



LA REALIDAD DEL ACCESO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN CHILE

Adela Montero Vega
Profesora Titular

Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia
Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD DE CHILE



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



Adela Montero



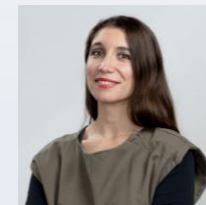
Mirliana Ramírez



Paz Robledo



Lidia Casas



Lieta Vivaldi



Agradecimientos

A quienes aceptaron participar compartiendo sus experiencias

Al equipo de acompañamiento psicosocial

A las/los directores de los establecimientos de salud

IMPLEMENTACIÓN LEY 21.030

- El **14/09/2017** se promulga la ley 21.030 que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales
- Durante el período enero 2018 – diciembre 2022, se registran **3.858 casos constituidos**, cifras muy inferiores a los 2.550 casos estimados anualmente durante la tramitación legislativa de la ley 21.030

1.190 casos causal 1

1.915 casos causal 2

753 casos causal 3

- **87,3%** de los casos constituídos corresponden a establecimientos de salud públicos y **12,7%** al sector privado
- **7%** corresponde a menores de 18 años
- **84%** decide interrumpir la gestación

83,8% causal 1 ; **81,8%** causal 2; **91,9%** causal 3

Consideraciones metodológicas

- Enero 2021 – junio 2023: **74 entrevistas semiestructuradas** a actores relevantes de **12 instituciones de salud públicas; 5 instituciones de salud privadas y 2 organizaciones de la sociedad civil**

Duplas (20); Equipo biomédico (21); Directivos (24); Usuaría (5); Sociedad civil (4)

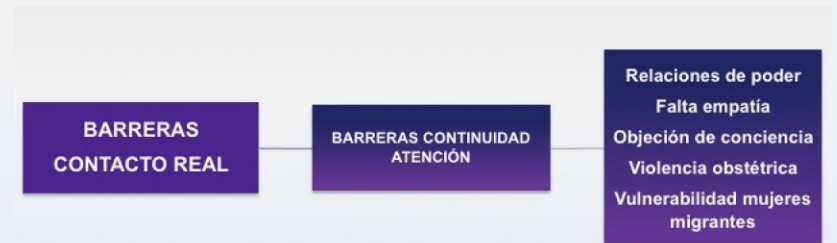
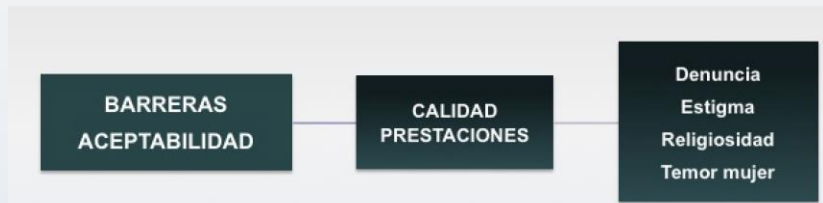
Gineco obstetras (28); Matronas/Matrones (13); Psicólogas/Psicólogos (11); Trabajadores sociales (11); TENS (2); Pediatras (2); Anestesista (1); Especialista salud pública (1); Abogada (1); Profesora (1); Trabajadora casa particular (1); Dueña de casa (1); Vendedora (1)

- **Mediana edad: 40 años (22 – 68 años); 70% mujeres; 55% sin vinculación religiosa**
- **Análisis según Teoría Fundada**
- **Aprobación por CEC Acreditado: Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos, Facultad de Medicina, Universidad de Chile (Acta nº 009/2020)**

La experiencia en varios países, revela que el acceso a la interrupción del embarazo se encuentra limitado aún en condiciones de legalidad, principalmente por: restricciones de la propia legislación, por la oferta de servicios no adecuados a las necesidades y demandas de las mujeres y por el estigma socio-cultural al aborto, manteniendo y profundizando inequidades al afectar a mujeres con mayor vulnerabilidad

BARRERAS SEGÚN MODELO PROVISIÓN DE SERVICIOS DE TANAHASHI

(NIVEL 2° Y 3°)



- Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978; 56 (2):295–303
- Hirmas M, y cols. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Publica. 2013; 33 (3):223–229
- Montero A; Ramírez—Pereira M; Robledo P; Casas L; Vivaldi L; González D (2023). Main barriers to services linked to voluntary pregnancy termination on three grounds in Chile. Front. Public Health 11:1164049. doi: 10.3389/fpubh.2023.1164049

BARRERAS DE INFORMACIÓN

Capacitación equipos

- Capacitación insuficiente, realizada de forma poco constante, centrada en aspectos técnicos, sin abordar prejuicios y actitudes
- Ocurrió principalmente al inicio de la implementación de la ley a quienes estaban directamente relacionados/as con la IVE
- Varios/as participantes, refieren un proceso de autoformación y valoran las capacitaciones recibidas desde la sociedad civil, manifestando la imperiosa necesidad de actualización de conocimientos

“Nada, nada, eso no existe, lo que yo sé y lo que fui aprendiendo fue por mí misma, porque me leí la norma técnica, fui preguntando a otras colegas, pero desde acá del hospital, nada y desde el Ministerio tampoco” (E42, Dupla)

BARRERAS DE INFORMACIÓN

Desconocimiento de la ley, falta de difusión, interpretación restrictiva y errónea

- **Falta de información a la población, con ausencia de campañas de difusión**
- **Interpretación errónea de la norma legal sobre prohibición de la publicidad sobre oferta para la IVE. La ley señala que no es impedimento para el cumplimiento del deber de información por parte del Estado. Este deber de informar también está explicitado en la ley 20.584, garantizando el derecho a recibir información suficiente, oportuna, veraz y comprensible, en forma visual, verbal o por escrito**
- **En algunas instituciones está prohibida la difusión mediante afiches y entrega de material impreso. En aquellos lugares donde se permiten, existen pocos elementos que estén a la vista de las potenciales usuarias, ubicándose en espacios poco asequibles, a diferencia de los afiches de la ley 20.584, que ocupan múltiples espacios al interior de los establecimientos de salud**

BARRERAS DE INFORMACIÓN

En definitiva, las barreras de información repercuten en las mujeres, existiendo relatos sobre quienes pudiendo acceder a la IVE, no lo hicieron por considerar que no les correspondía este derecho

“Nos seguimos encontrando con usuarias que pensaban, no sé, en causal 3, nos pasó hace poco, 3 meses atrás, una chica de 19 años que ella decía: “en realidad yo no tenía idea que existía esta ley, pensaba abortar en mi casa con alguna agrupación o qué se yo, porque no sabía que podía acceder a esto”. Ese nivel de desconocimiento es una tremenda brecha de acceso” (E6, Dupla)

Jornada laboral duplas y horas Psiquiatra

- Quienes conforman la dupla psicosocial cuentan con un contrato de 22 horas semanales en horario diurno. En varias ocasiones deben acudir en horario vespertino, fines de semana o festivos para facilitar el acceso de las mujeres cuando consultan o ingresan fuera de horario hábil, en particular en mujeres en causal 3 que ingresan por urgencia, sin recibir una compensación ni protección laboral
- Aún cuando la Norma Técnica contempla la disponibilidad de al menos 11 horas semanales para Psiquiatra, para la atención de los casos que pudieran requerir apoyo más especializado, muy pocos equipos cuentan con este recurso

BARRERAS INFRAESTRUCTURA

Infraestructura

- La mayoría de las duplas, relata no contar con espacio físico adecuado que respete la privacidad de las pacientes. En reiteradas ocasiones deben compartir oficina o boxes de atención clínicos con otros equipos, buscando el momento adecuado para poder utilizarlos, generando tiempo de espera para la mujer
- Tener que realizar el acompañamiento psicosocial en un box ginecológico, o en una oficina destinada para control de recién nacidos, dificulta enormemente el proceso de acompañamiento, por representar un espacio no acogedor, debido a los mensajes simbólicos, derivados de la presencia de una camilla ginecológica o el mismo ecógrafo donde se ha realizado o se realizará este examen (ecografía) para constituir una causal

BARRERAS INFRAESTRUCTURA

Infraestructura

- Durante la hospitalización también se afecta la atención de la mujer por la infraestructura al interior de los establecimientos de salud
- Aún cuando se reconoce el esfuerzo para hospitalizar de manera individual, ocurre en espacios donde existe cercanía con embarazadas y puérperas, siendo factible escuchar el llanto de las personas recién nacidas o el monitoreo fetal de otras embarazadas

“Que te dejen en una sala que tú no estés constantemente escuchando las guaguas, porque igual es fuerte. El que tú hayas perdido una guagua y te dejen al lado de otra no es grato, entonces deberían mejorar ese tipo de atención” (E65, usuaria)

BARRERAS GEOGRÁFICAS

Ruralidad y derivación a centro de mayor complejidad

- La geografía de Chile limita el acceso a la atención de salud por las largas distancias de un punto a otro. Un ejemplo es el desplazamiento de las personas de sectores rurales a centros urbanos para su atención
- La normativa local de algunas instituciones obliga la derivación de la mujer a un centro de mayor complejidad para constituir la causal 1 y 2
- Aún cuando pudieran constituirse en el hospital de origen, determinan desplazamiento de la mujer con pérdida de tiempo valioso para la constitución de la causal, particularmente en la causal 2

BARRERAS ORGANIZACIONALES - ADMINISTRATIVAS

Requisitos adicionales para constituir causal

- Las y los participantes mencionan que los médicos para la causal 1 y 2 solicitan la intervención de varios especialistas y exámenes adicionales
- Pareciera que el temor a las repercusiones frente a un eventual error diagnóstico o que la patología del feto no esté en el listado de las patologías letales incompatibles con la vida extrauterina, exige la necesidad de tener un 100% de certeza

“Los médicos se demoran mucho en constituir la causal. La 1 y la 2 (...), es como que quieren asegurarse, unas 3 veces que efectivamente es para que concurran la causal, no sé si no se atreven a tomar la decisión, no sé cuál es el problema, pero siento que tratan de alargar la decisión lo que más puedan” (E50, Dupla)

“Hay algunos profesionales de la salud que entorpecen la constitución de la causal, pidiendo exámenes de más, si necesitan un diagnóstico, les piden 2 diagnósticos (...), le piden más exámenes de lo necesario y dilatan la constitución de causal” (E39, Psicóloga)

BARRERAS ORGANIZACIONALES - ADMINISTRATIVAS

Cómites de expertos obstaculizadores

- En las entrevistas surgió la figura del Comité de Expertos, quienes analizan, además del equipo tratante y de la dupla psicosocial, los casos de interrupción del embarazo, dilatando la atención de salud y poniendo obstáculos adicionales

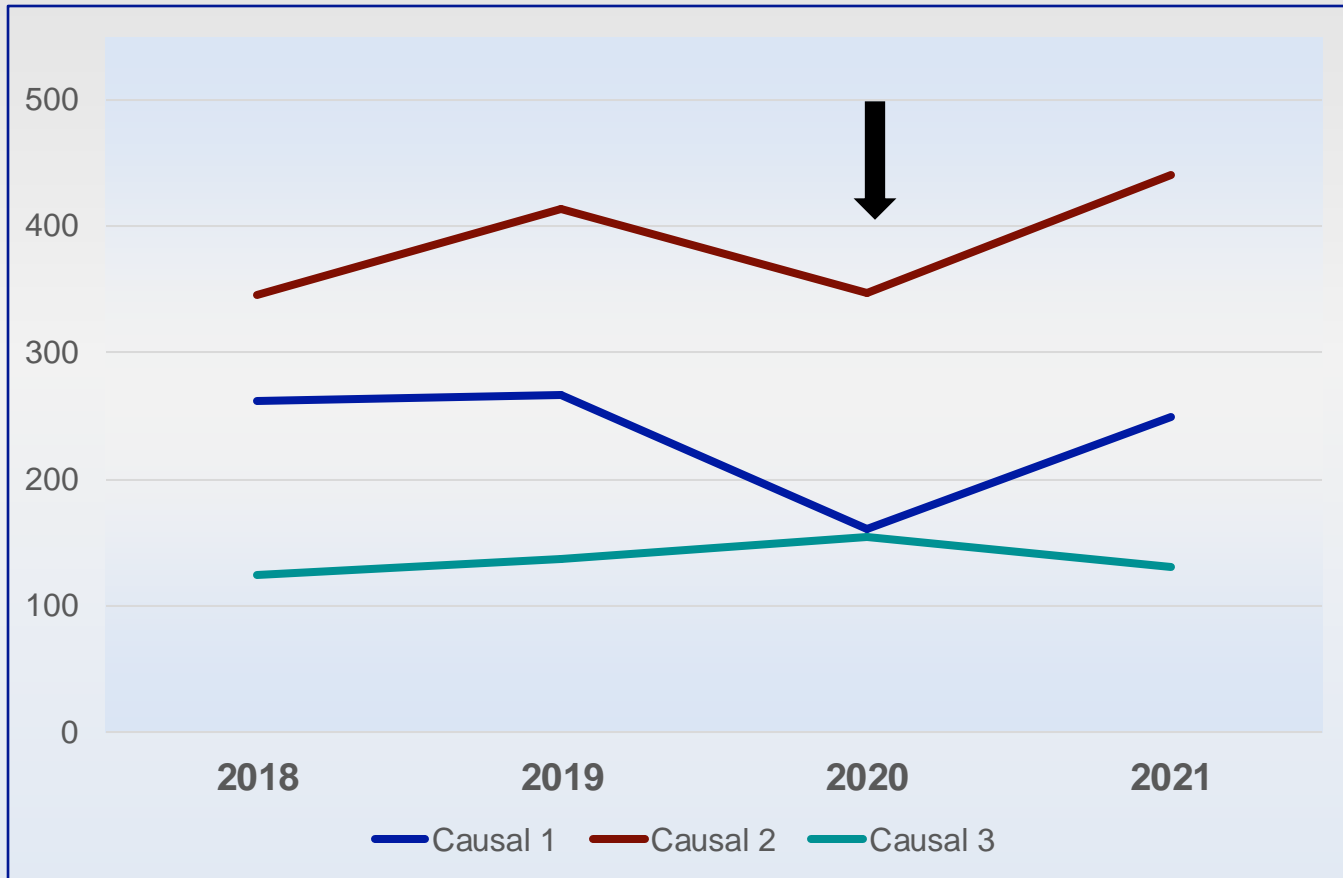
“[Los Comités de Expertos] esos entes intermedios creados ad hoc para obstaculizar, sin ser objetores de conciencia, están ahí, toman diferentes formas en los diferentes servicios, en los diferentes hospitales y creo que es insólito” (E16, Gineco Obstetra)

“Tuvimos un caso que constituyeron 2 comités perinatales para constituir la causal 2 y finalmente no la constituyeron y eso evidentemente es una barrera de acceso, porque en la medida que estos comités comienzan a sesionar, se demoran y son semanas...” (E36, Abogada, sociedad civil)

Pandemia

- Las restricciones derivadas de los protocolos de cuarentena y aislamiento, junto con la percepción del riesgo de contagio, repercutió en la decisión de la mujer, en la asistencia a los controles de salud y en la consulta oportuna en los servicios de urgencia
- Pese a los esfuerzos de los equipos para minimizar las consecuencias de la pandemia, hubo restricción de visitas, afectando la presencia de acompañantes significativos y problemas para garantizar la hospitalización individual

CASOS IVE SEGÚN CAUSAL: 2018 - 2021



Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida por Ley de Transparencia. Subsecretaría de Salud Pública, Solicitud folio AO001T0020053.

BARRERAS FINANCIERAS

Costo exámenes, gastos de traslado y alimentación

- **La mayoría de las instituciones públicas no cuentan con exámenes genéticos/cromosómicos**
- **En algunos establecimientos se asumía el costo de estos exámenes para constituir la causal, pero existen relatos donde la mujer debió costear el cariógrama, debiendo esperar varias semanas para juntar el dinero**
- **Frente al mandato en algunas instituciones para constituir la causal 2 en un centro de mayor complejidad, la mujer al no encontrarse hospitalizada, debe asumir el costo de traslado y alimentación**

BARRERAS CALIDAD DE LAS PRESTACIONES

Denuncia

- Según los relatos, la denuncia podría actuar como elemento disuasivo para consultar, derivado de las particularidades presentes en la violencia sexual, como es:
 - *La complejidad misma del proceso de develación*
 - *Miedo de las víctimas a ser responsabilizadas de la violencia sexual y juzgadas por su decisión de abortar*
 - *Miedo a la reacción de la familia*
 - *Miedo a encontrarse con el agresor en una audiencia*
 - *Necesidad de volver a repetir el relato con la revictimización producto de aquello*
 - *Dificultad para asumir como violación la presión ejercida por la pareja para tener actividad sexual*
- En algunas instituciones existía confusión, habiendo casos donde se condicionaba la atención de la mujer a la realización de la denuncia, siendo aclarado por el profesional de acompañamiento psicosocial

BARRERAS CALIDAD DE LAS PRESTACIONES

Denuncia

- Aún cuando la denuncia NO es requisito para constituir la causal, en la práctica se describen situaciones que contribuyeron a la revictimización, donde la mujer en vez de recibir acogida como víctima, fue juzgada y responsabilizada de la violencia
- Al inicio de la implementación, por el desconocimiento de los equipos del marco legal, se reportan situaciones de revictimización, generando angustia en la mujer al tener que proporcionar el relato a la policía en el momento de concurrir al establecimiento de salud para constituir la causal o habiendo sido contactada por la policía posterior al alta
- También se describe la concurrencia de la policía a tomar declaración al agresor, cuya identidad fue revelada en un espacio de confidencialidad

BARRERAS CALIDAD DE LAS PRESTACIONES

Denuncia

- Independiente de la obligación de denunciar el delito de violación, se advierte que la persecución penal es lenta y eventualmente ineficiente, permaneciendo las muestras biológicas por más de un año en **cadena de custodia**, sin que sean retiradas para su peritaje por el organismo encargado de investigar

“Todavía tenemos muestras aquí, la causal 3 anterior, ella no hizo la denuncia, pero nosotros igual tenemos que informar, todavía está la muestra acá después de 2 años” (E42, Dupla)

BARRERAS CALIDAD DE LAS PRESTACIONES

Estigma

- Se reconoce el estigma al aborto como una carga social que culpabiliza a la mujer que decide interrumpir la gestación y no sigue el mandato cultural de la maternidad
- En la práctica opera como barrera de acceso, al ser percibido por las mujeres como rechazo, falta de acogida, enjuiciamiento por el equipo de salud, particularmente en la causal violación, identificando a la paciente como “la violada” o “asesina”

“Cuando los doctores pasan la visita, “ah, aquí está..., la violada”, o “aquí está, ah, ya, tú sabes quien es ella”, o no la miran, o no la revisan (...) He hablado con las pacientes y ellas saben y yo también he visto que no es un trato igualitario para todas las pacientes (...) Yo creo que eso ha limitado a las pacientes a consultar aquí” (E42, Dupla)

BARRERAS CALIDAD DE LAS PRESTACIONES

Estigma

- Permea al interior de los equipos de salud, evitando hablar del aborto e invisibilizando la temática
- También afecta al equipo de acompañamiento psicosocial, quienes han experimentado situaciones complejas, al ser catalogadas negativamente como promotores del aborto
- Influiría en la invocación de la objeción de conciencia, donde la presión de los pares y la necesidad de aceptación del profesional por parte de ellos, incide fuertemente

“las que andamos como con una guadaña y vestidas de negro por los pasillos...” (E49, Dupla)

“¡Ah, ellas son las que están ahí y no hacen nada! O sea, prácticamente las que andan matando guaguas (...) Éramos las personas que andaban fomentando que se mataran guaguas” (E30, Dupla)

BARRERAS CALIDAD DE LAS PRESTACIONES

Religiosidad

- Se manifiesta en base a las creencias religiosas que predominan en la sociedad, que trasciende a las mujeres y sus familias, repercutiendo en la toma de decisión y generando una carga emocional en la mujer derivada de un sentimiento de culpa
- En los relatos se describe la esperanza de la mujer para que ocurra algún milagro que revierta la condición fetal en la causal 2, así como la necesidad de delegar la responsabilidad de su decisión en un ser divino
- Trasciende al personal de salud, incidiendo en su declaración como objetores de conciencia

BARRERAS CALIDAD DE LAS PRESTACIONES

Temor de la mujer

- Se expresa en la desconfianza al sistema de salud, percibido como un **espacio no seguro**, por temor al maltrato. Esto se advierte en el relato de una mujer en causal 2, respecto al trato del profesional al entregar la información o al realizar una ecografía, haciéndola sentir como un objeto

“Me pasó con un doctor, no era mi doctor que siempre me estaba llevando el control (...). Le dije, una pregunta, pero la forma en la que respondió a mí me afectó porque fue muy frío (...), me respondió lo que me iba a responder, pero la frialdad en que me lo dijo, a mí me afectó. Fue brusco para tratar información, fue brusco al momento de hacer la eco, porque en un momento específico, el bebé se estaba moviendo mucho (...), entonces en vez de buscar un método suave para que, “mira, sabes que vamos a parar, vamos a movernos para ver si el bebé se mueve”, hacer una estrategia diferente, hablar como si estuvieras hablando con un muñeco, acostado en una mesa (...) y mientras hacía el proceso ignorarme al 100% (E40, mujer usuaria)

BARRERAS CALIDAD DE LAS PRESTACIONES

Temor de la mujer

- También emerge el temor al no resguardo de la confidencialidad, al cuestionamiento del relato de la violación, a la revictimización, existiendo incluso el miedo de ser privadas de libertad
- Como se señaló, durante la pandemia por SARS-CoV-2, se agregó el temor al contagio intrahospitalario, que impidió que la mujer asistiera al centro de salud o decidiera interrumpir el embarazo

“Incluso ofreciéndoles la interrupción, diciéndoles esto puede hacerlo, es legal ahora, lo vamos a hacer aquí en el hospital, le vamos a entregar los medicamentos, igual un par de mujeres me vuelven a repreguntar si estoy segura que si no se van a ir a la cárcel” (E18, Gineco Obstetra)

BARRERAS CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Relaciones de poder

- Se manifiestan por medio del dispositivo saber-poder, donde el/la profesional de salud impone su conocimiento en la toma de decisiones
- Este poder a través del conocimiento experto, incide en que la voluntad de la mujer habitualmente no es considerada en la constitución de la causal riesgo vital (*lex artis*)

“En general la indicación de la interrupción [causal 1], si bien la madre va a aceptar en forma voluntaria, no corre por cuenta de ella, corre por parte del equipo médico que ha decidido la interrupción del embarazo” (E4, Gineco Obstetra)

“La mujer quería interrumpir ya que su cáncer estaba avanzado (...). Lo que me dijo la matrona es que se iba a hacer finalmente lo que los médicos dijeran” (E7, Dupla)

BARRERAS CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Relaciones de poder

El poder es evidenciado a través de la estructura jerárquica al interior de las instituciones, emergiendo una subordinación del equipo al estamento médico durante la evaluación de los casos, afectando el enfoque multidisciplinario, el clima laboral y el trabajo en equipo

“Como equipo de repente nos sentíamos poco escuchadas, era como “no, es que la opinión de ustedes da lo mismo, porque somos nosotros, los médicos, decidimos en definitiva”” (E34, Dupla)

“El hospital es super jerarquizado, no sé si serán todos los hospitales igual, pero de verdad fue algo macabro, están super divididos los sectores de TENS, matronas, médicos y eso es lo que no permite que haya un trabajo en equipo más especializado o con un mejor ambiente para poder trabajar” (E50, Dupla)

BARRERAS CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Falta de empatía

Se reconoce una falta de empatía del equipo de salud, con funcionarios indolentes a la vivencia de la mujer, describiéndose una falta de humanización en la atención y falta de reconocimiento de los derechos de la mujer

“La paciente está lábil, llorando a mares y llegan a sacarle sangre, llegan a ponerle suero, yo entiendo que es un procedimiento necesario, pero también tienen que ver, ahí también entra esto de la ética, si la paciente está siendo contenida por alguien, ¡cómo voy a entrar a sacarle sangre!...” (E42, Dupla)

“[Al equipo de salud], que no se les olvide que detrás de la ficha clínica hay una persona de verdad, que el cuerpo es de ella, que esto le está pasando a ella, que es ella la que tiene que vivir con esto (...), falta humanizar y partir de ahí y darle más énfasis a los derechos que tienen sobre todo las mujeres como pacientes, de que la decisión al final es de ellas” (E38, Dupla)

BARRERAS CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Violencia obstétrica

Emerge directamente de las entrevistas, reconociendo su presencia en la actualidad, a través de situaciones identificadas como violencia dirigida directamente hacia la mujer. Las experiencias previas de las mujeres y durante la IVE generan un obstáculo para volver a consultar

“Los típicos comentarios, que “oye, esta quiere todo rápido”; “ah, si le va a doler igual, entonces para qué pide no sé, analgesia”(…); “tienes el umbral del dolor bajo”; “tú ya sabías a lo que venías”, son relatos que hemos acogido. En una oportunidad donde estaba con una paciente IVE, ella me decía que se sentía muy violentada, violentada por los comentarios, violentada, entonces que te digan que utilizaron un lenguaje que era violento, agresivo...” (E48, Dupla)

BARRERAS CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Objeción de conciencia

La **objeción de conciencia** en la práctica operaría como **violencia estructural**:

- Por su invocación para cualquier acción que directa/indirectamente contribuya a la IVE
- Por la falta de argumentación de quienes objetan
- Por el desconocimiento de la identidad de los objetores por el resto del equipo
- Por la entrega de información disuasiva y errónea
- Por presionar a la mujer para que se retracte de la decisión de interrumpir
- Por el entorpecimiento o retraso para constituir una causal
- **Falsa objeción de conciencia** que se presenta de manera arbitraria, sin un sustento moral, para incumplir con la responsabilidad profesional

BARRERAS CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

“Fue en una causal 2, la paciente había decidido interrumpir y se le acercó ella [médico]a hablarle sobre su decisión. Nosotras ya le habíamos dicho que había tomado la decisión y estaban los papeles ahí, estaba todo en la ficha, estaba firmado (...), entonces esta doctora le fue a decir que lo pensara bien y a ocupar mucho a Dios, que tenía que tener fe, que los milagros ocurrían, para que cambiara de decisión (...)” (E38, dupla)

La negativa para el manejo del dolor de una mujer en causal 1, del único profesional anesthesiólogo en turno, grafica crudamente esta violencia

“Que llegara él y me dijera “no, no te voy a poner la anestesia y tampoco nada para el dolor”, fue como chocante más que nada, yo quedé, así como..., ya estaba cansada, lo único que quería era tener a mi guagua (...) Pero no me lo esperaba de parte de él y que fuera tan tajante en decirlo, que no iba a firmar porque iba en contra de sus principios (...) Yo estaba en la cama, esperando y llegó él por atrás, no le vi ni siquiera la cara (...) No se presentó directamente “soy yo, el doctor, tal nombre”, no, nada. No sabría decirle nombre, tampoco rostro, así como identificarlo, no, tampoco” (E65, mujer usuaria)

BARRERAS CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Mujeres migrantes

La condición migratoria en Chile no afecta por igual a las mujeres migrantes, con una mayor vulnerabilidad en las mujeres haitianas, donde la barrera idiomática, el género de los facilitadores interculturales y el machismo instaurado en base a su idiosincracia, determinan un rol importante en la decisión de interrumpir o continuar el embarazo

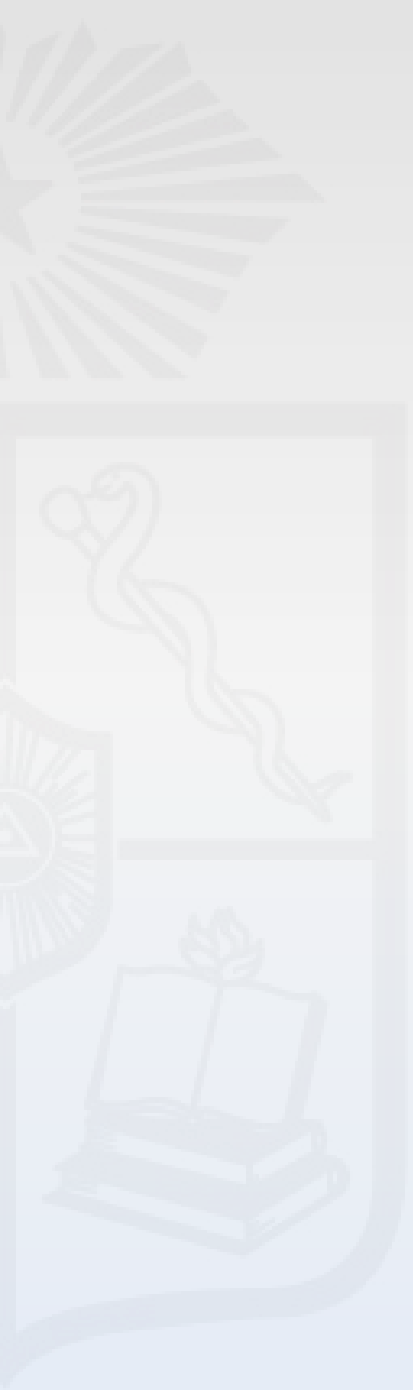
“Esa intervención creo que es una de las cosas que lamento como se vivió (...) Creo que ella no entendió ni la mitad de lo que le estábamos tratando de contar y ellos decidieron continuar con el embarazo porque jél decide que eso era lo correcto! Porque en el fondo por más que, está todo este discurso de empoderar a la mujer, en una situación así, donde más encima tienes a alguien que está traduciendo que es hombre y que es haitiano. Nosotras hasta nos cuestionábamos si realmente le decía lo que le estábamos tratando de explicar” (E6, Dupla)

Incumplimiento rol del Estado

- **Falta de evaluación institucional del grado de satisfacción de la atención recibida por las personas gestantes y falta de fiscalización de la implementación de esta política pública**
- **El organismo encargado de implementar la ley no conoce los problemas derivados de la implementación, preocupándose de aspectos cuantitativos y no de indagar sobre las barreras que han surgido afectando el derecho de las mujeres**
- **Ausencia de retroalimentación a los equipos sobre la implementación de la ley a nivel nacional. También se describen las falencias propias de la ley, cuyas restricciones operan como barreras de acceso a la IVE, las que tampoco han sido abordadas**

Conclusiones

- Las barreras evidenciadas obstaculizan total o parcialmente el ejercicio del derecho de las personas gestantes para decidir y acceder a las prestaciones de manera oportuna, segura y legal
- El ejercicio de la objeción de conciencia al interponerse con el deber de cuidado del/la personal de salud y con el derecho de las personas a la IVE, operaría como una forma de **violencia estructural**, al actuar como una **violencia invisible**, que responde a procesos sistémicos con efectos negativos sobre el bienestar y libertad de las personas gestantes, provocando una insatisfacción de sus necesidades
- Es perentorio que el Estado fiscalice efectivamente la implementación de la ley



Muchas gracias