



Caracterización sociodemográfica de adolescentes que tuvieron acceso a las prestaciones vinculadas con la interrupción voluntaria del embarazo por violación. Chile: 2018 - 2020

Sociodemographic characterization of adolescents who accessed to services related to voluntary termination of pregnancy due to rape. Chile: 2018 - 2020

Adela Montero Vega^a, Mirliana Ramírez-Pereira^{b,f}, Temístocles Molina González^{a,g}, Paz Robledo Hoecker^c, Lidia Casas Becerra^{d,h}, Lieta Vivaldi Macho^{e,h}, Daniela González Aristegui^{a,i}

^aCentro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia, Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago, Chile.

^bDepartamento de Enfermería, Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago, Chile.

^cUnidad de Cuidados Medios, Servicio de Pediatría y Cirugía Infantil, Hospital La Florida, Dra. Eloísa Díaz. Santiago, Chile.

^dCentro de Derechos Humanos, Facultad de Derecho, Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.

^eDepartamento Ciencias del Derecho, Facultad de Derecho, Universidad Alberto Hurtado. Santiago, Chile.

^fEnfermera matrona.

^gBioestadístico.

^hAbogada.

ⁱTrabajadora Social.

Recibido: 16 de diciembre de 2022; Aceptado: 21 de abril de 2023

¿Qué se sabe del tema que trata este estudio?

Si bien hay estudios sobre violencia sexual y sus implicancias en menores de edad, existe escasa información sobre la interrupción del embarazo por violación en adolescentes, resultando este estudio pionero en sistematizar los datos desde la promulgación de la Ley 21.030.

¿Qué aporta este estudio a lo ya conocido?

El aporte es visibilizar las principales variables sociodemográficas relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo por violación en adolescentes. Se espera contribuir a la evaluación y seguimiento de la causal violación de la ley 21.030, dentro del marco de la política pública que garantice el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en adolescentes.

Resumen

La causal 3 de la Ley 21.030 autoriza interrumpir el embarazo por violación, mediando la voluntad de la mujer, estableciendo un límite en la edad gestacional de 14 semanas en menores de 14 años y 12 semanas en mayores de 14 años. **Objetivo:** Describir en el período 2018-2020 las principales variables sociodemográficas y otras vinculadas con la causal 3 en menores de 14 años, adolescentes de 14 años

Palabras clave:

Adolescencia; Aborto; Embarazo; Violación; Delitos Sexuales; Derechos Sexuales y Reproductivos

o más y menores de 18 años y mujeres de 18 años o más. **Pacientes y Método:** Diseño transversal, descriptivo y poblacional. Datos nacionales obtenidos del registro oficial del Ministerio de Salud y por Ley de Transparencia. Se utilizaron medidas de tendencia central (Mediana), de dispersión (Rango Intercuartílico), frecuencias absolutas y porcentajes. **Resultados:** El 31,6% de las mujeres con embarazo por violación eran menores de 18 años. Las menores de 14 viven principalmente en regiones, presentan mayor edad gestacional al constituir causal y deciden continuar el embarazo en un 31,2%. Las adolescentes de 14 años o más y menores de 18 años presentan mayor índice de pobreza multidimensional. Las mujeres de 18 años o más, concentran mayor frecuencia de extranjeras, mayor residencia en la Región Metropolitana y mayoritariamente deciden interrumpir la gestación. El 57,4% de quienes denunciaron y el 11,1% que no logró constituir causal eran menores de 18 años. **Conclusiones:** La violencia sexual es un problema de salud pública. El embarazo por violación en adolescentes constituye una realidad social. Debe existir evaluación y seguimiento permanente de la implementación de la Ley 21.030, garantizando el acceso oportuno, eficiente y sin discriminación a las prestaciones.

Abstract

Ground N°3 of Law 21,030 allows for the termination of a pregnancy due to rape, with the woman's consent, establishing a gestational age limit of 14 weeks for adolescents under 14 years of age and 12 weeks for those over 14 years of age. **Objective:** To describe, between the period 2018-2020, the main sociodemographic and other variables linked to ground N°3 in minors under 14 years, adolescents aged 14 years or older and under 18 years, and women aged 18 years or older. **Patients and Method:** Cross-sectional, descriptive, and population-based design. National data was obtained from the official registry of the Ministry of Health and through the Transparency Law. Measures of central tendency (median), dispersion (interquartile range), absolute frequencies, and percentages were used. **Results:** 31.6% of the women with rape-related pregnancies were under 18 years of age. Women under 14 lived mainly in the regions of the country, had a higher gestational age at the time of the ground factor, and 31.2% decided to continue the pregnancy. Adolescents aged 14 or older and under 18, had a higher multidimensional poverty index. Women aged 18 or older were most frequently foreigners, lived mainly in the Metropolitan Region, and decided to terminate the pregnancy. 57.4% of those who reported the rape and 11.1% who failed to establish the ground were under 18. **Conclusions:** Sexual violence is a public health problem. Pregnancy due to rape in adolescents is a social reality. There should be permanent evaluation and monitoring of the implementation of Law 21,030, guaranteeing timely, efficient, and nondiscriminatory access to benefits.

Keywords:

Adolescence;
Abortion;
Pregnancy;
Rape;
Sexual Crimes;
Sexual and
Reproductive Rights

Introducción

La violencia contra la mujer constituye una grave vulneración de los derechos humanos, transformándose en un problema de salud pública, con consecuencias en la salud física, sexual, ginecológica y mental a corto, mediano y largo plazo, afectando la calidad de vida de las sobrevivientes¹.

Aunque la prevalencia real probablemente está subestimada, por el estigma social y las repercusiones asociadas con la divulgación o denuncia, el 2018 se estimó que entre 736 millones y 852 millones de mujeres mayores de 15 años (casi 1 de cada 3 mujeres), han experimentado alguna vez violencia física, sexual o psicológica ejercida por la pareja o violencia sexual perpetrada por familiares, conocidos o extraños, ratificando su omnipresencia en la vida de las mujeres¹. La violencia hacia la mujer se acrecentó globalmente durante la pandemia por SARS-CoV-2¹. Chile no fue

la excepción, registrándose un aumento exponencial de llamadas de auxilio a los fonos de emergencia, disminuyendo las denuncias formales, principalmente en el período de confinamiento donde las víctimas se encontraban conviviendo con el agresor, sin poder acudir presencialmente a realizar la denuncia².

Según la IV Encuesta de Violencia contra la Mujer (2020), las mujeres de 15 a 65 años que el último año sufrió violencia sexual en contexto de pareja fue 2,1% el 2017 y 2,8% el 2020. Destaca la baja proporción de denuncias y su disminución el 2020 (16,3%) respecto del 2017 (23%). Las principales causas para no denunciar fueron por vergüenza (13%) y miedo (11%)³. La Subsecretaría de Prevención del Delito, el 2019 informó 12.641 denuncias por delitos sexuales, aumentando a 14.056 el 2021⁴. En ambos períodos, las víctimas fueron mayoritariamente mujeres, concentrándose en menores de 18 años. Los victimarios eran predominantemente hombres de 30 a 64 años⁵.

El 2017, el Servicio Médico Legal reportó 2.119 peritajes por violación, afectando a las mujeres en un 88,6%. En la Región Metropolitana, el 89,6% de las víctimas eran mujeres. De ellas, el 49,2% eran adolescentes de 10 - 19 años. En 25,4% el victimario/a fue un familiar; en 42,2% fueron otros conocidos no familiares y en 32,4% fue desconocido/a o indeterminado⁶.

Perfil sociodemográfico y aborto

Cada año en el mundo 29% del total de embarazos y 61% de los embarazos no deseados se interrumpen, generando una cifra estimada de 73 millones de abortos. El 45% ocurre en condiciones inseguras, especialmente en países en desarrollo, ocasionando un 4,7% - 13,2% de las muertes maternas. En América Latina 3 de cada 4 abortos se realizan en condiciones inseguras⁷.

En adolescentes, existen escasos reportes nacionales e internacionales. En Uruguay, durante el 2013 y 2017, las adolescentes entre 15 - 19 años representaban un 16% del total de abortos anuales⁸. La Investigación Nacional sobre aborto en Brasil del 2016, respecto del último aborto, reporta una frecuencia de 29% en adolescentes de 12 - 19 años⁹. En Ciudad de México, durante los años 2007 - 2021, el 5,5 % de las menores de 18 años han accedido al aborto legal¹⁰. En Chile, la X Encuesta Nacional de Juventudes 2022, revela que el 3,1% de las jóvenes de 15 - 29 años se realizó un aborto. En 83,2% fue por decisión personal y sólo un 10,9% fue dentro de las 3 causales del marco legal vigente¹¹.

Según nivel socioeconómico, existe un porcentaje similar de embarazos que terminan en aborto en países de ingresos altos (43%) y bajos (40%)¹². La mayor tasa de aborto se relacionaría con la restricción legal parcial o total. Las menores tasas ocurren en países cuya legislación permite la interrupción y garantiza el acceso al aborto seguro. En países con aborto altamente restringido, las tasas son 3 - 5 veces más altas¹³.

En Brasil el aborto es más frecuente en mujeres afrodescendientes, asiáticas y de pueblos originarios. Las tasas son mayores en mujeres que han tenido hijos, residentes de zonas urbanas, con menor escolaridad e ingreso económico familiar⁹. Huneus A. y cols, basándose en información del 2015, demostró que en Chile las mujeres de 15 - 29 años con mayor nivel socioeconómico tenían mayor probabilidad de aborto inducido. En este estudio, no hubo correlación según residencia urbana o rural, identificación con pueblos originarios, edad de inicio sexual, uso de anticoncepción en el primer coito, embarazo adolescente y adscripción política o religiosa¹⁴.

Embarazo por violación

Esta grave consecuencia de la violencia, afecta a la mujer en su integridad física, social, sexual y existencial¹⁵. Un estudio realizado en Colombia en 121 muje-

res con embarazo por violación, revela que el 63% decide interrumpir¹⁵. En Chile, la IV Encuesta de Violencia contra la Mujer reportó un 7% de embarazo como consecuencia de violencia sexual³.

Durante la tramitación legislativa de la Ley 21.030¹⁶, pese al desconocimiento de la real prevalencia sobre violencia sexual y embarazo como consecuencia¹⁷, se estimó una cifra anual de 2.000 embarazadas por violación¹⁸.

La citada ley, promulgada el 14/09/2017, contempla la interrupción del embarazo mediando la voluntad de la mujer cuando: exista riesgo vital de la gestante (causal 1); el embrión o feto padezca una patología congénita adquirida o genética letal, incompatible con la vida extrauterina independiente (causal 2) y en embarazo por violación (causal 3). Para esta última causal limita la edad gestacional a 12 semanas en mayores de 14 años y 14 semanas en menores de 14 años¹⁶.

Considerando el contexto nacional, después de 28 años de prohibición absoluta del aborto¹⁹ y a cinco años de la promulgación de la ley 21.030, el objetivo de este artículo es describir en el período 2018 - 2020, las principales variables sociodemográficas y otras vinculadas con la causal 3 en adolescentes menores de 14 años, adolescentes de 14 años o más y menores de 18 años y mujeres de 18 años o más. Esta sistematización espera contribuir al seguimiento de esta política pública, evidenciando lo acontecido con la interrupción voluntaria del embarazo a nivel nacional, específicamente en menores de edad debido a su mayor vulnerabilidad, permitiendo tomar medidas que fortalezcan su crecimiento y desarrollo y garanticen el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Pacientes y Método

Diseño

Estudio transversal, descriptivo y poblacional.

Recolección de datos

La información del país fue recuperada en mayo 2021 de las bases de datos anonimizadas que estuvieron disponibles en el sitio web del Ministerio de Salud²⁰ y de registros anonimizados proporcionados por ley de transparencia desde la Subsecretaría de Salud Pública y SEREMI^a de Salud Metropolitana. Se confeccionó una pauta para recabar la información por transparencia, incorporando las principales variables y categorías que se detallan en el ítem correspondiente.

Población

La población en estudio está constituida por la totalidad de las mujeres del país que tuvieron acceso a la

^aSecretaría Regional Ministerial.

causal 3 (embarazo por violación), cuya información fue ingresada a las bases de datos identificadas anteriormente. Se obtuvo información de 415 mujeres que tuvieron acceso a las prestaciones vinculadas con la causal 3 de la ley 21.030, desde enero 2018 a diciembre 2020. Específicamente para la variable denuncia, se contó con información de 200 mujeres durante el período enero 2019 a junio 2020, mientras que para la variable constitución de causal, se recuperaron los datos de 355 mujeres desde enero 2018 a junio 2020.

Variables sociodemográficas

Para la variable edad, se consideraron los rangos etarios establecidos en la ley 21.030^b 16, que distingue entre menores de edad (menores de 14 años; mayores de 14 años y menores de 18 años) y mayores de edad (mayores de 18 años). Por ello, en este estudio, las mujeres en causal 3 se dividieron en: menores de 14 años; adolescentes de 14 años o más y menores de 18 años y mujeres de 18 años o más, n: 414. Este último grupo comprende a todas las mujeres, adolescentes y adultas de 18 o más años.

Las otras variables corresponden a: Nacionalidad (extranjera/chilena, n: 412); Zona de residencia (Norte, regiones: I, II, III, IV, XV / Región Metropolitana, región: XIII / Centro, regiones: V, VI, VII, XVI / Sur, regiones: VIII, IX, X, XI, XII, XIV, n: 411); Previsión de salud (FONASA/^c ISAPRE^d/Fuerzas Armadas/Sin previsión, n:413); Nivel FONASA (A/B/C/D, n: 368); Porcentaje de pobreza multidimensional, n: 409.

Para comparar el grado de vulnerabilidad de quienes se encontraban en causal 3 se incluyó el índice de pobreza multidimensional propuesto por Alkire y Foster²¹, incorporado en Chile desde el año 2015 a través de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN). Este índice mide las carencias que sufren los hogares en distintas dimensiones relevantes para el bienestar de la población. Para su medición se consideran las dimensiones de educación, salud, trabajo y seguridad social, vivienda y entorno, redes y cohesión social²¹, visibilizando los hogares que requieren una mayor focalización desde las políticas públicas²². Cada

dimensión, integrada por indicadores dicotómicos, incide en el bienestar de la población, determinando la superación o no de las carencias de un hogar, las que son ponderadas por un peso relativo asignado a cada indicador, permitiendo identificar aquellos hogares que se encuentran en situación de pobreza multidimensional²³. De este modo, la pobreza multidimensional se define como una metodología de medición de la pobreza, que tiene en cuenta ámbitos que de manera complementaria a los ingresos determinan la incidencia e intensidad de las privaciones y carencias que poseen los hogares y por ende el nivel de pobreza en el que se encuentran^{22,23}.

Para nuestro análisis, el porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional por comuna, se obtuvo del valor ya formulado y calculado por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, disponible en la base de datos de este organismo²⁴.

Variables vinculadas con constitución de la causal

Nivel de derivación: consulta médica privada, centro médico/1° nivel de atención (APS)/ 2° nivel de atención/3° nivel de atención (urgencia gineco obstétrica) / 3° nivel de atención (hospitalización), n: 411.

Edad gestacional: semanas de gestación al constituir causal, n: 414 y a la interrupción, n: 381.

Decisión de la mujer: decide interrumpir (si/no), n: 414; Acepta acompañamiento psicosocial (si/no), n: 412.

Denuncia: realiza denuncia (si/no), n: 200.

Constituye causal: (si/no), n: 355.

Análisis estadístico

Para el análisis descriptivo las mujeres fueron agrupadas por grupo etario según lo señalado. Se utilizaron medidas de tendencia central [Mediana] y de dispersión [Rango Intercuartílico (RI)], frecuencias absolutas y porcentajes. Se empleó el software estadístico STATA v 12 (StataCorp LP, Texas,USA).

Evaluación ética

Corresponde a la 1ª etapa del Proyecto Fondecyt Regular n° 1200374, aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos, Facultad de Medicina, Universidad de Chile (Acta n° 009 - 2020).

Resultados

Durante enero 2018 a diciembre 2020, se registraron 2.207 mujeres con acceso a las prestaciones vinculadas con las 3 causales de la ley 21.030. En 2.189 se consignó la edad, correspondiendo 161 a menores de 18 años (7,4%). En este grupo, hubo 7 en causal 1 (4,3%); 23 en causal 2 (14,3%) y 131 en causal 3 (81,4%).

^bDistinciones sobre la edad en la Ley 21.030: 1) Edad gestacional en causal 3: 14 semanas en menores de 14 y 12 semanas en mayores de 14 años; 2) Toma de decisión: en menores de 14 se debe contar con la autorización del representante legal o del tribunal de familia. En mayores de 14 y menores de 18 solo se deberá informar al representante legal o familiar adulto/responsable que la adolescente señale. En mayores de 18, la decisión es autónoma sin necesidad de informar a terceros; 3) Denuncia: en menores de 18, la autoridad de las instituciones hospitalarias, públicas o privadas realizarán la denuncia según el Código Penal y el Código Procesal Penal, debiendo notificar al Servicio Nacional de Menores. En mayores de 18, que no hayan denunciado la violación, pondrán en conocimiento del Ministerio Público para investigar de oficio¹⁶.

^cFondo Nacional de Salud.

^dInstituciones de Salud Previsional.

Específicamente para la causal 3, se presentan los resultados de 414 mujeres en quienes se registró la edad. El 15,5% son menores de 14; 16,2% son adolescentes de 14 años o más y menores de 18 años y 68,4% son mujeres de 18 años o más. El 97,6% se atendió en hospitales públicos.

Menores de 14 años

El 7,8% es extranjera; un 36,5% reside en la zona

centro del país y solo 11,1% en la Región Metropolitana. El 98,4% está en FONASA, con un 58,7% en el nivel A (tabla 1). Para constituir causal, el 42,2% proviene de la Atención Primaria (APS) y 28,1% ingresa por urgencia gineco obstétrica (tabla 2). La mediana de edad gestacional fue 8 semanas al constituir causal y a la interrupción (tabla 3). El 68,8% decide interrumpir la gestación y 89,1% acepta acompañamiento psicossocial (tabla 4).

Tabla 1. Distribución de las variables sociodemográficas por edad de la mujer y causal 3 de interrupción voluntaria del embarazo en Chile

Variables	Categorías	Total n(%)	Edad de la mujer (años)			
			< 14 n = 64 n (%)	14 a < 18 n = 67 n (%)	< 18 n = 131 n (%)	18 o más n = 283 n (%)
Nacionalidad	Extranjera	88 (21,4)	5 (7,8)	8 (11,9)	13 (9,9)	75 (26,7)
	Chilena	324 (78,6)	59 (92,2)	59 (88,1)	118 (90,1)	206 (73,3)
	Total	412 (100)	64 (100)	67 (100)	131 (100)	281 (100)
Zona de residencia	Norte	72 (17,5)	15 (23,8)	10 (15,2)	25 (19,3)	47 (16,7)
	Región Metropolitana	168 (40,9)	7 (11,1)	27 (40,9)	34 (26,4)	134 (47,5)
	Centro	80 (19,5)	23 (36,5)	13 (19,7)	36 (27,9)	44 (15,6)
	Sur	91 (22,1)	18 (28,6)	16 (24,2)	34 (26,4)	57 (20,2)
	Total	411 (100)	63 (100)	66 (100)	129 (100)	282 (100)
Previsión Salud	FONASA	368 (89,1)	63 (98,4)	61 (91,0)	124 (94,7)	244 (86,5)
	ISAPRE	19 (4,6)	1 (1,6)	2 (3,0)	3 (2,3)	16 (5,7)
	Fuerzas Armadas	1 (0,2)	---	---	0 (0)	1 (0,3)
	Sin previsión	25 (6,1)	0 (0)	4 (6,0)	4(3,0)	21 (7,5)
	Total	413 (100)	64 (100)	67 (100)	131(100)	282 (100)
Nivel FONASA	A	168 (45,6)	37 (58,7)	36 (59,0)	73 (58,9)	95 (38,9)
	B	114 (31,0)	16 (25,4)	13 (21,3)	29 (23,4)	85 (34,8)
	C	39 (10,6)	6 (9,5)	5 (8,2)	11 (8,9)	28 (11,5)
	D	47 (12,8)	4 (6,4)	7 (11,5)	11 (8,9)	36 (14,8)
	Total	368 (100)	63 (100)	61 (100)	124 (100)	244 (100)
Porcentaje pobreza multidimensional por comuna	Mediana (RI) n:409	20,9 (8,4)	19,9 (11,0)	21,9 (9,1)	20,3 (10,9)	20,9 (8,6)

Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida del registro oficial del Ministerio de Salud y a través de solicitud por Ley de Transparencia.

Tabla 2. Distribución de la variable nivel de derivación para constituir causal, por edad de la mujer y causal 3 de interrupción voluntaria del embarazo en Chile

Variables	Categorías	Total n(%)	Edad de la mujer (años)			
			< 14 n = 64 n (%)	14 a < 18 n = 67 n (%)	< 18 n = 131 n (%)	18 o más n = 283 n (%)
Nivel de derivación	Consulta médica privada, centro médico	8 (1,9)	0 (0)	1 (1,5)	1 (0,7)	7 (2,5)
	1° nivel de atención (APS)	98 (23,8)	27 (42,2)	12 (17,9)	39 (29,8)	59 (21,1)
	2° nivel de atención (ARO)	73 (17,8)	12 (18,8)	15 (22,4)	27 (20,6)	46 (16,4)
	3° nivel de atención (urgencia gineco obstétrica)	205 (49,9)	18 (28,1)	34 (50,7)	52 (39,7)	153 (54,6)
	3° nivel de atención (hospitalización)	27 (6,6)	7 (10,9)	5 (7,5)	12 (9,2)	15 (5,4)
	Total	411 (100)	64 (100)	67 (100)	131 (100)	280 (100)

APS: Atención Primaria de Salud; ARO: Alto Riesgo Obstétrico, Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida del registro oficial del Ministerio de Salud y a través de solicitud por Ley de Transparencia.

Tabla 3. Distribución de la edad gestacional a la constitución de causal y a la interrupción, por edad de la mujer y causal 3 de interrupción voluntaria del embarazo en Chile.

Variables	Categorías	Total	Edad de la mujer (años)			
			< 14 n = 64	14 a < 18 n = 67	< 18 n = 131	18 o más n = 283
Edad gestacional constitución causal	Mediana (RI) n = 414	7 (3)	8 (4)	7 (3)	7 (3)	7 (3)
Edad gestacional a la interrupción	Mediana (RI) n = 381	8 (3)	8 (3)	8 (3)	8 (4)	8 (3)

Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida del registro oficial del Ministerio de Salud y a través de solicitud por Ley de Transparencia.

Tabla 4. Distribución de la variable decisión de la mujer por edad y causal 3 de interrupción voluntaria del embarazo en Chile

Decisión de la mujer	Categorías	Total n (%)	Edad de la mujer (años)			
			< 14 n = 64 n (%)	14 a < 18 n = 67 n (%)	< 18 n = 131 n (%)	18 o más n = 283 n (%)
Decide interrumpir el embarazo	No	33 (8,0)	20 (31,2)	4 (6,0)	24 (18,3)	9 (3,2)
	Si	381 (92,0)	44 (68,8)	63 (94,0)	107 (81,7)	274 (96,8)
	Total	414 (100)	64 (100)	67 (100)	131 (100)	283 (100)
Acepta acompañamiento psicosocial	No	34 (8,2)	7 (10,9)	6 (9,0)	13 (9,9)	21 (7,5)
	Si	378 (91,8)	57 (89,1)	61 (91,0)	118 (90,1)	260 (92,5)
	Total	412 (100)	64 (100)	67 (100)	131 (100)	281 (100)

Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida del registro oficial del Ministerio de Salud y a través de solicitud por Ley de Transparencia.

Adolescentes de 14 años o más y menores de 18 años

El 11,9% es extranjera y 40,9% vive en la Región Metropolitana. El 91% está adscrita a FONASA, con 59% en el nivel A (tabla 1). El 17,9% proviene desde APS y 50,7% ingresa por urgencia gineco obstétrica (tabla 2). La mediana de edad gestacional fue 7 semanas para constituir causal y 8 semanas a la interrupción (tabla 3). El 94% decide interrumpir y 91% acepta acompañamiento psicosocial (tabla 4).

Mujeres de 18 años o más (adolescentes y adultas)

El 26,7% es extranjera y 47,5% reside en la Región Metropolitana. El 86,5% está en FONASA, con 38,9% en el nivel A (tabla 1). El 54,6% ingresa por urgencia gineco obstétrica (tabla 2). La mediana de edad gestacional fue 7 semanas a la constitución de causal y 8 semanas a la interrupción (tabla 3). El 96,8% decide interrumpir y 92,5% acepta acompañamiento psicosocial (tabla 4).

Menores de 14 años v/s adolescentes de 14 años o más y menores de 18 años

Según zona de residencia, las menores de 14 residen en mayor proporción en regiones, mientras que las adolescentes de 14 años o más y menores de 18 años, viven principalmente en la Región Metropolitana (tabla 1).

Para la variable nivel de derivación, las menores de 14 provienen principalmente desde la Atención Primaria, a diferencia de las adolescentes de 14 años o más y menores de 18 años que ingresan en mayor porcentaje por urgencia gineco obstétrica (tabla 2).

En menores de 14, se observa una mayor mediana de edad gestacional a la constitución de la causal (tabla 3). En este grupo, un tercio opta por continuar el embarazo (31,2%), a diferencia de adolescentes de 14 años o más y menores de 18 años, quienes mayoritariamente deciden interrumpir (94%) (tabla 4).

No hubo mayores diferencias según nacionalidad,

previsión de salud, nivel FONASA, edad gestacional a la interrupción y aceptación de acompañamiento psicossocial. Para la variable pobreza multidimensional, se registra una mayor mediana en el grupo de adolescentes de 14 años o más y menores de 18 años (tabla 1).

Adolescentes menores de 18 años v/s mujeres de 18 años o más

Las mujeres de 18 años o más, presentan mayor proporción de extranjeras y mayor porcentaje de residencia en la Región Metropolitana. Las menores de 18 años se concentran en el nivel A de FONASA. La mediana de pobreza multidimensional por comuna fue similar (tabla 1).

Según derivación para constituir causal, al realizar la comparación, las menores de 18 años provienen principalmente desde el primer y segundo nivel de atención, a diferencia de las mujeres de 18 años o más, que ingresan en mayor porcentaje por urgencia gineco-obstétrica (tabla 2).

La edad gestacional al constituir causal y a la interrupción de la gestación fue similar en ambos grupos (tabla 3).

Las mujeres de 18 años o más, en mayor porcentaje deciden interrumpir el embarazo. En ambos grupos existe un alto porcentaje que acepta el acompañamiento psicossocial (tabla 4).

Denuncia

En 200 mujeres, solo 36,5% había denunciado al ingresar para constituir causal, observándose una mayor frecuencia de denuncia en menores de 18 años (tabla 5).

Constitución de causal

En 355 mujeres, 92,7% logra constituir la causal, con mayor porcentaje en mujeres de 18 años o más.

En 26 mujeres en quienes no se constituyó, 6 eran menores de 14 y 8 eran adolescentes de 14 años o más y menores de 18 años (tabla 5). El principal motivo en adolescentes fue por exceder la edad gestacional.

Discusión

La violencia sexual es una realidad social y un problema de salud pública. En niñas y adolescentes es habitualmente intrafamiliar, reiterada, con develación y denuncia tardía²⁵. El embarazo por violación, constituye un período crítico para la mujer, situándola a decidir sobre la maternidad en un momento de gran vulnerabilidad, agravado por el estigma y la probabilidad de sufrir sanciones legales¹⁵. En Chile se suma el límite de tiempo establecido en la norma legal, acotado a 12 o 14 semanas según la edad de la mujer¹⁶.

Contrario a lo estimado durante el debate legislativo de la ley 21.030, en el total de la muestra sobresale el bajo número que tuvo acceso a las prestaciones vinculadas con la tercera causal¹⁸, pudiendo responder a obstáculos que aún no son completamente dilucidados. Según el informe del Monitoreo Social, las principales barreras serían: desconocimiento de la ley por la población, particularmente en las mujeres; capacitación insuficiente de los equipos; falta de protocolos y la objeción de conciencia²⁶. Hallazgos similares provienen de Argentina, destacando la solicitud de requisitos y/o estudios innecesarios para constituir las causales, la falta de consejería a menores de 15 años, en quienes no se considera la posibilidad de violencia sexual y el acceso tardío de las mujeres con embarazo por violación²⁷.

En todas las causales, observamos menor frecuencia de menores de 18 años. En causal 1, podría reflejar una subestimación o subregistro de patologías asociadas con el riesgo vital de la gestante. En causal 2, se

Tabla 5. Distribución de la variable realiza denuncia y constitución de causal por edad de la mujer y causal 3 de interrupción voluntaria del embarazo en Chile

Variables	Categorías	Total n (%)	Edad de la mujer (años)			
			< 14 n = 60 n (%)	14 a < 18 n = 66 n (%)	< 18 n = 126 n (%)	18 o más n = 229 n (%)
Realiza denuncia	No	127 (63,5)	19 (52,8)	10 (31,2)	29 (42,6)	98 (74,2)
	Si	73 (36,5)	17 (47,2)	22 (68,8)	39 (57,4)	34 (25,8)
	Total	200 (100)	36 (100)	32 (100)	68 (100)	132 (100)
Constituye causal	No	26 (7,3)	6 (10,0)	8 (12,1)	14 (11,1)	12 (5,2)
	Si	329 (92,7)	54 (90,0)	58 (87,9)	112 (88,9)	217 (94,8)
	Total	355 (100)	60 (100)	66 (100)	126 (100)	229 (100)

Fuente: Elaboración propia de información obtenida por Ley de Transparencia.

explicaría porque las malformaciones del embrión/feto se correlacionarían con una mayor edad cronológica de la mujer. Sin embargo, en causal 3, considerando las características e implicancias de la violencia sexual, era esperable un 66% de adolescentes²⁸.

Aun cuando las menores de 18 años con embarazo por violación son un grupo especialmente vulnerable, las menores de 14 reflejan con mayor crudeza esta vulnerabilidad social. Considerando que el Código Penal chileno tipifica como violación cualquier actividad sexual penetrativa en menores de 14 años, el embarazo en esta edad será consecuencia de violación²⁹. Por consiguiente, si durante el 2018-2020 hubo al menos 88 nacimientos en menores de 14³⁰, independiente de su decisión de continuar o interrumpir la gestación, debieron en su totalidad haber sido pesquisadas en APS y derivadas oportunamente para constituir causal. En nuestros resultados, de las 64 menores de 14, hubo 20 que decidieron continuar el embarazo, pudiendo haber tenido un parto, por lo tanto, habrían 68 que no llegaron a constituir causal, dando cuenta de la falta de acceso. Esto es compatible con los hallazgos de una investigación cualitativa, que evidencia en APS una insuficiente pesquisa y derivación de la violencia en general y del embarazo por violación en particular, fundamentalmente por exceder el límite de edad gestacional, por suponer una aceptación implícita de la maternidad o por asumir que el embarazo en menores de 14 fue con consentimiento sexual³¹.

Cabe señalar que la derivación para constituir cualquiera de las causales, aun cuando no se constituyan, permite la vinculación con un equipo de acompañamiento psicosocial especializado para las mujeres, vital para pesquisar sus necesidades, evaluar el apoyo y derivación a otras instituciones u organizaciones según corresponda.

Destaca la proporción de menores de 14 años que decide no interrumpir la gestación, pudiendo reflejar menor libertad para decidir. Esto podría responder a múltiples factores, como la presión social, cultural, familiar, el estigma al aborto y la violencia de género³². Como indica Skuster P, los requisitos impuestos por las leyes y políticas sobre la participación del padre y/o la madre en la decisión de las jóvenes, constituyen una importante barrera obligándolas a recurrir al aborto ilegal³³. Esta situación podría ocurrir en Chile, dado que la ley 21.030 consigna que, mediando la voluntad de la menor de 14, la interrupción deberá autorizarse por su representante legal o el tribunal de familia¹⁶. Adicionalmente, en este grupo constatamos una mayor edad gestacional al constituir la causal, que coincide con la develación tardía de la violencia y del estado de embarazo en adolescentes, cuestión preocupante dado el plazo legal impuesto para las semanas de gestación¹⁶.

La denuncia no es condición para constituir causal, pero podría actuar como elemento disuasivo para concurrir al sistema de salud. Considerando que en adolescentes la violencia sexual habitualmente es intrafamiliar, con develación tardía, no es infrecuente que un alto porcentaje no denuncie la agresión. Además, intervendrían otros factores, como la vergüenza, la culpa, el temor a ser juzgadas y la estigmatización que experimentan las víctimas^{15,32}. La desconfianza del relato por los equipos de salud y la banalización del contexto de la violación, contribuyen a sancionar y estigmatizar a quienes solicitan interrumpir el embarazo³⁴.

Las fortalezas de este estudio, radican en la descripción pionera de los datos nacionales vinculados con la interrupción del embarazo por violación desde la promulgación de la ley 21.030, permitiendo caracterizar sociodemográficamente a la población según edad. Como limitaciones, el diseño cuantitativo no permite dar cuenta cabal del grado de vulnerabilidad y obstáculos que deben enfrentar las gestantes en causal violación, especialmente adolescentes, para acceder al sistema de salud.

Conclusiones

Las víctimas de violencia, especialmente las menores de edad con embarazo por violación, requieren una atención competente, empática y de calidad, evitando generar temor, patologización y victimización secundaria. No obstante, aun cuando la ley 21.030 constituye un avance en los derechos sexuales y reproductivos, existirían barreras de acceso que no han sido completamente dimensionadas, particularmente en la causal 3. Por ello, junto con generar instancias para difundir el contenido de la ley, abordar los obstáculos y el estigma que el aborto conlleva, es apremiante sensibilizar sobre las implicancias de la violencia a la población en general y a los equipos de salud de manera transversal. La educación sexual, cívica y ética a nivel escolar, la formación y capacitación de profesionales, personal técnico y administrativo del ámbito salud, educación y justicia, así como campañas masivas a la comunidad, son estrategias a considerar.

Aun cuando la sociedad civil se ha esforzado por evidenciar y alertar sobre las dificultades en la aplicación de la ley 21.030, es perentorio que el Estado realice evaluación y seguimiento permanente de su implementación, garantizando el acceso a las prestaciones. Simultáneamente en su rol, junto con generar políticas para prevenir y pesquisar la violencia, debe implementar acciones reales de acompañamiento y reparación a las víctimas.

Responsabilidades Éticas

Protección de personas y animales: Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos: Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación correspondiente, quien de acuerdo a las características del estudio ha eximido el uso del Consentimiento Informado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento

Este trabajo deriva del Proyecto Fondecyt Regular N° 1200374: “Representaciones sociales de actores relevantes vinculadas con las principales barreras a las prestaciones garantizadas en la Ley 21.030, que despenaliza la interrupción del embarazo por tres causales en Chile”. Financiado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT), de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID).

Referencias

- World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256> Última visita 14/08/2021.
- Segovia M, Perez G. Violencia contra la mujer en la cuarentena: denuncias bajaron 9,6% y llamadas de auxilio aumentaron 43,8%. Disponible en: <https://www.ciperchile.cl/2021/03/09/violencia-contra-la-mujer-en-la-cuarentena-denuncias-bajaron-96-y-llamadas-de-auxilio-aumentaron-438/> Última visita 20/08/2021.
- Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio del Interior y Seguridad Pública. IV Encuesta de Violencia contra la Mujer en el Ámbito de Violencia Intrafamiliar y en otros Espacios (ENVIF-VCM) 2020. Disponible en: <http://cead.spd.gov.cl/estudios-y-encuestas/> Última visita 07/12/2021.
- Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Centro de Estudios y Análisis del Delito. Estadísticas delictuales: Denuncias por abusos sexuales y otros delitos sexuales. Disponible en: <http://cead.spd.gov.cl/estadisticas-delictuales/#descargarExcel> Última visita 04/12/2022.
- Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Centro de Estudios y Análisis del Delito. Estadísticas delictuales: Sexo y edad de víctimas y victimarios. Disponible en: <http://cead.spd.gov.cl/estadisticas-delictuales/#descargarExcel> Última visita 04/12/2022.
- Servicio Médico Legal, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de Chile. Anuario Estadístico Actividad Pericial Clínica Nivel País. Unidad de Estadísticas y Archivo Médico Legal 2017.
- World Health Organization. Abortion. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion> Última consulta 10/12/2021
- Ituarte M, López-Gómez A. Las adolescentes frente a la decisión de interrumpir un embarazo en un contexto de aborto legal. *Cad. Saúde Pública.* 2021;37(2):e00235219. DOI:10.1590/0102-311x00235219.
- Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. National Abortion Survey 2016. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2017;22(2):653-60.
- Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de México. Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Estadísticas Abril 2007-30 Septiembre 2021. Disponible en: <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/estadisticas-interrupcion-legal-embarazo-df/> Última Consulta 24/11/2021.
- Instituto Nacional de la Juventud, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Gobierno de Chile. 10a Encuesta Nacional de Juventudes 2022. Disponible en: https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/10ma_encuesta_nacional_de_juventudes_2022.pdf Consultado 04/12/2022.
- Guttmacher Institute. Embarazo no planeado y aborto a nivel mundial, Julio 2020. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-aww-es.pdf> Última consulta 08/12/2021.
- Faúndes A, Shah IH. Evidence supporting broader access to safe legal abortion. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015 Oct;131 Suppl 1:S56-9.
- Huneus A, Capella D, Cabieses B, et al. Induced Abortion According to Socioeconomic Status in Chile. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2020;33:415-20.
- Londoño M, Ortiz B, Gil A, et al. Embarazo por violación: la crisis múltiple. [Internet]. Fundación Servicios Integrales para la Mujer “SI-MUJER” / Fundación para la Educación en Salud y Derechos Reproductivos de la Mujer 2000 [citado: 2021] Universidad Nacional de Colombia Proyectos Temáticos Biblioteca Digital Feminista Ofelia Uribe de Acosta BDF Biopolítica y sexualidades.
- Ley N° 21.030: Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Disponible en: <http://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2017/09/23/41866/01/1276248.pdf> Última visita 07/08/2021
- Norma Técnica Nacional. Acompañamiento y Atención Integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Subsecretaría de Salud Pública. Norma Técnica aprobada mediante Resolución Exenta N°129 del 2 de febrero de 2018. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/NORMA-IVE-ACOMPANAMIENTO_02.pdf Última visita 07/08/2021
- Castillo C, Robledo P. Acompañamiento para mujeres en las 3 causales en el sistema público de salud. Ponencia del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Primer Informe Comisión de Hacienda. Primer Trámite Constitucional. 15/03/2016. Boletín N° 9.895-11.

- Disponible en: https://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=9895-11 Última visita 13/08/2021
19. Ley N° 18.826. Sustituye artículo 119 del Código Sanitario. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30202> Última visita 22/08/2021.
 20. Ministerio de Salud, Chile. Interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Disponible en: <https://deis.minsal.cl/#tableros> Recuperado el 18/05/2021.
 21. Alkire S, Foster J. Counting and multidimensional poverty measurement. *Journal of Public Economics*. 2011;95(7):476-87.
 22. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Chile, PNUD. Evolución de la Pobreza 1990-2017 ¿Cómo ha cambiado en Chile?. Documento de Trabajo 2020. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/pobreza/InformeMDSF_Gobcl_Pobreza.pdf Última visita 09/08/2021.
 23. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Chile. Ampliando la mirada sobre la pobreza y la desigualdad. Metodologías, diagnóstico y desafíos para Chile y sus territorios (2006-2015). Documento de Trabajo 2017. Disponible en: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pobreza> Última visita 09/08/2021.
 24. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Chile. Estimaciones de tasa de pobreza por ingresos y multidimensional por comuna. Disponible en: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pobreza-comunal-2017> Última visita 12/08/2021.
 25. González E, Montero A, Martínez V, et al. Características y consecuencias de las agresiones sexuales en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2012;77(6):413-22.
 26. Mesa acción por el Aborto en Chile, Fundación Alquimia. Informe de Monitoreo Social. Implementación de la ley de interrupción del embarazo en tres causales 2019. Disponible en: <http://oge.cl/wp-content/uploads/2019/06/Informe-Monitoreo-Social-Mesa-Aborto-Chile.pdf> Última consulta 28/11/2021.
 27. Romero M, Moisés S. El aborto en cifras. Serie de documentos REDAAS 2020. Disponible en: <https://www.redaas.org.ar/archivos-actividades/187-El%20aborto%20en%20cifras,%202020%20-%20MR%20y%20SM%20-%20REDAAS.pdf>. Consultado 24/11/2021.
 28. Huneeus A. Ponencia en Primer Informe Comisión de Salud. Segundo Trámite Constitucional. Proyecto de Ley que Regula la Despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo por tres causales. Boletín N° 9.895-11. 28/09/2016. Disponible en: https://www.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=9895-11 Última consulta 15/08/2021.
 29. Art. 361 y 362. Código Penal. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Chile. [Versión modificada 03/02/2021]. Disponible en: <http://bcn.cl/2f6m7>. Última consulta 10/08/2021.
 30. Nacimientos por año según edad de la mujer 1992-2021. Actualizado al 09/11/2021 [Información año 2020 en validación y 2021 en proceso de recolección de datos]. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de Chile. Disponible en: https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2Fe61eccc5-9a7c-427c-85fc-9054e4003520§ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false Última consulta 30/11/2021.
 31. Casas L, Vivaldi L, Montero A, et al. Primary Care and Abortion Legislation in Chile: A Failed Point of Entry. *Developing World Bioethics*. 2022;1-12. DOI: 10.1111/dewb.12377.
 32. Casas L, Álvarez J, Larrondo P, et al. Respuesta del Estado de Chile a casos de embarazo producto de la violencia sexual. En *Texto: Los efectos de la violencia sexual contra niñas y mujeres. Los casos de violación con resultado de embarazo y de la violencia sexual contra las mujeres migrantes en la ruta hacia Chile*. Casas L, Maira G (eds). Facultad de Derecho, Universidad Diego Portales 2018;13-107.
 33. Skuster P. Las mujeres jóvenes y el aborto: evitando barreras legislativas y políticas. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas 2013. Disponible en: [https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/07/YWALPBS13-MujeresJovenesyelAbortoEvitandoBarrerasLegislativasyPoliticas.pdf](https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/07/YWALPBS13-MujeresJovenesyelAbortoEvitandoBarrerasLegislativasyPoliticasyPoliticas.pdf) Consultado 25/11/2021.
 34. Montero A, Ramírez-Pereira M. Noción y Argumentos sobre la objeción de conciencia al aborto en Chile. *Revista Bioética y Derecho*. 2020;49:59-75.