

NOTA TÉCNICA N°6

Interrupción voluntaria del embarazo en niñas y adolescentes: análisis al procedimiento con enfoque de derechos

 Abril 2026



La presente nota técnica analiza la aplicación de la Ley 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, en específico se analiza su aplicación en el caso de niñas y adolescentes, evaluando el nivel de cumplimiento de los estándares de disponibilidad, accesibilidad, pertinencia y calidad de los derechos humanos en sistemas públicos en todas las fases del procedimiento.



Publicación de la Defensoría de los Derechos de la Niñez
© 2026 Defensoría de la Niñez

Defensor de la Niñez: Anuar Quesille Vera

Redacción:

Pascale De Saint Pierre Lobos
Gabriel Guzmán Riquelme
Valeria Illanes Aedo
Juan Marambio Ojeda

Colaboración:

Florencia Adofaci, Pasantía en investigación sobre participación y derechos sexuales y reproductivos.

Se autoriza su reproducción, siempre haciendo referencia explícita de la fuente.

Esta publicación debe citarse como: Defensoría de la Niñez, Observatorio de Derechos 2026. Nota Técnica N°6. Interrupción voluntaria del embarazo en niñas y adolescentes: análisis al procedimiento con enfoque de derechos.

Introducción

En Chile, en los últimos años, han existido diversos avances en materia de derechos de salud sexual y reproductiva. Distintos indicadores han demostrado una disminución de la tasa de embarazo adolescente en sus diferentes tramos etarios y un aumento en los niveles de utilización de métodos anticonceptivos y de salud sexual reproductivas de las niñas y adolescentes¹. No obstante, las propias niñas y adolescentes destacan la necesidad de avanzar en una mejor educación sexual a nivel educativo, siendo una de sus principales preocupaciones.²

En este contexto, desde septiembre de 2017, la Ley N° 21.030 regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales específicas: riesgo vital de la madre, inviabilidad fetal letal y embarazo por violación. En los ocho años desde que la ley entró en vigencia, más de 500 niñas y adolescentes han sido parte del procedimiento, lo cual se da principalmente por la causal de violación.

El procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo es una garantía legal que va en la línea de resguardar y hacer efectivos los derechos de niñas y adolescentes. No obstante, su implementación debe considerar las múltiples dimensiones del cuidado y un abordaje especializado, particularmente para niñas y adolescentes que han vivido situaciones de violencia sexual.

Por tanto, la Defensoría de la Niñez, a través de su Observatorio de Derechos realizó un análisis del cumplimiento del enfoque de derechos de la niñez y adolescencia en el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo (IVE). A partir de la recolección y análisis de fuentes cuantitativas y cualitativas, la presente Nota Técnica expone diferentes hallazgos relevantes sobre el nivel de cumplimiento de estos estándares en las diferentes fases del procedimiento, y formula recomendaciones dirigidas a las instituciones del Estado involucradas en su implementación.

Adopte una política integral y eficaz de salud sexual y reproductiva para los adolescentes que tenga en cuenta las cuestiones de género;

Comité de los Derechos del Niño al Estado de Chile, 2022

¹ Defensoría de la Niñez, Observatorio de Derechos. 2025. Diagnóstico sobre la situación de derechos de la niñez y adolescencia 2025. Págs. 18 y 19. ([Enlace](#))

² Defensoría de la Niñez. 2025. Segundo Estudio de Opinión de Niños, Niñas y Adolescentes 2024. ([Enlace](#))

Principales resultados

Según cifras oficiales del Ministerio de Salud, desde 2018 a septiembre de 2025, 560 niñas y adolescentes han iniciado un proceso de interrupción voluntaria del embarazo. El 86% de los casos son por violación, el 55% tuvo entre 14 y 17 años de edad y 15,7% son extranjeras. Las regiones con tasas más altas, de acuerdo con su población, son Aysén, Arica y Parinacota y Atacama.

- ❖ **Desafíos:** se identifican 20 desafíos en materia de disponibilidad, pertinencia, calidad y accesibilidad a la interrupción voluntaria del embarazo en niñas y adolescentes. En particular, se presentan barreras de acceso a la prestación asociadas a situaciones de discriminación, obstáculos socioculturales y la insuficiencia de información disponible sobre el procedimiento. Asimismo, en términos de pertinencia, las intervenciones no contemplan enfoques especializados en niñez y adolescencia, acordes a sus trayectorias vitales. A lo anterior, se suman las limitaciones en cobertura, vinculadas tanto a los efectos de la objeción de conciencia como a la capacidad de respuesta diferenciada de los equipos de profesionales de los establecimientos hospitalarios a lo largo del país.
- ❖ **Alternativas de solución:** se proponen cambios y revisiones a nivel normativo, administrativo y técnico para el fortalecimiento de aspectos transversales tales como la capacitación y especialización de los equipos, la generación de lineamientos técnicos específicos, aumentar la difusión y publicidad de información respecto a la implementación de la ley de interrupción voluntaria del embarazo en todas sus fases. Especialmente, fortalecer los mecanismos de detección y actuación frente a casos de embarazo en niñas y adolescentes.

Modelo y metodología de análisis

La presente nota técnica se enfoca en la línea de investigación que analiza el nivel de incorporación del enfoque de derechos de la niñez y adolescencia en la implementación de leyes, políticas y/o programas. En este contexto, se examinarán todas las fases y actividades del procedimiento de aplicación de la IVE en niñas y adolescentes.

Para esto, considera una diagramación del procedimiento analizado, elaborado de acuerdo con la normativa y opinión experta (*Figura 1*) y de acuerdo a ello se evalúa el nivel de cumplimiento de cuatro estándares programáticos, descritos en la *Tabla 1*, a lo largo de todas las fases y actividades del procedimiento.

Tabla 1. Estándares del enfoque de derechos de la niñez en garantías programáticas

Estándar	Descripción
Disponibilidad	Las actividades del proceso cumplen con criterios de cantidad suficiente, tiempos de respuesta oportunos a la necesidad del servicio y/o problema abordado.
Accesibilidad	Las actividades del proceso garantizan el acceso sin discriminación, asegurando la disponibilidad de información clara y suficiente sobre la existencia y condiciones de la prestación o servicio. Asimismo, no se identifican restricciones físicas o geográficas, como la distancia, ni barreras de carácter económico.
Pertinencia	Las actividades del proceso se encuentran adaptadas a las necesidades de cada niña y adolescente, considerando factores intersectoriales como interseccionales, tales como la edad, el género, la identidad de género, la pertinencia cultural y, entre otros.
Calidad	Las actividades del proceso cumplen con criterios técnicos de diseño, implementación y evaluación que se ajustan a la evidencia científica en la materia y al enfoque de derechos de la niñez y adolescencia.

Fuente: elaboración propia, con base en la Observación general N° 22 (2016) del Comité de derechos económicos, sociales y culturales, sobre derecho a la salud sexual y reproductiva

Para analizar el cumplimiento de estos estándares se realizaron diversas técnicas de recolección de información entre las que se cuentan (Tabla 2):

- **Fuentes estadísticas oficiales del Ministerio de Salud** sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo, tanto de acceso público como solicitudes específicas al Departamento de Estadísticas de Información en Salud (DEIS). A lo que se suman otros indicadores complementarios relativos a natalidad y embarazos tanto de este ministerio como de otras instituciones públicas.
- **Fuentes documentales normativas y especializadas en la temática**, para fortalecer el análisis sobre la aplicación del procedimiento de IVE realizado por organizaciones de la sociedad civil y del Estado.
- **Levantamiento de información primaria**, mediante la realización de entrevistas semiestructuradas con profesionales de organismos estatales y organismos de la sociedad civil expertas en la materia.

Tabla 2. Fuentes estudiadas para la realización de la Nota Técnica

Tipo	Fuentes específicas
Fuentes cuantitativas	<ul style="list-style-type: none"> Panel virtual de datos sobre interrupción voluntaria del embarazo en Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). (Enlace) Base de datos sobre casos de IVE 2018-2025 preliminar, DEIS sobre casos que optaron por interrupción del embarazo.³ Datos de casos gestionados por Observadoras Ley de Aborto⁴
Fuentes documentales	<ul style="list-style-type: none"> Adofaci, F. 2026 Proyecto de intervención: mecanismos de participación de niñas y adolescentes en la evaluación de la Ley N°21.030 de interrupción voluntaria del embarazo. Tesina Magister en Psicología Jurídica y Forense. Casas, Lidia. et. Al 2022. Primary health care accesos to legal abortion and the notion of ideal victim among medical practitioners: the case of Chile. <i>Frontiers in psychology</i> N°1. (Enlace) Consejo para la Transparencia, Unidad de Fiscalización. (diciembre de 2021). <i>Informe especial de fiscalización focalizada: protocolos de interrupción voluntaria del embarazo (Ley 21.030)</i>. (Enlace) Corporación Miles. 2025. Barreras a 7 años de la promulgación de la ley IVE: un estudio desde una mirada jurídica. (Enlace) Corporación Humanas. 2023. Objeción de conciencia en Chile: Desafíos en la implementación de la ley sobre interrupción voluntaria del embarazo en tres causales a seis años de su dictación. (Enlace) Corporación Humanas. 2024. Objeción de conciencia en Chile: monitoreo a la implementación de la ley sobre interrupción voluntaria del embarazo en tres causales a 7 años de su dictación. (Enlace) Montero, Adela, D. et. Al 2023. Caracterización sociodemográfica de adolescentes que tuvieron acceso a las prestaciones vinculadas con la interrupción voluntaria del embarazo por violación. Chile: 2018-2020. <i>Andes pediátrica</i>, 94(5), 628-637. (Enlace) Centro de Derechos Humanos UDP, Universidad Diego Portales. Tres tesis sobre la implementación de la Ley 21.030 desde los estándares internacionales de los derechos humanos. (Enlace) Observadoras Ley de Aborto Chile (OLA Chile). "Ruta de acceso a la ley de aborto en Chile". Informe Anual 2024
Entrevistas semiestructuradas (10)	<ul style="list-style-type: none"> Profesionales de servicios públicos relacionados Profesionales de servicios públicos de la red de salud Representantes de organismos de la sociedad civil
Panel de análisis	<ul style="list-style-type: none"> Representantes de organizaciones de la sociedad civil Representantes de organismos y servicios públicos Académicas e investigadoras

Fuente: elaboración propia. Las conclusiones de la presente Nota Técnica, así como el procesamiento de los datos cuantitativos es exclusiva responsabilidad del autor

Luego se procedió a realizar una sistematización de los hallazgos transversales a todas estas fuentes, según cada fase del procedimiento y estándares de evaluación. Estos hallazgos se centraron en la identificación de riesgos, problemas de implementación y brechas, así como buenas prácticas y avances. Estos hallazgos fueron expuestos y analizados ante un panel de análisis en el que participaron las personas entrevistadas, diversas académicas y representantes de organismos de la sociedad civil. Este panel permitió profundizar en la interpretación de los hallazgos, así como en la identificación de posibles de alternativas de solución a los desafíos.

³ El equipo del Observatorio de Derechos agradece la colaboración del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) en la gestión y elaboración de estos datos.

⁴ El equipo del Observatorio de Derechos agradece la colaboración de OLA Chile en la entrega de estos datos.

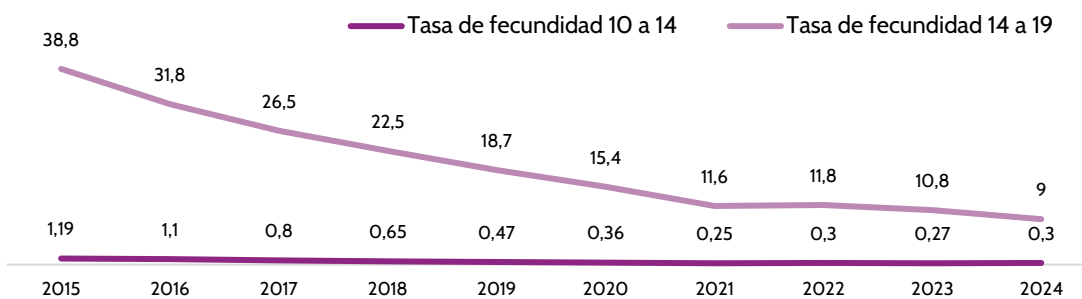
Panorama general de la IVE

Como contexto general, es importante considerar que el país ha tenido una disminución importante en las tasas de gestación y natalidad de niñas y adolescentes en los últimos años. Como muestra el Panorama 1 desde 2015 a 2024 la tasa de fecundidad de niñas y adolescentes de hasta 19 años ha disminuido de forma importante. Así también se demuestra en los egresos hospitalarios de niñas y adolescentes según diferentes materias relativas a la gestación y parto.

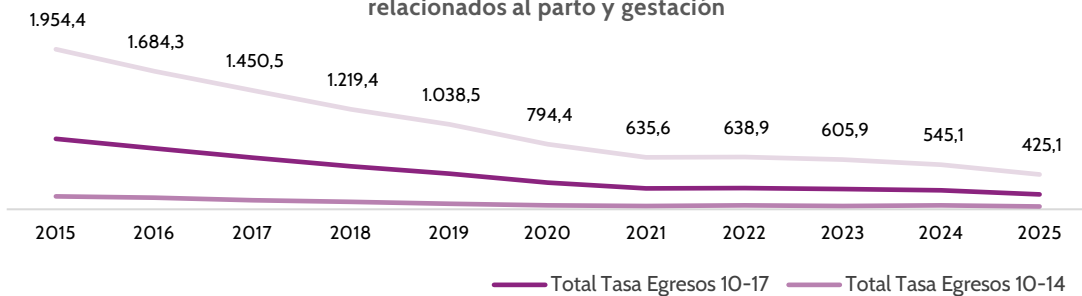
Entre 2018 y septiembre de 2025, 560 niñas y adolescentes iniciaron un procedimiento por interrupción voluntaria del embarazo. El 86% de estos casos fue por la causal 3 de violación.

Panorama 1. Tasa de fecundidad específica y egresos hospitalarios por gestación y parto en niñas y adolescentes

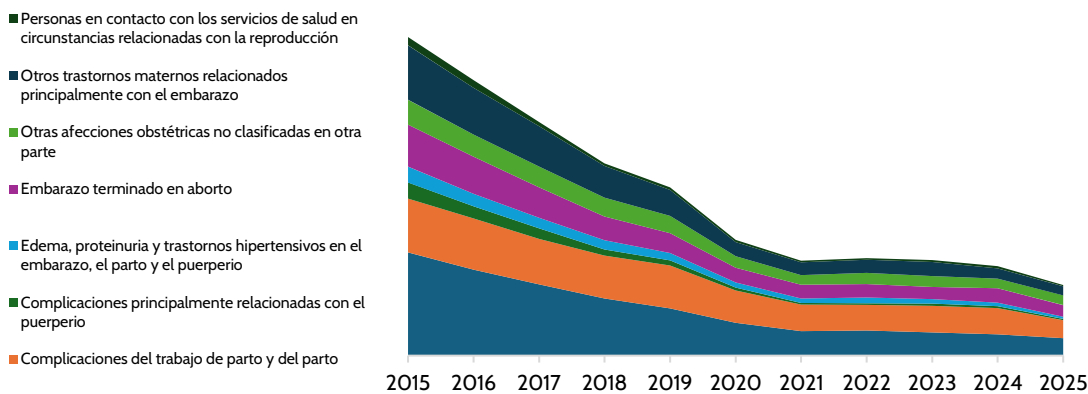
Tasa específica de fecundidad de personas entre 10 a 19 años



Tasa de egresos hospitalarios de personas entre 10 a 17 años por servicios relacionados al parto y gestación



Distribución de causales de egreso hospitalario sin considerar parto



Fuente: elaboración propia a partir de datos abiertos de DEIS. La tasa específica de fecundidad mide el número de nacidos vivos por cada 1.000 mujeres según la edad.

Con fecha 27 de septiembre de 2017 se publicó la Ley N°21.030 que regula la despenalización de la interrupción del embarazo en tres causales, que entró en vigor 90 días después. Esta ley fue complementada por el Reglamento para ejercer la Objeción de Conciencia en 2018, este último fue posteriormente modificado con fecha 27 de mayo de 2025. Asimismo, el Ministerio de Salud ha publicado diferentes normativas y orientaciones técnicas para su aplicación en detalle.

Según esta normativa, la IVE es aplicable en tres causales: por peligro de vida de la mujer (causal 1), por inviabilidad fetal (causal 2) o por violación (causal 3). Frente a las dos primeras causales la IVE puede realizarse a lo largo de toda la gestación. En el caso de la tercera causal, esta puede realizarse siempre que no hayan transcurrido más de 14 semanas, en el caso de menores de 14 años, y de 12 semanas, en mujeres de 14 años o más.

Según datos del Ministerio de Salud, desde agosto de 2018 a septiembre de 2025, 560 niñas y adolescentes han ingresado al procedimiento de IVE. Esta cantidad ha ido aumentando progresivamente en los años alcanzando los 100 casos en 2023 y 2024. Como se constata en el *Panorama 1*, **la gran mayoría de los casos constituyen ingresos por la causal 3 relativa a violación, alcanzando el 86% de estos, el cual es un porcentaje significativamente mayor que en el caso de mujeres adultas, donde alcanza el 21%.** Asimismo, cabe destacar que el 45% son de niñas menores de 14 años y un 55% tuvo entre 14 y años. Cabe destacar, también, que en los casos de niñas menores de 14 años casi la totalidad de casos es por la causal de violación.

La gran mayoría de casos de IVE se concentra en las regiones Metropolitana (161), Valparaíso (70) y Biobío (47), en línea con la distribución de la población en el país. Al analizarlo según una tasa por cada 100.000 niñas y adolescentes entre 10 y 17 años, las regiones con tasas más altas son Aysén (54), Arica y Parinacota (53), Atacama (47) y Antofagasta (41).

Asimismo, es importante evidenciar que de todos los casos que finalmente optaron por la interrupción, el 15,7% son extranjeras, el 6,7% de algún pueblo originario y que solo cinco casos fueron realizados en establecimientos privados.

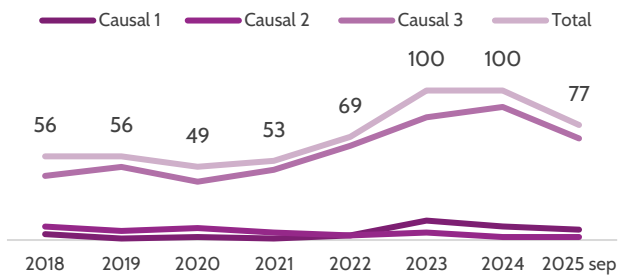
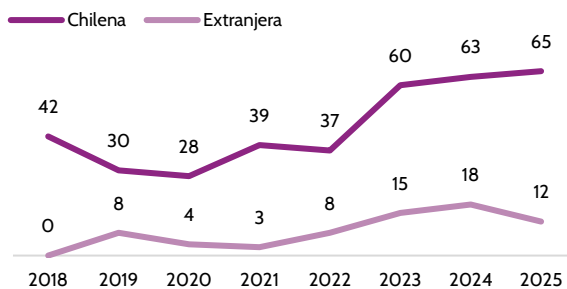
Por último, cabe mencionar que, en el periodo analizado, alrededor del 79% de los casos optaron por interrumpir el embarazo; en el caso de niñas y adolescentes menores de 18 años, el porcentaje es menor con un 70%.

Asimismo, el 88% de las niñas y adolescentes que deciden interrumpir su embarazo, deciden recibir acompañamiento.

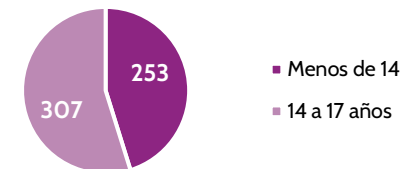
Panorama 2. Casos de interrupción voluntaria del embarazo entre 2018 a septiembre de 2025

560

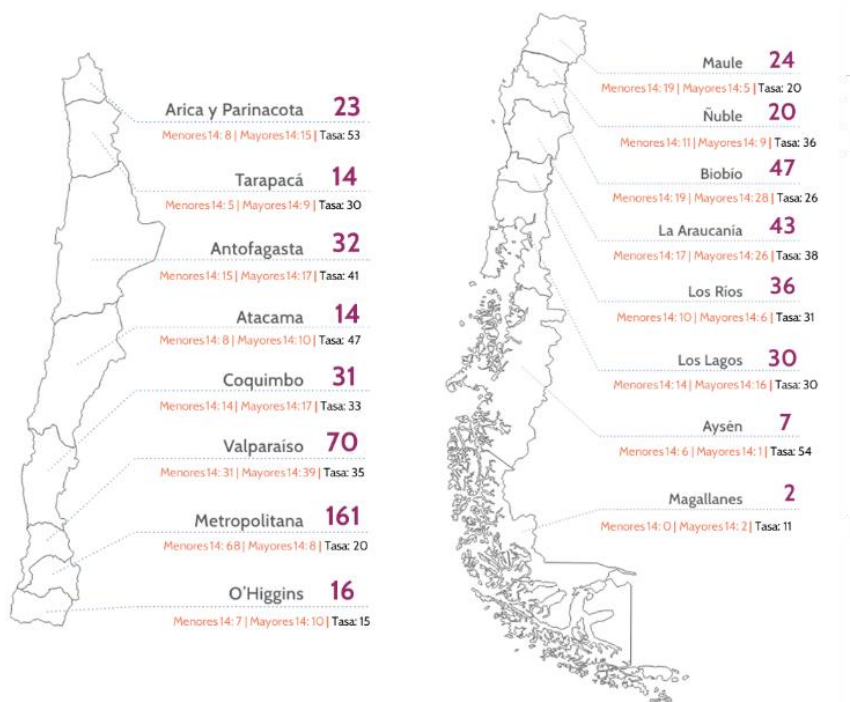
Casos
(26 casos por 100.000)



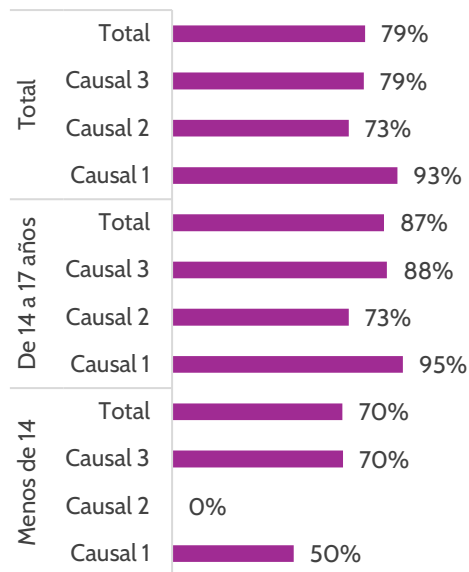
Cantidad según edad



Cantidad por región según edad y tasa por cada 100.000 personas entre 10 y 17 años



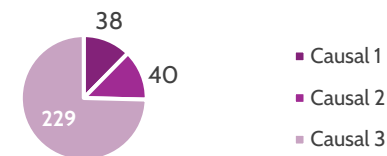
Porcentaje de casos que deciden continuar con la interrupción



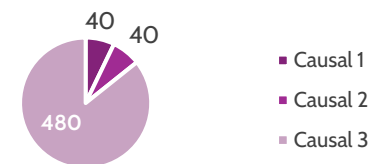
Casos de menores de 14 según causal



Casos entre 14 y 17 años según causal



Total de casos según causal



Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS). Tablero IVE. (Tasas calculadas por el autor en base a año 2022 y según edad)

Análisis al cumplimiento del enfoque de derechos de la niñez y adolescencia

a. El procedimiento de interrupción de embarazo en niñas y adolescentes

El procedimiento se inicia una vez es detectado la sospecha de embarazo en el contexto de las causales contempladas por la ley, lo cual puede ser por ingreso espontáneo, o por derivación desde otras redes del sistema de salud (Salud Responde y dispositivos de diferentes niveles de atención de salud) o desde otros sistemas públicos (Fiscalía, tribunales, Servicio Médico Legal, otras instituciones de la red de protección, entre otros).⁵

Una vez ingresado el caso, lo asume la dupla psicosocial del equipo IVE que tiene cada centro hospitalario que cuenta con unidad de alto riesgo obstétrico (ARO), el cual inicia el proceso de confirmación diagnóstica y constitución de la causal. Esto incluye actividades como la evaluación clínica y psicosocial especializada, la determinación de la edad gestacional, el registro clínico obligatorio, entre otras. Cabe señalar que cada causal requiere el cumplimiento de hitos específicos para su constitución⁶. Junto con ello la constitución de la causal es independiente de la decisión posterior de la niña o adolescente respecto de interrumpir o continuar el embarazo.

Constituida la causal el prestador de salud debe entregar a la mujer, niña u adolescente información clave como su condición de salud, las alternativas de interrupción o continuación disponibles frente al embarazo, la descripción del procedimiento, la denuncia penal y las posibilidades de acompañamiento y apoyo psicosocial, entre otros. La entrega debe realizarse de forma pertinente y especializada.

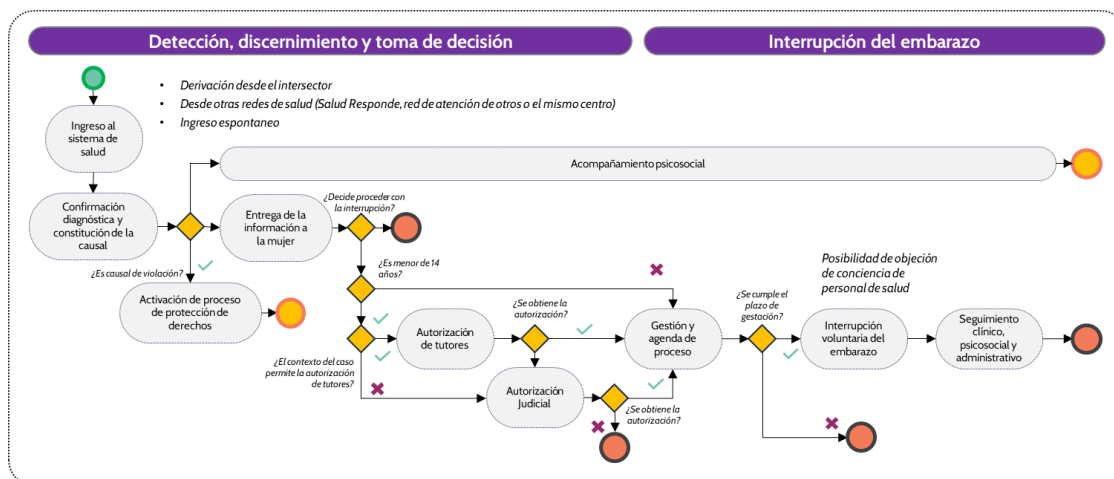
Asimismo, debe comenzar la implementación de un acompañamiento psicosocial, independientemente de la decisión o del tipo de causal, el cual es voluntario y especializado, y se basa en la acogida y acompañamiento por un equipo interdisciplinario de salud durante todo el procedimiento. Este puede realizarse por los equipos del establecimiento médico o por instituciones sin fines de lucro.⁷

⁵ Norma Técnica Nacional de 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). ([Enlace](#))

⁶ La causal 1 (peligro para la vida de la mujer) se constituye con un diagnóstico médico de un(a) especialista; la causal 2 (inviabilidad fetal), requiere de un diagnóstico emitido por dos médicos especialistas en el mismo sentido, y la causal 3 (violación) exige que un equipo de salud, conformado para estos efectos, confirme la concurrencia de los hechos que fundamenta la causal y la edad gestacional, informando tanto a la mujer como al jefe del establecimiento de salud.

⁷ Orientaciones Técnicas de acogida y acompañamiento psicosocial en el marco de la ley 21.030, que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales (Ministerio de Salud)

Figura 1. Procedimiento de la interrupción voluntaria del embarazo



Fuente: elaboración propia a partir de Norma Técnica de Minsal que regula Ley 21.030

Con base a lo anterior, corresponde a la mujer o adolescente la decisión de interrumpir o continuar con el embarazo. En el caso de las causales de peligro para la vida de la madre e inviabilidad fetal la interrupción puede realizarse en cualquier momento de la gestación. En el caso de la causal de violación esto se restringe hasta 12 semanas de gestación en mayores de 14 años y hasta las 14 semanas en el caso de menores de esta edad. La decisión se sustenta en un consentimiento informado.

En los casos de niñas menores de 14 años, la ley establece la necesidad de contar con el consentimiento informado de la niña y con una autorización de su representante legal. Si la adolescente es mayor de 14 años, solo se debe informar su decisión a su representante legal. Ahora bien, puede requerirse la gestión de una autorización judicial en casos de negación de sus representantes legales, o cuando a juicio del médico existen antecedentes para estimar que solicitar la autorización del representante legal podría generar a la niña un riesgo grave de maltrato físico o psíquico, coacción, abandono, desarraigo u otras acciones u omisiones que vulneren su integridad. La autorización judicial deberá resolver la solicitud de interrupción de embarazo en el máximo de 48 horas siguientes. La resolución es apelable, en cuyo caso se debe esperar para proceder a la interrupción, pero no se establece un plazo para el pronunciamiento por parte de la Corte de Apelaciones.

El proceso de interrupción de embarazo se realiza a través de diferentes técnicas según la edad gestacional, la causal y su condición clínica. En el caso de la causal de violación se debe realizar además una toma de muestra para el análisis médico legal y cadena de custodia. En esta fase del proceso, la ley también establece el derecho a la objeción de conciencia de las instituciones y del personal médico, en específico médicos cirujanos y personal médico de pabellón durante la intervención tales como matrones, enfermeros, arsenaleros y técnicos de enfermería, la cual debe realizarse previamente y por escrito. El establecimiento de salud debe adoptar las medidas

para la reasignación de personal o derivación externa en caso de que por la objeción de conciencia no garantice la respuesta requerida. Cabe destacar también que los establecimientos públicos no pueden invocar la objeción de conciencia institucional y deben contar con personal idóneo, suficiente y disponible para asegurar la prestación médica, mientras que los establecimientos privados sí pueden manifestarse como objetores de conciencia.⁸ Finalmente, se implementa un proceso de seguimiento posterior, que es clínico, psicosocial y administrativo.

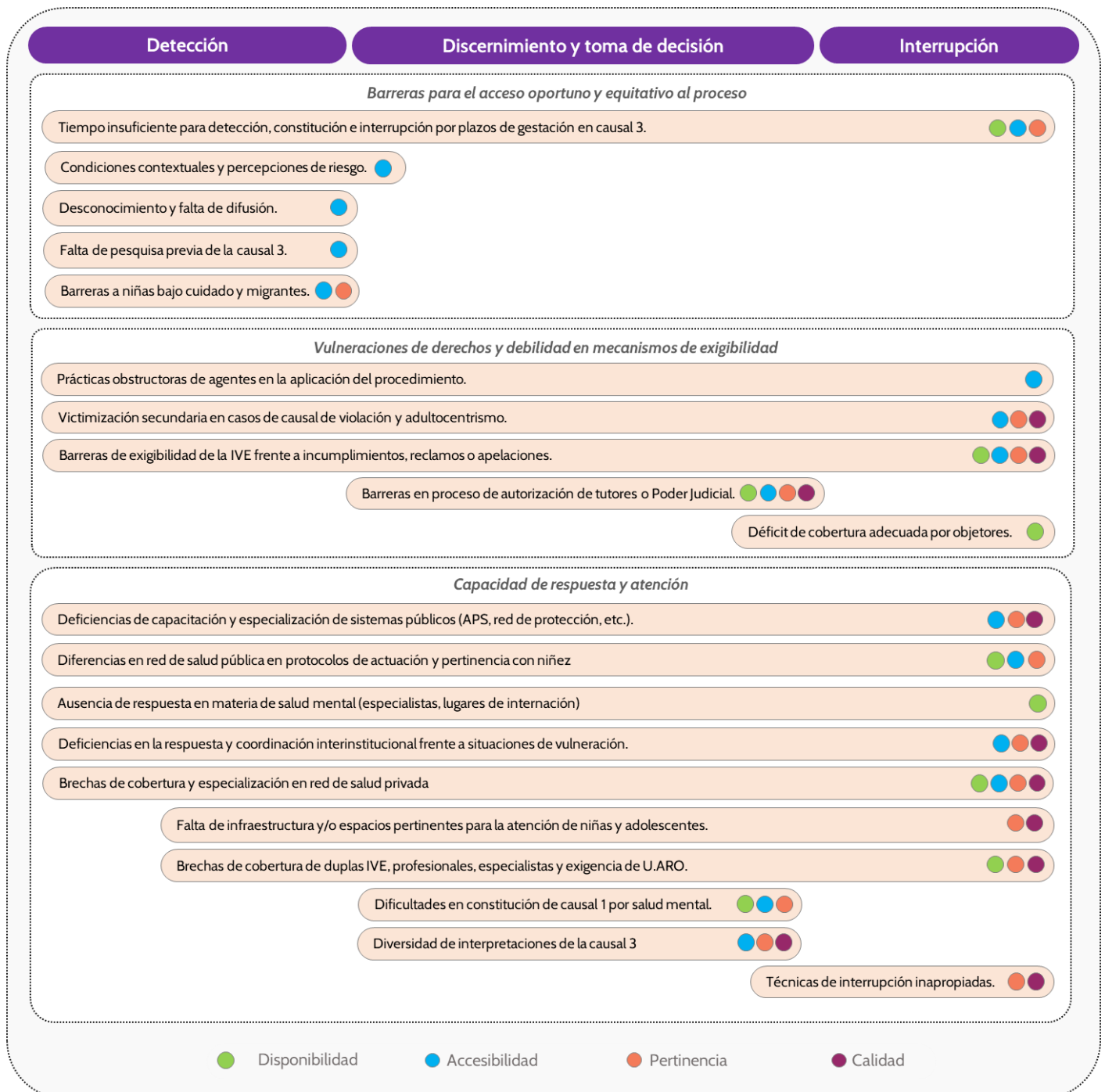
b. Brechas y desafíos en el procedimiento

Los hallazgos de las fuentes analizadas fueron ordenadas según su impacto en cada uno de los estándares estudiados, para luego ser clasificadas en categorías conceptuales más amplias según el nivel de relación de las problemáticas señaladas por las diferentes fuentes.

En base a ello fueron clasificados en tres grandes grupos. El primero, es relativo a problemas asociados principalmente a factores de accesibilidad, muchas veces antes del propio comienzo del procedimiento que afectan a niñas y adolescentes, por diversas razones como la falta de información, discriminación, entre otras. Consecutivamente se identifican factores relacionados a la experiencia misma de las niñas y adolescentes en el procedimiento de IVE y a la presencia de prácticas obstructoras y barreras culturales. Finalmente, se identifican una serie de hallazgos relativos a la capacidad institucional de los sistemas de salud.

⁸ Reglamento para ejercer la Objeción de Conciencia (Decreto N°67 del Ministerio de Salud). ([Enlace](#))

Figura 2. Hallazgos identificados en relación con el cumplimiento de estándares del enfoque de derechos en el procedimiento IVE



Fuente: elaboración propia

Barreras para el acceso oportuno y equitativo al procedimiento

1. Tiempo insuficiente para detección, constitución e interrupción por plazos de gestación en tercera causal

Uno de los problemas identificados de forma transversal en las fuentes analizadas, se refiere a la insuficiencia de los **plazos máximos de gestación establecidos para poder realizar la interrupción voluntaria del embarazo en los casos de violación. La normativa vigente fija un límite de hasta 12 semanas para adolescentes de 14 años o más y de 14 semanas en el caso de niñas menores de 14 años.** De acuerdo con lo levantado en entrevistas y revisión documental, estos plazos se perciben como restrictivos y poco pertinentes al contexto de las niñas y adolescentes, lo cual genera tanto un problema de accesibilidad a la prestación, como una carencia en la pertinencia de estos a su realidad específica.

“Consideramos que es insuficiente el plazo, o sea para las menores de 14 años, 14 semanas que regalaron esas 2 semanas, y para las menores de 18 años de 12 semanas es completamente insuficiente.” Entrevista representante organismo de sociedad civil

La Figura 3 muestra estadísticas de tendencia central relativas a semanas de gestación de niñas y adolescentes tanto al ingresar al sistema de salud como al momento de la interrupción, así como los plazos (en promedio de días) que transcurrieron desde **el ingreso hasta la toma de decisión**, y entre esta última y **la interrupción**. Es posible ver que en general las **niñas y adolescentes concurren al proceso con edades gestacionales, que son en promedio mayores en el caso de menores de 14 años**, pero sin ser significativamente diferentes en el caso de la tercera causal.

En este marco, focalizando el análisis **en la causal 3 de violación**, es posible identificar que **el acceso inicial a la IVE tiene un promedio de gestación ligeramente mayor en el caso de las menores de 14 años**, pero sin diferencias relevantes con respecto a las adolescentes de 14 años o más. En los casos de violación, se advierte que, si bien los tiempos promedio entre el ingreso y la decisión final de niñas y adolescentes son similares a los de el total de casos, existe la presencia de casos de mayor duración. Esto podría estar evidenciando la existencia de dificultades en la interpretación y aplicación de la causal 3.

Figura 3. Indicadores de tendencia central de semanas de gestación y tiempos de tramitación según fase, causal y edad.

Causal 1 y 2	Hito 1 - Concurrencia			Hito 2 - Decisión			Hito 3 - Interrupción					
	Promedio	Máxima	Desviación estándar	Promedio	Máxima	Desviación estándar	Promedio	Máxima	Desviación estándar	Promedio	Máxima	Desviación estándar
Menores de 14 años	17	17	0	0	0	0	17	17	0	3	3	0
Mayores de 14 años	10,9	17	4,1	0,25	4	0,84	11,4	18	4,1	4	61	10
Total de casos	11,1	17	4,1	0,24	4	0,83	11,5	18	4,1	4	61	9,8

Causal 3	Promedio	Máxima	Desviación estándar	Promedio	Máxima	Desviación estándar	Promedio	Máxima	Desviación estándar	Promedio	Máxima	Desviación estándar
Menores de 14 años	8,11	14	2,7	1,7	96	7,7	8,6	14	2,7	2,9	39	4,2
Mayores de 14 años	7,7	14	2,2	0,9	20	2,6	8,3	14	2,2	4,1	246	17,3
Total de casos	7,9	14	2,4	1,2	96	5,6	8,5	14	2,5	3,5	246	12,9

Fuente: elaboración a partir de datos entregados por DEIS. Se incluyen casos con semana de gestación de 13 y 14 semanas en casos de 14 años y más en causal de violación que se registran así en la base de datos, lo cual puede ser un error de registro.

Ahora bien, las fuentes estudiadas dan cuenta de las dificultades que tiene la detección de los embarazos en niñas y adolescentes, debido a diferentes razones que se basan en experiencias previas y percepciones, de ellas y/o sus familias, respecto a su interacción con los sistemas públicos u otros factores socioculturales que se describen más adelante.

“Consideramos que es insuficiente el plazo, o sea para las menores de 14 años, 14 semanas que regalaron esas 2 semanas y para las menores de 18 de 12 semanas es completamente insuficiente.” Entrevista representante de organismo de sociedad civil.

“Sobre todo porque se dan en contextos que son como muy vulnerados, vulnerables, entonces como que se esconden hasta que ya pasa mucho el tiempo de las semanas de gestación y demoran finalmente en el ingreso al servicio de salud.” Entrevista Funcionaria Pública de servicio de salud.

Esto da cuenta también de factores asociados que afectan la accesibilidad desde antes del procedimiento mismo y que, por lo tanto, no están registrados por las cifras antes descritas. En muchos casos, estas barreras impiden siquiera iniciar el proceso

de interrupción voluntaria del embarazo y en otros simplemente impiden realizarlo por superarse el plazo legal de gestación.

La Tabla 1 muestra los resultados de casos que han sido atendidos por la Fundación “Observadoras Ley de Aborto Chile” la cual realiza tareas de acompañamiento a mujeres por situaciones de interrupción del embarazo. Las estadísticas enviadas por esta organización dan cuenta de que un 56% del total de casos de niñas y mujeres en 2024 decide finalmente no solicitar la interrupción al hospital.

Tabla 1. Número de casos atendidos por Observadoras Ley de Aborto Chile según avance del caso

Causal	Total	Decisión de ir al hospital		Constitución en hospital	
		Sí	No	Sí	No
Causal 1	22	4	18	2	2
Causal 2	1	0	1	0	0
Causal 3	33	15	18	14	3
Total	56	19	37	14	19

Fuente: OLA Chile

Además de los factores sociales ya señalados, un elemento también mencionado en las fuentes es que el plazo de gestación en niñas y adolescentes no es pertinente con su nivel de desarrollo biológico. Lo anterior, por factores relacionados al ciclo menstrual de las niñas y adolescentes, así como un menor nivel de conocimiento de los síntomas para detectar el embarazo, que pueden ser confusos e irregulares⁹

Asimismo, la detección por terceros muchas veces puede verse impedida por estos mismos factores, así como por la improbabilidad de que una niña esté embarazada, por la atribución de cambios físicos debidos a su proceso de desarrollo o por brechas socioeconómicas en la capacidad de los propios sistemas públicos en la detección previa.¹⁰

En cuanto a la duración del procedimiento, es posible identificar que en las causales 1 y 2 se presentan plazos menores a los ocurridos en la causal 3, la cual presenta tiempos mayores principalmente desde la decisión hasta la interrupción, esto puede estar siendo incidido por otros hallazgos expuestos más adelante, principalmente los relacionados a la autorización de tutores y la cobertura de respuesta final con el factor de la existencia de los objetores de conciencia.

⁹ Coast, E., et al. 2023. *Understanding pregnancy recognition among adolescents seeking abortions*. PMC / BMJ Sexual y Reproductive Health. ([Enlace](#))

¹⁰ Rodríguez Vignoli, J., y Roberts, A. 2020. *El descenso de la fecundidad adolescente en Chile: antecedentes, magnitud, determinantes y desigualdades*. Serie de Estudios N° 12, INJUV. ([Enlace](#))

2. Condiciones contextuales y percepciones de riesgo

La IVE genera una serie de dudas, temores e interrogantes en las familias, lo cual constituye un problema altamente mencionado por las fuentes y que se manifiesta principalmente en barreras subjetivas o resistencias en la activación de los procedimientos formales en el sistema público. Cabe recordar que el embarazo adolescente se genera en contextos de mayor exclusión social en Chile, lo que también influye en la capacidad de los sistemas públicos para la detección primaria y la respuesta oportuna.¹¹

Estos factores contextuales inciden en que **la IVE genere percepciones negativas o de riesgo en la ciudadanía, en especial en grupos de especial protección, lo que se suma al temor existente en las niñas, adolescentes y sus familias de acudir al sistema**, precisamente por la ocurrencia de situaciones de victimización secundaria, discriminación o de institucionalización del caso, aspectos en los que se profundizará más adelante. A lo anterior se agregan experiencias previas que pueden corresponder a las propias madres de las adolescentes, en contextos de violencia obstétrica u otras formas de maltrato institucional.

Lo anterior puede explicarse por diversos factores, como el miedo que se descubra el embarazo y el juicio social asociado, o a que se produzca una intervención institucional a una familia, particularmente en lo que respecta al rol de la madre.

“Con las niñas, esta desconfianza ocurre cuando todas las instituciones de niñez entran a mirar a una familia. Y lo primero que cuestionan es el rol de la madre. Hay casos de madres denunciadas penalmente por intentar generar un aborto en su hija”. Entrevista organismo de la sociedad civil.

Otro impedimento de acceso, sobre todo en los casos relativos a la tercera causal, es **el temor de las adolescentes a que el procedimiento exponga judicialmente a sus padres o cuidadores a la persecución penal, o a que signifique una confrontación con su agresor, sin contar con condiciones adecuadas de protección**.

En contextos de violencia de género y asimetrías de poder, este factor adquiere especial relevancia.

“No hay que obligar a una mujer a enfrentarse a su agresor. Las niñas muchas veces no están preparadas para enfrentar esto. Sabemos que el sistema no está preparado para protegerlas. Hay casos en que nos han dicho que no hagamos la denuncia, para proteger a las víctimas. Además, por la revictimización”. Entrevista organismo de la sociedad civil.

¹¹ Rodríguez Vignoli, J., y Roberts, A. 2020. *El descenso de la fecundidad adolescente en Chile: antecedentes, magnitud, determinantes y desigualdades*. Serie de Estudios N° 12, INJUV.

En su conjunto, estos antecedentes dan cuenta de que las barreras de acceso a la IVE se encuentran profundamente condicionadas por factores sociales, culturales e institucionales, que tienen consecuencias en la posibilidad efectiva de niñas, adolescentes y sus entornos de recurrir al sistema de salud.

3. Desconocimiento y falta de difusión

Relacionado al hallazgo anterior, el desconocimiento de la garantía de interrupción voluntaria del embarazo en tres causales es un problema frecuentemente mencionado por las fuentes consultadas. Se identifica que **los problemas de falta de acceso a la información del procedimiento pueden estar siendo generados por una incorrecta interpretación legal de la no promoción del aborto**, lo cual no significa que no deba difundirse la garantía como tal. Se identifica como un desafío principalmente de accesibilidad, afectando el conocimiento y ejercicio oportuno de este derecho por parte de niñas y adolescentes.

*“Y eso se suma además a la falta de información que pone una interpretación del 119 quáter de la ley N° 21.030, que se le daba una interpretación muy restrictiva hasta ahora y hasta hace muy poco, impedía que hubiera información en los CESFAM y en los dispositivos de salud respecto de la IVE”.
Entrevista organismo de la sociedad civil.*

4. Insuficiente pesquisa temprana de casos IVE, especialmente en la causal 3

Se identifica también una brecha en la detección oportuna de casos que podrían enmarcarse en la Ley de interrupción voluntaria del embarazo, particularmente en la causal 3. En específico, la **constitución de la causal se encuentra radicada en el nivel secundario de atención de salud y no forma parte de las etapas iniciales de detección en atención primaria, lo que limita la capacidad del sistema para pesquisar y registrar aquellos casos que no logran completar la derivación**, afectando tanto accesibilidad como la calidad de la atención.

El primer nivel de atención constituye el principal punto de entrada al sistema de salud y, en el marco de la implementación de la Ley IVE, cumple un rol clave en la detección oportuna de casos que podrían enmarcarse en alguna de las tres causales. De acuerdo con las orientaciones técnicas del Ministerio de Salud, entre sus funciones se encuentran la pesquisa de dichas causales en mujeres embarazadas, la entrega de información y primera acogida, la derivación oportuna al nivel secundario de especialización, así como el registro de los antecedentes clínicos y la denuncia en casos de sospecha de delito sexual en niñas y adolescentes.

Por su parte, el **segundo nivel de atención** concentra las prestaciones especializadas del proceso, incluyendo la confirmación diagnóstica, **la constitución de la causal**, la eventual interrupción del embarazo y el acompañamiento psicosocial, a través de

equipos multidisciplinarios. En el caso de la causal 3 de embarazo producto de una violación, las orientaciones técnicas del Ministerio de Salud establecen que **su constitución se realiza por un equipo de salud del segundo nivel de atención, especialmente conformado para estos efectos, que debe confirmar la concurrencia de los hechos que la fundamentan y la edad gestacional**¹².

Por tanto, como se menciona previamente, se identifica una brecha relevante en la fase de detección de casos, particularmente en la causal 3, asociada a la forma en que se estructura el proceso de atención en salud. Actualmente, la constitución de la causal está radicada en el segundo nivel de atención, y esto implica que la identificación formal de un caso IVE depende de que la usuaria efectivamente sea atendida por los equipos de salud del segundo nivel y se concrete la constitución de la causal.

Sin embargo, de acuerdo con lo levantado en las entrevistas, existe un número significativo de situaciones en que mujeres, niñas o adolescentes son atendidas en atención primaria, donde se detecta una posible causal, pero que por diversas razones no concretan su llegada al nivel secundario. En estos casos, **al no existir una instancia de preconstitución o reporte formal de la causal en el primer nivel, dichos casos no ingresan al sistema como casos IVE, y no son reconocidos o pesquisados por éste.**

Esta situación fue relevada por organizaciones de la sociedad civil en los siguientes términos: *“qué es lo que pasa, está el ingreso del sistema de salud y después nos estamos saltando a la decisión, pero lo que debiera ser el paso cero de este procedimiento debiera ser la constitución de la causal. Y la constitución debiera ser con independencia de la voluntad de la usuaria de practicarse o no la IVE. La constitución tiene que estar siempre en la medida en que el equipo de salud constata que se dan las circunstancias para efectos de llevar a cabo la IVE”. “Si bien hoy día contamos con un manual de fiscalización de la IVE que empezó a regir hace aproximadamente dos años, ese manual únicamente aborda casos que se hayan constituido. Por lo tanto, cualquier situación anómala que ocurra y que no decante en una constitución, no la podemos pesquisar”.*

En consecuencia, **esta configuración limita la capacidad del sistema para detectar, registrar y dar seguimiento a potenciales casos desde etapas tempranas, afectando la continuidad de la atención, especialmente en contextos de mayor vulnerabilidad.** A su vez, restringe los procesos de supervisión y fiscalización, al acotar el universo de análisis únicamente a los casos formalmente constituidos.

Esta brecha resulta particularmente crítica en la causal 3, donde, a diferencia de las causales 1 y 2 -que requieren confirmación diagnóstica especializada-, existen

¹² Ministerio de Salud. Norma Técnica nacional de acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la ley 21.030, p. 80.

mayores posibilidades de detección en el primer nivel de atención. No obstante, el diseño actual del proceso no habilita a estos equipos para constituir o preconstituir la causal, limitando su rol en la pesquisa efectiva de casos.

Finalmente, se advierte que esta situación puede verse agravada por brechas de coordinación entre equipos de atención primaria en salud y equipos IVE, o por la alta rotación de los equipos de atención primaria, entre otros factores, impactando en el cumplimiento de las garantías asociadas.

5. Barreras específicas de niñas y adolescentes en situación de especial protección

Esta barrera se presenta principalmente en la fase de detección y acceso al procedimiento de la IVE. Las fuentes consultadas identifican restricciones adicionales en niñas y adolescentes en sistemas de protección y en contextos de movilidad humana. En el primer caso, debido a factores como la estigmatización y victimización secundaria, especialmente hacia víctimas de violencia de género. En el segundo, debido a problemas de acceso a la información y barreras socioculturales y lingüísticas. Es un problema principalmente de pertinencia y accesibilidad.

Las niñas y adolescentes en **contextos de vulnerabilidad, con necesidades de protección reforzada, tales como quienes se encuentran bajo el cuidado del Estado, en situación de movilidad humana, que presentan alguna discapacidad, que declaran pertenencia a otras culturas, religiones, disidencias sexo-genéricas, u otras, enfrentan barreras adicionales de acceso oportuno**, vinculadas principalmente a la estigmatización, discriminación y condiciones socioeconómicas. Las situaciones de interseccionalidad entre diferentes niveles o formas de vulnerabilidad social, lo que sumadas a la desinformación y trato inadecuado, profundizan las dificultades de acceso y atención.

En contextos de vulnerabilidad la **detección y el ingreso al sistema tiende a retrasarse**. Según funcionarios del sistema de salud: *“se dan en contextos (...) muy vulnerables, en que pasa mucho tiempo de las semanas de gestación y finalmente se demoran en el ingreso al servicio de salud.”* Por su parte organizaciones de la sociedad civil mencionan que, las niñas y adolescentes enfrentan **obstáculos vinculados a su condición etaria, como el adultocentrismo, la falta de adecuación de la información y la dependencia de redes de apoyo fundadas en la existencia de una “asimetría de poder estructural”**.

En el caso de quienes están en situación de vulnerabilidad social, se identifican prácticas discriminatorias y estigmatizantes en los servicios públicos. En ese sentido, organizaciones de la sociedad civil indican que niñas y adolescentes son cuestionadas e incluso maltratadas en etapas tempranas, cuando aún no se ha constituido ninguna de las causales de acceso a la IVE:

“ponen en duda el relato (...) retan o sancionan verbalmente. Además, los procedimientos institucionales no siempre se adecuan a sus necesidades, como ocurre con la presencia de fuerzas policiales en contextos de atención: cuando llegan los Carabineros al hospital (...) para una niña es complejo”. Entrevista organismo de sociedad civil.

En el caso de las niñas y adolescentes que forman parte de programas de protección ambulatorios y/o viven con sus familias, se presentan **dificultades específicas en la detección** debido a la falta de información o al temor a posibles consecuencias institucionales, es decir, que puedan ser separadas de su contexto familiar por motivos de protección.

De acuerdo a los diálogos que han establecido organizaciones de la sociedad civil con niñas y adolescentes, las prácticas discriminatorias y estigmatizantes se ven agravadas por la baja socialización de la ley. Por tanto, la falta de información adecuada también constituye una barrera crítica. Dichas dificultades se incrementan cuando el **acceso a información carece de pertinencia, es decir, no implica en un lenguaje amigable y adaptado** ni existen redes de apoyo que colaboren en la transformación de la experiencia.

En el caso de niñas y adolescentes en situación de movilidad humana, inciden factores como la desinformación, el miedo a la discriminación y las barreras lingüísticas que pueden significar dificultades en el acceso oportuno a la prestación y profundizar las desigualdades ya existentes, organizaciones de la sociedad civil lo describen de la siguiente forma: *“la niña migrante (...) la que llega sola lo más probable es que sea rechazada (...) enfrenta barreras lingüísticas, administrativas o culturales y el miedo a ser discriminada”*.

En consecuencia, organismos de la sociedad civil consultados coinciden en que, existen una serie de **elementos que limitan el acceso a la IVE**, como la baja pertinencia hacia niñas y adolescentes en los modelos de atención de los servicios públicos, la limitada detección temprana en casos de violencia sexual y la inestabilidad o inexistencia de redes de apoyo, lo que implica que, por ejemplo, *“no acceden de manera igualitaria a las herramientas necesarias para detectar un embarazo en etapas tempranas”*. En el caso de niñas y adolescentes, las barreras se relacionan con su condición de vulnerabilidad, el impacto del trauma y la dependencia de redes adultas. Se menciona que la violencia sexual genera *“vergüenza, miedo y deseo de olvidar, dificultando la búsqueda inmediata de ayuda”* y que muchas veces ocurre en contextos intrafamiliares, con revelación tardía, lo que retrasa aún más el acceso a la prestación.

Vulneraciones de derechos y debilidad en mecanismos de exigibilidad

6. Prácticas obstructivas de agentes en la aplicación del procedimiento

Otro de los problemas señalados de forma transversal por las fuentes, es la existencia de prácticas obstructivas al desarrollo y avance del procedimiento por parte de los diferentes agentes que intervienen, lo que afecta principalmente la accesibilidad y las coberturas ya existentes.

Estas prácticas se presentan durante todo el procedimiento, incluso en la fase de detección previa a la llegada al segundo nivel de atención en salud. En su mayoría responden a factores sociales y subjetivos relacionados con percepciones de riesgo o temor asociadas a la valoración social del procedimiento, discordancia ética con la IVE u otras. Esto impacta en una serie de elementos como la ocultación de información, evasión de procedimientos, no detección de casos, demoras en tiempos de constitución, entre otros. Según el informe de OLA Chile, el 12% del total de los casos en que se manifiestan respuestas negativas de acceso, es por la presencia de obstructores de derechos.¹³

“incluso teniendo un buen sistema de registro, hay una brecha respecto de lo que llamamos los profesionales que son obstructores de la IVE, que los diferenciamos de los objetores, porque no todo objetor es obstructor (...) Por ejemplo una niña de 14 años llega a una consulta privada de un ginecólogo, y si ese ginecólogo es obstructor, puede no activar ningún mecanismo, no informarle en ningún momento que pudiera llevarse a cabo una IVE, no informándola en definitiva de sus derechos y que el tiempo pase hasta que esa gestación esté avanzada y no se pueda interrumpir en el dentro del marco legal”. Entrevista organismo de sociedad civil.

7. Victimización secundaria en casos de causal de violación

La victimización secundaria es un problema altamente mencionado por diferentes fuentes que da cuenta de la aplicación de prácticas que repercuten y generan un daño adicional en víctimas de violencia de género (cuestionamiento de relatos, falta de protección a la privacidad, procedimientos de indagación de información inadecuados, culpabilización, prácticas de disuasión indebidas, etc.). Lo anterior, afecta la accesibilidad y la pertinencia de los procedimientos.

Asimismo, las orientaciones técnicas vinculadas con la implementación de la Ley, no abordan de forma clara estos aspectos. **El sistema no ha desarrollado de manera sistemática procesos de mejora continua, que permitan estandarizar mecanismos**

¹³ Observadoras Ley de Aborto, 2024. Informe Anual 2024. “Ruta de acceso a ley de aborto en Chile. Documentación de la experiencia de OLA durante el 2024. Pág.57

seguros y pertinentes, garantizando la aplicación del enfoque de derechos humanos, de género y pertinencia respecto al ciclo vital en la interrupción voluntaria del embarazo.

Mayor dificultad se presenta en la causal 3, ocurriendo situaciones como la exposición en la sala de espera, el llamado a viva voz a las pacientes indicando las razones de la consulta, la exposición no consentida de los exámenes de imagenología al momento de la constitución de la causal y las semanas de gestación, la entrega de información poco clara sobre el proceso (con especial atención en la autorización sustitutiva ante la no autorización del/a tutor/a), la inadecuada pertinencia en la atención de niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad y víctimas reiteradas de violencia sexual y/o de género, violencia física, psicológica y/o económica, además de la reiterada solicitud del relato:

“Miedo a los servicios de salud. El temor podría estar asociado a experiencias propias o cercanas de violencia obstétrica, como también a situaciones previas, donde el derecho a la privacidad e intimidad se haya visto amenazado o vulnerado, ya sea por procesos administrativos o clínicos”. Entrevista organismo de sociedad civil.

“Se produce victimización de casos de C3 [Causal 3], por ejemplo, mostrar ecografías, latidos o gritar “oye la que viene por violación”. No se apartan casos de NA [niñas y adolescentes]”. Entrevista organismo de sociedad civil.

“La confirmación de la causal 3 es compleja en términos de plazo. Por protocolo te preguntan cuándo fue la agresión sexual, y las mujeres no tienen por qué ir a ese día. Nosotros siempre les decimos que indiquen “más o menos a principio de mes/mediado de mes/ fin de mes, y no “el 17 de mayo”, ya que la ecografía no mide con exactitud. Hemos tenido médicos que dicen en que la ecografía dice que fue 3 días después, y la eco no tiene ese grado de precisión.”. Entrevista organismo de sociedad civil.

8. Barreras de exigibilidad de la IVE frente a incumplimientos, reclamos o apelaciones

Se identifica como brecha transversal a las distintas etapas del proceso IVE la existencia de barreras para que niñas, adolescentes y sus cuidadores puedan efectuar reclamos frente al incumplimiento de garantías establecidas en la normativa. Se trata de un problema que impacta de manera transversal los distintos estándares evaluados -disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad-, atendido que las garantías del procedimiento son de diferente índole, aunque presenta especial gravedad en relación con el estándar de calidad, en tanto compromete la exigibilidad de los derechos de la forma en que están reconocidos en la normativa vigente.

Por ejemplo, las distintas fuentes identifican **que los mecanismos de reclamo en materia de interrupción voluntaria del embarazo no son claros ni efectivos, dan lugar a conflictos de competencia entre instituciones como la Superintendencia de Salud y las Seremi de Salud**. Asimismo, se levanta que no se contempla un recurso formal, específico y expedito para apelar al interior del establecimiento de salud cuando los equipos deciden no constituir alguna de las tres causales.

En efecto, en cuanto a los mecanismos de exigibilidad establecidos en la ley y su reglamento, éstos señalan que, en caso de que el **acompañamiento** no sea ofrecido en los términos que la ley señala, la mujer puede efectuar un reclamo al prestador de salud, conforme al artículo 30 de la Ley N°20.584, a fin de que corrija las irregularidades reclamadas, o ante la Superintendencia de Salud, cuando procede, y que asimismo, podrá ejercer las medidas contempladas en la ley antidiscriminación (Ley N°20.609).

A su vez, en cuanto a la **objeción de conciencia**, se establece que la Superintendencia de Salud fiscalizará que el prestador ejecute las prestaciones vinculadas a la Ley N° 21.030 oportunamente y sin discriminación arbitraria y dé cumplimiento a los derechos y deberes establecidos en la ley N° 20.584, y la demás normativa legal y constitucional aplicable; que la Seremi de Salud velará por el cumplimiento de los procedimientos de manifestación de objeción de conciencia institucional; y que las infracciones al Reglamento de Objeción de Conciencia serán sancionadas por la autoridad competente.

No obstante, la regulación vigente no contempla mecanismos claros, accesibles y oportunos para abordar diversas situaciones o coyunturas que se presentan en la práctica, y que no se encuentran contempladas en la normativa. Por ejemplo, desde algunas organizaciones de la sociedad civil se releva **la inexistencia de un mecanismo para solicitar autorización judicial cuando los padres autorizan la interrupción voluntaria del embarazo, pero la institución de salud se niega a realizar el procedimiento**: *“Tuvimos caso de una niña con déficit intelectual de 16 o 17 años, que fue manipulada para tener relaciones sexuales con un adulto. Su mamá tomó conocimiento y fue a Carabineros a hacer una denuncia por violación, y luego al CESFAM a pedir la aplicación de la ley IVE. La Jefatura activó protocolos por vulneración de derechos señalando que no podía acceder a la IVE, y que la madre se encontraba manipulando la situación”*.

Asimismo, otras organizaciones de la sociedad civil hacen presente la falta de claridad y efectividad de los reclamos en materia de IVE: *“Una cuestión que nosotras detectamos es que es muy difícil que las usuarias reclamen cuando no tienen conciencia respecto de cuáles son sus derechos en el marco de la ley N°21.030. Ahora, cuando son personas que saben, y esto es más grave en el caso de las niñas y las adolescentes, que además tienen que accionar a través de otra persona o no tienen*

necesariamente esa autonomía para hacerlo por sí mismas, es bien raro lo que dice la ley, porque habla de que la Superintendencia de Salud es competente para conocer de la falta de servicio respecto de los servicios de acompañamiento a la IVE (...) y eso ha conllevado una interpretación de la Superintendencia de que ellos solo ven esos casos y que, por lo tanto, los demás deberían ir a la SEREMI de Salud. Pero en la SEREMI muchas veces te pelotean de vuelta a la Superintendencia. Y ahí se genera una dificultad para reclamar. Y además, en general, son reclamos cuyo resultado no es lo suficientemente grave como para influir en la en las cuestiones actitudinales de los equipos de salud, sin perjuicio de que nosotros tenemos una visión poco punitivista”.

Lo señalado es particularmente preocupante, considerando que, de acuerdo con el Informe Anual 2024 publicado por OLA Chile, del número total de niñas y adolescentes de 12 a 17 años participantes del programa “Ruta de Acceso” que fueron al hospital acompañadas por dicha institución año 2024, solo un 27% constituyeron causal versus un 73% que no¹⁴. Asimismo, **el informe recalca que hay una diversidad de casos en que existe una denegación implícita de acceso:** “La denegación del derecho se manifiesta en la recurrencia de respuestas negativas y permite dimensionar la magnitud de las barreras de acceso que persisten dentro de los servicios de salud. (...) Algunas mujeres y niñas han enfrentado cuatro o cinco negativas, lo que finalmente ha significado la denegación de su derecho a la Ley IVE. Las razones más recurrentes son: 1) No logra contacto con el Equipo IVE (68%); 2) No logra obtener información respecto a la Ley IVE. Se recibe información falsa o errónea sobre la Ley IVE, presencia de obstructores de derechos (12%). Otras razones: Dilatación en las respuestas institucionales (11%); Presencia de Objetores de Conciencia (6%)”¹⁵.

En dicho marco, y considerando además lo dispuesto en el artículo 19 y 25 de la Convención Americana de Derechos Humanos, se evidencia la **necesidad de contar con mecanismos de reclamación y revisión que sean claros, accesibles, especializados y expeditos**, para apelar o reclamar respecto a las situaciones que no están expresamente contempladas en la ley, especialmente tratándose de niñas y adolescentes.

9. Barreras en proceso de autorización de tutores o Poder Judicial

Este hallazgo se desarrolla durante la fase de discernimiento y toma de decisión, especialmente luego de decidida la opción de la interrupción. Se detectan dificultades vinculadas con la autorización de los responsables del cuidado o tutores de menores de 14 años, o con la interpretación de la factibilidad de esta, así como el acceso limitado a información sobre el uso de la autorización judicial. Incluso en esta última se detectan casos con tiempos de tramitación elevados. Es un problema

¹⁴ Observadoras Ley de Aborto Chile. Informe Anual 2024. “Ruta de acceso a la ley de aborto en Chile”. Documentación de la experiencia de OLA durante el 2024. Página 65.

¹⁵ Ibid. Páginas 56 y 57.

principalmente de accesibilidad, pero con implicancias en disponibilidad (respuesta Poder Judicial), pertinencia y calidad.

En cuanto a la autorización de los cuidadores, la principal barrera se genera principalmente por un mayor nivel de duda de las propias niñas, asumiendo ellas y ellos un rol más activo en la decisión.

“Es bien importante también lo que pueda decir o lo que pueda apoyar la familia (...) en todos los menores de edad (...) tiene que firmar su tutor. Entonces, en menores, en general, tratamos de incluir en el proceso más a las familias. (...) Entendiendo todas las dificultades que implica la maternidad adolescente (...), pasa mucho que llegan las mamás solicitando ayuda, solicitando poder conversar con su hija, a veces las menores no tienen muy claro qué decisión tomar, entonces en el mejor de los casos, los papás toman ese lugar un poco más de agenciamiento por decirlo así y un rol más activo en esto”. Entrevista organismo de sociedad civil.

También es importante mencionar que en el caso de niñas y adolescentes que están bajo cuidado del Estado este rol lo asumen las directoras de centros residenciales o privativos de libertad según sea el caso. Al respecto, una de las entrevistadas señala la existencia de casos en que esta autorización se veía impedida por parte de estas por razones relacionadas al temor para asumir esa responsabilidad.

“Tuvimos la experiencia con una niña que, contando con informe médico que autoriza el procedimiento de interrupción del embarazo conforme a la Ley, este se dilató por la autorización que debía prestar la directora de la residencia. Quien sentía una gran responsabilidad individual, y observábamos no contaba con el respaldo suficiente” Entrevista Funcionaria Pública.

En cuanto a las autorizaciones judiciales existen también algunos desafíos. Las fuentes señalan que la poca cantidad de casos que hay se debe también a un espacio de discrecionalidad en el acceso a esta, principalmente debido a brechas en la entrega de información de que existe esta garantía cuando no se obtiene el permiso de los cuidadores.

“es el equipo de salud, el que tiene que facilitar que la niña pueda acceder a esta autorización judicial sustitutiva, y en un rango de tiempo entre, no sé, 2017 y 2022, se habían llevado a cabo 14 procedimientos de autorización judicial sustitutiva, versus 800, casi 900 egresos hospitalarios de niñas siendo madres. (...) El hospital es quien debiera prestar esta asistencia y no tenemos posibilidad de saber cómo se está haciendo, ni si se está haciendo o no. Además, las causas, como son en tribunal de familia, son privadas. Entrevista organismo de sociedad civil.

Según las entrevistas, habría una brecha estadística por la ausencia de una nomenclatura oficial por IVE. Aun así, es posible obtener una aproximación a partir de las causas ingresadas a causas de familia del Poder Judicial, las cuales pueden seguirse en su trayectoria según el identificador hasta el tipo de término. La Tabla 2 expone que desde 2018 a 2024 hubo un total de 20 causas ingresadas por este requerimiento, en donde el 30% no dio curso a la solicitud.

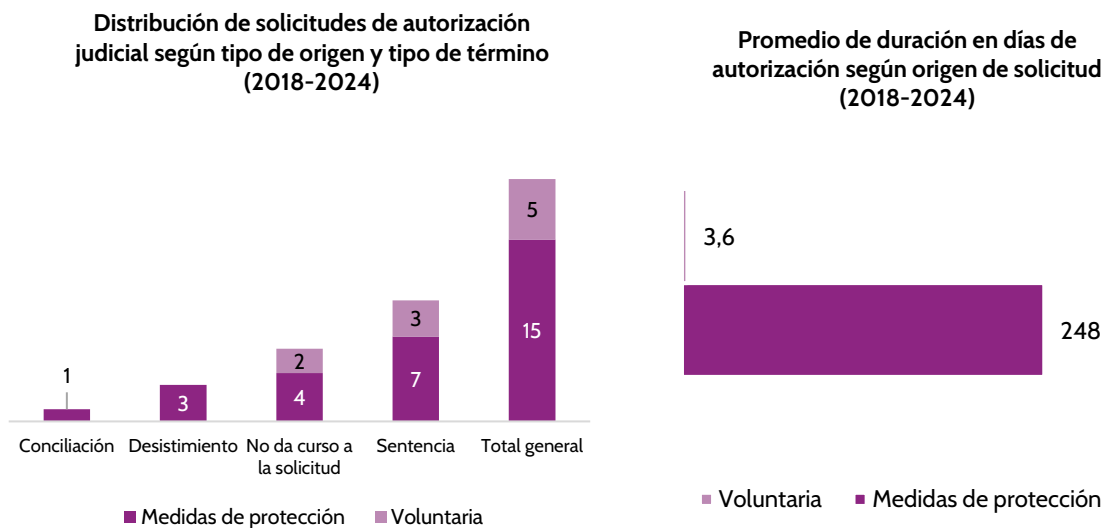
Tabla 2. Autorizaciones judiciales en causas de Familia para la autorización de la interrupción del embarazo

Tipo	Dimensión	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
Conciliación	Cantidad						1		1
	Duración (días)						166		166
Desistimiento	Cantidad	2				1			3
	Duración (días)	567				216			450
No da curso a la solicitud	Cantidad	1	1	1			1	1	6
	Duración (días)	184	1			15	1	10	35,2
Sentencia	Cantidad	3	2		4	3			10
	Duración (días)	4,6	819,5		5,5	332			200,7
Total	Cantidad	6	3	1	4	3	2	1	20
	Duración (días)	222	546,6	0	5,5	187,6	83,5	10	186,7

Fuente: elaboración propia a partir de datos abiertos del Poder Judicial

Cabe constatar al respecto, que la mayoría de los casos se originan en contexto de medida de protección lo cual da cuenta de la relevancia que tienen los sistemas públicos en su tramitación. Como muestra el Gráfico 1, 15 casos fueron ingresados por medida de protección, los cuales además tienen una duración de su tramitación significativamente mayor que las iniciadas de forma voluntaria.

Gráfico 1. Cantidad de solicitudes de autorización judicial según tipo de origen



Fuente: elaboración propia a partir de datos abiertos del Poder Judicial

10. Déficit de cobertura adecuada por objetores

La existencia de personas e instituciones objetoras de conciencia impacta en la capacidad de respuesta oportuna especialmente en territorios con alta cantidad de objetores. Es un problema que genera una barrera importante en términos de cobertura y disponibilidad del servicio.

De acuerdo con lo que mencionan profesionales de servicios públicos entrevistados, la objeción de conciencia emerge como una de las principales barreras estructurales para la implementación efectiva de la ley. **Su alta prevalencia reduce la disponibilidad de servicios generando desigualdades territoriales, y en algunos servicios de salud, puede alcanzar niveles donde “hospitales completos” no cuentan con profesionales disponibles.** En esa línea, otro aspecto relevado por organizaciones de la sociedad civil, son los problemas que genera la objeción de conciencia en la derivación, cumplimiento de plazos y la toma de decisión: *“La objeción de conciencia individual e institucional genera discontinuidad en los turnos, suspensión de prestaciones individuales y derivaciones tardías”*.

Así también, existe consenso entre las fuentes entrevistadas respecto a que la **objeción de conciencia institucional es un factor restrictivo para garantizar la disponibilidad de la prestación.** En este sentido, el alcance amplio de esta figura jurídica puede afectar la disponibilidad efectiva de la prestación cuando un número significativo de profesionales o establecimientos decide invocarla. Esto implica que establecimientos completos pueden abstenerse de realizar procedimientos de IVE, lo que puede reducir la oferta efectiva del servicio en determinados territorios o redes de atención.¹⁶

Asimismo, organizaciones de la sociedad civil indican que, las altas tasas de objeción de conciencia impactan de manera diferenciada en niñas y adolescentes, los retrasos en la detección de los embarazos, puede implicar que se cumplan los tiempos legales establecidos: *“transcurran los plazos (...) sin hacer efectiva la IVE, lo que puede empujar a niñas y adolescentes a ser madres”*. Además, la falta de servicios disponibles puede implicar desplazamientos obligados: *“tienes que trasladar una niña o una adolescente (...) y no necesariamente se va a llevar a cabo el procedimiento dentro del mismo día”*¹⁷.

La **objeción de conciencia también se vincula a prácticas obstructivas**, reflejada en que muchos profesionales realizan acciones que obstaculizan el acceso a la IVE: *“En algunos sectores del país, el nivel de profesionales objetores puede llegar a dos tercios del total de profesionales dentro del establecimiento de salud. Lo grave de esto, es que muchos profesionales que son objetores de conciencia realizan acciones que*

¹⁶ Corporación Miles. 2025. Barreras a 7 años de la promulgación de la ley IVE: un estudio desde una mirada jurídica. ([Enlace](#))

¹⁷ Observadoras Ley de Aborto Chile (OLA Chile). 2024. “Ruta de acceso a la ley de aborto en Chile”. Informe Anual 2024.

obstaculizan el acceso de las usuarias a la prestación de la Ley IVE, generando mucho malestar biopsicoemocional en estas mujeres y personas gestantes, ya que tienen que esperar mucho tiempo en que se le constituya la causal o deben trasladarse a otros hospitales que quedan más lejanos de su residencia, o someterse a cuestionamientos morales, entre otras.”¹⁸

Por su parte funcionarios de servicios públicos mencionan que, en algunos casos, el acceso depende más de gestiones individuales que de procedimientos formales. Es más, **se presentan situaciones en que la objeción de conciencia de los profesionales no es declarada abiertamente, y no se aplica únicamente en la ejecución clínica del procedimiento de interrupción sino en una etapa temprana de detección:** *“derechamente sospechar de objeciones de conciencia no declaradas. Cuando hemos tenido casos de niñas que han concurrido a una consulta médica por dolor de estómago, en más de una ocasión, no se ha detectado un embarazo [...] finalmente resultó todo bien, pero **dependió de voluntades de muchas personas más que más que de procedimientos formales establecidos**”.*

Además, tensiones culturales se identifican en la atención desde profesionales que presentan mayores resistencias que dificultan la accesibilidad a la prestación, organizaciones de la sociedad civil mencionan que: *“hay mayor sensibilidad en algunos casos (...) pero no se entiende que una niña quiera abortar”.* Esto sugiere que **la objeción no necesariamente es explícita, sino que puede expresarse en actitudes o prácticas que dificultan el acceso.**

Se identifican prácticas de disuasión directa en la atención, mencionadas previamente en el texto por un organismo de la sociedad civil entrevistado, tales como: *“mostrar la ecografía (...) gritan ‘la que viene por violación’ (...) eso es violencia institucional”.* Sumado a lo anterior, está el uso de información selectiva, errónea o incompleta para desalentar el acceso. Estas dinámicas afectan especialmente a niñas y adolescentes, quienes enfrentan mayores dificultades para identificar y enfrentar estas barreras, profundizando la desigualdad en el acceso efectivo a la prestación.

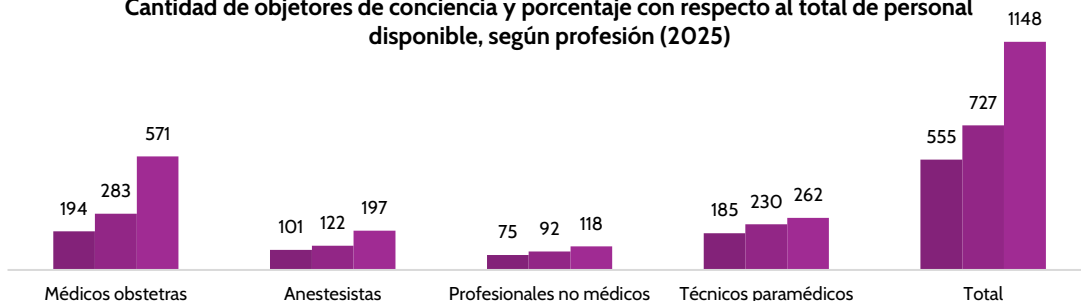
En suma, la amplitud con que está regulada la objeción de conciencia, tanto individual como institucional, junto con la falta de estandarización en su aplicación, la convierte en un factor técnico que limita la disponibilidad real de la prestación y profundiza las desigualdades en el acceso. Sumado a lo anterior, **la objeción de conciencia aparece también vinculada a dimensiones formativas y culturales dentro de los equipos.** Por tanto, no solo se trata de una prerrogativa legal, sino

¹⁸ Corporación Miles. 2025. Barreras a 7 años de la promulgación de la ley IVE: un estudio desde una mirada jurídica. Pág.12 (Enlace)

también de una cuestión que requiere el desarrollo de competencias, sensibilización y formación en derechos humanos.

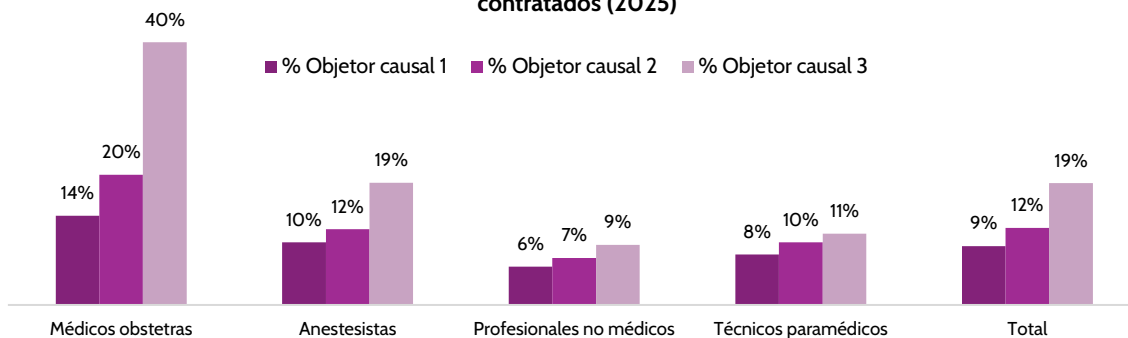
Panorama 3. Porcentaje de objetores de conciencia según región en relación con el total de personal médico disponible (octubre de 2025)

Cantidad de objetores de conciencia y porcentaje con respecto al total de personal disponible, según profesión (2025)

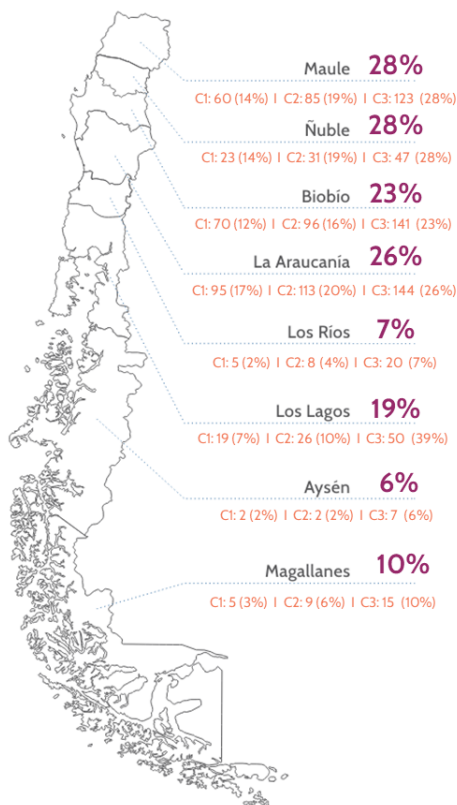
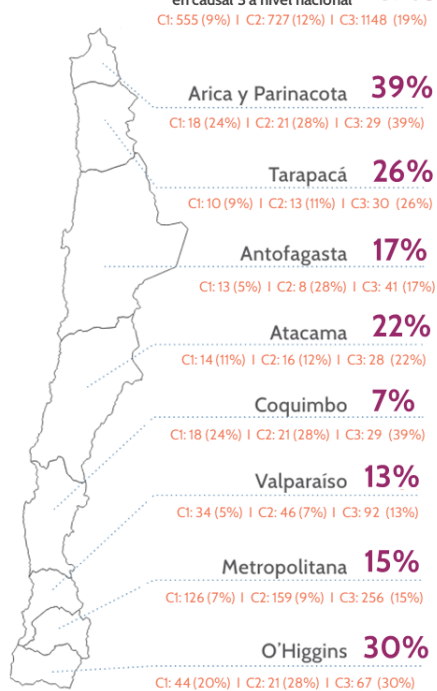


A octubre de 2025, había un total de 2.430 profesionales del sector de salud pública objetores de conciencia. El 43% son médicos obstetras. La gran mayoría de las objeciones son por la causal 3 (1.148)

Porcentaje de profesionales con objeción de conciencia con respecto al total de contratados (2025)



Porcentaje de profesional objektor en causal 3 a nivel nacional 19%



Fuente: Ministerio de Salud. Listado de funcionarios objetores de conciencia por servicio de salud ([Enlace](#))

Capacidad de respuesta y atención

11. Deficiencias de capacitación y especialización de sistemas públicos (Atención Primaria de Salud, red de protección, etc.)

Problema transversal y altamente mencionado en diferentes fuentes, que da cuenta de brechas de capacitación, especialización y conocimientos desde los actores de la red primaria de salud, como de sistemas públicos en general (sistema de protección, Poder Judicial, policías, entre otros). Este problema afecta principalmente los estándares de accesibilidad (dadas las brechas y barreras de acceso a la cobertura existente), como de pertinencia y calidad.

Se presentan **limitaciones en la formación técnica y especializada** de los equipos vinculados a la implementación de la ley, tanto en contenidos de IVE como en enfoque de niñez y adolescencia. Estas se manifiestan en el desconocimiento de los procedimientos y orientaciones técnicas, así como en la insuficiente preparación para abordar situaciones complejas, lo que, en algunos casos, obstaculiza el acceso a la prestación, afecta su pertinencia y tiene impacto en su calidad.

El déficit de **disponibilidad de especialistas** constituye un factor crítico, particularmente en materia de salud mental, ya sea para la constitución de la causal 1 (atendida la necesidad de un(a) especialista psiquiatra efectúe el diagnóstico relacionado a la causal) o en la etapa de seguimiento. Equipos de salud indican que *“los hospitales no siempre cuentan con psiquiatras especialistas (...) lo que retrasa la toma de decisiones”*. Esta situación también se extiende al ámbito psicosocial: *“no tenemos hoy día ni psicóloga ni trabajadora social que sean especialistas en niñas y adolescentes (...) no hay un diseño de pertinencia en ese sentido”*. Además, en el ámbito clínico se indica que: *“el psiquiatra es especialista en el área de adultos (...) el área infantil nos queda bastante coja”*. Por tanto, la ausencia de especialistas en salud mental infanto-adolescente afecta el proceso decisional, la constitución de las causales y reduce el nivel de pertinencia y calidad de la atención.

Por su parte, respecto a la **formación insuficiente en derechos sexuales y reproductivos con enfoque de niñez** la sociedad civil plantea que *“los profesionales de salud carecen de capacitación adecuada (...) lo que puede generar revictimización”*, es decir, estas brechas pueden traducirse en prácticas inadecuadas y riesgos de victimización secundaria. Por ejemplo, al momento de la evaluación de casos se presentan sesgos de valoración, donde tienden a colocar en duda los relatos de niñas y adolescentes. Estas situaciones reflejan en la práctica, una incorporación limitada del enfoque de derechos de la niñez.

Cabe mencionar que, estas brechas adquieren mayor relevancia en niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, donde el impacto del trauma exige

competencias específicas. **En este ámbito, se identifican prácticas inadecuadas en la comunicación con las usuarias, con lenguajes poco accesibles, uso de expresiones o bien conductas que pueden resultar victimizantes.** Asimismo, según organizaciones de la sociedad civil, una comprensión limitada del trauma puede derivar en exigencias indebidas o indagaciones excesivas: *“duplas menos sensibilizadas (...) pidan más datos de los necesarios”*, lo que evidencia la necesidad de intervenciones diferenciadas que no están plenamente desarrolladas en los servicios.

12. Diferencias en red de salud pública en protocolos de actuación y pertinencia con niñez y adolescencia

Es un problema transversal relacionado con dos dimensiones en particular. Por un lado, está la baja estandarización desde el sector salud de normas de aplicación de la IVE específicas para niñas y adolescentes. Por otro lado, se presenta una disparidad en la protocolización y capacidad de atención entre los diferentes centros hospitalarios, que varía entre regiones y localidades. Tiene afectaciones principalmente en la calidad de la prestación, pero que tiene efectos directos en los demás estándares (accesibilidad, disponibilidad, y pertinencia).

La implementación de la ley presenta una alta heterogeneidad entre establecimientos de salud, asociada a la ausencia de lineamientos y protocolos con un mayor nivel de estandarización centralizada desde el Ministerio de Salud, el cual se espera vaya siendo corregido con las nuevas normativas que está impulsando el sector recientemente. Desde la mirada de organizaciones de la sociedad civil, se describe que *“originalmente cada hospital o servicio público hacía lo que podía y había mucha diferencia entre un protocolo y otro protocolo de designación y asignación.”* Dicha falta de protocolos uniformes en los hospitales origina incertidumbre y variabilidad en el acceso a la ley.

Dicha variabilidad se traduce en diferencias sustantivas en la experiencia de atención. Entre las organizaciones entrevistadas se menciona que *“es la única prestación de salud que no se garantiza de la misma forma en el territorio (...) existiendo hospitales donde la atención es expedita, mientras que en otros en que puedes estar 15 días sin una entrevista (...) incluso dentro de una misma región, los hospitales pueden presentar una gran diversidad en la calidad de la atención”*:

Asimismo, las limitaciones en la **estandarización del proceso de atención en IVE, generan vacíos de información** respecto a sus condiciones de implementación y a la forma de efectivizar el derecho en niñas y adolescentes. Al respecto, organizaciones de la sociedad civil indican que se presenta un problema en la secuencia del proceso de atención en IVE, que repercute en que no siempre se realiza la constitución de la causal como primer paso.

En términos simples, la “*constitución de la causal*” es el acto formal en que el equipo de salud deja registro de que se cumplen los requisitos legales para acceder a la IVE (riesgo vital, inviabilidad fetal o violación). Este paso debería ocurrir apenas se detecta un caso, independientemente de si la usuaria decide o no interrumpir el embarazo. No obstante, en la práctica, ese paso muchas veces no se realiza oportunamente. En lugar de constituir la causal desde el inicio, el sistema avanza directamente hacia otras etapas (como la toma de decisión o la derivación). Esto genera dos efectos: se pierde un hito formal clave del proceso y si la causal no se constituye, el caso **no queda registrado oficialmente** como elegible para IVE, aunque cumpla los requisitos. Esto puede limitar el acceso o retrasar decisiones.

Asimismo, no es posible monitorear ni detectar fallas (“pesquisar”), ya que los mecanismos de supervisión y fiscalización solo se activan sobre casos donde la causal fue formalmente constituida. Como se indicó por una representante de un organismo de la sociedad civil: “*si bien hoy día contamos con un manual de fiscalización de la IVE que empezó a regir hace aproximadamente dos años, ese manual únicamente aborda casos que se hayan constituido. Por lo tanto, cualquier situación anómala que ocurra y que no decante en una constitución, no la podemos pesquisar*”. En consecuencia, los casos que quedan fuera de la constitución se vuelven invisibles para el sistema, lo que impide identificar errores, retrasos o vulneraciones de derechos en etapas tempranas. En definitiva, **la constitución de la causal debería ser un paso inicial obligatorio y autónomo, separado de la decisión de la usuaria, para asegurar registro, trazabilidad y control del proceso desde el inicio.**

La implementación de la ley es heterogénea, en el sentido de que no existen estándares mínimos, particularmente en lo que respecta a la **adecuación del proceso para niñas y adolescentes**. De acuerdo con lo que señalan organizaciones de la sociedad civil, las condiciones básicas de atención dependen del establecimiento: “*Una niña debiese estar apartada de las adultas, que haya otros colores, otro olor, abrazada, protegida. Hay algunas experiencias así, pero eso depende del hospital*”.

Lo mismo ocurre, respecto de la infraestructura, se indica que: “*no está preparada para diferenciar a niñas y adolescentes de otras pacientes*”, lo que impacta la privacidad y pertinencia de la atención. Asimismo, la falta de adecuación se extiende a los procesos de denuncia y acompañamiento, donde no existen protocolos diferenciados para la niñez. Incluso en etapas iniciales, como la detección, se presentan vacíos en el diseño del modelo de atención, no existe una oferta pública específica para niñez en detección temprana.

La falta de estandarización también se refleja en la **aplicación de criterios clínicos y procedimientos**, como la confirmación de causales o el uso de tecnologías, que evidencian brechas en la actualización de prácticas clínicas. Por ejemplo, se reportan

interpretaciones dispares en la causal 3 respecto a la datación del embarazo, donde algunos profesionales exigen niveles de precisión no acordes a la evidencia, aun contando con información técnica, tales como que: la ecografía no entrega data o fecha con precisión. Asimismo, persiste el uso de técnicas para la interrupción del embarazo, que la evidencia internacional no las respalda como, por ejemplo, el “legrado uterino”, que, si bien no está proscrito, se considera desactualizado y se recomiendan métodos menos invasivos.

Adicionalmente, no existen **mecanismos claros para impugnar decisiones**, como la no constitución de una causal, respecto de la cual no hay posibilidad de apelar, lo que refuerza la discrecionalidad con la que se aplica la normativa.

En definitiva, la evidencia muestra una alta variabilidad en la aplicación de la ley entre servicios de salud, que depende de las capacidades locales, lo que, asociada a la ausencia de lineamientos claros, genera experiencias desiguales y, en algunos casos, vulneraciones de derechos.

13. Brechas de respuesta en materia de salud mental (especialistas y lugares de internación)

Se identifica como un problema transversal a todo el proceso la **insuficiente disponibilidad de atención y acompañamiento en salud mental, especialmente en el ámbito de psiquiatría infanto-juvenil**. En términos de cobertura se identificó que:

- ❖ Existen hospitales que no cuentan con psiquiatras, o en el evento que cuentan con un limitado horario de atención a la semana.
- ❖ Una gran cantidad de hospitales no cuentan con psiquiatras infanto-juveniles, lo cual, a su vez, se constituye como una brecha de pertinencia y adecuación del proceso de interrupción voluntaria del embarazo a las necesidades específicas de niñas y adolescentes.
- ❖ Existe un déficit de establecimientos de salud mental con capacidad de internación para niñas y adolescentes, donde puedan recibir atención y resguardo mientras dura el proceso, lo que genera un riesgo significativo para su vida e integridad física y psíquica.

La limitada capacidad de respuesta impacta, por un lado, en la limitación del acompañamiento psiquiátrico a niñas y adolescentes durante todo el proceso IVE, y, por otro lado, se traduce en dificultades para constituir la causal 1 por riesgo para la vida de la madre, atendida la necesidad de un(a) especialista psiquiatra que efectúe el diagnóstico.

En esta línea, profesionales implementadores de un programa IVE señalaron que el psiquiatra disponible en el establecimiento, en el marco de dicha ley, es un psiquiatra especialista en población adulta, siendo sustantivamente distinto el

enfoque de psiquiatría infantil respecto de la de adultos(as). Por lo tanto, si bien dicho hospital cuenta con cobertura en el área de adulta, la atención en salud mental infanto-juvenil presenta importantes limitaciones. En este contexto, los profesionales refieren que existe una brecha particularmente crítica para las pacientes que se encuentran entre los 15 y 17 años y que requieren de atención de salud mental, ya que, si bien el equipo mantiene coordinaciones con otros hospitales cuyas unidades de salud mental atienden hasta los 14 años, así como institutos psiquiátricos que atienden a población adulta, el tramo etario entre los 15 y los 17 años, esta situación queda en una zona de vacancia en la red asistencial, por lo que la atención en salud mental ha sido descrita como una *“lucha constante”*. Si bien, a través de múltiples coordinaciones, han logrado articular alternativas para evitar la interrupción total de la atención, esta no se produce de manera rápida.

En el mismo sentido, organizaciones de la sociedad civil levantan que *“hay una dilatación de la respuesta en casos de riesgo para la vida de la madre, ya que se requiere un especialista que confirme el diagnóstico. Psiquiatra infantil casi no hay, lo que encontramos es psiquiatras con diplomado finalmente. Esto lo podría hacer la psicóloga del IVE, pero por ley debe ser un especialista. En Santiago las mandan a Horwitz en la espera, porque si no, la niña puede morir. Pero en el sector rural eso no ocurre, las niñas ni siquiera conocen el hospital. Podrían llegar al Cesfam, pero ahí no hay información sobre la ley IVE. La causal 1 se dilata harto, ya que, por ejemplo, el psiquiatra viene 2 veces por semana”*.

Lo señalado es especialmente grave, considerando que la Ley N°21.030, su reglamento, y las orientaciones técnicas del Ministerio de Salud establecen que el acompañamiento dispuesto por la ley debe ser brindado por un equipo interdisciplinario de salud, en articulación con la red intersectorial, incluyendo el acceso a atención con psiquiatra, y que se configura como un componente transversal a todas las etapas del proceso. Este se ofrece independientemente de la decisión que adopte la mujer respecto de la interrupción o continuación del embarazo, y se activa desde el momento en que se constituye la causal -en el caso de la causal 1 por riesgo vital de la mujer y de la causal 2 por inviabilidad fetal- o desde que la mujer acude a solicitar ayuda, en el caso de la causal 3 de violación, extendiéndose hasta la etapa de seguimiento posterior a la interrupción del embarazo o del parto.

No obstante, **la evidencia recogida muestra que estas prestaciones no se encuentran disponibles de manera oportuna ni suficiente en la práctica, y que esta situación se agrava en territorios rurales o fuera de la Región Metropolitana, donde la disponibilidad de especialistas es aún más restringida.** Asimismo, los distintos actores alertan que, considerando que el tiempo de espera para la evaluación médica y constitución de las causales es prolongado, especialmente en caso de

violación, y que los retrasos pueden profundizar la afectación emocional, física y social de niñas y adolescentes, resulta fundamental que cuenten con atención psiquiátrica oportuna para resguardar su integridad.

14. Deficiencias en la respuesta y coordinación interinstitucional frente a situaciones de vulneración

Se relacionan con una serie de desafíos y brechas en los procesos de denuncia, detección y actuación coordinada frente a casos de vulneración de derechos de niñas y adolescentes atendidas, que tienen impacto directo en la detección pertinente de casos de violación, entre otros factores. Este problema afecta principalmente los estándares de accesibilidad, pertinencia y calidad.

La implementación de la Ley IVE presenta tensiones en su gobernanza asociadas a problemas de coordinación interinstitucional en ámbitos normativos, técnicos y operativos. En específico cabe mencionar, la inexistencia de protocolos estandarizados de interoperatividad, responsabilidades y roles claros entre el sistema judicial, policial, proteccional y el sistema de salud. Los reglamentos actuales solo profundizan desde el ingreso al sistema de salud, existiendo brechas normativas en los procedimientos previos.

En específico, se identifican barreras relevantes en la **articulación con el sistema judicial**, particularmente en la autorización judicial sustitutiva, donde no existen procedimientos homogéneos ni criterios compartidos entre los distintos tribunales. Como señalan organizaciones de la sociedad civil, *“no hay un procedimiento unificado (...) ni una forma de proceder que esté estandarizada para todos los tribunales”*.

Asimismo, esta falta de estandarización se traduce en baja trazabilidad del estado de la tramitación de la autorización judicial, dificultades de gestión y limitaciones para tener información de su aplicación que permita conocer el estado de avance de los casos: *“es el equipo de salud, el que tiene que facilitar que la niña pueda acceder a esta autorización judicial sustitutiva (...) no tenemos posibilidad de saber cómo se está haciendo, ni si se está haciendo o no (...) no hay una nomenclatura específica (...) ni una forma de proceder que esté estandarizada para todos los tribunales”*.

En cuanto a la articulación con la **atención primaria y otros niveles de la red de salud presenta debilidades asociadas a desconocimiento de la normativa, rotación de personal y escasa comunicación de directrices en las instituciones, que dificultan la continuidad de la atención y la integración de la red**. Lo anterior impacta en la detección, orientación y derivación oportuna de los casos. En palabras de organizaciones de la sociedad civil *“la salud primaria no conoce de la IVE (...) les dicen que vayan al hospital ya que no se ve IVE en el Cesfam”*, por tanto, generan flujos de procedimiento confusos y en algunos casos errados. Asimismo, equipos de salud

observan falta de instancias sistemáticas de coordinación en el sistema de salud, junto con carecer de lineamientos con mandato ministerial a largo de la red.

Por su parte, organizaciones de la sociedad civil indican que la coordinación entre dispositivos de **salud y el sistema policial** presenta problemas de pertinencia en la atención hacia niñas y adolescentes. En ellas se tienden a agudizar los obstáculos, ya que dependen de terceros para activar los procesos institucionales y no cuentan con las mismas herramientas ni condiciones que las mujeres adultas para acercarse a un hospital a solicitar la IVE. La **experiencia** que tengan las niñas y adolescentes en esa vinculación puede ser determinante en la decisión que tomen respecto a solicitar o no la IVE. A ello se suman **prácticas administrativas** que no se ajustan a la normativa, por ejemplo, la exigencia de denuncias previas en la causal 3. Como se señala en una entrevista con una representante de organismo de la sociedad civil, se trata de: *“requerimientos indebidos que se les pida que haya una denuncia previa en el caso de violación”*.

Sumado a lo antes mencionado, se muestran dificultades de **coordinación entre salud, justicia y el sistema de protección** que inciden directamente en la oportunidad del acceso a la IVE, porque generan retrasos, incertidumbre y riesgos de desprotección. De acuerdo a lo mencionado por funcionarios de servicios públicos entrevistados, se observan retrasos en decisiones críticas, asociados a desconocimiento de procedimientos y roles, lo que puede impedir la constitución de la causal dentro de plazo: *“estar a días de una autorización que se retrasa (...) por ejemplo, que no tiene bien claro cuál es el proceder”*. Asimismo, se identifican problemas en la activación oportuna del sistema de protección: *“el sistema no supo activarse a tiempo (...) cuando debiera ser claro que (...) la primera acción debiera ser llevar a la niña al servicio de salud”*.

Finalmente, las organizaciones de la sociedad civil indican que la presencia de redes de apoyo y acompañamiento, son fundamentales para transformar positivamente la experiencia de niñas y adolescentes en su interacción con los sistemas. Lo anterior, se respalda en el deber de protección reforzada y el mandato de coordinación intersectorial del Estado, en ese sentido, organizaciones de la sociedad civil indican que dicho relacionamiento *“es determinante en la decisión que tomen ellas, respecto a solicitar o no solicitar el aborto en el hospital”*.

15. Brechas de cobertura y especialización en red de salud privada

En la red de salud privada se evidencia la inexistencia de marcos regulatorios, brechas de accesibilidad y especialización en actores del sector privado, lo que afecta a todos los estándares evaluados.

En los datos recopilados, se identifica una brecha importante de cobertura de casos entre el sistema salud privada y el sistema de salud pública. Desde el año 2018 en

adelante, el sistema de salud privado solo ha registrado 5 interrupciones voluntarias del embarazo versus los más de 400 casos que han sido cursados en el sistema de salud público.

Al respecto, cabe precisar que, tanto los costos, como la imposibilidad de vigilar el cumplimiento de la ley ante alguna solicitud en el sistema de salud privado, dificulta tener certeza acerca de su funcionamiento:

*“(…) Por ejemplo una niña de 14 años llega a una consulta privada de un ginecólogo, y si ese ginecólogo es obstructor, puede no activar ningún mecanismo, no informarle en ningún momento que pudiera llevarse a cabo una IVE, no informándola en definitiva de sus derechos y que el tiempo pase hasta que esa gestación esté avanzada y no se pueda interrumpir en el dentro del marco legal”.
Entrevista a organismo de la sociedad civil.*

Adicionalmente, la ley señala la obligación de la atención ante una solicitante, no obstante, tanto la institución como las/os profesionales de salud (que intervienen clínicamente) pueden hacer uso del derecho de objeción de conciencia (personal o institucional) en cuyo caso surge la obligación de derivación a un profesional no objetor como a un centro de salud que tenga disponibilidad de profesionales.

Sin embargo, a demás de la objeción de conciencia existen casos de obstrucción de la ley, que dice relación a acciones cometidas por el resto de profesionales y trabajadores de la salud que participan del proceso en el caso de una solicitud, pero que, tomando acción u omisión, no informan o no derivan debidamente a la solicitante;

*“Durante el trabajo desarrollado en 2024, pudimos constatar que los servicios públicos, en general, se encuentran mejor preparados para responder a la solicitud de una IVE, ya que, aquellas personas cuya previsión es privada se encuentran con limitaciones desconocidas y que complejizan el acceso a la IVE debido a los planes de salud y convenios de atención que establecen las ISAPRES.”
Entrevista a organismo de la sociedad civil.*

16. Falta de infraestructura y/o espacios pertinentes para la atención de niñas y adolescentes

El espacio físico que requieren niñas y adolescentes en un contexto tan complejo como la interrupción del embarazo por alguna de las 3 causales (en especial la causal por violación), exige que se garantice el derecho a interrumpir el embarazo y estar protegida contra toda forma de violencia, pudiendo tomar la decisión en un entorno físico seguro y adaptado a su edad, desde el momento de su ingreso hasta la hospitalización y posterior seguimiento. En la actualidad, niñas y adolescentes son expuestas a salas de espera con otros pacientes sin distinción y en algunos casos en

salas de maternidad donde otras pacientes adultas esperan con sus bebés a que las atiendan, o permanecen junto a ellas luego de la intervención médica, careciendo dichas salas de espera y de condiciones especializadas, lo que provoca victimización secundaria;

“En cuanto a las falencias que tenemos de infraestructura, porque tenemos muy poco espacio en el hospital, igual ha sido un trabajo con las pacientes previo a que lleguen acá a hospitalizarse para que ellas sepan que se pueden encontrar con ciertas cosas como por ejemplo se hospitalizan en la maternidad en ginecología y pueden ver mujeres con guagua, pueden ver otras situaciones que también para ellas sean incómodas, pero avisándoles de antemano. Se trata de hospitalizar igual en aislamientos, o sea que estén solas. Incluso cuando las pacientes salen del procedimiento y van a la sala de recuperación, que es una sala donde se concentra todo el pool de pacientes de gineco-obstétrica, e incluso ahí también se ha intentado hasta cierto punto se logra, cierto, a través de biombo o a través de coordinaciones, poder separar y brindar algo aislamiento a estas pacientes”. Entrevista organismo de sociedad civil.

17. Brechas de cobertura de duplas IVE, profesionales, especialistas y dificultad en la exigencia de unidades de abordaje de embarazos con alto riesgo obstétrico

El problema de la implementación de la Ley IVE, presenta condiciones que se expresan como obstáculos que perjudican el acceso oportuno, desde el ingreso al centro hospitalario. Así se identifica dentro de este hallazgo tres elementos estructurales.

Primero se observa una cobertura parcial de las duplas de acompañamiento, ya que estos equipos de trabajo funcionan principalmente por sistema de turno de media jornada (22 horas), ocurriendo situaciones donde cuando no están en turno, no se genera la prestación y **depende de la voluntad y posibilidad de los funcionarios de cambiar el turno, para garantizar el acceso al acompañamiento de una niña o adolescente. Lo anterior se agudiza los fines de semana y en los centros hospitalarios ubicados en regiones distintas a la Metropolitana. Además, estas duplas no son para la exclusiva atención y acompañamiento en el caso de la IVE,** lo que dificulta la atención especializada, generándose en algunos casos la sobre carga laboral.

“Las duplas psicosociales cumplen un rol fundamental, pero hay problemas importantes porque es un trabajo que está sumamente precarizado. En general las duplas tienen 22 horas y las que tienen 44 es porque una misma dupla hace acompañamientos para la Ley Dominga y para otros programas”. Entrevista organismo de sociedad civil.

“Las duplas trabajan tanto casos de NNA como adultos, y FDS a veces genera respuestas diferenciadas, depende de especialización de hospital.”. Entrevista organismo de sociedad civil.

“Algunos hospitales, por ejemplo, no disponen de la dupla IVE, lo que puede dificultar el acceso y generar derivaciones a otros servicios, en los que se podrían generar demoras que llevan a las mujeres a solicitar el alta y abandonar el proceso.”. Entrevista organismo de sociedad civil.

Como ya se señaló en el número 13, el déficit de profesionales y especialistas impacta directamente en la ejecución de los procedimientos médicos y también en la constitución de la causal, sobre todo cuando se trata de la causal 1 y 2, las que requieren una referencia clínica.

Por otra parte, la obligatoriedad de realizar los procedimientos IVE en salas de Alto Riesgo Obstétrico disminuye la capacidad del sistema para dar una respuesta oportuna y pertinente a niñas y adolescentes, quienes en muchos casos pueden no requerir una interrupción mediante una intervención y procedimiento médico propiamente tal.

“Hoy día en Chile tenemos 69 hospitales que tienen unidad de alto riesgo obstétrico y están habilitados para practicar la interrupción voluntaria del embarazo. Cuestión que también es una barrera de acceso, porque no es algo que tenga una justificación médica el que tengas que tener una unidad de alto riesgo obstétrico, sobre todo cuando estamos hablando de la causal de violación, donde por los plazos que tiene son embarazos de una gestación súper prematura y donde en general se resuelven o se pueden resolver con interrupciones vía medicamentos y no requieren, por ejemplo, de una gran hospitalización y un gran aparataje, sino de un control que incluso puede ser en casa y de manera ambulatoria. Si salváramos de esa barrera, obviamente tendríamos IVE, por ejemplo, a nivel de atención primaria, lo que permitiría a las niñas y adolescentes cursar o pasar por las interrupciones dentro de su ciudad, su comuna, cerca de sus redes cercanas y con un acompañamiento más estrecho también de sus familias”. Entrevista organismo de sociedad civil.

18. Dificultades en constitución de causal 1 por salud mental

Esta brecha se presenta principalmente en la etapa de constitución de la causal. Se identifica la existencia de indefiniciones en la interpretación y aplicación de la causal 1 (“riesgo vital de la madre”) en relación con casos de ideación suicida, intento suicida o peligros derivados de trastornos de salud mental.

Si bien en la práctica, a partir de pronunciamientos judiciales, se han incorporado estos casos en la constitución de la causal 1, **se observan criterios disímiles y**

reticencias en su aplicación por parte de los equipos de salud, así como la ausencia de lineamientos técnicos específicos que orienten su abordaje.

Así, por ejemplo, se observan dificultades en la fundamentación clínica del riesgo vital por motivos de salud mental, incluso en casos de niñas y adolescentes con antecedentes reiterados de afectación en salud mental, incluyendo ideación e intentos suicidas, y que además se encuentran en contextos de alta vulnerabilidad.

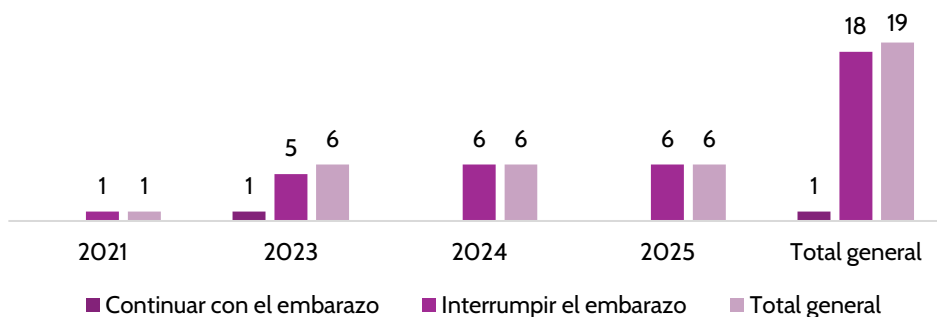
En estos escenarios, las razones que fundamentan las distintas causales pueden presentarse de manera interrelacionada, coexistiendo factores como la exposición a distintas formas de violencia, la ausencia de redes de apoyo y la desinformación. Estas condiciones pueden configurar situaciones complejas de riesgo que requieren una evaluación integral y una respuesta oportuna.

“Sin embargo, el año 2023 logramos hacer jurisprudencia (...) y logramos defender [el uso de la causal] pasado ya el tiempo, porque ya estábamos con cinco meses, fue riesgo vital de la madre y eso no abre un escenario distinto, porque hoy día podemos recurrir a eso. Tenemos muchas chicas con intentos suicida y otros diagnósticos reiterados.” Entrevista funcionaria pública

Lo anterior se ve agravado por la exigencia de evaluación por parte de profesionales de psiquiatría, en un contexto de déficit de disponibilidad de dichos especialistas, particularmente en el ámbito infanto-adolescente.

En este contexto, la **falta de criterios compartidos y de herramientas estandarizadas para la evaluación del riesgo en salud mental, incluyendo protocolos de actuación**, así como la **necesidad de fortalecer procesos de capacitación y sensibilización de los equipos**, inciden en la prolongación de los tiempos de constitución de la causal, pudiendo agravar la situación de salud mental de niñas y adolescentes.

Gráfico 2. Cantidad de casos de IVE de causal 1 por causas relativas a ideación suicida según tipo de decisión (2021-2025)



Fuente: información proporcionada por DEIS

19. Diversidad de interpretaciones de la causal 3

Estas restricciones se presentan tanto en la etapa de detección como en la constitución de la causal, es la existencia de dificultades y una significativa diversidad de interpretaciones al momento de aplicar la causal 3.

De acuerdo con lo señalado en la ley IVE, su reglamento y las normas técnicas, la causal 3 se constituye cuando un equipo de salud del segundo nivel de atención, especialmente conformado para estos efectos, **confirma la concurrencia de los hechos que la fundamentan y la edad gestacional**, debiendo informar por escrito a la mujer o a su representante legal, según corresponda, así como al jefe del establecimiento de salud. El informe debe contener las **principales consideraciones sobre plausibilidad del relato de la violación, la idoneidad de los hechos relatados para producir un embarazo y la concordancia estimada entre la fecha de la violación relatada y la edad gestacional informada**.

Es decir, en concreto, las orientaciones técnicas señalan que la evaluación de concurrencia de hechos que constituyen la tercera causal contempla, entre otros aspectos:

- ❖ **Valoración de la edad gestacional:** para verificar si se encuentra dentro de los plazos establecidos por la ley.
- ❖ **Recepción de antecedentes:** se realiza al acoger a la persona víctima de violación para recabar el relato. Para evitar revictimización, si la mujer ha denunciado el equipo podrá incorporar su declaración con su consentimiento; sin embargo, en el caso de niñas, se debe prescindir del relato para efectos de corroborar la causal, dado que existe violación por definición legal de acuerdo a lo establecido en el artículo 362 del Código Penal
- ❖ **Valoración de antecedentes:** el rol del equipo en este contexto, es acotar la distinción de elementos que, en el relato, respalden la sospecha fundada de violación¹⁹, debiendo evaluar la concurrencia de la causal sobre la base de las siguientes consideraciones:
 - Análisis de la plausibilidad del relato.
 - Idoneidad de los hechos relatados para producir un embarazo.
 - Concordancia estimada entre la fecha de la violación relatada y la edad gestacional informada.

A su vez, para efectos de la constitución de la causal, las orientaciones técnicas del Ministerio de Salud señalan que **dentro de la causal de violación se consideran:**

¹⁹ Entre estos elementos, destacan las características de la memoria y el recuerdo; el contexto en que se da la revelación; correlato conductual y emocional frente a la experiencia traumática; actitud frente a la denuncia, y momento del ciclo vital y etapa del desarrollo en que sucede la violación.

“todos aquellos actos que determinaron que una mujer quedara embarazada sin su consentimiento. Su característica principal es la coacción, y puede abarcar el uso de grados variables de fuerza, intimidación psicológica, extorsión, amenazas, engaños, o en aquellas condiciones en que la mujer no puede transmitir o expresar su voluntad. Es decir, es un acto sexual sin consentimiento. Esto se puede presentar en los casos de mujeres - adolescentes y adultas- con compromiso de conciencia por el efecto del alcohol, otras drogas o estupefacientes, o mentalmente incapacitadas. La violación se produce en el marco de relaciones de asimetría de poder, en donde quien abusa supera a su víctima ya sea por edad, fuerza física, jerarquía, situación familiar, social, laboral, económica, entre otras. Dicha asimetría somete a interacciones sexuales diversas, donde la violación aparece como una de alta vulneración, que la víctima se ve forzada y obligada a soportar”²⁰.

En este marco, tanto las organizaciones de la sociedad civil como las y los implementadores de programas dan cuenta de **brechas existentes en la comprensión y aplicación de la causal 3 por parte de los equipos de salud, así como de eventuales extralimitaciones en el ejercicio de su rol**, al momento de interpretarla, lo que ha tenido como consecuencia la restricción en el acceso de niñas y adolescentes al procedimiento.

Así, por ejemplo, desde las organizaciones de la sociedad civil hacen presente que es habitual la **confusión entre la inexistencia de una violación y la inimputabilidad**: *“en la constitución de causal con las niñas y adolescentes ocurre una cuestión que es bien compleja -y esto es muy específico, pero es una duda tremenda que nosotras siempre intentamos despejar con los equipos de salud y con las duplas psicosociales-, que tiene que ver con esta excepción legal de imputabilidad que hay en nuestro sistema por la responsabilidad penal adolescente(...). Los equipos suelen quedar un poco como paralizados sin saber qué hacer, porque piensan que no estaríamos ante la hipótesis de la violación.*

Ahí lo que nosotras les explicamos es que primero, como equipos o sistemas de salud, no somos jueces respecto de la situación y, en definitiva, cuando hay una niña que se encuentra embarazada, la presunción es que ese embarazo es producto de la violación. Lo que pase después, si el progenitor, por ejemplo, es inimputable en razón de las normas legales, es un paso siguiente, que no debiera interferir con la práctica y la constitución de la causal y con que se practique la IVE si es que fuera pertinente”.

Otro ejemplo, señalado por programas de intervención, es el caso en que los equipos de salud analizan la **existencia o inexistencia de consentimiento en la relación**

²⁰ Ministerio de Salud. Norma Técnica nacional de acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la ley 21.030, p.88.

sexual, a pesar de tratarse de una niña menor de 14 años: *“Igual nos ha pasado casos en los que hay una brecha o no coincide el relato con las semanas de gestación. Y una vez nos pasó principalmente con una denuncia que venía realizada por fuera desde APS, en el que había un relato de una chica que se había fugado, que había estado un poco fuera de la casa (...) después acá se corroboran las semanas de gestación con una eco y no daban las semanas. Teníamos como cuatro semanas de desfase, lo cual era importante también. Entonces ahí lo que se hizo fue que se identificó que había otro evento, porque la chica era menor de 13, y se levantó una nueva denuncia por este evento, ya que, para nosotros, en todas las que son menores de 13, sí lo definimos como la ley, es violación, da lo mismo que lo haya consentido”.*

A su vez, organizaciones de la sociedad civil alertan casos de **extralimitación en el cotejo de relato**. Algunas organizaciones señalaron que: *“en el hospital la dupla (...) tiene que hacer una evaluación del caso en términos de cotejo de relato, pero ese cotejo de relato debe ser únicamente o está destinado a corroborar que la fecha que señala la víctima coincide aproximadamente con el estado de gestación del embarazo para corroborar que efectivamente es producto de esa de esa agresión sexual. Ahí hay otra dificultad, que (...) puede pasar con duplas menos sensibilizadas que pidan más datos de los necesarios o que indaguen en el relato más de lo necesario y ahí es importante un trabajo de capacitación y sensibilización en torno a que el equipo de salud y la dupla IVE no son jueces ni fiscales, y por lo tanto no les toca acreditar la veracidad del relato, ni cuestionar más allá, sino que es una cuestión de cotejo de fechas para esa coincidencia. Con eso debiera quedar constituida la causal”.* En la misma línea, otras organizaciones mencionan que *“los relatos de violencia sexual para causal 3 muchas veces son dilatados, pidiendo muchas pruebas en función de que la ley dice “relato plausible”.*

Esta brecha se explicaría, principalmente, por la falta de claridad y homogeneidad en la interpretación de los criterios normativos y técnicos, así como por un conocimiento insuficiente de los elementos que configuran la violencia sexual, especialmente en niñas y adolescentes. Asimismo, se observa la presencia de interpretaciones restrictivas del estándar de plausibilidad del relato, lo que redundaría en barreras de acceso.

Esta situación afecta la dimensión de accesibilidad de niñas y adolescentes al procedimiento, al generar obstáculos indebidos para la constitución de la causal, y también compromete la pertinencia y calidad de la atención, debido a la insuficiencia de especificaciones que consideren la normativa y fenomenología relativa a la violencia sexual en niñas y adolescentes.

20. Uso de técnicas de interrupción inapropiadas

En la fase de interrupción del embarazo se identifica una brecha en la **calidad, disponibilidad y pertinencia** de las prestaciones asociadas, relacionada con la

utilización de técnicas médicas que no se ajustan a la evidencia científica ni a los estándares internacionales, así como a la ausencia de protocolos clínicos estandarizados entre establecimientos de salud. Esta situación afecta de manera particular a niñas y adolescentes, cuyas necesidades específicas no siempre son consideradas en la definición de los procedimientos.

En efecto, para la fase de interrupción del embarazo, **la norma técnica del Ministerio de Salud contempla la utilización de distintos métodos -farmacológicos, instrumentales o de inducción al parto-, en función de la causal invocada, la edad gestacional y la condición de salud de la mujer.** Dicha norma indica que *“en la actualidad los métodos más recomendados son el uso de medicamentos y la aspiración por vacío”*, y señala explícitamente que *“la habitual técnica de dilatación y raspado (legrado, curetaje) debiera eliminarse progresivamente de las prácticas asistenciales en el país”*²¹.

Sin embargo, las fuentes consultadas dan cuenta de prácticas heterogéneas entre establecimientos de salud, que no siempre se alinean con las recomendaciones actualizadas ni con criterios de intervención.

Así, las organizaciones reportan **el uso de técnicas desaconsejadas por estándares internacionales, como el legrado uterino, en lugar de métodos más seguros y menos invasivos.** Al respecto, indican que: *“todavía se ocupa en Chile de manera significativa el legrado como una técnica de la interrupción, cuando es un procedimiento que está absolutamente proscrito y desaconsejado en todos los estándares internacionales de salud. Hoy día hay técnicas que son sumamente modernas, sobre todo utilizadas en embarazos de niñas en la IVE de gestación bien prematura, como la aspiración manual endouterina, que es un procedimiento que es muy barato, sencillo y de muy bajo riesgo para la salud (...)”*. Además, refieren que *“no hay un diseño de este procedimiento que aborde de manera específica las necesidades de niñas y adolescentes, es único para todas”*.

Esta situación es consistente con los datos reportados por el DEIS en relación con las técnicas de interrupción del embarazo en casos de causal 3 constituidos durante el año 2023, los cuales muestran que, si bien la aspiración manual endouterina (AMEU) -y su combinación con fármacos como misoprostol y mifepristona-, corresponde al procedimiento más utilizado, persiste el uso significativo del legrado uterino como técnica de interrupción, alcanzando un 18,2% de los casos.

En la misma línea, las distintas fuentes advierten que la disponibilidad y uso de tecnologías adecuadas **no constituye necesariamente un problema de costos**, sino de implementación y capacitación: *“La tecnología para abortar hoy no se aplica. No es*

²¹ Ministerio de Salud. Norma Técnica nacional de acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la ley 21.030, p.122.

más caro. Una niña de 14-15 años no puede parir, no está físicamente preparada”. En este sentido, “la violencia obstétrica también ocurre por medio de la tecnología utilizada, por ejemplo. Cuando las mujeres constituyen, y hay incapacidad técnica, hacen raspajes. Es una mala práctica y la utilizan como forma de castigo. Y la razón no tiene que ver con el costo”.

A ello se suma la **falta de estandarización de protocolos clínicos entre establecimientos**, lo que genera experiencias de atención disímiles y, en múltiples ocasiones, alejadas de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Se ha levantado que *“en relación con los protocolos clínicos que se aplican, no existe una estandarización de ellos, ya que, las técnicas utilizadas dependen de la capacitación que tenga el personal de salud, así como, de los insumos disponibles. Las experiencias son significativamente variables”²².*

Así, si bien se identifican experiencias de buenas prácticas en algunos establecimientos -donde se implementan técnicas como la aspiración manual endouterina de manera ambulatoria, con criterios clínicos actualizados y considerando las preferencias de las usuarias-, estas no se encuentran generalizadas en el sistema, lo que refuerza la existencia de una brecha estructural en la calidad, disponibilidad y pertinencia de la atención.

Estas brechas relacionadas al procedimiento de interrupción del embarazo propiamente tal, resultan especialmente críticas en el caso de embarazos de niñas y adolescentes, toda vez que, según la evidencia científica, los embarazos en estas etapas de la vida constituyen por sí solos un **alto riesgo obstétrico**, asociado tanto a condiciones biológicas como a contextos de vulnerabilidad propios de su ciclo vital, siendo múltiples las complicaciones médicas especiales a las que está expuesta la niña o adolescente²³. En este escenario, la utilización de técnicas más invasivas o no pertinentes puede incrementar los riesgos físicos y psicológicos, así como profundizar experiencias de maltrato o violencia obstétrica.

Otro de los problemas identificados se encuentra en la **hospitalización innecesaria**, incluso en casos en que los procedimientos podrían realizarse de manera ambulatoria o domiciliaria. En este sentido, organizaciones de la sociedad civil han señalado que: *“El sistema en general, como está diseñado legalmente y en la norma técnica, exige que se realice una hospitalización aun cuando no sea clínicamente indicado. En general, aun cuando se dan procedimientos con medicamento, se hace una noche de hospitalización”.*

²² Observadoras Ley de Aborto Chile. Informe anual 2024. “Ruta de acceso a la ley de aborto en Chile”. Documentación de la experiencia de OLA durante el 2024, Pág.54.

²³ Figueroa, D. et. Al. 2021, Riesgos y complicaciones asociadas al embarazo en la adolescencia. Rev Ciencias Médicas vol.25 no.5 Pinar del Río sept.-oct. 2021 Epub 01-Sep-2021. (Enlace)

Esta hospitalización impacta particularmente en los casos en que, producto de brechas de cobertura, objeción de conciencia u otras, las niñas y adolescentes deben desplazarse a otros territorios para acceder a la prestación, incrementando las cargas económicas, logísticas y emocionales asociadas al proceso y profundizando las barreras de acceso.

Discusión y alternativas de abordaje

Del total de hallazgos identificados, la mayoría se vincula con problemas que afectan el estándar de accesibilidad a la prestación, seguidos por aquellos relacionados con la falta de pertinencia frente a las necesidades específicas de niñas y adolescentes.

Una de las características de los problemas de accesibilidad se asocia a **barreras derivadas de la discriminación y desconocimiento de la existencia de la garantía**. Estas dificultades se ven reforzadas por prejuicios y temores presentes en la población respecto del procedimiento, por situaciones de victimización secundaria y por el desconocimiento de la garantía por parte de las propias redes institucionales involucradas en la atención y derivación.

Es por ello que, al profundizar estos hallazgos con el panel de expertas/os, se destacó como una alternativa de abordaje transversal el **fortalecimiento de medidas que optimicen la calidad de la prestación**, como una vía para abordar tanto los problemas de accesibilidad como de pertinencia. En este marco, se identificó **la necesidad de fortalecer el desarrollo de lineamientos nacionales especializados en niñez y adolescencia**, los que deben elaborarse desde el ámbito sanitario e incorporar el rol de los demás actores intervinientes. Otros ejemplos de propuestas en este sentido fueron la confección de directrices para la efectivización del derecho a la información de niñas y adolescentes; la elaboración de lineamientos de actuación y atención ante casos de constitución de causal 1 por motivos de salud mental; el desarrollo de normativas y orientaciones de primer abordaje de IVE por profesionales de la educación y la salud; y que el Poder Judicial elabore un auto acordado especializado para el abordaje de los casos que solicitan la autorización judicial.

Asimismo, en esta línea, **resulta clave la capacitación y la especialización del personal** de la red intersectorial de protección, de la red de atención primaria, del Poder Judicial —tanto jueces como equipos técnicos— y de la red hospitalaria interviniente en el procedimiento, incorporando de manera transversal el enfoque de género y de derechos de la niñez y adolescencia de todas las fases de implementación del procedimiento. Dentro de este ámbito se recalcó la necesidad de la formación de pre grado en las carreras de la salud y se refirió también la importancia de la capacitación de las autoridades de la administración del Estado que entregan información a la ciudadanía sobre esta materia.

Del mismo modo, se identificó la necesidad de **fortalecer la detección y acompañamiento previo al ingreso al procedimiento**, mediante la consolidación de un circuito articulado frente a casos de embarazo adolescente en general. Este debiera realizar acciones de acompañamiento y protección oportunas frente a estas

“Adopte una ley integral de educación sexual e integre la educación sobre salud sexual y reproductiva en todos los niveles de educación”

Comité de los Derechos del Niño al Estado de Chile, 2022

situaciones y, sobre esta base, especializar la pesquisa temprana y la adecuada articulación en casos de violación y en el proceso de interrupción voluntaria del embarazo.

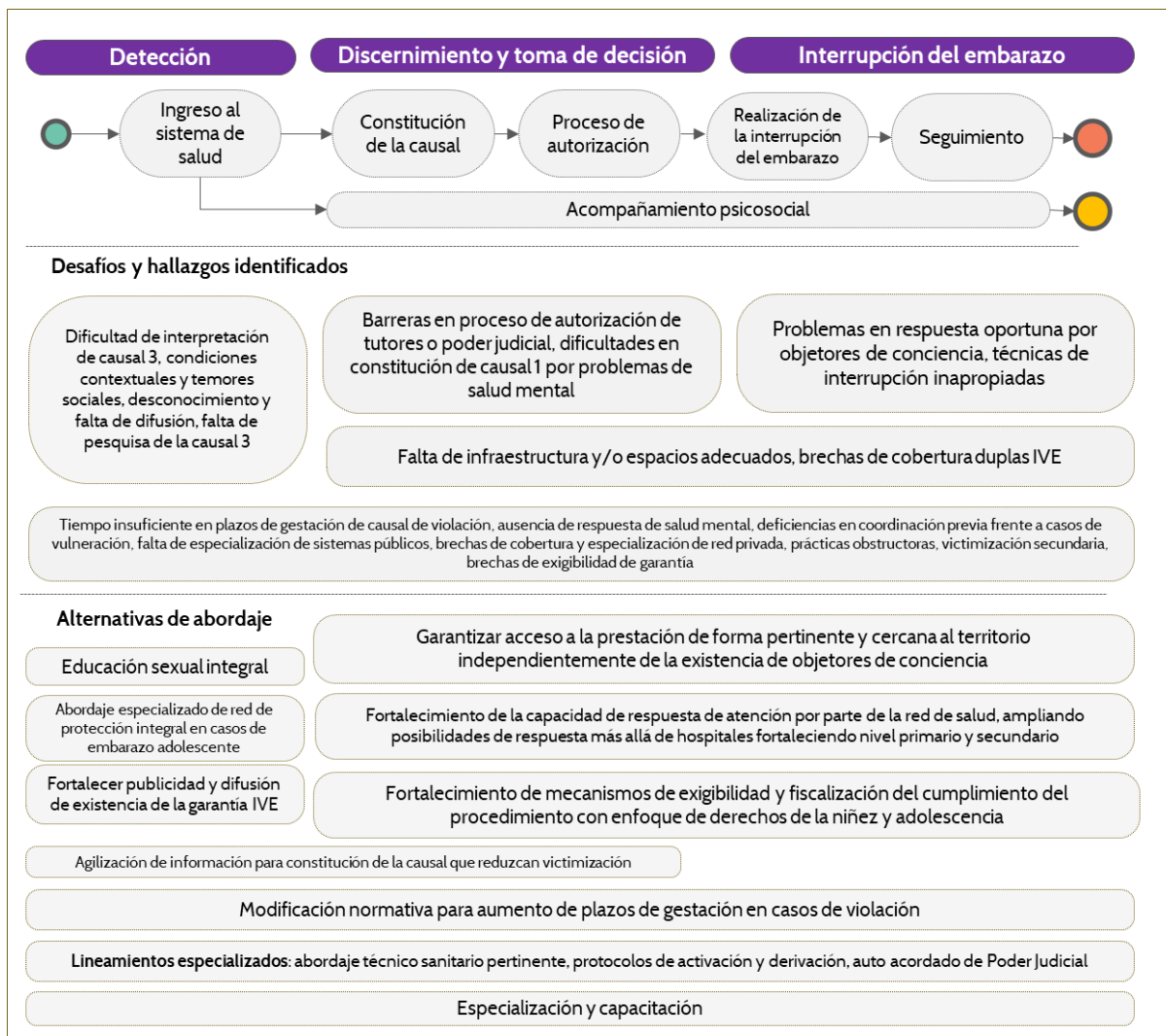
Para ello, se propuso la creación de una “mesa interinstitucional para la garantía de derechos sexuales y reproductivos de niñas y adolescentes” que incorpore a organizaciones de la sociedad civil; la confección de un protocolo de actuación y coordinación interinstitucional obligatorio con los roles, funciones y criterios de actuación claros para cada una de las instituciones ante posibles casos de IVE; y la entrega de acompañamiento por parte de una persona garante de derechos durante todo el proceso, considerando que el artículo 50 de la Ley N° 21.430 garantiza el derecho a la defensa especializada de toda niña y adolescente.

En esta misma línea, destaca también **la importancia de incorporar una educación sexual integral**. La investigación da cuenta de brechas transversales en todos los actores (niñas y adolescentes, padres, cuidadores y familias, funcionarios públicos, sociedad en general, entre otros), que complejizan la detección a tiempo de los casos de embarazo, la actuación frente a situaciones de violencia sexual y la vinculación oportuna con el procedimiento de ley IVE.

Por otro lado, se hace relevante e ineludible **revisar la normativa nacional con respecto a los plazos de gestación** en los casos de violación. Estos no son pertinentes a la realidad biopsicosocial de las niñas y adolescentes, configurándose como una barrera de accesibilidad al procedimiento.

Asimismo, se requiere **fortalecer las instancias de exigibilidad de la prestación**. La IVE es una garantía de derechos y un procedimiento legal que permite efectivizar el derecho a la salud sexual y reproductiva de las niñas y adolescentes. Por lo tanto, ellas tienen el derecho a poder exigir, reclamar y apelar frente a procesos obstructivos, denegación de la constitución de la causal, situaciones de discriminación, violencia de género y otros. Ello, junto a mecanismos adecuados de fiscalización del procedimiento sanitario, permitiría reducir diversas barreras identificadas, siendo clave que la Superintendencia de Salud asuma un rol más activo en esta materia. En este ámbito, cobra relevancia nuevamente la entrega de acompañamiento por parte de un/a persona garante para la defensa de sus derechos desde el momento de la detección, lo que involucra a su vez una necesidad de financiamiento.

Figura 4. Alternativas de abordaje según fase del procedimiento de IVE



Fuente: elaboración propia

Junto a lo anterior, es **necesario generar mecanismos eficaces que permitan asegurar la continuidad de la prestación, con cercanía territorial y temporal**. Hoy, las brechas de cobertura se concentran en dos niveles que se relacionan entre sí: la capacidad de respuesta de los equipos de IVE en los hospitales y los efectos de la objeción de conciencia, que inciden en diversos problemas de respuesta oportuna, sobre todo en regiones distintas de la Metropolitana.

Respecto de la capacidad de respuesta de los equipos IVE, **se hace necesario abrir el debate normativo y administrativo que permita un mayor protagonismo de la red de salud primaria en los casos de IVE** y no restringirla sola y exclusivamente a la red hospitalaria de especialidad. Medidas como la preconstitución de la causal en atención primaria en salud, el aumento de la edad de atención pediátrica hasta los 17 años, o la extensión de atribuciones en el procedimiento a otras profesiones de salud como la matronería, deben analizarse. Sumado a lo anterior, se proponen como medidas independientes el aumento de la cobertura horaria de las duplas IVE

y la obligación de garantizar la disponibilidad de profesionales especialistas en todos los territorios.

En relación con la objeción de conciencia, el Comité de los Derechos del Niño, en sus recomendaciones de 2022 al Estado de Chile, ha señalado la necesidad de eliminar esta figura, exigiendo al respecto que las adolescentes *“puedan acceder a servicios para tener un aborto seguro y recibir atención médica después del aborto, garantizando que en el correspondiente proceso decisorio siempre se tenga en cuenta su opinión”*²⁴. Con independencia de lo anterior, el Ministerio de Salud tiene la obligación de asegurar la atención en todos los casos, territorial y temporalmente adecuada, generando e implementando protocolos efectivos de derivación y coordinación, que consideren las brechas de la objeción de conciencia individual e institucional. En este contexto, resulta fundamental la evaluación y fiscalización de la puesta en marcha del nuevo reglamento de objeción de conciencia.²⁵

En síntesis, los hallazgos y alternativas presentadas buscan contribuir al fortalecimiento de la implementación de la Ley N°21.030 sobre interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, visibilizando a niñas y adolescentes como sujetas de derecho y usuarias que requieren de protección reforzada. Para ello, se requieren no solo ajustes normativos, sino también un fortalecimiento integral de la calidad de la atención, la articulación intersectorial y la generación de capacidades especializadas en todos los niveles del sistema. Solo mediante una estrategia centrada en el enfoque de derechos, género y niñez, será posible reducir las brechas identificadas y garantizar que niñas y adolescentes accedan a este derecho de manera digna, segura y libre de violencia.

²⁴ Comité de los Derechos del Niño. 2022. Observaciones finales sobre los informes periódicos sexto y séptimos combinados de Chile. CRC/C/CHL/CO/6-7. Pág. 11. ([Enlace](#))

²⁵ Ministerio de Salud. 2025. Modifica Decreto Supremo N°67 del Ministerio de Salud que aprueba reglamento para ejercer objeción de conciencia según lo dispuesto en el artículo 119 ter del Código Sanitario ([Enlace](#))



Para conocer más sobre el Observatorio
de Derechos de la Defensoría de la
Niñez visita

observatorio.defensorianinez.cl