REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO
SECRETARÍA GENERAL DE LA PRESIDENCIA

MENSAJE DE S.E. EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA CON EL QUE INICIA UN PROYECTO DE LEY QUE REGULA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN EL PLAZO QUE INDICA.

Santiago, 28 de mayo de 2025

M E N S A J E N° 068-373/

A S.E. EL PRESIDENTE DE LA H. CÁMARA DE DIPUTADAS Y DIPUTADOS

Honorable Cámara de Diputadas y Diputados:

Tengo el honor de someter a vuestra consideración un proyecto de ley que regula la interrupción voluntaria del embarazo en el plazo que indica.

I. ANTECEDENTES

1. Marco normativo de la interrupción voluntaria del embarazo en Chile

En nuestro país, el debate sobre la regulación de la interrupción voluntaria del embarazo se ha extendido por casi cien años. En la década de 1930, a propósito de la alta tasa de mortalidad materna, el médico Víctor Manuel Gacitúa propuso regular la interrupción voluntaria del embarazo, modificando el Código Penal y el Código de Ética Médica. En la misma época, el Movimiento de Emancipación de la Mujer Chilena (MEMCH) manifestó la urgencia de contar con una reglamentación científica que permitiera evitar el aborto clandestino. En este contexto, se dictó el artículo 119 del Código Sanitario que contempló la posibilidad de interrumpir voluntariamente el embarazo por motivos terapéuticos. Aquella regulación se mantuvo vigente hasta el año 1989, cuando la dictadura militar estableció la prohibición del aborto en toda circunstancia.

Mientras dicha prohibición estuvo vigente, distintos organismos internacionales instaron al Estado de Chile a modificarla. Así, en el año 2014, la Oficina Regional para América del Sur del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud (en adelante, "OMS") y el Fondo de Población de las Naciones Unidas hicieron presente el compromiso del Estado de Chile de revisar y modificar la legislación que criminalizaba la interrupción del embarazo en todas las circunstancias, y de adoptar medidas para reforzar y proteger los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Recién en el año 2017, durante el segundo gobierno de S.E. la Presidenta Michelle Bachelet Jeria, se logró alivianar la prohibición total del aborto en Chile. En particular, el 23 de septiembre de 2017, se publicó la ley N° 21.030, que Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, la que restableció el aborto legal en Chile en las causales de riesgo vital para la mujer, diagnóstico del embrión o feto que padece una malformación congénita o adquirida incompatible con la vida extrauterina de carácter letal y violación dentro de las primeras 12 o 14 semanas de gestación, según sea el caso.

2. Barreras legales que obstaculizan el acceso a la interrupción del embarazo de manera segura en Chile

A pesar de que la ley N° 21.030 constituyó un avance en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, aún existen desafíos en esta materia. Si bien es difícil calcular el número de abortos que se realizan al margen de la ley, existen estimaciones y estudios que nos permiten advertir la magnitud del problema. Según las cifras del Ministerio de Salud, desde el año 2018 hasta mayo del año 2025, se registraron un total de 6.249 casos de procedimientos de interrupción

voluntaria del embarazo bajo la ley N° 21.030(Departamento de Estadísticas e Información del Ministerio de Salud, 2025). Con todo, cada año un número importante de abortos continúa siendo realizado en la clandestinidad. Investigaciones estiman que, al año, se realizan 40.000 abortos fuera del marco legal en Chile (Prada E. & Ball H. Aborto inducido en Chile. Guttmacher Institute. 2016).

Por otra parte, al revisar las estadísticas sobre denuncias del delito de aborto en Chile, se advierte que los abortos clandestinos generan complicaciones de salud en las mujeres. De acuerdo con un estudio de la Corporación MILES Chile, la gran mayoría de las denuncias proviene de establecimientos de salud, generalmente en casos de mujeres que recurren a una atención médica por una complicación de un aborto clandestino. Adicionalmente, estas cifras evidencian que las mujeres que abortan en la clandestinidad son sometidas al sistema penal, bajo el riesgo de ser condenadas y cumplir su condena en la cárcel. El mismo estudio evidenció que, entre el periodo 2020 a 2022, 444 personas fueron investigadas por el delito de aborto, y en 12 de estos procedimientos se aplicó la medida cautelar de prisión preventiva (Corporación Miles Chile, Investigación sobre la criminalización del aborto en Chile, en el periodo 2012-2022, 2024, pp. 2-5).

En atención a lo anterior, nuestro país ha recibido numerosas recomendaciones internacionales para permitir la interrupción voluntaria del embarazo por la sola solicitud de la mujer. Así, por ejemplo, en sus observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Chile, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (en adelante, “Comité CEDAW”) manifestó su preocupación por “La persistencia del riesgo potencial que suponen para las mujeres los abortos ilegales y en condiciones de riesgo, […]”. En consecuencia, el Comité recomendó al Estado

que “Amplíe el ámbito de aplicación de la Ley núm. 21.030 para despenalizar el aborto en todos los casos;” y “Vele por que las mujeres, incluidas las niñas y las adolescentes menores de 18 años, tengan acceso al aborto en condiciones seguras […]” (Observaciones finales, Comité CEDAW, 2018, párr. 38 y 39).

Esta preocupación fue reiterada por el Comité CEDAW en sus observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Chile del año 2024, en el que dejó constancia de su preocupación por “El hecho de que, según la legislación vigente, las mujeres solo tienen acceso al aborto legal cuando la vida de la madre está en peligro, cuando el feto no es viable y en caso de violación durante las 12 primeras semanas de embarazo, […]”; razón por la que recomendó a Chile que “Con carácter prioritario, legalice y despenalice el aborto en todos los casos […]” (Observaciones finales, Comité CEDAW, 2018, párr. 37 y 38).

Conscientes de lo anterior, diversos parlamentarios y parlamentarias han presentado iniciativas legales que buscan reconocer la importancia de la interrupción voluntaria del embarazo. Así, en el año 2018, las Honorables Senadoras Isabel Allende, Adriana Muñoz y Ximena Órdenes, y los Honorables Senadores Guido Girardi y Jaime Quintana presentaron la primera moción parlamentaria para garantizar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo dentro de la semana catorce (Boletín N° 11964-11). El mismo año, las Honorables Diputadas Karol Cariola, Natalia Castillo, Daniella Cicardini, Cristina Girardi, Claudia Mix, Emilia Nuyado, Maite Orsini, Camila Rojas, Camila Vallejo y Gael Yeomans presentaron el Boletín N° 12038-34, que proponía despenalizar el aborto consentido por la mujer dentro de las primeras catorce semanas de gestación. Durante ese mismo año, además, las Honorables Diputadas Loreto Carvajal, Cristina Girardi, Carolina Marzán, Andrea Parra, y los Honorables Diputados Juan Luis Castro y Ricardo Celis, presentaron una

moción para asegurar el financiamiento de las afiliadas a Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) que se sometieran a una interrupción voluntaria del embarazo (Boletín N° 11668-11).

A dichas iniciativas legales se suman los esfuerzos de variadas organizaciones de la sociedad civil de mujeres, médicos, médicas, matronas, científicos y científicas, que han abogado a lo largo de estos años, por el establecimiento de políticas públicas que mejoren el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.

II. FUNDAMENTOS

En atención a lo anterior, el gobierno de S.E. el Presidente de la República Gabriel Boric Font ha considerado imprescindible que el Estado de Chile elimine las barreras normativas que actualmente impiden un acceso legal y seguro a la interrupción voluntaria del embarazo, perfeccionando un modelo que no excluya ni discrimine a las mujeres.

Las preocupantes cifras expuestas anteriormente deben ser abordadas desde una perspectiva de salud pública y de protección a los derechos fundamentales de la mujer, especialmente, su derecho a la vida, a la integridad física y psíquica, su derecho a la salud y sus derechos sexuales y reproductivos. En consecuencia, por medio del presente mensaje, se propone una regulación de la interrupción voluntaria del embarazo que garantice su acceso de forma segura.

1. Una regulación de la interrupción voluntaria del embarazo basada en los derechos humanos

a. Permitir el acceso a la interrupción del embarazo por la voluntad de la mujer, mejora la disponibilidad y accesibilidad a la prestación

Conforme a distintos pronunciamientos de organismos internacionales, los Estados

tienen el deber de asegurar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. En este sentido, la OMS ha explicado que "Cuando es legal, el aborto debe ser accesible en la práctica. Esto requiere tanto asegurar que los establecimientos, productos y servicios de atención de la salud sean accesibles […] como que la legislación y las políticas sobre el aborto se formulen, interpreten y apliquen de manera compatible con los derechos humanos" (OMS, Directrices sobre la atención para el aborto, 2022, pág. 30). Asimismo, el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas ha señalado que "[…] Los Estados Partes deben proporcionar un acceso seguro, legal y efectivo al aborto" (ONU, Observación General N° 36, 2019, párr. 8). Por lo demás, esta prestación debe proveerse de conformidad al principio de no discriminación, garantizando la igualdad de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo a todas las personas.

Si bien la ley N° 21.030 ha sido un avance para las mujeres, la implementación de la despenalización parcial de la interrupción del embarazo ha tenido problemas en cuanto al acceso a la prestación. Según ha constatado la OMS, este tipo de regulación tienden a "convertir a los trabajadores de la salud, los establecimientos de salud, los comités, las juntas de ética, la policía, los tribunales u otros en los «guardianes» del acceso a la atención para el aborto de calidad, al exigirles que determinen si alguien «reúne las condiciones» para el aborto legal. En muchos casos, esto introduce un retraso en el acceso al aborto. […] Por consiguiente, en muchos entornos, la experiencia de las mujeres en la búsqueda, el acceso y la gestión del aborto es muy variable, y depende en gran medida no solo de la legislación, sino también del enfoque del guardián con el que interactúan".

La denegación en el acceso a los servicios relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo genera efectos

perjudiciales para la salud de mujeres y niñas. La rigidez de las causales normativas para interrumpir el embarazo puede obstaculizar el acceso a la prestación, haciendo que el servicio se realice de manera clandestina y por profesionales que no cuentan con las debidas calificaciones. Esto agrava los riesgos para la salud y la seguridad de las mujeres afectadas (Consejo de Derechos Humanos, Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, 2016, párr. 29).

En atención a todo lo señalado, es imperioso que la legislación nacional reconozca y regule el derecho de las mujeres y niñas de acceder a una interrupción del embarazo mediando su voluntad. La propuesta contenida en el presente mensaje se condice con las obligaciones internacionales asumidas por el Estado de Chile de garantizar un acceso efectivo a la interrupción voluntaria del embarazo, removiendo los obstáculos que impiden o dilatan innecesariamente la atención médica de las personas. De esta manera, la posibilidad de acceder a una interrupción voluntaria del embarazo sin necesidad de acreditar una causal constituye una medida que busca resguardar el ejercicio del derecho a la salud y a la salud sexual y reproductiva de mujeres, adolescentes y niñas en igualdad de condiciones.

b. Permitir el acceso a la interrupción del embarazo mediando la voluntad de la mujer, contribuye a la prevención de procedimientos peligrosos

La interrupción voluntaria del embarazo es un procedimiento de salud seguro y sin complejidad, que solo genera riesgos para la salud de las mujeres cuando existen restricciones legales y otros obstáculos que impiden el acceso a métodos seguros. Según la OMS, cuando el aborto se realiza de forma segura, es decir, con un

método recomendado por dicha organización, adecuado al periodo de gestación y realizado por una persona con los conocimientos necesarios, sus riesgos son muy bajos. Sin embargo, las leyes, las políticas y las barreras prácticas pueden dificultar el acceso a una atención para un aborto de calidad. En este contexto, la OMS recomienda a los Estados adoptar las medidas necesarias a nivel jurídico, del sistema de salud y de la comunidad para que todas las personas que lo necesiten tengan acceso a una atención segura y sin complicaciones para el aborto (OMS, Directrices sobre la atención para el aborto, 2022, pp. 2-3).

Diversos pronunciamientos de organismos internacionales han declarado que los abortos realizados de manera insegura constituyen un problema crítico de salud pública y derechos humanos. En este sentido, en el marco de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo del año 1994, en El Cairo, los Estados reconocieron que “los abortos realizados en condiciones no adecuadas [son] un importante problema de salud pública”. A su vez, en la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, del año 1995, se señaló que “El aborto en condiciones peligrosas pone en peligro la vida de un gran número de mujeres y representa un grave problema de salud pública, puesto que son las mujeres más pobres y jóvenes las que corren más riesgos” (párr. 97).

En un sentido similar, la OMS ha constatado que “En los países donde la ley restringe drásticamente el aborto provocado o donde existen otro tipo de barreras para su acceso, el aborto seguro se ha convertido con frecuencia en un privilegio de la clase pudiente, mientras que las mujeres pobres no tienen más remedio que recurrir a los servicios de proveedores no calificados en entornos inseguros, o provocarse ellas mismas el aborto utilizando a menudo métodos inseguros, lo que provoca una mortalidad y morbilidad

cuya responsabilidad social y financiera recae sobre el sistema de salud pública, así como la negación de los derechos humanos de las mujeres" (OMS, Directrices sobre la atención para el aborto, p. 2). Lo anterior, se traduce, además, en una grave discriminación contra las mujeres económicamente desfavorecidas.

Inclusive, los efectos de la penalización de la interrupción del embarazo han sido objeto de pronunciamientos del Relator Especial sobre tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes, quien ha estimado que determinadas prácticas para obtener confesiones para ser empleadas en juicios por abortos clandestinos son constitutivas de tortura o malos tratos. En esta línea, señaló que "denegar el acceso al aborto seguro y someter a las mujeres y niñas a actitudes humillantes y sentenciosas en situaciones de extrema vulnerabilidad y en las que es esencial acceder en el plazo debido a la asistencia sanitaria equivale a tortura y malos tratos" (Informe Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, 2016, párr. 44).

La condición jurídica del aborto no tiene ningún efecto sobre la probabilidad de que una mujer recurra a una interrupción voluntaria del embarazo, pero afecta drásticamente a su acceso seguro. Un estudio realizado a nivel mundial en el año 2022 constató que, entre los años 2015 y 2019, un 41% de las mujeres en edad gestante accedió a una interrupción voluntaria del embarazo en países en donde la prestación es legal; mientras que dicho porcentaje alcanzó un 39% en los países en que se encuentra penalizada (Guttmacher Institute, Fact Sheet: Unintended Pregnancy and Abortion Worldwide). Estas cifras evidencian que la tipificación como delito no influye en la decisión de abortar, ni impide que las mujeres aborten o busquen información y sean derivadas a servicios en el extranjero donde puedan acceder al aborto. Por el contrario, la OMS explica

que “la tipificación limita el acceso al aborto seguro y legal, y aumenta el recurso al aborto ilegal y peligroso” (OMS, Directrices sobre la atención para el aborto, 2022, pág. 29).

La experiencia comparada nos indica que la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo reduce los riesgos para la vida y salud de las mujeres de manera significativa. Por ejemplo, en Argentina, desde la aprobación de la ley N° 27.610, que regula el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo, las muertes relacionadas con abortos inseguros se redujeron en un 53% (Ministerio de Salud de Argentina, Estadísticas Vitales: Información Básica Argentina, 2023, pág. 129). Por su parte, en Uruguay la Ley de Interrupción Voluntaria del embarazo logró reducir a cero los fallecimientos a causa de abortos, siendo el país que presenta la menor tasa de mortalidad materna en América Latina (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2019). De esta manera, las cifras demuestran que regular la interrupción del embarazo no hace que esta se masifique, sino que, por el contrario, reduce el número de mujeres que recurren a soluciones clandestinas y peligrosas.

Los Estados tienen el deber de adoptar todas las medidas necesarias para prevenir la realización de abortos peligrosos, protegiendo el derecho a la salud y la salud sexual y reproductiva de mujeres y niñas. Los Estados deben proteger efectivamente la vida de mujeres y niñas contra los riesgos para la salud física y mental asociados a abortos inseguros. En este sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, “CESC”) ha establecido que el derecho a la salud -que incluye la salud sexual y reproductiva– exige servicios de salud, incluidos los servicios de aborto legal, que estén disponibles y que sean accesibles, aceptables y de buena calidad (CESC, Observación General N° 14, 2000, párr. 8). A su vez, el Comité de los

Derechos del Niño ha señalado que “Los Estados Partes deben adoptar medidas para reducir la morbimortalidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas” (Comité de los Derechos del Niño, Observación General N° 4, 2003, párr. 31); recomendando que “los Estados garanticen el acceso al aborto en condiciones de seguridad” (Comité de los Derechos del Niño, Observación General N° 15, 2013, párr. 70).

La liberalización de las leyes de aborto constituye una medida efectiva para reducir el número de abortos peligrosos. En este sentido, el CESC ha señalado que “Es necesario eliminar todos los obstáculos al acceso de las mujeres a servicios, bienes, educación e información integrales en materia de salud sexual y reproductiva”, precisando que -para lo anterior- los Estados deben liberalizar las leyes restrictivas sobre el aborto, garantizar el acceso a un aborto de calidad y respetar el derecho de las mujeres a tomar decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva (CESC, Observación General N° 14, 2016, párr. 28). En el mismo sentido, el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas ha confirmado que los Estados deben revisar las leyes que contradicen su deber de protección a la salud de mujeres y niñas, velando porque aquellas no se vean obligadas a recurrir a abortos peligrosos (Comité de Derechos Humanos, Observación General N° 36, 2019, párr. 8). En definitiva, el objetivo de reducir la morbilidad y la mortalidad materna, y de proteger a las mujeres y las niñas de los riesgos asociados al aborto peligroso, puede lograrse eficazmente haciendo accesible el aborto a la demanda de la mujer o niña embarazada (OMS, Directrices sobre la atención para el aborto, 2022, pág. 30).

En este contexto, el Estado de Chile tiene el deber de garantizar que las mujeres, adolescentes y niñas puedan acceder a la interrupción voluntaria del

embarazo en condiciones seguras, reduciendo los riesgos y daños para su salud. Las cifras expuestas anteriormente, demuestran que nuestro país presenta desafíos en la erradicación de los abortos clandestinos, los que muchas veces se realizan en entornos y con métodos inseguros. La propuesta de permitir la interrupción voluntaria del embarazo a la sola solicitud de la mujer embarazada permite el acceso a dicha prestación de salud hasta la semana 14 de gestación sin necesidad de acreditar causal alguna, tiene por objeto resguardar el derecho a la salud y a la salud sexual y reproductiva.

2. El derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres

El derecho a la salud, como precepto fundamental de derechos humanos, encuentra un robusto reconocimiento en diversos instrumentos normativos de carácter internacional. Así, la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece en su artículo 25 que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, […]”; y, conforme al artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Estados Partes “reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. En sede regional, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales igualmente reconoce que “Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”.

A propósito del derecho a la salud de las adolescentes y niñas, el Comité de los Derechos del Niño en su Observación general N° 15 del año 2013, señaló que la Convención de los Derechos del Niño reconoce la interdependencia e igualdad de importancia de los distintos derechos que permiten a todos los niños, niñas y

adolescentes desarrollar su capacidad mental y física, su personalidad y su talento en la mayor medida posible. Declarando que el derecho del niño, niña y adolescente a la salud no es solo importante en sí mismo, sino que es indispensable para el disfrute de todos los demás derechos contemplados en la Convención (Comité de los Derechos del Niño, Observación General N° 15, 2013, párr. 7).

En el ámbito nacional, la Constitución Política de la República reconoce el derecho a la protección de la salud en su el artículo 19 N° 9. En concreto, se establece que es el Estado el encargado de "proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo […]". Dicha garantía constitucional se compone, además, por el deber preferente del Estado de garantizar la ejecución de las acciones de salud sea que se presten por instituciones públicas o privadas, de conformidad con la ley.

A propósito del derecho a la salud de las mujeres, el Tribunal Constitucional ha señalado que los tratados internacionales han incorporado la titularidad de la mujer respecto de nuevos derechos. Entre estos, dicha magistratura destaca "[e]l derecho a acceder a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia […]". (STC Rol N° 3729-17, c. 38°).

Los derechos sexuales y reproductivos forman parte integrante del derecho a la salud. Así, el CESC especifica que el derecho a la salud no se limita al derecho a la atención de la salud, sino que también considera una serie de libertades y derechos para las personas, entre los que se identifica el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica (CESC, Observación N° 14, 2000, párr. 4 y 8).

Asimismo, la definición que emana de diferentes instrumentos internacionales de la salud reproductiva y el contenido de los derechos sexuales y reproductivos ha tomado como punto de partida al derecho a la salud. De esta forma, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing ha entendido la salud reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (ONU, Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, 1995, párr. 94).

En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; y de procrear con la libertad para decidir si hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición “lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”(ONU, Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, 1995, párr. 94).

A nivel nacional, la doctrina especializada sostiene que nuestro país ha seguido la tendencia comparada en la materia. Así, ha concluido que el reconocimiento de derechos reproductivos se ha desarrollado, principalmente, en normas administrativas y, en algunos casos, ha implicado la consagración de derechos de carácter prestacional que se relacionan, principalmente, con el derecho a la salud (Zúñiga Y., Derechos Reproductivos, Curso de Derechos Fundamentales, 2020, p. 189). Ejemplo de este último caso es la dictación de la ley N° 21.030, que regula la

despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo.

De lo expuesto, se deriva que la regulación de los derechos sexuales y reproductivos incluye la libertad para decidir sobre la procreación, cuándo y con qué frecuencia ello ocurrirá. A esta libertad subyace la autonomía de las personas para tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y su salud reproductiva, lo que incluye, por lo demás, la interrupción voluntaria del embarazo.

a. Permitir el acceso a la interrupción del embarazo por la voluntad de la mujer asegura el pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos

Como se analizó, la penalización de la interrupción voluntaria del embarazo fuera de las causales que prevé la ley N° 21.030 trae como consecuencia la realización de procedimientos clandestinos y, por tanto, una vulneración al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. En atención a lo anterior, la legislación se debe hacer cargo de esta problemática, sobre todo en consideración a las obligaciones internacionales que el Estado ha adquirido en la materia.

En este orden de ideas, la vulneración de los derechos de las mujeres, adolescentes y niñas producto de la penalización de la interrupción voluntaria del embarazo contradice las obligaciones internacionales asumidas por el Estado de Chile. Así, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (en adelante, “CEDAW”) establece que “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención de la salud a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a los servicios de atención de la salud, incluidos los relacionados con la planificación de la familia”. En el mismo sentido, el artículo

16 del referido instrumento reconoce a cada mujer “los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos”.

En consideración a lo dispuesto por la CEDAW, su Comité ha expresado que la “negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria” (CEDAW, Recomendación General N° 24, 1999, párr. 11). Además, el Comité de los Derechos del Niño ha instado a los Estados a “velar por que los sistemas y servicios sanitarios puedan atender las necesidades de los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva, incluso mediante servicios de planificación familiar y aborto en condiciones de seguridad. Los Estados deben procurar que las niñas puedan tomar decisiones autónomas y fundamentadas sobre su salud reproductiva” (Comité de los Derechos del Niño, Observación General N° 15, 2013, párr. 56).

Por su parte, el CESC ha recomendado a los Estados derogar o eliminar las leyes, políticas y prácticas que penalicen, obstruyan o socaven el acceso de las personas o de un grupo determinado a los establecimientos, servicios, bienes e información de salud sexual y reproductiva. Específicamente, se debe garantizar el acceso de las mujeres y niñas a servicios de interrupción voluntaria del embarazo sin riesgo, respetándose su derecho a adoptar decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva (CESC, Observación General N°22, 2016, párr. 28).

En la misma línea, la OMS recomienda a los Estados no adoptar leyes y otras reglamentaciones que restrinjan el aborto basándose en condiciones particulares. Por el contrario, recomienda que la interrupción voluntaria del embarazo “[…] esté accesible a demanda de la mujer, niña u otra persona embarazada.” (OMS,

Directrices sobre la atención para el aborto, 2022, pág.30).

En atención a lo anterior, la posibilidad de acceder a la interrupción voluntaria por la voluntad de la mujer embarazada se enmarca en el deber del Estado de garantizar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y niñas, respetando sus decisiones en materia de salud sexual y reproductiva. Asimismo, responde al imperativo de asegurar que esta prestación médica se realice en condiciones seguras y con pleno respeto a su integridad física y psíquica.

c. Permitir el acceso a la interrupción del embarazo por la voluntad de la mujer asegura su autonomía sexual y libertad reproductiva

Diversos organismos internacionales se han pronunciado respecto al alcance de la autonomía y la libertad reproductiva en el marco de los derechos sexuales y reproductivos. De esta forma, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que la autonomía sexual y libertad reproductiva se refieren “al derecho a tomar decisiones autónomas sobre el cuerpo, el plan de vida, y la salud sexual y reproductiva, libre de toda violencia, coacción y discriminación” (CIDH 235/24, 2024).

En este mismo sentido, el CESC establece que el derecho a la salud sexual y reproductiva implica un conjunto de libertades y derechos. Dentro de las libertades, se identifica “el derecho a adoptar decisiones y hacer elecciones libres y responsables […] con respecto a los asuntos relativos al cuerpo y la propia salud sexual y reproductiva” (CESC, Observación General N° 22, 2016, párr. 5).

Ahora bien, la autonomía y el derecho a adoptar decisiones significativas sobre la vida y la salud cobra especial relevancia para la realización de los derechos sexuales y reproductivos de las

mujeres. Esto se debe, precisamente, a la capacidad reproductiva de las mujeres, por lo que al momento de regular los derechos sexuales y reproductivos se debe tener en especial consideración la posición en la que se encuentran (CESC, Observación General N° 22, 2016, párr. 25 y 26).

Esta especial consideración se reitera en el informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental del año 2021. Así, se establece que el derecho que las mujeres, adolescentes y niñas tienen a adoptar decisiones informadas, libres y responsables sobre su reproducción se basa en el derecho a la autonomía corporal y a la libre determinación, garantizando “un control significativo sobre la posibilidad de reproducirse o no” (Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 2021, párr. 40).

El derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción se vincula directamente con el derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos e hijas. De forma expresa, el artículo 7° del Programa de Acción de la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo consagró “el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva”. Asimismo, el artículo 16 letra e) de la CEDAW dispone que los Estado Partes adoptarán todas las medidas necesarias para asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres “Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”.

Sin embargo, en nuestro país existen cifras que evidencian dificultades en el ejercicio de este derecho. Según un informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Población, entre el año 2015 y 2019, 70 de cada 1.000 mujeres embarazadas de entre 15 y 49 años, declararon que su embarazo era no intencional. En otras palabras, no tenían planeado tener un(a) hijo(a); tener más hijos(as); o el embarazo había sucedido antes de lo deseado (UNFPA, Visibilizar lo invisible,2022, pág. 127).

Por otra parte, de acuerdo con la Décima Encuesta Nacional de Juventudes, en el año 2022, el 19,8% de las jóvenes entre 15 y 29 años en Chile había vivido una experiencia de embarazo no planificado (Instituto Nacional de la Juventud, 2022, p. 111). Esta cifra aumenta cuando la población encuestada incluye a mujeres con más de 30 años. Así de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género 2022-2023, ante la pregunta “¿uno o más de los embarazos que tuvo no fue planificado o no estaba previsto que ocurriera?”, el 47,7% de las mujeres de 18 años y más respondió haber tenido un embarazo no planificado (Ministerio de Salud, 2023, p. 6).

Consciente de lo anterior, durante el gobierno de S.E. el Presidente Gabriel Boric Font, se han dictado distintas medidas legislativas y administrativas que buscan reforzar la autonomía de las mujeres, especialmente, en lo que dice relación con la protección a la anticoncepción, el embarazo y la maternidad. Así, por ejemplo, en materia legislativa, cabe destacar las iniciativas que guardan relación con garantizar el acceso a sala cuna de todas las personas trabajadoras con niños y niñas menores de dos años, y del reconocimiento expreso del derecho al cuidado y la creación del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados. Por otra parte, en sede administrativa, cabe mencionar la medida adoptada por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) de incorporar el examen de hormona antimulleriana en el

arancel de la modalidad de libre elección, facilitando el acceso a un examen esencial para la medicina reproductiva; y la decisión del Instituto de Salud Pública (ISP) de clasificar los medicamentos anticonceptivos en la categoría de mayor riesgo potencial, permitiendo su retiro en 5 días en caso de fallas.

A pesar de dichos valiosos avances, es necesario profundizar en el reconocimiento, protección y garantía a la autonomía y la libertad reproductiva de las mujeres y adolescentes, independientemente de las convicciones personales y los valores individuales. En este contexto, junto con las iniciativas tendientes a la protección – en distintos niveles - de las mujeres que deciden ser madres, la presente iniciativa busca resguardar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres, adolescentes y niñas.

III. IDEA MATRIZ

Con el objeto de resguardar el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de mujeres, adolescentes y niñas, y avanzar y profundizar en su reconocimiento, el presente proyecto de ley propone una regulación de la interrupción voluntaria del embarazo a petición de las mujeres, adolescentes y niñas en un plazo que establezca el legislador y que permita el acceso a la prestación. Asimismo, busca garantizar el acceso a una interrupción voluntaria del embarazo oportuna, informada, legal y segura.

IV. CONTENIDO

El presente proyecto de ley contempla cuatro artículos permanentes y dos artículos transitorios.

En cuanto a su articulado permanente, el artículo 1, habilita la interrupción voluntaria del embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación (inclusive) a petición de la mujer, adolescente o niña embarazada. Además, se

establece que al Ministerio de Salud le corresponderá dictar las normas técnicas que regulen dicha prestación.

El artículo 2 del proyecto de ley regula algunos aspectos de la prestación. En primer lugar, establece que para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo señalada en el artículo 1, la mujer deberá manifestar su voluntad de conformidad a las reglas señaladas en los incisos segundo al noveno del artículo 119 del Código Sanitario. En segundo lugar, se establece que la mujer tendrá derecho a que se le entregue información en los términos señalados en el inciso décimo del artículo 119 del Código Sanitario. Por último, se reconoce el derecho del médico cirujano y del resto del personal de salud requerido para interrumpir el embarazo de abstenerse en los mismos términos y condiciones señalados en el artículo 119 ter del Código Sanitario.

El artículo 3, por su parte, reconoce el deber del Estado de implementar las medidas necesarias para garantizar el acceso en el más breve plazo a la prestación de interrupción voluntaria del embarazo y a información veraz, completa y objetiva sobre la regulación, los derechos y condiciones para acceder a la prestación.

A su vez, el artículo 4 del proyecto de ley modifica el artículo 117 del Código Sanitario en dos sentidos. Primero, reconoce como parte de los servicios profesionales de la matrona la atención de la interrupción voluntaria del embarazo; y, segundo, permite que dichas profesionales puedan indicar, usar y prescribir los medicamentos que el reglamento califique como necesarios para la atención de la referida prestación de salud.

Finalmente, el artículo primero transitorio, establece los plazos del Ministerio de Salud para dictar las normas técnicas, reglamentarias y/o protocolos necesarios para la correcta implementación de la presente ley; y, por su parte, el

artículo segundo transitorio contiene la norma de imputación de gasto.

En consecuencia, tengo el honor de someter a vuestra consideración el siguiente

P R O Y E C T O D E L E Y :

“Artículo 1.- Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la mujer embarazada.

Al Ministerio de Salud le corresponderá dictar las normas técnicas que regularán la prestación de salud señalada en el inciso anterior.

Artículo 2.- Para acceder a la prestación señalada en el artículo primero, la mujer deberá manifestar su voluntad de conformidad a las reglas señaladas en los incisos segundo al noveno del artículo 119 del Código Sanitario.

En este caso, la mujer tendrá derecho a que se le entregue información en los términos señalados en el inciso décimo del artículo 119 del Código Sanitario.

El médico cirujano y el resto del personal requerido para interrumpir el embarazo conforme a lo regulado en el artículo anterior, podrán abstenerse de realizarlo según los términos y condiciones señalados en el artículo 119 ter del Código Sanitario.

Artículo 3.- El Estado implementará las medidas necesarias para garantizar el acceso en el más breve plazo a la prestación de interrupción voluntaria del embarazo y a la información veraz, completa y objetiva sobre la regulación, los derechos y condiciones para acceder a dicha prestación.

Artículo 4.- Modifíquese el artículo 117 del Código Sanitario en el siguiente sentido:

1. Intercálase, en el inciso primero, a continuación de la expresión “normales”, la frase “, de la interrupción voluntaria del embarazo”.

2. Intercálase, en el inciso tercero, a continuación de la expresión “normales”, la frase “e interrupciones voluntarias del embarazo”.

Disposiciones transitorias

Artículo primero transitorio.- Dentro del plazo de 6 meses desde la publicación de la presente ley, el Ministerio de Salud deberá dictar las normas técnicas mencionadas en el artículo 1 de esta ley.

Dentro del mismo plazo, además, deberá actualizar las normas reglamentarias y/o protocolos mencionados en los artículos 117 y 119 ter del Código Sanitario.

Artículo segundo transitorio.- El mayor gasto fiscal que signifique la aplicación de esta ley en su primer año presupuestario de vigencia se financiará con cargo al presupuesto vigente de la partida presupuestaria del Ministerio de Salud. No obstante lo anterior, el Ministerio de Hacienda podrá suplementar dichos presupuestos con cargo a la partida presupuestaria del Tesoro Público en lo que faltare. Para los años posteriores, el gasto se financiará con cargo a los recursos que se contemplen en las respectivas leyes de Presupuestos del Sector Público.”.

REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO
SECRETARÍA GENERAL DE LA PRESIDENCIA

Dios guarde a V.E.

GABRIEL BORIC FONT
Presidente de la República

XIMENA AGUILERA SANHUEZA
Ministra de Salud

ANTONIA ORELLANA GUARELLO
Ministra de la Mujer
y Equidad de Género