

Téngase presente consideraciones de hecho y derecho para trámite de toma de razón

MAT: Antecedentes para el trámite de toma de razón Decreto Afecto N° 22 del Ministerio de Salud que modifica el Decreto Supremo N° 67 del año 2018, del Ministerio de Salud.

REF: Decreto Afecto N°22 de 30 de mayo de 2024, del Ministerio de Salud.

Señora:

Dorothy Pérez Gutiérrez

Contralora General de la República (S)

Presente.

Javiera Canales Aguilera, chilena, abogada, directora ejecutiva de Corporación Miles, cédula nacional de identidad N° 17.927.010-2, domiciliada para estos efectos en Ernesto Pinto Lagarrigue N° 183, comuna de Recoleta, Santiago de Chile, a la Señora Contralora General de la República, respetuosamente digo:

Que vengo en hacer presente un conjunto de consideraciones y argumentos sobre la legalidad y constitucionalidad del Decreto Afecto N° 22 que modifica el Decreto Supremo N° 67 de 2018, del Ministerio de Salud, que aprueba reglamento para ejercer objeción de conciencia según lo dispuesto en el artículo 119 Ter del Código Sanitario (en adelante, la “propuesta de reglamento”), cuya toma de razón fue solicitada con fecha 31 de mayo del presente año.

Que, para dicho fin, sustento nuestra legitimación activa para realizar esta presentación en el derecho a petición que asiste a toda persona para que proceda ante la autoridad sobre cualquier asunto de interés público o privado, sin otra limitación que la de

proceder en términos respetuosos y convenientes, garantizado por la Constitución Política de la República en su artículo 19 N° 14¹.

El presente escrito ha sido confeccionado en una alianza colaborativa entre Corporación Miles y el Centro de Derechos Reproductivos.

La **Corporación MILES Chile** es una organización no gubernamental de derecho privado sin fines de lucro. Su trabajo data del año 2010, fecha en que se organizó como movimiento ciudadano consolidándose como ONG en el año 2015. Define como propósito, defender y promover la autonomía sexual y justicia reproductiva de todas las mujeres y las niñas que habitan la región latinoamericana y el caribe. Sus acciones están orientadas a ampliar la capacidad de agencia de las mujeres frente al Estado. Promueve la exigibilidad de la autonomía sexual y justicia reproductiva como derechos humanos. Entregan acompañamiento legal y de salud sexual y reproductiva gratuito donde las necesidades de las mujeres (cis-trans) y sus contextos están al centro. Además, fiscalizan a las instituciones públicas en la implementación de políticas públicas y la definición de leyes relacionadas con la sexualidad y reproducción.

El **Centro de Derechos Reproductivos** es una organización global que promueve el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, desde el litigio, la incidencia y las comunicaciones. Desde su fundación en 1992, el litigio innovador, las políticas legales y el trabajo de defensa del Centro, combinados con su experiencia en derechos humanos, han transformado la manera en que los tribunales, los gobiernos y los organismos de derechos humanos comprenden los derechos reproductivos. A través de su trabajo en cinco continentes, han desempeñado un papel crucial en asegurar avances ante tribunales nacionales, comités de las Naciones Unidas y organismos regionales de derechos humanos para la garantía y protección de los derechos reproductivos, incluyendo acceso a cuidados obstétricos, anticonceptivo, salud materna y seguridad en servicios de aborto, así como también en la prevención de esterilizaciones forzadas y matrimonio infantil.

1. Consideraciones iniciales

En Chile, en septiembre del año 2017 fue publicada la Ley N°21.030, que modifica el Código Sanitario y regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales (en adelante también “Ley IVE”), esto es, 1) cuando la mujer o persona gestante se

¹ Constitución Política de la República, Artículo 19 N° 14: “Artículo 19.- La Constitución asegura a todas las personas: (...) 14°.- El derecho de presentar peticiones a la autoridad, sobre cualquier asunto de interés público o privado, sin otra limitación que la de proceder en términos respetuosos y convenientes”.

encuentra en riesgo vital; 2) cuando el embrión o feto padece una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente, de carácter letal; y, 3) cuando el embarazo es resultado de una violación.

Dicha normativa establece que, **cumpliendo ciertos requisitos y en circunstancias específicas**, el médico cirujano junto con el resto del equipo médico requerido para interrumpir el embarazo por algunas de las tres causales, en funciones al interior del pabellón quirúrgico, podrán abstenerse de practicar la prestación de salud, al manifestar su objeción de conciencia de manera escrita y previa al requerimiento². Debido a la complejidad que implica limitar a la población el acceso a una prestación de salud garantizada por ley, la norma establece una serie de obligaciones por parte del personal médico y las instituciones de salud y, a su vez, una serie de derechos de las pacientes que requieran la interrupción de su embarazo, para evitar que el ejercicio de la objeción de conciencia del personal médico altere el disfrute del derecho a la salud de las pacientes.

En este sentido, la Ley IVE requiere que, para complementar la regulación legal de la objeción de conciencia, el Ministerio de Salud dicte los protocolos necesarios para su correcta ejecución, la cual se debe realizar respetando los puntos que se tratarán a lo largo del presente escrito, al establecer la obligación de que, independiente al derecho personal e institucional de objeción de conciencia, se debe asegurar la atención médica de las pacientes que requieran la interrupción de su embarazo³. Para dicho fin, y para permitir su implementación, desde la promulgación de la Ley IVE se han publicado una serie de normas, reglamentos, decretos y documentos, de los cuales el específico que trata la regulación de la objeción de conciencia es el Decreto N° 67, que aprueba Reglamento para ejercer objeción de conciencia según lo dispuesto en el artículo 119 ter del Código Sanitario (en adelante, el “reglamento”).

Sin perjuicio de la aprobación de estos documentos, en estos siete años la Ley IVE no ha estado exenta de obstáculos en su implementación, lo que ha resultado en una falta de garantía real y efectiva del derecho a la salud de las mujeres, personas trans y no binarias que requieren acceder a la IVE. Entre estos obstáculos se destacan: 1) la alta tasa de objetores de conciencia en instituciones públicas y privadas de salud; 2) la obstaculización del personal de salud a brindar información sobre la constitución de las causales de la Ley IVE; y, 3) la sobre burocratización de acceso a la prestación de salud de pacientes, sobre todo de niñas y de aquellas que se encuentran en regiones más extremas del país, entre otros⁴. En la práctica,

² Código Sanitario, artículo 119 ter.

³ *Ibidem*.

⁴ Informe de Monitoreo Social: Acceso a la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, Mesa Acción por el aborto en Chile y Aprofa, julio 2023.

estos obstáculos han significado una discriminación *de facto* hacia las mujeres y personas con capacidad de gestar que requieren acceder a la IVE.

Muestra de aquello son los resultados de un reciente estudio sobre temáticas de Objeción de Conciencia publicado por Corporación Miles, que se llevó a cabo mediante una encuesta aplicada a 95 profesionales, médicos y no médicos, de la salud sexual y reproductiva de distintas instituciones de salud del país. Uno de los hallazgos más alarmantes del estudio es que, aproximadamente 1 de cada 3 profesionales no tiene un conocimiento preciso de la objeción de conciencia y sus alcances y limitaciones⁵, lo que por supuesto impacta a la hora de ejercer la objeción de conciencia y, en consecuencia, en el acceso de las personas a las prestaciones de la Ley IVE. El estudio en comento se acompaña en el otrosí respectivo.

A fin de mitigar estas deficiencias y garantizar su no repetición, se hace urgente la toma de razón y aprobación el Decreto Afecto N° 22 que modifica el Decreto Supremo N° 67 de 2018, que propone una serie de artículos que tienen el objetivo de asegurar la disponibilidad y accesibilidad del derecho a la salud reproductiva, reforzar el derecho a la información de pacientes que se encuentran en una extrema vulnerabilidad, y corregir las falencias que posee el actual reglamento, por los argumentos que respetuosamente venimos a exponer.

2. Vinculatoriedad del Derecho Internacional de los Derechos Humanos en el ordenamiento jurídico chileno y el control de convencionalidad

Según el principio de *pacta sunt servanda* consagrado en el artículo 26 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados (en adelante, "CVDT"), "*todo tratado en vigor obliga a las partes y debe ser cumplido por ellas de buena fe*", lo cual incluye las obligaciones internacionales contenidas en los tratados internacionales y las interpretaciones sobre sus alcances realizado por los cuerpos judiciales autorizados para tal fin⁶. Este es un principio básico del derecho internacional⁷. En ese sentido, el Estado chileno debe también, de buena fe, cumplir con las obligaciones en materia de derechos humanos asumidas en los tratados internacionales que

⁵ Sexto Sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile de Corporación Miles, año 2024.

⁶ Chile ratificó la CVDT el 7 de febrero de 1990.

⁷ En su informe final y en su conjunto de proyectos de artículos con comentarios sobre el proyecto de artículo 23 de la CVDT (posterior artículo 26), la Comisión de Derecho Internacional afirmó que representa "*el principio fundamental del derecho de los tratados*". Trato de los Nacionales Polacos y Otras Personas de Origen o Lengua Polaca en el Territorio de Danzig, Opinión Consultiva, PCIJ, Series A/B, No. 44 (1932), p. 24; Zonas Francas de la Alta Saboya y del País de Gex, Sentencia, PICJ, Serie A/B No. 46 (1932), p. 167. Ver también Gomes Lund y Otros ("*Guerrilha do Araguaia*") vs. Brasil, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia, Corte IDH. (ser. C) No. 129, Párr.177 (24 de noviembre 2010), [en adelante Gomes Lund y Otros vs. Brasil] ("*El Tribunal estima oportuno recordar que la obligación de cumplir con las obligaciones internacionales voluntariamente contraídas corresponde a un principio básico del derecho sobre la responsabilidad internacional de los Estados, respaldado por la jurisprudencia internacional y nacional, según el cual aquellos deben acatar sus obligaciones convencionales internacionales de buena fe (pacta sunt servanda)*").

hacen parte del *corpus juris* del Sistema Universal y del Sistema Interamericano de Derechos Humanos en que Chile hace parte.

Adicionalmente, según el artículo 27 de la CVDT **los Estados parte de un tratado internacional no pueden invocar las disposiciones de su derecho interno como justificación del incumplimiento de un tratado**. De hacerlo, el Estado chileno podría encontrarse en una situación de violación e incumplimiento de sus obligaciones internacionales⁸.

En el marco del Sistema Universal de Derechos Humanos, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (en adelante, "OACNUDH") determinó que las normas contenidas en los tratados internacionales que conforman el sistema universal de derechos humanos, así como las interpretaciones hechas por los diferentes Comités de Monitoreo de Tratados de las Naciones Unidas, son vinculantes para los Estados Parte⁹. Lo anterior, de conformidad con el artículo 2(3) del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Preámbulo, y el artículo 1 y 55(c) de la Carta de las Naciones Unidas, así como el artículo 2 del Código de Conducta de las Naciones Unidas para Encargados de Hacer Cumplir la Ley ("Código de Conducta")¹⁰.

En adición a esto, el Comité de Derechos Humanos (en adelante, "CCPR" por sus siglas en inglés), mediante su Observación General No. 33 sobre las obligaciones de los Estados Parte con arreglo al Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, estableció que los dictámenes emitidos por los Comités también deben ser vinculantes y cumplidos de buena fe, *"tanto cuando participen en el procedimiento previsto en el Protocolo Facultativo, como en relación con el propio Pacto"*¹¹.

Así, tanto las disposiciones legales contenidas en tratados internacionales, como las interpretaciones hechas por los diferentes Comités de Monitoreo de Tratados de las Naciones Unidas, **resultan vinculantes para Chile y deben servir como criterios orientadores para el análisis de la propuesta de reglamento en estudio**.

⁸ Ver Comisión de Derecho Internacional, Responsabilidad del Estado por Hechos Internacionalmente Ilícitos, Naciones Unidas AG/56/83, artículos 1-3, 12 (el artículo 12 proporciona que: *"[h]ay violación de una obligación internacional por un Estado cuando un hecho de ese Estado no está en conformidad con lo que de él exige esa obligación, sea cual fuere el origen o la naturaleza de esa obligación"*).

⁹ Alto comissário das nações unidas para os direitos humanos, normas internacionais de direitos humanos para a aplicação da lei (Publicação Das Nações Unidas, Série de Formação Profissional n.o 5/Add.1 1997).

¹⁰ Asamblea General de la ONU, Código de conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, Feb 5, 1980, A. G. Res. 34/169, art. 2.Doc. de la ONU A/RES/34/169.

¹¹ Comité de Derechos Humanos (CDH), Observación General no. 33, Obligaciones de los Estados partes con arreglo al Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, párr. 15, Doc. De la ONU CCPR/C/GC/33 (2009).

Finalmente, **los Estados, mediante sus funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, también deben reconocer y aplicar los estándares internacionales de derechos humanos en el ordenamiento jurídico interno**¹².

En cuanto al Sistema Interamericano de Derechos Humanos (en adelante, "SIDH"), en agosto de 1990, Chile ratificó la Convención Americana sobre Derechos Humanos (en adelante, "Convención Americana" o "CADH") y, en el mismo año, reconoció por tiempo indeterminado la competencia contenciosa de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, "Corte IDH") para hechos posteriores a esta declaración¹³. De esta manera, considerando que la Convención Americana establece las obligaciones que deben cumplir los Estados; se infiere que los Estados siguen y acatan los precedentes e interpretaciones hechas por la Corte IDH¹⁴.

El SIDH tiene como base legal la Convención Americana, demás tratados que conforman el Sistema Interamericano los cuales el Estado de Chile hace parte, la jurisprudencia, y las interpretaciones autoritativas que la Corte IDH ha hecho sobre el texto de esta.

Conforme a los artículos 1 y 2 de la CADH, los Estados que son parte tienen la obligación de *"respetar los derechos y libertades reconocidos en [la Convención Americana]"* y se *"comprometen a adoptar"* todas las medidas necesarias para *"hacer efectivos tales derechos y libertades"*¹⁵. A su vez, los Estados reconocen el rol institucional de la Corte IDH como intérprete auténtico, según lo establece el artículo 62(3), el cual dispone que *"[l]a Corte tiene competencia para conocer de cualquier caso relativo a la interpretación y aplicación de las disposiciones de esta Convención Americana"*.

Debido a que la CADH y la jurisprudencia de la Corte IDH establecen obligaciones que deben cumplir los Estados Parte, así como el carácter autoritativo de las interpretaciones de la Corte

¹² Asamblea General de la ONU, Código de conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, Feb 5, 1980, A. G. Res. 34/169, art. 2.Doc. de la ONU A/RES/34/169.

¹³ Decreto N° 873, del 5 enero de 1991.

¹⁴ Caso Bámaca Velásquez vs. Guatemala, Reparaciones y Costas, Sentencia, Corte IDH (ser. C) No. 91, Párr. 85 (22 de febrero de 2002); Caso Olmedo Bustos y otros vs. Chile, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia, Corte IDH. (ser. C) No. 73, Párr. 87 (5 de febrero de 2001). Ver también Gomes Lund y Otros vs. Brasil Gomes Lund y Otros (*"Guerrilha do Araguaia"*) vs. Brasil, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia, Corte IDH. (ser. C) No. 129 , (*"...Las obligaciones convencionales de los Estados Parte vinculan a todos sus poderes y órganos, los cuales deben garantizar el cumplimiento de las disposiciones convencionales y sus efectos propios (effet utile) en el plano de su derecho interno."*); La Corte ha referido al artículo 29 de la Convención de interpretar el principio de *"interpretación evolutiva"* de los tratados de derechos humanos, que es *"consistente con las reglas de interpretación generales"* contenidas en el Artículo 29(b). Por otra parte, el principio de la *"aplicación de la norma más favorable para la protección de los derechos humanos"* se ha desarrollado en relación con el artículo 29 (a). Ver Caso de Apatz Barbera y Otros vs. Venezuela, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH (ser. C) No. 182, Párr. 218 (5 de agosto de 2008).

¹⁵ Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículos 1 y 2. El artículo 2 de la Convención *"recoge una regla básica del derecho internacional, según la cual todo Estado Parte en un tratado tiene el deber jurídico de adoptar las medidas necesarias para cumplir con sus obligaciones conforme al tratado"*, Exigibilidad del Derecho de Rectificación o Respuesta (Arts. 14.1, 1.1 y 2 Convención Americana Sobre Derechos Humanos), Opinión Consultiva OC-7/86, Corte IDH. (ser. A) No. 7, Párr. 30 (29 de agosto de 1986).

IDH sobre dichas obligaciones, es lógico inferir que los Estados que son parte de la CADH deben acatar y seguir las interpretaciones de la Corte. Este principio fue claramente establecido en el caso “*Almonacid Arellano y otros vs. Chile*”, cuando la propia Corte IDH aclaró que las cortes nacionales deben “*tener en cuenta no solamente [la Convención], sino también la interpretación que [de la misma] ha hecho la Corte [IDH], intérprete última de la Convención Americana*”¹⁶. De esta manera, **la Corte IDH dispuso que cuando los tribunales y demás órganos nacionales (como ocurre en el caso de la Contraloría General de la República) ejercen el control interno de convencionalidad, estos deben considerar las normas de la Convención Americana y, además, se deben guiar por la interpretación que de estas normas ha ido formulando la Corte IDH.**

Por su parte, en el caso “*Heliodoro Portugal vs. Panamá*”, la Corte IDH profundizó sobre la obligación general de cada Estado Parte de adecuar su derecho interno a las disposiciones de la Convención Americana, a fin de garantizar los derechos en ella consagrados, generando así que las medidas de derecho interno de cada Estado sean efectivas (principio de *effet utile*)¹⁷. Para la Corte IDH, tal adecuación implica la adopción de dos tipos de medidas: i) **la supresión de las normas y prácticas** de cualquier naturaleza que entrañen violación a las garantías previstas en la Convención o que desconozcan los derechos allí reconocidos u obstaculicen su ejercicio, y ii) **la expedición de normas y el desarrollo de prácticas conducentes** a la efectiva observancia de dichas garantías¹⁸.

Por lo tanto, los órganos del Estado de Chile, incluyendo la Contraloría General de la República, deben ejercer el llamado “*Control de convencionalidad*”, el cual obliga a los Estados Parte de la Convención Americana a asegurar que los “*efectos de las disposiciones de [la Convención Americana] no se vean mermados por la aplicación de normas o interpretaciones contrarias a su objeto y fin*”¹⁹.

En dicha línea se ha pronunciado la propia Contraloría General de la República a través de sus dictámenes, al indicar que “*los tratados internacionales debidamente promulgados y publicados son instrumentos que de acuerdo con la Constitución Política integran el ordenamiento jurídico interno de la República*”²⁰. Como corolario de lo anterior, se ha agregado que “*atendido que el principio de legalidad contemplado en el inciso primero del artículo 6° de la Constitución Política y en el artículo*

¹⁶ Caso Almonacid Arellano y otros vs. Chile, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia, Corte IDH. (ser. C) No. 154, Párr. 124 (26 de septiembre de 2006).

¹⁷ Caso Heliodoro Portugal vs. Panamá, Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH (ser. C) No. 186, Párr. 179 (12 de agosto de 2008).

¹⁸ *Ibidem.*, Párr. 180.

¹⁹ Caso Gudiel Álvarez y otros vs. Guatemala (“*Diario Militar*”), Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH (ser. C) No. 253, Párr. 330 (20 noviembre de 2012).

²⁰ Contraloría General de la República. Dictamen No. 006823N18 de 9 de marzo de 2018.

2º de la ley N° 18.575, *Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado*, impone a los órganos del Estado el deber de someter su acción a la Constitución y a las normas dictadas conforme a ella, los tratados internacionales forman parte de la preceptiva que en el desempeño de sus funciones los entes públicos deben observar²¹. En consecuencia, y tal como lo ha manifestado la propia Contraloría, las obligaciones y derechos que emanan de los tratados internacionales de derechos humanos resultan vinculantes para los agentes del Estado que lo suscriben.

Teniendo en cuenta el contexto descrito en el apartado I, a continuación, se presentarán los estándares de los Sistemas Universal e Interamericano de Derechos Humanos que demuestran que la promulgación de la propuesta de reglamento IVE, mediante el procedimiento de toma de razón, es compatible con las obligaciones internacionales de derechos humanos asumidas por Chile, al garantizar la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud reproductiva para mujeres y niñas.

3. El derecho a la salud reproductiva

El artículo 5 inciso segundo de la Constitución Política de Chile reconoce la aplicabilidad directa de los instrumentos internacionales vigentes en materia de derechos humanos en el ordenamiento jurídico interno²². Al respecto, conviene precisar que Chile es parte del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)²³ desde 1972; del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)²⁴ desde 1972; de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (“CEDAW”, por sus siglas en inglés)²⁵ desde 1989; de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) desde 1990, reconociendo también la competencia contenciosa de la Corte IDH; Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo en 1994, y es parte de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará) desde 1996.

Así las cosas, a través de la ratificación soberana de estos instrumentos, como ya se ha señalado previamente, el Estado chileno está obligado a cumplir con lo establecido en las disposiciones

²¹ *Ibidem.*,

²² Constitución Política de la República de Chile, Artículo 5 inciso segundo: *“El ejercicio de la soberanía reconoce como limitación el respeto a los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana. Es deber de los órganos del Estado respetar y promover tales derechos, garantizados por esta Constitución, así como por los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes”*.

²³ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.

²⁴ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.

²⁵ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General en su resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979.

normativas contenidas en dichos tratados internacionales, así como con las interpretaciones y desarrollos que de las mismas realicen los órganos autorizados para determinar su sentido y alcance. Esta obligación irradia a todos los órganos del Estado, incluida la Contraloría General de la República, los que deben ejercer su actuar ajustando las normas internas a estos estándares, y aplicándolas.

Desde el punto de vista del Sistema Universal de Derechos Humanos, el derecho a la salud reproductiva ha tenido un amplio tratamiento. De hecho, el Comité de Derechos Humanos se ha pronunciado en sus Observaciones Finales acerca del cumplimiento de los Estados Parte del PIDCP, manifestando su preocupación por la existencia de obstáculos prácticos para un acceso efectivo al aborto y **“los altos niveles de objeción de conciencia individual y de la así llamada ‘objeción de conciencia institucional’ que podrían estar impidiendo la realización del derecho a un aborto seguro y legal”**²⁶. Así, recientemente ha instado al Estado de Chile para que, entre otras cosas, revise los efectos del marco normativo interno para evitar que las mujeres recurran a abortos clandestinos que pongan en riesgo su vida y salud, **y garantice en la práctica que la objeción de conciencia no resulte una barrera a una interrupción voluntaria del embarazo segura, legal y efectiva**²⁷.

Por otro lado, el artículo 7 del PIDCP establece que *“nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”*²⁸. Al respecto, en el *“Caso L.M.R. vs. Argentina”*, en el que se negó el acceso al aborto y, con ello, se causó a la víctima un grave sufrimiento físico y mental, el Comité de Derechos Humanos determinó que hubo una violación al derecho de L.M.R. a no ser sometida a tortura o trato cruel, inhumano o degradante²⁹. En ese sentido, los obstáculos generados en Chile para la implementación efectiva de la Ley IVE, podrían estar derivando en casos de tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Por su parte, la CEDAW establece en su artículo 1 que la discriminación contra la mujer es:

“Toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y

²⁶ Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos sobre Chile, Doc. de la ONU CCPR/C/CHL/CO/7, 2024, párr. 21.

²⁷ *Ibidem.*, párr. 22.

²⁸ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966, art. 7.

²⁹ Comité de Derechos Humanos, L.M.R. vs. Argentina, Com. N° 1608/2007, Doc. de la ONU CCPR/C/101/D/1608/2007, 2011.

*las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera*³⁰.

Adicionalmente, en el artículo 16.1.f., la CEDAW consagra la obligación de los Estados Parte de adoptar todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer y, en particular, asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres *“los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”*³¹.

El Comité CEDAW, que supervisa que los Estados cumplan con dicha Convención, reconoció en el *“Caso L.C. vs Perú”*, entre otras cosas que: (i) limitar el aborto, en casos de violencia sexual, refuerza el estereotipo de género según el cual *“la protección del feto debe prevalecer sobre la salud de la madre”* y se entiende que *“el ejercicio de la capacidad reproductora de las mujeres como un deber en vez de un derecho”*; (ii) la obligación de los Estados de garantizar el acceso a la salud de las mujeres sin ningún tipo de discriminación con la finalidad de asegurar el acceso en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres; y (iii) la obligación de protección reforzada que recae sobre las niñas, adolescentes y mujeres mayores víctimas de violencia sexual³².

Por tanto, cualquier acto que impida el acceso al derecho al aborto constituye también un acto de discriminación hacia las mujeres.

En ese sentido, el Comité de la CEDAW ha indicado, en el marco de su *Observación General N° 24 sobre la mujer y la salud*, que, conforme al artículo 12 de la Convención, los Estados tienen el deber de eliminar la discriminación contra la mujer en lo que se refiere a su acceso a los servicios de atención médica durante todo su ciclo vital, en específico con relación a la planificación familiar, el embarazo, el parto y el período posterior a este³³. En tal sentido, el Comité fue determinante al manifestar que *“la negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria”*³⁴. Así pues, agregó, *“si los encargados de prestar servicios de salud se niegan a prestar esa clase de servicios por razones de conciencia, deberán adoptarse medidas para que remitan a la mujer a otras entidades que prestan esos servicios”*³⁵.

³⁰ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General en su resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979, artículo 1.

³¹ *Ibidem.*, artículo 16, núm. 1., lit. f).

³² Comité CEDAW. L.C. vs. Perú, Comunicación No. 22/2009, CEDAW/C/50/D/22/2009, 2011, párr. 7.7.

³³ Comité CEDAW, Observación General N° 24 sobre la mujer y la salud, 1999, párr. 2.

³⁴ *Ibidem.*, párr. 11.

³⁵ *Ibidem.*,

En línea con lo anterior, y con el propósito de garantizar a las mujeres los servicios de salud, como el establecido en la ley IVE, el Comité de la CEDAW ha señalado que los Estados deben velar por su ejercicio, y con ello, abstenerse de poner trabas y restricciones a las medidas tendientes a lograr tales objetivos³⁶. Como corolario de lo previamente señalado, la Convención les *“impone a los Estados Partes la obligación de adoptar medidas de carácter legislativo, judicial, administrativo, presupuestario, económico y de otra índole (...) para que la mujer pueda disfrutar de sus derechos a la atención médica”*³⁷. Adicionalmente, el Comité ha recomendado a los Estados **“garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso de la mujer a los servicios, la educación y la información sobre salud, inclusive en la esfera de la salud sexual y genésica”**³⁸.

Además, en su Observación General N° 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, el Comité de la CEDAW estableció que **la denegación o postergación del aborto sin riesgo constituye una forma de violencia de género** que, bajo ciertas circunstancias, puede constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante³⁹. Así, recomendó a los Estados derogar las leyes que afecten a las mujeres de manera desproporcionada⁴⁰.

Por otro lado, el PIDESC consagra en su artículo 12 que: *“los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*. **El derecho a la salud sexual y reproductiva es una parte integrante de este derecho**. Así lo sostuvo el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) en su Observación general No. 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, en la cual indicó, siguiendo lo establecido por su Observación general No. 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, que **una atención integral de la salud sexual y reproductiva abarca cuatro elementos interrelacionados: (i) disponibilidad; (ii) accesibilidad; (iii) aceptabilidad; y, (iv) calidad**. Para efectos del presente escrito, nos centraremos en los dos primeros elementos.

En cuanto a la disponibilidad del derecho a la salud sexual y reproductiva, el Comité DESC ha indicado que los Estados deben disponer de *“un número adecuado de establecimientos, servicios, bienes y programas en funcionamiento de atención de la salud para proporcionar a la población el conjunto más completo posible de servicios de salud sexual y reproductiva”*⁴¹. Lo anterior implica

³⁶ *Ibidem.*, párr. 13-14.

³⁷ *Ibidem.*, párr. 17.

³⁸ *Ibidem.*, párr. 31 letra b.

³⁹ Comité CEDAW, Observación General N° 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, CEDAW/C/GC/35, 2017, párr. 18.

⁴⁰ *Ibidem.*, párr. 29.c.i.

⁴¹ Comité DESC, Observación General No. 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, E/C.12/GC/22 (2016), Párr. 12.

que, en cumplimiento del elemento de disponibilidad, **se debe “velar por que haya personal médico y profesional capacitado y proveedores calificados que estén formados para prestar todos los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva”**⁴². En línea con ello, el Comité ha manifestado:

*“La no disponibilidad de bienes y servicios debido a políticas o prácticas basadas en la ideología, como la objeción a prestar servicios por motivos de conciencia, no debe ser un obstáculo para el acceso a los servicios. Se debe disponer en todo momento de un número suficiente de proveedores de servicios de atención de la salud dispuestos a prestar esos servicios y capaces de hacerlo en establecimientos públicos y privados a una distancia geográfica razonable”*⁴³.

Con relación a la accesibilidad de la salud sexual y reproductiva, el Comité DESC ha sido enfático en señalar que *“los establecimientos, los bienes, la información y los servicios de salud [...] sexual y reproductiva deben ser accesibles a todas las personas y grupos sin discriminación ni obstáculos”*⁴⁴. Así, siguiendo su Observación general No. 14, el Comité ha señalado que la accesibilidad incluye aquella de carácter física, la asequibilidad y la accesibilidad de la información⁴⁵.

Como consecuencia de lo anterior, los Estados tienen una serie de obligaciones, entre las que se encuentra la obligación de dar cumplimiento. Para ello, el Comité DESC ha señalado que se *“requiere que los Estados adopten las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, promocionales y de otro tipo apropiadas para dar plena efectividad al derecho a la salud sexual y reproductiva”*⁴⁶. Ello, de acuerdo con el Comité, implica que *“los Estados deben garantizar la atención de la salud física y mental a las víctimas de la violencia sexual y doméstica en todas las situaciones, en particular (...) la atención para el aborto sin riesgo”*⁴⁷.

Bajo este marco, resulta necesario hacer referencia a los estándares desarrollados por el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. De esta forma, en 2017, la CIDH manifestó que: *“negar el acceso de mujeres y niñas a servicios de aborto legal y seguro o de atención postaborto, puede causar un prolongado y excesivo sufrimiento físico y psicológico a muchas mujeres especialmente cuando se trata de casos de riesgo a la salud, inviabilidad del feto o en embarazos resultantes de incesto o violación. Sin efectivo disfrute de sus derechos sexuales y*

⁴² *Ibidem.*, Párr. 13.

⁴³ *Ibidem.*, Párr. 14.

⁴⁴ *Ibidem.*, Párr. 15.

⁴⁵ *Ibidem.*,

⁴⁶ *Ibidem.*, Párr. 45.

⁴⁷ *Ibidem.*,

reproductivos, las mujeres no pueden ver realizado su derecho a vivir libres de violencia y de discriminación⁴⁸.

Los órganos del Sistema Interamericano también han establecido la importancia de que los Estados garanticen los derechos sexuales y reproductivos, y han reconocido la relación entre su disfrute con el de otros derechos como la vida, la integridad personal, la salud, la dignidad, la no discriminación, el acceso a la información y a la educación⁴⁹.

En tal contexto, la Corte IDH siguiendo los estándares desarrollados por el Comité DESC, ha señalado que ***“la obligación general de protección a la salud se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población”***⁵⁰. De esta manera, ha indicado que el derecho a la salud, que incluye a la salud sexual y reproductiva, abarca una atención oportuna y apropiada, teniendo especial cuidado a grupos vulnerables y de acuerdo a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad⁵¹. Asimismo, los Estados tienen el deber de brindar una atención médica necesaria sin discriminación para las mujeres que lo requieran⁵² y, como consecuencia de ello, no son permitidos tratados discriminatorios por motivos del sexo⁵³. En tal sentido, se ha señalado que:

*“El principio de derecho imperativo de protección igualitaria y efectiva de la ley y no discriminación determina que los Estados deben abstenerse de producir regulaciones discriminatorias o que tengan efectos discriminatorios en los diferentes grupos de una población al momento de ejercer sus derechos. En este sentido, si una norma o práctica aparentemente neutra, tiene repercusiones particularmente negativas en una persona o grupo con unas características determinadas debe ser considerado como discriminación indirecta”*⁵⁴.

⁴⁸ CIDH, Comunicado de Prensa 164/17. *“CIDH exhorta a todos los Estados a adoptar medidas integrales e inmediatas para respetar y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres”*. 23 de octubre de 2017. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2017/165.asp>.

⁴⁹ Corte IDH. Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. Serie C No. 257. Párr. 246; Corte IDH. Caso I.V. Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C No. 329; CIDH, Informe No. 52/14, Petición 112-09, Admisibilidad, F.S., Chile, 21 de Julio de 2014, párrs. 40 – 46; Informe No. 66/00, Caso 12.191, Admisibilidad, María Mamérita Mestanza Chávez, Perú, 3 de octubre de 2000, párrs. 21 y 23; OEA, Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos, OEA/Ser.LV/III; Comunicado de Prensa 164/17. *“CIDH exhorta a todos los Estados a adoptar medidas integrales e inmediatas para respetar y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres”*. 23 de octubre de 2017. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2017/165.asp>.

⁵⁰ Corte IDH. Caso Manuela y otros Vs. El Salvador. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021. Serie C No. 441. Párr. 185.

⁵¹ *Ibidem.*, Párr. 185 y 192.

⁵² *Ibidem.*, Párr. 194.

⁵³ *Ibidem.*, Párr. 248.

⁵⁴ *Ibidem.*, Párr. 251.

De esta manera, la Corte IDH ha sido enfática en señalar que *“la libertad y autonomía de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva ha sido históricamente limitada, restringida o anulada con base en estereotipos de género negativos y perjudiciales”*⁵⁵. Por ello, se ha indicado que las mujeres tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en los servicios de salud reproductiva sin ser objeto de discriminación o violencia⁵⁶.

En consecuencia, no es suficiente que los Estados simplemente eviten infringir los derechos; es esencial que tomen medidas positivas, adaptadas a las necesidades específicas de protección de las personas, ya sea por sus circunstancias personales o por su situación particular⁵⁷. Así, la Corte resalta que este deber estatal es especialmente importante cuando se trata de violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres⁵⁸.

Respecto a pronunciamientos que han realizado nuestros tribunales superiores de justicia en la materia, resulta relevante recalcar que en casos donde se encuentran en colisión el derecho a la vida con el derecho a la libertad de religión y/o culto, previstas en el artículo 19 N° 1 y 6, respectivamente, de la Constitución Política de la República, se ha fallado que *“(…) la primera garantía constitucional, por medio de la cual se asegura la vida y la integridad física y psíquica de las personas, es prácticamente de carácter absoluto (…)* **Claramente el derecho previsto en el numeral 6° del artículo 19 de la Constitución Política de la República, cede en beneficio del derecho a la vida**⁵⁹.

Finalmente, debe considerarse lo dispuesto en el artículo 19 N° 26 de la Constitución Política que señala, sobre los derechos contenidos en la Constitución, **que aquellas disposiciones legales que los regulen o complementen, o que incluso los limiten** *“no podrán afectar los derechos en su esencia ni imponer condiciones, tributos o requisitos que impidan su libre ejercicio”*⁶⁰. En este sentido, podemos afirmar que al Estado le corresponde no sólo el deber de garantizar aquellos derechos esenciales consagrados en la Constitución, sino que también **asegurar que aquellas normas que les son complementarias no desfiguren el contenido esencial de los mismos**.

Nuestro Tribunal Constitucional se ha referido al contenido esencial de los derechos consagrados en el artículo 19 de nuestra Constitución, señalando que existen dos caminos para poder determinarlo:

⁵⁵ *Ibidem.*, Párr. 252.

⁵⁶ *Ibidem.*, Párr. 252.

⁵⁷ *Ibidem.*, Párr. 257.

⁵⁸ *Ibidem.*

⁵⁹ Sentencia CA de Santiago. 4 de diciembre de 2023. Rol 16120-2023

⁶⁰ *Ibidem.*, Artículo 19 N° 26.

“i) *Naturaleza jurídica: modo de concebir o configurar cada derecho. El contenido esencial de un derecho subjetivo lo constituyen aquellas facultades o posibilidades de actuación necesarias para que el derecho sea reconocible como pertinente al tipo descrito y sin las cuales deja de pertenecer a ese tipo y tiene que pasar a quedar comprendido en otro, desnaturalizándose.*

ii) *Intereses jurídicamente protegidos: el núcleo y medida de los derechos esenciales los constituye aquella parte del contenido del derecho que **es absolutamente necesaria para que los intereses jurídicamente protegibles, que dan vida al derecho, resulten real, concreta y efectivamente protegidos.** Se desconoce el contenido cuando el derecho queda sometido a limitaciones que lo hacen impracticable, lo dificultan más allá de lo razonable o lo despojan de la necesaria protección. Estos intereses son los valores o bienes”⁶¹.*

Aplicando lo anterior al **derecho a la protección de la salud, podemos afirmar, en primer lugar que se trata de uno de los “derechos esenciales” a los que hace referencia el artículo 19 N°26, en tanto lo encontramos** consagrado en el ya citado artículo 19 N°9 de nuestra Constitución. Una interpretación conforme al DIDH, implica sostener que dentro de este derecho se incluye el derecho a la salud sexual y reproductiva (IVE) por lo que se ha expuesto en el presente apartado.

En este contexto, y ateniéndonos al segundo criterio señalado por nuestro Tribunal Constitucional y los estándares internacionales arriba descritos, podemos afirmar que la **disponibilidad** de personal médico que esté dispuesto a realizar un determinado tratamiento y/o prestación constituye un contenido esencial del derecho fundamental de la protección a la salud. En efecto, para asegurar una protección **real y concreta** a este derecho, es primordial que en la práctica se pueda acceder a éste de forma oportuna.

4. La propuesta de Reglamento busca garantizar la disponibilidad de la IVE como parte del contenido esencial del derecho a la salud reproductiva

Desde la promulgación de la Ley IVE y bajo la vigencia del actual reglamento que la propuesta sometida al trámite de toma de razón busca reemplazar, nuestro país presenta elevados índices de profesionales de la salud objetores y objetoras de conciencia, que se han mantenido relativamente estables a lo largo de los años.

Según datos recabados por Corporación Humanas, al revisar la proporción de objetores/as de conciencia en hospitales públicos, según cargo y causal para el año 2023, un 45.8% de los/as

⁶¹ Sentencia del Tribunal Constitucional 2693 con fecha 13 de octubre de 2015.

médicos/as obstétricas son objetores/as de conciencia para la causal violación, cifra similar al 47,2% del año 2018 para el mismo grupo y causal, cifra que además dobla la proporción de obstétricas que objetan para la causal de inviabilidad fetal (22.7%)⁶².

El dato anterior cobra especial relevancia al considerar que, conforme con lo dispuesto en nuestro ordenamiento jurídico, cualquier embarazo en niñas menores de 14 años es el producto de una violación, y que en definitiva, las altas tasas de objeción de conciencia en esta causal redundan en la práctica ya sea en la negativa o dilación del acceso de las niñas a las prestaciones de la Ley IVE, lo que es particularmente grave considerando los acotados plazos dispuestos por la Ley para la aplicación de esta causal. En relación con lo anterior, **preocupa especialmente que entre los años 2020 y 2023, 892 niñas menores de 14 años egresaron de hospitales siendo madres** mientras que en el mismo período solo 112 constituyeron causal de aborto y solo 79 interrumpieron el embarazo.⁶³

Por otra parte, preocupa especialmente la distribución y concentración territorial de profesionales y técnicos objetores de conciencia, toda vez que esto impacta en el desigual acceso de las usuarias a las prestaciones de salud y, en definitiva, redundando en una discriminación hacia las mujeres que habitan determinados territorios, haciendo crítico que se dote de herramientas concretas a los establecimientos de salud para procurar una disponibilidad de personal idóneo y suficiente para dar cobertura a las necesidades del territorio, como las que proporciona la propuesta de reglamento.

Evidencia de esta desigual distribución de objetores y de la consiguiente indisponibilidad de los servicios de salud, es que en cinco hospitales de la red pública de salud el 100% de los/as obstétricas se declara objetor/a de conciencia en casos de embarazos producto de violación⁶⁴, todos asentados en ciudades que cuentan con un solo hospital. Es decir, en cinco ciudades de nuestro país, quienes son víctimas de violación y producto de ello resultan embarazadas, deben trasladarse hasta otra ciudad para acceder a un hospital que si entregue el servicio que el más cercano a su domicilio no presta producto de la indisponibilidad de profesionales.

En este mismo sentido, la indisponibilidad del servicio debido a las altas tasas de objeción de conciencia es particularmente discriminatoria en el caso de las mujeres y niñas que viven en

⁶² Corporación Humanas. “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”. Diciembre 2023. p. 22-23.

⁶³ Departamento de estadísticas e información en salud, 19 diciembre 2023. *Estadísticas de egresos hospitalarios a nivel país, según diagnóstico principal de hospitalización, sexo, grupo etario y previsión*. Recuperado 10 de enero de 2023. Disponible en: https://informesdeis.minsal.cl/SASVisualAnalytics/?reportUri=%2Freports%2Freports%2F23138671-c0be-479a-8e9d-52850e584251&ionIndex=0&sso_guest=true&reportViewOnly=true&reportContextBar=false&sas-welcome=false

⁶⁴ *Ibidem.*, p. 15.

la ruralidad pues las regiones con la mayor cifra de funcionarios objetores⁶⁵, de O'Higgins y el Maule, tienen altas tasas de personas en dicha situación. Según datos de la Oficina de Estudios y Políticas Agrarias (ODEPA) "de las 33 comunas de la región de O'Higgins, 16 se clasifican como predominantemente rurales, 13 mixtas y solamente 4 predominantemente urbanas. Las comunas rurales y mixtas abarcan en conjunto al 65% del territorio regional y albergan al 53% de la población⁶⁶", mientras que en la región del Maule, de las 30 comunas que la componen "20 se clasifican como predominantemente rurales, 7 mixtas y solamente 3 predominantemente urbanas (Talca, Curicó y Linares) Las comunas rurales y mixtas abarcan en conjunto al 90% del territorio regional y albergan al 55,7% de la población⁶⁷".

En este contexto, el Reglamento en cuestión busca garantizar la **disponibilidad real y efectiva** del derecho a la IVE sin discriminación y, con ello, abordar los obstáculos que se han generado como consecuencia del uso excesivo de la objeción de conciencia para su acceso.

Esta intención se refleja de forma clara y contundente en el artículo 1 del Reglamento: "El presente Reglamento tiene por objetivo **regular** el ejercicio de la objeción de conciencia, **para asegurar la atención médica de las pacientes que requieran la interrupción voluntaria de su embarazo**, de conformidad con el artículo 119 ter del Código Sanitario, en relación con sus artículos 119 y 119 bis".

Con este objetivo en mente se agregan una serie de nuevas disposiciones al Reglamento. El nuevo artículo 23 establece: "Los establecimientos de salud, públicos y privados, estarán obligados a **asegurar la atención médica oportuna de el o la paciente que se encuentre en alguna de las tres causales de interrupción voluntaria del embarazo** previstas en el artículo 119 del Código Sanitario. Para ello, los establecimientos adoptarán todas las medidas necesarias para que el ejercicio de la objeción de conciencia no afecte de modo alguno el acceso, la calidad y la oportunidad de la prestación médica de interrupción del embarazo. Para asegurar **la continuidad y la oportunidad de la atención**, el Ministerio de Salud deberá dictar un protocolo de reasignación y derivación que contenga, al menos, plazos máximos para la reasignación y derivación para **asegurar la atención oportuna de los y las pacientes**".

Y en el artículo 24 se señala: "Los establecimientos públicos de salud deberán contar con personal idóneo, suficiente y **disponible** para asegurar la atención médica de los y las pacientes que requieran la interrupción de su embarazo y ejecutar la prestación. Para tales efectos, el establecimiento de salud podrá considerar como **un factor positivo** en la contratación de personal, el hecho de no ser objetor de conciencia, a fin de evaluar su idoneidad para el cargo".

⁶⁵ *Ibidem*, pp. 22-23.

⁶⁶ ODEPA. Ficha de la Región del Libertador Bernardo O'Higgins. Datos del CENSO 2017. pp. 2.

⁶⁷ *Ibidem*., Ficha de la Región del Maule. Datos del CENSO 2017. pp. 2.

Así las cosas, la propuesta de Reglamento busca asegurar la disponibilidad de la IVE en todo momento y en todo establecimiento de salud, por lo que está lejos de ser una discriminación arbitraria a los profesionales objetores de conciencia, sino que por el contrario, el objetivo es netamente que haya acceso efectivo a una prestación de salud que constituye una expresión de un derecho fundamental en concordancia con nuestra Constitución, tratados internacionales, normativa complementaria y la contingencia nacional.

5. El derecho de acceso a la información

La información que se brinda a las usuarias y en general, la información disponible en relación con el personal de salud que trabaja en IVE es crítica para efectos de adoptar las decisiones adecuadas que permitan asegurar la disponibilidad del servicio de salud. Sin embargo, y pese a que como se detalla más adelante, el actual reglamento ya contiene disposiciones que apuntan a disponibilizar la información necesaria, persisten problemas relevantes en esta materia.

Un caso ilustrativo de esta situación ocurrió en el año 2022 a la usuaria de una clínica de Antofagasta, que vivió la postergación de una interrupción programada (por causa de inviabilidad fetal), sin recibir explicación alguna respecto de los motivos para ello, siendo posteriormente informada de que ésta se debía a la indisponibilidad del servicio porque el matrn de turno era objetor de conciencia. El profesional no solo no informó esta circunstancia a la mujer privándola de tomar decisiones informadas respecto de su salud, sino que además dilató innecesariamente el procedimiento al no adoptar medidas para su derivación. Estas, sumadas a otras irregularidades, motivaron el fallo de la Superintendencia de Salud en contra de la clínica.⁶⁸

Así, en cuanto al derecho a la salud reproductiva en nuestro país, es esencial el rol que cumple la Ley 20.584 de derechos y deberes del paciente en cuanto encausa el acceso a servicios de salud (de toda índole) en Chile, el cual debe carecer de discriminación y ser oportuno, resguardando de esta forma el derecho fundamental a la protección de la salud consagrado en nuestra Constitución, en su artículo 19 N°9.

Dicho así las cosas, la mencionada Ley señala, en su artículo 10, que ***“Toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante, acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar (...).”*** En este

⁶⁸ El Mostrador, *Superintendencia de Salud falló a favor de usuaria: clínica efectuó mal procedimiento de aborto*, 10 de agosto de 2023, recuperado el 12 de agosto de 2024 desde <https://www.elmostrador.cl/braga/2023/08/10/superintendencia-de-salud-fallo-a-favor-de-usuaria-clinica-efectuo-mal-procedimiento-de-aborto/>

mismo sentido, en su artículo 14 establece: *“Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, con las limitaciones establecidas en el artículo 16. Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible, según lo establecido en el artículo 10”*. En su conjunto, estas disposiciones expresan la forma en la cual debe desempeñarse el derecho a la información en materia de prestaciones de salud (contenido en el artículo 8 de la misma Ley).

En esta misma línea, entrando en materia de jurisprudencia nacional, nuestra Excm. Corte Suprema se ha pronunciado sobre este derecho. En sentencia Rol N°123647-2022, con fecha 25 de julio de 2023, expresó que éste implica una entrega de información completa, ya que *“apunta a conocer por parte del paciente, su estado de salud, diagnóstico, alternativas de tratamiento, riesgos, pronóstico y proceso previsible del postoperatorio, debiendo ser expuesto de manera tal que, sea comprensible para su interlocutor”*⁶⁹.

En materia de salud reproductiva, la Ley IVE reitera este derecho de información enfocándose en materia de interrupción voluntaria del embarazo, señalando en su artículo 1: *“El prestador de salud deberá proporcionar a la mujer información veraz sobre las características de la prestación médica, según lo establecido en los artículos 8 y 10 de la ley N° 20.584”*⁷⁰.

Este enfoque del derecho a la información en materia de prestaciones de salud también ha sido recogida por nuestro tribunal supremo, el cual ha reconocido el carácter esencial de la información entregada en relación con la planificación familiar en establecimientos de salud y, por ende, la gravedad de su omisión, por cuanto podría derivar en embarazos no deseados o no planificados, de esta forma se pronuncia en sentencia Rol N° 44.150-2020, con fecha 27 de septiembre de 2021:

“En materia reproductiva y de planificación familiar, el derecho y deber de información posee una intensidad superior a la que presenta y es exigible en otras prestaciones médicas” (...) “[E]l deber de información en materia reproductiva importa poner en conocimiento del paciente todas las posibilidades prestacionales a su disposición, indicando la efectividad y riesgo de cada método.⁷¹”

En esta misma línea, y con fines de ilustrar la gravedad de esta omisión, en sentencia Rol N° 132.045-2020, con fecha 14 de noviembre de 2022, nuestro tribunal supremo estableció que

⁶⁹ Sentencia Rol N° 123647-2022 de la CS.

⁷⁰ Ley 21.030, Art 1.

⁷¹ Sentencia Rol N° 44.150-2020 de la CS.

la abstención de información en materia reproductiva constituye una falta de servicio por parte de la administración lo cual conlleva un daño indemnizable:

“Que la presente contienda se refiere a la falta de servicio por no haber realizado la intervención quirúrgica que, dadas las pruebas aportadas, hacen presumible que era aquella que la demandante señala como informada, diversa a la efectivamente realizada (...) Existiendo, así, una incoherencia total entre la operación realizada, la operación que se señala en el protocolo y el equívoco consentimiento informado, no es posible sino señalar que el Estado ha faltado gravemente al deber que le asiste en entregar un servicio efectivo y que, por lo demás, representa una preocupación del Estado Chile plasmado en la “Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en contra de la Mujer”, cuyo artículo 12 señala: “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”. Una intervención llevada adelante prescindiendo de la especial situación de la mujer solicitante, en cuyo procedimiento existe una completa e inexcusable contradicción entre los distintos documentos que obran en el proceso, y la que la sentencia de primera instancia no percibe, y que derivó a un nuevo embarazo, implica incumplir el objetivo buscado, y constituye, a todas luces, falta de servicio del Estado”⁷².

La jurisprudencia anteriormente citada permite demostrar la relevancia que nuestra legislación otorga a la entrega de información íntegra al momento de ofrecer una prestación de salud, que es además elevada al tratarse de prestaciones relativas a la salud reproductiva.

Tanto el actual reglamento, como la propuesta que está conociendo la Contraloría General de la República, establecen en su primer considerando: *“Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de **promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del paciente; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones.**”* El verbo rector de promoción utilizado en el considerando de los reglamentos, que contienen el espíritu general de la norma, infiere que **uno de los derechos que asegura es el de acceso a la información por parte de las usuarias de las prestaciones de salud.**

En este sentido, **el actual reglamento, en su artículo 23, establece una manifestación expresa del derecho a la información de la paciente de conocer la calidad de objeto, tanto del médico**

⁷² Sentencia Rol N° 132045-2020 de la CS.

cirujano como de cualquier integrante del equipo de salud que haya sido requerido para participar en la interrupción, convirtiendo esta acción en una obligatoria y sancionable a su inobservancia⁷³.

La actual propuesta de reglamento no innova respecto del derecho a la información que poseen las pacientes sobre la calidad de objetor de conciencia del personal médico, puesto que este derecho ya se encuentra actualmente en la legislación, sino que viene sólo a reafirmar su contenido y a facilitar la aplicación de las obligaciones ya asignadas a los establecimientos de salud y profesionales en la materia.

En este sentido, el artículo 2 de la actual propuesta de reglamento establece que *“Con el objetivo de **informar adecuadamente a la población**, todos los establecimientos de salud, públicos o privados, que ofrezcan servicios de atención ginecológica y obstétrica, **deberán exhibir en un lugar público y visible los derechos consagrados en la ley N° 21.030, incluido el derecho de acceso a la información sobre la calidad de objetor de conciencia del médico tratante** y las instancias de reclamo disponibles. El contenido y formato de lo exhibido será determinado mediante resolución del Ministerio de Salud.”*. Esta obligación, viene a ser sólo una expresión de los derechos que actualmente ya están consagrados en el reglamento, indicando que las pacientes pueden solicitar información sobre la calidad de objetor de conciencia de su médico tratante.

Lo mismo ocurre en la propuesta de reglamento, al agregar los incisos sexto, séptimo y octavo del artículo 5 lo siguiente: *“En base a la información de los formularios, se elaborará un listado que contendrá el nombre, profesión, indicación de la persona que ha manifestado la objeción de conciencia conforme al presente artículo y la identificación clara de las causales de las cuales la ha invocado.*

Los jefes de servicios y unidades vinculados a la ginecoobstetricia tendrán acceso al listado actualizado señalado en el inciso anterior para favorecer la presencia de personal no objetor en la distribución de los turnos. Igualmente tendrá acceso al personal administrativo que participe en la distribución y asignación de la atención de salud.

Los establecimientos de salud públicos y privados no podrán exigir a las personas que no son objetoras de conciencia una declaración en dicho sentido”.

⁷³ Artículo 23 .- *En caso que un médico cirujano o un integrante del equipo de salud sea requerido para realizar o intervenir en una interrupción voluntaria del embarazo, y sea objetor, **deberá dar aviso de inmediato de la situación, tanto a la paciente como al director del establecimiento**, el que tendrá la obligación de reasignar de inmediato a la paciente a otro médico cirujano o integrante del equipo de salud, con las calificaciones necesarias para otorgar la prestación.*

Por otra parte, para evaluar si la información que se pondrá a disposición es o no un dato sensible de conformidad a la Ley 19.628 sobre protección de la vida privada, es necesario recurrir a la definición que esta misma provee en el artículo 2, letra g), conforme con el cual son datos sensibles *“aquellos datos personales que se refieren a las características físicas o morales de las personas, tales como los hábitos personales, el origen racial, las ideologías y opiniones políticas, las creencias o convicciones religiosas, los estados de salud físicos o psíquicos y la vida sexual”*.

En razón de las disposiciones señaladas es posible afirmar que los datos que serán puestos a disposición de las usuarias, jefes de servicios y unidades y personal administrativo, no pueden ser calificados como datos sensibles, por cuanto **únicamente recaban el hecho de ser o no objetor/a de conciencia el personal de salud, manteniendo absoluta reserva de las causas que motivan su manifestación como tal**, pudiendo esta no coincidir con una creencia o convicción religiosa, toda vez que aquello no es requisito en nuestro ordenamiento jurídico para declararse como tal, ya sea de conformidad con la Ley IVE, el actual reglamento o incluso, la propuesta de reglamento objeto de esta presentación.

Por otra parte, la recopilación y tratamiento de estos datos, que no son calificables como datos sensibles, tiene asimismo una causal justificada por cuanto tiene como objetivo garantizar la disponibilidad del servicio de salud. Se puede observar que la recopilación de datos de objetores de conciencia y su información a determinados actores del sistema de salud se realiza única y exclusivamente con la finalidad de dotar de herramientas concretas a quienes corresponden, para asegurar la prestación de salud garantizada por ley, omitiendo datos sensibles, como pueden ser los motivos para objetar conciencia en las causales de IVE.

Las normas contenidas en ambas versiones del reglamento de objeción de conciencia, responden al respeto y cumplimiento de los estándares e instrumentos internacionales de derechos humanos sobre derecho a la información que, como fue expuesto anteriormente, son mandatorias para el Estado de Chile.

En este sentido, se debe destacar que, sobre el derecho a la información de las mujeres y personas gestantes en el contexto de una atención de salud, la CEDAW establece la obligación de los Estados partes a brindar acceso a material informativo sobre planificación de la familia, lo que incluye en esencia la información sobre interrupción voluntaria del embarazo⁷⁴.

⁷⁴ Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, promulgada en Chile en el año 1989, Art 10, Art 16.

A su vez, en el mismo cuerpo normativo, en su artículo 14 se indica el derecho reforzado al acceso a información a las mujeres residentes de zonas rurales del país⁷⁵, que, como ya se indicó, son aquellas que poseen mayor dificultad para acceder a la prestación de salud de interrupción voluntaria del embarazo, debido a la cantidad de personal objetor que se encuentra especialmente en las regiones donde reside un gran número de mujeres con estas características.

De acuerdo a lo indicado en el apartado anterior, en 10 regiones del país el 50% del personal de salud es objetor de conciencia en alguna de las 3 causales, destacando las regiones de O'Higgins y el Maule con un 73.9% y 68,1% de objetores respectivamente⁷⁶, que, como se señaló previamente, son mayoritariamente regiones rurales.

6. El acceso a los servicios de salud reproductiva es compatible con el principio de igualdad y no discriminación

El acceso a los servicios de salud reproductiva es un derecho humano que está íntimamente relacionado con el principio de igualdad y no discriminación. Este principio, reconocido en múltiples instrumentos internacionales de derechos humanos, exige que todas las personas puedan disfrutar de los beneficios de los servicios de salud sin sufrir discriminación por motivos de género, orientación sexual, identidad de género u otras condiciones personales. El caso de la IVE en Chile es particularmente relevante para ilustrar la necesidad de garantizar estos derechos de manera efectiva y no discriminatoria.

Tal como se señaló en apartados anteriores, la salud debe ser entendida como un derecho básico, indispensable para el ejercicio pleno de otros derechos, incluidos los derechos a la vida y la integridad personal. En este sentido, el Estado tiene la obligación de adoptar medidas que aseguren la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud para todas las personas⁷⁷. Esto implica que los servicios de salud reproductiva deben ser accesibles para todas las mujeres, sin importar su situación económica, social o geográfica. Sin embargo, en Chile, aunque el derecho a la IVE está legalmente reconocido, su implementación enfrenta serias limitaciones debido a la interpretación amplia de la objeción de conciencia.

⁷⁵Ibidem., "Artículo 14: 2. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en las zonas rurales a fin de asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, su participación en el desarrollo rural y en sus beneficios, y en particular le asegurarán el derecho a: (...) b) Tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia."

⁷⁶ Corporación Humanas. "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". Diciembre 2023. pp. 22-23.

⁷⁷ Corte IDH. Caso Manuela y otros Vs. El Salvador. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021. Serie C No. 441. Párr. 236.

Así pues, la objeción de conciencia ha sido utilizada en algunos casos para justificar la negativa de los profesionales de la salud a proporcionar servicios de IVE, lo que crea barreras significativas para el acceso de las mujeres a este derecho. Esto no solo afecta la salud y el bienestar de las mujeres, sino que también perpetúa la discriminación de género al impedir el acceso equitativo a un servicio de salud esencial. Para abordar este problema, el Estado debe regular adecuadamente la objeción de conciencia para asegurar que no impida el acceso a los servicios de salud reproductiva. Esto puede lograrse exigiendo que los establecimientos de salud tengan al menos un proveedor no objetor disponible para prestar servicios de IVE en cada caso, garantizando así que todas las mujeres puedan acceder a este derecho sin obstáculos⁷⁸.

En tal contexto, el principio de igualdad sustantiva es fundamental para asegurar que todas las mujeres tengan acceso a los servicios de salud reproductiva en condiciones de igualdad. La igualdad sustantiva va más allá de la igualdad formal ante la ley; **implica la adopción de medidas positivas para corregir las desigualdades históricas y estructurales que han afectado a las mujeres y otros grupos vulnerables**⁷⁹. Esto requiere que los Estados implementen políticas que promuevan la inclusión y participación de estos grupos, garantizando que puedan ejercer sus derechos en igualdad de condiciones⁸⁰.

Para lograr la igualdad sustantiva, es esencial que los Estados eliminen las barreras legales, procedimentales y prácticas que impiden el acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva⁸¹. Las leyes y políticas que penalizan o restringen el acceso al aborto seguro no solo infringen el derecho a la salud, sino que también refuerzan las desigualdades de género. Por lo tanto, los Estados deben revisar y reformar estas normativas para garantizar que no perpetúen la discriminación y aseguren el acceso equitativo a los servicios de atención médica, incluyendo la IVE⁸².

La eliminación de estas barreras es crucial para asegurar que las mujeres puedan acceder a los servicios de salud reproductiva en condiciones de igualdad. Esto implica no sólo la derogación de leyes discriminatorias, sino también la implementación de políticas públicas que promuevan la igualdad de género y aseguren que todas las mujeres puedan ejercer sus derechos reproductivos de manera plena y efectiva. De esta manera, los Estados tienen la

⁷⁸ Comité DESC, Observación General No. 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, E/C.12/GC/22 (2016), Párr. 43.

⁷⁹ Corte IDH. Caso Manuela y otros Vs. El Salvador. Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de noviembre de 2021. Serie C No. 441. Párr. 249.

⁸⁰ *Ibidem.*,

⁸¹ Comité CEDAW, Observación General N° 24 sobre la mujer y la salud, 1999, párr. 2.

⁸² *Ibidem.*, párr. 14.

responsabilidad de adoptar medidas legislativas, administrativas y de otra índole para garantizar que el acceso a los servicios de salud reproductiva sea universal y sin discriminación⁸³. **Esto incluye la obligación de regular adecuadamente la objeción de conciencia para asegurar que no impida el acceso a los servicios de IVE⁸⁴.**

Cabe señalar que, si bien toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, conciencia, religión y creencias, derechos que los Estados deben respetar, proteger y cumplir, este no es absoluto. Por lo que sus manifestaciones, como la objeción de conciencia, pueden ser restringidas para proteger los derechos y libertades de otras personas y para garantizar que haya plena accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad en los servicios, bienes e información, y que estos se disfruten sin discriminación, dolor y sufrimiento, estigma ni coerción⁸⁵.

Así, los Estados deben implementar acciones afirmativas que faciliten el ejercicio pleno de los derechos reproductivos de las mujeres, asegurando que las barreras estructurales no perpetúen la desigualdad de género⁸⁶.

En otro sentido, en el ejercicio de los derechos que fueron referidos en este escrito, **la propuesta de reglamento establece la prohibición de discriminar arbitrariamente a quienes hayan manifestado objeción de conciencia o quienes se abstengan de hacerlo, prohibiendo consecuencias e incentivos para modificar la condición manifestada.** En este contexto, establece que el tratamiento de datos de quienes declaren su objeción de conciencia, deberán realizarse en conformidad con la ley N° 19.628 sobre protección de la vida privada⁸⁷. Ahora

⁸³ Comité DESC, Observación General No. 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, E/C.12/GC/22 (2016), Párr. 63.

⁸⁴ *Ibidem.*, Párr. 43.

⁸⁵ Human Rights Committee, General Comment No. 22: The right to freedom of thought, conscience and religion (Art. 18), para. 8, U.N. Doc. CCPR/C/21/Rev.1/Add.4 (1993) ("Article 18.3 permits restrictions on the freedom to manifest religion or belief only if limitations are prescribed by law and are necessary to protect public safety, order, health or morals, or the fundamental rights and freedoms of others... In interpreting the scope of permissible limitation clauses, States parties should proceed from the need to protect the rights guaranteed under the Covenant, including the right to equality and non-discrimination on all grounds specified in articles 2, 3 and 26."); U.N. Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover - Addendum - Mission to Poland, para. 50, U.N. Doc. A/HRC/14/20/Add.3 (May 20, 2010) ("Health systems should have procedures, such as administrative procedures to provide immediate alternatives to healthcare users when conscientious objection would otherwise lead to a denial of services, and effective remedies, in place to ensure that in practice, legitimate conscientious objection does not obstruct the enjoyment by women and men of their sexual and reproductive health rights. States should also monitor the exercise of *conscientious objection with a view to ensuring that all services are available and accessible in practice.*")

⁸⁶ Comité DESC, Observación General No. 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, E/C.12/GC/22 (2016), Párr. 43

⁸⁷ Artículo 10.- No podrá discriminarse arbitrariamente a ninguna persona que, conforme a la ley N° 21.030 y a este Reglamento, haya manifestado su condición de objetor de conciencia o se haya abstenido de hacerlo. No se podrán imponer exigencias o consecuencias, ni generar ninguna clase de incentivos que busquen alterar la condición de objetor o no objetor de conciencia. Asimismo, el tratamiento de los datos de quienes hayan declarado su objeción de conciencia se hará en conformidad con lo dispuesto en la ley 19.628.

bien, es importante señalar que **dicha ley establece como límite, entre otros, el derecho a informar y a la información**⁸⁸, pudiendo difundir aquellos datos de carácter personal para las finalidades que posee el reglamento de objeción de conciencia que, entre ellos, es el de asegurar la prestación de salud.

Por lo tanto, **la sola entrega de información del personal médico que es objetor de conciencia, per se, no significa una acción discriminatoria hacia el mismo, en atención a que la comunicación de dicha circunstancia no es arbitraria, sino que obedece al ejercicio de derechos legítimos de las pacientes.** A esto se le suma todo lo tratado en el presente escrito en el apartado número 5, sobre *derecho de acceso a la información*. En definitiva, la información que se entrega, y sus destinatarios, se encuentra debidamente delimitada en la norma propuesta, restringida únicamente a aquella que es necesaria para que las pacientes puedan tomar decisiones respecto de su salud reproductiva, **asegurando de este modo la disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva en concordancia con las normas de derecho internacional de los derechos humanos que se han detallado en extenso previamente.**

A su vez, es importante recalcar que, al momento de declarar la objeción de conciencia, el profesional de la salud debe firmar el Formulario único de Declaración de Objeción de Conciencia Individual aprobado por el Ministerio de Salud por Resolución Exenta N° 1624 de 2018⁸⁹, el cual entre las declaraciones que realiza se encuentra:

“DECLARO: (...)

6. Que comprendo las obligaciones que la presente declaración genera para con el establecimiento y la mujer que solicita interrupción voluntaria del embarazo al amparo de alguna de las causales mencionadas.

En especial la obligación de dar aviso de inmediato tanto a la mujer como al establecimiento de mi condición de objetor ante el hecho de haber sido requerido para realizar o intervenir en una interrupción voluntaria del embarazo, de modo que se proceda a la reasignación o derivación según corresponda.

⁸⁸ Artículo 1°.- *El tratamiento de los datos de carácter personal en registros o bancos de datos por organismos públicos o por particulares se sujetará a las disposiciones de esta ley, con excepción del que se efectúe en ejercicio de las libertades de emitir opinión y de informar, el que se regulará por la ley a que se refiere el artículo 19, N° 12, de la Constitución Política. Toda persona puede efectuar el tratamiento de datos personales, siempre que lo haga de manera concordante con esta ley y para finalidades permitidas por el ordenamiento jurídico. En todo caso deberá respetar el pleno ejercicio de los derechos fundamentales de los titulares de los datos y de las facultades que esta ley les reconoce.*

⁸⁹ Ministerio de Salud, Resolución Exenta N°1624 de 2018, disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/11/DECLARACI%C3%93N-DE-OC-INDIVIDUAL.pdf>

Por ende, el personal médico que ya haya declarado ser objetor de conciencia mediando los requisitos establecidos por el protocolo y reglamento primigenio, **está en conocimiento de las obligaciones que aquello acaece sobre las usuarias que solicitan acceder a la IVE, y con ello, el derecho a la información que las ampara en dicho contexto**, estando de acuerdo con el mismo.

En definitiva, el acceso a los servicios de salud reproductiva, incluido el derecho a la IVE, debe ser garantizado de manera efectiva para promover la igualdad de género y prevenir la discriminación. Los Estados deben adoptar medidas proactivas para asegurar que todas las mujeres puedan acceder a estos servicios en igualdad de condiciones, eliminando las barreras estructurales que perpetúan la desigualdad de género. Este compromiso con la igualdad y la no discriminación es esencial para garantizar que los derechos reproductivos de las mujeres y niñas sean plenamente efectivos y no se conviertan en meros derechos reconocidos solo a nivel formal que, consecuentemente, generan una barrera de accesibilidad y disponibilidad del derecho a salud sexual y reproductiva.

La nueva propuesta de reglamento representa un paso crucial para solucionar la desigualdad de facto que ha existido en el acceso a la IVE. Este reglamento busca superar las barreras impuestas por la interpretación amplia de la objeción de conciencia, asegurando que profesionales de salud no objetores estén disponibles en cada centro de salud para realizar procedimientos de IVE. Al establecer un marco claro y preciso, el reglamento garantiza que todas las mujeres puedan ejercer su derecho a la IVE sin discriminación ni obstáculos indebidos, promoviendo así un acceso más equitativo y efectivo a los servicios de salud reproductiva.

6. Conclusiones

La toma de razón de la propuesta de reglamento de objeción de conciencia responde al cumplimiento de las obligaciones de aplicación de los estándares y tratados internacionales de derechos humanos ratificados por Chile, los que, luego de su extensa revisión, responden a una interpretación garantista a favor de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y personas gestantes. El respeto irrestricto del derecho a la salud de quienes deseen acogerse a la ley IVE y constituir alguna de sus causales, implica tanto **garantizar la disponibilidad de la prestación de salud en todo el territorio nacional, asegurando la existencia de equipos de salud que realicen la interrupción y el acceso a la información para la paciente solicitante.**

La propuesta de reglamento asegura el derecho a la salud tal como lo exigen los estándares nacionales e internacionales en la materia, **superando los obstáculos impuestos en la práctica**

al acceso a la IVE, y garantizando la disponibilidad real y efectiva de personal de salud en todos los establecimientos de salud. Además, reafirma lo ya amparado por la legislación vigente respecto al acceso a la información por parte de las pacientes, lo que incluye saber la calidad de objeto de conciencia del equipo de salud tratante, cuestión que ha sido fallado anteriormente por las entidades estatales fiscalizadoras, siendo un derecho ya reconocido por la Superintendencia de Salud.

El acceso a la salud sexual y reproductiva, asegurado por la propuesta de reglamento, es compatible con el principio de igualdad y no discriminación consagrado en la Constitución y, además, **favorece la disponibilidad de profesionales suficientes en los servicios públicos del país para la realización de la prestación de salud y, a su vez, el uso correcto y eficiente del gasto fiscal.**

POR TANTO, solicitamos tener presente las consideraciones expuestas en el presente escrito para el examen de juridicidad de la propuesta N° 22 que modifica el Decreto Supremo N° 67 de 2018, del Ministerio de Salud, que aprueba reglamento para ejercer objeción de conciencia según lo dispuesto en el artículo 119 Ter del Código Sanitario; de fecha 30 de mayo de 2024, y en definitiva, cursar su toma de razón de manera favorable.

Primer otrosí: Se solicita tener presente que el listado de personas naturales y organizaciones de la sociedad civil que a continuación se detallan han manifestado mediante el llenado de un formulario, su adhesión al presente escrito cuyo texto conocieron de manera íntegra y previa a su declaración de voluntad:

I. Organizaciones firmantes

1. ADEM Asociación por los derechos de las mujeres
2. ADEOCH
3. Amnistía Internacional Chile
4. Asamblea Permanente por la Legalización del Aborto
5. Asociación de Abogadas Feministas ABOFEM CHILE
6. Asociación de funcionari@s aps La Pintana confusam
7. Asociación ginecólogas Chile
8. Callejeras Autoconvocadas Bio Bío
9. Casa Memoria José Domingo Cañas
10. Católicas por el Derecho a Decidir
11. Centro de Estudios de la Mujer
12. Chile necesita ESI
13. Colectiva Resistencia Materna Chile
14. Colectiva Teresa Flores Arica
15. Corporación Chilena de Prevención del SIDA-ACCIONGAY
16. Corporación OPCION

17. Federacion de Estudiantes de La Universidad de La Serena(FEULS), Secretaría de Género y Sexualidad
18. Federación Nacional de Sindicatos de Salud Privada y Afines FENASSAP
19. Feministas 80teras
20. Fondo Alquimia
21. Gestar y parir SpA
22. Ipas LAC
23. Julieta kirkwood rancagua
24. La Siembra Colectiva
25. Ni Una Menos Chile
26. Observadoras de la Ley de Aborto
27. Observatorio de Género y Equidad
28. Observatorio Regional de Derechos Humanos Unap
29. ONG Amaranta
30. ONG Diversa Patagonia
31. ParirNos Chile
32. Periodistas por el derecho a decidir
33. Programa de Migraciones, Movilidades Humanas y Refugios del Instituto Igualdad
34. Red Chilena contra la Violencia hacia las Mujeres
35. Red Chilena de Profesionales por el Derecho a Decidir
36. Red de Periodistas y Comunicadoras Feministas de Chile
37. Taller de mujeres Casa de acigida Lamngen La Pintana
38. Women's Link Worldwide

II. Personas firmantes a título individual

1. Adolfo Alex Barraza Muñoz, Médico
2. Alejandra Matthei, Escritora
3. Alejandra Placencia Cabello, Profesora de Estado en Filosofía/Diputada de la República
4. Alessandra Pirazzoli Zelaya, Socióloga
5. Aline Jiménez Namuncura, Doula
6. Amanda Alejandra Sotomayor Pereira, Profesora
7. Angelica Beatriz Pino Davis, Abogada
8. Bárbara Soledad Toro Rodríguez, Psicóloga
9. Bárbara Vergara Varas, Periodista
10. Belén Deniss Contreras Segovia, Licenciada en Psicología
11. Bernardita Araya Blanco, Antropóloga y Hierbatera
12. Carmen Gloria Rodríguez Ibarra, Teóloga
13. Carolina andrea gonzalez garcia, Matrona
14. Carolina Cadenas Núñez. Psicóloga
15. Carolina Cisternas Márquez, Socióloga - Directora de Proyectos en Observadoras de la Ley de Aborto - Chile
16. Carolina Molina Urtubia, Socióloga
17. Catalina Francisca Negrete Zaragueta, Matrona
18. Catherine Soriano, Terapeuta Ocupacional
19. Cecilia del Carmen Toro Chala, Kinesiologo

20. Claudia Pascual Grau, Antropóloga, Senadora de la República
21. Claudia Sarmiento, Abogada
22. Daniela Paz Henríquez Parra, Matrona
23. denisse ubilla, contadora
24. Dominique truan, Medico
25. elizabeth nery silva pérez, trabajadora social
26. Enggi Rodríguez Ortiz, Matrona
27. Florencia Constanza Pinto Troncoso, Abogada
28. Gena Quesada Fuentes, Médico Ginecóloga
29. Génesis Huenuanca, Independiente
30. Graciela Scarlett Mathieu Loguercio, Pensionada
31. Guillermo Galan Chiappa, Medico
32. Iliá nayaret gallardo iribarren, Secretaria ejecutiva bilingue
33. Isadora Castillo Chaud, Antropóloga social
34. Ivonne Abarzua Cruz, Matrona
35. Josefina del Pilar Toro Rodriguez, Constructor Civil
36. Julia Barrera Valdebenito, Matrona
37. Kika Cisternas Riveros, Artista Visual
38. Laura Albornoz Pollmann, Abogada
39. Laura Elvira Torres Albornoz, Abogada
40. Leslie Karen Power Labbé, Psicóloga
41. Lucinda Hernández Chacón, Jubilada
42. Luis Nibaldo Flores Pizarro, Trabajador Social
43. Macarena Milad Brinklow, Socióloga
44. Macarena Valentina Sotomayor Arrué, Psicóloga, especialista en terapia de reparación en agresiones sexuales
45. Manuela del Solar Gutiérrez, Psicóloga Clínica Adultos
46. Marcela Fuentes, Químico
47. Marcela Torrejón Román, Periodista
48. María Antonieta Saa Diaz, Profesora de Estado
49. María Carolina Cepeda Pérez, escritora
50. Maria eugenia farias espejo, Ingeniera en administración de Esas.
51. María Jesús Chaparro Egaña, Socióloga
52. María José Morales Aguilar, Psicóloga
53. Maria Isabel Matamala Vivaldi, Médica
54. María Loreto Jorquera Ahumada, Escritora
55. María Nieves Rico, Antropóloga
56. María Teresa Pérez Martínez, Profesora de Castellano pensionada
57. Mariza Mabel Romero Jaramillo, Comerciante
58. Marlon Leal, Matrón
59. Melissa Peraza, Periodista
60. Mirenchu Victoria Santibáñez Fuentes, Educadora Diferencial
61. Mireya diaz silva, Profesora
62. Mirta Iglesias del Rio, Medica
63. Monica Candia Aliaga, Matrona
64. Natalia Araya, Antropóloga

65. Olga Barrios Belanger, Trabajadora social, dirigente
66. Pablo Ignacio Morales Valenzuela, Ginecólogo Obstetra
67. Patricia Angélica Godoy Coloma, Profesora jubilada
68. Patricia Pia Barros Bravo, Escritora
69. Patricia Sandoval Olmos, Publicista
70. Paula Eugenia Veas Mora, Periodista
71. Paula Jiménez Bluhm, Medico Gineco obstetra
72. Paula Méndez Abarca, Matrona
73. Paulina Araya Pinto, Profesora Jubilada
74. Paulina Díaz, Funcionaria Publica
75. Paz Robledo, Médica
76. Pía Carolina Ramirez Tapia, Fonoaudióloga
77. Pía Valeria Céspedes Arriagada, Matrona
78. Priscilla Katya Astudillo Astudillo, Médico
79. Raúl Peralta Salazar, Periodista
80. René Humberto Santana Pino, Matrón
81. Romina Andrea Petersen Zañartu, Psicóloga
82. Roscina visconti suarez, Corredor propiedades
83. Rossana Fuentes Santander, Administradora Pública
84. Silvana Bórquez Román, Médico especialista en ginecología y Obstetricia
85. Soledad Bianvhi Laso, Profesora
86. Verónica Feliu, Profesora universitaria
87. Virginia guzman, Psicologa
88. Yazmina Solange Bastías Chávez, Psicóloga clínica perinatal

Segundo otrosí: Se solicita tener por acompañado a la presentación los siguientes documentos:

1. Copia autorizada ante Segunda Notaria de Santiago del Acta de de la personería de Doña Javiera Canales Aguilera reducida a Escritura Pública, con fecha 31 de Enero del año 2023, bajo el Repertorio N° 8607-2023.
2. Certificado de Directorio de Persona Jurídica sin fin de lucro, fecha de emisión 26 de Julio 2024.
3. Copia del Sexto Informe Sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Chile de Corporación Miles, año 2024.

Tercer otrosí: Solicitamos tener presente para la gestión de comunicaciones y notificaciones relacionadas a esta presentación el siguiente correo electrónico: direccion@mileschile.cl