese concepto, toda vez que no es posible asimilarlo al delito tipificado en el Código Penal, que exige para su comprobación un procedimiento previo, racional y justo y legalmente tramitado. En sentido opuesto, si se estimare que son similares, ello contrariaría la prohibición de presumir de derecho la responsabilidad penal.

Finalmente, la titularidad de derechos fundamentales del feto desde el momento de la concepción, en particular del derecho a la vida, está reconocida por todos los poderes del Estado, así como por el Tribunal Constitucional, los tribunales superiores de Justicia y la Contraloría General de la República. Por lo anterior, si se sanciona la presente proposición legislativa, las Cortes no podrían acoger una acción de protección contra una Institución de Salud Previsional, para que asegure el tratamiento de un niño que está por nacer con espina bífida. En el mismo sentido, el máximo organismo contralor tampoco podría reconocer el carácter de titular de beneficios a quienes han sido víctima de violaciones a los derechos humanos en dictadura, que fueron concebidos al momento de los hechos pero que aún no habían nacido.

**INTERVENCIÓN DEL DOCTOR LEONARDO GONZÁLEZ,
DE FORENSIK S.A.**

El doctor Leonardo González, de Forensik S.A.**,** basó su intervención en un trabajo de investigación publicado en la Revista Médica de Chile.

Expresó que, en lo relativo a la tercera causal, el proyecto presenta ciertas falencias que podrían derivar en condenas erróneas, como consecuencia de falsas denuncias de violación; que embarazadas producto de una violación no accedan al aborto, y que acusaciones por violación no lleguen a ser acreditadas y sancionadas penalmente.

Puso un caso ficticio del siguiente tenor:

Claudia, de 18 años, conoce a Jorge en el verano del año 2017 –en que ya está sancionado como ley el proyecto en debate- y sostienen un breve romance, con relaciones sexuales consentidas. Después de algunas semanas, Claudia registra un retraso menstrual y se realiza un test de embarazo que resulta positivo. Ella acude al hospital a solicitar un aborto.

La evaluación médica, con ecografía, determina que tiene un embarazo de 11 semanas, sin riesgo vital para la madre y con un embrión aparentemente viable. El médico explica a Claudia que sólo puede acceder a un aborto si el embarazo fuese producto de una violación.

Claudia, quien no ve otra alternativa, dice que en realidad no recuerda muy bien lo que sucedió, porque ese día había bebido mucho alcohol, pero que está segura de que no consintió la relación sexual.

Se convoca al comité ad hoc del equipo de salud, pero ya es tarde para obtener un análisis toxicológico y no hay rastros de violencia. El examen forense sólo arroja un desgarro antiguo del himen. En ese escenario y teniendo en consideración que los médicos no son jueces para decidir si existió o no una violación, respaldan el relato de la paciente y, por lo tanto, acceden a la práctica del aborto. El médico a cargo guarda evidencias y el director del establecimiento efectúa la correspondiente denuncia ante el Ministerio Público.

En la investigación preliminar la policía entrevista a Claudia y a Jorge; la primera reitera que creía que fue violada. Jorge, sorprendido, dice que tuvo relaciones sexuales consentidas con Claudia en una ocasión y otorga su consentimiento para la obtención de una muestra de hisopado bucal para obtener su ADN. En la comparación genética resulta ser

el padre. Con esos antecedentes, se formaliza una investigación por violación y se decretan medidas cautelares contra Jorge.

En el curso de la investigación formal declaran otros intervinientes, quienes señalan haber visto a Jorge darle mucho alcohol a Claudia. Esta última rehúsa declarar ante el Fiscal, pero sí concurre al Servicio Médico Legal, donde repite su versión. El peritaje determina que los hallazgos no descartan una violación.

Posteriormente, en el juicio Claudia no concurre a declarar, en tanto que Jorge se acoge a su derecho a mantener silencio. Su defensa indica que la relación sexual fue consentida y que la obtención de la muestra para la comparación genética se realizó infringiendo sus garantías. El fiscal, por su parte, señala que Jorge tomó ventaja del estado de embriaguez de Claudia y que el análisis genético estaba ajustado a derecho

Con esa información, el tribunal condena a Jorge. La Corte de Apelaciones confirma la sentencia y Jorge es encarcelado. En ese momento Claudia se entera de lo sucedido y a su instancia se interpone un recurso de revisión, que no es admitido a trámite por la Corte Suprema.

Sobre la base del caso hipotético expuesto, el doctor González señaló que Claudia nunca quiso dañar a Jorge, pero su necesidad de ser incluida en una de las tres causales para un aborto legal la pudo inducir a aducir engañosamente la violación, iniciando un proceso cuya significancia e irreversibilidad difícilmente pudo prever. Lo anterior, por cuanto el proyecto sólo provee a la mujer un atisbo de autonomía y la causal de violación puede resultar una especie de “comodín” para quienes no pueden acceder a las otras dos y están convencidas de su derecho a abortar.

Asimismo, la iniciativa otorga al equipo de salud una facultad impropia, que es confirmar la ocurrencia de los hechos que constituyen la violación. Sin embargo, la violación es un delito y no una enfermedad y los médicos no pueden certificar la concurrencia de un ilícito penal.

Aunque es probable que quienes elaboraron el proyecto de ley pudieron pensar que luego de ocurrido el hecho quedaría evidencia física, la ciencia ha demostrado lo contrario, pues en la gran mayoría de los casos de denuncia de delitos sexuales no existen rastros físicos para corroborarlos. Aun cuando se produzcan lesiones por la violación, habitualmente sanan en pocos días, muchas veces sin dejar rastros o cicatrices visibles. De igual manera, las relaciones consentidas también pueden dejar lesiones, sin un patrón morfológico distintivo.

Por lo demás, las víctimas no siempre manifiestan cambios conductuales o trastornos psicosomáticos y cuando llegan a sufrirlos se trata de síntomas inespecíficos, que deben ser apreciados con

mucha cautela. Por ende, la existencia de lesiones no debe ser interpretada como sinónimo de violación y su ausencia tampoco permite descartar el delito.

Entonces, para una apropiada apreciación respecto de si hubo o no delito, en el caso de mayores de 14 años lo esencial es la ponderación del relato sobre si hubo o no consentimiento, tarea que no puede ser efectuada por el equipo de salud, toda vez que es competencia exclusiva de los jueces.

Sobre la labor del comité ad hoc, adujo que si se basa en los intereses de la mujer y en el principio de no maleficencia[16], debería respaldar la versión de la paciente y aprobar la realización del aborto. Pero luego tras la denuncia penal la evolución del caso es impredecible, porque si bien el proceso podría no tener lugar por archivo provisional de la causa o finalizar sin un juicio por decisión de sobreseer o no perseverar, también es plausible que la solicitud de aborto termine con un hombre inocente en la cárcel, sin siquiera una denuncia ni una declaración judicial de la supuesta víctima.

Por el contrario, si el comité rechazara la solicitud, también podría ocurrir que el relato de la víctima perfectamente pudo haber sido verdad, especialmente en un contexto en que ha aumentado la incidencia de delitos sexuales facilitados por el uso de drogas, en que las víctimas sólo perciben la sensación de haber sido violadas, pero no tienen recuerdo del ataque o estos son muy vagos y fragmentados.

En el caso de mujeres mayores de edad los delitos sexuales no son delitos de persecución penal pública, sino que se inician por instancia particular. Por ello, eventualmente el delito podría quedar impune También puede influir en la ausencia de sanción el hecho de que el proyecto de ley no contempla el resguardo de muestras e incluso establece sanciones para quien lo haga.

El delito de violación ya es una hecho de difícil prueba y, en ese escenario, la iniciativa de ley lo hace aún más complejo.

De consiguiente, hizo las siguientes proposiciones:

- Que el comité médico también esté integrado por abogados, de la institución o del Servicio de Salud que corresponda.

- Que la conclusión que establezca este comité esté debidamente fundamentada y sea registrada en un formulario de formato único.

- Que el aborto por esta causal en mayores de 14 años se restrinja sólo a aquellas mujeres que han recibido atención médica por delitos sexuales en las dos semanas siguientes a la violación. Ello, a su juicio, restringiría el

[16] Entendido como “en primer lugar, no hacer daño”.

acceso a la prestación a mujeres que no conocen su estatus de embarazada, permitiría la anticoncepción de emergencia y posibilitaría un oportuno resguardo de evidencias.

- Otorgar acción penal pública a delitos de violación que terminen con un aborto, lo que ayudaría a evitar casos impunes por falta de persecución penal.

- Excluir del artículo 345 bis del Código Penal que se propone, la penalización de acciones destinadas al resguardo de evidencias, en concordancia con lo dispuesto en el artículo 198 del Código Procesal Penal.

- Asignar recursos para una eficaz educación cívica, con el siguiente mensaje: “Si fuiste víctima de violación, consulta a tu médico antes de dos semanas”.

TESTIMONIOS

LA SEÑORA NATALY OSORIO dio su testimonio como madre que requirió en su momento la ayuda de la Fundación Chile Unido. En ese contexto, resaltó la necesidad de contar con un plan de acompañamiento que apoye de forma concreta a madres con embarazos vulnerables, puesto que, en su experiencia, la ayuda estatal en este ámbito es insuficiente. Consignó que en la Fundación se le brindó apoyo y cariño y gracias a eso pudo rebatir la indicación de su pareja que la incentivaba a abortar y superar aquellas ocasiones en que impulsada por la desesperación intentó atentar contra su vida, de lo cual se arrepiente diariamente.

Consideró que el sistema actual adolece de muchas falencias para abordar de buena manera la situación de mujeres que, como en su caso, se enfrentan a situaciones difíciles, derivadas de su estado de gravidez. Por eso, agradeció la labor de la Fundación y estará siempre disponible para dar su testimonio al respecto.

- - - - - -

LA SEÑORA SYLVIA DÍAZ, de Acompañar-es, dio cuenta de su experiencia para dar alivio al diagnóstico de estar esperando un hijo con una malformación congénita terminal. Connotó que junto con acoger a la mujer embarazada, también se atiende al padre, hermanos y abuelos. En definitiva, el trabajo se hace en conjunto con los parientes cercanos y con énfasis en la familia nuclear.

Destacó que, principalmente, se potencian los recursos personales de aquellos que viven la experiencia mencionada, pues se trata de un proceso extremadamente doloroso. Sin embargo, al potenciar el vínculo con el hijo, darle un lugar en la familia y ponerle un nombre, hace que los padres puedan superar ese dolor y encontrarle un sentido a la situación terrible que deben atravesar. La mayoría de los pacientes del programa concluyen que son capaces de disfrutar su embarazo y, aun después de la muerte de sus hijos, sentirse aliviados de haberlos tenido 20 minutos vivos en sus brazos. El acompañamiento en el trance de la muerte deja a los padres conformes, por haber hecho todo lo posible, lo que les da alivio y la sensación de haber acompañado a sus hijos en todo el tiempo que duró su vida en este mundo

Dio cuenta de algunas de las afirmaciones más frecuentes de los pacientes atendidos, luego de vivir su experiencia: “si tuviera que volver a vivir esto lo haría de nuevo”; “todo lo que hicimos valió la pena”; “los 40 minutos de vida de mi hijo valieron la pena”; “nos sentimos contentos por el tiempo que hemos disfrutado de nuestro hijo en el vientre”; “por esa mirada volvería a vivirlo”; “es verdad que desde lo humano la

extraño mucho, pero cuando me conecto con ella desde lo espiritual tengo la seguridad de que está conmigo y estará para siempre", y "su paso por la vida fue cortito y hoy es un integrante más de nuestra familia".

Finalmente, leyó un fragmento de la carta que una madre escribió a su hijo Eugenio:

"…. me dejaste un nuevo jardín de flores, me dejaste el lenguaje de los pájaros, me perpetuaste sensibilidad e intuición para poder seguir comunicándome contigo. Me enseñaste que la vida es tan bonita y plena, cuando se vive en el aquí y el ahora. Me enseñaste la importancia de estar sola, la importancia del silencio, para poder escuchar aquella voz espiritual, me enseñaste a meditar, a brillar cada vez que lo hacía, me enseñaste a mirar más allá de lo físico, y a vivir lo intangible, el secreto misterio de lo que no se puede ver con los ojos de lo material. Me mostraste un camino hermoso por el cual continuar, un sendero despierto, misterioso, da la más pura seda, le diste un tono a mi existencia que no vi antes, me haces sentir tan elegida y acompañada, me haces sentir tan especial por haberte tenido en mi vida hijo mío, mi Eugenio querido, mi hijo maravilloso.".

- - - - - -

LA SEÑORA MARTA ARAVENA hizo una exposición del siguiente tenor:

"Estimados Senadores.

Es fácil hablar de aborto y violación desde la teoría. Cuando no tiene nombre ni apellido. Pero les aseguro que es difícil hablar de este tema abierta y públicamente, y yo estoy aquí para contar esta historia, la de mi madre y mía, Marta Aravena, hija de una violación.

Mi mamá, una mujer sencilla y muy pobre, vivía en Parral. A los 7 años su padrastro, que era alcohólico, empezó a abusar de ella. No sabía lo que le estaba pasando y, en ese entonces, nadie hablaba del tema de abuso y violación. Cuando la situación empezó a hacerse más difícil para ella, le contó a su mamá lo que estaba pasando y ella no le creyó.

A los 11 años tuvo a mi hermano mayor, Juan, sin darse cuenta de que estaba embarazada. Un día se sintió mal, con un fuerte dolor de estómago, no sabía a quién pedirle ayuda y partió a los Carabineros. Ellos la llevaron al hospital, porque se dieron cuenta que estaba en trabajo de parto. Los Carabineros, al darse cuenta de la situación, tomaron detenido a su padrastro. Y su mamá, al verse sola en la casa, con once niños que cuidar y con el proveedor del hogar en la cárcel, la echó de la casa. Culpó a mi madre por el encarcelamiento de su pareja y la abandonó. Ella, recién salida del hospital, se encontró con un bebé en los brazos y sin tener a dónde ir.

En su desesperación fue acogida por unos vecinos que la conocían, un matrimonio mayor que no podía tener hijos. Ellos la ayudaron a cuidar a mi hermano Juan como si fuese hijo de ellos. Pero mi mamá no sabía dónde se estaba metiendo, porque dos años después, cuando tenía 13 años, fue nuevamente abusada como lo había hecho su padrastro anteriormente por muchos años. Se embarazó, esta vez de este vecino que había prometido cuidarla y que además le pegaba y abusaba de ella casi todas las noches.

Y así nací yo, Marta Aravena, igual que mi hermano Juan, producto de una violación. Mi padre era el protector y abusador a la vez. Mi madre accedía a los abusos porque estaba protegida, con techo y comida. Eso, hasta que ella, de grande, pudo enfrentarse con él, con la fuerza para rechazarlo. Su mujer, esta madre adoptiva, me crió a mí y a mi hermano sin reproches, como si fuésemos sus hijos. Era tal el ansia de ser madre que aceptaba esta situación.

A mi mamá la quisieron obligar a abortar, pero ella siempre dijo que no y luchó por nosotros. Siempre optó por la vida. Siempre nos enseñó que la vida es sagrada y es un regalo. Y desde niña supe la verdad de nuestra familia.

Y la historia se repite. Un vecino abusó de mí cuando yo era pequeña. Le conté a mi madre v tampoco me creyó, al igual como le pasó a ella cuando era niña. Es muy terrible contar algo así y que no te crean. Pasaron varios años antes de que me creyera.

Pero, a pesar de todo lo que he vivido, estoy en contra del aborto. Siempre se puede salir adelante. Mi madre lo logró, yo lo logré. Todos podemos. Eso sí, con ayuda y amor de los demás. Mi mamá es maravillosa. Después de mí, y siendo mayor de edad, ella adoptó además otro niño, también fruto de una violación y que la madre biológica quería abortar.

Soy una convencida de que estoy en este mundo por un propósito de Dios y que todo tiene un por qué y un para qué. Si mi mamá no me hubiera tenido, no tendría yo a mis cuatro hijos maravillosos ni a mis hermanos, a quienes adoro con toda mi alma. Tengo una relación hermosa con ellos, nos amamos a fondo. Quiero decirles que detrás de una decisión así, una decisión de amor, siempre sale algo bueno.

No existe un día en que no le agradezca a mi madre que haya tenido a sus hijos, pese a todo el sufrimiento que implicó. Siempre la he honrado y le agradezco por haber decidido por nuestra vida. Y por habernos enseñado que la vida es maravillosa, que hay que cuidarla siempre, en cualquier circunstancia, incluso en las peores adversidades, las que hemos tenido de sobra.

A ustedes señores parlamentarios les puedo decir que el drama de la madre embarazada después de una violación es la violencia y abuso que sufre en la casa. Ese es el verdadero problema y eso es lo que deben combatir.

A estas mamás abusadas les diría que no teman, que deben buscar ayuda y si están embarazadas no aborten a ese niño, que un día les agradecerá la vida y será la luz de sus ojos o que puede ser la alegría de otra mamá.

Mi mamá aún recuerda su terrible vida, pero nos mira a nosotros y entonces toda su vida cobra sentido y se llena de amor. Creo yo hoy ser la voz de los que no han tenido voz, porque alguien decidió no tenerlos.

Soy Marta Aravena, producto de una violación, el fruto del amor de mi madre y un propósito de Dios.

Muchas Gracias".

- - - - - -

Se transcribe a continuación el relato de **LA SEÑORA MASSIEL MORENO**:

"Muy buenos días estimados Senadores.

Les quiero contar que mi madre biológica me trató de abortar a los 6 meses de gestación. Abortó, pero nací viva.

Pesé 1 kilo y 70 gramos y medí 36 centímetros. Mi mamá biológica me abandonó en el hospital. Después de estar tres meses en incubadora, fui adoptada por un matrimonio que no podía tener hijos y soñaba con tener una familia. Me adoptaron a pesar de mi pésimo diagnóstico. Producto del aborto y de mi prematurez extrema, tengo discapacidad: nací con una parálisis cerebral que me afectó la parte psicomotora, no puedo caminar sola y tengo problemas en la motricidad fina. Estuve 18 años en la Teletón.

Logré ir a un colegio normal y también me titulé de periodista en el año 2012. Me casé y, a pesar de la opinión de los médicos del San Borja Arriarán, nos arriesgamos y me embaracé. Disfruté mucho mi embarazo. Los médicos nos dijeron que mi discapacidad aumentaría con la gestación, que tendría problemas y que sería muy difícil, pero nunca se cumplieron los pronósticos médicos. Sólo al final me empecé a poner nerviosa con el nacimiento.

Trinidad Esperanza nació de término y sana. El momento del parto fue muy emocionante, pero yo estaba muy nerviosa y con

taquicardia. Me tuvieron que amarrar, porque soy espástica. Cuando nació Trinidad no la pude abrazar, pero me la pusieron sobre mi cuello y ese fue el primer contacto que tuve con mi bebé. Fue un momento maravilloso. Yo, que fui abortada, estaba trayendo al mundo otra vida.

Mi mamá es el pilar fundamental en mi vida. Ella me ayuda en la crianza de mi hija, ya que sola no puedo hacerlo. Las dos somos mamás y para ambas ha sido una experiencia maravillosa cuidar a la Trini, que actualmente tiene 6 meses.

Creo que el aborto es el sentimiento más egoísta que puede tener un ser humano. Yo, que nací tal como soy, por un aborto, a pesar de eso amo mi vida tal y cual es.

Quizás yo hubiese tenido una vida más fácil, con menos dolores, disfrutando a mi hija de otra manera. A mí me privaron de muchas cosas por causa del aborto. Siento lástima por mi mamá biológica, me imagino que ella debe sufrir por lo que pasó conmigo. Ojalá pudiera decirle que no sufra porque yo soy feliz.

Se habla de los derechos de las mujeres, del derecho a elegir sobre su cuerpo, pero ¿quién defendió mis derechos? ¿Quién me protegió e impidió que me lastimaran?

Estoy totalmente en contra del aborto. Mi madre adoptiva es extraordinaria. Mi familia es mi mayor tesoro y defiendo la vida en toda circunstancia porque todo ser humano tiene derecho a vivir lo que le toca vivir, por terrible que sea.

De este acto de muerte salió vida. Y esa vida se expandió, floreció y yo ahora pude dar vida.

Yo soy una persona agradecida de Dios y de la vida. Yo soy amada y puedo amar. No pido más. Sólo que ustedes señores legisladores no aprueben una ley que va impedir que nazcan niños que tienen derecho a nacer.

Me llamo Massiel Moreno y soy sobreviviente de un aborto.

Muchas gracias”.

- - - - - -

Entregó a la Comisión su testimonio **LA SEÑORA NEVENKA ASTUDILLO,** en los siguientes términos:

“Buenos días.

Mi nombre es Nevenka Astudillo, soy madre de Etián, quien hoy me acompaña, hijo que durante su permanencia en mi vientre fue declarado feto inviable por siete médicos. Soy escritora, profesora, magíster en educación y mujer de izquierda. Ingresé a las Juventudes Comunistas en tiempos de dictadura. No tengo una postura religiosa que sea superior a mis principios y convicciones racionales. Soy nortina, zona de alta contaminación ambiental con arsénico, cianuro y plomo.

Etián nació con un tumor de tres veces su tamaño, un higroma quístico gigante. En su primera ecografía él medía una pulgada y el higroma quístico adosado a su piel tres pulgadas.

Obedeciendo a mi formación pedagógica quiero comenzar conceptualizando para que ustedes comprendan la razón de por qué estamos juntos aquí.

El Senado define lo que la ley es y lo que el Derecho va a defender. Es por eso que son tan importantes ustedes; no son importantes por los acuerdos políticos que puedan doblegar sus principios, ni por un pacto con un programa de gobierno. El Senado existe, desde sus orígenes, para evitar la tiranía de un poder absoluto que quiera imponerse; tenga el favor de toda la ciudadanía o tenga apenas el 20% de ella, que sería mucho más peligroso, porque, por ejemplo este proyecto de ley sólo cuenta con un porcentaje menor de adhesión.

La discusión de quién es persona o no, no es un problema de la ciencia, sino que se trata de un problema normativo. Etián era hijo dentro del vientre, como lo es ahora fuera de él. Lo indiscutible es que Etián es hijo y ser humano y como tal merecía mi respeto, estando protegido por una penalización cuyo principio no es punitivo solamente, sino una protección ante la negligencia y el equívoco médico, incuestionable en nuestra sociedad.

La intromisión de los pseudocientíficos es una discusión banal al caso. Los muertos y los animales para la ciencia no son personas, pero son sujetos de derechos.

Etián es el mismo aposentado en mi vientre como pasajero, para llegar a este mundo como llegamos todos, para mostrar la cara de la inviabilidad, porque si hay un mal diagnóstico existirá una mala elección y, por ende, una mala votación de ustedes.

Sin embargo, ustedes podrán decir que esto se está haciendo de cara a la ciudadanía, porque Chile así lo quiere. Pero Chile no está pidiendo aborto, está pidiendo salud de calidad y para todos, porque tenemos un paupérrimo sistema de salud. Peregriné en él durante los 10 años de Etián, sin insumos, sin corticoides para sus tumores. El Hospital de Antofagasta no iba a incurrir en un gasto por un niño que tenía un porcentaje

tan bajo de sobrevivencia. Tuve que atrincherarme en la oficina del Director para exigir la compra de los expansores que requería para vivir.

A mis detractoras les diré que no es lo mismo un organismo que un órgano, un hijo no es parte de nuestro cuerpo, no es lo mismo un hijo que un riñón, un hígado, extirpables.

Menciono esto porque el cuestionamiento de la vida humana y sobre el derecho irrenunciable a ella se sustenta esgrimiendo argumentos de falta de modernidad. No tenemos porqué imitar políticas externas, ni traicionar nuestro espíritu nacional para imitar al resto. Chile no debe ser sucursal de ninguna transnacional del aborto, sea respaldada por la Organización de las Naciones Unidas o por quien sea.

Está en el espíritu de Chile no tener aborto, porque la matanza para fines comerciales y para evitar procedimientos médicos costosos no es símbolo de evolución, sino una barbarie acomodaticia que sirve a los fines mercantiles de unos pocos. Se estará fomentando el libre mercado de lo más preciado, que es la vida, porque de los países que tienen aborto libre y legal se aprende que el comercio inescrupuloso de órganos y restos fetales y de productos cosméticos hechos con los mismos acompaña a este mercado.

Como profesora he educado a niños diferentes. No sólo es necesario incluirlos en colegios emblemáticos; la aceptación de género no es la única forma de inclusión social. La inclusión física también es importante, porque no podemos aceptar que los seres humanos tengan categorías, ya que, de lo contrario, este proyecto tendría características eugenésicas, al discriminar según la condición física. La malformación se corrige. Etián aquí presente tiene veintiuna operaciones correctivas. Tiene una excelente calidad de vida, a pesar de que los médicos de Antofagasta dijeron que no iba a tener una condición cognoscitiva adecuada y que para qué quería un hijo en esa condición. Una madre quiere a un hijo para amarlo y protegerlo.

La soberbia médica nos hace pensar que es más fácil y cómodo desechar a un ser humano, negando su condición de ser amado, deseado, más allá de su condición física. Para que eso no sea un peso para la madre el Estado de Chile debe proveer recursos que garanticen facilidades para un hijo en condición vulnerable. Ante esta Comisión recuerdo haber chocado una y otra vez con esa soberbia médica, que no entiende de instinto materno, que no entiende de amor a un desahuciado, porque no es cosa ni feto, sino hijo.

No existe elección sin alternativas, no existe la posibilidad de elegir si no se ofrecen garantías. No estoy hablando de acompañamiento. Si es cierto que hay opción para elegir: ¿qué ofrece este proyecto para las locas de amor como yo aferradas a un hijo tan sólo por el instinto? Nada.

Por el contrario, se ofrece aborto gratuito, silencioso, seguro, sin castigo para el violador en el que sea producto de una violación; en el caso de un diagnóstico, no es necesario el especialista, pero debe haber uno

¿Existe elección para aquellas madres que quieren tener a un hijo pese a la malformación? ¿Existe garantía de parto gratuito, operaciones reconstructivas para el hijo, sin costo? ¿Existirá seguro laboral para la madre que quiera acompañar sus operaciones reconstructivas? ¿Habrá seguro social para aquellos que opten por la vida, garantizando la salud gratuita?

Les aseguro que no, nada se me dio gratis. Por ser profesional -profesora, con sueldo de tal- debí pagar las operaciones de mi hijo. Luego de los tres años de mi hijo, el doctor Ossandón determinó que el mal que aqueja a Etián se llama Síndrome de Proteus. Durante su tratamiento, cuando no había insumos para los corticoides que podían reducir los tumores, los tumores volvían a crecer. Entonces, el trasfondo de este proyecto es ahorrar dineros al Estado evitando que esos niños vivan y las consiguientes operaciones reparatorias de sus enfermedades. Por ello, no acepto que la iniciativa legal diga que la normativa se hace para las mujeres.

En todo este proceso Etián ha sido muy resistente y me ha enseñado de sobrevivencia.

Este proyecto sólo va a asegurar los bolsillos de algunos que dependen de las transnacionales del aborto y de los futuros dueños de las clínicas abortistas que van a proliferar en Chile.

Es interesante entender que no se ha puesto énfasis en las causas que provocan las malformaciones congénitas ni se penaliza, por ejemplo, a las empresas contaminantes. Tampoco se propone la pena de muerte al violador.

Vivimos en una sociedad pacata que se horroriza de ver a una niña embarazada, mas se intenta dejar impune al violador con un proyecto que lo único que entrega es garantías al victimario. Debemos acabar con la agresión y el daño a niñas y niños. Ellos seguirán siendo violados por un cercano que les obligará, sin que ustedes sugieran ni castración química para los violadores.

La mujer se utiliza una vez más, como históricamente se ha hecho, ahora con fines mercantiles, mientras se miente populistamente en base a una preocupación por nosotras que no está ni en la letra ni en el espíritu de este proyecto eugenésico. Si no es así dejemos que los enfermos duren vivos, el tiempo que puedan vivir. Ninguna madre se

ve aliviada con la muerte de un hijo, para no sufrir. Una muerte temprana o tardía provoca el mismo dolor.

Sepan que yo no soy víctima de él, pues en su condición de vulnerabilidad, Etián era el que necesitaba médicos eficientes, que vieran las posibilidades, no el aborto, no la salida más fácil, salida económica que también propicia el Estado. La mujer en Chile es inducida a abortar, porque no existe una garantía real de aseguramiento a quienes desean ser madres.

Ninguna mujer tiene voz ante un diagnóstico médico. Todas somos ignorantes ante el médico, sin importar nuestro grado de instrucción. Ellos se burlan a partir de la evidencia médica, pero ella también se puede equivocar. No hay médicos infalibles.

Gabriel Salazar, premio Nacional de Historia, en su libro "La enervante levedad histórica de la clase política civil en Chile" sostiene que hoy en día no hay Izquierda, son todos neoliberales. El trasfondo de este proyecto es entregar la vida del ser humano al comercio neoliberal de las transnacionales del aborto, lo que me duele.

Se está obligando a entender que es necesario ser más fiel a un proyecto de ley o a un Gobierno, que carece de apoyo, que a nuestros hijos, que son el futuro de Chile con independencia de como vengan. No somos perfectos.

Gracias Senadora".

- - - - - -

El relato de **LA SEÑORA FRANCISCA GONZÁLEZ** fue del siguiente tenor:

Mi nombre es Francisca González y hoy estoy acá no por ser socióloga, ni por mi experiencia laboral, ni por mis pensamientos filosóficos, mis ideologías o dogmas, hoy día les vengo a hablar desde mi realidad, desde la simple y compleja realidad, como una mujer de 37 años, que está casada hace 8 años.

Soy mamá de un hijo maravilloso de 3 años, soy mamá de una pequeñita que solo vivió 13 días y soy también una mujer que pudo optar por interrumpir un embarazo a las 12 semanas, por anencefalia.

Todas las vivencias tienen un contexto, un correlato, una historia. Muchas veces los hechos sueltos no se entienden por sí solos y por eso hoy vengo a dar mi testimonio.

En febrero de 2015 tenía 7 meses de embarazo, cuando en el control correspondiente nos diagnostican que nuestra Trinidad

tenía una hipoplasia del ventrículo izquierdo, una de las cardiopatías congénitas más graves: Fue un golpe muy fuerte, muy duro. Todos los sueños se vienen abajo y, si bien había ciertas expectativas de vida, los médicos nos dijeron que la vida nuestra y la de Trinidad serían muy difíciles.

Nosotros hasta esa fecha vivíamos en La Serena, pero nos trasladamos a vivir a Santiago. Sólo acá la podían operar y atender a nuestra hija, yo estaba con pre natal y mi marido tuvo que renunciar a su trabajo allá, preparándonos para el difícil tiempo que se avecinaba.

Sabíamos que Trinidad tendría que estar al menos dos meses en la UCI, no podía tener ropa, por todas las mangueras y tubos que le ponen; sabíamos que tendríamos una vida muy complicada y de alguna manera nos fuimos resignando y nunca perdimos la esperanza. El hecho de que todo el mundo te toque la guata, te felicite, te pregunte, hace que uno tenga un nudo en la garganta permanente. Ni siquiera podíamos llevar a Lucas al jardín, ya que si nuestra hija vivía, no podíamos tener infecciones en la casa.

Bueno, la Trini nació el 26 de abril del año pasado, en un parto muy lindo. Incuso los doctores dejaron que yo me la sacara, uno de los momentos más lindos de mi vida, pero ya a las pocas horas notaron que su situación fue empeorando y nos dijeron que la primera operación de reconstrucción del corazón no tenía sentido, que moriría en la operación, que si superaba la operación nuestra vida y la de Lucas sería muy difícil, y dejaron la decisión en nuestras manos. Nosotros quisimos que la operaran, los doctores se la jugaron y nuestra luchadora sobrevivió a la operación, pero tristemente a la semana siguiente falleció de un paro. Como se imaginarán, ha sido la experiencia más triste que he vivido, no hay día que no la recuerde, que no recuerde su olorcito, ni pueda olvidar su partida.

Seis meses después nos enteramos que nuevamente estábamos embarazados, fue una linda noticia. Nuevamente teníamos la posibilidad de ser padres, pero en la ecografía de las doce semanas mi ginecólogo nos diagnosticó anencefalia. Llamó a otro ginecólogo especialista en ecografías, quien confirmó el diagnóstico. No lo podíamos creer y solo queríamos que nos despertaran de esa pesadilla, nos encerramos en el auto a llorar y decidimos que no podíamos ni queríamos continuar con el embarazo. No queríamos que Lucas una vez más se ilusionara con un hermano; él hasta el día de hoy nos pregunta por qué no puede llevar a su hermana al jardín como sus otros compañeritos. No queríamos pasar por lo mismo, no quería esperar seis meses más para un segundo funeral, no quería.

Es aquí donde empieza un nuevo calvario, pensar qué se puede hacer. Uno siente un desamparo tremendo y en nuestro círculo nadie sabía de aborto. Bueno, se activaron nuestras redes, amigos, familia, y tomamos contacto con un médico en el extranjero donde el aborto sí es legal y empezamos a averiguar, pero claro, como yo no era de ese país ni

residente, el procedimiento debía ser particular y costaba US$ 4.000 dólares. Mis papás y hermanos me ofrecieron la plata, pero aún ellos nos estaban ayudando a pagar la clínica y el funeral de la Trini.

Comenzamos averiguaciones en Chile y llegamos a un doctor que supuestamente hacía abortos, quien nos trató muy mal y sólo me dijo que me tomara seis Misoprostol y que al día siguiente llegara a un hospital. Yo algo había escuchado que con 12 semanas no se recomienda tomar esa pastilla. Le comenté que estoy pensando viajar al extranjero y me dice que si quería irme de vacaciones y pasarlo chancho allá lo hiciera, pero que acá en Chile también lo podría hacer.

Fue ahí que con mi marido dijimos que no nos merecíamos ese trato, que no estábamos haciendo nada malo y que él no sabía todo lo que hemos sufrido. Al día siguiente yo ya estaba viajando al extranjero.

Allá recibí un trato totalmente distinto, en un país ajeno, el doctor me saludó y lo primero que me dije es “Francisca, ya se de tu historia, lo siento mucho”. Si bien fue todo ambulatorio, me trataron con profesionalismo y compasión, lo que en mi país no encontré.

Señora Presidenta, lo que me mueve a estar hoy acá es lo mismo que me chocaba y me ha movilizado desde que muy chica, cuando vivía en La Herradura, un pueblito cerca de Coquimbo, y los niños de ahí iban a la escuela del pueblo y yo tenía que ir al colegio en La Serena. Cuando estaba en la universidad me dolía cuando iba los fines de semana a trabajar a campamentos y después yo volvía a mi casa en Las Condes, con toda las comodidades. Estoy acá por las mismas razones que elegí mi carrera, por la que he elegido mis trabajos.

Yo quiero que mi hermana, mis sobrinas, mis amigas, las cientos de mujeres que conocí en los campamentos como en de La Chimba en Antofagasta, en El Triángulo en La Serena, en El Hoyo en Pudahuel, las que conocí en Longaví, Cañete, Angol, Salamanca e Illapel, tengan las mismas oportunidades que tuve yo, las mismas posibilidades de elegir interrumpir un embarazo en condiciones seguras, dignas y amorosas.

Señora Presidenta y por su intermedio a los demás Senadores, no pretendo conmoverlos con mi caso o pedir que cambien sus convicciones más profundas. Sólo vengo a contarles lo que ocurre en la realidad, a contarles que yo soy una mujer común y corriente que me levanto a las 7:00 AM, como muchos de ustedes, para ir a trabajar, que voy todos los días a dejar y a buscar a mi hijo al jardín, que llego a mi casa después de la pega a jugar con mi hijo y a cocinar. Nunca he militado en algún partido. Pero ¿saben cuál es la única diferencias con los cientos de mujeres que han pasado o están pasando por lo mismo?, es que yo ese 3 de diciembre tenía US$ 6.000, esa es la única diferencia.

Por eso, señora Presidenta, hoy les vengo a pedir solo dos cosas.

La primera de ellas, que nos ayuden a construir un país más justo, un país menos desigual, con igualdad de oportunidades, sin doble estándar ni caretas, que no sea la plata lo que nos tenga que diferenciar.

En segundo lugar, les vengo a implorar que por favor no dejen que este duro camino se convierta en una gran tortura.

Con esto termino señora Presidenta. Hoy, 18 de agosto, me siento una mujer con fuerza, con energía, y aunque parezca difícil, me considero una mujer feliz. Todo esto me ha permitido estar aquí hoy, me ha permitido seguir trabajando, cuidando a mi hijo y estoy segura que si no hubiésemos tomado la decisión que tomamos, hoy estaría recordando el funeral y entierro de un segundo hijo y eso es muy muy duro y no se lo deseo a nadie, a nadie.

Gracias Señora Presidenta.”.

- - - - - -

LA SEÑORA IGNACIA VALDIVIESO relató su experiencia en los siguientes términos:

“Este es el diario de vida que compré el día que me enteré de que estaba embarazada; lo titulé “Diario de una embarazada por segunda vez”, porque yo tengo un hijo, llamado Vicente.

“11 de abril (21 semanas + 1 día)

Tanto esperar el día de hoy porque teníamos la doppler y tanta la pena que significó. Nos dijeron que la guagua viene con muchos problemas: labio leporino, cardiopatía, extremidades con el eje malo y otras cosas que no sé qué significan, pero que todo, en conjunto, indica un problema cromosómico, que puede ser 13 o 18, lo que tampoco sé qué significa, y que es altamente probable que no sea viable.

Puede que tenga que llevar el embarazo hasta el final, porque no hay aborto legal; puede que prefiera hacérmelo ilegalmente o en el extranjero; puede que muera durante la gestación. No sé nada, por ahora es incertidumbre. Me tengo que hacer un examen de cromosomas del líquido amniótico, que parece que toma tiempo en dar los resultados. Esperar en la incertidumbre y la pena.

Estamos súper tristes. No sé qué es más triste. Bueno, una pérdida es así, supongo, pero ahora ni siquiera tengo esa

certeza. Simplemente es probable, muy probable que termine en pérdida o muera poco después de nacer.

Y nuestra ilusión de ser papás se va a la basura. Al menos por un tiempo. Y todos los arreglos que estamos haciendo, y el cuadernito de los recuerdos, y la canción que hicimos con el Vicho, y mi yoga prenatal y mi tejido y todo, todo se desmorona frente a mí.

Ivo me abraza fuerte mientras escribo. Está tan triste también. Es tan lindo verlo como papá, me gusta y me enamora con su motivación y entusiasmo y ahora todo eso queda en pausa, quizás cuántos meses hasta que esta guagüita salga y quizás cuántos otros hasta que hagamos otra.

Vinieron los papás de Ivo, súper tristes también. Hablamos sobre otras personas con casos parecidos: Mireia, hija de la Montse, tuvo un parto inducido como a los 5 meses. Otra chica del colegio tuvo todo su embarazo para un nacimiento en vano. Las dos ahora tienen otros hijos felices.

Hablamos de para qué llevarlo a término, si retrasa más la posibilidad de ser papás. Entremedio la guagua se movió y me dio una pena infinita porque eso antes me encantaba y ahora, en cambio, sólo reafirma la desilusión. Y me da pena saber que tengo una guagüita con tantos problemas, que está tan enfermita ahí adentro, que se mueve harto pero que tiene muchas malformaciones.

Y también nos dijeron que es mujer”.

A continuación leeré algo que escribimos de forma conjunta con Ivo, mi pareja.

“Hoy queremos mostrar que la inviabilidad fetal ocurre; a nosotros nos pasó y nuestro caso no quedó en ninguna estadística. Queremos contarles cómo fue enterarnos de que la hija que esperábamos no iba a poder vivir; cómo decidimos abortar y cómo lo hicimos.

Hace un año con Ivo decidimos ser padres y tener nuestro primer bebé como pareja. En diciembre nos enteramos de la buena noticia, con una ilusión tremenda. Hasta abril, todo iba bien; un embarazo sin complicaciones, de pura felicidad; empezábamos ya a preparar nuestras vidas con esta nueva personita.

Luego, a la semana 21, -es decir, más de la mitad del embarazo-, nos llegó la bomba. Fuimos a la clínica donde me atendía, a una ecografía de rutina. Por fin podríamos saber el sexo de nuestro bebé y ponerle un nombre. Estábamos de la mano, nerviosos y sonrientes frente a la pantalla.

Nada salió como esperábamos. El procedimiento se demoró más de lo normal, pero el médico no nos decía nada. Finalmente, después de media hora, llamó a un colega, aún sin decir nada. Cuando llegó, el otro médico, nos informó que la niña -sí, era mujer- venía con muchas malformaciones: labio leporino, paladar partido en dos, microcefalia, cardiopatía, diferentes niveles de desarrollo en distintas partes del cuerpo, problemas en las extremidades. Nos dijo que la causa más probable era una trisomía 13 o 18, ambos trastornos genéticos incompatibles con la vida. Me dijo también que iba a necesitar ayuda psicológica.

En este debate se ha hablado mucho de acompañamiento. Lo que hoy ocurre, lo que nos pasó a nosotros, en la que se supone que es una excelente clínica privada de Santiago, fue que recibimos la noticia y a los 10 minutos nos dejaron completamente solos. En ese momento, en que estábamos destrozados, yo misma tuve que llamar a mi ginecólogo, de la misma clínica, para decirle los resultados. Por “suerte” yo había ido al psiquiatra en otro momento de mi vida, y tenía el contacto para pedir una consulta al día siguiente, y así obtener una licencia médica, porque me sentía incapaz de ir a trabajar después de la noticia.

Esto fue un lunes. Yo tenía hora al ginecólogo el jueves, pero no pude adelantarla.

Decidimos consultar con otro ginecólogo de confianza y luego de hablar con él entendimos que si bien no sabíamos cuándo nuestra hija iba a morir, era inviable.

¿Cómo se viven estos primeros días, después de enterarse de esto? Lo primero es el dolor, una pena profunda. Por la guagua que no llegará a nacer; por toda la ilusión que teníamos, que se desvanece; es una sensación gigante de frustración e impotencia ante la enfermedad. Después viene la angustia, por la incertidumbre de no saber qué va a pasar. ¿Morirá siendo un feto? ¿Vivirá una semana más, un mes, tres meses… cuatro? ¿Llegará a nacer? En esos primeros días necesitábamos información, estadísticas, datos ciertos de un tema sobre el que jamás pensamos que tendríamos que aprender. Pero la información que llega es muy precaria y es uno mismo quien tiene que ir a buscarla.

Este proceso lo vivimos distinto hombre y mujer. Ivo, de forma algo instintiva, dejó de tocarme la guata. Pudo comenzar el duelo desde ese momento. Yo, en cambio, no podía no tocar a Laura, no sentirla patear. Yo tenía que convivir con las emociones contradictorias: sentir felicidad por sus movimientos -porque quería a esa guagüita y su vitalidad- y sentir frustración por esos mismos movimientos, porque entonces seguía viva, y yo quería que se muriera luego para por fin poder ser mamá otra vez. Ivo lo vivió diferente a mí; se convirtió en mi apoyo permanente. Y yo agradezco que estuviera ahí para sostenerme.

Como en Chile todo tipo de aborto es ilegal, el sistema no recomienda nada y los médicos no hablan del tema para protegerse. Se asume que lo único que se puede hacer es resignarse y esperar, por lo que no hay apuro en tener el diagnóstico preciso. Por ejemplo, nos indicaron hacerme una amniocentesis para saber qué tipo de trisomía era, pero, si no es porque nosotros insistimos mucho al director médico de la clínica, me la hubieran hecho recién siete días después. Al final, se confirmó que era una trisomía 13.

Nos dimos cuenta de que teníamos que tomar una decisión –y rápido- si queríamos evitar la tortura de esperar la muerte por semanas o meses. Nos pusimos a buscar opciones para hacerme un aborto. Pese a la pena y la angustia, esos días fueron de una lucidez impresionante. Desde el primer momento nos dimos cuenta que estábamos en una situación extrema y que había que actuar en consonancia.

Recurrimos a nuestra familia y amigos. Buscamos recomendaciones, experiencias similares. Descubrimos que acá no tendríamos la posibilidad de abortar ni siquiera clandestinamente, porque es muy arriesgado debido a lo avanzado del embarazo. Nadie lo hace. Para hacerlo fuera de Chile el tiempo corre, porque sólo en algunos países está permitido después de la semana 18, sin necesidad de ir a una comisión médica. La búsqueda, entonces, es muy angustiante. Aun habiendo identificado dónde está permitido por ley, es difícil saber qué centro de salud es bueno, si es posible hacerlo siendo extranjeros, cuánto cuesta, si habrá pasajes, si tendremos cómo pagar, si los pasaportes están vigentes. Son muchas las dudas y muy difícil dar con las respuestas.

Por suerte tenemos amigos que viven en el extranjero, quienes hicieron averiguaciones. Donde ellos viven, no se puede abortar después de la semana 24 y estábamos en la semana 22. Había que partir de inmediato. Luego de dos días informándonos y analizando las opciones, tomamos una decisión en base a tres criterios: primero, que fuese un lugar donde se hiciese legalmente; segundo, que fuese un lugar que diera las mayores garantías de seguridad; tercero, que pudiésemos estar acompañados. Decidimos ir a California, donde se cumplían los tres.

Antes de partir buscamos una psicóloga con experiencia en duelo y que no fuera católica, para evitar sentirnos juzgados. Fue un gran acierto. Ella nos ayudó a empezar el duelo, integrando a nuestra hija en nuestra historia familiar. Desde ese momento ya no era sólo la guagüita; pasó a llamarse Laura. Esa conversación fue fundamental para poder llevar bien este proceso.

Subir al avión fue surrealista. ¿Por qué estamos viajando? ¿Por qué no podemos estar con quienes más nos quieren al hacernos un aborto? ¿Por qué atentan de esa manera con nuestras vidas, nuestro cuerpo, nuestra psiquis? Al tener que dejar el país se hace patente cómo el Estado vulneró mis derechos constitucionales: al trato digno, a la

integridad física y psíquica, a la protección de mi salud, a no ser sometida a tratos crueles o inhumanos.

Llegamos a California y la atención de la clínica nos sorprendió. Sabían que nuestra pena era profunda y buscaban comprendernos. El primer día pasamos una hora entera escuchando todo lo que iba a pasar: nos explicaron los riesgos y sus probabilidades, la diferencia entre un sangramiento normal y una hemorragia, cómo evitar la producción de leche, cómo se hace la cremación. Ninguna duda quedó sin respuesta.

Al día siguiente, con anestesia, aplicaron una inyección para detener los latidos de Laura, y nos entregaron medicamentos –Misoprostol- para iniciar las contracciones y otros para aliviar el dolor. Al tercer día volvimos para terminar el procedimiento en que, también con anestesia, sacaron a nuestra guagüita.

Pedimos ver a Laura, pero nos dijeron que era preferible no hacerlo, porque era muy grande para salir entera. Nos ofrecieron darnos sus huellas impresas, para que nos lleváramos un recuerdo concreto y material de su corta, pero linda existencia. Todo lo que nos explicaron y la forma tan humana en que lo hicieron nos hizo sentir comprendidos en nuestro dolor. Jamás juzgados.

El procedimiento y los días siguientes transcurrieron tal cual como nos dijeron. Pero, por si acaso, la enfermera nos llamaba periódicamente por teléfono para asegurarse de que todo iba bien. Y salvo por la pena que sentíamos, todo resultó bien.

Tuvimos suerte. Estábamos muy bien como pareja y contar el uno con el otro fue imprescindible. Tuvimos también el cariño de amigos y familiares; mi mamá pudo acompañarme los días del procedimiento. Tuvimos el apoyo económico de la familia. Tuvimos suerte de tener amigos en el extranjero que nos encontraran una clínica, que nos recibieran en su casa, que nos trasladaran tres días a la clínica en una ciudad desconocida. El cariño nos permitió aminorar el miedo, elaborar la pena y mirar adelante.

Enterramos las cenizas de Laura en un lugar que para nosotros es muy especial. Hicimos una ceremonia íntima pero hermosa, para despedirnos de ella como alguien que estuvo con nosotros, que estuvo en nuestros corazones desde que supimos que vendría, para recordarla como alguien que existió y que nos trajo una tremenda alegría”.

Algunas reflexiones finales.

Si no hubiésemos hecho lo que decidimos, quizás yo ahora estaría a punto de parir, habiendo pasado meses de angustia, esperando el parto para ver morir a Laura. Su fecha estimada de nacimiento era el 22 de agosto. Por suerte tuvimos la posibilidad de decidir. Yo conversé

con otra mujer que pasó por algo similar y ella no pudo viajar. Me dijo que había sido una espera horrible y que nunca más quiso volver a embarazarse. En cambio, con Ivo estamos tranquilos, mirando al futuro, intentando un nuevo embarazo.

Por otra parte, cuando se habla de aborto, pareciera asumirse que inevitablemente las mujeres sentirán culpa, luego arrepentimiento y finalmente, quedarán traumatizadas. Puede que haya mujeres que pasan por esto, pero en mi caso, no hay culpa, no hay arrepentimiento, ni hay trauma. Lo que hay es pena, ese dolor profundo que se siente al perder a un ser querido. Pero esa pena partió con la trisomía, no con el aborto.

Para estar tranquilos, para nosotros fue fundamental la comprensión de la familia y los amigos. Me alivió ver que mi familia, por muy católica que es, no dudara ni un instante en apoyarnos, respetando nuestra decisión y estando siempre presentes.

También fue clave el acompañamiento psicológico. Las sólo dos sesiones que fuimos a la psicóloga experta en duelos fueron suficientes para entender cómo vivir el proceso. Nos dimos cuenta de la importancia de darle un nombre al bebé, de incluirla en nuestra historia, de enterrarla con la compañía de nuestros seres queridos.

Pensamos en las parejas y mujeres que pasan por esta situación sin poder decidir, porque para hacer esto fuera de Chile hay que poder pagarlo. Nos indigna la injusticia de que nosotros tengamos mejores oportunidades que otros por el fortuito hecho de haber nacido con más recursos.

Creemos que quienes quieren continuar un embarazo inviable están en su derecho. Quienes no queremos, en cambio, somos brutalmente ignorados y vulnerados.

Muchas gracias”.

CONSULTAS Y RESPUESTAS

Tras la ronda de exposiciones de los **DOCTORES ARRIAGADA, BESIO y ZEGERS** se les formularon diversas consultas, que se compendian a continuación, junto con las respuestas de los interpelados.

El Honorable Senador señor Chahuán, aludiendo a un planteamiento del doctor Zegers, aseveró que ningún tratado internacional sobre derechos humanos reconoce el derecho al aborto y, de hecho, el Instituto Nacional de Derechos Humanos el año 2014 señaló que la práctica del aborto tampoco ha sido reconocida como derecho. Al contrario, la gran mayoría de los instrumentos convencionales protegen la vida, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que dispone en el artículo 3° que todo individuo tiene derecho a la vida y agrega en el artículo 6° que todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad; la Convención Internacional de los Derechos del Niño, que en el Preámbulo dispone que “el niño (…) necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento”, y la Convención Americana de Derechos Humanos, que consigna en los artículos 1.2 y 4.1 que “para los efectos de esta Convención, persona es todo ser humano” y reconoce que “toda persona tiene derecho a que se respete su vida”, derecho que estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción.

A partir de lo expuesto, consultó al galeno si considera que el Estado de Chile debería reconocer del derecho a abortar, a pesar de que los tratados internacionales reconocen el derecho a la vida y si cree, en sentido opuesto a toda la legislación internacional, que el que está por nacer no debe ser protegido ni ser considerado persona humana.

En otro ámbito, hizo presente que opina que la criatura que está en el vientre materno es un sujeto de derecho y constituye un ser con dignidad humana que, por lo mismo, debe ser protegido. Por ello, preguntó si el producto de la concepción es sujeto de derechos y si debería tener un ámbito de protección.

Seguidamente, inquirió el señor Senador sobre si el sistema de salud nacional posee las capacidades para proveer de diagnósticos certeros, necesarios para que opere la segunda causal contemplada en la iniciativa legal.

Además, expuso que respecto de la primera causal, cuando se habla del mal llamado “aborto terapéutico” es necesario precisar que actualmente es posible que el médico provea un tratamiento que permita salvar la vida de la madre y, si como resultado se produce un efecto no deseado o indirecto, constituido por la interrupción del embarazo, ello no está penado por la ley, ya que forma parte de la práctica normal de la

lex artis médica. En esa perspectiva, opinó que el proyecto de ley en debate no sólo despenaliza el aborto, sino que lo legaliza, al establecer un procedimiento para que la madre pueda optar o disponer de medios para interrumpir la vida intrauterina.

En lo que atañe a las cifras sanitarias del país, expresó que aunque Chile muestra las cifras de mortalidad más bajas del continente, aún resta para que se igualen con los índices de las naciones que conforman la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, lo que refuerza el argumento que propende a la necesidad de generar todos los esfuerzos posibles para proteger el derecho a la vida.

Finalmente, recabó de los expositores una opinión sobre la contienda que se produce entre los derechos reproductivos de la mujer y los de la vida del que está por nacer.

A su turno, **la Honorable Senadora señora Van Rysselberghe** acotó que un número importante de las muertes maternas están vinculadas a abortos espontáneos no diagnosticados oportunamente, relacionados con embarazos ectópicos. En ese contexto, estimó inapropiado atribuir esas muertes a la ausencia de una legislación que regule el aborto.

Luego, mencionó que las normas sobre objeción de conciencia deben extenderse a todo el equipo médico, si alguno de ellos considera al que está por nacer como un sujeto dotado de derechos. Reclamó mayor libertad para los profesionales y técnicos que lo conforman, para que puedan abstenerse de participar en un procedimiento que rechazan.

Enseguida, consultó al doctor Besio cómo es el proceso de crecimiento embrionario, en el entendido de que es indiscutible que lo que está en el vientre materno es una vida humana y que se diferencia de la que ya ha nacido sólo por estar en una etapa diferente de desarrollo.

Acto seguido, **el Honorable Senador señor Girardi** planteó que no es fácil dar respuesta a las interrogantes formuladas, toda vez que forman parte de grandes debates éticos, sociales y culturales aún en progreso. Sin perjuicio de lo cual reiteró que nadie está a favor del aborto, ya que constituye el mal fruto de la falta de empatía, compromiso y acompañamiento por parte de la sociedad.

Acusó una contradicción entre quienes dicen estar en contra del aborto, pues de forma insistente se han opuesto a la utilización de métodos anticonceptivos, como el condón, que ni siquiera tiene un carácter abortivo. Del mismo modo, recordó la discusión suscitada a partir de la introducción de la denominada “píldora del día después” o de las jornadas de educación sexual a escolares. En resumen, se constata una oposición a instrumentos que pueden prevenir abortos futuros.

Entonces, enfatizó, en este debate se presentan visiones ideológicas, culturales y religiosas legítimas que, no obstante, no deberían ser impuestas a todos los miembros de la sociedad. Aunque la separación entre el Estado y la iglesia está vigente en el país, adujo que ese principio es más bien formal que real.

Agregó que otro de los objetivos que se pretende con el proyecto es que las mujeres puedan ejercer su sexualidad de forma sana y responsable, lo que se opone a visiones conservadoras, que consignan que la sexualidad sólo debe tener un fin reproductivo, lo cual menoscaba el rol de la mujer en la sociedad y la priva de ser un sujeto pleno de derechos. Es decir, no puede decidir ser madre ni terminar con un embarazo forzado, lo cual coarta su autonomía.

A mayor abundamiento, trajo a colación también la compasión y sentido humanitario que es preciso tener con la mujer que ha sido víctima de un ataque sexual o que gesta en su vientre un feto inviable. A este respecto, acotó que el acompañamiento debe estar presente si la mujer elige continuar su embarazo u opta por ponerle término.

En otro ámbito, evocó los cuestionamientos expresados hacia Chile por los organismos internacionales de Derechos Humanos por la penalización de toda forma de interrupción voluntaria del embarazo y, particularmente, por las causales en estudio. De consiguiente, no aceptó que se haga referencia a instrumentos convencionales sobre derechos fundamentales para sustentar la oposición al proyecto de ley sometido al conocimiento de la Comisión. Por lo demás, expresó que la mayoría de los países desarrollados cuentan con legislaciones que permiten en ciertos casos interrumpir el embarazo, lo que no convierte a esas naciones en genocidas o atentatorias contra el derecho a la vida. De conformidad con lo expuesto, pidió respeto hacia las posturas divergentes y solicitó el término del trato de asesinos que algunas personas han dado a los partidarios de la iniciativa legal, lo cual, en su parecer, da cuenta del totalitarismo de quienes sustentan esas posiciones.

Sostuvo Su Señoría que, tal como la humanidad no se ha puesto de acuerdo sobre los conceptos de vida y de persona humana, tampoco será posible que ello ocurra entre los intervinientes en este debate. Incluso, enunció que su postura al respecto es de corte evolucionista, pues considera que la vida de los seres humanos es anterior al embrión, ya que proviene de una larga línea evolutiva que se inicia con las formas más simples de vida en el planeta.

Por otra parte, continuó, los avances de la ciencia permiten que en la actualidad se genere un ser humano completo a partir de las células de la piel, que puedan ser reprogramadas para convertirse en células madres. Sin embargo, ello no significa que la potencialidad de esa

célula para ser germen de vida humana, al igual que el embrión, deba tener un estatus de dignidad moral y ser objeto de protección.

Luego, aludió a la labor de apoyo a las mujeres que ha llevado a cabo el doctor Zegers, con el objeto de que se conviertan en madres, pese a los obstáculos que ha debido sortear de parte de quienes se oponen a la fertilización asistida, principalmente por concepciones religiosas.

Agregó que, desde otra perspectiva, en esta discusión también se denota un grado de desigualdad, puesto que son las mujeres pobres las más afectadas por la inexistencia de una legislación que despenalice la interrupción del embarazo por ciertas causales, mientras que las de mayores recursos cuentan con alternativas para solucionar su drama. Ejemplificó esa diferencia con las cifras de embarazo adolescente que se dan en las comunas de mejores ingresos con aquellas más vulnerables, pese a tener las mismas conductas sexuales.

En definitiva, opinó que siempre, en cualquier circunstancia, una mujer es persona y tiene derecho a decidir si desea mantener una relación sexual o si quiere aceptar un embarazo forzado. Eso, complementó, es un aspecto que define a una sociedad igualitaria y forma parte de una lucha tan importante como aquella que otorgó el derecho a voto a las mujeres a mediados del siglo XX, y que apunta a dejar de concebir a la mujer sólo en su dimensión reproductiva.

Finalmente, señaló que las mujeres que deben sufrir el drama humano del que se hacen cargo las tres causales de la iniciativa de ley, por ningún motivo deben, además, ser condenadas a la cárcel y, por tanto, revictimizadas.

A continuación, **el Honorable Senador señor Chahuán** estimó inadecuado estigmatizar las posiciones que se han hecho valer en el debate y, sobre esa base, rebatió la afirmación de que quienes se oponen a la iniciativa legal lo hacen desde una visión religiosa. Por el contrario, connotó que ese punto de vista se fundamenta en un debate ético profundo, que reconoce al producto de la concepción como un ser único e irrepetible, que cuenta con dignidad humana que debe ser protegida.

Al responder las consultas formuladas, **la doctora Arriagada** expuso que, en el marco del presente proyecto de ley, la diferencia entre despenalizar o legitimar un derecho va más allá de su acepción jurídica. En ese sentido, si bien remarcó lo restrictivo de la iniciativa, postuló que en las tres causales habría derecho a una prestación sanitaria, lo que podría hacer pensar, en primera instancia, que se trataría de una legalización. Sin embargo, aclaró que, en su opinión, no lo es.

Seguidamente, se refirió a la objeción de conciencia, que permite a un profesional negar una prestación sanitaria a

una persona en base a convicciones personales, cuestión que, dada su complejidad, debe tener un alcance reducido, ya que abrirla al resto de los profesionales médicos va en contra del respeto debido a la persona más afectada, que es la mujer que requiere la asistencia médica. Lo anterior, por cuanto la dirección del procedimiento médico y la responsabilidad que de él deriva corresponden únicamente al facultativo obstetra. Precisó que la institución a la que pertenezca el objetor deberá trasladar a la paciente a otro establecimiento, a efectos de no negarle una atención oportuna, dada la relevancia de la edad gestacional en estos casos.

En otro aspecto, consignó que desde un punto de vista religioso, sería apropiado que los intervinientes pudiesen ponerse de acuerdo en un proyecto de ley de aborto que sea compasivo con el embrión, que debería considerar como límite temporal la formación de su sistema nervioso, a fin de evitarle un dolor innecesario.

Exhortó a los miembros de la Comisión a acotar el uso del vocablo “dignidad”, pues es muy difícil dotarlo de contenido. Así, Kant la situó en el ser humano capaz de dar razones morales de su actuar y, por tanto, el estar dotado de dignidad se constatará en el momento en que se inicie su sistema nervioso. En consecuencia, hablar de un ser humano al referirse a un embrión que aún no se ha implantado no corresponde, debido a que es insuficiente para desarrollarse por sí mismo y no tiene aún la influencia de la madre para hacerlo.

Entonces, estimó que existen evidencias científicas para que se logre un consenso en cuanto a la titularidad de derechos del que está por nacer.

El Honorable Senador señor Chahuán requirió una mayor explicación sobre el procedimiento abortivo compasivo con el feto a que se ha hecho referencia, específicamente en lo que atañe a la posibilidad de que el feto sienta dolor al ser sometido a la intervención médica.

Por su lado, **la Honorable Senadora señora Van Rysselberghe** adujo, en primer lugar, que en Chile ninguna mujer ha sido formalizada por algunas de las causales que están en discusión.

Luego, explicó que “despenalizar” significa suprimir la pena asignada a una conducta descrita por la legislación criminal. Empero, en este caso se trata de instaurar un derecho que puede ser ejercido por la mujer que se encuentra en alguno de las hipótesis que establece la iniciativa legal.

Asimismo, sobre la afirmación de que el resultado de la concepción no sería titular de derechos antes de su implantación, manifestó que en ese momento lo más probable es que la mujer no sepa que está embarazada y en el proyecto de ley se regulan intervenciones en

embarazos de varias semanas; en la especie, se trata de fetos que ya iniciaron el desarrollo de su sistema nervioso central y respecto de los cuales ya se puede deducir su morfología. Desde esa perspectiva, consultó a la facultativa en qué momento dicho sistema nervioso estaría lo suficientemente maduro como para que dicho ser humano sea considerado sujeto de derechos.

La doctora Arriagada precisó que la mención al embrión en la fase previa a su implantación se fundamenta en los argumentos hechos valer para asignarle derechos desde el momento de la concepción, criterio que indicó no compartir.

Declaró que es posible ser compasivo con el feto, tal como se es con adultos que están cerca del término de su vida. En ese sentido, sostuvo que en el caso de fetos inviables, de adelantar el parto y provocar un aborto, es posible proporcionar medios paliativos y de acompañamiento que atenuarán tanto su dolor como el de su madre.

Finalmente, reiteró que la iniciativa en discusión no legitima el aborto, ya que es sumamente restrictivo en las causales que lo hacen plausible.

Por su lado, **el doctor Zegers** planteó su desacuerdo con la afirmación de que el derecho a la vida está por sobre los demás. En efecto, tanto los expertos en derecho internacional como la Corte Interamericana de Derechos Humanos han expresado que los derechos fundamentales deben ser armonizados y que no existen unos que estén por encima de otros. De hecho, una persona podría no ejercer su derecho a la vida, si su existencia no le representa un bien.

Además, connotó que todos los tratados internacionales que derivan de la Organización de las Naciones Unidas reconocen los derechos reproductivos como parte de los derechos humanos, entre los cuales se cuenta la garantía para tener el número de hijos que la persona pueda o desee tener, la anticoncepción y la interrupción segura del embarazo.

Resaltó que en esta discusión la titular de derechos es la mujer y no el embrión. Sí este último es sujeto de protección, lo que está reconocido por la práctica médica. Acotó que el supuesto derecho del embrión nunca debe afectar al de las personas, que existen desde el momento del nacimiento.

Agregó que el artículo 2 de la Convención Europea sobre Derechos Humanos dispone que el derecho de toda persona a la vida está protegido por la ley, lo que no incluye al que está por nacer. Esto último no fue incorporado intencionalmente en la Convención, según se desprende del debate previo a la elaboración del instrumento internacional.

Lo mismo ocurre en el símil africano de la Convención que, además, explícitamente da a la mujer el derecho a la interrupción del embarazo.

La Convención Americana sobre Derechos Humanos, a su vez, consigna la protección de la vida, en general, desde el momento de la concepción, lo que fue posteriormente desarrollado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que la situó en la fase de implantación. El mismo tribunal clarificó que la expresión “en general”, admite excepciones cuando el derecho de la mujer así lo requiera.

Por lo demás, complementó el galeno, la inmediatez de la persona desde el momento de la fecundación sólo ha sido sostenida por la Iglesia Católica, sin que esa postura se replique en otra agrupación religiosa o filosófica, ya que todas las demás reconocen una gradualidad en ese proceso. En ese entendido, llamó a tener eso en consideración a la hora de formular una política pública que será aplicada a un público totalmente diverso.

Seguidamente, compartió que lo que está dentro del vientre materno es vida, pero precisó que no es posible asimilarla al concepto de persona. Instó a respetar todas las posiciones que puedan expresarse al respecto.

Finalmente, ante una inquietud del Honorable Senador señor Chahuán, descartó que el aborto sea un método de control de la natalidad.

A su turno, **el doctor Besio** postuló que hay ciertos elementos presentes en el debate que son evidentes, como el hecho de que los seres vivos morirán en algún momento y que también, en otro instante, comienza su existencia. En el intertanto, dichos seres sufren cambios y, en ese sentido, preguntó qué diferencia esencial se presenta entre un feto diez segundos antes de nacer –o en fases gestacionales anteriores- y luego del alumbramiento. Entonces, hay un ser humano desde el momento de la fecundación, que luego sufrirá modificaciones hasta que finalmente terminará su existencia.

Sostuvo que la concepción de persona fue introducida por el cristianismo y, por tanto, desde una postura laica y pluralista, no habría que hacer más cuestión sobre ese asunto. Su posición al respecto es que un embrión de dos células sí constituye una persona. Agregó que nadie duda que un embrión dentro del útero materno efectivamente es un ser humano.

En definitiva, la discusión se centra en decidir quiénes, como parte de la sociedad, serán dignos para recibir cuidado y protección. Ese debate es tan relevante, continuó, como el que se dio al momento en que se pretendió abolir la esclavitud.

Por otro lado, mencionó que la cantidad de niños que sufren de síndrome de Down en Francia es muy escasa, si se compara proporcionalmente con el número que se constata en Chile, lo que atribuyó a que en aquel país la posibilidad de que se interrumpa el embarazo es mayor.

En seguida, clarificó que la objeción de conciencia no tiene relación con el pensamiento religioso de un sujeto, sino que se basa en que el facultativo, en acatamiento de los valores defendidos por la medicina, se niega a hacer una acción que va en dirección opuesta a ellos; en la especie, la defensa de la vida e integridad de un paciente está dentro de dichos principios desde la antigüedad. En virtud de lo expuesto, resaltó el derecho de toda persona que ejerza la actividad médica a defender los valores fundantes de su profesión.

En lo que atañe a la posibilidad de sufrimiento del feto, el doctor Besio observó que, si bien actualmente la medicina cuenta con métodos más sofisticados para realizar los procedimientos de interrupción del embarazo, que podrían evitar su desmembramiento o su extracción violenta, de todas maneras al sacar el feto del vientre materno éste muere por asfixia. Es decir, de igual forma ese ser vivo siente dolor.

El Honorable Senador señor Girardi lamentó las afirmaciones vertidas en torno a que en Francia se eliminaría a los niños con síndrome de Down, juicio que consideró severo e intolerante. Afirmó que este tipo de juicios representa la opinión de algunos que se arrogan una supremacía moral y que, a nombre de ella, establecen dos categorías de seres humanos: los que cuentan con la posibilidad de decidir y aquellos que no la tienen.

Agregó que esas posturas fundan la defensa y protección del embrión en virtud de su origen supuestamente divino, lo que le pareció legítimo como opinión. Incluso, señaló estar de acuerdo con la eventualidad de que se establezca una objeción de conciencia institucional, puesto que no es partidario de imponer una cierta postura a quienes piensan distinto, siempre que se cuente con convenios de derivación o se otorgue la atención requerida en casos de urgencia.

Sostuvo que la legislación en vigor es tan absurda, si bien en la práctica no se aplica, que para las mujeres de menores ingresos el riesgo de la amenaza penal les impone padecer sufrimientos indecibles o vivir situaciones que no deseaban.

A su vez, **la Honorable Senadora señora Van Rysselberghe** manifestó que lo que en realidad acontece a raíz de este debate es que se trata de imponer una legislación a seres humanos que no son capaces de alzar su voz para emitir un juicio al respecto. De hecho, nadie puede desconocer que lo que hay dentro del vientre materno es un ser humano. Entonces, se les trata de privar del derecho a la vida, porque no cumplirían con ciertas condiciones para ser dignos de protección.

Subrayó que el tema de fondo que subyace en la discusión es en qué momento el ser humano es sujeto de derechos, según el Estado de Chile. En resumen, aclaró que el debate no se relaciona con cuestiones religiosas ni con la imposición de ciertas visiones o con un trato peyorativo hacia las mujeres.

Concluyó que las exposiciones de los tres doctores intervinientes la llevan a concluir que todos comparten que el feto es un ser humano. La diferencia está en el momento en que será considerado como sujeto de derechos.

El doctor Zegers, en relación con el diagnóstico de patologías incompatibles con la vida extra uterina, explicó que once de ellas pueden determinarse en etapas tempranas de gestación. A modo de ejemplo, la anencefalia se diagnostica con un 98% de certeza. Sin embargo, reconoció que se requiere de una red médica estructurada, asunto que deberá ser una tarea del país para su adecuada dotación.

En la actualidad la lex artis se fundamenta en la interacción entre el facultativo y el paciente, y tiene por finalidad respetar la voluntad de este último sobre la forma en que desea vivir su vida y su muerte. Con la ley en vigor esa autonomía no se da, lo que da cuenta de su contradicción con la lex artis médica.

En referencia a posibles consecuencias penales por la interrupción voluntaria del embarazo, recomendó la lectura de un estudio de la señora Lidia Casas, experta en Derecho Penal, el cual da cuenta de formalizaciones por parte del tribunales pero no consigna condenas por esa causa.

Finalmente, hizo notar que la voz de los fetos se expresa a través de sus madres y señaló no estar de acuerdo en que el embrión sea un ser humano, puesto que para todos los efectos legales y sociales esa expresión se homologa a la de persona.

Seguidamente, **el Honorable Senador señor Chahuán** preguntó sobre los procedimientos compasivos que pueden aplicarse en un aborto.

La doctora Arriagada, en cambio, inquirió si es compasivo obligar a continuar la gestación a una mujer que enfrenta el embarazo de un feto que morirá, sin que se pueda hacer algo para evitarlo. Forzar a esas mujeres a recurrir a una intervención de forma oculta, vergonzosa e insegura y negarles la posibilidad de que lo hagan con el concurso de un equipo de salud es lo menos compasivo que hay. Afirmó que con los adelantos de la medicina hoy se pueden realizar operaciones dentro del útero, por lo que no parece imposible que pueda utilizarse anestesia en el feto, para atenuar o impedir su dolor.

Expresó que el peor escenario es no hacerse cargo del drama que afecta a muchas mujeres del país y que ni siquiera queda en el ámbito de lo privado, sino que en el de lo prohibido.

- - - - -

Del mismo modo, al concluir las intervenciones de los **DOCTORES HUNEEUS, NOVOA, OYARZÚN y VALENZUELA**, se hicieron las preguntas y respuestas que se consignan a continuación.

El Honorable Senador señor Chahuán consultó a los especialistas si los medios actualmente disponibles en la red pública de salud permiten otorgar certeza diagnóstica respecto de aquellas patologías incompatibles con la vida.

Asimismo, trajo a colación la figura del “aborto compasivo”, y requirió la opinión de los doctores en torno a qué ocurre al feto en un procedimiento abortivo de tipo quirúrgico o químico.

El Honorable Senador señor Rossi previno que el debate que subyace en la presente iniciativa legal es sobre derechos, más allá de una perspectiva sanitaria, dada la baja mortalidad materna que exhibe el país. De consiguiente, preguntó por qué, si algunos aducen que el embrión y el feto tendrían dignidad intrínseca, se podría admitir la realización de un aborto en el caso de un embarazo tubario o ectópico, que no tiene el carácter de indirecto, toda vez que lo que se busca derechamente con la acción médica es destruir el embrión. Esa postura es contradictoria con la de quienes propician que no es posible interrumpir un embarazo de un feto anencefálico, por ejemplo.

Seguidamente, pidió a la doctora Huneeus profundizar acerca de las complicaciones psicológicas que siguen a un embarazo originado en una violación, pues en ocasiones se ha señalado que habría consecuencias de ese tipo en la mujer que se realiza un aborto.

A su vez, **la Honorable Senadora señora Goic** consultó por las medidas preventivas que podrían adoptarse para promover el uso de métodos anticonceptivos para que, por ejemplo, ante un ataque que culmine en una violación sea la primera herramienta para evitar un embarazo.

En la misma línea, **el Honorable Senador señor Chahuán** consultó sobre la efectividad de la técnica denominada “lavado espermático”, que también podría utilizarse en casos de violaciones.

La doctora Huneeus, primeramente, se refirió al dolor fetal, sobre el cual aclaró que diversos estudios hechos al respecto han concluido que se comienza a sentir una vez que se desarrolla el sistema

nervioso central. De hecho, añadió, las respuestas que tienen los embriones antes de las 22 semanas no son puramente dolor, sino que reflejos. En consecuencia, la respuesta integrada comienza con la viabilidad fetal, época en que ya no podría hablarse de aborto.

En torno al estrés traumático que acaece con posterioridad a un aborto, consignó que todos los análisis se han centrado en mujeres que han tenido embarazos no deseados y los han continuado, lo que es erróneo, toda vez que las mujeres que están en la situación alternativa cuentan con factores protectores. En ese contexto, hace 6 años se efectuó en Estados Unidos un “Estudio del Rechazo”, en que se comparan mujeres que acceden a un aborto con aquellas a las que se les rechaza la posibilidad por distintas razones; abarca un período desde la primera entrevista hasta cinco años después. En dicho estudio se arribó a la conclusión de que no hay diferencias entre ambos grupos de mujeres.

Del mismo modo, puntualizó que entre las mujeres violadas sí se constatan altísimas tasas de estrés post traumático.

El fomento del uso de anticoncepción de emergencia en el grupo de las embarazadas que han sido violadas presenta complejidades, puesto que en la inmensa mayoría de los casos estos ataques se presentan de forma permanente en el ámbito familiar, en que hay una relación de poder entre el violador y la víctima. Por tal razón, expuso que quizás la única medida preventiva de real efectividad es la optimización de la educación sexual, pero a partir de la educación básica, de manera que las niñas sepan desde temprana edad qué es un abuso sexual.

Por último, sobre el lavado espermático, adujo que el método sólo funcionaría si la mujer no ha ovulado, porque los espermatozoides demoran entre 15 y 20 segundos en llegar al óvulo, por lo que toda intervención con posterioridad a ese momento no tendría eficacia.

A su turno, **el doctor Novoa** expresó que comparte la postura que señala que en términos de dolor fetal, lo que realmente ocurre en las primeras etapas son meras reacciones, por cuanto el dolor, entendido en su sentido natural, tiene relación con la innervación tálamo cortical que, desde el punto de vista estructural, se define a las 22 semanas de gestación.

Sobre la certeza diagnóstica, sin relativizar su relevancia, expresó que con este proyecto de ley se presentará una oportunidad al país para contar con una red nacional sanitaria más potente en este aspecto, en casos de sospecha de malformación fetal incompatible con la vida. Puntualizó que, en su experiencia, no ha conocido situaciones de error en el diagnóstico en esta materia.

Finalmente, consignó que alrededor de un 70% de los niños que presentan alguna de esas malformaciones vive algunos

instantes o días y sólo los que padecen patologías pulmonares hipoplásicas fallecen inmediatamente, luego del parto.

Por su parte, **el doctor Valenzuela** opinó en un sentido inverso sobre la situación del embarazo ectópico, puesto que no considera que el tratamiento constituya un aborto directo. De hecho, la acción médica no pretende matar al embrión, toda vez que esa sola medida no asegura un resultado apropiado. Comentó que se puede optar por la realización de un tratamiento quirúrgico para sacar la trompa o la parte de ella que está dañada, el uso de metrotexato o la embolización de las arterias que están nutriendo el lecho placentario.

En definitiva, se trata de salvar la vida de la madre y no de matar al embrión.

En último término, **el doctor Oyarzún** planteó que en algunos casos de fetos con malformaciones severas incompatibles con la vida el equipo médico tratante debe considerar, de acuerdo a lo conversado con cada paciente, la interrupción más prematura del embarazo, pues en ocasiones las pacientes desean estar con su hijo antes de que muera. A su vez, la interrupción más tardía se fundamenta en que es mucho más sencillo médicamente intervenir el embarazo en etapas avanzadas de la gestación.

- - - - - -

Luego de las exposiciones de los **DOCTORES SCHILLING, SÁNCHEZ, VIVALDI, MOLINA y BECKER**, se suscitaron las consultas y contestaciones que se resumen enseguida.

El Honorable Senador señor Rossi solicitó a los intervinientes opinión sobre si un embrión o feto es una persona humana, toda vez que, a su juicio, ese es el centro de la discusión. En su parecer, si bien puede haber vida humana, los derechos de la madre están dotados de una priorización mayor.

En segundo lugar, pidió mayor precisión acerca de las malformaciones estructurales inviables, puesto que, de acuerdo a su experiencia profesional, es difícil que se presente discrecionalidad en su determinación, ya que están claramente identificadas en la literatura médica. Arguyó, de consiguiente, que es complejo que se ponga en duda la efectividad de esos diagnósticos.

Coincidió con el señor Rector de la Universidad de Chile en que la confidencialidad es la base de la relación entre el médico y el paciente y debe respetarse siempre. Por tal motivo, hizo notar su voluntad para corregir el texto aprobado en esta materia por la Cámara de Diputados.

Finalmente, pidió a la doctora Schilling mayores antecedentes sobre el estrés tóxico que afecta al feto cuando la madre lleva adelante un embarazo contra su voluntad.

El Honorable Senador señor Chahuán solicitó sincerar el debate y, en ese contexto, preguntó a los doctores Schilling y Molina si son partidarios del aborto libre. A este último, también le pidió ahondar sobre los datos que darían cuenta del total de violaciones producidas en el país, que se infieren del total de denuncias efectuadas.

A su vez, compartió las dudas expresadas por el doctor Becker, en lo que atañe al diagnóstico perinatal y consultó si los ecógrafos de que dispone el sistema de salud estatal pueden dar certeza de aquellas patologías incompatibles con la vida.

Seguidamente, **la Honorable Senadora señora Van Rysselberghe** estimó erróneo plantear que quienes se han pronunciado en contra de la normativa están dispuestos a que en Chile se haga una especie de experimento en que por ningún motivo se podría interrumpir el embarazo, toda vez que esa práctica médica se realiza rutinariamente en caso de riesgo vital de la madre. Solicitó evitar ese tipo de caricaturizaciones.

En el mismo orden de ideas, consideró incorrecto que se insinúe que la confidencialidad sea una conducta opuesta al apoyo, ya que en definitiva tiene que ver con la omisión de denuncia. En tal sentido, resaltó que lo realmente inhumano es que una menor, que ha sido sistemáticamente violada por un familiar, sea devuelta a su casa porque no se ha efectuado la denuncia correspondiente ante las autoridades.

Además, consultó al doctor Becker si en el riesgo vital de la primera causal podría estimarse que se incluye a las enfermedades mentales. De hecho, una mujer, producto de un embarazo no deseado, podría tener ideación suicida y eso ser estimado por algunos como un riesgo para su vida.

En último término, rebatió los argumentos basados en consideraciones religiosas, puesto que la discusión es científica y debe centrarse en determinar si el embrión o feto es un ser humano y, de serlo, si por esa condición goza de derechos fundamentales.

A su turno, **el Honorable Senador señor Girardi** puso de manifiesto la dificultad de alcanzar acuerdos dadas las distintas visiones filosóficas que se han hecho valer en el debate de este proyecto de ley. De igual manera, la postura evolucionista que defiende Su Señoría, en ningún caso podrá estar de acuerdo con aquella de tipo creacionista.

Asimismo, estimó contradictorio que si todos están de acuerdo en que el aborto es un mal social la Iglesia Católica se oponga al fomento de métodos anticonceptivos y a la píldora del día después. En su

opinión, esa es una posición machista que reduce la condición de la mujer a un objeto y le niega derechos.

Agregó que tampoco comparte que a la fusión de un óvulo con un espermatozoide se le otorgue inmediatamente la condición de persona humana. Si fuese de esa forma, enfatizó, a todas las células que contienen ADN se le debería dar ese mismo estatus.

Finalmente, aunque reiteró que ojalá nunca hubiera abortos, no puede concebir que una madre que tiene en su vientre un niño con malformaciones estructurales incompatibles con la vida o que ha sido violada sea llevada a la cárcel por interrumpir su embarazo.

El Honorable Senador señor Walker, don Ignacio, preguntó al señor Rector de la Pontificia Universidad Católica de Chile si en la situación de la primera causal, al optar por salvar a la madre y de forma no buscada se cause la interrupción del embarazo, habría algún indicio implícito de que el estatuto que protege la vida de la mujer debería preferir al del feto. Previno que, a su juicio, el embrión y el feto son individuos de la especie humana.

Hizo mención también al comentario del señor Rector referido a que la situación del riesgo vital de la madre no produciría incertidumbre entre los médicos, porque al eliminarse el año 1989 –a su juicio de forma imprudente- la posibilidad de aborto terapéutico se generó cierta incerteza sobre la responsabilidad del equipo médico, en lo que la regulación actual es más precaria.

Por su parte, **la Honorable Senadora señora Goic** expresó que, si bien comparte la afirmación de la doctora Schilling acerca de la necesidad de confidencialidad en la atención sanitaria de menores de edad, a efectos de la necesaria generación de confianza, reparó en que es igualmente imperativo asegurar la persecución penal del agresor. Recordó que se hizo una propuesta en ese sentido en la Cámara de Diputados, discusión que debe darse nuevamente en el presente trámite constitucional.

El Honorable Senador señor Chahuán pidió la opinión del doctor Becker y del señor Rector de la Pontificia Universidad Católica de Chile, sobre el eventual establecimiento de la objeción de conciencias institucional.

Al dar comienzo a las respuestas de las preguntas formuladas, **el doctor Becker** concordó, primeramente, con circunscribir el debate sólo a los aspectos científicos y no darle una dimensión religiosa, ya que siempre la decisión del especialista estará fundamentada en la praxis médica. De hecho, afirmó que en la directiva de la rama medicina fetal de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, que se ha opuesto al proyecto, hay personas que no son creyentes.

Respecto de si el embrión o feto es una persona humana, postuló que claramente lo es, pues se trata de un paciente sujeto de prestaciones médicas, estatus que les otorgan el padre y la madre que piden conocer su estado de salud.

Acerca del estrés tóxico a que se ha hecho mención, informó que existen varias patologías del embarazo que implican un estrés para el feto, lo que eventualmente podría afectar su vida futura, generando enfermedades crónicas y psicológicas. Es decir, no sólo está asociado a quienes cursan un embarazo no deseado o que se ha originado en una violación, ya que ocurre frente a ciertas circunstancias generales que se dan en la gestación.

En lo que atañe al diagnóstico prenatal, sostuvo que en los centros asistenciales de mayor tamaño se dispone de buenos equipos de ecografía, pero a la vez se constata también un alto déficit de especialistas médicos. Igualmente, llamó a tener en consideración que siempre está presente la posibilidad del error diagnóstico o que ciertas enfermedades cambian su evolución con el tiempo. En ese sentido, insistió en que no hay áreas de la medicina que contemplen la muerte intencionada del paciente, sino que existen cuidados paliativos tanto para el paciente como para la familia.

El señor Rector de la Universidad de Chile connotó que en ninguno de los casos traídos al debate se obliga a una mujer a someterse a un determinado procedimiento médico, sino que, por el contrario, se trata de darle la oportunidad de tomar una decisión en conciencia, en situaciones muy calificadas. Para ello, claramente deberá contar con toda la información necesaria, tal como se hace en cualquier acto quirúrgico que conlleva un riesgo.

Explicó que algunas patologías maternas que en Chile no son causales de interrupción del embarazo, en otros países son absolutamente perentorias para realizar una intervención.

Aclaró también que en ningún caso fundamenta su posición a favor de la confidencialidad médica como una medio para proteger a los agresores, sino que tiene relación con la necesidad de aumentar la relación de confianza entre el médico y la mujer, para lo cual no debe ser obligado a denunciarla como autora de un delito.

A su vez, **el doctor Molina** subrayó que considera una aberración apoyar el aborto libre, por cuanto el país ni siquiera está suficientemente dotado de una apropiada educación sexual. Entonces, en una situación de tal ignorancia sería absurdo promover una legislación de ese tipo, que requiere de mucha información disponible y de adecuada capacitación.

En cuanto a las estimaciones sobre el número total de violaciones anuales, consignó que las referencias provienen fundamentalmente de países desarrollados, pues no se cuenta con datos nacionales. Sin embargo, aunque pueda parecer una cifra excesiva, es absolutamente real.

El señor Rector de la Pontificia Universidad Católica de Chile manifestó que el embrión es una persona, que sólo necesita tiempo para lograr su total desarrollo.

Clarificó que en el debate no se intenta imponer visiones determinadas, sino que cada uno, desde su propia sensibilidad, educación y valores pone en discusión ideas para un mejor resultado legislativo.

Aseguró que son más de sesenta los países que gestionan las situaciones de riesgo materno en la misma forma que Chile, Además, si bien se podría replantear el proyecto de ley para evitar que mujeres en un estado de desolación terminen en la cárcel, ocurre que la iniciativa no sólo está dirigida a despenalizar ciertas conductas típicas.

En torno a la posibilidad de que prime el estatus de la madre sobre el del feto, mencionó que no hay una elección posible. Por ejemplo, si se decide efectuar una quimioterapia en una madre que tiene catorce semanas de embarazo no hay posibilidad de optar, por cuanto si no se realiza el procedimiento tanto la madre como el niño fallecerán. En definitiva, no se adopta una postura en favor de uno u otro, sino que sólo se toma la decisión que hay que llevar a cabo.

Por último, estimó que la actuación de los Gineco-Obstetras no se desenvuelve en un escenario de incertidumbre, ya que la legislación, las guías clínicas y la praxis médica contienen una completa regulación sobre su campo de acción.

La doctora Schilling aseveró que cuando se trata de respetar la confidencialidad, ella se restringe a la de la mujer que requiere atención médica, toda vez que si ella teme ser denunciada no será sincera en decir lo que le ha ocurrido.

En otro ámbito, en materia de aborto libre, hizo presente su convencimiento de que el aborto es un fracaso de la sociedad completa y, por ello, es preciso fortalecer los programas de prevención del embarazo, educación y acceso a la salud, con el fin de evitarlos.

Sobre el estrés tóxico, consignó que hay nuevas interpretaciones al respecto, que van más allá de las meras patologías orgánicas y que reconocen todo el impacto que genera en el desarrollo cerebral y emocional del individuo.

Finalmente, aunque reconoció que su mayor experiencia está relacionada en temas médicos, también está autorizada, como toda persona en un país con libertad de expresión, para referirse a consideraciones religiosas, que tienen tanta relevancia en discusiones de este tipo. Señaló que lo fundamental es el respeto a las creencias y posiciones de cada persona, que podrán hacerse valer con independencia de la legislación que se apruebe sobre la materia en discusión.

\- - - - - -

Concluidas que fueron las presentaciones de los **DOCTORES NAZZAL y PARIS**, de las **SEÑORAS ROMÁN y MATURANA** y de los **SEÑORES CORREA y AGUILERA**, se presentaron consultas de los señores Senadores, las que se sintetizan a continuación, lo mismo que las contestaciones correspondientes.

El Honorable Senador señor Chahuán pidió al doctor Nazzal cuantificar el universo de los médicos encuestados y especificar cuántos de ellos son Gineco-Obstetras, para tener una idea cabal de la representatividad de esa medición. Además, en relación con la primera causal, pidió explicar cómo opera la lex artis médica en esa situación y cómo debe acotarse para que no se extienda a otras razones que puedan justificar un aborto.

A la señora Román le pidió explicar el cambio de posición que ha manifestado, pues en una primera instancia anunció apoyar el aborto, pero posteriormente señaló que los derechos de la mujer terminaban cuando comenzaba la vida del que está por nacer. Asimismo, consultó acerca del número de matronas colegiadas en la entidad gremial que representa.

Preguntó al señor Correa en qué debería consistir el derecho al acompañamiento que ha propuesto y si está de acuerdo con los recursos que para ese efecto se han dispuesto para la presente iniciativa legal.

En seguida, solicitó a la señora Maturana no hacer caricaturas en la discusión, pues aquellos que se presentan como opuestos al aborto no lo hacen por considerar que el único rol de la mujer sea la reproducción, sino que, por el contrario, su postura se basa en concepciones progresistas que reconocen en el que está por nacer un ser único e irrepetible cuya dignidad debe ser protegida.

Además, hizo notar que en lo que atañe a la persecución penal del violador y la confidencialidad médica, su posición no pretende revictimizar a quien ha sufrido un abuso sexual, sino que lo relevante es perseguir la responsabilidad criminal del agresor.

La Honorable Senadora señora Van Rysselberghe preguntó al doctor Nazzal cómo se hace el diagnóstico de malformación fetal, qué procedimientos y medios humanos y técnicos se requieren y a qué edad gestacional debe realizarse, en el entendido de que al traspasar las veintidós semanas no cabe hablar de aborto, sino que de parto prematuro.

En segundo lugar, hizo presente, sobre la primera causal, que la propuesta legislativa amplía el campo de acción de lo que en la actualidad realiza la praxis médica para salvar la vida de la madre, pues el riesgo vital podría extenderse, por ejemplo, al caso de una mujer con un embarazo no deseado que presenta síntomas ansioso depresivos o ideación suicida. Entonces, dicho padecimiento podría ser interpretado como un riesgo para la vida de la madre, que en ningún caso hoy en día ameritaría una interrupción del embarazo. Requirió la opinión al respecto del representante gremial de los facultativos.

En seguida, consultó al señor Correa la situación del aborto en el derecho internacional, pues algunas voces han planteado que ni el embrión ni el feto poseen derechos, aunque no parece haber diferencias entre un niño dado a luz y uno que está a punto de nacer. Manifestó no estar de acuerdo en que algunas personas se arroguen el derecho de decidir cuándo el ser humano tiene derechos.

Agregó que no se trata de impedir la defensa de los derechos de las mujeres y su autonomía, por cuanto entre los fetos también se encuentran mujeres que no podrán nacer y no podrán hacer efectivo su derecho a la libertad. Lo anterior demuestra que el derecho a la vida es previo al derecho a la libertad.

En definitiva, planteó que el tema central del debate es sobre cuándo y en qué condiciones la sociedad chilena le reconocerá a un ser humano el derecho a vivir.

El Honorable Senador señor Walker, don Ignacio, preguntó a los representantes gremiales, en cuanto a la tercera causal, qué consideraciones merece el tiempo de gestación y la edad de la mujer.

A los doctores Nazzal y Paris les consultó su opinión acerca de la capacidad de la especialidad médica nacional, con los medios tecnológicos e infraestructura con que cuenta, para realizar diagnósticos certeros respecto de la segunda causal contemplada en el proyecto de ley.

En tercer término, pidió clarificar a la señora Maturana qué es, desde un punto de vista ontológico, el embrión o el feto, si no se les califica como persona y, como consecuencia de ello, sujeto de derecho.

Finalmente, comentó que de las opiniones recogidas en la discusión de la iniciativa legal pareciera quedar la impresión de que para justificarla se enfatizan los derechos de la mujer, en tanto que los contrarios al proyecto aducen el estatuto o los derechos del feto. En ese contexto, señaló que su inquietud es la búsqueda de una fórmula que permita integrar ambas visiones, que derivan de la relación entre la madre y el embrión o feto. También, en su parecer, es necesario poner en relieve las circunstancias sociales del embarazo, como por ejemplo, la situación laboral de la madre.

El Honorable Senador señor Chahuán preguntó al doctor Nazzal el número de Gineco-Obstetras que laboran en el sector público de salud y si en la objeción de conciencia debe incorporarse al resto del equipo médico y no sólo al facultativo a cargo de la intervención médica.

Al dar respuesta a las inquietudes expresadas, **la señora Maturana** aclaró, en primer lugar, que en ningún caso su presentación ha buscado caricaturizar una opinión distinta a la de la entidad que representa.

Luego, expresó que en la dicotomía entre denuncia y atención sanitaria el Mensaje presidencial consigna que las garantías de salud de las mujeres y niñas que requieren la intervención del embarazo por las tres causales no deben confundirse con consideraciones policiales.

Añadió que la iniciativa de ley no plantea la exigencia de denuncia de la agresión sexual, porque existen reglas generales al respecto y no porque el proyecto ampare la impunidad. Postuló que en el caso de las niñas esas disposiciones son claras, ya que los delitos de connotación sexual que afectan a las menores de 18 años deben ser denunciados y perseguidos de oficio; en el caso de las mujeres adultas, se trata de un delito de acción pública, previa instancia particular. Es decir, las mujeres tienen el derecho de denunciar una violación, pero no es una obligación, facultades que serían transgredidas de incorporar en el Código Sanitario normas policiales que impongan la comunicación al Ministerio Público de la violencia sexual, en contra de la decisión de la mujer adulta.

En torno a la situación de los embriones o fetos, estimó que no puede referirse tajantemente a ello desde una perspectiva ontológica, pues se trata de un tema que no ha sido zanjado a nivel científico, filosófico, religioso o moral. Explicó que su postura se basa en los estándares internacionales de derechos humanos que rigen en esta materia.

Sostuvo que tanto la Constitución como la Corte Interamericana de Derechos Humanos descartan que los embriones y fetos sean titulares de garantías constitucionales, lo que no obsta a reconocer que hay un interés jurídico en la protección de la vida pre natal, que la Carta

Política enfatiza y que la Corte antes mencionada, si bien consigna que no es un derecho humano, establece que ese deber de protección debe conciliarse con los derechos de la mujer embarazada.

Connotó que en base a la conciliación entre los derechos de la mujer y la necesidad de brindar protección a la vida pre natal, otros países han resuelto, de forma mayoritaria, que en el primer trimestre del embarazo debe primar la decisión de las mujeres sobre la interrupción de la gestación; en el segundo trimestre ya no hay un respeto irrestricto a la autonomía de las mujeres, permitiéndose la interrupción sólo en situaciones excepcionales y, por último, en el tercer trimestre de la gestación se resguarda siempre la integridad y el derecho a la vida de las mujeres.

A continuación, **el señor Aguilera** hizo notar que los tratados internacionales protegen los derechos humanos desde la concepción hasta la muerte natural. De hecho, ninguno de ellos ha reconocido el aborto como un derecho, lo que ha sido confirmado por el Instituto Nacional de Derechos Humanos. En definitiva, no cabe señalar que el proyecto de ley sea una respuesta a una obligación vinculante de tipo internacional.

Consideró que el debate de fondo es la calidad ontológica del embrión o feto y que la forma de enfrentarlo es en base a la dignidad y los derechos humanos, que se han erigido como un límite al actuar del Estado y la legislación. En ese escenario, planteó que el Estado no está en posición de decidir quién gozará de dignidad, sino que sólo debe reconocerla. A mayor abundamiento, de ponerse trabas o excepciones para tal reconocimiento, se violaría el concepto de incondicionalidad de los derechos humanos, lo que justamente hace el proyecto de ley en discusión.

La señora Mariana Canales, de la Corporación Comunidad y Justicia, se refirió a las condiciones sociales que influyen en el aborto, cuestión que estimó debe ser abordada y que no será solucionada por la práctica de la interrupción del embarazo. Desde esa perspectiva, relató que el acompañamiento es clave, no sólo durante el embarazo, sino que también después del nacimiento del niño.

El señor Correa, por su lado, mencionó que la propuesta de acompañamiento que han realizado excede las tres causales contempladas en la iniciativa legal y, por lo tanto, busca hacerse cargo de otras realidades sociales. El programa es anterior, coetáneo y posterior a la gestación, y considera la participación de equipos multidisciplinarios. En ese entendido, estimó insuficientes los recursos dispuestos para ese fin en el proyecto de ley.

Recomendó que la propuesta legislativa se haga cargo de la realidad del embarazo vulnerable, pues muchas veces la pobreza, la precariedad laboral, la violencia, la soledad y la exclusión empujan a la mujer al aborto. Consideró deficiente el proyecto de ley en ese

ámbito, porque no aborda eficazmente las condiciones sociales que exceden las tres causales contempladas.

La señora Román celebró que la situación de las mujeres cobre relevancia a nivel nacional a raíz de este debate, ya que en otras iniciativas no se ha afrontado la discusión con ese matiz.

En lo personal, hizo notar que no cree que haya alguna matrona que esté a favor del aborto, por cuanto se trata de un trance muy triste para la mujer que lo vive. No obstante, lo que sí ha dicho la entidad que preside es que el aborto es un hecho de la causa, que su estimación es mayor que las cifras de altas de aborto consignadas por el Ministerio de Salud, porque, por ejemplo, el sistema privado no entrega esa información. Tampoco está incluida la cifra negra sobre uso de Misotrol, cuando no se llega a una institución de salud.

Señaló su contrariedad por tener que responder cuántas matronas están colegiadas y se dude de su real representación. Al respecto, indicó que de 11.000 matronas en Chile hay 8.000 colegiadas y 6.000 de ellas están con su colegiatura al día. Agregó que la decisión del gremio de aprobar el proyecto de ley fue adoptada por dos Consejos Nacionales, apoyada por el cien por ciento de las consejeras regionales.

En lo que atañe a la objeción de conciencia, expuso que el Código Sanitario no faculta a las matronas para hacer maniobras abortivas, ya que ellas constituyen un acto médico. El rol de las matronas, a su vez, seguirá siendo brindar los cuidados derivados de la indicación médica.

En cuanto a los plazos en la causal de violación, reiteró que en los casos de agresiones esporádicas se puede acceder a métodos de anticoncepción de emergencia en centros asistenciales. No obstante, la mayoría de las víctimas que se embarazan producto de abusos reiterados y sistemáticos recurren a maniobras clandestinas, con mayor riesgo sanitario para las mujeres de menores ingresos. En tal sentido, precisó que en el caso de las mujeres mayores de 14 años el plazo dispuesto parece plausible, aunque en el de las menores generalmente quien se da cuenta del estado de gravidez es otro adulto, cuando hay evidencia física de ello.

Aunque creyó relevante que se discuta sobre los asuntos sociales vinculados al aborto, llamó a considerar la opinión de las afectadas, es decir, las mujeres.

Seguidamente, **el doctor Paris** coincidió en la relevancia de debatir acerca de la prevención del embarazo no deseado, empero, en ese mismo orden de ideas, consideró contradictorio que algunos se opongan a ciertos métodos anticonceptivos o a una apropiada educación sexual en las escuelas.

En cuanto a su representación, manifestó que hay 23.400 médicos colegiados, de los cuales 7.000 respondieron la encuesta a que se hizo mención. Sin embargo, aludió a la escasa votación en las elecciones generales de parlamentarios y presidenciales, para desmentir que la medición no sea representativa.

En el caso de la primera causal, señaló estar de acuerdo en que en situación de peligro para la vida de la madre el médico actúa, aunque de forma indirecta fallezca el feto. Ello está reconocido por la lex artis, pero de todas maneras sería conveniente que la legislación lo recogiese.

Sobre la conceptualización del riesgo vital, puntualizó que un problema psiquiátrico o una ideación suicida no caben como argumento para interrumpir el embarazo, al menos en el criterio del Colegio Médico.

Sostuvo que cuando se pierde la confidencialidad –esencial en la atención de salud-, la paciente dejará de concurrir al facultativo o no contará toda la verdad de lo sucedido. Además, la ley N° 20.584[17] abordó el respeto a la confidencialidad, de modo que habrá que tomar las resguardos para que lo que se decida en el marco del presente proyecto de ley no resulte contradictorio con lo ya legislado.

Resaltó que la instauración de un programa de acompañamiento es relevante, no sólo en la prevención del aborto, sino también en la detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual de las mujeres violadas.

En cuanto al momento en que el ser humano tiene derecho a que se respete su vida, postuló que es una discusión que tiene aristas diferentes a las puramente médicas y que requiere un tratamiento amplio en la sociedad.

Apuntó seguidamente que en el sector público de salud chileno no existen las condiciones adecuadas para realizar diagnósticos con ecógrafos de alta resolución o con análisis genéticos. Sin embargo, es responsabilidad del Estado mejorar la salud pública y, en el contexto de la iniciativa en debate, se presenta una oportunidad para perfeccionar la atención sanitaria en esos aspectos. Sin perjuicio de lo anterior, un punto al que se debe prestar atención es la escasa participación de especialistas en el sector público, lo que se agrava en regiones.

En lo relativo a las determinantes sociales del aborto connotó que uno de los asuntos que a su juicio no se ha abordado

---

[17] Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

adecuadamente es el rol del padre, que cobra importancia en las dos primeras causales.

Finalmente, hizo hincapié en que organismos de las Naciones Unidas han resaltado la relación entre las leyes restrictivas en esta materia y los abortos clandestinos y los riesgos para la vida, salud y bienestar de la mujer.

El doctor Nazzal expresó, primeramente, que la mortalidad materna es un asunto relevante en la salud de un país, aunque las cifras son positivas si se las compara con las de décadas pasadas.

Luego, consignó que el aborto terapéutico estuvo vigente en la legislación desde el año 1931, pero que no representaba más del 1% del total de abortos que se registraban en el país. Además, no tuvo impacto en la disminución de la mortalidad materna, la que disminuyó principalmente mediante la planificación familiar.

En la actualidad, razonó el doctor Nazzal, las causas de mortalidad materna –estancada en su prevalencia en los últimos años- están asociadas a enfermedades crónicas de la madre y a algunos efectos de la gestación en mujeres de mayor edad que se embarazan.

Apoyó lo señalado por el doctor Paris acerca de la primera causal, pues las legislaciones comparadas son claras en señalar que los riesgos psicológicos no justifican interrumpir el embarazo por estar en peligro la madre.

De todas maneras, coincidió en la importancia de legislar sobre el riesgo de vida de la madre, a fin de clarificar las eventuales dudas que puedan surgir para el equipo médico que deba enfrentar una situación de ese tipo y que puede redundar en demoras en los procedimientos. Recalcó que, en ocasiones, si no hay interrupción de la gestación no habrá mejoría en la salud de la madre.

Respecto de la segunda causal, hizo notar que muchas malformaciones no se diagnostican antes de la semana 14 y por ello el plazo sólo se establece en la tercera causal. Consignó que el concepto de embrión involucra el primer trimestre del embarazo.

Aclaró que el acompañamiento existe actualmente en Chile y está representado por el programa Chile Crece Contigo y, por ello, los dineros que se asignan para el presente proyecto de ley –destinados sólo a las situaciones de las tres causales- se sumarán a aquella iniciativa.

Sin lugar a dudas, enfatizó, el resultado del acompañamiento puede tener efecto en la elección de la mujer. Es posible que con una mayor calidad y cantidad de acompañamiento se logren menos

abortos, aunque también será necesario abordar los temas de adopción y educación sexual, para un mejor complemento.

Reconoció que si bien en materia de diagnósticos certeros se presentan brechas en el sistema público, existen alternativas para otorgar a las pacientes la atención requerida y es posible reorganizar los equipos médicos en zonas geográficas. En definitiva, la tramitación de la iniciativa de ley no debería detenerse por esta circunstancia.

- - - - - -

Las exposiciones de los **OBISPOS SEÑORES RIVERA y GONZÁLEZ y del RABINO SEÑOR ZANG**, originaron las siguientes consultas y respuestas.

El Honorable Senador señor Walker, don Ignacio, reafirmó, en primer lugar, el derecho de las Iglesias y de las denominaciones religiosas a expresar públicamente su opinión en torno a cuestiones éticas que atañen al bien común e incluso a influir legítimamente en la formación de la voluntad colectiva, al margen de todo clericalismo y respetando siempre la separación entre el Estado y la Iglesia. Señaló no creer en la privatización de la moral y de la religión. Lo anterior, añadió, con pleno respeto de la dignidad de la comunidad política y de la "justa autonomía de las realidades temporales", lo que incluye principalmente la ciencia y la política, cada una dentro su ámbito de acción.

Luego, destacó el hecho de que entre 1931 y 1989 convivieron pacíficamente, sin mayor conflicto, las Iglesias y las denominaciones religiosas, con la interrupción del embarazo con fines terapéuticos, en los términos del artículo 119 del Código Sanitario. En razón de lo expuesto, consultó por qué esa convivencia no podría repetirse ahora, de aprobarse la iniciativa en discusión, que básicamente se funda en razones terapéuticas restrictivas.

La Honorable Senadora señora Van Rysselberghe manifestó concordar con aquellas voces que plantean que el proyecto de ley no es sobre la despenalización de una conducta típica, sino que en realidad se trata de una legalización y del establecimiento de un derecho de la mujer, para que en ciertas circunstancias pueda solicitar un servicio de tipo sanitario. Ello se reafirma con la discusión acerca de la objeción de conciencia, que se basa en que la mujer puede exigir esa prestación de salud.

Sobre la exposición del representante de la Comunidad Judía, adujo que en la categorización que distingue vida existente y vida probable hay un denominador común, que es la vida humana. Entonces, ponerle un calificativo es discriminador.

Asimismo, cualquier persona, al ver un embrión, reconocería una forma de vida humana, toda vez que tiene características y potencialidades propias de un ser humano. Por lo tanto, plantear que puede ser un miembro o un órgano de la mujer no se ajusta a la realidad científica.

Sostuvo que la discusión de fondo radica en la determinación de cuándo y en qué condiciones un ser humano, de acuerdo a la definición que haga la sociedad, será sujeto de derechos y, particularmente, del derecho a la vida. El proyecto de ley, acotó, no puede discurrir sobre la base de que ese ser humano no existe, pero lo que sí posibilitará es que esa vida humana no nazca.

Sobre la primera causal, expresó sus aprensiones por la redacción que se le ha dado en la iniciativa legal, ya que en caso de riesgo de vida de la madre la práctica médica resuelve salvarla, dado que sin madre no hay embarazo. Sobre ese punto, recalcó que las sociedades médicas han puntualizado que los trastornos psicológicos no caben en esta causa, cuestión que debería estar claramente explicitada en la norma legal.

El Honorable Senador señor Chahuán pidió al Rabino señor Zang ahondar en la posibilidad de interrupción del embarazo dentro de los primeros 40 días de la gestación y, en virtud de ello, inquirió desde cuándo la vida debe ser protegida según el judaísmo. Consultó, desde un punto de vista ontológico, qué hay en el vientre materno antes de que se cumplan los 40 días desde la concepción. Asimismo, desde una perspectiva científica, desde cuándo se constata la existencia de un ser humano.

Preguntó a los Obispos señores González y Rivera su opinión sobre la primera causal de la iniciativa de ley, ya que en la discusión no se ha hecho distinción entre aborto directo e indirecto. En definitiva, si la causal es necesaria y si debiera restringirse su redacción para evitar que sea una puerta al aborto libre.

El Obispo señor González, si bien connotó que el Código Sanitario vio la luz en un gobierno de facto, expresó que no hubo una convivencia entre la disposición legal y la Iglesia Católica, pues no hay registros médicos ni estadísticos acerca de la utilización de la interrupción del embarazo con fines terapéuticos y sólo se ha constatado que a comienzos de la década de 1970 un facultativo realizaba abortos indirectos. Ello, por cuanto el precepto legal sólo buscaba salvaguardar la vida de la madre en caso de que estuviera en riesgo. En el gobierno del Presidente Frei Montalva se modificó la disposición, exigiendo la intervención de dos médicos cirujanos.

Estimó que no había necesidad, en el año 1931, de disponer una norma de ese tipo, pues ya ocurría lo que hoy se denomina como el “doble efecto”. Es decir, su consagración sólo tuvo como objetivo resguardar la posible responsabilidad del galeno a cargo de la intervención médica.

En virtud de todo lo expuesto, consideró que no se puede hablar de una convivencia entre la legislación y la Iglesia, toda vez que el artículo 119 del Código Sanitario simplemente consistía en una explicación del doble efecto.

Mencionó que algunos han intentado indicar que la primera causal del proyecto de ley coincidiría con la praxis médica, pero ello no es así. Expresó que si se pretende respetar la vida humana se puede hacer todo lo necesario para que, con todos los medios técnicos a disposición, se proteja la salud de la mujer y si, como consecuencia, se produce un aborto, el médico no será penalizado. No obstante, en su opinión ello no está recogido en la primera causal, puesto que se establece que se puede interrumpir el embarazo para salvar la vida de la madre, lo que es muy distinto.

Afirmó que lo central es hasta dónde se tiene derecho a hacer algo que se considera un mal, o sea, decidir que una persona no tiene derecho a vivir porque hay un bien superior que resguardar.

A su turno, **el Obispo señor Rivera** sostuvo que la supuesta convivencia a que se ha hecho alusión no es tal, ya que el aborto terapéutico estaba básicamente focalizado en la protección de la vida de la madre, pero no involucraba otras causas.

Evocó una conversación con el Gineco-Obstetra, doctor Patricio Mena, quien le explicó que en un estudio de los anales del Hospital Clínico de la Universidad de Chile no hay casos registrados que justifiquen modificar el Código Sanitario, pues la lex artis opera normalmente, más aun considerando el importante avance la ciencia médica en el último tiempo.

En otro ámbito, hizo presente que la aprobación de la normativa en debate constituirá un fracaso del cristianismo en Chile, porque cuando se relativizan los valores se vuelve a una sociedad como la grecorromana, lo cual significa que las confesiones religiosas no han sido capaces de influir, persuadir, convencer en los niveles de dirección. Agregó que sería un anticipo de aborto libre, tal como la propuesta sobre matrimonio homosexual se hizo presente una vez vigente el acuerdo de unión civil, como parte de una agenda internacional de relativización de los valores.

Añadió que nada impedirá en el futuro legislar, por ejemplo, sobre la poligamia o la poliandria. Tal como en otros países, se terminará apostatando de la fe y erradicando a Dios de las leyes. Los pasos que se están dando, por presiones sociales y electorales, a veces de minorías que tienen acceso a mucho más vocería, tendrán consecuencias en el futuro.

A modo de autocrítica, expuso que el pueblo evangélico durante el siglo XX trabajó arduamente por el bien de la patria, de forma silenciosa y subterránea -lo que les significó en ocasiones ser perseguidos y discriminados-, pero no se interrelacionó con el estamento gobernante, lo que ha redundado en que no haya parlamentarios cristianos evangélicos.

Si bien manifestó que no comparte aquellas voces que han radicalizado el debate, advirtió que muchos creyentes han llamado a analizar el voto de cada parlamentario sobre este proyecto de ley, para hacer valer su opinión en las próximas elecciones. Hizo hincapié en que la postura presentada a la Comisión ha sido prudente, criteriosa, respetuosa y agradecida, por la oportunidad de exponer sus puntos de vista.

En torno al momento en que un ser humano es sujeto de derechos, planteó que desde la antigüedad se ha discutido este asunto, distinguiéndose dos posiciones claramente: el momento de la fecundación o el de la implantación. Aclaró que muchos médicos cristianos siguen esta segunda postura y por ello no consideran abortiva la píldora del día después, ya que actúa antes de ese suceso. De hecho, mientras la vida no esté implantada en el útero hay un cierto rango de inviabilidad.

Finalmente, recalcó que aunque respetan a quienes no piensan de la misma forma que ellos, sienten que ello no siempre es recíproco y denunció una especie de eclesiofobia, que incluso se ha demostrado con la quema de iglesias en la Araucanía. Todo en virtud de los valores que dicen profesar. Señaló que, por ejemplo, se les trata de homofóbicos sólo porque plantean una visión determinada frente a un área de la vida sexual, pero no es así, porque su opinión no está basada en el odio.

El Honorable Senador señor Walker, don Ignacio, aclaró que su referencia a la norma vigente entre 1931 y 1989 se refería a que ella discurría sobre el concepto de “interrupción del embarazo con fines terapéuticos” y no de “aborto terapéutico”. Agregó que siempre se entendió que los fines terapéuticos incluían tanto los riesgos de la vida de la madre como los de su salud. En ese sentido, acotó, el proyecto de ley sometido al conocimiento de la Comisión es más restrictivo –salvo la causal de violación- que el precepto que contenía antiguamente el Código Sanitario, ya que se circunscribe únicamente al riesgo para la vida de la madre.

El Rabino señor Zang concordó en la necesidad de prestar atención a la rebelión de cierta parte de la sociedad frente a la religión. Sostuvo que la quema de iglesias o la destrucción de símbolos religiosos constituyen una señal de alerta para las distintas confesiones.

Volviendo a la discusión central, clarificó que la sentencia de que el hijo podría asimilarse a un miembro de la madre tenía como objetivo indicar que la vida del que está por nacer depende de la vida

de la mujer y, en ese sentido, la primera vida es dependiente de la segunda. Por ello, resaltó, cobra relevancia el acompañamiento para que, entre otras cosas, se evite el riesgo de que una madre quisiera atentar contra su vida.

Sobre la pregunta de cuándo se es sujeto de derechos, opinó que hay derechos que pueden ser ejercidos libremente y otros que pueden afectar los de los demás y, en ese orden de ideas, en el caso de una vida que amenaza la de la madre es necesario actuar, pues no se puede esperar hasta que acontezca un milagro.

Finalmente, informó que durante el proceso de los primeros 40 días del embarazo hay una transformación en virtud de la cual la vida se hace sustentable y, por ello, en ese plazo se permite una toma de decisión a su respecto, en el caso de que esté amenazada la existencia de la madre.

Posteriormente intervino nuevamente **el Obispo señor González** y rebatió la afirmación que señala que el proyecto de ley es más restrictivo que la legislación antes vigente, puesto que el artículo 119 del Código Sanitario de la época fue redactado para poner por escrito el principio del doble efecto. En efecto, el ex Presidente Frei Montalva agregó el requisito de la intervención de dos médicos cirujanos, pues había un riesgo real de que se aprovechara esa norma para la realización de abortos.

Por tanto, el precepto a que se ha hecho referencia no tiene relación con la primera causal de la iniciativa, ya que postula la interrupción del embarazo sin hacer mención de los fines terapéuticos. De consiguiente, sería de más amplitud.

La Honorable Senadora señora Goic hizo notar que el principal beneficio de este debate ha sido su propagación en los hogares, lo que también ha ayudado a divulgar de mejor manera la educación sexual, cuya ausencia o insuficiencia puede tener consecuencias negativas en materia de aborto o embarazo no deseado.

Recordó que cuando se implementó en los colegios el programa denominado Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS) se generó un gran escándalo, que redundó en la pérdida de una valiosa oportunidad para avanzar en prevención del embarazo adolescente. Teniendo en cuenta ese precedente, preguntó a los expositores si estiman que sería posible reeditar esa experiencia con los jóvenes.

El Pastor señor Eduardo Cid expresó que si bien la sexualidad fue un tema tabú por muchos años, con el correr del tiempo ponerlo en el debate ha devenido en una necesidad, por el imperativo de tratar con la juventud temas valóricos. Consignó que ese trabajo se hace conjuntamente con las familias, lo que da muy buenos resultados. Estuvo de

acuerdo en que ese tipo de enseñanza sea parte del quehacer educativo cotidiano.

El Obispo señor Rivera hizo una salvedad al respecto, pues todo dependerá de qué se esté enseñando como sexualidad, ya que si se instruye sobre la prevención del embarazo estaría correcto, pero si se entra a materias como la homosexualidad, la bisexualidad o la transexualidad, será obligatorio expresar reparos.

El Obispo señor González manifestó que la Iglesia Católica enseña sexualidad a los jóvenes, desde una sana antropología cristiana. Sin embargo, advirtió que no apoyará iniciativas que presenten una visión ideológica unilateral y que no respeten la concepción que cada familia y colegio tiene sobre este tema.

Concordó en que los padres deben ser los primeros educadores, en este aspecto tan esencial para las personas, y ellos cuentan con la ayuda y asesoría de la Iglesia Católica, si así lo requieren.

Finalmente, **el Rabino señor Zang** consignó que el pensamiento judío no es abortivo, sino que solamente está a favor de la vida plena.

Sobre la prevención, explicó que se trata de un asunto que debe ser abordado por la sociedad, en el cual hay que conjugar elementos de la ciencia y la ética que son complementarios. Lo anterior, en el entendido de que si este tema se mantiene oculto en la discusión, no se cumplirá el objetivo de que la población viva una sexualidad sana y educada.

Manifestó la disposición de su comunidad para trabajar y educar de forma abierta y participativa la sexualidad juvenil.

\- - - - - -

Las intervenciones de la **DOCTORA ROBLEDO,** los **DOCTORES NEIRA Y RODRÍGUEZ** y de **LAS SEÑORAS ARAYA Y HOFFMANN** dieron lugar a una serie de consultas, que se consignan a continuación, con las respuestas respectivas.

El Honorable Senador señor Rossi, consideró prioritario abordar por parte de las autoridades públicas la situación de las menores que son objeto de explotación sexual. En ese sentido, sostuvo que llama la atención que se proponga que a alguna de esas niñas, abandonadas por la sociedad, se les exija revictimizarse siguiendo adelante con el embarazo producto de una violación.

En segundo término, sobre el acompañamiento recientemente descrito, resaltó que no hay mayor discrepancia acerca de lo valorable de esa acción, tanto de parte de entidades estatales como

privadas, por lo que incluso esa variable puede constituirse como un derecho. Sin perjuicio de ello, estimó difícil entender que cualquier mujer que piense interrumpir su embarazo en situaciones extremas lo haga porque no tiene el apoyo necesario o porque ha sido coaccionada. De hecho, uno de los pilares fundamentales del ofrecimiento de un programa de acompañamiento es que la mujer, de forma autónoma, lo acepte.

En consecuencia, reafirmó que una mujer adulta, libre y consciente, puede perfectamente decidir interrumpir la gestación, sin que medie coerción o sin que la vulnerabilidad guíe su decisión. Estimó que esa facultad es la base del proyecto de ley, ya que, para muchas mujeres, el hecho de llevar adelante un embarazo inviable puede ser una ocasión de desarrollo humano y personal, así como también hay que respetar que para otras puede ser simplemente un sufrimiento innecesario. Entonces, será rol del Estado proteger la libertad y acompañar, cualquiera sea la decisión que finalmente se adopte.

Recalcó que la libertad es una expresión de la dignidad del ser humano y sobre esa base discurre el presente proyecto de ley.

Comentó a continuación el caso de una mujer con un embarazo en que se detectó una alteración cromosómica incompatible con la vida -trisomía 13-, la cual, con el apoyo de su familia y de sus redes decidió no continuar con el embarazo, y recurrió a un centro asistencial en una nación extranjera, sólo porque tenía los medios económicos para hacerlo.

Instó a respetar la voluntad de la mujer y a no desconfiar de ella ni argumentar que se encuentra en una especie de estado de interdicción, que no la habilita para decidir sobre lo mejor para su vida.

Por lo demás, de los 256.000 partos anuales, los casos de inviabilidad fetal y violación corresponden a menos del 0,5% del total, todos ellos absolutamente verificables.

Tratándose del riesgo vital materno, advirtió una incongruencia de quienes se oponen al proyecto, ya que en el embarazo ectópico se practica un aborto directo, toda vez que el problema para la salud de la madre es el propio embrión y debe eliminárselo. Por ello, destacó la necesidad de legislar en este ámbito, a fin de dar certeza jurídica a los equipos médicos tratantes.

Por su parte, **el Honorable Senador señor Chahuán**, sostuvo que este punto del debate versa sobre uno de los más cruciales de la iniciativa. Exhortó a las autoridades ministeriales a poner el mismo énfasis al derecho al acompañamiento, del que se ha puesto en la interrupción del embarazo.

Acto seguido, destacó la valentía de las madres que han optado por la vida.

En cuanto a las observaciones que han surgido a partir de las exposiciones, compartió, en primer lugar, la necesidad de terminar con el doble estándar del Estado y, por tal motivo, ha impulsado iniciativas tendientes a consagrar el derecho al acompañamiento y a la protección integral de la maternidad, para enfrentar embarazos vulnerables.

Preguntó a los personeros de Gobierno si los recursos dispuestos en el informe financiero del proyecto serán suficientes para atender todas las necesidades requeridas, toda vez que los estudios de que dispone señalan que, a lo menos, se debería contar con un presupuesto cercano a los $ 24.000.000.000. Pidió un desglose de los fondos asignados.

Asimismo, estimó contradictorio que el Ministerio de Salud proponga el derecho al acompañamiento, mientras, de forma simultánea, se ha dado término al programa “AMA”, que incidía en el mismo ámbito, al igual que al Centro Especializado de Apoyo y Atención a la Mujer en la Maternidad. Es decir, las acciones concretas adoptadas por las autoridades van en sentido contrario al proyecto de ley y al tratamiento del no nacido como paciente en otras políticas públicas, como las que lo protegen de su exposición al tabaco.

Otro asunto no abordado, enfatizó, es el rol del padre en la toma de decisiones y si está considerado en el acompañamiento.

Del mismo modo, preguntó qué pasará cuando, una vez provocado el aborto, la criatura nace viva, y quién se hará cargo de ella.

Por otra parte, preguntó la opinión de las autoridades sobre la propuesta de la ex Senadora señora Soledad Alvear sobre las parejas acompañantes y la necesidad de agilizar los procedimientos de adopción.

En último término, se refirió a la capacidad de disuasión del derecho al acompañamiento, dado que es relevante advertir que se propone una visión ideológica legítima sobre la materia, emanada principalmente del hecho de que no se está tratando un asunto sanitario, sino que en el fondo hay una discusión sobre una conflicto de derechos, dirigida por el Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género.

El Honorable Senador señor Walker, don Ignacio, coincidió en la relevancia del tema acompañamiento, que puede hacer la diferencia en el resultado. Así, reconoció que el proyecto de ley, en su versión inicial, era desequilibrado, ya que priorizaba la interrupción por sobre la continuación del embarazo, lo que se corrigió en gran parte en la tramitación en la Cámara de Diputados.

Resaltó que el acompañamiento debe hacerse seriamente y durante todo el proceso de la gestación y con posterioridad a ella. Felicitó la labor de las instituciones que hoy cumplen ese rol.

En seguida, observó que la interrupción del embarazo nunca será una solución o un beneficio, sino que siempre es un drama, con o sin una legislación como la que hoy se discute.

Consultó a las entidades especializadas en el acompañamiento si también harán su tarea respecto de mujeres que opten por la interrupción del embarazo. Lo anterior, por cuanto ya cuentan con una capacidad humana instalada, que puede ser aprovechada y ser más eficaz que la actividad estatal. Consultó si dichas instituciones reciben algún tipo de financiamiento público y qué piensan del sistema de acompañamiento que contempla el proyecto de ley.

Inquirió también de la doctora Robledo su opinión sobre la propuesta de acompañamiento de la ex Senadora señora Soledad Alvear y sus diferencias con lo que propone la iniciativa en debate. Asimismo, preguntó si se contará con los especialistas y los equipos multidisciplinarios para atender las necesidades que se originarán.

Finalmente, solicitó más información acerca de la forma de verificar una violación, dada la dificultad de comprobación de los delitos sexuales, que, por lo demás, no es responsabilidad del médico.

La Honorable Senadora señora Van Rysselberghe hizo presente que, si bien el proyecto no compele a la mujer a adoptar una decisión determinada, si impone al que está por nacer una calidad de vida que él no tiene posibilidad de elegir, simplemente debe acatar la decisión de la madre. Por ello, llamó a no caricaturizar la discusión.

En torno a la segunda causal, preguntó cómo se financiarán los diagnósticos de las malformaciones letales, dado el déficit de especialistas médicos y de medios tecnológicos que presenta el sistema público. Además, consultó cuánto tiempo tomará contar con los equipos necesarios para realizar esa labor.

En otro ámbito, postuló que, desde su experiencia en la psiquiatría, diez sesiones de acompañamiento para un embarazo vulnerable es una cifra ínfima, que no ayudará en realidad a la mujer que está en esa situación.

Sobre ese punto, comentó que en su oportunidad formuló un proyecto de ley para codificar y ofrecer prestaciones financiadas al feto diagnosticado con espina bífida, que luego ingresará al programa de Garantías Explícitas en Salud. Sin embargo, las autoridades del Servicio Nacional de la Mujer de la época se opusieron a esa iniciativa, que

finalmente no pudo ver la luz. En definitiva, no ha habido voluntad política para ayudar a los embarazos vulnerables.

Al terminar su intervención, preguntó a las representantes de la Fundación Chile Unido si la mujer que debe optar tiene conciencia plena acerca de la forma de ejecución del procedimiento médico para provocar un aborto y qué piensa ella de las consecuencias que el mismo tiene para el feto.

La Honorable Senadora señora Goic subrayó la importancia del acompañamiento y de las propuestas que en este sentido se han planteado, que derivaron en la inclusión de este programa durante el primer trámite constitucional del proyecto de ley. Aunque ha habido avances sustantivos, sostuvo que más que hablar de un proceso voluntario, sería más útil configurarlo como una garantía para las mujeres, que debe necesariamente acompañar el proceso, con independencia de la decisión que finalmente ellas adopten. Hizo una analogía con otros programas, como el de Control de Niño Sano, cuyo cumplimiento es requisito para la obtención de beneficios sociales, o los de las Garantías Explícitas en Salud, que cuentan con financiamiento, plazos y prestaciones que pueden ser exigidos por las personas. Pidió analizar el derecho al acompañamiento desde esa perspectiva, especialmente por la dificultad en el acceso a la salud mental que evidencia el país.

Consultó a la Fundación Chile Unido, en relación con las cifras de continuación de los embarazos a las que aludieron sus representantes, qué sucede con las mujeres que no eligieron ese camino. Asimismo, preguntó cuantas semanas de gestación tienen las madres cuando toman contacto con la Fundación.

Al concluir su intervención, consultó a la señora Araya cómo se actúa en la práctica ante la detección de un embarazo originado en una violación.

Al dar comienzo a la ronda de respuestas, **la doctora Robledo** sostuvo que el acompañamiento está concebido de forma que la mujer decida quiénes serán los familiares o las personas idóneas para acompañarla en el doloroso proceso que le toca vivir, de tal manera que si el padre o la pareja están presentes, podrán ser incluidos. En conclusión, sí se incorpora a su red familiar o social.

En cuanto al caso del feto que continúa con vida luego del procedimiento de interrupción del embarazo, comentó que, en general, ello podría producirse cuando se usa Misotrol, procedimientos incompletos o abortos provocados. De todos modos, si un feto resultare vivo después del procedimiento, recibirá todos los cuidados paliativos necesarios, evitando el ensañamiento terapéutico, para lo cual se realizarán las acciones terapéuticas proporcionales a las posibilidades que razonablemente se

esperan. Sin embargo, en las tres causales que propone el proyecto de ley, ello no debería producirse.

Sobre los costos involucrados en el programa de acompañamiento que propone el proyecto, adujo que también debe, tenerse en consideración, y sumarse, recursos asignados a otros programas estatales actualmente vigentes, como Chile Crece Contigo, que destina alrededor de $ 40.000.000.000 con este fin. Lo que se dispone en la iniciativa legal en discusión, a su vez, se utilizará para sensibilización, capacitación, articulación de equipos específicos, compra de ecógrafos de alta resolución –uno por cada macro zona- y todo lo relacionado con el fortalecimiento de los recursos humanos. Esto último, para atraer a los especialistas a la red pública.

Mencionó que se prevé alrededor de 500 casos de malformaciones letales al año.

En lo referido a la propuesta de la ex Senadora señora Soledad Alvear, indicó que, si bien hay muchos puntos de convergencia con la del Ejecutivo, aquella es más amplia, en cuanto incluye otras situaciones de embarazo complejo, como los prematuros. No obstante, la red de salud ya cuenta con experiencia y desarrollo en materia de nacimientos prematuros extremos, tanto en procedimientos como en equipamientos y camas clínicas disponibles.

Otra diferencia es que la propuesta de la señora Soledad Alvear estimula la creación de nuevas reparticiones que llevarían a cabo el plan de acompañamiento, en tanto que la propuesta en debate fortalece el desarrollo de la institucionalidad pública a través de los programas actualmente vigentes, con los que se complementará el de esta iniciativa de ley.

En cuanto a si se dispondrá de equipos multi profesionales a tiempo, sostuvo que es probable que en una etapa inicial sea necesario hacer derivaciones entre las macro zonas, para la atención perinatológica. No obstante, dentro del Plan Nacional de Especialidades cuentan diez cupos para la subespecialidad de medicina materno fetal o perinatológica. Es decir, para fortalecer la red de salud pública que atenderá esta necesidad se proyecta un trabajo tanto a mediano como a largo plazo.

También se avanzará progresivamente en polos de desarrollo y compra de insumos, aunque eventualmente será necesario recurrir a la compra de servicios, en caso de no contar con estructura sanitaria instalada.

Concluyó que la iniciativa es una tremenda oportunidad para perfeccionar la capacidad técnica y humana de la salud pública.

Seguidamente, **el doctor Neira** aclaró que el programa que dirige recibirá a mujeres que hayan optado por interrumpir su embarazo, ya que diariamente se realiza esa práctica por razones médicas, después de la viabilidad. Antes de la viabilidad, no se realizarán intervenciones destinadas a poner término a una gestación, por cuanto se considera que el embrión o feto es un sujeto humano.

Connotó que siempre se acogerá a personas angustiadas, que requieran la ayuda que ofrece el programa porque tienen la conciencia intranquila luego de haber incurrido en un acto que no debía realizarse.

En torno a la disponibilidad de recursos, informó que todos los medios con que cuenta la Universidad son auto gestionados y no recibe apoyo estatal.

Por otro lado, advirtió ciertas debilidades en el proyecto de ley, ya que, en lo relativo a las malformaciones letales, las de tipo cardiovascular, que representan aproximadamente un 60% del total, son de muy difícil diagnóstico y generalmente son pesquisadas en el tercer trimestre. Las más evidentes, como la anencefalia, se pueden detectar de forma relativamente temprana.

La forma de interrupción del embarazo en esos diagnósticos tardíos, en tanto, puede hacerse mediante un feticidio. Señaló no tener claro cómo se hará si el niño finalmente nace luego del procedimiento, ya que la sola utilización de cuidados paliativos no es suficiente.

Clarificó que en el caso del embarazo ectópico lo que lleva a la muerte a la mujer no es el embrión, sino que la placenta, la que es extraída en el procedimiento médico.

Finalmente, puso a disposición de los presentes una proposición de la Pontificia Universidad Católica de Chile para formar a los profesionales médicos en cuidados paliativos perinatales, a través de un curso a distancia.

Sobre la propuesta de acompañamiento del Ejecutivo, **la señora Díaz** planteó que diez sesiones de psicoterapia son absolutamente insuficientes. En su opinión se requerirían al menos 20 sesiones para obtener un resultado positivo durante el embarazo. Además, en muchos casos el proceso de duelo posterior puede extenderse hasta por un año.

El señor Rodríguez, por su parte, adujo que la evidencia clínica sostiene que al menos debería contemplarse 15 sesiones, aunque en situaciones más difíciles el tiempo requerido para la terapia podría ser mayor. Asimismo, en consideración a que la salud mental a nivel nacional

es deficitaria, especialmente en regiones, en los hechos habrá muchas dificultades para ofrecer adecuadamente el servicio.

La señora Hoffmann precisó que una de las deficiencias del programa de acompañamiento del proyecto de ley es la falta de capacidad para pesquisar a mujeres con problemas de embarazo vulnerable. Además, si el sistema opera de forma simultánea con una iniciativa que financia el aborto, claramente será insuficiente. Si la mujer accede al programa Chile Crece Contigo es porque ya decidió continuar su embarazo, pero es en la etapa previa donde se requiere mayor atención.

Afirmó que la red de apoyo que propone la Fundación incorpora a las mujeres que deciden abortar, ya que, en la práctica, lo harán de todas formas. Agregó que también hay organizaciones especializadas en acompañar de forma posterior al aborto, como el Proyecto Esperanza. Señaló que el 85% de las mujeres atendidas por la Fundación continúa su embarazo y que también se utiliza la derivación de aquellas cuya decisión es elegir el aborto. En el caso de gestaciones provocadas por violaciones, el 96% de las mujeres que reciben apoyo, contención y acompañamiento deciden por la continuación.

Estimó que el proyecto de ley no tiende a prevenir el aborto, pues no ahonda en las causas que llevan a una mujer a pensar en su realización.

Informó que en dos oportunidades han requerido subvención estatal para el financiamiento de la institución, pero la actual administración no se las ha otorgado.

Por último, puntualizó que, en general, la mujer no tiene conciencia ni pleno conocimiento sobre en qué consiste el procedimiento médico abortivo ni cómo se realiza. No obstante, al hacerse una ecografía y sentir los latidos de su hijo, al menos en el caso de la violación, es muy probable que continúe su embarazo.

La señora Catalina del Piano, de la Fundación Chile Unido, consideró insuficiente el sistema de acompañamiento del Ejecutivo, ya que el número sesiones de terapia adecuado es cercano a 30, sin contar todos los otros especialistas que participan en la atención de la mujer. Además, el proyecto de ley discurre sobre la base de que la mujer accederá a los consultorios, pero muchas de ellas no acuden a los servicios de salud en primera instancia, debido a su angustia y desesperación, por lo que solicitan apoyo telefónico o por otra vía de comunicación.

Por otra parte, muchas de las madres son expulsadas de sus hogares, pero a nivel nacional no existe una red de acogida que permita recibirlas, particularmente cuando tienen más hijos. Requirió también apoyos de tipo económico, laboral y educacional para las mujeres que cursan un embarazo vulnerable.

Al culminar la sesión, **la señora Araya** explicó que el trabajo de la organización que representa está centrado, fundamentalmente, en la reparación del daño sufrido por las menores, que se traduce en un proceso de acompañamiento permanente. Esa experiencia la lleva a deducir que no hay mujer que no sepa lo que significa, en el alma, un aborto.

Juzgó relevante que las mujeres accedan a la posibilidad de decidir –respecto de la tercera causal- y, en ese sentido, el acompañamiento les permite vivenciar su situación de embarazo, incluyendo el apego con su hijo o la posibilidad de la adopción. Por lo anterior, aclaró que el aborto no será la única alternativa que se ofrecerá a las menores atendidas, sino que el acompañamiento incluirá todas las opciones disponibles y, por lo mismo, llamó a confiar en las capacidades y potencialidades de las niñas y mujeres y en su derecho a elegir libremente.

\- - - - - -

Las exposiciones de las **SEÑORAS PIQUER, DIDES y MONTERO** y de los **SEÑORES PAVEZ y ALVARADO**, dieron pábulo a las siguientes consultas y contestaciones.

El Honorable Senador señor Chahuán solicitó al señor Pavez ahondar en la inconstitucionalidad del proyecto de ley a que se ha referido.

Del mismo modo, pidió al señor Alvarado profundizar acerca de la distinción entre despenalización y legalización.

Luego, planteó que la información a la que Su Señoría ha tenido acceso ofrece conclusiones opuestas a las señaladas en la exposición de la señora Montero y, por tal motivo, propuso recoger el testimonio de psiquiatras especialistas en violencia sexual y aborto.

Preguntó a las señoras Piquer y Dides, desde un punto de vista ontológico, su opinión sobre qué es el producto de la concepción y desde cuándo el ser que está en el vientre materno debe ser protegido.

En seguida, explicó que quienes se muestran contrarios al aborto no lo hacen por una concepción religiosa, sino porque reconocen que el que está por nacer es un ser único e irrepetible, cuya dignidad debe ser protegida. Pidió la opinión de los expositores al respecto.

Sostuvo que sólo el 30% de los países reconoce el aborto como un derecho y, por ello, solicitó mayor explicación acerca de las

cifras que se mencionaron en las intervenciones y sobre los datos provenientes de estudios de opinión pública mostrados.

Finalmente, requirió mayor información respecto de los procedimientos utilizados para realizar abortos, de los métodos para evitar o reducir el dolor e inquirió qué pasa con los niños que sobreviven a esos actos médicos, que incluso en algunos casos han sido desmembrados.

La Honorable Senadora señora Van Rysselberghe puso de manifiesto en que hay consenso en que el producto de la concepción es vida humana, sin embargo, lo que se discute es qué requisitos debe cumplir ese ser humano para ser sujeto de derechos.

Concordó en que la situación del feto inviable es similar a la de un niño que padece una patología terminal y, por lo mismo, algunos plantean que la segunda causal del proyecto de ley en realidad permite el aborto eugenésico. Solicitó la opinión de los expositores sobre este punto.

Respecto del caso invocado, en que un médico habría retardado la atención de una mujer con embarazo ectópico, pidió que las denuncias se hagan de forma específica y responsable, ya que no se trata de una conducta médica correcta.

A los señores Pavez y Alvarado preguntó si, tal como está redactada la primera causal, haría posible que ciertas condiciones de salud mental justificaran su aplicación. Asimismo, les pidió señalar de qué forma podría redactarse para restringir su aplicación sólo a la posibilidad de salvar la vida de la madre.

Por último, aclaró que ninguna de las mujeres formalizadas por el delito de aborto lo ha sido por alguna de las tres causales que consagra la iniciativa legal.

Por su parte, **el Honorable Senador señor Walker, don Ignacio**, acerca de la supuesta inconstitucionalidad de la proposición legislativa, consultó al señor Pavez su parecer acerca de la opinión del académico Lucas Sierra, quien ha expuesto sobre la discusión que se generó en su oportunidad en la Comisión Ortúzar, la cual, por mayoría de votos, adoptó una posición distinta a la del comisionado señor Jaime Guzmán en torno al derecho a la vida y el aborto terapéutico.

Luego, preguntó a la señora Piquer si el respeto de los derechos humanos supondría siempre y por definición la legalización del aborto. Si es positiva la respuesta, le pidió pronunciarse si el aborto debería ser libre o con restricciones. A mayor abundamiento, le consultó si de aprobarse la presente iniciativa y al seguir criminalizado el aborto, Chile continuaría violando los derechos humanos, tal como ella lo ha planteado.

También le recabó su opinión acerca de si el aborto es un aspecto o una consecuencia de los derechos reproductivos de la mujer.

En último lugar, inquirió a la señora Montero sobre daños o secuelas de las mujeres embarazadas producto de la violencia sexual que han optado por el aborto.

Al comenzar la ronda de respuestas, el señor Pavez sostuvo que la discusión en la Comisión Ortúzar se dio en la perspectiva de dónde ubicar jerárquicamente las normas, si correspondía a la Constitución o al legislador prohibir el aborto; pero de lo que no queda dudas es que siempre se tuvo claro que la vida debía ser protegida y que el aborto no cabía en este orden institucional.

Sólo el comisionado señor Ovalle planteó algunas afirmaciones sobre el caso terapéutico, pero finalmente se consagró que la obligación impuesta por el constituyente al legislador es proteger la vida y, por tal motivo, no es conciliable una interpretación del sentido natural y obvio de la palabra “proteger” que no sea llevar adelante, de la mejor manera posible, el derecho a la vida.

Por ello, no parece ser compatible con el orden constitucional una legislación que en cualquier circunstancia atente contra la vida que está por nacer, pues el Tribunal Constitucional ya ha zanjado que el nasciturus tiene esa protección.

Acerca de la manera en que está redactada la primera causal, que no indica específicamente la forma en que se realizará la interrupción del embarazo, es decir, si el feto morirá como consecuencia de un tratamiento de la madre o por una acción directa, deja abierta esta segunda alternativa, a su juicio reprochable desde el punto de vista del ordenamiento jurídico, por el mandato constitucional de que la ley debe proteger la vida del que está por nacer.

La segunda causal impone una lógica discriminatoria, que atenta contra la igualdad esencial entre las personas.

Finalmente, lamentó que ninguna de las personas que se han manifestado a favor del aborto se haya referido a los derechos del niño y del feto.

La señora Piquer, por su lado, postuló que su postura no es a favor del aborto ni lo promueve como algo bueno. Sólo se trata de constatar que existen circunstancias especiales, en las que la mujer debe tener la posibilidad de tomar la decisión de continuar o no con su embarazo.

En cuanto al supuesto derecho a la vida del feto, desde la perspectiva del derecho internacional de los derechos humanos, hay un mandato de protección de la vida del que está por nacer. Igualmente, en la Convención Americana de Derechos Humanos se dispone que la protección sea, en general, desde la concepción. Nos obstante, con independencia de la interpretación que se adopte en términos de asignar o no al feto derecho a la vida, eso no puede significar que siempre y sin excepción alguna se dé prioridad a esa vida por sobre los derechos de la mujer; de esa forma lo ha señalado claramente la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el caso Artavia Murillo, y los Comités de la organización de las Naciones Unidas que supervigilan el cumplimiento de los tratados de derechos humanos, quienes han recomendado a Chile legislar en materia de aborto por las tres causales del proyecto de ley.

Connotó que a juicio de Amnistía Internacional las condiciones mínimas que deben cumplir los Estados para garantizar los derechos humanos de la mujer son las siguientes: despenalización del aborto, tanto para las mujeres como para los profesionales de la salud, en todos los casos; acceso a servicios sanitarios de aborto seguros, asequibles y sin discriminación, a lo menos en caso de riesgo para la vida o salud de la mujer, de inviabilidad fetal y de violación, y acceso a servicios para tratar complicaciones provocadas por un aborto, cualquiera sea su origen.

Por último, señaló que no puede dar nombres de los médicos a que se ha aludido, dado que los testimonios recibidos se hicieron en condiciones de confidencialidad.

El señor Alvarado sostuvo que la legislación vigente permite hacerse cargo de las circunstancias excepcionales en que a las mujeres les corresponde una despenalización, aunque sí podría avanzarse en una eximente especial de responsabilidad penal en los casos de madres que abortan en situaciones límites.

Sobre la primera causal, propuso la siguiente redacción: “No será punible el aborto que ocurra como consecuencia indirecta y no buscada de la realización de actos médicos necesarios para salvar la vida de la madre, según las experiencias y conocimientos del arte médico referidos.”.

En cuanto a los tratados vinculantes de derechos humanos, manifestó que un gran número de ellos establecen la protección de la vida del niño que está por nacer, lo que ha sido ampliamente reconocido por los participantes en la presente discusión legislativa.

Un mito que estimó del caso desmentir es que Chile se encontraría entre 5 países del orbe que prohíben el aborto en todas sus formas, ya que hay 61 países que, en la práctica, operan en este tema como Chile.

Acto seguido, la señora Dides explicó que hay estudios que postulan que el dolor fetal recién se evidenciaría a partir de las 25 o 26 semanas de gestación.

Además, sostuvo que la historia republicana del país ha ido dando cuenta del progreso y reconocimiento de los derechos humanos, en particular los de las mujeres, a pesar de que cuando se formularon las primeras políticas públicas de planificación familiar hubo gran oposición a la regulación de la fertilidad. Hizo hincapié en que el ex Presidente Frei Montalva mantuvo el artículo 119 del Código Sanitario, entendiendo que permitía responder a hechos muy circunstanciales.

Al culminar su intervención, observó que existen guías clínicas de la Organización Mundial de la Salud, reconocidas a nivel mundial, sobre la forma en que debe practicarse un aborto. También hay procedimientos medicamentosos que pueden utilizarse para reducir sus riesgos.

La señora Montero, a su vez, mencionó un estudio publicado en febrero de 2016 en Estados Unidos, que no logró demostrar que mujeres que tenían acceso al aborto tuvieran un mayor riesgo de sufrir síndrome de estrés post traumático que aquellas mujeres que continuaron con el embarazo. De hecho, quienes sí desarrollaron esa patología eran víctimas de violencia física y sexual.

También mencionó que no está a favor del aborto, pero sí concordó en que hay situaciones excepcionales que deben ser atendidas por el legislador.

\- - - - - -

Al concluir las exposiciones de las **SEÑORAS UNDURRAGA Y MEDINA** y del **SEÑOR PAÚL**, se formularon las siguientes consultas y respuestas.

El Honorable Senador señor Girardi estimó que la ley vigente es arcaica y violadora de derechos, por lo que requiere ser modificada.

En segundo lugar, planteó que no está a favor del aborto, pero sí considera necesario atender a las tres causales excepcionales y dolorosas que contempla la iniciativa legal, de las cuales la situación más cruel es aquella del embarazo originado por una violación. De hecho, es claro que la aprobación de la legislación propuesta no incrementará los abortos, lo que sí hacen quienes se oponen al fomento de los instrumentos –como los anticonceptivos y la educación sexual- que promueven una sexualidad responsable.

Asimismo, llamó a recoger la experiencia internacional sobre esta materia, especialmente de las naciones desarrolladas, que están en la línea planteada por el proyecto de ley.

Destacó que no hay consenso en la ciencia sobre el comienzo de la persona humana y que será muy difícil que lo haya en el futuro. Sí podría haber mayor aceptación sobre el concepto de vida humana.

Partiendo de la base de que no hay un consenso ni una verdad única, los países más adelantados permiten que cada persona sea libre en la decisión que adopte. En tal sentido, defenderá el derecho de las mujeres, tanto a interrumpir su embarazo en una situación dramática como a continuarlo, si así lo desea.

Agregó que relativizar lo que han señalado los Comités de la Organización de las Naciones Unidas sobre derechos Humanos no corresponde, pues son voces autorizadas sobre la materia.

Expresó estar de acuerdo en que la mujer detente el derecho de interrumpir su embarazo si así lo decide libremente, siempre que lo haga antes de las doce semanas de gestación.

Señaló que lo que subyace en esta discusión es una visión que “cosifica” a la mujer y la degrada, impidiéndole ser considerada de forma igualitaria, lo que está en concordancia con lo que postula la religión. Estimó legítimo el derecho a opinar, pero no el intento de imponer una postura determinada al conjunto de la sociedad.

El Honorable Senador señor Walker, don Ignacio, hizo presente que más allá de las creencias religiosas, el debate es mayormente filosófico.

Preguntó a las profesoras Undurraga y Medina en qué sentido el aborto es un derecho de la mujer y si aprobar este proyecto de ley mejora el estatus de Chile en lo tocante al respeto de los derechos humanos, considerando que el aborto seguirá siendo un delito en Chile. Asimismo, consultó si se reconoce algún límite a la legalización del aborto.

Inquirió además cuál es el estatuto del no nacido y qué es en definitiva el embrión o feto, desde una perspectiva ontológica.

Finalmente, solicitó opinar sobre el argumento de la coacción sobre las mujeres para abortar.

Pidió la opinión del profesor Paúl, acerca de si es legítimo, desde el punto de vista ético o jurídico, que el Estado diga a una mujer cuya vida corre riesgo, que ha sido violada o que lleva en su vientre un feto inviable, que debe seguir adelante con la gestación, bajo el apercibimiento de que se le aplique el aparato coercitivo.

La señora Undurraga contestó que existen normas constitucionales directamente estatuidas y otras adscritas. Entre las segundas, por ejemplo, se encuentra la objeción de conciencia, que tiene el mismo valor o jerarquía de un derecho constitucional, pues deriva de la norma que establece la libertad de conciencia. Es decir, se deriva por vía interpretativa de otra norma fundamental.

Entonces, si bien en la Carta Política no se instituye un derecho al aborto, si existen otros, como el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica, a la libertad de conciencia, a no ser sometida a tratos crueles e inhumanos ni a apremios ilegítimos, a la autonomía personal, a la protección de la salud, a la privacidad, a la igualdad y al trato digno. En resumen, de ese conjunto de derechos se puede derivar, por ejemplo, la facultad de interrumpir el embarazo en caso de que la vida peligre, puesto que está amparada por el derecho a la vida de la mujer y a la protección de su integridad física y psíquica.

En las tres causales de la iniciativa legal, el actuar de la mujer está protegido por el ámbito de aplicación de todo el conjunto de derechos antes mencionado.

En el mismo caso del derecho al aborto se encuentran, por ejemplo, los derechos sexuales y reproductivos, que es un término usado para denominar una serie de derechos específicos que se derivan de los derechos clásicos consagrados en la Constitución Política, cuando se aplican a la experiencia sexual y reproductiva de hombres y mujeres.

En efecto, cuando las constituciones comienzan a considerar las vivencias del ser humano, se empieza a extender la aplicación de los derechos clásicos a otras experiencias de la vida. En ese caso se encuentra la sexualidad, razonó, ya que sólo desde hace unas décadas es posible hablar libremente de ella.

Afirmó que, en la práctica, los tribunales o las cortes con competencia constitucional realizan este ejercicio. A modo de ejemplo, la Corte Suprema americana no dice que el aborto está en la Constitución de los Estados Unidos, sino que se encuentra en las “penumbras” de muchos derechos, como el derecho a la privacidad.

Sostuvo que la aprobación de la iniciativa en debate mejora la situación de Chile en el concierto internacional de los derechos humanos, que está en permanente evolución. Explicó que en las áreas en que no hay convicciones absolutamente asentadas, los órganos internacionales de derechos humanos son restrictivos y deferentes. Ejemplificó esa afirmación señalando que el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha utilizado en el caso de Irlanda la doctrina del “margen de apreciación”, que consiste en que hay ciertos casos específicos en que debe

ser permitida la interrupción del embarazo y, si ello no ocurre, el Estado debe asegurar que sus connacionales puedan acceder a esa prestación en otro país.

No obstante, sobre las tres causales tratadas en el proyecto de ley no hay opiniones divergentes, por cuanto todos los órganos de supervisión de tratados y tribunales internacionales de derechos humanos han señalado que si la legislación no las consagra se viola el derecho internacional de los derechos humanos. Sin embargo, más allá de eso no se ha avanzado, pues no hay un consenso general.

Entonces, Chile cumpliría con el estándar mínimo, siempre y cuando las reglas sean claras y no arriesguen la salud de las mujeres.

En cuanto a los límites de la criminalización del aborto, connotó que su opinión personal es que el aborto no voluntario debe estar claramente penado, ya que junto con atentar contra la vida pre natal, es una agresión grave a la dignidad y la autonomía de la mujer embarazada.

Manifestó que sería preferible contar con un sistema de plazos para la interrupción del embarazo, lo que no significa que la Constitución Política de la República obligue a ello. Sí cabe concluir que en casos extremos es inexigible a la mujer mantener la gestación. Su preferencia por el sistema de plazos –utilizado en países europeos-, enfatizó, se basa en que hay muchas circunstancias que exceden las tres causales que contempla la iniciativa legal.

En lo relativo al estatuto del embrión y del feto, manifestó que se trata de un ser humano, pero no de una persona, de acuerdo con el sistema jurídico en vigor. De igual forma, hizo hincapié en que ambos poseen dignidad intrínseca, toda vez que su valor no depende de la utilidad que proporcionan a las demás personas.

Sin perjuicio de lo expuesto, consideró correcta la aproximación que sobre este tema han propugnado los tribunales alemán, español, colombiano y portugués, en cuanto a que se trata de vida humana que tiene un valor intrínseco constitucionalmente protegido. Aclaró que, en su opinión, no corresponde otorgarles derechos subjetivos, ya que éstos, por definición, amparan intereses individuales y prioritarios que se asignan a personas nacidas.

Sobre el argumento de la coacción, acotó que efectivamente se presentan casos de mujeres obligadas a abortar, pero para mujeres en situación de vulnerabilidad no hay mejor garantía que acercarse a un organismo estatal, pues está comprobado que en materia de violencia contra las mujeres la mejor protección es que tengan cercanía con el Estado. En ese sentido, la criminalización absoluta del aborto aleja a las mujeres del

Estado, dado que esconden sus embarazos. En definitiva, hay mucha más coacción, abusos y chantaje en la clandestinidad.

La señora Medina, por su lado, en cuanto a la posibilidad de que el aborto sea un derecho de la mujer, señaló que en realidad el Estado no puede infringir los derechos humanos de una persona sin tener justificación para ello. Las mujeres que llevan un embarazo como el descrito en las tres causales del proyecto tienen derecho a no ser sometidas a tratamientos crueles, inhumanos o degradantes y, en otro sentido, a ser tratadas de forma que puedan ejercer sus derechos humanos con absoluta libertad.

Coincidió en que, de aprobarse el proyecto, mejoraría el estatus internacional de Chile, pues todos los países con prohibición absoluta del aborto han sido permanentemente reprochados por el derecho internacional.

Agregó que estos temas valóricos están en constante evolución en el mundo y muchos países en que había prohibición total del aborto han comenzado a permitirlo en ciertos casos. Incluso, según se señalaba en el Libro del Éxodo citado por uno de los intervinientes, la muerte de una mujer era tratada como un homicidio, pero terminar un embarazo sólo estaba sancionado pecuniariamente.

De consiguiente, el derecho de las mujeres a no ser torturadas ni sometidas a tratos crueles, inhumanos o degradantes no tiene excepciones ni puede ser restringido.

Acerca de los límites de la criminalización del aborto manifestó que el feto, al estar dentro de la mujer y ser parte de ella, permite a ésta decidir al respecto. En cierta medida, el feto hasta cierto punto de su evolución depende sólo de la mujer, con independencia de lo que disponga la ley. Cuando el feto es viable, continuó, el interés del Estado por protegerlo se acrecienta. Añadió que los límites relacionados con los plazos dependerán de los avances que tenga la medicina.

En cuanto a qué es el feto, expuso que, desde el punto de vista del derecho, es un potencial de ser humano y de persona, condiciones inciertas que dependerán de su desarrollo posterior.

Finalmente, consideró más allá de lo sensato señalar que las mujeres son más susceptibles de ser coaccionadas, y preguntó si no es coacción sobre la mujer no permitirle abortar en ninguna circunstancia, porque sobre ella recae el peligro de la penalización.

En último término, el señor Paúl afirmó que, si bien su postura no está basada en visiones religiosas, hay un doble estándar al respecto, ya que no se cuestiona a las autoridades ecuménicas cuando, por ejemplo, condenan la tortura o las desigualdades.

Ante la afirmación de que no existe consenso en materia de aborto y que ello negaría la posibilidad de que se imponga una posición sobre otras, hizo presente que en muchas materias la sociedad no ha podido alcanzar consensos. A modo de ejemplo, conductas tan graves como la tortura no poseen una visión única a nivel mundial. Por ello, el legislador debe adoptar una postura, de conformidad con lo que estima mejor para la comunidad.

También se ha señalado que las limitaciones de la libertad son propias de los regímenes dictatoriales, lo que tampoco es efectivo, pues constantemente se establecen restricciones, como ocurre en materia de consumo de tabaco o de ciertos alimentos.

En lo relativo a si es legítimo obligar a hacer algo a la mujer que se halla en alguna de las tres causales del proyecto de ley, la solución de esa disyuntiva se funda primordialmente en cuestiones de técnica jurídica. Por ejemplo, en el caso alemán, se aduce que lo que se realizó fue una simple despenalización, pero en la práctica en Alemania el aborto es legal.

Agregó que el ordenamiento jurídico debe analizarse en su conjunto y no sólo a partir de la norma legal. En ese orden de ideas, recalcó que en Chile no hay mujeres presas por haber cometido un aborto y menos por alguna de las tres causales que aborda la iniciativa de ley.

Otro asunto, razonó, es que el derecho de las mujeres a no ser torturadas ni sometidas a tratos crueles, inhumanos o degradantes no es el único involucrado en esta discusión, sino que también está presente el derecho a la vida del no nacido.

Observó que pensar que las mujeres son más susceptibles de ser coaccionadas no tiene un componente misógino, sino que da cuenta de cómo, por razones culturales, las mujeres están expuestas a mayor riesgo de serlo. De hecho, el lanzamiento de campañas sobre violencia intrafamiliar destinadas a proteger a las mujeres o la existencia misma del Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género así lo demuestra.

Aunque reconoció que es posible que para una mujer sea muy difícil culminar un embarazo, estimó inadecuado legislar en base a ciertos casos concretos, como los que considera el proyecto de ley. Estimó que existe el peligro de que esos casos excepcionales puedan extender sus efectos a otras situaciones no queridas por el legislador.

- - - - - -

En lo que respecta a las intervenciones de los **ABOGADOS SEÑORA OSSANDÓN y SEÑORES HERNÁNDEZ, GARCÍA y BASCUÑÁN**, las preguntas y respuestas son las siguientes.

El Honorable Senador señor Chahuán preguntó al profesor Bascuñán cuándo se entiende que hay un sujeto de derecho y digno de ser protegido por la legislación.

Al profesor García le consultó cómo articular, a partir de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 5° de la Constitución Política de la República, todo un armazón jurídico para proteger la vida del no nacido y como se vincula el Pacto de San José de Costa Rica con la legislación nacional.

El Honorable Senador señor Girardi expresó que si bien todas las posiciones son legítimas, no es adecuado que el profesor García atribuya determinadas conductas a los parlamentarios que no comparten su postura. Declaró que no se abandona el estatus de la dignidad de la vida humana por estar a favor del proyecto de ley. Estimó que semejantes planteamientos revelan una visión inquisidora, que trata de imponer una posición única sobre el inicio de la persona humana. Señaló que, en su parecer, la persona no se constituye por un acto de fe.

Tampoco compartió que se trate de imponer una visión religiosa, que asocia exclusivamente la sexualidad a la reproducción, lo que significa reducirla a una conducta meramente animal. Esa concepción, que es machista, entiende a la mujer y a su cuerpo de una forma reductiva.

Postuló que la mujer que enfrenta un embarazo vulnerable debe ser acompañada, con independencia de si decide interrumpirlo u opta por su continuación.

Mostró su desacuerdo con afirmaciones que, en su opinión, determinan que una postura manifestada en el debate se atribuya como exclusiva la defensa de los derechos humanos y subrayó que su actitud permanente ha sido la defensa de dichos derechos, pero en toda circunstancia. No corresponde acusar de pretender matar o degradar la dignidad de la vida humana por tener una convicción establecida diferente.

El Honorable Senador señor Walker, don Ignacio, comentó que tiene claro que el proyecto de ley está en línea con la realidad que existió en Chile entre 1931 y 1989 e incluso antes de la primera data, en que se permitía la interrupción del embarazo con fines terapéuticos. Es decir, la iniciativa legal se basa en la realidad jurídica que estuvo vigente en Chile por décadas.

Afirmó, en otro aspecto, que de las actas constituyentes de la Comisión Ortúzar se desprende en forma absolutamente clara que se decidió por mayoría de votos que este asunto quedaría

entregado a la regulación del legislador –lo que daba cuenta de su constitucionalidad- y que el aborto terapéutico era una práctica lícita. A modo indicativo, señaló que dos comisionados, el emitir sus opiniones, hicieron referencia a la causal de violación.

Seguidamente, arguyó que el profesor señor García utilizó como concepto central de su exposición la dignidad humana y alegó sobre el valor intrínseco del embrión o feto. Sin perjuicio de ello, no le quedó clara su posición sobre la dignidad humana de la mujer, en los casos de las tres causales que considera la propuesta legislativa en debate.

Se mostró en desacuerdo con ciertas expresiones vertidas por el mismo académico, en el sentido de “deshacerse de un objeto, molestia o un problema”, que parecen ser peyorativas respecto de la mujer, por ejemplo, de aquella que ha sido violada o que enfrenta una situación dramática.

Finalmente, pidió al profesor Bascuñán profundizar en lo que establece el sistema alemán y la lógica conceptual del mismo y desarrollar las expresiones de “conducta heroica” y “consejo forzoso disuasivo”.

La Honorable Senadora señor Van Rysselberghe coincidió en la complejidad del debate y, en esa perspectiva, consideró relevante que se aborde un debate de fondo, acerca de si el ser humano en gestación es o no sujeto de derechos y si es persona. Sostuvo que la mayoría de los expositores han planteado lo relevante que es, desde una perspectiva penal, que el feto sea considerado como un ser humano dotado de dignidad.

Del mismo modo, compartió con la profesora Ossandón que la legislación actualmente no sanciona la interrupción del embarazo –una cesárea puede serlo-, sino que la acción directa que tiende a eliminar el feto.

Trajo a colación el argumento que señala que no se puede obligar a la mujer, en su rol de garante, a continuar su embarazo en toda circunstancia. Al respecto, indicó que, desde el punto de vista de la medicina, cuesta entender que un ser humano vivo sea digno de atención médica dependiendo de su origen, su entorno o su condición de salud. En esa línea, preguntó cuánto tiempo debe vivir un ser humano para tener derecho a nacer.

Luego, hizo notar que, en su visión, los derechos humanos son previos al derecho penal y que el derecho a la vida es la base de todas las demás garantías. Por lo tanto, pidió expresar claramente que lo que realmente se pretende es ponerle condiciones a la vida.

En referencia a lo planteado por el profesor Bascuñán, en el sentido de que otras legislaciones incluyen como causal el riesgo grave para la salud de la madre, connotó que la praxis médica ha logrado cifras de mortalidad materna bajísimas, lo que no fundamentaría una indicación de ese tipo. Además, la expresión “riesgo grave” propone un concepto extremadamente subjetivo y amplio.

La Honorable Senadora señora Goic explicó que uno de los objetivos que debe seguir la legislación es otorgar una respuesta satisfactoria a realidades concretas. En ese sentido, señaló comprender la lógica de eximir de responsabilidad penal en determinadas circunstancias, pues aunque no haya mujeres en la cárcel producto de la realización de un aborto, ello no elimina el efecto disuasivo de la pena en la conducta de las mujeres.

Resaltó el valor de los programas de acompañamiento, que importan hacerse cargo de la realidad concreta de la mujer y sirven para asegurar que la decisión que adopte lo sea de la forma más libre posible. Adujo que las entidades a cargo de esta labor tienen altas tasas de continuación de los embarazos, incluso en situaciones de vulneración de derechos, como en la violación. Sin embargo, también reafirmó la necesidad de atender igualmente los requerimientos de las mujeres que en definitiva optan por la interrupción de la gestación.

En otro ámbito, destacó que el proyecto de ley aborda situaciones excepcionales y conflictos muy especiales, sobre los cuales consideró entendible crear una prestación en el servicio público. De hecho, la sola exención de responsabilidad penal no se hace cargo de las consecuencias prácticas de dicha decisión.

Preguntó la opinión de los expositores acerca de la extensión de la objeción de conciencia al resto del equipo médico.

Al dar respuesta a las inquietudes formuladas, **el señor Bascuñán** insistió en que, aún si se entiende que el embrión o feto es sujeto de derecho, hay justificación moral, legal y constitucional para las indicaciones o para un sistema de plazos, bajo una restricción de consejo forzoso. Es decir, no todo se resuelve en base a la atribución de la calidad de sujeto de derecho del embrión o feto.

Agregó que los sujetos de derecho son las personas y, en base a ello, es preciso remitirse al artículo 55 del Código Civil, que expresa la igual condición de persona para todos los individuos. Sostuvo que de ello no se deduce filosóficamente que sólo los seres humanos sean personas, lo que por ejemplo, podría dar lugar a esa consideración a ciertas formas de inteligencia artificial.

Ante la pregunta de qué es un individuo de la especie humana, expresó que el criterio de individuación está dado por la

evidencia de la posesión de lo que caracteriza a una persona, esto es, conciencia de sí, con proyección temporal. Aunque ese criterio podría identificar al ideal de persona, en todos los ordenamientos jurídicos está flanqueado por parámetros que aseguran las situaciones controvertibles o dudosas, atribuyéndoles estatus de persona. Por ello, el inconsciente o el recién nacido también son personas. El artículo 74 del Código Civil[18] establece el criterio de individuación.

En las actas de la Comisión Ortúzar queda claro que el anterior criterio de individuación es el que ha seguido la regulación constitucional.

En otro aspecto, evidenció que la protección que se dispensa al nonato antes del nacimiento sigue con ese criterio, con una regla de flanqueo que le dispensa amparo aunque no tenga personalidad legal conforme al citado artículo 74.

En efecto, expresó, la personalidad es una condición que emerge con el desarrollo del ser humano. Se trata de un criterio ideal de reconocimiento de ella y de una serie bien compleja de reglas para su protección.

Sobre la ampliación de la indicación terapéutica a razones de salud, manifestó que dicha indicación no responde a una perspectiva de estado de necesidad, sino que a un criterio de inexigibilidad, que supone que todo embarazo presenta un umbral de afectación del cuerpo y muestra riesgos estadísticos, los que se entienden impuestos a la mujer en razón del deber de tolerar el embarazo. A partir de ese umbral se plantea la interrogante de por qué la mujer tiene que tolerar más de lo que es estándar, como afectación de sus intereses inherentes al embarazo. Desde ese momento se abre la posibilidad de operación de las indicaciones terapéuticas, la que debe ser contrarrestada con las opciones de control alternativo de que dispone la medicina respecto de ese riesgo. La idea es que se trata de un riesgo que no es exigible, lo cual determina una formulación sensata de la ley y requiere una praxis responsable de la profesión de salud.

En cuanto al sistema alemán actual, indicó que se originó en un acuerdo para concordar los distintos sistemas de los Estados que fueron reunificados. De consiguiente, el resultado es un sistema de plazo, con consejo forzoso. Dentro del plazo la mujer debe someterse a un

---

[18] “Art. 74. La existencia legal de toda persona principia al nacer, esto es, al separarse completamente de su madre.

La criatura que muere en el vientre materno, o que perece antes de estar completamente separada de su madre, o que no haya sobrevivido a la separación un momento siquiera, se reputará no haber existido jamás.”.

consejo forzoso, consistente en una entrevista con dos finalidades, a saber, informarle y ganar su voluntad a favor de la vida. Ello no impone disuadirla coercitivamente ni obstaculizar el ejercicio de la interrupción del embarazo. Por su parte, el Tribunal Constitucional exigió que el Código Penal declarara que el acto no es lícito, pero al mismo tiempo excluyó casi todas las consecuencias de esa ilicitud.

En segundo término, además del plazo están las indicaciones terapéuticas de tipo médico-social, pues la afectación de la salud también se puede determinar clínicamente, en consideración a las relaciones de vida de la mujer y al modo como la maternidad puede alterarlas. Dentro de esa indicación, la doctrina entiende comprendida la embriopática y la criminogénica, porque altera sus relaciones de vida.

Por último, hay una regla según la cual el tribunal puede facultativamente eximir de pena a la mujer, cualquiera sea la circunstancia del aborto.

El señor García, a su turno, hizo presente que su intervención ha tenido como objetivo dar cuenta del contenido valorativo y filosófico que está detrás del proyecto y, por lo tanto, ha señalado, desde su punto de vista, cuáles son las concesiones que normalmente tendrá que realizar un parlamentario para aprobar la iniciativa en esas condiciones.

Sostuvo que las palabras hirientes utilizadas en su exposición tenían como finalidad reconstruir el discurso jurídico que está detrás de aquellos académicos que están defendiendo la proposición legislativa. Aclaró que ha sostenido que el proyecto de ley implica la renuncia a la dignidad humana. En este aspecto la iniciativa se construye sobre características meramente accesorias, como nacer.

Advirtió que algunos han intentado construir el estatuto del ser humano desde los trabajos preparatorios de la Carta Fundamental y desde el Código Civil. En su opinión eso no es correcto, pues es necesario dar un valor esencial al Pacto de San José de Costa Rica, que se incorporó al ordenamiento jurídico nacional en virtud del inciso segundo del artículo 5° de la Constitución Política de la República. En el artículo 1 de dicha convención internacional está establecido el estatuto del ser humano: son persona todos los seres humanos. Luego, en la regulación del derecho a la vida, en el artículo 4, se protege la vida del que está por nacer. Aunque la expresión “en general” ha sido utilizada por algunos países para introducir ciertas excepciones a esa protección, señaló no estar de acuerdo con esa postura, en razón de la historia del establecimiento de la norma.

Luego, argumentó que la decisión de optar por fundar la decisión es un estado de necesidad implica necesariamente ciertas valoraciones, detrás de las cuales hay una idea de sociedad pretendida. Por tal motivo, indicó que no es neutro votar en uno u otro sentido la presente iniciativa.

En último término, sobre las argumentaciones basadas en las actas constitucionales y la regulación que hubo hasta el año 1989, manifestó que es difícil construir una política pública hacia el futuro mirando el pasado y pidió confiar en los estándares valorativos que se han propuesto a la sociedad.

A su vez, **el señor Hernández** insistió en que el punto decisivo de la discusión no es el estatus de persona o la titularidad del derecho a la vida.

En esa línea, planteó que en algunos casos incluso se puede matar a un inocente, por ejemplo, en el caso de una legítima defensa contra el actuar de un enfermo mental. Así, nadie está obligado a dejarse matar o agredir por otro sólo porque es inocente o titular del derecho a la vida. En definitiva, una cosa es la titularidad de derechos y otra es que, por respeto a esa dignidad o a ese derecho a la vida los terceros deban soportar ciertas vulneraciones en sus propios derechos.

Por tanto, añadió, la discusión central gira sobre un único supuesto, que es la decisión de la mujer embarazada, pues se trata del único caso en que el “no matar” al que está por nacer involucra soportar un embarazo no deseado. En concreto, ello significa poner el propio cuerpo a disposición de la vida de otro. Ese es un deber que puede justificarse y que, en su opinión, en términos generales, debería imponerse, pero, sin embargo, es obvio que dicho deber está sometido a importantes limitaciones.

En conclusión, enfatizó, el debate no pasa por reconocer dignidad o el derecho a la vida, sino hasta dónde se hará llegar el deber de llevar a término el embarazo que se impone a las mujeres.

Así, en un proyecto de indicaciones como el que hoy se debate, es posible advertir que en determinados casos extremos parece que esos son los mínimos que un ordenamiento jurídico debiera asegurar, en virtud de la dignidad y derechos de la mujer, que es la única que se encuentra en esta especial situación. Por lo tanto, del reconocimiento del derecho a la vida no se puede seguir de ninguna manera el establecimiento como un deber absoluto correlativo el de tolerar un embarazo.

La señora Ossandón, finalmente, observó que el concepto ideal de persona, al que se ha aludido, no incorpora al no nacido o al que está en estado de inconsciencia, quienes sólo son protegidos jurídicamente por normas de flanqueo. Precisó que estas consideraciones son graves, pues que deba definirse si un ser humano es o no persona, es crucial en las ideas que están detrás de un proyecto como el que ahora ocupa a la Comisión.

También se ha dicho que no es relevante para esta discusión si el que está por nacer es persona. Sin embargo, todas las consideraciones usadas para determinar hasta dónde existe el deber de tolerar el embarazo se basan en un juicio de ponderación, entre ciertos intereses de la mujer versus “algo”; y según si ese “algo” es un derecho a la vida o un mero interés, el proceso de ponderación variará radicalmente. No se puede decir desde la lógica de la inexigibilidad que no tenga importancia el estatuto jurídico del nonato. Por eso, en general, quienes le niegan el rango de persona aceptan todas las indicaciones para el aborto.

Por otra parte, arguyó la académica, se trata el embarazo como un “deber de tolerar”, lo que pareciera significar que el Estado impone la gestación y que ésta fuera un deber. No obstante, el embarazo es una situación de hecho que se presenta y que, en determinados casos, resulta en una circunstancia dramática, frente a la cual hay que dar una solución jurídica, lo que no puede hacerse haciendo desaparecer ese supuesto deber de tolerar el embarazo, sin matar al feto. Se plantea la gestación como una situación injusta -argumento con el que no concordó- que se resolvería mediante una medida aún más injusta, esto es, acabando con la vida de uno de los involucrados, lo que es la peor solución.

Lo que debe hacer el Estado y la sociedad, por el contrario, es esforzarse para que no sea un drama y que la mujer, con pleno respeto de su dignidad, en esa situación de hecho esté apoyada.

Resaltó la relevancia del acompañamiento, pues la ley no soluciona la realidad del aborto. Por eso mismo, pidió aumentar los esfuerzos económicos para apoyar de verdad a la mujer en semejante disyuntiva.

Puntualizó que la legislación actual se equivoca al establecer una pena mayor para la mujer, en comparación con los demás intervinientes en el delito de aborto. Pero eso no implica ayudarla a que ese hecho ocurra. Hay muchas personas que cometen delitos en situaciones desesperadas –como acaece normalmente en el tráfico de drogas-, pero ello en ningún caso podría traducirse en ayudarlas a que lo hagan sin riesgo.

- - - - - -

Luego de las intervenciones de las **SEÑORAS DE LA MAZA y BARRÍA** y los **SEÑORES MUJICA y LAGOS**, hubo una ronda de preguntas y respuestas que se resumen a continuación.

La Honorable Senadora señora Van Rysselberghe trajo a colación el caso de una niña de 11 años que se encuentra embarazada y señaló que al momento del diagnóstico la gestación ya se había extendido por más de 20 semanas. De consiguiente, si se autorizara en ese momento un aborto o se provocara a esa altura un parto

prematuro, el procedimiento sería una inducción del parto, para luego dejar morir al feto fuera del vientre materno o derechamente un feticidio.

Consignó que esa intervención médica se contempla sólo para la segunda causal, que no dispone plazos máximos para su práctica. En ese caso, que se traduce en una auténtica discriminación contra un niño enfermo, es necesario explicar cómo se provocará su muerte.

Se ha debatido arduamente sobre el derecho a elegir de la mujer pero no se ha tenido en consideración la situación de los niños, que no gozarán de esa garantía, pues simplemente no nacerán. Entonces, a ellos se les niega un derecho fundamental aún más relevante, el derecho a la vida, sobre el cual se construye el resto de las garantías.

Añadió que existe consenso en que el feto es un ser humano vivo y la Declaración Universal de los Derechos Humanos plantea que son personas todos los seres humanos vivos. Por tanto, parece erróneo que la fundamentación del proyecto de ley condicione la calidad de persona basado en la forma de la concepción o en la viabilidad. Sobre este último punto, sostuvo que, incluso, la vida es incompatible con la vida, ya que todos los seres humanos morirán en algún momento. En consecuencia, llamó a sincerar la discusión y explicitar cuáles serán las circunstancias que la sociedad exigirá a los seres humanos vivos para respetar su derecho a la vida.

Postuló que la situación dramática de la mujer y su dolor no se remedian con el aborto, sino con el acompañamiento apropiado.

El Honorable Senador señor Chahuán preguntó a la doctora Barría y al señor Lagos qué debiese contener un programa de acompañamiento integral y los recursos que ello demandaría. Al respecto, llamó a emular los sistemas de atención integral a las madres que han instaurado países como Puerto Rico o Colombia.

El Honorable Senador señor Girardi aclaró que, en su opinión, el embrión no constituye una persona humana, argumentación que emana de la concepción moral y ética a la que adscribe. Quienes tienen una formación religiosa, por el contrario, legítimamente le conceden al resultado de la fecundación un estatus moral. No obstante lo expuesto, reparó en el hecho de que se pretenda imponer una visión determinada, lo que demuestra la intolerancia de ciertos grupos.

Señaló al señor Lagos que, al menos en su caso, no ha incurrido en ambigüedades sobre el tema en discusión. De hecho, ha manifestado en reiteradas veces ser partidario del aborto con plazos, lo que ha traducido en la formulación de proyectos de ley en tal sentido. Refutó que la política de acompañamiento que propone la iniciativa legal sea de carácter panfletario, opinión que caricaturiza la discusión. Asimismo, negó que el

Gobierno promueva políticas abortivas y afirmó que quienes en realidad merecen la calificación de abortistas son quienes han negado el derecho al acceso a anticonceptivos o a educación sexual.

Instó, de consiguiente, a respetar los derechos fundamentales de las mujeres y a no obligarlas a poner su cuerpo a disposición de otro sin su voluntad o a exigirles aceptar una relación sexual o una gestación forzadas. Lo relevante es acompañar a la mujer, con independencia de la decisión que adopte sobre su embarazo.

El Honorable Senador señor Chahuán coincidió en que no deben imponerse visiones particulares de la realidad, pues lo relevante es avanzar en una mejor legislación. Al efecto, señaló que hubiera preferido que el énfasis puesto en la interrupción del embarazo apuntara más bien al derecho al acompañamiento, que consiste en la solución más difícil y compleja.

La doctora Barría expuso que es fundamental la protección del derecho a decidir de acuerdo a los valores de cada uno, toda vez que actualmente no se resguarda la posición de quienes están de acuerdo con los lineamientos del proyecto de ley en discusión, incluso si hay riesgo de vida de las mujeres embarazadas. En consecuencia, consideró que hoy en día se impone una visión determinada, que lleva a la muerte a muchas mujeres. Insistió en que el establecimiento de un efectivo derecho al acompañamiento pasa por que las mujeres tengan la opción real de decidir.

En lo que atañe al caso de la menor de 11 años que se ha relatado previamente, advirtió que no es que alguien la haya embarazado, sino que fue violada. A pesar de ello, de aprobarse el proyecto de ley, no podría acceder a la interrupción del embarazo, dado lo avanzado de la gestación.

Clarificó que el presente debate no discurre sobre el aborto libre, sino sobre casos límites en la vida de una niña o mujer. En el caso de violación, si no se otorga protección a las menores, la sociedad se hace cómplice del delito, sentenció.

Respecto del acompañamiento, opinó que la acción estatal ya contempla acciones en esa línea, dado que el programa Chile Crece Contigo atiende y acompaña a las mujeres embarazadas que acuden al sistema público, durante todo el período de gravidez.

Por su parte, **la señora De la Maza** afirmó, en primer término, que la entidad que representa es pro vida “digna”, con especial énfasis en la protección de los intereses de niños y niñas.

Luego, acotó que la iniciativa en discusión no obligará a las niñas o a las mujeres a abortar. Sin embargo, hoy el Estado obliga a las mismas a la maternidad. A su juicio, lo que debe hacer la

sociedad es propiciar las condiciones para que la niña y la mujer puedan elegir y ser acogidas en ese discernimiento.

Sobre el acompañamiento, previno que lo más relevante es que sea proporcionado de forma especializada. En cuanto a los costos de dicha atención expuso que los programas de reparación de maltrato que patrocina la Corporación tienen un valor de 9,3 unidades de subvención SENAME, que equivalen a alrededor de $ 140.000, que se utilizan para financiar las respectivas terapias.

Agregó que dicho monto no es suficiente para lo que realmente se requiere, que incluye la atención de psicólogos especialistas en abusos, trabajadores sociales y abogados, puesto que la justicia también es parte de la reparación. Observó que, no obstante las tareas que realizan agrupaciones de la sociedad civil al respecto, debe ser el Estado quien se haga cargo de esta materia.

Expuso que es muy difícil que se hagan las denuncias correspondientes a abusos sexuales a menores si no se pueden adoptar, simultáneamente, otras medidas de reparación.

Puntualizó que la idea del acompañamiento no es forzar a las niñas a interrumpir su embarazo, sino que otorgarles la facultad de discernir. A modo de ejemplo, consideró contradictoria la legislación sobre menores, pues, por un lado, los hace responsables penalmente desde los 14 años, pero, por otro lado, su opinión no es vinculante en un juicio sobre cuidado personal.

El Honorable Senador señor Chahuán abogó por un derecho al acompañamiento integral, durante el embarazo y de forma posterior al parto, de tipo psicológico, pero también económico. Lo anterior, por el hecho de las dificultades que se presentan a las mujeres con embarazos vulnerables, por ejemplo, en materia de licencias médicas o de atenciones sanitarias preferentes.

Añadió que el derecho al acompañamiento debe otorgar a la mujer, que está en una situación dramática y emocionalmente compleja, la posibilidad de informarse acerca de todas las opciones disponibles, sin promover una alternativa determinada.

A continuación, **el señor Lagos** adujo que actualmente el proyecto de ley contempla una cifra de $ 52.000 por cada mujer con un embarazo riesgoso. Eso, en la práctica, se traducirá en un panfleto que será entregado a las mujeres. Añadió que con las deficiencias que evidencian los centros hospitalarios del país claramente no podrán hacer una labor eficaz con los pocos recursos concebidos para acompañamiento.

Por el contrario, un acompañamiento de tipo integral debe enfocarse en la entrega de cuidados paliativos perinatales para

el embrión o feto que presenta complicaciones; incorporar las patologías del embarazo al plan de Garantías Explícitas en Salud; apoyar la mujer en base a su contexto social; otorgar orientación familiar. En definitiva, es preciso que el acompañamiento sea de carácter psicológico, psiquiátrico y económico, a ella y su hijo, durante el embarazo y después de producido el nacimiento.

Luego, adujo que una persona no puede calificarse como pro vida, si la solución de fondo que propone es la muerte de una de las partes involucradas.

Expresó que es erróneo señalar que el Estado no podría obligar a las personas a determinadas conductas, puesto que, en la práctica, lo hace diariamente, como en el cobro de impuestos o la prohibición de ciertas conductas delictuales, en aras de la consecución de un bien jurídico superior.

Explicó que su postura no está fundada en concepciones religiosas, sino que su opinión se origina en visiones éticas y filosóficas. Connotó que indicar que ninguna supremacía moral se debe imponer, es, a su vez, la imposición de una supremacía moral, pues se descarta la visión contraria.

Seguidamente, acotó que la protección de la vida desde el momento de la concepción se basa en que el resultado de ella –un ser humano- es la producción de un ser único e irrepetible, con material genético distinto al de sus progenitores. Por ello, cualquier distinción antes de su nacimiento se torna arbitraria, ya que cada persona se desarrolla en tiempos diversos.

El Honorable Senador señor Girardi manifestó que procurará que visiones como la anterior no se impongan en la sociedad. Pese a ello, confirmó su compromiso de respetar y permitir la expresión de todos los enfoques que pueda haber sobre la materia, especialmente porque no hay consenso sobre varios de los aspectos involucrados en este tema.

Observó que en aquellos países en que el debate se basa en los antecedentes que proporciona la ciencia, en general hay aborto libre. Sin embargo, por imposición de visiones extremadamente conservadoras y autoritarias, Chile forma parte de un grupo de cinco países en el mundo que, por ejemplo, condenaría a la cárcel a una mujer que interrumpe su embarazo por haberse originado en una violación.

La Honorable Senadora señora Van Rysselberghe hizo notar que en la mayor parte de los reducidos casos de mortalidad materna que se registran en el país se trata de situaciones de embarazos ectópicos, cuyo tratamiento no ataca directamente al feto, sino que a la placenta. Sostuvo que ese tipo de gestaciones que generan complicaciones para la madre claramente no se solucionarán con un proyecto como el que hoy ocupa a la Comisión.

El Honorable Senador señor Chahuán rebatió que cualquier célula pueda asimilarse al ser único e irrepetible que, como fruto de la concepción, se encuentra en el vientre materno. Esa visión, enfatizó, se basa en el respeto a los derechos humanos de cuarta generación y no en visiones religiosas. Informó que ha presentado un proyecto de ley que crea un estatuto jurídico del no nacido.

En materia de acompañamiento, solicitó recabar la experiencia de las organizaciones que realizan actualmente esa labor.

- - - - - -

Por último, las presentaciones de los **DOCTORES** señoras **DECEBAL-CUZA** y **PARDO** y señores **ILLANES, LAVÍN y KOCH,** originaron las siguientes consultas y contestaciones.

El Honorable Senador señor Chahuán consultó a la doctora Pardo desde cuándo se cuenta con el registro de anomalías congénitas, cuánto ha evolucionado la ciencia médica sobre estas patologías en los últimos veinte años, en qué debería consistir un acompañamiento apropiado, cómo es actualmente el acceso a diagnósticos certeros y estudios genéticos sobre las enfermedades a que se ha hecho mención y en qué porcentaje de los casos se constatan errores diagnósticos.

Al doctor Illanes le preguntó cuántos médicos de su especialidad se desempeñan en el sector público y qué tipo de ecógrafos se requieren para hacer las pesquisas necesarias. También inquirió sobre los porcentajes de error diagnóstico.

Por último, preguntó a la doctora Decebal-Cuza cuán relevante es contar con un derecho al acompañamiento adecuado y si es posible cuantificar las horas profesionales requeridas para que sea eficaz.

La Honorable Senadora señora Van Rysselberghe, en relación con el comentario del doctor Lavín, en el sentido de que la no aprobación del proyecto en discusión implicaría considerar que no vale la pena salvar la vida de las mujeres que tienen un embarazo de alto riesgo, solicitó la opinión al respecto del doctor Koch. Lo anterior, en el contexto de que el procedimiento de aborto no es inocuo y también puede presentar complicaciones.

Consignó también que los procedimientos para tratar embarazos ectópicos se realizan actualmente y si alguna mujer muere por esa causa lo más probable es que haya sido por un diagnóstico tardío de la patología.

Finalmente, resaltó que los procedimientos médicos que conlleva el aborto también son actos crueles, especialmente si la edad gestacional es avanzada.

La doctora Pardo informó que en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile existe un registro de anomalías congénitas desde el año 1969. En la región del Maule hay un registro desde el año 2002. A nivel país, el Registro Nacional de Anomalías Congénitas de Chile se inició con planes piloto en el año 2013 y en diciembre de 2015 se dictó la norma técnica operativa, que incluyó también al sector privado.

Sobre el acompañamiento, expresó que debe comenzar con el médico que realiza el diagnóstico y debe otorgar el tiempo necesario a la paciente para que pueda informarse, pensar y consultar sobre la decisión que deberá tomar, con la asesoría de un equipo multidisciplinario, del ámbito médico y social.

Afirmó que en la atención primaria de salud no hay capacidad para hacer diagnósticos certeros. El examen fehaciente debe hacerse en la red de salud, por especialistas. Siempre pueden presentarse errores diagnósticos, sobre todo en exámenes más complejos, y es necesario contar con los medios técnicos y humanos para reducirlos al máximo.

Seguidamente, **la doctora Decebal-Cuza** informó que se requeriría un mínimo de veinte sesiones para que una terapia sea eficaz, además de otro tipo de apoyo. En efecto, también debería considerarse acompañamiento de tipo socioeconómico, ya que hay muchas variables que pueden influir en la decisión que adopte finalmente la mujer embarazada, incluso la red de apoyo, conformada especialmente por la pareja. De consiguiente, podría ser necesaria una terapia familiar o de pareja.

En el caso de violación es muy difícil determinar a priori un número de sesiones, por cuanto la heterogeneidad de los casos es enorme. De hecho, los pacientes podrían requerir acompañamiento que se prolongue por años.

El doctor Illanes explicó que en Chile hay 47 especialistas materno fetales acreditados, de los cuales 39 están en la Región Metropolitana y ninguno al norte de ella. Además, la gran mayoría labora en el sector privado.

Para poder hacer un diagnóstico pre natal se necesita, de manera combinada, buen equipamiento técnico y un especialista en el manejo de ecógrafos.

Aclaró que muchas de las patologías requieren de un diagnóstico genético, y si bien hay varios centros para su realización, no

hay un número adecuado de especialistas. Dado que algunos exámenes requieren procedimientos invasivos, no podrían ser efectuados por ginecólogos sin subespecialidad materno fetal.

Respecto de la hernia diafragmática, adujo que es una condición que pone al niño en riesgo vital, pero también existe una gran gama de ellas. Algunas permiten tratamiento mediante cirugía intrauterina, con muy buen augurio. Para las más severas, con las nuevas técnicas médicas intrauterinas, también se ha podido mejorar en un 50% el pronóstico de fetos que antes tenían una condición letal.

El doctor Lavín recalcó que para hacer la ecografía de un anencéfalo o un acardio no se precisa un doctor experto en medicina materno fetal, toda vez que basta con un ecografista, que podría ser un obstetra.

En lo que atañe a los procedimientos para hacer un aborto, sostuvo que actualmente es posible intervenir sólo con medicamentos, que no tienen mayores complicaciones. Sí connotó que mientras mayor sea la edad gestacional podría haber más probabilidad de dificultades.

El doctor Koch acotó que la incidencia en la población de las anomalías letales es muy baja, y consignó que por la oportunidad en que frecuentemente se hace el diagnóstico de malformaciones letales la interrupción de un embarazo avanzado expone a la mujer a mayores riesgos.

Hizo notar que lo más recomendable, en términos de salud pública, es ofrecer un apropiado programa de acompañamiento.

Como algunos plantean que el debate de fondo es dar a la mujer una posibilidad de elección, el aborto siempre será una opción. Empero, cuando se brinda acceso al aborto legal necesariamente se modificará la conducta médica actual y, por tal motivo, varios países están retrocediendo en sus legislaciones permisivas.

Al concluir, puso de manifiesto que en la actualidad los médicos realizan las intervenciones requeridas, en el caso de productos anormales de la concepción y de embarazos ectópicos. Puede haber situaciones de impericia o negligencia médica, pero son escasos y no serán resueltos por una ley de aborto, afirmó.

ÍNDICE DEL ANEXO

EXPOSICIONES

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR IGNACIO SÁNCHEZ,
RECTOR DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE 2

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR ENNIO VIVALDI,
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE 5

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR ENRIQUE PARIS,
PRESIDENTE DEL COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G. 8

INTERVENCIÓN DE LA SEÑORA ANITA ROMÁN,
PRESIDENTA DEL COLEGIO DE MATRONAS
Y MATRONES DE CHILE 10

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR OMAR NAZZAL,
PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD CHILENA
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA 13

INTERVENCIÓN DE LA DOCTORA ROSA PARDO,
REPRESENTANTE DE LA SOCIEDAD
CHILENA DE PEDIATRÍA 17

INTERVENCIÓN DEL OBISPO SEÑOR FRANCISCO RIVERA,
SECRETARIO EJECUTIVO DE LA MESA AMPLIADA
DE ENTIDADES EVANGÉLICAS 19

INTERVENCIÓN DE MONSEÑOR JUAN IGNACIO GONZÁLEZ,
OBISPO DE SAN BERNARDO Y REPRESENTANTE
DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL DE CHILE 27

INTERVENCIÓN DEL RABINO SEÑOR DANIEL ZANG,
REPRESENTANTE DE LA COMUNIDAD JUDÍA DE CHILE 35

INTERVENCIÓN DE LA DOCTORA PAZ ROBLEDO,
JEFA DE LA DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
DEL MINISTERIO DE SALUD 37

INTERVENCIÓN DE LA DOCTORA ANAMARÍA ARRIAGADA,
ACADÉMICA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE 43

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR MAURICIO BESIO,
DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE 47

INTERVENCIÓN DEL EL DOCTOR FERNANDO ZEGERS 52

INTERVENCIÓN DE LA DOCTORA ANDREA HUNEEUS 57

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR JOSÉ MANUEL NOVOA,
JEFE DE LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA
DEL HOSPITAL PADRE HURTADO 62

INTERVENCIÓN EL DOCTOR ENRIQUE OYARZÚN 67

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR SERGIO VALENZUELA,
DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA
Y HUMANIDADES MÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE 72

INTERVENCIÓN DE LA DOCTORA ANDREA SCHILLING 78

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR RAMIRO MOLINA,
ACADÉMICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE 83

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR JORGE BECKER 87

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR SEBASTIÁN ILLANES,
GINECO-OBSTETRA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES 92

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR PABLO LAVÍN,
GINECO-OBSTETRA DEL DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL BARROS LUCO 95

INTERVENCIÓN DE LA DOCTORA MARÍA FRANCISCA
DECEBAL-CUZA, PSIQUIATRA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE 100

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR ELARD KOCH,
INVESTIGADOR EN LA FACULTAD DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE 103

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR MAURO PARRA,
GINECO-OBSTETRA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE 108

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR JOSÉ ANTONIO ARRAZTOA,
ACADÉMICO DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES 113

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR NICOLÁS RODRÍGUEZ 117

INTERVENCIÓN DE LA BIOQUÍMICA SEÑORA PAULA ARACENA,
DE PROYECTO ESPERANZA 119

INTERVENCIÓN DE LA SEÑORA VERÓNICA UNDURRAGA,
PROFESORA DE DERECHO CONSTITUCIONAL
EN LA UNIVERSIDAD ADOLFO IBÁÑEZ 122

INTERVENCIÓN DE LA SEÑORA CECILIA MEDINA,
ACADÉMICA DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE 129

INTERVENCIÓN DEL SEÑOR ÁLVARO PAÚL,
ACADÉMICO DE LA FACULTAD DE DERECHO
DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE 134

INTERVENCIÓN DE LA SEÑORA MARÍA MAGDALENA OSSANDÓN,
PROFESORA DE DERECHO EN LA PONTIFICIA
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE 139

INTERVENCIÓN DEL SEÑOR HÉCTOR HERNÁNDEZ,
PROFESOR DE DERECHO EN LA UNIVERSIDAD
DIEGO PORTALES 144

INTERVENCIÓN DEL SEÑOR GONZALO GARCÍA,
PROFESOR DE DERECHO EN LA UNIVERSIDAD
DE LOS ANDES 147

INTERVENCIÓN DEL SEÑOR ANTONIO BASCUÑÁN,
PROFESOR DE DERECHO EN LA UNIVERSIDAD
ADOLFO IBÁÑEZ 154

INTERVENCIÓN DEL ASESOR LEGISLATIVO
SEÑOR LEONARDO ESTRADÉ-BRANCOLI 160

INTERVENCIÓN DEL SEÑOR ANTONIO CORREA,
ABOGADO DE LA ASOCIACIÓN IDEA PAÍS 164

INTERVENCIÓN DEL SEÑOR CRISTÓBAL AGUILERA,
COORDINADOR LEGISLATIVO DE LA CORPORACIÓN

COMUNIDAD Y JUSTICIA 166

INTERVENCIÓN DE LA SEÑORA CAMILA MATURANA,
ABOGADA DE LA CORPORACIÓN HUMANAS 169

INTERVENCIÓN DE LA SEÑORA DENISSE ARAYA,
DIRECTORA EJECUTIVA DE LA CORPORACIÓN
ONG RAÍCES-CHILE 173

INTERVENCIÓN DE LA SEÑORA VERÓNICA HOFFMANN,
DIRECTORA EJECUTIVA DE LA FUNDACIÓN CHILE UNIDO 175

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR JORGE NEIRA,
DIRECTOR DEL PROGRAMA ACOMPAÑAR-ES 178

INTERVENCIÓN DEL ABOGADO DON MÁXIMO PAVEZ,
DIRECTOR LEGISLATIVO DE LA FUNDACIÓN JAIME GUZMÁN 181

INTERVENCIÓN DE LA SEÑORA ANA PIQUER,
DIRECTORA EJECUTIVA DE AMNISTÍA INTERNACIONAL–CHILE 186

INTERVENCIÓN DEL SEÑOR CLAUDIO ALVARADO,
INVESTIGADOR DEL INSTITUTO DE ESTUDIOS DE LA SOCIEDAD 190

INTERVENCIÓN DE LA SEÑORA CLAUDIA DIDES,
DIRECTORA EJECUTIVA DE LA CORPORACIÓN MILES CHILE 193

INTERVENCIÓN DEL SEÑOR FELIPE MUJICA,
DIRECTOR DE LA FUNDACIÓN GREF 197

INTERVENCIÓN DE LA SEÑORA CAMILA DE LA MAZA,
ABOGADA DE LA CORPORACIÓN OPCIÓN 200

INTERVENCIÓN DE LA DOCTORA MARÍA SOLEDAD BARRÍA,
DIRECTORA DEL OBSERVATORIO DE GÉNERO Y EQUIDAD 202

INTERVENCIÓN DEL SEÑOR JOSÉ FRANCISCO LAGOS,
PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN CHILE SIEMPRE 204

INTERVENCIÓN LA SEÑORA ELIZABETH BUNSTER,
PRESIDENTA DE LA CORPORACIÓN PROYECTO ESPERANZA 208

INTERVENCIÓN DEL SEÑOR JORGE ACOSTA,

DIRECTOR DEL INSTITUTO RES PÚBLICA 210

INTERVENCIÓN DE LA SEÑORA PATRICIA GONNELLE,
DIRECTORA EJECUTIVA DE LA CORPORACIÓN MATERNITAS 213

INTERVENCIÓN DE LA DOCTORA ADELA MONTERO,
DIRECTORA DEL CENTRO DE MEDICINA REPRODUCTIVA
Y DESARROLLO INTEGRAL DEL ADOLESCENTE (CEMERA) 216

INTERVENCIÓN DE LA SEÑORA ROSARIO VIDAL,
PRESIDENTA DEL MOVIMIENTO DE MUJERES REIVINDICA 220

INTERVENCIÓN DEL SEÑOR GUSTAVO DELGADO,
DIRECTOR DE LA FUNDACIÓN JUSTICIA PARA TODOS 225

INTERVENCIÓN DEL DOCTOR LEONARDO GONZÁLEZ,
DE FORENSIK S.A. 227

TESTIMONIOS

LA SEÑORA NATALY OSORIO 231

LA SEÑORA SYLVIA DÍAZ 231

LA SEÑORA MARTA ARAVENA 232

LA SEÑORA MASSIEL MORENO 234

LA SEÑORA NEVENKA ASTUDILLO 235

LA SEÑORA FRANCISCA GONZÁLEZ 239

LA SEÑORA IGNACIA VALDIVIESO 242

CONSULTAS Y RESPUESTAS

DOCTORES ARRIAGADA, BESIO y ZEGERS 248

DOCTORES HUNEEUS, NOVOA, OYARZÚN y VALENZUELA 257

DOCTORES SCHILLING, SÁNCHEZ, MOLINA,
VIVALDI y BECKER 259

DOCTORES NAZZAL y PARIS, SEÑORAS ROMÁN
y MATURANA y SEÑORES CORREA y AGUILERA 264

OBISPOS SEÑORES RIVERA y GONZÁLEZ
y RABINO SEÑOR ZANG 271

DOCTORA ROBLEDO, DOCTORES NEIRA Y RODRÍGUEZ
y SEÑORAS ARAYA Y HOFFMANN 276

SEÑORAS PIQUER, DIDES y MONTERO
y SEÑORES PAVEZ y ALVARADO 284

ABOGADOS SEÑORAS UNDURRAGA Y MEDINA
y SEÑOR PAÚL 288

ABOGADOS SEÑORA OSSANDÓN y SEÑORES
HERNÁNDEZ, GARCÍA y BASCUÑÁN 294

SEÑORAS DE LA MAZA y BARRÍA y SEÑORES MUJICA y LAGOS 300

DOCTORES SEÑORAS DECEBAL-CUZA y PARDO
y SEÑORES ILLANES, LAVÍN y KOCH 305