



Instituto de
Salud Pública
Universidad Andrés Bello

Universidad Andrés Bello
Instituto de Salud Pública
Programa Magíster en Salud Pública mención en Epidemiología

Análisis epidemiológico y sociodemográfico de la interrupción voluntaria del embarazo, Chile 2018-2021.

Autoras:

Marjorie Marlene Arriaza Ponce de León

Gabriela Patricia Díaz Escalona

Patricia Alejandra Medel Orellana

Natalia Paulina Ulloa Chamblás

Profesor Tutor:

Nicolas Fernando Valdés Ortega

Químico Ambiental, Universidad de Chile

MSc Epidemiología, Universidad de los Andes

Santiago de Chile

2022

i. Agradecimientos

Agradecemos a nuestra familia, padres, hermanos, hijos y compañeros de vida que, sin su apoyo incondicional, mucho de este camino habría sido más difícil de lograr.

A nuestros amigos, quienes nos apoyaron con un momento de alegría y ánimo durante este largo proceso.

A nuestros docentes que en todo nuestro proceso de formación nos brindaron los conocimientos y herramientas necesarias para llegar a este paso.

A Dios, por acompañarnos y darnos fortaleza cuando más lo necesitamos.

A nuestras compañeras de tesis, hoy culmina esta aventura y no podemos dejar de recordar cuantas tardes y horas de trabajo nos llevó llegar donde estamos hoy, sin la perseverancia y conocimientos de cada una, hemos obtenido el mejor fruto de nuestro trabajo en equipo.

ii. Resumen Ejecutivo

La Ley N°21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, está vigente en nuestro país desde el 23 de septiembre del año 2017. La normativa establece como causales específicas: cuando la mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida; cuando el feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente; o cuando el embarazo sea resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación. (Minsal, 2018)

Bajo este contexto, la presente tesina tiene como objetivo analizar el perfil epidemiológico y sociodemográfico de las mujeres sometidas a interrupción voluntaria del embarazo según la Ley 21.030 en Chile, durante los años 2018 a septiembre del 2021. Para esto, se realizó un estudio con enfoque observacional de tipo cohorte retrospectivo. El cual arrojó que las regiones que presentan mayor porcentaje de IVE son, la región Metropolitana, Valparaíso y del Bío-Bío. La edad promedio de las usuarias es de 29 años y el sistema de salud más utilizado es Fonasa.

Durante el periodo analizado se registraron un total de 2.556 casos IVE. La causal inviabilidad fetal, es la que ocupa la primera mayoría con un 50,7% del total, seguida de la causal riesgo vital de la mujer, con un 31,18%, finalmente con 18,1% del total, se ubican los casos atribuibles a la causal embarazo resultado de una violación.

Como principales hallazgos cabe destacar que, durante el año 2020, los casos producto de una violación suben considerablemente, comparados con años anteriores.

Las causales que arrojan la primera mayoría acerca de continuar su embarazo son: inviabilidad fetal, con un 19%, en segundo lugar, se presenta la causal riesgo vital de la mujer, con un 16% y en tercer lugar la causal de violación con un 7,8%.

Conclusiones: El análisis realizado muestra que es necesario mejorar las políticas públicas de la salud sexual y reproductiva en Chile. Que existen grandes inequidades en la prevención. Y que como todo cambio social profundo, requiere de un trabajo continuo de sensibilización, capacitación, monitoreo y vigilancia, de las políticas públicas, para lograr que el beneficio esperado se materialice en especial hacia los sectores más vulnerables.

Índice

i.	Agradecimientos	2
ii.	Resumen Ejecutivo	3
	Índice de tablas y gráficos	5
	Capítulo I: Introducción	6
	Capítulo II: Marco Teórico	8
	Magnitud del problema:	9
	Contexto internacional:	9
	Contexto nacional:	10
	Políticas públicas en relación al aborto:	12
	Marco normativo y legal:	13
	Epidemiología del aborto en Chile:	13
	Características sociodemográficas del aborto en Chile:	14
	Capítulo III: Objetivos	16
	Objetivo General:	16
	Objetivos Específicos:	16
	Capítulo IV: Metodología	17
4.1	Población	17
4.2	Tipo de estudio	17
4.3	Fuentes para la obtención de datos	17
4.4	Variables	18
4.5	Análisis de datos	19
4.5.1	Asociación de variables	19
4.6	Riesgo de sesgos	19
4.7	Aspectos éticos	19
4.8	Conflicto de interés	20
	Capítulo V: Resultados	21
5.1	Análisis descriptivo	21
5.1.1	Gráfico región:	21
5.1.2	Resumen de variables cualitativas y cuantitativa edad.	22
5.2	Análisis Inferencial	24
5.2.1	Modelo de regresión	25

Capítulo VI: Discusión y Conclusión	27
6.1 Discusión	27
6.2 Conclusión	28
Capítulo VII: Oportunidad de mejora	30
Bibliografía	32

Índice de tablas y gráficos

Tabla N°1 Tabla resumen de variables cualitativas y cuantitativa edad	22
Tabla N°2 Tabla de frecuencia previsión de salud de la mujer por causal de IVE	23
Tabla N°3 Causales IVE y Decisión de interrupción de embarazo	24
Tabla N°4 Modelo de regresión logística Decisión interrupción embarazo y riesgo vital de la mujer	25
Tabla N°5 Modelo Regresión Logística Múltiple. IVE Edad Causal y Previsión de Salud	25
Tabla N°6 Modelo de regresión logística Decisión interrupción embarazo y Previsión de salud	26
Gráfico N°1 Región de Residencia.	21

Capítulo I: Introducción

Por diversas razones, mujeres de todo el mundo se ven en la necesidad de interrumpir un embarazo que no pueden llevar a término. Según Herrera et al: “La interrupción del embarazo ha sido un tema controvertido debido a las influencias religiosas, sociales y jurídicas. Para algunos, cualquier tipo de aborto es un crimen, mientras que, para otros, no es un delito, sino que un derecho de la mujer, quien debe poder tomar decisiones que afecten su propio cuerpo” (2011). Estas miradas tan distintas de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), han hecho que la regulación legal, en los diferentes países del mundo sea muy dispar.

Por tanto, el aborto es un problema de gran magnitud a nivel mundial, en donde la frecuencia de aborto inducido es difícil de precisar, especialmente en aquellos países donde hay restricción legal del aborto, mientras que en aquellos países donde el aborto inducido es legal las cifras son más reales (Donoso, E. et al. 2016).

Chile no ha estado ajeno a esta problemática, antes de la dictadura el aborto fue legal bajo ciertas condiciones, sin embargo, después de 1973 se prohibió en todas sus formas. En el 2017 con la aprobación de la Ley 21.030, se recupera la autorización que tenían las mujeres de poder poner fin a un embarazo, bajo el alero de tres causales: riesgo vital para la madre, inviabilidad del feto y en casos de que el embarazo sea resultado de una violación.

A cuatro años de aprobada la IVE, en Chile son pocos los estudios que se han realizado al respecto, sin embargo, de los existentes, demuestran que aún hay que sortear brechas importantes. El estudio de María Espinoza en el 2020 concluyó que se observa un sesgo sociosanitario en el tipo de causal y en la cantidad de abortos realizados en el país (Espinoza y Lezcano, 2021). La tercera causal fue la única que aumentó en el último año 2020 y su distribución por edad y nivel socioeconómico fue inequitativa. El análisis realizado muestra que es necesario mejorar las políticas públicas de salud sexual y reproductivas en Chile y que existen grandes inequidades en la prevención y el acceso a prestaciones.

Esta Ley sin duda, ha sido un paso significativo para el mejoramiento de la salud reproductiva y materna, ya que “tiene por finalidad resguardar los derechos de las mujeres (desde la niñez y adolescencia) y ofrecerles una adecuada protección para decidir sobre su vida, atendiendo a las necesidades, expectativas y derechos de las mujeres de hoy, en sus condiciones de vida particulares” (Minsal, 2017).

No obstante, la IVE sigue siendo un fenómeno que hay que estudiar, por la existencia de múltiples factores que influyen en forma determinante en todo el proceso que lleva la decisión abortar, sobre todo en la parte inicial del problema, como son los embarazos no deseados. A nivel mundial se producen 210 millones de embarazos, de los cuales se estima que el 38% no son

planeados y el 22% terminan en abortos (Ferrando, 2002). En América Latina y el Caribe, de los 18 millones de embarazos que se producen cada año, 52% no son planeados y 21% terminan en aborto (Guthmacher, 1999). Como se observa, el inicio del problema no está constituido por un conjunto de casos aislados que llegaron a esta situación por motivos únicamente de ámbito personal, sino que existen múltiples variables que están profundamente asociadas y que se hace imperioso conocer para poder fortalecer y evaluar políticas públicas vigentes de protección a la salud materna.

Bajo este razonamiento y debido a que se trata de una ley puesta en marcha hace tan solo 4 años en Chile, existen pocos análisis y registros en cuanto a datos epidemiológicos y sociodemográficos que indiquen alguna relación o permitan obtener conclusiones de los beneficios de esta ley para las mujeres que habitan en Chile, es por ello que el presente estudio tiene como objetivo analizar los datos dispuestos en el Departamento Nacional de Estadísticas (DEIS), con el objetivo de producir evidencias relevantes que pueda ser insumo o herramienta para futuros actores o investigadores, que deseen desarrollar un proceso de toma de decisiones basado en la evidencia epidemiológica existente.

La pregunta que guía el proyecto de investigación es: ¿Cuál es el perfil epidemiológico y sociodemográfico de las mujeres sometidas a interrupción voluntaria del embarazo en Chile durante los años 2018 al 2021?

Capítulo II: Marco Teórico

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE), es un procedimiento clínico para finalizar un embarazo, realizado por profesionales sanitarios acreditados. Los métodos utilizados para la IVE son distintos según las semanas de gestación y la situación clínica de la gestante.

Según la OMS aborto es “la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente” (OMS, 1994).

Se considera el aborto seguro, cuando se efectúa según los métodos recomendados por la OMS acordes con el tiempo del embarazo y aplicados por personas calificadas.

De acuerdo con la OMS se define la mortalidad materna como la muerte de ésta dentro de los 42 días de haber terminado un embarazo, independiente de la duración y localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada por el embarazo y su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales.

Conforme a la Ley 21030 considera el objetivo del acompañamiento psicosocial para:

“asegurar el bienestar biopsicosocial de la mujer que vive un embarazo en que concurra alguna de las tres causales, para que tome la decisión de continuarlo o interrumpirlo con información completa y veraz sobre su situación de salud, de los procedimientos médicos y de la patología fetal (en caso de aplicarse), con claridad sobre las medidas de apoyo que están a su disposición, en un ambiente de acogida.”

Según la “Norma Técnica Nacional: Acompañamiento y Atención Integral a la mujer para la Interrupción voluntaria del Embarazo en tres causales” (Minsal, 2017), la IVE debe abordarse de forma integral, con un modelo de atención multidisciplinario y biopsicosocial.(bis Gaby) Esto se ve reflejado en la misma ley, que indica de manera textual que debe proporcionarse información veraz respecto al procedimiento a efectuarse, entregar de forma verbal y escrita sobre las alternativas a la IVE, e incluir en ella, la información respecto al acompañamiento por una trabajadora social, apoyo económico, y de adopción en caso de requerirse. En los casos que exista algún tipo de discapacidad sensorial, la ley también es clara en que se dispondrá de alternativas de comunicación adecuadas a las necesidades de la paciente o su tutor según sea el caso.

Magnitud del problema:

Según datos del Instituto Guttmacher Lancet y la OMS, entre los años 2015 y 2019, ocurrieron en el mundo aproximadamente 121 millones de embarazos no planeados por año, correspondiente a una tasa global de 64 por 1000 mujeres en edades de 15 a 49 años (Bearak, 2020). De estos embarazos no planificados, aproximadamente 61% terminaron en aborto (73 millones/año), correspondiente a una tasa global de 39 por 1000 mujeres en edades entre 15 y 49 años. De estos abortos, un 45 % se llevaron a cabo en un ambiente inseguro, que dio origen a un 7,9 % de las muertes maternas (O'bannon, 2020).

A nivel mundial, la tasa de aborto ha permanecido relativamente estable hace aproximadamente 30 años, sin embargo, durante los años 2000, se evidenció una leve disminución. Pese a esto, durante los años 2015 al 2019 se presentó una nueva elevación, y frente a lo que se esperaría, no se observa que sea menor en países o regiones donde el aborto está restringido (Bearak, 2020).

Contexto internacional:

En América Latina y el Caribe, la proporción de abortos aumentó de 23% a 32% en los 25 años analizados (Sedgh et al, 2016). En Asia del Sur y Central, el porcentaje pasó de 17% a 25% y en África del Sur, de 17% a 24%, desproporcionadamente afectada, ya que dos tercios de todas las defunciones relacionadas con el aborto tienen lugar en ese continente (Sedgh et al, 2016).

A nivel mundial y nacional, la salud reproductiva y el aborto están sujetas a continuas disputas que surgen de preguntas sobre género y equidad, derechos humanos, moralidad, religión y normas culturales. Los problemas relacionados con la reproducción movilizan fuertes sentimientos entre los grupos sociales y políticos y tienen un gran valor simbólico para los gobiernos (Blystad et al, 2020).

Sin embargo, aproximadamente 7 millones de mujeres son ingresadas en los hospitales cada año, debido a complicaciones por un aborto inseguro, tales como hemorragia, infecciones, shock séptico, perforación intestinal y uterina y peritonitis, ocasionando grandes gastos gubernamentales, lo cual es mencionado por Ishola y colaboradores el año 2020: “el costo anual del tratamiento de complicaciones mayores por un aborto inseguro está estimado en 232 millones de dólares cada año en países desarrollados” (Ishola et al, 2020).

La promoción del cuidado materno ha sido un pilar fundamental en la elaboración de políticas públicas alrededor del mundo, particularmente interpuestas por los “Objetivos del Milenio” como parte del quinto compendio que se enfocó en la salud materna. Las Naciones Unidas plantearon como meta que todos los estados deben disminuir la mortalidad materna en 75% para 2015, en cambio, esta ha disminuido en 50% globalmente (Valenzuela et al, 2017, p. 1013).

No obstante, según Valenzuela et al, entre 1990 y 2014, las tasas de aborto han disminuido significativamente en los países más desarrollados del mundo, de 46 a 27 interrupciones de embarazo anuales por cada 1.000 mujeres en edad fértil (de 15 a 44 años). Sin embargo, durante estos 24 años, en las regiones más pobres, las cifras sólo han sufrido una variación de 39 a 37 por cada 1.000 mujeres (2017).

Contexto nacional:

Alrededor de 1873, las consideraciones de la doctrina y de la práctica médica y jurídica instalaron en Chile la noción de que el aborto efectuado por un médico era una acción lícita en determinados casos (Bascuñán, 2004, p. 144). Desde la ética médica se formuló un catálogo de “indicaciones” que validaba como intervención terapéutica la práctica del aborto y cuyas orientaciones que también influenciaron la doctrina jurídico-penal se mantuvieron en las primeras décadas del siglo XX (Valdebenito et al, 2004, p. 495).

No obstante, la práctica del aborto pertenecía al ámbito privado de las mujeres y no constituía preocupación por parte de las autoridades, hasta que en el año 1930, alcanzó el estatus de grave problema para la salud pública y se autorizó en caso de grave riesgo para la vida o salud de la mujer, mediante el artículo 119 del código sanitario que estipulaba que “sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo y que, para proceder, se requiere la opinión documentada de dos médicos cirujanos” (Dides, 2006, p. 219-229).

Mientras tanto, en la década de 1960, las tasas de mortalidad materna eran muy elevadas, siendo la mortalidad por aborto el 35% del total de muertes maternas. Frente a esta realidad, y bajo la presidencia de Eduardo Frei Montalva, se formuló la política de planificación familiar del Gobierno de Chile cuyo objetivo fue reducir los riesgos asociados a la práctica del aborto inducido en condiciones inseguras, mediante la cual se pretendía, además de disminuir el deceso por aborto inseguro, el respeto a la conciencia de las personas y su dignidad (Donoso y Vera, 2016, p. 365). El servicio de planificación familiar buscaba mediante la utilización de métodos contraceptivos disminuir la utilización del aborto como mecanismo de control de la natalidad, entre otros beneficios (Castro, 2009, p. 75).

Además, la problemática del aborto no solo perjudicaba a las mujeres y a sus familias, el sistema de salud chileno debía asumir los altos costos económicos que implica tratar las complicaciones derivadas del aborto, incurriendo en un importante gasto público destinado a las enfermedades obstétricas. Debido a esto es que el aborto se transformó, durante esa época, en un problema de salud pública para nuestro país (Armijo y Monreal, 1964, p. 42).

En el año 1989 y bajo la dictadura de Augusto Pinochet, el aborto fue penalizado en todas sus formas. “Durante esa época se suspendió todo tipo de actividad orientada a la prevención de los embarazos y a la educación sexual, así como también se desestimuló el uso de métodos de contracepción” (Jiles y Rojas, 1992).

Posteriormente en 1997, el Minsal define la salud sexual y reproductiva como una de las 16 prioridades Nacionales de Salud, definiendo metas como parte de los Objetivos Sanitarios para la década del 2000-2010. Uno de los 3 objetivos propuesto sería reducir la incidencia del aborto provocado mediante la mejora en la oferta y calidad de los servicios en materia de Salud Sexual Reproductiva, lo que se refiere principalmente a información y métodos anticonceptivos de calidad (Minsal, 1997).

Luego, en el año 2000, un grupo de parlamentarios/as e instituciones que trabajan en salud y derechos sexuales y reproductivos, presentaron al Parlamento un Proyecto de Ley Marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos que pretende que el estado genere los dispositivos necesarios para asegurar y promover estos derechos. Sin embargo, este proyecto no fue discutido en ese periodo (Cubillos, 2019, p. 98).

El aborto fue la tercera causa de muerte materna en el período 2000-2009; siendo la única de las principales causas que presentó una tendencia descendente significativa en el período estudiado. En el período anterior 1990-2008, también se observó una reducción en el número de muertes por aborto, probablemente en relación con el descenso significativo de la natalidad, lo que no sucedió en el período 2000-2009. La estrategia para continuar el descenso de la mortalidad materna por aborto es el control de la fecundidad, especialmente en grupos de mujeres de alto riesgo de recurrir al aborto inseguro. Es posible que concurra a explicar la baja mortalidad materna por aborto, el uso de métodos abortivos de menor morbilidad y mortalidad (Donoso & Carvajal, 2012, p. 1257).

Durante el 2009, el Minsal adoptó el protocolo sobre el tratamiento humanizado del aborto, que obliga a los facultativos de la salud a abstenerse de obtener confesiones de mujeres que ingresan a servicios de salud por complicaciones derivadas del aborto, siendo el objetivo garantizar el secreto profesional médico- paciente (Vargas M., 2010).

Hasta llegar a los años 2014 a 2018, donde se plantea explícitamente una intención de representar la sexualidad desde un discurso de derechos humanos y bajo una perspectiva de género, al hablar abiertamente de Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSSRR) e impulsar iniciativas no sólo ligadas a la reproducción. Aunque sigue existiendo un fuerte énfasis sanitario, dicha mirada parece ceder espacio ante un discurso de derechos, al intentar promover iniciativas que respeten las decisiones particulares de las personas. Asimismo, se observa un interés por fortalecer los mecanismos de participación ciudadana existentes, a la vez que se propician otros. “Finalmente se intentó integrar nuevos beneficiarios al ámbito de la política y no centrarse sólo en mujeres en edad fértil. Esto representa un cambio significativo respecto a los gobiernos anteriores en el abordaje de la sexualidad” (Cubillos, 2019).

En Chile, la primera línea de prevención del aborto provocado, históricamente, se ha enfocado sobre la planificación familiar mediante provisión y acceso a métodos anticonceptivos, destinada a evitar un embarazo no planificado. Cuando esta falla o es insuficiente, una segunda línea de prevención más reciente ha sido la emergencia de programas de apoyo para embarazos vulnerables en riesgo de aborto por parte de la sociedad civil o por equipos obstétricos locales en el caso de enfermedades congénitas graves. Expandir la cobertura de estos programas preventivos y monitorear su efectividad, es necesario para prevenir y continuar disminuyendo los abortos provocados en la clandestinidad (Koch, 2001).

Políticas públicas en relación al aborto:

La Ley 21.030, con las políticas públicas en salud materna, reproductiva y sexual, tienen por finalidad resguardar los derechos de las mujeres, desde la niñez y adolescencia, y ofrecerles una adecuada protección para decidir sobre su vida y su salud sexual y reproductiva, atendiendo a sus necesidades, expectativas y derechos, en sus condiciones de vida particulares (Minsal, 2018, p.9).

Las causas de mortalidad materna a nivel global y regional en el período 2003-2009 (Regitz-Zagrosek, et al, 2011) revela que las causas indirectas han aumentado globalmente, subiendo de un 20% a un 27,5% del total de muertes maternas, siendo más del 70% por enfermedades preexistentes. Este cambio en la salud materna requiere revisar las prácticas de atención del equipo de salud para visibilizarlas, identificarlas oportunamente y actuar preventivamente. La protección de la salud materna en Chile ha sido una política de Estado, en especial a partir de la segunda mitad del siglo pasado, a través de la implementación de una serie de políticas públicas: control prenatal universal a nivel de los centros de Atención Primaria; planificación familiar/regulación de la fertilidad, desde la década de los 60, con respaldo legal (Ley 20.418, 2010); derivación oportuna de los embarazos que presenten alguna condición de riesgo a centros de referencia en la atención secundaria y terciaria, de acuerdo a normativas técnicas; atención institucional y profesional del parto, y reforzamiento de las competencias para la resolución de emergencias obstétricas. Estas diversas medidas contribuyen a tener una baja mortalidad materna (15,12/100.000, 2015), la segunda más baja en América Latina, después de Uruguay (Minsal, 2018).

Marco normativo y legal:

En materia de aborto, el ordenamiento jurídico nacional contempla actualmente al menos cinco normas. En primer lugar, una norma constitucional referida a la vida del que está por nacer, y luego cuatro cuerpos legales, la Ley N°21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, y tres que contienen normas relacionadas con el aborto: el Código Penal, el Código Civil, y el Código Sanitario (BCN, 2017).

En este contexto, la Ley 21.030 despenaliza la interrupción del embarazo en las siguientes causales:
Causal 1: la mujer se encuentra en riesgo vital: la interrupción oportuna del embarazo evita un peligro para su vida. No es necesario que sea inminente, se debe evitar dilaciones indebidas que pongan en riesgo la salud de la mujer.

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

Causal 3: El embarazo es resultado de una violación: siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación en mayores de 14 años, y 14 semanas, tratándose de una niña menor de 14 años. Toda mujer que se encuentre afectada por alguna de las tres causales podrá solicitar la interrupción de su embarazo. Su decisión será individual e indelegable, pudiendo contar con acompañamiento psicosocial durante este proceso.

Epidemiología del aborto en Chile:

Posterior al comienzo del uso de métodos anticonceptivos en los 60, se ha desarrollado una reducción en la tasa de fecundidad de las mujeres chilenas llegando a 1,7 hijos en el año 2013. Antiguamente, una mujer, tenía alrededor de 5 hijos, lo cual demuestra que la introducción de estos métodos tuvo una repercusión importante en estas cifras, lo cual ha permitido que la mujer alcance un mayor desarrollo personal y económico (Koch, 2014).

Datos del Minsal señalan que el aborto ocupa el tercer lugar del total de defunciones y mortalidad en el embarazo, parto y puerperio, según grupos de causa entre los años 2000 y 2012, con un 14%, al igual que las complicaciones predominantes relacionadas con el embarazo y el parto (DEIS, 2017).

De acuerdo con los egresos hospitalarios que registra el Minsal, entre los años 2012 y 2014 existieron 119.644 registros de embarazos terminados en aborto. De ellos, un total de 107.048 casos

se ubican en el tramo etario entre 20-44 años, seguido por 10.410 casos en el tramo etario entre 15 a 19 años y 469 casos en el tramo de 10 a 14 años.

Del análisis de las muertes maternas en los últimos años, en Chile aún existen algunas consideradas prevenibles. Las causas de morbilidad y mortalidad materna se clasifican en directas e indirectas. Las primeras son las complicaciones del embarazo, parto y puerperio: hemorragias, patología hipertensiva, complicaciones infecciosas y el aborto realizado en condiciones de riesgo o “inseguro”. Las indirectas se vinculan a enfermedades preexistentes al embarazo, que se agravan durante el mismo, siendo las más relevantes, las patologías infecciosas y las enfermedades crónicas no transmisibles (Minsal, 2018).

La prevalencia de anomalías incompatibles con la vida reportada a nivel internacional y considerando un número de partos por año de 250.000, similar a la realidad chilena. “Esto permite inferir que debieran ocurrir alrededor de 500 casos anuales de patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, en todo caso de carácter letal en el país” (Minsal, 2018 p.42).

También se puede destacar que, desde la dictación de la ley 21030 hasta el 30 de junio de 2020 se registraron un total de 1.813 embarazos calificados en alguna de las tres causales, de los cuales 276 casos corresponden a los primeros seis meses del presente año. En la gran mayoría se enmarcan en la causal inviabilidad de carácter letal (46,8%), en más de un tercio de los casos se trata de embarazos de riesgo vital (36,7%) y en el 16,5%, de embarazos producto de violación (Corporación Humanas, 2020).

Durante el año 2016 hubo 1.727 casos policiales de violación con mujeres víctimas (46,3% menores de 18 años), y 5.547 de abusos sexuales con un total de 7.274 mujeres víctimas de violación o abuso sexual, 58% de ellas menores de 18 años (Minsal, 2018).

Características sociodemográficas del aborto en Chile:

Los estudios que se han realizado en torno a este tema han permitido dar algunas luces del perfil sociodemográfico de mujeres que recurren a aborto, sin embargo, en algunos países las conclusiones parecieran ser contradictorias (Guillaume y Lerner, 2007). Porque, las investigaciones existentes en torno al perfil sociodemográfico de la mujer abortante son escasas y los resultados poco generalizables.

“En los países con leyes restrictivas es complejo conocer quiénes son las mujeres que se practican abortos. Los resultados de investigaciones, las más de las veces representan a un sector de la población que son las mujeres que acceden a hospitales públicos para tratar complicaciones por aborto” (Vargas M., 2010, p. 80).

Villarreal y Mora (1992), señalan como factores asociados al aborto inducido en Colombia tener entre 20 y 29 años, ser trabajadoras y contar con un nivel de preparación elevado.

En el caso de México, las características de la mujer que aborta de manera inducida, de acuerdo con los estudios de Ordóñez (1975) son: “ser multípara, tener entre 25 y 35 años, ser ama de casa, con escolaridad por debajo del promedio y vivir en unión estable. El 64,8% dio como razones para abortar disponer de un ingreso insuficiente y tener muchos hijos” (p. 26).

En comparación con Chile, según estimaciones, la práctica del aborto es más frecuente en el sector de la población joven, especialmente en mujeres de 20 a 29 años. Los datos existentes parecen estimar que este patrón ocurre desde hace varias décadas. “De todas las mujeres que fueron hospitalizadas por complicaciones de aborto en 1970, 36% tenían menos de 24 años, mientras que ya en 1985 ascendieron a casi el 50%” (Palma y Quilodrán, 1995, p. 5).

A mediados de los 90, Chile contaba con el índice más alto de criminalización a la mujer abortante, “siendo procesadas las mujeres más jóvenes, con o sin hijos, de baja escolaridad y de escasos recursos, que fueron identificadas en los hospitales donde recibieron atención post aborto” (Casas, 1996, citado en Dides et al, 2010, p. 115).

Szot y Moreno (2003) presentan la tendencia de la mortalidad materna por aborto entre los años 1985 y 2000. Se aprecia un evidente descenso desde 11,7/100.000 nacidos vivos en 1985 a 4,8/100.000 nacidos vivos en el 2000. En 1985, el 24% de las muertes se produjo por aborto ilegal y el 17% por complicaciones del aborto; es posible que estas últimas fueran atribuibles en una proporción importante al aborto inseguro. En el 2000, las causas de las muertes por aborto fueron: 8% aborto espontáneo, 8% aborto médico, 8% otro tipo de aborto y 76% por aborto no especificado. En ese estudio, en el año 2000, el promedio de edad de las mujeres fallecidas por aborto fue de $20,9 \pm 6,6$ años, el 41,7% eran solteras y el 58,3% solo tenía educación básica.

Capítulo III: Objetivos

Objetivo General:

Analizar el perfil epidemiológico y sociodemográfico de las mujeres sometidas a interrupción voluntaria del embarazo según la Ley 21.030 en Chile durante los años 2018 a junio del 2021

Objetivos Específicos:

1. Determinar las características epidemiológicas y sociodemográficas de las mujeres sometidas a interrupción voluntaria del embarazo según la Ley 21.030 en Chile durante los años 2018 a junio del 2021.
2. Determinar si existe asociación entre la variable causal de interrupción voluntaria del embarazo y la decisión de continuar el IVE de las mujeres, durante los años 2018 a junio del 2021.
3. Predecir cómo se comporta la decisión de IVE en relación con las 3 causales, controlado por la edad y la previsión de salud, durante los años 2018 a junio del 2021.

Capítulo IV: Metodología

4.1 Población

La población corresponde al total de mujeres sometidas al programa de interrupción voluntaria del embarazo, según los registros obtenidos desde el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) desde el 2018 hasta junio del año 2021, independiente de su decisión final de continuar o interrumpir el embarazo.

Para poder determinar la muestra, se realizó un contraste de datos desde la base “Egresos Hospitalarios” obtenida también desde DEIS. Allí, a través del programa Stata 16, se filtró la variable DIAG1, en la cual estaba definido cada diagnóstico con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) donde se buscó la categoría O03, la cual corresponden a los diagnósticos de abortos.

De esta manera se filtran los datos obteniendo que en el año 2020 existieron 3.223 abortos. Al compararlos con los datos de la base de IVE del mismo año, se establece que aproximadamente un 20% de los abortos totales corresponden a IVE.

4.2 Tipo de estudio

Metodológicamente, corresponde a un diseño de tipo observacional, de cohorte retrospectivo con población de mujeres sometidas al programa IVE desde el año 2018 al 2021. El tipo de muestreo será por conveniencia, dado que se dispone de un número limitado de casos (2.570) a analizar.

4.3 Fuentes para la obtención de datos

La base de datos proviene de una fuente de información secundaria alojada en el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) dependiente del Ministerio de Salud Minsal.

4.4 Variables

Variable	Descripción	Tipo y Escala	Operacionalización
Causal	Tipo de causal	Cualitativa Nominal	Causal 1, 2 o 3.
Año	Año	Cuantitativa Discreta	2018, 2019, 2020 y junio 2021
País origen	País de origen de la madre	Cualitativa Nominal	Chile, Haití, Venezuela, Otras.
Pueblo originario	Etnia auto reconocida	Cualitativa, dicotómica, Nominal	Si o No
Edad	Edad de la mujer	Cuantitativa Continua	De 11 a 48 años.
Región de residencia	Región de Residencia de la mujer	Cualitativa Nominal	I a XVI.
Previsión de salud	Previsión de Salud	Cualitativa Nominal	Fonasa, Isapre, Fuerzas armadas y de Orden, Sin previsión.
Tramo Fonasa	Tramo Fonasa	Cualitativa Ordinal	A, B, C, D
IVE	Decisión de interrupción del embarazo IVE	Cualitativa Nominal	Continuar el embarazo o interrumpir el embarazo.

Fuente:

Elaboración

propia.

4.5 Análisis de datos

La construcción de la base de datos y la descripción de estos se realizó en Microsoft Excel 2010 y el análisis del perfil epidemiológico y sociodemográfico se llevó a cabo en el Software Estadístico STATA 16, al igual que las asociaciones que se realizaron durante el estudio.

Las variables cuantitativas se describieron por medidas de tendencia central, mientras que, las variables cualitativas se describieron por tabulación de las frecuencias y cruce de variables.

4.5.1 Asociación de variables

Para evaluar si existe asociación entre las variables se realizó mediante la prueba de Chi², y posteriormente una regresión logística múltiple.

4.6 Riesgo de sesgos

En la elección de las bases de datos no se aplicó ninguna técnica de muestreo ni aleatorización, debido a que se trabajó sobre fuentes de informaciones completas, disponibles en DEIS del Minsal.

4.7 Aspectos éticos

Al utilizar fuentes secundarias de datos con acceso libre, no fue solicitado consentimiento informado ni autorizaciones protocolares a instituciones pertinentes. Por otro lado, no se incluyen datos sensibles en ningún análisis efectuado.

4.8 Conflicto de interés

Las autoras declaran no tener conflicto de interés durante el desarrollo de la investigación y no haber recibido financiamiento de parte de ninguna organización.

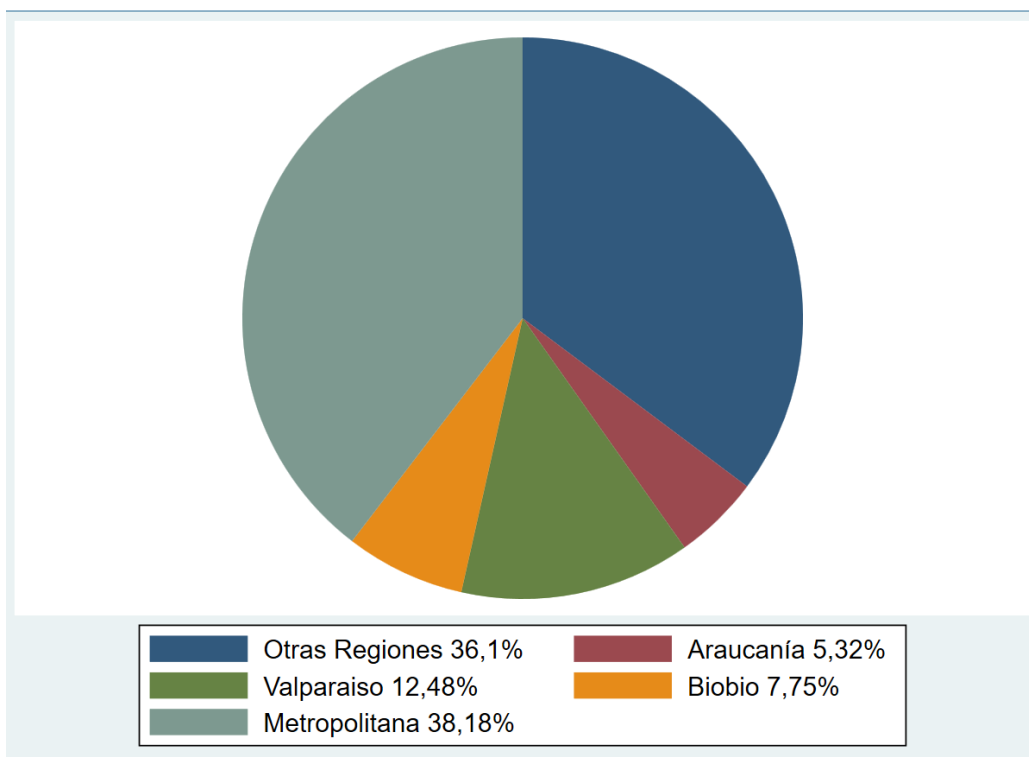
Capítulo V: Resultados

5.1 Análisis descriptivo

Se entrega una descripción de la muestra a través de estadígrafos de tendencia central para la variable cuantitativa edad y tablas de contingencia para las variables cualitativas.

5.1.1 Gráfico región:

Gráfico N°1 Región de Residencia.



Fuente: Elaboración propia.

5.1.2 Resumen de variables cualitativas y cuantitativa edad.

Tabla N°1 Tabla resumen de variables cualitativas y cuantitativa edad.

Variable	Categoría	Frecuencia Absoluta	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Causal	Riesgo vital mujer	797	31,18	31,18
	Inviabilidad fetal	1.296	50,7	81,89
	Violación	463	18,11	100
País de Origen	Chile	2.082	81,46	81,46
	Haití	115	4,5	85,95
	Venezuela	114	4,46	90,41
	Otro	205	8,02	98,44
	Sin información	40	1,56	100
Pueblo Originario	Ninguno	1.839	7,95	71,95
	Mapuche	58	2,27	74,22
	Aymara	15	0,59	74,8
	Otros	11	0,43	75,23
	Sin información	633	24,77	100
Edad*	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
	29,6	7,65	11	48
	Menor a 20	262	10,32	10,32
	Entre 20 y 34	1.514	59,65	69,98
	Mayor a 35	762	30,02	100
	Zona norte	381	14,91	14,91
	Zona centro	1.409	55,13	70,03
Región de residencia	Zona sur	755	29,54	99,57
	Sin información	11	0,43	100

Previsión de salud	Isapre	295	11,72	11,72
	FFAA y Orden	21	0,83	12,56
	Fonasa A	689	27,38	39,94
	Fonasa B	722	28,7	68,64
	Fonasa C	313	12,44	81,08
	Fonasa D	436	17,33	98,41
	Sin previsión	40	1,59	100

*Para el grupo total se describe con promedio, desviación estándar, mínimo y máximo.

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°2 Tabla de frecuencia previsión de salud de la mujer por causal de IVENOCABER

Previsión de salud	Riesgo vital mujer	Inviabilidad fetal	Violación	Total
Isapre	50	224	21	295
%	6,35	17,54	4,65	11,72
FFAA y Orden	4	15	2	21
%	0,51	1,17	0,44	0,83
Fonasa A	226	277	186	689
%	28,72	21,69	41,15	27,38
Fonasa B	237	355	130	722
%	30,11	27,80	28,76	28,70
Fonasa C	109	162	42	313
%	13,85	12,69	9,29	12,44
Fonasa D	145	237	54	436
%	18,42	18,56	11,95	17,33
Sin previsión	16	7	17	40
%	2,03	0,55	3,76	1,59

Total	787	1.277	452	2.516
%	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia

5.2 Análisis Inferencial

Tabla N°3. Causales IVE y Decisión de interrupción de embarazo

Decisión de interrupción de embarazo	Riesgo vital mujer	Inviabilidad fetal	Violación	Total
Continuar embarazo	126	251	36	413
Interrumpir embarazo	660	1.045	427	2.132
Total	786	1.296	463	2.545
Pearson χ^2 (2)		337,51	p-valor < 0,001	

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°4 Modelo de regresión logística Decisión interrupción embarazo y riesgo vital de la mujer

Decisión interrupción embarazo	Odds ratio	p-valor	[95% conf. interval]
Inviabilidad fetal	1		
Riesgo vital de la mujer	1,25	0,05	0,99 1,59
Violación	2,84	<0,001	1,97 4,11

Fuente: Elaboración propia

5.2.1 Modelo de regresión

Para predecir cómo se comporta la decisión de IVE en relación con las 3 causales, controlado por la edad y la previsión de salud, durante los años 2018 a junio del 2021. Se utilizó el modelo de regresión logística.

Tabla N°5 Modelo Regresión Logística Múltiple. IVE, Edad, Causal y Previsión de Salud

Decisión interrupción embarazo	Odds Ratio	p-valor	[95% Conf.	Interval]
Edad				
Menores a 20	1			
Entre 20 y 34	2,21	<0,001	1,49	3,28
≥ 35	1,68	0,01	11,08	2,56
Causal				
Inviabilidad fetal	1			
Riesgo vital mujer	1,31	0,02	1,03	1,67
Violación	3,98	<0,001	2,63	6,03
Previsión				
Fuerzas armadas y orden	1			
Isapre	2,21	0,23	0,59	0,81
Fonasa A	0,6	0,42	0,17	2,09
Fonasa B	0,7	0,58	0,2	2,45
Fonasa C	0,6	0,44	0,17	2,15
Fonasa D	0,73	0,63	0,2	2,58
Sin previsión	3,96	0,25	0,37	4,13

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°6 Modelo de regresión logística Decisión interrupción embarazo y Previsión de salud.

Decisión interrupción embarazo	Odds ratio	p-valor	[95% conf	interval]
Previsión				
Público	1			
Privado	2,89	<0,001	1,90	4,40
Sin Previsión	10,92	<0,001	1,50	79,29
Causal				
Riesgo vital de la mujer	1			
Inviabilidad fetal	0,74	0,01	0,59	0,95
Violación	2,24	<0,001	1,51	3,32

Fuente: Elaboración propia

Capítulo VI: Discusión y Conclusión

6.1 Discusión

Respondiendo al objetivo principal de esta tesina, se puede mencionar que el perfil sociodemográfico de las mujeres sometidas a IVE son mayoritariamente usuarias chilenas, que no se consideran perteneciente a algún pueblo originario. No obstante, aquellas reconocidas del pueblo mapuche destacan con un 2,27% (Tabla N°1). La edad promedio es de 29 años y se encuentra en la categoría de 20 y 34 años (Tabla N°1). Antecedente que también se señala en el estudio realizado por Dides en el año 2006.

Las regiones que presentan mayor porcentaje de IVE son, la región Metropolitana, la región de Valparaíso y la región del Bío-Bío (Gráfico N°1). Al indagar sobre el sistema de salud más utilizado las cifras arrojaron que un 85% de las mujeres pertenecen a Fonasa a los tramos A y B. Antecedentes que también coinciden con lo investigado por Espinoza et al, en su análisis exploratorio, quienes refieren que “Se observó que el 84,7% de las mujeres que abortaron de forma voluntaria en el país pertenecen a Fonasa” (2021).

Durante el período analizado, se registraron un total de 2.556 casos IVE. La causal 2, Inviabilidad fetal, es la que ocupa la primera mayoría con un 50,7% del total, seguida de la causal número 1, Riesgo vital de la mujer, con un 31,18%, finalmente con 18,1% del total, se ubican los casos atribuibles a la tercera causal, embarazo resultado de una violación. Valores coincidentes con lo reportado por Espinoza et al (2021).

Como un hallazgo importante se puede destacar que, durante el año 2020, los casos producto de una violación (154) suben considerablemente, comparados con años anteriores (Tabla N°1). Del total de mujeres 18% que ingresaron bajo esta causal, un 40,63% se encuentra sin sistema de salud, y un 10% corresponde a menores de 20 años. Otorgando un mayor porcentaje de interrupción de embarazo en comparación con las demás causales.

Las causales que arrojan la primera mayoría acerca de continuar su embarazo son: Inviabilidad fetal (causal 2) con un 19%, en segundo lugar, se presenta la causal Riesgo vital de la mujer (causal 1), con un 16% y en tercer lugar la causal de Violación (causal 3) con un 7.8%. No obstante, llama la atención que un porcentaje no menor decide continuar con su embarazo, lo que evidencia que la ley N°21.030 no obliga a la mujer a abortar. (Dides, 2006).

De lo anteriormente mencionado, se puede señalar que existe asociación entre las tres causales de interrupción voluntaria del embarazo y la decisión de continuar el IVE. Se realizó una prueba de

χ^2 , en la cual se puede evidenciar que existe asociación entre las variables, debido a que el valor p es menor a 0,05. (Tabla N°3). De igual forma, la causal 3 Violación tiene 2,84 veces más riesgo de interrumpir su embarazo al compararla con la causal 2 Inviabilidad fetal. (Tabla N°4)

Respondiendo al último objetivo de esta tesina, predecir cómo se comporta la decisión de IVE en relación con las 3 causales, controlado por la edad y la previsión de salud, al analizar el modelo completo (Tabla N°5), se puede determinar que: las mujeres entre 20 y 34 años tienen 2 veces más riesgo de continuar un IVE que aquellas menores a 20 años, por otro lado, aquellas mujeres mayores de 35 años tienen casi un 1,5 veces más de riesgo de continuar un IVE respecto al grupo de referencia. Ambos valores son estadísticamente significativos.

En cuanto a las causales, la tercera, correspondiente a Violación, tiene 4 veces más riesgo de continuar el IVE, mientras que Riesgo vital de la mujer tiene 1,3 veces más probabilidad de continuar la interrupción del embarazo.

Según la previsión de salud (Tabla N°5), las mujeres pertenecientes a Isapre tienen el doble de riesgo de continuar el IVE que aquellas mujeres pertenecientes al sistema previsional de fuerzas armadas y de orden. Mientras que las usuarias sin previsión, que pudiese entenderse como aquellas mujeres extranjeras o no activas laboralmente, tienen casi 4 veces mayor riesgo de interrumpir su embarazo. En cuanto a aquellas mujeres pertenecientes a Fonasa, parece ser que el tramo no marca diferencias significativas en la decisión de continuar el IVE, ya que los 4 tramos tienen un riesgo de 0,6 a 0,7 respecto al valor de referencia.

En definitiva, aquellas mujeres que pertenecen a Fonasa A, pudiendo relacionarse con menores ingresos económicos y por tanto un mayor grado de vulnerabilidad, presentan un mayor número de interrupciones de embarazos asociadas a Violación en comparación con otras previsiones de salud (41%), lo que podría hacer inferir que en éstos sectores socioeconómicos, ocurren mayoritariamente eventos atribuibles a la tercera causal, contrastándose con aquellos estratos sociales más altos, quienes pueden usar aún la clandestinidad en clínicas privadas para interrumpir el embarazo lejos de la luz pública y registros de salud.

6.2 Conclusión

Como se mencionó anteriormente, durante el año 2020, los casos producto de una violación aumentaron considerablemente, comparados con años anteriores (Tabla N°1). Quizás se deba a las crisis que se presentaron durante ese contexto, crisis que afectaron de manera desigual a las personas. Es frecuente que durante este tipo de circunstancias se produzcan y refuerzan las desigualdades, profundizando las inequidades sociales y las brechas económicas en nuestra sociedad. La vulneración en los derechos de la población infantil y adolescente se hacen presentes ya sea por pérdida de su autonomía, de ingresos económicos o por aislamiento social que se vivió en ese periodo, lo cual debilita las redes de contención y de apoyo.

Para que las crisis se vuelvan oportunidades de mejora, es indispensable intervenir en los pilares que sostienen tanto material como culturalmente la vulnerabilidad, especialmente en este grupo etario.

Por lo mismo, el análisis realizado muestra que es necesario mejorar las políticas públicas de la salud sexual y reproductiva en Chile y que existen grandes inequidades en la prevención. Ciertos grupos como aquellos atendidos en el sistema de previsión de salud privado, demuestran tener un mayor porcentaje de interrupción del embarazo comparado con los grupos de previsión estatal de salud, pese a que la densidad poblacional en este último grupo es mucho mayor. ¿Se deberá esto a la asimetría de información y a los objetores de conciencia? Una interrogante que se plantea para que otros investigadores puedan evidenciar o refutar.

Este análisis temprano de los datos registrados en la plataforma DEIS, demuestra que aún existen importantes brechas a solventar en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos de aquellas mujeres que residen en Chile.

Lo que se espera con este estudio, es dar a conocer también, que independiente del país de origen y de la previsión social, todas las mujeres embarazadas que presenten una de las tres causales, pueden acceder a la Ley IVE.

Capítulo VII: Oportunidad de mejora

Actualmente hay varios puntos que se encuentran con debilidades, principalmente se destaca que los servicios de salud pública y clínicas que son objetores de conciencia. Lo cual significa una problemática al no identificarlos en los registros. ¿Qué sucede con esas mujeres? acaso son derivadas a servicios fuera de su residencia, distantes de sus redes de apoyo. ¿Existirá algún subregistro en algunas regiones, aumentando la cobertura de las que no son objetoras de conciencia?

Las bases de datos que debieran estar disponibles por ley de transparencia en las páginas oficiales del gobierno además de ser insuficientes para realizar una investigación consistente, muchas veces no están disponibles, por otro lado, no se debe olvidar un número indeterminado de abortos que aún se realizan en la clandestinidad, sin ser registrados en algún sistema de salud.

Establecer estrategias de registro de datos e interacción con otros registros de información relacionadas, tales como, mortalidad materna y egresos hospitalarios, pueden ser una innovación directa en otorgar datos concretos de que pasa con el aborto en Chile. El trámite para la solicitud y recuperación de los archivos, aparte de ser muy engorroso es de baja resolución. Como mejora se propone: Que las instituciones posean una plataforma que permita visualizar, descargar datos robustos, avalados y respaldados por las entidades públicas. También se sugiere que los encargados de departamentos públicos realicen un control, seguimiento y medición de la calidad, a la Ley 21.030, con el objetivo que todas las personas, especialmente estudiantes, académicos, investigadores, doctores, etc. logren tener acceso expedito a la información de interés público y de esta manera contribuir a la investigación y desarrollo del país.

Se puede determinar que un factor crítico de éxito es la transcripción de datos de las fichas clínicas que registran las notificaciones enviadas por los centros de salud de las tres causales de las mujeres que son atendidas. Sin embargo, como mejora se sugiere incluir en la base de datos oficial, otras causas de interrupción del embarazo, como por ejemplo aborto espontaneo o patologías crónicas, entre otras.

Lo anterior, deja en evidencia la necesidad urgente de contar con información confiable y actualizada sobre las IVE realizadas en el país, independiente del motivo de interrupción del embarazo, para que la información sea clara y precisa. Con el fin de poder utilizarla como un insumo fundamental para la formulación de políticas, programas y proyectos.

En virtud de las políticas públicas relacionadas a la maternidad se requiere que: se mantenga en el tiempo, sea funcional en la práctica para toda la población femenina. Pueda llegar a la comunidad de niñas/adolescentes, de forma segura a través del programa de sexualidad reproductiva, se enfoquen en prevenir, en abordar la problemática del embarazo en la niñez y adolescencia. En consecuencia, la IVE en estos grupos vulnerables deberían ser procesos simples, claros en cuanto a sus protocolos e informados. De modo que no sean estigmatizadas por el equipo de salud o la comunidad local, evitando así las barreras de acceso y un factor de riesgo de utilizar otros métodos de interrupción no seguros. De lo contrario, que puedan acceder a servicios de planificación familiar eficaces y eficientes, con un programa de apoyo biopsicosocial de forma permanente.

Se requiere realizar una reforma a esta ley para que todas las mujeres accedan a la decisión voluntaria de interrumpir su embarazo de forma segura independiente de las tres causales de la ley.

Bibliografía

Ahman E, Shah IH. (2011) New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011 Nov;115(2):121-6. [https://doi: 10.1016/j.ijgo.2011.05.027](https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.05.027). Epub 2011 Aug 31. PMID: 21885049.

Armijo R, Monreal T. (1964). Epidemiology of the induced abortion in Santiago. *Rev Chil Obstet Ginecol*.

Bascuñán Rodríguez, Antonio (2004). “La licitud del aborto con- sentido en el derecho chileno” *Revista de Derecho y Humanidades* N° 10/2004/143-181, Santiago, Chile.

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BCN) (2017). Ley 21030 Firma Electrónica Regula La Despenalización De La Interrupción Voluntaria Del Embarazo En Tres Causales Ministerio De Salud. Recuperado de: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1108237>

Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *Lancet Glob Heal*. 2020;8(9): e1152-1161

Blystad, A., Haukanes, H., Tadele, G., & Moland, K. M. (2020). Reproductive health and the politics of abortion. *International journal for equity in health*, 19(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-1157-1>

Castro S, René. (2009). INICIATIVA FIGO DE PREVENCIÓN DEL ABORTO INSEGURO: VISIÓN DESDE EL MINISTERIO DE SALUD. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 74(2), 73-76. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262009000200001>

Cabezas-García, E., Langer-Glass, A., Alvarez-Vázquez, L., & Bustamante, P. (1998). Perfil sociodemográfico del aborto inducido. *Salud Pública de México*, 40(3), 264-271. <https://doi.org/10.1590/S0036-36341998000300007>

Centro Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género (Corporación Humanas) (2020). Interrupción voluntaria del embarazo en tres causales en contexto de emergencia sanitaria por COVID 19. Revisión de casos IVE reportados por el Ministerio de Salud al 30 de julio de 2020. <https://www.humanas.cl/interrupcion-voluntaria-del-embarazo-en-tres-causales-en-contexto-de-emergencia-sanitaria-por-covid-19-revision-de-casos-ive-reportados-por-ministerio-de-salud-al-30-de-julio-de-2020/>

Cubillos Almendra, Javiera. (2019). Continuidades y rupturas: La política de salud sexual y reproductiva chilena en cuatro gobiernos. *Polis* (Santiago). <https://dx.doi.org/10.32735/s0718-6568/2019-n53-1387>

Departamento de Estadísticas de Información de Salud (DEIS) (2017). Reportes Minsal. Egresos hospitalarios según edad y causa. Embarazo terminado en aborto. Ministerio de Salud
http://intradeis.minsal.cl/egresoshospitalarios/menu_publica_nueva/menu_publica_nueva.htm

Dides, C. (2006). Aportes al debate sobre el aborto en Chile: Derechos, género y bioética. *Acta bioética*. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2006000200011>.

Dides, C., Benavente, M. e Sáez, I. (2010). Aborto en Chile: aspectos centrales de la regulación jurídica y normativa. Serie documentos electrónicos, Programa inclusión social y género. <http://new.flacso.cl/home/index.php/documentos-electronicos/1210-aborto-en-chile-aspectos-centrales-de-la-regulación-jurídica-y-normativa>

Donoso S, Enrique y Vera P. Claudio. (2016). El aborto en Chile: aspectos epidemiológicos, históricos y legales. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 81(6), 534-545. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000600014>

Donoso S, Enrique, & Carvajal C, Jorge A. (2012). El cambio del perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultará el cumplimiento del 5° objetivo del Milenio. Revista médica de Chile, 140(10), 1253-1262. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012001000003>

Ferrando, R. D. (2002). El aborto clandestino en el Perú: Hechos y cifras. Lima, Perú: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

Guillaume, Agnès y Susana Lerner (2007). L'avortement en Amérique Latine et dans la Caraïbe / El aborto en América Latina y en el Caribe / Abortion in Latin America and the Caribbean, Les Numériques, París, ceped. Disponible en: https://www.ceped.org/cdrom/avortement_amerique

Guthmacher Institute (1999) Aborto en América Latina y el Caribe. Hoja Informativa. Marzo, 2018 <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-aww-lac-es.pdf>

Herrera Corthorn, C. y Ruiz Barbaste, D. (2011). El aborto terapéutico en Chile. Estado actual de la discusión. Disponible en <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/110914>

Ishola F., Ukah U., Nandi A. (2020). Impact of abortion law reforms on women's health services and outcomes: a systematic review protocol.

https://www.researchgate.net/publication/347046303_Impact_of_abortion_law_reforms_on_women%27s_health_services_and_outcomes_a_systematic_review_protocol

Jiles, Ximena y Rojas Claudia (1992). De la miel a los implantes. Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile. Corporación de Salud y Políticas Sociales CORSAPS, Santiago.

Koch, E. (2014). Epidemiología del aborto y su prevención en Chile. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 79(5), 351-360. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262014000500001>

Espinoza T. M, Lezcano V. DL. (2021). A look at the users of the Chilean IVE law 3 years after being implemented, with a human rights perspective. Medwave 2021;21(S2): eSP55 doi: 10.5867/Medwave.2021.S2.SP55

Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (1997). Programa de salud de la Mujer, 1997, Santiago, Chile. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Programa-de-Salud-de-la-Mujer-1997.pdf>

Ministerio de Salud Gobierno de Chile. (2014). Presentación Programa Nacional Salud de la Mujer, Departamento. Ciclo Vital a partir de datos DEIS 2000-2012, Temuco.

Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2017). Departamento de Salud Pública. Norma técnica Nacional, Acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la ley 21.030

Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2018). Informe Implementación en Sistema Público de Salud de la Ley N° 21.030 “Que Regula la Despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales” febrero 2018. <https://biblioteca.digital.gob.cl/bitstream/handle/123456789/3632/Informe%20Implementaci%C3%B3n%20IVE%203%20causales.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2018). Orientaciones Técnicas Acogida Y Acompañamiento Psicosocial En El Marco De La Ley 21.030, Que Despenaliza La Interrupción Voluntaria Del Embarazo En Tres Causales. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/OT-Acompan%CC%83amiento-Psicosocial-IVE-Resoluci%C3%B3n-Exenta-401.pdf>

Morales, E., Solanelles, A., Mora, S. y Miranda, O. (2013). Embarazo no deseado en alumnas universitarias. Revista Cubana de Medicina Militar, 42 (2), 153-163. <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v42n2/mil04213.pdf>

O'Bannon RK. (2020). CDC Updates Abortion figures show short term increase in 2018 but long term decline. National Right to Life News; 2020. <https://www.nationalrighttolifenews.org/2020/12/cdc-updates-abortion-figures-show-short-term-increase-in-2018-but-long-term-decline/>

Organización Mundial de la salud (OMS). (1994). Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto Interrupción voluntaria del embarazo en Colombia – Cuba y Chile 59 peligroso utilizada en la OMS. Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2014;92:155., 1.

Ordoñez BR. (1975). Induced abortion in México City: Summary conclusions from two studies conducted by the Mexican Social Security Institute. *Epidemiology of abortion and practices of fertility regulation in Latin America: Select reports*. Washington, D.C.: Pan Am Health Organization, Scientific Publication, número 306, 1975.

Palma I, y Quilodrán C. (1995). Adolescent pregnancy in Chile Today: from marriage to abortion. *Reproductive health matters*.
http://www.ceped.org/cdrom/avortement_ameriquelatine_2007

Quintero-Roa, E. M., Ortiz-Serrano, R., Ochoa-Vera, M. E., Consuegra-Rodríguez, M. P., & Oliveros, C. A. (2010). Características socio demográficas de las mujeres con abortos inducidos en un Hospital Público de Bucaramanga [Socio-demographic characteristics of females who had undergone induced abortion in a public hospital in Bucaramanga]. *Revista de salud pública (Bogotá, Colombia)*, 12(4), 570–579.
<https://doi.org/10.1590/s0124-00642010000400004>

Regitz-Zagrosek, V., Roos-Hesselink, J. W., Bauersachs, J., Blomström-Lundqvist, C., Cífková, R., De Bonis, M., Iung, B., Johnson, M. R., Kintscher, U., Kranke, P., Lang, I. M., Morais, J., Pieper, P. G., Presbitero, P., Price, S., Rosano, G., Seeland, U., Simoncini, T., Swan, L., Warnes, C. A., ... ESC Scientific Document Group (2018). 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *European heart journal*, 39(34), 3165-3241. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy340>

Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. (2016). Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet* 2016; 388: 258-67.

Szot M, Jorge, & Moreno W, Cristina. (2003). Mortalidad por aborto en Chile: análisis epidemiológico 1985-2000. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* (2003).
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000400007>

Valdebenito C, Beca JP. (2004). La Objeción de Conciencia. Comentarios Bioéticos [http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/conciencia. pdf](http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/conciencia.pdf).

Valenzuela, María Teresa, San-Martín P., Pamela, & Cavada, Gabriel. (2017). Is abortion a serious public health problem in Chile in the field of maternal-perinatal health?. *Revista médica de Chile*, 145(8), 1013-1020. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000801013>

Vargas M., Gloria Andrea (2010). Aborto y feminismo en Chile (1990-2009) : reflexiones desde el cuerpo y la sujeto. Maestría en Ciencias Sociales con Mención en Género y Desarrollo, FLACSO Sede Ecuador. Quito. <http://hdl.handle.net/10469/2991>

Villarreal-Mejía J, Mora-Téllez M. (1992). Embarazo indeseado y aborto: determinantes de la interrupción del embarazo no deseado y características de las mujeres que abortan. Bogotá: Oriéntame, 1992. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/1998.v40n3/264-271/es>