



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA



Observatori de  
Bioètica i Dret  
Universitat de Barcelona

FLACSO  
ARGENTINA

## Revista de Bioética y Derecho

## Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu – ISSN 1886 –5887

### ARTÍCULO

**Derechos y deberes de información: el rol de la atención primaria de salud en la implementación de la ley que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales en Chile**

**Drets i deures d'informació: el rol de l'atenció primària de salut en la implementació de la llei que despenalitzava la interrupció voluntària de l'embaràs en tres causals a Xile**

**The right to information: The role of Primary Health Care in the implementation of the Abortion Law in Chile**

**LIDIA CASAS BECERRA<sup>1</sup>, JORGE BABUL LÓPEZ<sup>2</sup>, NATALIA BOZO CARRILLO<sup>3</sup>, ADELA MONTERO VEGA<sup>4</sup>, LIETA VIVALDI MACHO<sup>5</sup>, JUAN JOSÉ ÁLVAREZ RUBIO<sup>6</sup>**

<sup>1</sup> Lidia Casas Becerra: PhD., Profesora titular, Facultad de Derecho Universidad Diego Portales, Chile. Email: lidia.casas@udp.cl. ORCID 0000-0002-5408-3329.

<sup>2</sup> Jorge Babul López: Abogado, Universidad Diego Portales, Chile. Email: jorge.babul@mail.udp.cl. ORCID 0000-0001-8467-0607.

<sup>3</sup> Natalia Bozo Carrillo: Socióloga Universidad Diego Portales, Chile, Magíster de Políticas Públicas, Universidad de Chile. Email: n.bozocarrillo@gmail.com. ORCID: 0000-0002-4960-4150.

<sup>4</sup> Adela Montero Vega M.D Profesora titular, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Magíster en Bioética, Universidad de Chile. Email: amontero@uchile.cl. ORCID: 0000-0003-1811-8309.

<sup>5</sup> Lieta Vivaldi Macho PhD., profesora Facultad de Derecho Universidad Alberto Hurtado, Chile. Email: lietavivaldi@gmail.com. ORCID: 0000-0002-0501-5143.

<sup>6</sup> Juan José Álvarez Rubio: Abogado, Magíster en Filosofía y Humanidades, Universidad Diego Portales, Chile. Email: juan.alvarezr@mail.udp.cl. ORCID: 0000-0002-2552-1529.

*Esta investigación contó con el financiamiento del Centro de Derechos Humanos de la Universidad Diego Portales.*



Copyright (c) 2023 Lidia Casas Becerra, Jorge Babul López, Natalia Bozo Carrillo, Adela Montero Vega, Lieta Vivaldi Macho y Juan José Álvarez Rubio. Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.

## Resumen

Este artículo presenta los resultados de una investigación cualitativa que indaga sobre la implementación de la ley de interrupción del embarazo que despenalizó el aborto en tres causales específicas en Chile en 2017 (Ley 21.030) y el rol que la atención primaria de salud (APS) en la Región Metropolitana de Chile. Se realizaron 19 entrevistas a personal de la salud de la APS y del nivel secundario de atención en la Región Metropolitana además de dos personas del Ministerio de Salud. El cambio de régimen de penalización total a uno de despenalización por causales exige capacitación a los equipos de salud e información a la población. Los hallazgos revelan que la falta de información y capacitación formal al personal sanitario constituye un obstáculo para el ejercicio de los derechos de las mujeres que otorga la ley, produciéndose un efecto cascada, en que las mujeres no cuentan con la información suficiente para ejercer sus derechos. A ello se suma, una disposición en la ley que produce confusión entre profesionales sobre publicidad e información sobre los servicios. Se analizan los resultados a partir de estándares normativos nacionales e internacionales respecto a la obligación de informar, y el derecho a ser informado en contexto de prestaciones sanitarias relativas al aborto.

**Palabras clave:** aborto; deber de informar; derecho a ser informado; derechos de los pacientes; atención primaria de salud; derechos sexuales y reproductivos; derechos de las mujeres.

## Resum

Es va realitzar un estudi exploratori a través d'una enquesta a Comitès d'Ètica a països d'Amèrica Llatina i el Carib de parla hispana, per rellevar la seva situació davant d'emergències sanitàries i consultar els dilemes ètics enfrontats a les investigacions per a COVID-19. S'obtingueren respostes de 106 comitès, pertanyents a 14 països. Només el 24% va respondre que existia una xarxa de comunicació eficient i efectiva entre comitès, prèvia a la pandèmia. El 45% va respondre que no existien a la seva regió comitès específics per avaluar projectes vinculats a emergències sanitàries amb anterioritat a la pandèmia. El percentatge de CEI que disposava de procediments previs per avaluar investigacions en situacions d'emergències sanitàries va ser només de 7%, si bé el 52% estava en procés d'elaboració arran de la pandèmia. El percentatge de CEI que va considerar raonable un temps inferior a 5 dies per a l'avaluació de projectes de recerca va variar en virtut del disseny: 32% per als estudis observacionals i 12% per als assaigs clínics amb drogues o amb vacunes. Els tres problemes ètics principals identificats als estudis per a COVID van estar relacionats amb el consentiment informat, els aspectes metodològics i la poca informació prèvia o manca d'evidència per als productes de recerca. Considerem que cal reformular la manera de pensar els problemes ètics de les emergències cap a un abordatge global, amb un enfocament preventiu, on les xarxes de col·laboració entre els CEI haurien de convertir-se en regla.

**Paraules clau:** avortament; deure informar; dret a ser informat; drets dels pacients; atenció primària de salut; drets sexuals i reproductius; drets de les dones.

## Abstract

This article presents the results of a qualitative research that inquires about the implementation of the law on termination of pregnancy that decriminalized abortion on three specific grounds in Chile in 2017 (Law 21.030) and the role of primary health care (PHC) in the Metropolitan Region of Chile. Nineteen interviews were conducted with PHC and secondary level of care health professionals in addition to two officials from the Ministry of Health. The change from a regime of total criminalization to one of decriminalization by cause requires training for health teams and information for the population. The findings reveal that the lack of information and formal training for health personnel constitutes an obstacle to the exercise of women's rights under the law, producing a cascade effect in which women do not have sufficient information to exercise their rights. In addition, there is a provision in the law that causes confusion among professionals about advertising and information on services. The results are analyzed on the basis of national and international normative standards regarding the obligation to inform and the right to be informed in the context of health services related to abortion.

**Keywords:** abortion; obligation to inform; right to be informed; patients' rights; primary health care; sexual and reproductive rights; women's rights.

## 1. Introducción

Chile aprobó la ley de interrupción del embarazo por causales en septiembre del 2017 (Ley N° 21.030) -en adelante Ley IVE- rompiendo con décadas de restricción total a la interrupción voluntaria del embarazo. Esta permite la interrupción en los siguientes casos: 1) cuando la vida de la mujer se encuentre en riesgo; 2) cuando el embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética de carácter letal; y 3) cuando el embarazo sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación, y tratándose de una niña menor de 14 años, siempre que no hayan transcurrido más de catorce semanas.

La Ley permite la objeción de conciencia para el personal encargado de cumplir funciones dentro del pabellón, así como la objeción institucional. Contempla asimismo un programa de acompañamiento psicosocial para toda mujer que decida continuar o interrumpir el embarazo, a cargo de una dupla psicosocial conformada por profesionales del área de la psicología y trabajo social (Ministerio de Salud, 2018).

La despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo por causales requiere que el personal sanitario tenga las herramientas y los conocimientos necesarios para que las usuarias puedan acceder a los servicios, lo cual se relaciona con el deber de la administración de atender las necesidades de la población de manera continua y permanente, en consideración del cambio que significa el paso de un régimen de penalización total a la despenalización parcial de la interrupción voluntaria por causales. Sin embargo, la Ley IVE dispone de una confusa cláusula sobre información (publicidad) cuya interpretación induce a reducir los niveles de información a la población<sup>1</sup>.

El perfeccionamiento del personal es un deber del Estado y una obligación de sus funcionarios que no puede quedar al arbitrio de la buena voluntad de la administración de turno. Los resultados de este estudio indican que el cumplimiento de ambas obligaciones, informar y capacitar, son deficitarios pues no se ha instruido correctamente al personal provocando como consecuencia un efecto general de desinformación en la población beneficiaria.

Este artículo se enmarca en una investigación cuyo objetivo fue indagar sobre las principales dificultades y barreras en la implementación de la Ley IVE en la atención primaria de salud (APS), en la Región Metropolitana de Santiago, Chile. Se presentan los resultados sobre la capacitación del personal sanitario, y la información que se entrega a las usuarias. Los hallazgos se analizan en base a los estándares normativos nacionales e internacionales sobre los deberes de información por parte del personal sanitario y el derecho a ser informado en salud sexual y

---

<sup>1</sup> Artículo 119 quáter.

reproductiva, con especial énfasis en la Ley N°20.584 Sobre derechos y Deberes de los Pacientes (2012), la Ley IVE y su reglamentación.

Este trabajo contribuye a identificar las barreras relacionadas con el derecho a la información, elemento clave para que las mujeres puedan acceder a la Ley IVE, en miras a mejorar la implementación de la ley, y así garantizar el acceso y ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

## 1.2 Metodología de la Investigación

El diseño del estudio fue de carácter cualitativo y exploratorio, considerando una perspectiva social y cultural (Amezcuca y Gálvez, 2002; March y Prieto, 1999).

Se realizaron 19 entrevistas semiestructuradas entre noviembre de 2019 a diciembre de 2020, a profesionales médicos y de matronería de la atención de salud pública del nivel de APS (11); profesionales correspondientes a las duplas psicosociales, conformadas por trabajador/a social y psicólogo/a del nivel secundario y terciario de atención, quienes fueron consultados sobre el funcionamiento de la APS y las barreras que observan en este nivel de atención (6); y personas a cargo de la gestión de la atención en salud del nivel central equivalente al Ministerio de Salud (2). Se realizó un muestreo teórico o propositivo, no probabilístico, utilizando la técnica de bola de nieve (Martínez-Salgado, 2012), permitiendo identificar y seleccionar como unidades de análisis, aquellas personas cuyo rol profesional respecto de la IVE fuera pertinente. Se consideró sólo incluir participantes de la Región Metropolitana, por ser la región del país que concentra alrededor del 40.5% de la población nacional (Instituto Nacional de Estadística, 2018).

Para la entrevista, se utilizó una pauta previamente validada que permitiera la flexibilidad necesaria para adaptarla según cómo se fuera desarrollando el trabajo de campo. La investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Derecho de la Universidad Diego Portales.

En atención al contexto sanitario derivado de la pandemia por SARS-CoV-2, a contar de marzo del 2020, las entrevistas fueron realizadas exclusivamente en modalidad no presencial, utilizando la plataforma online Zoom y vía telefónica. Se registró el audio de la entrevista, previa autorización de la persona participante, y fue complementado con anotaciones de campo. La suficiencia de la información, se determinó según criterio de saturación con un total de 19 entrevistas (Martínez- Salgado, 2012).

Se realizó un análisis de contenido de tipo semántico (Amezcuca y Gálvez, 2002). Para facilitar su sistematización, se codificó la información utilizando el software ATLAS. Ti 9.0. Los textos de las entrevistas fueron procesados mediante codificación inductiva, identificando las principales categorías y subcategorías, que permitieron responder nuestra pregunta de investigación y objetivos planteados, a través de una construcción teórica (Palacios, 2012). En este caso, analizamos las entrevistas y sus resultados a través de conceptos como información/desinformación, capacitación, correcto funcionamiento del servicio, publicidad.

## 2. El derecho a ser informado en contexto de prestaciones sanitarias y el deber de capacitación en el ordenamiento jurídico nacional

La Constitución Chilena obliga al Estado asegurar a todas las personas el libre e igualitario acceso a las prestaciones de salud. Establece como obligación la coordinación y control de las gestiones relacionadas con prestaciones sanitarias, así como la ejecución de las acciones de salud, ya sea a través de instituciones privadas o públicas (Artículo 19 N°9). No obstante, las consideraciones específicas al derecho a la información en salud encuentran su regulación detallada a nivel legal y reglamentario.

El principal cuerpo normativo es la Ley N° 20.584 de 2012 sobre los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, cuyo ámbito de aplicación recae en cualquier tipo de prestador sanitario (Artículo N°1). El Párrafo 5° de este cuerpo está dedicado al deber de información que los prestadores institucionales deben proporcionar: información suficiente, oportuna, veraz y comprensible; además de información respecto de las atenciones de salud o tipos de acciones disponibles, y los mecanismos mediante los cuales se puede acceder a las mismas (artículo N°8 inciso primero).

El inciso primero del artículo 10 de esta ley, indica que todas las personas tendrán derecho a que se les informe acerca de su estado de salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, y de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación, así como los posibles riesgos para la persona. Esta norma se vincula con el artículo 14 del mismo texto legal, el que indica que toda persona tiene derecho de otorgar o denegar su consentimiento para someterse a cualquier tipo de tratamiento o procedimiento sanitario. Este derecho debe ser ejercido de forma libre, voluntaria, expresa e informada (artículo N°10 inciso primero). El derecho a recibir información en materia de salud reproductiva, por su parte, está recogido en las Normas Nacionales sobre

Regulación de la Fertilidad (Ministerio de Salud, 2006) y en la ley 20.418 (2010) que fija Normas sobre Información, Orientación y Prestaciones en materia de regulación de la fertilidad.

En el marco de la Ley IVE, los prestadores de salud públicos y privados, tienen la obligación de entregar información veraz en forma escrita y verbal respecto a las alternativas existentes para una mujer en caso de encontrarse en las hipótesis que comprende la ley, incluyendo las alternativas a la interrupción del embarazo:

*... Asimismo, deberá entregarle información verbal y escrita sobre las alternativas a la interrupción del embarazo, incluyendo la de programas de apoyo social, económico y de adopción disponibles. La información será siempre completa y objetiva, y su entrega en ningún caso podrá estar destinada a influir en la voluntad de la mujer. No obstante lo anterior, el prestador de salud deberá asegurarse de que la mujer comprende todas las alternativas que tiene el procedimiento de interrupción, antes de que éste se lleve a cabo, y de que no sufra coacción de ningún tipo en su decisión. (Artículo 11 inciso primero).*

Igualmente, es deber de los prestadores informar sobre la disponibilidad del programa de acompañamiento psicosocial previsto en la Ley IVE. Esto es contar con apoyo de profesionales durante el proceso de decisión, con acciones de acogida y apoyo psicosocial antes de la constitución de la causal, es decir, antes de que se establezca que la persona se encuentra en la hipótesis que la habilita a acceder a una interrupción legal, así como también en el transcurso de dicho proceso, independiente de su decisión final respecto a la interrupción (Ministerio de Salud, 2018).

El acompañamiento es voluntario, no tiene ni debe tener un carácter disuasivo. En esta línea, el deber del personal es de informar las opciones que una mujer tiene, no es un mero formalismo, sino como señala Parra, es habilitar a la persona para que en base al libre ejercicio de su autonomía las personas para elegir someterse o no a un procedimiento médico (Parra, 2013). En el caso de la IVE además habilitar a recibir apoyo psicosocial.

Por otro lado, el deber de capacitación para los funcionarios públicos se encuentra en la Ley N. 18.575, Sobre Bases Generales de la Administración del Estado, (Ley sobre Bases Generales), cuyo artículo 17° indica que el personal encargado de desempeñar funciones públicas debe estar capacitado, y contar con el perfeccionamiento necesario. Esta obligación se vincula con el deber de atender las necesidades públicas de manera continua y permanente, mediante la ejecución de planes y políticas de nivel nacional, regional y comunal, en observancia a la Constitución y las leyes, de forma eficiente y eficaz, en base al principio de probidad administrativa.

Así, la capacitación es una herramienta que le permite al personal contar con información necesaria para desempeñar su trabajo adecuadamente, y poder transmitirla de forma adecuada al público, informando sobre sus derechos. Sin capacitación e información al personal, la población beneficiaria es afectada por la desinformación de los profesionales, impactando de esta manera a las usuarias respecto de información de sus opciones, retardando o bien rechazando la entrega de servicios.

## 2.1 El derecho a ser informado bajo estándares internacionales de derechos humanos

El deber de informar a las personas y el derecho a ser informado en el contexto de servicios sanitarios tiene un correlato en el derecho a la salud reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (artículo 12) que establece el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Naciones Unidas, 1966).

La decisión de aceptar o declinar la atención no es una decisión médica en sí misma, sino una expresión de la autonomía de las personas ante una atención médica o de salud (Cook, Dickens, Fathalla, 2003). El consentimiento no puede ser abordado sólo como la búsqueda de una aprobación por parte de un equipo para tal prestación, sino como parte de un proceso de información completa y veraz para que una persona pueda decidir respecto de su salud o las prestaciones a las cuales tiene derecho.

La relación entre el derecho a la salud, la obligación de informar, y el derecho a ser informado se desarrolla en la Observación General N°14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Dentro de estas, destaca la accesibilidad de la información, que comprende el derecho a solicitar, recibir y difundir información acerca de la salud, solo limitado por el derecho a la confidencialidad (Párr. 12 letra b).

A su vez, otro elemento que comprende el derecho a la salud, es la calidad de los servicios los cuales deben ser médica y científicamente idóneos, además de apropiados en términos culturales. Bajo los estándares internacionales, ello requiere que el personal médico cuente con capacitación suficiente, así como insumos y equipamiento hospitalario en buen estado, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas (Párr. 12 letra d).

Respecto a salud sexual y reproductiva, una de las obligaciones básicas de los Estados es velar por la atención de la salud genésica, entendida como la libertad de decidir sobre la reproducción, el derecho a estar informado sobre métodos seguros y eficaces de regulación de la

fecundidad, y el acceso a los servicios de salud correspondientes (Comité DESC, 2000). Estas obligaciones también se encuentran detalladas en el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, y que desarrolla la misma la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en su informe sobre Acceso a la Información en Materia Reproductiva desde una Perspectiva de Derechos Humanos (2011). Esta enfatiza la obligación estatal de asegurar el acceso a la información, debiendo ser oportuna, completa, asequible, fidedigna y oficiosa (CIDH, 2011). El carácter de oficiosa corresponde a una obligación de transparencia activa, que implica entregar información que resulta indispensable para que las personas puedan ejercer sus derechos, sin necesidad de que medie una solicitud (CIDH, 2011, párr. 25).

A su vez, el derecho a la información se relaciona con el derecho a la libertad de pensamiento y de expresión, así la libertad de libre expresión comprende, en su doble vertiente individual-colectiva, el derecho de buscar y recibir información de toda índole, estableciendo la correlativa obligación para el Estado de suministrar la información cuando ella se encuentre bajo su control (Corte IDH, 2006; Comisión CIDH, 2009).

El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos requiere el acceso a información no sesgada y de forma oportuna. Así, la libertad de decidir sobre la reproducción y la salud sexual, exige que las personas cuenten con información respecto a métodos seguros, eficaces y servicios de salud que les permitan adoptar decisiones resguardando su bienestar personal. Ello incluye la información necesaria sobre servicios de interrupción voluntaria del embarazo de forma segura. Tanto la información como los servicios en salud sexual y reproductiva son condiciones habilitantes para ejercer derechos. Tal como sostiene Novelli, garantizar la información y servicios adecuados se relaciona con un cúmulo de otros derechos, tales como la vida, integridad personal, la igualdad de trato y el reconocimiento de la autonomía personal (2013).

La Recomendación General N°24 del Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) recalca la interrelación entre derechos salud, información y educación, que al ser asegurados por el Estado vela por el ejercicio de los derechos de las mujeres en el contexto de prestaciones médicas. Esta trenza de derechos se garantiza no sólo a través de legislación, sino también mediante políticas públicas dirigidas a fortalecer el ejercicio de dichos derechos (1999).

## 2.2 El problema de la prohibición de publicidad en la Ley IVE: Artículo 119 quáter del Código Sanitario

La Ley IVE establece una norma relativa a la publicidad de servicios legales del embarazo, que dispone:

*Artículo 119 quáter. Queda estrictamente prohibida la publicidad sobre la oferta de centros o procedimientos para la práctica de la interrupción del embarazo en las causales del inciso primero del artículo 119.*

*Lo anterior no obsta al cumplimiento de los deberes de información por parte del Estado, ni a lo dispuesto en el Párrafo 4 del título II de la Ley 20.584.*

No obstante el tenor del primer inciso, el inciso segundo de la misma disposición reconduce la obligación de informar a la ley sobre derechos y deberes en la salud de las personas, dejando claro que los centros asistenciales deben dar cumplimiento a la obligación de informar de las prestaciones disponibles para una mujer en caso de que pueda encontrarse en alguna de las causales.

Durante la tramitación legislativa esta cláusula fue controvertida por sus potenciales efectos. Así, Bascuñán Valdés advertía 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” (Biblioteca del Congreso Nacional, p. 115).

En la misma línea, argumentó la abogada del Departamento de Reformas Legales del Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, señalando que su incorporación “podría entenderse que la entrega de información, por ejemplo, sobre el contenido de la prestación [...] y sobre los costos asociados a ella, constituiría una acción publicitaria, que habría que proscribir. La remisión expresa a la ley N° 20.584, impide que se entienda así, ya que consiste en la entrega de la información que se otorga a las personas y a la que éstas tienen un derecho garantizado por el citado cuerpo legal”.

## 3. La APS como puerta de entrada al sistema público de salud: resultados de la investigación

El sistema público de salud en Chile se estructura en tres niveles. La atención primaria es un nivel de baja complejidad donde se realizan atenciones de carácter ambulatorio, y se encuentra bajo la

administración de los municipios, pero desde el punto de vista técnico dependen del nivel central, el Ministerio de Salud. El nivel secundario está compuesto por centros de salud de atención de mediana complejidad y cobertura, donde se realizan los análisis para la entrega de diagnósticos, y recibe a las personas derivadas desde la APS. Finalmente, el nivel terciario u hospitalario, se caracteriza por trabajar con patologías o enfermedades que requieren atención de mayor complejidad, y está dotado de recursos humanos y tecnológicos especializados (Gómez Bradford *et al.*, 2019).

La APS cumple un rol en la entrega de información destinada a la promoción y protección de la salud de la población en su conjunto. En materia de salud sexual y reproductiva, las campañas impulsadas por el gobierno referentes a la detección temprana del cáncer cérvico uterino, infecciones de transmisión sexual (ITS), consejería sobre VIH, entre otras, se implementan y ejecutan en la APS. En el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2 en Chile, su rol ha sido central en la exitosa campaña de vacunación.

De este modo, la APS es un eslabón primordial en la implementación y acceso a la ley IVE dada su cobertura y su cercanía con la población y constituye una puerta de entrada al sistema. En tanto puerta de entrada suele ser la primera fuente de información formal para las usuarias, y tiene un rol central en labores de pesquisa activa de casos que pudieran estar cubiertas por la ley. Su deber es entregar información y derivar a las usuarias en el más breve plazo. La interrupción del embarazo y el acompañamiento psicosocial realizado por las duplas, se realizan en el nivel secundario y terciario de salud en conformidad con la norma técnica. La APS realiza la derivación al nivel secundario de especialidades (Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, ARO) o a las urgencias gineco-obstétricas donde se constata la causal y eventualmente se realiza la interrupción. En el caso de la causal por violación, la derivación debe realizarse en un plazo máximo de 24 horas (Minsal, 2018).

Conforme a la normativa, cuando una persona pudiera estar en alguna de las tres causales, los profesionales de APS deben proveer información verbal y escrita sobre las alternativas a la interrupción del embarazo, incluyendo la oferta de programas de apoyo social, económico disponibles además de informar sobre la adopción.

Si bien el rol de puerta de entrada de la APS es relevado en las normas técnicas (Ministerio de Salud, 2018), los resultados de las entrevistas revelan que el proceso de instrucción al personal de APS fue escaso, con baja difusión, y de acuerdo a algunas profesionales, de calidad discutible. Se indica que la participación en actividades de capacitación fue voluntaria, o que se capacitó a pocos profesionales por centro APS, quienes posteriormente debían reproducir la información a sus colegas.

A su vez, la capacitación que recibieron además de ser insuficiente no estaba orientada hacia el rol que debía cumplir la APS, como señala una de las participantes:

*“No hay capacitación específica para APS, de hecho, colegas de las duplas psicosociales [...] han [realizado] capacitaciones a APS, pero por cuenta de ellas. Pero desde el Ministerio, desde que se promulgó la ley [...] no se ha notado”. (Dupla).*

La información recabada revela que los equipos de la APS no fueron considerados en los programas de capacitación del nivel central, algunas entrevistadas señalaron haber asistido voluntariamente a instancias de instrucción realizadas por organizaciones de la sociedad civil, cuestión que también habría afectado a las duplas psicosociales:

*Las únicas capacitaciones que hemos tenido han sido [...] por ejemplo, de organismos no gubernamentales. Las [...] que hemos tenido del MINSAL son solamente capacitaciones a distancia, que son copias de la norma técnica. [...] en los consultorios es peor. Nosotros hemos tenido que ir a hacer capacitaciones a los consultorios. (Dupla).*

Los relatos de las entrevistadas ponen en entredicho la calidad de las capacitaciones ofrecidas por el Ministerio, ya que su contenido se limitaba a exponer la ley y sus lineamientos técnicos, y como señaló una participante, en el mejor de los casos, ello habría sido complementado con la entrega de información gráfica. Una participante pone en tela de juicio las razones del gobierno del presidente Piñera por la ausencia de instrucción:

*Yo no sé si no le interesa mucho al gobierno, a las autoridades, que se haga mayor difusión de la ley y por eso que no se han hecho más capacitaciones ni mayor difusión. Como que fue poquito lo que llegó, como un cumplir, digamos que te mandamos dos afiches y estamos listos” (Matrona APS).*

Algunas duplas psicosociales y equipos de APS buscaron subsanar estas falencias mediante capacitaciones auto gestionadas, para paliar los problemas que observaban con respecto a la atención oportuna, el cumplimiento del protocolo de derivación, los deberes de información, y atención integral de las usuarias.

### 3.1 La falta de capacitación del personal sanitario y el deber de informar a la población

Así como se evidencia un déficit en materia de capacitación para los equipos de la APS, nuestros resultados también muestran una escasa difusión de la Ley hacia la población, traduciéndose, según lo relatado, en un bajo nivel de conocimiento por parte de las usuarias.

Dos profesionales relatan que han tenido casos de usuarias que consultan de forma general por el aborto, en la medida que han escuchado sobre la existencia de la Ley IVE, pero desconocen que la ley es una despenalización parcial y que recae sobre causales específicas.

*Algunas pueden llegar preguntando porque quieren abortar y ahí uno les explica que solo hay tres causales, que todavía no es para todo el mundo.” (Matrona APS N°1).*

Otra profesional señaló:

*Yo he visto historias. [...] llega la abuelita con la nieta, que “Mire, mi nieta quedó embarazada, ¿y no se puede hacer algo?”, así como que insinúan y ahí uno les explica que en realidad nosotros acá no podemos hacer nada por ella, porque no está dentro de las tres causales. [...] Atendiendo muchas mujeres, llega una paciente que también veo por lo menos hace un par de años, que estaba con método anticonceptivo y quedó embarazada, y súper complicada [...] entonces le expliqué de nuevo lo mismo, que no califica. (Matrona APS N° 2).*

Al ser consultadas las entrevistadas sobre la entrega de información sobre la interrupción voluntaria del embarazo, emergió el problema señalado anteriormente que se había anticipado en la discusión legislativa respecto del artículo 119 quáter del Código Sanitario, esto es, que algunos profesionales entienden que habría una prohibición de publicitar/informar. Una entrevistada al ser consultada sobre las razones de la desinformación por parte de las usuarias, manifiesta que se debe a que:

*“No se puede hacer propaganda con el tema de la ley [...] no podemos pegar afiches ni nada de eso” (Dupla).*

Lo llamativo de la aseveración es que proviene de una profesional de nivel secundario donde se han enfocado los esfuerzos de capacitación, lo cual confirma que la cláusula sobre prohibición de publicidad produce confusión entre los propios profesionales.

La capacitación es además percibida por las profesionales como un espacio de diálogo para el intercambio de diferentes interpretaciones y perspectivas, lo cual contribuye a la desestigmatización y desmitificación de las propias inhibiciones e ideas preconcebidas acerca del aborto.

*“la falta de capacitación regular, el abrir el tema de conversación, el desmitificarlo, el sacarlo de un espacio como más privado [...] hoy en día [...] no se socializa, no se incorpora”. (Dupla)*

*“la capacitación ayuda a sacarlo de un ámbito personal a ponerlo en el lugar de una garantía, una prestación de salud a las que mujeres tienen derecho acceder [...]”*  
(Dupla)

Ahora bien, para una de las entrevistadas, funcionaria del Ministerio de la Salud, no era evidente de que hubiera necesidad de capacitación:

*Mira, yo creo que para saber ese tema [contenido y necesidad de capacitaciones en APS] uno debería hacer la encuesta correspondiente para saber qué tema se siente más débil con respecto a la ley y ahí uno podría hacer un levantamiento de cuáles serían los temas que necesita la atención primaria en capacitación [...]”* (Entrevista 1 MINSAL)

La sumatoria de estos elementos, falta de capacitación e interpretación errónea de la ley por parte de los equipos profesionales produce un efecto cascada. En otras palabras, el déficit de instrucción al personal sanitario se traduce en qué y cuánto saben de la ley y sus protocolos, y como consecuencia, qué y cuánta información logran transmitir en forma correcta, oportuna y suficiente a las usuarias sobre el acceso a una interrupción legal.

Si los centros de salud de la APS no tienen información visible, ésta tampoco lo está en los centros del nivel secundario y terciario. La difusión de la Ley IVE hacia la población es inexistente, más allá de la información que se encuentre en el portal del Ministerio de Salud, la que además no está presentada de una manera amigable para la población general. Así, pese a 5 años de despenalización parcial, las mujeres que acuden a los centros de APS, en su mayoría, desconocen la ley, sus requisitos y la posibilidad de acompañamiento psicosocial.

## 4. Discusión

La despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo por causales en Chile enfrenta un cúmulo de problemas asociado a la implementación de la ley. Las barreras deben ser analizadas desde un punto de vista más sistémico donde la capacitación al personal y la información juegan un rol importante.

Se estimó durante la tramitación de la ley la concurrencia de unos 2.500 casos al año para la interrupción del embarazo por causales (Biblioteca Nacional del Congreso, 2018). Sin embargo, a cinco años de la vigencia de la ley, las cifras de interrupciones realizadas promedian alrededor de 730 casos anuales hasta septiembre de 2021. La causal de violación sería la menos solicitada conforme a la información del Ministerio de Salud. Desde enero 2018 a mayo de 2022 se registran 437 casos de interrupción por violación de un total de 2.339. A su vez, la causal violación es la más

objetada por gineco-obstetras (46%), anestesistas (22,5%), y profesionales no médicos (20%) según datos del Ministerio a septiembre de 2019 (Montero, Ramírez-Pereira, Robledo *et. al*, 2021).

En el caso de la violación, es importante que la gestante se encuentre dentro del plazo para que se realice la interrupción (12 o 14 semanas según la edad de la gestante), de allí la importancia de contar con información completa y oportuna. La capacitación y la información a su vez contribuye en la reducción del estigma asociado al aborto. Un cambio legislativo de esta envergadura exige múltiples medidas para informar a la población, entrenamientos y capacitación en distintos niveles que reduzcan el estigma y aseguren la provisión de servicios (Alan Guttmacher, 2012).

La APS no figuraba dentro del plan inicial de capacitación, puesto que los recursos estuvieron enfocados en los niveles superiores. En los meses siguientes a la adopción de la ley fue necesario, en primer término, actualizar a profesionales sobre las prácticas de vaciamiento uterino bajo estándares y técnicas actuales (Robledo, 2018). A su vez, se crearon equipos para el acompañamiento psicosocial, así las capacitaciones se posicionaron en los niveles de atención terciaria y secundaria, y no en la APS.

Cabe destacar el contexto y la importancia de cómo se posiciona e implementa una ley. La ley fue publicada a fines de la administración de Bachelet, quedando la implementación a cargo de las autoridades del gobierno de Sebastián Piñera (marzo de 2018 a marzo de 2022), cuya coalición política siempre estuvo por mantener la penalización absoluta del aborto. La ausencia de campañas informativas para la población, así como de programas de instrucción suficientes para el personal de APS, ha propiciado un desconocimiento generalizado de la ley. A ello se debe sumar el efecto que significó la pandemia para los centros asistenciales, dejando aún más relegada la capacitación y eficiente implementación de la Ley IVE.

Otras investigaciones sobre la implementación de la Ley IVE en Chile llegan a similares conclusiones (Lampberti-Grassi, 2019; Mesa Acción por el Aborto en Chile, 2019; Casas *et al*, 2022), revelando diversas barreras de acceso para el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres en los distintos niveles de atención. En cualquier caso, el acceso a información sobre interrupción legal del embarazo no es un problema privativo de Chile, en el caso de Colombia, por ejemplo, las mujeres buscan interrupciones del embarazo en la clandestinidad, pese a estar habilitadas para recurrir al sistema sanitario, al desconocer el estatus legal del aborto (Keefe-Oates, Makleff, Sab *et. Al*, 2020).

Desde una perspectiva bioética, el derecho a la información resulta imprescindible para el ejercicio efectivo de la autonomía, materializada en la toma de decisiones informadas respecto a prácticas de salud (García *et al*, 2004). La información completa, oportuna y veraz, es un elemento

habilitante para ejercer derechos en materia de salud sexual y reproductiva, el saber es poder. En esta línea, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en el Informe sobre Acceso a la Información sobre Salud Reproductiva (2011), señala que “para garantizar el ejercicio pleno y efectivo del derecho de acceso a la información, la gestión estatal debe regirse por los principios de máxima divulgación y de buena fe, [en que el primero] se refiere al principio de máxima divulgación [que] ordena diseñar un régimen jurídico en el cual la transparencia y el derecho de acceso a la información sean la regla general sometida a estrictas y limitadas excepciones” (2011, párr. 16).

Sobre esta base, la despenalización de la interrupción en tres causales debió estar acompañada de capacitación profesional continua y suficiente, de modo que el personal dispusiera de las herramientas para afrontar adecuadamente la provisión de servicios tanto desde su arista técnica como socio-cultural.

Si el personal a cargo de la implementación de la Ley IVE tiene una lectura restrictiva del deber de información, se transgrede una de las obligaciones primordiales del Estado en materia sanitaria y, por tanto, incumple su rol de garante. Ello puede explicarse a propósito de una deficiente instrucción sobre el marco normativo aplicable, o bien por una interpretación cuyo fin es desvirtuar el sentido de la ley, imponiendo barreras para el acceso a un aborto legal.

En definitiva, el grado de capacitación determina el conocimiento respecto al tipo de acción que deben desempeñar las profesionales, así como la pesquisa activa al enfrentarse a un posible caso IVE. El establecimiento de protocolos por sí mismo no resulta suficiente para la implementación de la ley y la pesquisa efectiva de casos. Si el personal no cuenta con la instrucción suficiente para ponerlos en práctica, o simplemente los desconoce es posible que tampoco informe de los servicios en forma oportuna. A ello se suma que como producto de la deficitaria campaña de información a la población, las usuarias tampoco tienen las herramientas para exigir las prestaciones consagradas en la ley.

La información resulta de vital importancia, especialmente dado el aumento de violencia de género producto del confinamiento en muchos países del mundo, y Chile no fue la excepción (Casas y Maira, 2021). Por lo mismo, había una urgente necesidad de informar a la población de todas las prestaciones a las cuales tienen derecho, incluyendo interrumpir un embarazo. Ello no ocurrió.

La prohibición de publicitar centros de interrupción del artículo 119 quáter reduce, en la práctica, la información disponible en los centros de salud reforzando la estigmatización cultural a la interrupción voluntaria del embarazo, y con ello el acceso a las mujeres que pudieran solicitarlo.

Los prejuicios vinculados a la interrupción legal del embarazo se potencian con normas restrictivas y ambiguas, dificultan la comprensión, especialmente si las capacitaciones son deficitarias además de estar centradas únicamente en aspectos técnicos y no los aspectos culturales.

Las prácticas médicas deben evolucionar desde un modelo paternalista de atención hacia un modelo que promueva la libertad de autodeterminación de las personas a través de la información completa. La consideración de estas cargas valóricas, presentes tanto en usuarias como personal sanitario, es crucial para garantizar un servicio humanizado, y desprovisto de coerciones de cualquier tipo, fortaleciendo la libre decisión de las personas (Ribeiro-Alvez, 2012). Por ende, la capacitación es un elemento imprescindible para asegurar la correcta implementación de una ley de estas características, pues a través de un fortalecimiento en la instrucción técnico-normativa, y la adecuada capacitación desde una perspectiva de género, se garantiza la provisión de un servicio que dé respuesta a la situación de personas gestantes.

## 5. Conclusión

Nuestro estudio devela una cadena de incumplimientos que perjudican a las usuarias en “efecto cascada”. Esto implica desinformación a usuarias producto de la deficiente capacitación del personal sanitario y la falta de una campaña robusta de difusión hacia la población, obstaculizando el acceso efectivo a interrupciones legales del embarazo. Es posible que el problema del bajo número de casos no tenga una única causa, pero sin duda la falta de capacitación al personal y la ausencia de información a la población contribuye al escenario descrito.

Considerando los estándares normativos a nivel local e internacional examinados, se verifica una brecha importante respecto a deberes de información que pesan sobre la institucionalidad hacia la población y el personal sanitario. Se suma a ello, la ambigüedad de la disposición del artículo 119 quáter sobre la publicidad, generando confusión entre equipos profesionales e interpretaciones erróneas sobre la prohibición a dar a conocer los servicios de interrupción legal.

La implementación de la Ley IVE debe estar acompañada por un encuadre de respeto a los derechos sexuales y reproductivos, con un enfoque profesional humanizado y no discriminatorio hacia quienes acuden por alguna de las causales. La ejecución de políticas públicas de información y capacitación del personal es una deuda pendiente, las cuales se deben ejecutar tomando en cuenta una instrucción efectiva en materia de violencia de género, unificación de protocolos de

acción y derivación, así como la incorporación de elementos informativos de fácil distribución y comprensión para las usuarias.

## Agradecimientos

A todas las personas que aceptaron participar en este estudio.

## Bibliografía

- ◆ Alan Guttmacher Institute, “Making Abortion Services Accessible in the Wake of Legal Reforms, In Brief, Series 1, 2012  
[https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/fb-abortion-services-laws\\_0.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/fb-abortion-services-laws_0.pdf).
- ◆ Amezcua M; Gálvez A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*. 76(5) 423-436.
- ◆ Almenara Barrios, J., García Ortega, C., Cózar Murillo, V. (2004). La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002. *Revista Española de Salud Pública*; 78 (4) 469-479.
- ◆ Beca Infante, J. (2017). La autonomía del paciente en la práctica clínica. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*. 33 (4) 269-271. Disponible en: <https://revchilenfermrespir.cl/index.php/RChER/article/view/199>.
- ◆ Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2018). Historia de la Ley N°21.030, Regula la despenalización voluntaria del embarazo en tres causales. Disponible en: [www.bcn.cl/historiadelaley](http://www.bcn.cl/historiadelaley).
- ◆ Biblioteca Nacional del Congreso de Chile. (2019). *Asesoría Técnica Parlamentaria*.
- ◆ Casas, L; Maira, G. (2021). Derechos humanos de las mujeres en el contexto de la pandemia: aumento de la violencia y postergación de la salud sexual y reproductiva. *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile 2021*. Francisca Vargas Ed. Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales, pp. 383-416. Disponible en: <https://derechoshumanos.udp.cl/cms/wp-content/uploads/2021/12/DDHH2021-Definitivo-383-418.pdf>.
- ◆ Casas, L; Álvarez, J.; Montero, A; Vivaldi, L.; Bozo, N.; Babul, J. (2022). Primary care and abortion legislation in Chile: A failed point of entry. *Developing World Bioethics*, Especial Issue Article, 1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/dewb.12377>.

- ◆ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2011). *Acceso a la Información en Materia Reproductiva desde una Perspectiva de Derechos Humanos*. Doc.61. Washington DC.
- ◆ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2009). *Marco jurídico interamericano sobre el derecho a la libertad de expresión*- Relatoría Especial para la Libertad de Expresión, 30 de diciembre de 2009. Washington DC.
- ◆ Comité CEDAW (1999). *Recomendación General N°24. La Mujer y la Salud*.
- ◆ Comité de Derechos Económicos Sociales y Políticos. (2000) *Observación General N°14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. E/C.12/2000/4, CESCR.
- ◆ Cook, R; Dickens, B.; Fathalla, M. (2003). *Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Humanos. Integración de la Medicina, la ética y el derecho*. Trad. Adriana de la Espriella. Bogotá: Oxford University Press & Profamilia.
- ◆ Corte IDH (2006). *Caso Claude Reyes y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 19 de septiembre de 2006.
- ◆ \_\_\_\_ (2020). *Caso Guzmán Albarracín y otros Vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 24 de junio de 2020.
- ◆ García Ortega, C; Cózar Murillo, V; Almenara Barrios, J. (2004). La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002. *Revista Española de Salud Pública*; 78 (4) 469-479.
- ◆ Gómez Bradford, M., Quiroga, A., Matute, I., González, C., Castillo, C., Fuentes, R. (2019). Prestadores de servicios asistenciales de salud. En González Wiedmaier, C., Castillo Laborde, C. y Matute Willemsen, I., Editores. *Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno*. Serie de Salud Poblacional N°2. Santiago: Universidad del Desarrollo.
- ◆ Instituto Nacional de Estadística (2018). Síntesis de Resultados. Censo 2017. Santiago de Chile. Disponible en: <http://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>.
- ◆ Keefe-Oates, B; Makleff, S; Sab, E; Forero, LJ; Mendoza, D; Olaya,MA; Ávila Morales, Fabiola; Friedman, J; Baum, SE. (2020). Experiences with abortion counselling in Mexico City and Colombia: addressing women's fears and concerns. *Culture, Health & Sexuality*, 22 (4) 413-428. <https://doi.org/10.1080/13691058.2019.1604995>.
- ◆ Lampert-Grassi. Aplicación de la Ley N° 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Biblioteca del Congreso Nacional. s/f. Disponible en: [https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27530/1/BCN\\_aplicacion\\_de\\_la\\_ley\\_de\\_aborto\\_marco\\_legal\\_datos\\_Final.pdf](https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27530/1/BCN_aplicacion_de_la_ley_de_aborto_marco_legal_datos_Final.pdf).
- ◆ March, J., Prieto, M., y cols. (1999). Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gaceta Sanitaria* (13) 312-

319. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es/tecnicas-cualitativas-investigacion-salud-publica-articulo-resumen/S0213911199713737>.

- ◆ Martínez – Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3): 613-619. Disponible en: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/edicoes/pesquisa-qualitativa-em-saude-coletiva-panoramas-e-seus-desafios/91>.
- ◆ Mesa Acción por el Aborto en Chile (2019). *Informe de Monitoreo Social. Implementación de la ley de interrupción del embarazo en tres causales*. Disponible en: <https://clacaidigital.info/handle/123456789/1219?locale=attribute=en>.
- ◆ Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, Gobierno de Chile (2018). Norma Técnica Nacional, Acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley N° 21.030.
- ◆ Ministerio de Salud, Gobierno de Chile (2007). *Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad*.
- ◆ Ministerio de Salud. *Ley que Despenaliza la Interrupción Voluntaria del Embarazo en 3 causales*. En: <https://www.minsal.cl/reporte-ley-ive/>.
- ◆ \_\_\_\_ Funcionarios objetores de conciencia. En: <https://www.minsal.cl/funcionarios-objetores-de-conciencia-por-servicio-de-salud/>.
- ◆ Montero, A; Ramírez-Pereira, M; Robledo, P; Casas, L; Vivaldi, L. (2021). Prevalencia y características de objetores de conciencia a la Ley 21.030 en instituciones públicas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, Rev Chil Obstet Ginecol.* 86(6), 521-528, DOI: 10.24875/RECHOG.21000006.
- ◆ Novelli, C. (2013). Derechos Sexuales y Reproductivos en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos: el caso del acceso a los servicios de salud materna. En L. Clérico, L. Ronconi y M. Aldao (coordinadores). *Tratado de Derecho a la Salud*. Tomo I. Buenos Aires: Abeledo Perrot, pp. 801-841.
- ◆ Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (1976).
- ◆ Palacios, D. (2012) Análisis de Datos Cualitativos en Investigación Médica. *Epidemiología y Salud. Epidemiología y Salud.* 1(2),10-12. Disponible en [https://www.siicsalud.com/pdf/eys\\_1\\_2\\_129019\\_51613.pdf](https://www.siicsalud.com/pdf/eys_1_2_129019_51613.pdf).
- ◆ Parra S, Darío. (2013). The obligation to inform the patient: Issues on the right to be informed. *Revista Médica de Chile*, 141(12), 1578-1583. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001200012>.
- ◆ República de Chile. (1986) Ley N°18.575. Sobre Bases Generales de la Administración del Estado – DFL N°1.

- ◆ \_\_\_\_ (2012). Ley N°20.584, Sobre Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.
- ◆ \_\_\_\_ (2017). *Ley N°21.030. Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales.*
- ◆ \_\_\_\_ (2010). Ley N°20.418. Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad.
- ◆ \_\_\_\_ (2005) *Constitución Política de la República.*
- ◆ Ribeiro-Alves, A. (2012). La autonomía del paciente desde una perspectiva bioética. *Journal of Oral Research*, 1(2): 90-97.
- ◆ Robledo Hoecker, P. (2018). Desafíos pendientes en la implementación de la Ley 21.030 de Chile, que despenalizó la interrupción voluntaria del embarazo. *Cuad Med Soc (Chile)*, 58(2), 73-82.

**Fecha de recepción: 6 de junio de 2022**

**Fecha de aceptación: 29 de noviembre de 2022**

**Fecha de publicación: 14 de junio de 2023**