Informe revisión de Mensaje Nº 068373, que inicia Proyecto de Ley que regula la Interrupción del embarazo en el plazo que indica[1].

Asociación Gremial de Matronas(es) y Enfermeras(os) Matronas(es) Por la Vida

Julio 2025

[1] https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=18210&prmBOLETIN=17564-11, visitado 12/06/2025

Con fecha 29 de mayo del 2025, fue presentado por el actual Presidente de la República, Gabriel Boric un mensaje al congreso, a través del que se inicia el proceso legislativo que tiene por objeto lograr la promulgación de una ley que permita la realización de abortos a petición hasta las 14 semanas.
Como AMEMP creemos totalmente pertinente la revisión del contenido de este mensaje, de manera de realizar una reflexión desde nuestra expertiz como Matrona(es)s y Enfermera(os) Matronas(es), incluyendo aspectos científicos, estadísticos, demográficos, éticos y no puramente ideológico.

El análisis será realizado siguiendo la estructura del mensaje, por tanto, será útil para el lector tener el proyecto a disposición[2].

2

[2] https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=18210&prmBOLETIN=17564-11

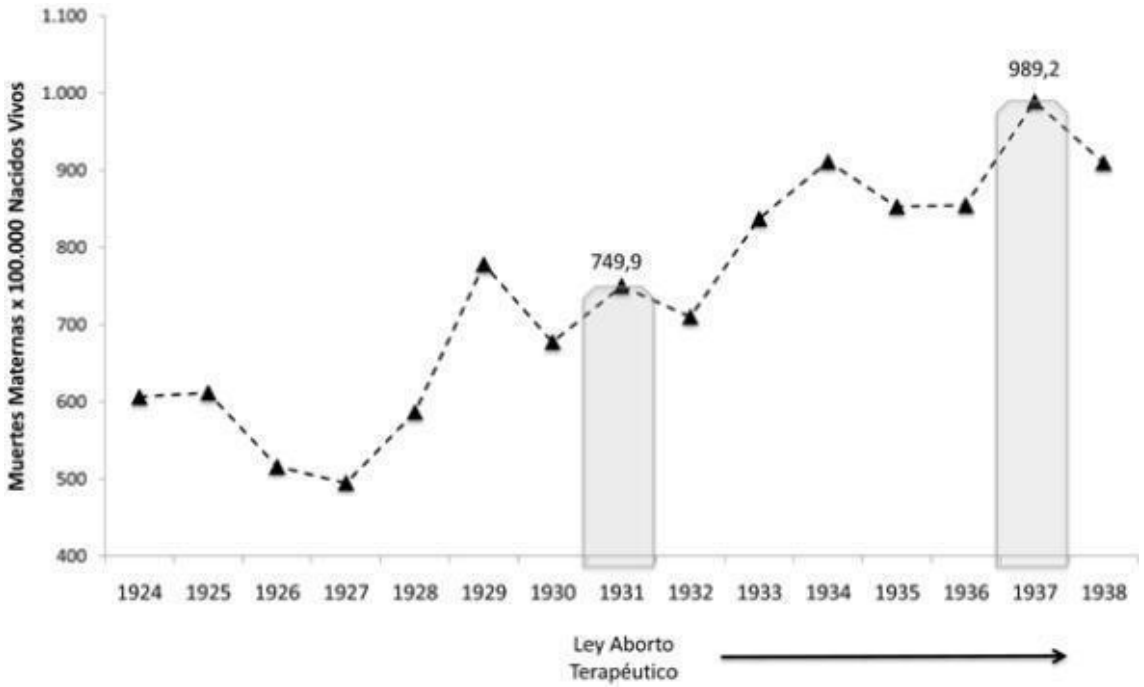
Antecedentes

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

En reiteradas ocasiones, y a través de diversas reflexiones se hace mención a lo negativo que ha sido para la salud de la mujer, la presencia de leyes restrictivas respecto a la interrupción del embarazo versus los beneficios de la legalización. La historia de nuestro país nos entrega una sólida evidencia de lo contrario.

En el proyecto se menciona la implementación de la ley de aborto terapéutico en la década de 1930, impulsada por el médico Víctor Manuel Gacitúa a propósito de la alta tasa de mortalidad materna.

Cabe destacar que un estudio de serie temporal con 100 años de registros oficiales constata que la mortalidad materna global aumentó durante los primeros siete años de vigencia de la primera ley de aborto terapéutico promulgada en 1931. Alcanzando un pico histórico de 989,2 muertes por 100.000 nacidos vivos en 1937, la cifra más alta en la historia de la salud materna chilena del siglo XX.



El texto en cuestión menciona lo siguiente: *"Aquella regulación se mantuvo vigente hasta el año 1989, cuando la dictadura militar estableció la prohibición del aborto en toda circunstancia"*. Sin embargo, luego del cambio de ley en 1989, las muertes por aborto disminuyeron desde 10,8 hasta 0,39 por 100.000 nacidos vivos (Figura 1) [3].

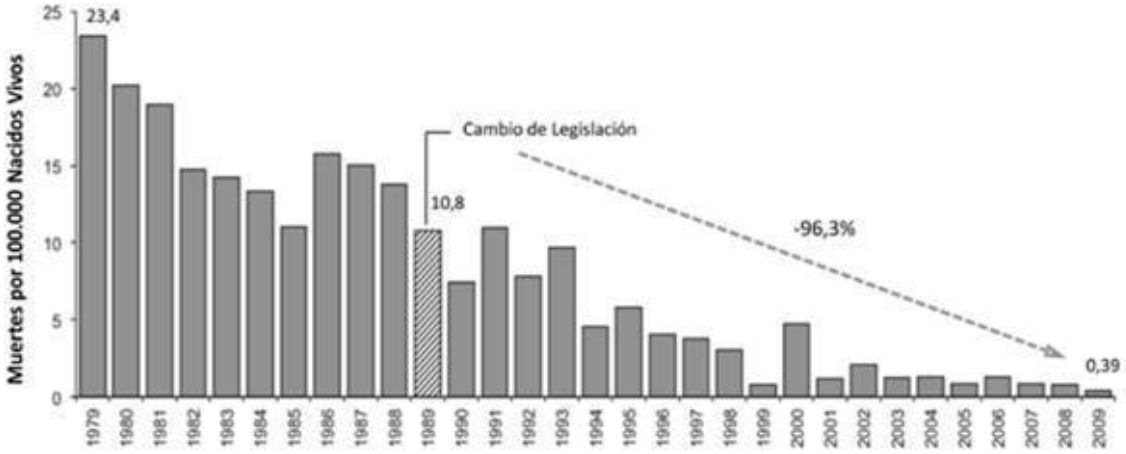


Figura 1. Razón de mortalidad materna por aborto (muertes por cada 100.000 nacidos vivos excluido el embarazo ectópico) entre 1979 y 2009 en Chile [3]. Luego de 1989 (derogación de código sanitario que autorizaba el aborto terapéutico con la firma de dos médicos) la mortalidad continuó disminuyendo (96% en 20 años).

Chile sin necesidad de recurrir al aborto legalizado logró una mortalidad materna por aborto en 2015 de 0,8/100.000 nacidos vivos gracias a un creciente desarrollo sanitario, social, educacional y económico[4].

Son múltiples los factores que han intervenido en la disminución de la Mortalidad Materna en general y también de la Mortalidad Materna por Aborto en nuestro país. El Rol profesional de Matronas y Enfermeras Matronas ha sido fundamental.

Lo que debemos entender y defender con total claridad es que, el haber tenido una de las leyes de mayor protección a la vida intrauterina a nivel mundial, con la modificación del código sanitario en 1989 la cual prohibía toda forma de aborto hasta el año 2017, no tuvo un efecto negativo sobre nuestras estadísticas de salud, pues las tasas de Mortalidad Materna por aborto continuaron disminuyendo.

---

[3] Koch Elard. Epidemiología del aborto y su prevención en Chile. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2014 Oct [citado 2025 Jul 16]; 79(5): 351-360. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262014000500001&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000500001.

[4] Sandoval-Baca Brigith, Chunga-Vallejos Enrique, Díaz-Vélez Cristian. El aborto como impacto en la mortalidad materna: ¿legalización o desarrollo humano?. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2019 Feb [citado 2025 Jul 21]; 84(1): 4-6. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000100004&lng=es

Las estadísticas de mortalidad materna de nuestro país son similares a las de un país desarrollado con mayor ingresos per cápita. Es decir, logramos iguales o mejores indicadores, pero con menores recursos.

El aporte que ha realizado a la salud de la mujer y de la familia, el ejercicio del rol profesional de Matronas y Enfermeras Matronas ha sido destacado en nuestra historia. A raíz de la necesidad de enfrentar las grandes pandemias de la época, el 16 de Julio de 1834 se crea la Escuela de Obstetricia para Matronas. Una incipiente república, enfrenta los problemas de Salud, con una de las estrategias que ha tenido altísimo impacto, en el mejoramiento de la salud de la población.

2. Presencia de Abortos Clandestinos:

El mensaje presidencial da cuenta de la preocupación existente por el número de abortos clandestinos que se realizan actualmente en nuestro país, y es lamentable que nuevamente se recurre la información planteada por el Instituto Guttmacher:

"Investigaciones estiman que, al año, se realizan 40.000 abortos fuera del marco legal en Chile (Prada E. & Ball H. Aborto inducido en Chile. Guttmacher Institute. 2016)[5]"

Es necesario recordar que la información provista por el Instituto Guttmacher ha dado piso a la gran mayoría de los proyectos de aborto en Latinoamérica.
Nuestro país no fue la excepción, pues al comenzar la discusión de la despenalización del aborto en tres causales, el Instituto Guttmacher aventuraba la cifra de 160.000 abortos clandestinos anuales[6]. Por el contrario, es pertinente recordar los comentarios de esta cifra realizados en un estudio e investigación realizada por el Dr. Elard Koch:

"Un trabajo de 1990, basado en encuestas de opinión subjetivas con factores de expansión, estimó en Chile cifras tan abultadas como 160.000 abortos clandestinos por año. Sin embargo, una revisión de estas metodologías mostró que poseen escasa o nula reproducibilidad y están sometidas a sesgos de selección, memoria e ideología de los sujetos entrevistados, especialmente en el cálculo de un factor multiplicador que amplifica el número de egresos por aborto observados en instituciones de salud. Ejemplos en países que han modificado sus legislaciones, sugieren errores de estimación enormes. Por ejemplo, en el Distrito Federal de México, se estimaron pre-legislación más de 194.875 abortos por año; transcurridos más de 5 años post-legislación, las cifras de abortos

---

5 https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=18210&prmBOLETIN=17564-11, página 3, visitado 12/06/2025

6 https://www.guttmacher.org/es/report/aborto-inducido-en-chile#2, visitado 26/06/2025

provocados no han superado 20.000 por año. En Uruguay, se estimaron pre-legislación 33.000 abortos por año; luego del primer año de estadística completa post-legislación, la cifra total fue 6.676 abortos provocados. Aun suponiendo algún sub-reporte en los abortos legales de estos países, estos números muestran que tales metodologías, fallan en proveer estimaciones de aborto empíricamente plausibles[7]*"*

El mensaje plantea la preocupación por esta cantidad de abortos, las complicaciones sanitarias de su clandestinidad, la exposición de las mujeres a procedimientos judiciales, la presión de diversos organismos internacionales, etc. Un escenario nuevamente ficticio, con un número abultado y necesario para justificar este proyecto.

3. **Acerca de las Denuncias del delito de aborto en Chile:**

El proyecto de ley menciona respecto a la criminalización de las causas de aborto provocado lo siguiente:
"Estas cifras evidencian que las mujeres que abortan en la clandestinidad son sometidas al sistema penal, bajo el riesgo de ser condenadas y cumplir su condena en la cárcel. El mismo estudio evidenció que, entre el periodo 2020 a 2022, 444 personas fueron investigadas por el delito de aborto, y en 12 de estos procedimientos se aplicó la medida cautelar de prisión preventiva."

La investigación citada, da cuenta de 444 personas investigadas en 2 años, pero en realidad corresponde a un estudio realizado en **10 años, NO en 2**[8]. Esta clase de imprecisión nos preocupa, pues nos conduce a pensar y a cuestionar la veracidad de los argumentos y la premura de tramitar un proyecto de ley así.

También es muy importante destacar respecto de este estudio donde la mayoría de estas condenas no implicaron cumplimiento efectivo en prisión, ya que las penas suelen ser conmutadas por medidas alternativas, como la remisión condicional de la pena. En general, las penas por aborto consentido en Chile oscilan entre 541 días y 5 años de presidio, pero en la práctica, muchas de estas condenas se sustituyen por penas menores o medidas alternativas.
Por lo tanto, aunque existen condenas por aborto clandestino, el número de mujeres chilenas que actualmente cumplen penas de cárcel por esta causa es muy reducido[9]. En 10 años, solo 24 personas han sido condenadas por aborto

---

[7] https://sochog.cl/wp-content/uploads/2019/06/REVISTA_COMPLETA-VOL79-ED05.pdf, visitado 26/06/2025

[8] https://mileschile.cl/wp-content/uploads/2025/01/Criminalizacio%CC%81n-del-aborto-en-Chile.pdf, pagina 3, visitado 23/06/2025

[9] https://www.fastcheck.cl/2025/01/22/aborto-sin-causal-en-los-ultimos-10-anos-solo-24-personas-han-sido-condenadas-por-aborto-consentido/?utm_source=chatgpt.com#google_vignette

consentido. De ellas, 11 fueron mujeres. Ninguna de estas condenas implicó prisión efectiva: todas fueron sancionadas con penas sustitutivas, como libertad vigilada o remisión condicional.

Concluimos, por tanto; hoy, en Chile, no hay mujeres encarceladas por el solo hecho de abortar de manera ilegal. Aunque el aborto fuera de las tres causales sigue siendo un delito (artículo 344 del Código Penal), la aplicación práctica de la ley no ha resultado en cárcel efectiva para mujeres.

4. **Apoyo de organizaciones de la Sociedad Civil, Matronas**:

El proyecto alude a las Profesionales Matronas como un estamento que se ha sumado al esfuerzo por abogar por el establecimiento de políticas públicas que mejoren el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.
Las Matronas(es) y Enfermeras(os) Matronas de Chile no adhieren en su totalidad a la interrupción de una vida en gestación, no existe un compromiso del estamento porque se legalice esta clase de procedimientos y sí algún grupo que desempeña esta labor ha tomado el nombre de todos los profesionales de Chile, constituye una situación engañosa que no se apega a la verdad.

Fundamento

I. **El Aborto como un procedimiento SEGURO**; el texto afirma:

"La interrupción voluntaria del embarazo es un procedimiento de salud seguro y sin complejidad, que sólo genera riesgos para la salud de las mujeres cuando existen restricciones legales y otros obstáculos que impiden el acceso a métodos seguros".

Esta afirmación desconoce los datos y estudios que exponen los riesgos y complicaciones de los procedimientos abortivos siendo aún practicados en la legalidad.

El aborto médico puede alterar la inmunidad innata y se han presentado casos mortales de choque séptico tras el aborto médico con mifepristona y misoprostol[10] [11]. En un estudio que evaluó las muertes y efectos adversos tras el uso de mifepristona como abortivo durante los años 2000 a 2019 en Estados Unidos, evidenció una morbilidad y mortalidad significativas[12]. La hemorragia y la infección son las principales causas de morbilidad y mortalidad relacionadas con la mifepristona. [13][14]

Respecto de los abortos quirúrgicos, en los estudios que evalúan las complicaciones asociadas encontramos: hemorragias, atonía uterina, perforación uterina, laceraciones cervicales, sepsis, aborto retenido, problemas con la anestesia y la muerte. Su práctica a corto y largo plazo impacta negativamente en

---

[10] Fischer M, et al. Fatal toxic shock syndrome associated with Clostridium sordellii after medical abortion. N Engl J Med 2005;353:2352-60) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16319384/

[11] Aronoff DM, Hao Y, Chung J, Coleman N, Lewis C, Peres CM, Serezani CH, Chen GH, Flamand N, Brock TG, Peters-Golden M. Misoprostol impairs female reproductive tract innate immunity against Clostridium sordellii. J Immunol. 2008 Jun 15;180(12):8222-30. doi: 10.4049/jimmunol.180.12.8222. PMID: 18523288; PMCID: PMC2667109. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18523288/

[12] Aultman K, Cirucci CA, Harrison DJ, Beran BD, Lockwood MD, Seiler S. Deaths and Severe Adverse Events after the use of Mifepristone as an Abortifacient from September 2000 to February 2019. Issues Law Med. 2021 Spring;36(1):3-26. PMID: 33939340

[13] Gary MM, Harrison DJ. Analysis of severe adverse events related to the use of mifepristone as an abortifacient. Ann Pharmacother. 2006 Feb;40(2):191-7. doi: 10.1345/aph.1G481. Epub 2005 Dec 27. PMID: 16380436

[14] Miech, RP (2008). Alteración del sistema inmunitario innato por mifepristona y la toxina letal de Clostridium sordellii. *Journal of Organ Dysfunction* , *4* (2), 122–126. https://doi.org/10.1080/17471060701200402

la salud sexual y reproductiva de las mujeres, se ha evidenciado que el aborto inducido se asocia a desarrollo de patologías ginecológicas y obstétricas futuras como son el parto prematuro, placentación anormal, adherencias intrauterinas, embarazo ectópico, infección pélvica crónica e infertilidad, principalmente como resultado de un traumatismo en la cavidad uterina grávida[15] [16] [17]

El impacto negativo de las leyes de aborto en la salud sexual y reproductiva de las mujeres se ha visto reflejado en países como Finlandia, que legalizó el aborto en el año 1970 y en donde actualmente, de acuerdo con registros epidemiológicos, el riesgo de muerte por aborto inducido legal es casi cuatro veces mayor que el riesgo de muerte por parto. En los Estados Unidos, por ejemplo, la tasa de mortalidad por aborto inducido legal realizado a las 18 semanas de gestación es más del doble que la observada en mujeres que experimentan un parto vaginal. El aborto médico representa el 31% de los abortos en Estados Unidos, y se ha asociado con el 4 % de las muertes por aborto legal. La muerte por aborto quirúrgico puede ocurrir debido a hemorragia, sepsis, embolia pulmonar y complicaciones de la anestesia, como eventos cardíacos o cerebrovasculares[18].

El aborto impactaría también negativamente en la salud mental y emocional de las mujeres, generando un aumento en el riesgo de trastornos del estado de ánimo, suicidio y abuso de sustancias[19]

---

[15] (Thorp JM Jr. Public Health Impact of Legal Termination of Pregnancy in the US: 40 Years Later. Scientifica (Cairo). 2012;2012:980812. doi: 10.6064/2012/980812. Epub 2012 Dec 13)

[16] Hooker A, Fraenk D, Brölmann H, Huirne J. Prevalence of intrauterine adhesions after termination of pregnancy: a systematic review. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2016.

[17] Zane S, Creanga AA, Berg CJ, Pazol K, Suchdev DB, Jamieson DJ, Callaghan WM. Abortion-Related Mortality in the United States: 1998-2010. Obstet Gynecol. 2015 Aug;126(2):258-265. Pike GK. Abortion and Infertility. Issues Law Med. 2020 Fall;35(2):173-195. PMID: 33950600.

[18] Marmion PJ, Skop I. Induced Abortion and the Increased Risk of Maternal Mortality. Linacre Q. 2020 Aug;87(3):302-310. doi: 10.1177/0024363920922687. Epub 2020 May 12. PMID: 32699440; PMCID: PMC7350112. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7350112/#section12-0024363920922687

[19] . *Coleman PK. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. Br J Psychiatry. 2011 Sep;199(3):180-6. doi: 10.1192/bjp.bp.110.077230. PMID: 21881096.*

II. Disminución de la Mortalidad Materna, los ejemplos Argentina y Uruguay.

Argentina
El texto del mensaje afirma:

"La experiencia comparada nos indica que la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo reduce los riesgos para la vida y salud de las mujeres de manera significativa. Por ejemplo, en Argentina, desde la aprobación de la ley N° 27.610, que regula el acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo, las muertes relacionadas con abortos inseguros se redujeron en un 53% (Ministerio de Salud de Argentina, Estadísticas Vitales: Información Básica Argentina, 2023, pág. 129)"

Los datos aportados en el mensaje presidencial nada tienen que ver con lo mencionado en la fuente, es más, en la página 129, del documento citado, se habla de otro tema, encontrándose lo siguiente:

CUADRO 38: DEFUNCIONES DE MENORES DE 1 AÑO SEGÚN LOCAL DE OCURRENCIA[20].

Las estadísticas reales del ministerio de salud argentino, evidencian otra realidad[21] [22] [23] [24] [25] [26] [27] [28] [29] [30].
En las estadísticas del número de muertes maternas por aborto, están incluidos;

1. Embarazo ectópico, mola hidatiforme y feto muerto y retenido
2. Aborto espontáneo
3. Aborto médico, otro aborto, aborto no especificado e intento fallido de aborto

---

[20] https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie_5_nro_67_anuario_vitales_2023-version_final.pdf, visitado 8/07/2025

[21] https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie_5_nro_67_anuario_vitales_2023-version_final.pdf, visitado 26/06/2025
[22] https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie_5_nro_66_anuario_vitales_2022_3.pdf, visitado 8/07/2025
[23] https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie_5_nro_65_anuario_vitales_2021_-_web.pdf, visitado 8/07/2025
[24] https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5numero64_web.pdf, visitado 8/07/2025
[25] https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5numero63.pdf, visitado 8/7/2025
[26] https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5nro62.pdf, visitado 8/07/2025
[27] https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5nro61.pdf, visitado 8/07/2025
[28] https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5nro61.pdf, visitado 8/07/2025
[29] https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5numero59.pdf, visitado 8/07/2025
[30] https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie5nro58.pdf, visitado 8/07/2025

Los datos entregados en las estadísticas del Ministerio de Salud Argentino, se registran 23 muertes maternas en el año 2020 y 13 en el año 2021, lo que efectivamente representa una disminución de un 56%, sin embargo, luego esta cifra aumenta en los años 2022 y 2023, en un 38% con 18 muertes cada año, lo que representa no solo un aumento respecto del año 2021, sino una nula disminución en la mortalidad materna por aborto en los siguientes años de implementación de la ley.

Uruguay:
El mensaje presidencial, también considera como fundamento las estadísticas de salud Materna en Uruguay.

"Por su parte, en Uruguay la Ley de Interrupción Voluntaria del embarazo logró reducir a cero los fallecimientos a causa de abortos, siendo el país que presenta la menor tasa de mortalidad materna en América Latina (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2019)[31]*".*

En el proyecto de Ley se menciona que Uruguay tiene la tasa de mortalidad materna más baja de la región y se subentiende, que esto estaría dado por la implementación del aborto libre amparado por ley.

Esta información no correspondería a la realidad, ya que según los datos publicados por la OMS[32] actualizados al 2025; la tasa de mortalidad materna de Latinoamérica es de 58,5 x 100 mil nacidos vivos, la de Uruguay de 15,3 x 100 mil nacidos vivos y la de Chile de 9,9 por 100 mil nacidos vivos es decir 49 puntos más abajo de la de la región y 5 más bajos que la de Uruguay aun sin Ley de aborto libre

Por lo tanto, legislar y aprobar la realización de abortos a petición en Chile, no se justifica bajo la premisa de bajar la tasa de mortalidad materna, pues este indicador en nuestro país es menor que el de todos los países vecinos que si tienen aborto libre regulado, como por ejemplo, Argentina que hoy exhibe una tasa de mortalidad materna de 33,2 por 100 mil nacidos vivos, Colombia 59,4, Venezuela 226,7 y Brasil 66,9.

También al respecto debemos realizar las siguientes observaciones: en Uruguay la intervención voluntaria del embarazo fue legalizada en el año 2013, sin

[31] https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=18210&prmBOLETIN=17564-11, visitado 8/7/2025
[32] https://data.who.int/indicators/i/C071DCB/AC597B1

embargo, ya en el año 2008 la Mortalidad Materna por aborto era de 0[33]. Por lo tanto, podemos concluir que: primero, no existía justificación de legalización de la IVE por causa de mortalidad materna por aborto de acuerdo con las estadísticas proporcionada y segundo, que la baja Mortalidad Materna obedece a otros factores no vinculados con la ejecución de abortos bajo un alero legal. Las muertes por aborto si se produjeron en los siguientes años por causa de la interrupción voluntaria del embarazo[34], a pesar que la natalidad continuó en disminución y la mortalidad materna siguió siendo una de las más bajas de la región.

III. Efecto de la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo, en la frecuencia de estos.

El mensaje afirma:

"De esta manera, las cifras demuestran que regular la interrupción del embarazo no hace que esta se masifique, sino que, por el contrario, reduce el número de mujeres que recurren a soluciones clandestinas y peligrosas"

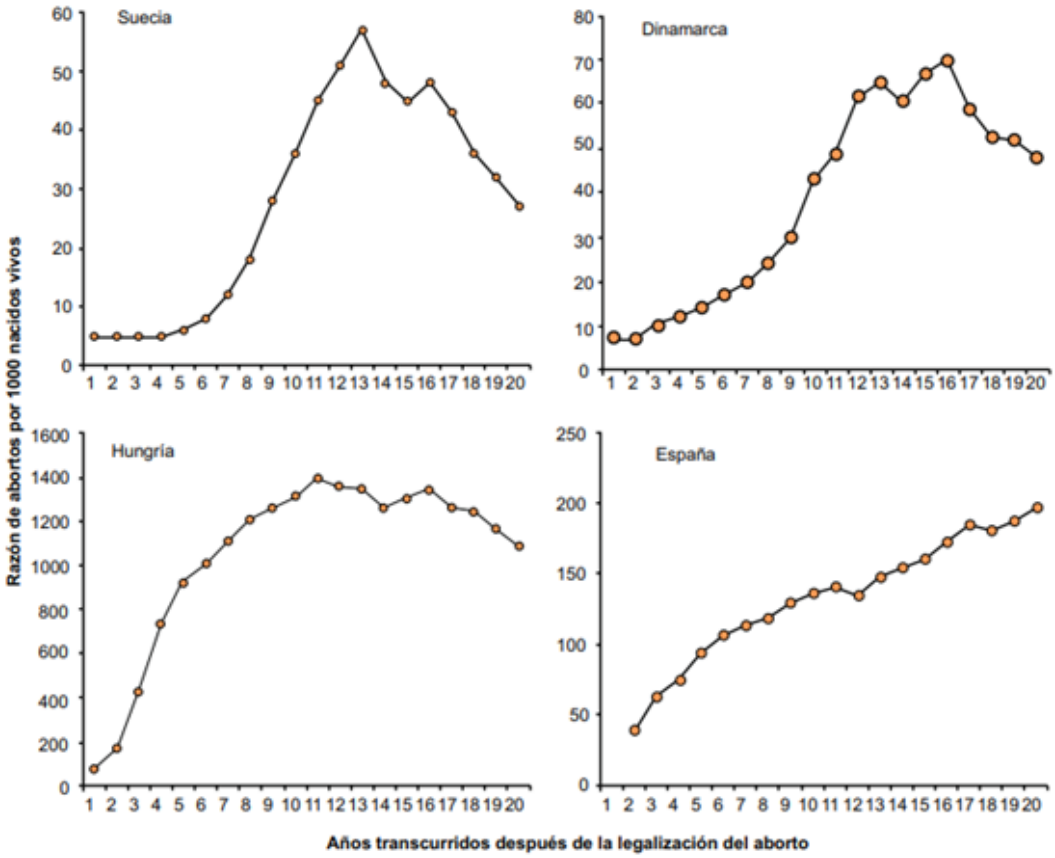
El proyecto asegura regular la interrupción del embrazo no hace que esta se masifique, sin embargo, se ha constatado a nivel mundial el aumento de la práctica de abortos luego de su legalización. "*La legalización del aborto incrementa su incidencia al menos durante las primeras dos décadas. El número de abortos provocados antes de su legalización será siempre menor que después de su legalización*[35]*"*

---

[33] https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2021-01/Respuesta%20y%20resoluci%C3%B3n%20parcial%20Jorge%20Alvear%20%281%29_removed%20%281%29.pdf, visitado 9/07/2025

[34] https://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2023/12/2021b-Aborto-en-Cifras.pdf, visitado 8/7/2025

[35] Koch E, Aracena P, Bravo M, et al. Deficiencias en la estimación de abortos para Latinoamérica: Respuesta de los autores a Singh y Bankole. Ginecol Obstet Méx. 2012;80 (11):740-747. https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2012/gom1211j.pdf



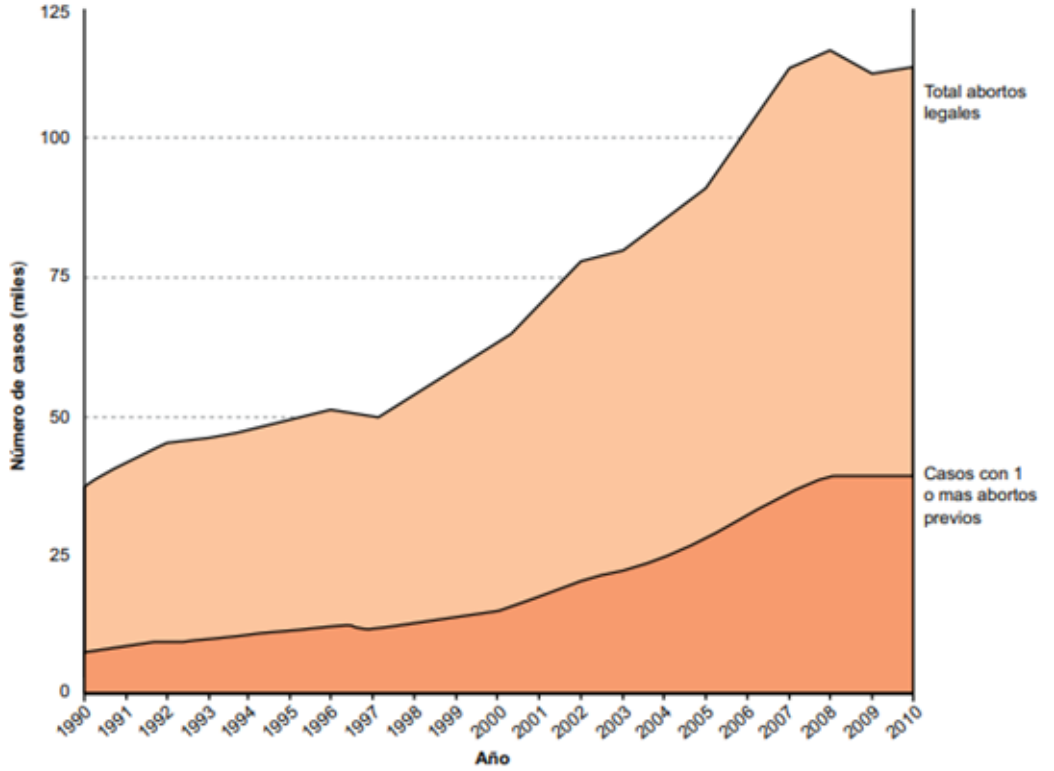


Figura 5. Evolución del número de abortos voluntarios anteriores al actual en España desde 1990 a 2010 de acuerdo a cifras oficiales del país [20]. Del total de abortos realizados en 1990, 20% corresponde a casos con uno o más abortos previos. Esta cifra aumenta a 35% del total de abortos en 2010.

IV. Respecto de la Tasa de natalidad adolescente[36](Número anual de nacimientos en mujeres entre 10 y 19 años por cada mil mujeres en ese mismo grupo etario)

Las cifras son las siguientes:

- Chile: 6,3
- Argentina: 25,8
- Brasil: 40
- Colombia: 39,4
- Venezuela: 73,8
- Uruguay: 23,1

Nuestro país tiene la tasa de natalidad adolescente más baja de la región sin tener ley de aborto libre. Lo que refleja la falsedad de necesitar una ley de aborto libre para mejorar estos indicadores sanitarios.

El proyecto de ley afirma (pág. 18)

"Por otra parte, de acuerdo con la Décima Encuesta Nacional de Juventudes, en el año 2022, el 19,8% de las jóvenes entre 15 y 29 años en Chile había vivido una experiencia de embarazo no planificado (Instituto Nacional de la Juventud, 2022, p. 111)"

Los datos correctos de esta encuesta son los siguientes. De los 9.700 encuestados de 15 a 29 años, se han iniciados sexualmente 6.238, lo que corresponde a un 64%. De los iniciados sexualmente, sólo 1.201, es decir el 19,2%, declararon haber tenido un embarazo no intencionado. El porcentaje real que ha tenido un embarazo no intencionado, respecto del total de los encuestados de este grupo etario es de un 12,3 %. Es decir, un 7,5% menos de lo informado en el proyecto de ley.

Ahora bien, al consultarles directamente por el aborto voluntario, sólo 126 dijeron haberse sometido a uno, lo que nos indica que un 10.49% de esos embarazos no intencionados terminaron en aborto inducido[37]. Es importante este número, pues si se pregunta de forma completamente anónima, no habría motivos para tener un subregistro en este resultado.

[36] https://data.who.int/es/indicators/i/24C65FE/27D371A

[37] https://www.injuv.gob.cl/encuestanacionaldejuventud

```
. summarize P90 if P90 >= 10 & P90 <= 50, detail
```

P90

Percentiles		Smallest		
1%	14	12		
5%	15	13		
10%	15	13	Obs	1,172
25%	17	13	Sum of Wgt.	1,172
50%	19		Mean	19.55546
		Largest	Std. Dev.	3.476577
75%	22	29		
90%	25	29	Variance	12.08659
95%	26	30	Skewness	.534584
99%	28	33	Kurtosis	2.719484

P91	Freq.	Percent	Cum.
1. Si	126	1.30	1.30
2. No	3,431	35.37	36.67
NS/NR	26	0.27	36.94
No aplica	6,117	63.06	100.00
Total	9,700	100.00	

V. Derecho al acceso a la Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

Nuestra Constitución[38] en su artículo 19, N° 9, establece lo siguiente:

"El derecho a la protección de la salud*.*

El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de ***promoción****,* ***protección*** *y* ***recuperación*** *de la salud y de* ***rehabilitación*** *del individuo.*
Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.
Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.
Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado"

El mensaje presidencial realiza una extensa reflexión acerca de la importancia del derecho a la Salud, de cada ser humano y del ejercicio de los Derechos sexuales y Reproductivos, entendidos respecto de un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos (definición ONU).

Sin embargo, el planteamiento del mensaje no tiene por meta proponer una acción destinada a promover, proteger, recuperar o rehabilitar la salud, sino a la implementación de acciones destinadas a terminar con la vida del niño que está en gestación.

Se apela a la autonomía de la mujer sobre el propio cuerpo, y a las situaciones en que no estaría en ejercicio de sus derechos reproductivos, como es el caso del embarazo no planificado.

El mensaje presidencial presenta argumentos tales como:

"En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de ***disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos****; y de procrear con la libertad para decidir si hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición "lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su*

[38] https://www.camara.cl/camara/doc/leyes_normas/constitucion.pdf

elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos"(ONU, Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, 1995, párr. 94)"

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

Es necesario entonces preguntarnos, ¿Debe el estado hacer esto?

¿Es deber el estado garantizar que cada persona tenga una vida sexual satisfactoria?

¿Debe el estado garantizar que cada persona tenga una vida sexual sin riesgos?

¿Debe el estado garantizar que cada individuo pueda procrear con libertad para decidir si hacerlo, cuando y con qué frecuencia?

¿Es éste un rol del Estado?

Si la autonomía debe ser ejercida por cada individuo, respecto de las acciones que realiza con su propio cuerpo, entonces; ¿cómo el estado podría intervenir en asuntos tan privados y que tienen tanto que ver con aspectos íntimos del ser humano?

El proyecto, por tanto, plantea que el compromiso del estado chileno respecto de garantizar que estás premisas sean alcanzadas, debe llegar a tal punto que aun ejerciendo cada individuo de manera libre, acciones en su vida sexual previo a la presencia de una gestación, el estado también debe intervenir si se ha producido un embarazo, poniendo a disposición de las personas el aborto.

Se exalta entonces el ejercicio de un derecho, al costo que sea, aunque este costo sea Humano.

El proyecto plantea que la existencia de un embarazo no planificado implica un obstáculo en el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Para dar sustento a este planteamiento, el mensaje recurre a dos estadísticas:

I. *"Según un informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Población, entre el año 2015 y 2019, 70 de cada 1.000 mujeres embarazadas de entre 15 y 49 años, declararon que su embarazo era no intencional",*

De acuerdo con este estudio, los embarazos no intencionales ocurridos entre los años 2015 y 2019 serían de un 7%.

Luego también plantea el mensaje

II. *"de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género 2022-2023[39], ante la pregunta "¿uno o más de los embarazos que tuvo no fue planificado o no estaba previsto que ocurriera?", el 47,7% de las mujeres de 18 años y más respondió haber tenido un embarazo no planificado"*

Cifras como un 47,7%, son bastante elevadas. La mitad de las mujeres de 18 años y más, ha tenido un embarazo no planificado.

Esta clase de estadísticas, son importantes, sobre todo cuando vinculamos la cifra con la eficacia de los métodos[40] utilizados en Chile y que son provistos por el estado a través del sistema de salud.

Entonces; ¿cuál es el factor que conduce a la cifra del 47,7%?

En lo que respecta al rol del estado, proveer la atención de salud correspondiente a este aspecto, es un factor fundamental.

Ahora, lo que el estado no puede prever, y que es pertinente al ámbito más privado de las personas, es la decisión que cada individuo toma frente a la actividad sexual.

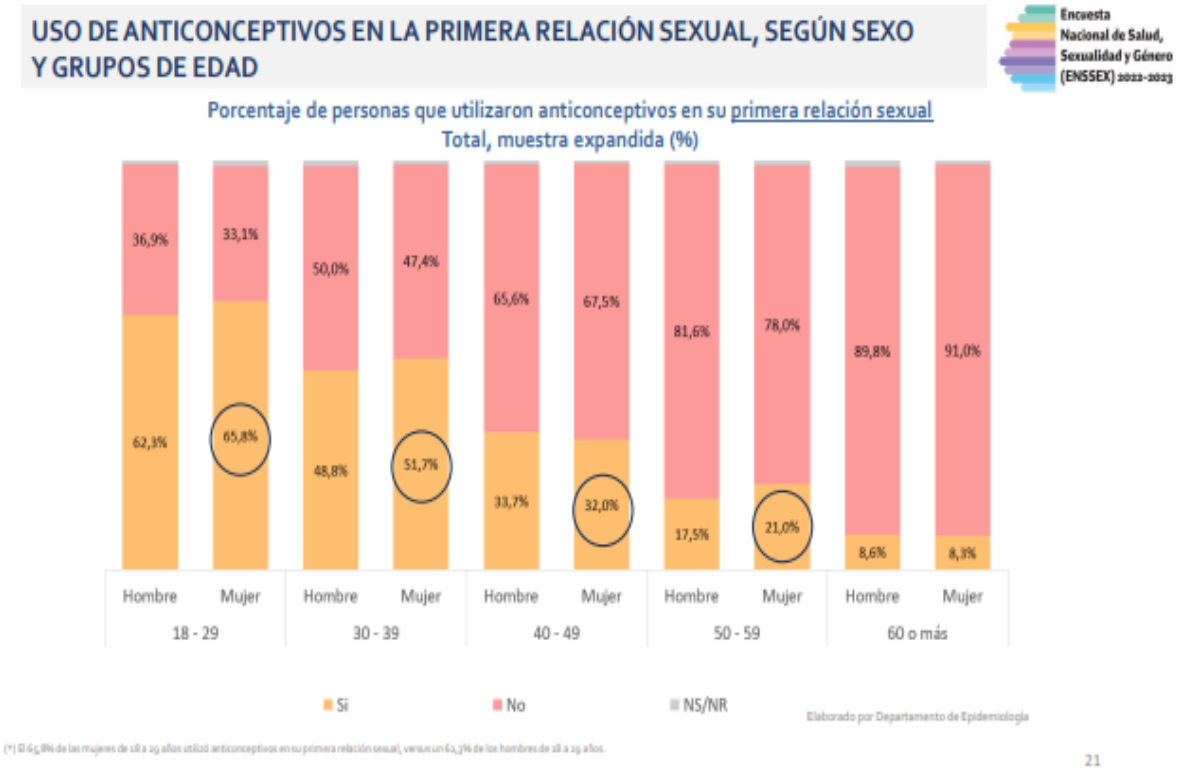
En esta misma Encuesta Nacional de Salud, Sexualidad y Género[41] se pregunta acerca del uso de anticonceptivos en la primera relación sexual.

---

[39] https://aprofaeduca.cl/wp-content/uploads/2024/02/Encuesta-nacional-de-salud-sexualidad-y-genero.-Segundos-resultados.pdf

[40] https://www.acog.org/womens-health/infographics/eficacia-de-los-metodos-anticonceptivos

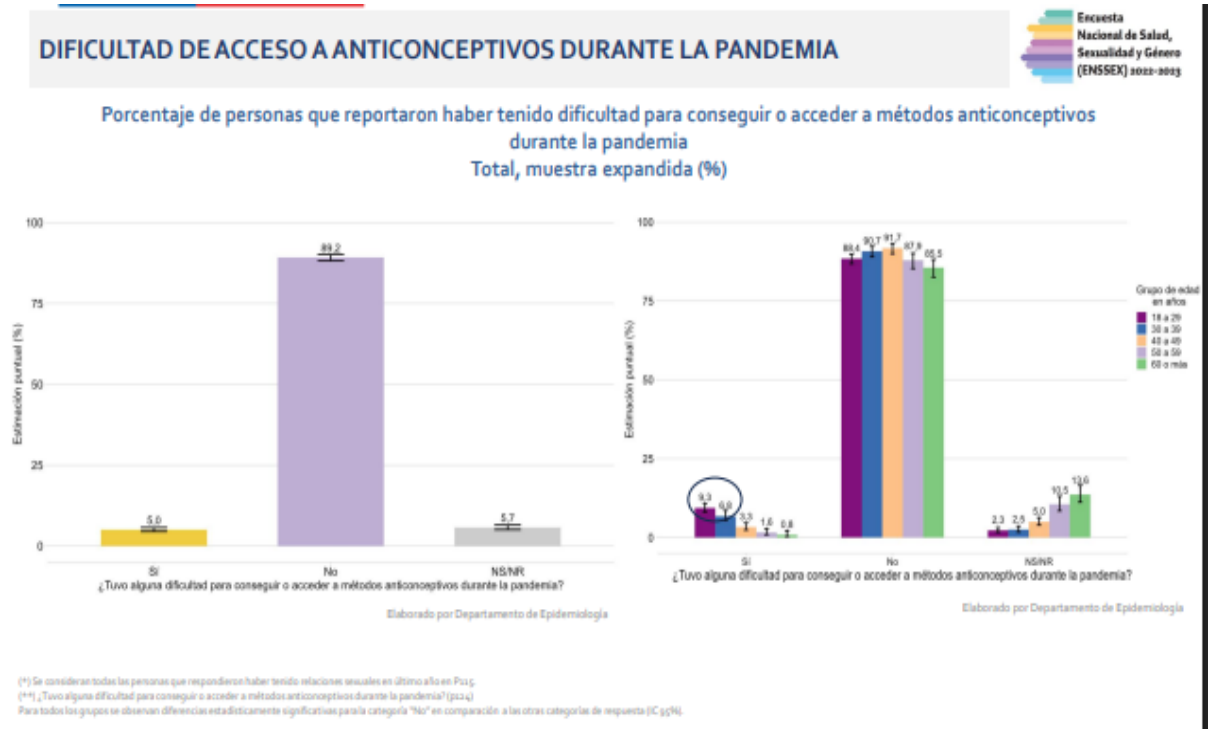
[41] https://aprofaeduca.cl/wp-content/uploads/2024/02/Encuesta-nacional-de-salud-sexualidad-y-genero.-Segundos-resultados.pdf



(*) El 65,8% de las mujeres de 18 a 29 años utilizó anticonceptivos en su primera relación sexual, versus un 62,3% de los hombres de 18 a 29 años.

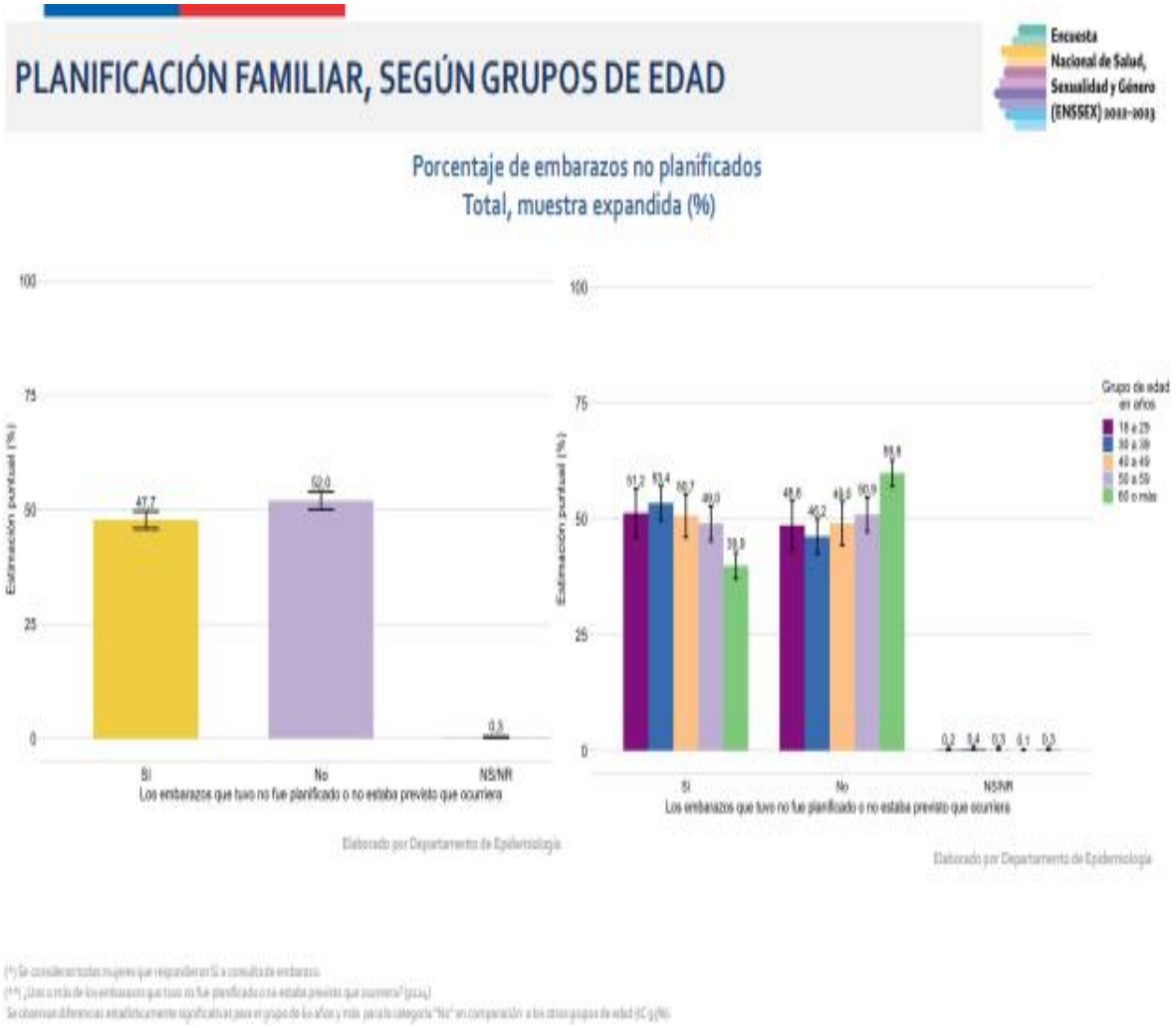
Podemos elaborar algún tipo de respuesta a partir de estos resultados, pues desde los 18 hasta los 50 años, el 49,3 % de las mujeres y el 50.8% de los hombres, decidieron no usar algún método anticonceptivo en la primera relación sexual.

El siguiente gráfico de esta misma encuesta evidencia que no existen problemas en el acceso a anticonceptivos.



Respecto del acceso a los métodos anticonceptivos, la pregunta se refiere a la existencia de dificultades de acceso en la pandemia. Recordemos que el libre tránsito estuvo restringido, y controlado a través de escasos permisos. La respuesta es concluyente un 89, 2% no tuvo dificultad para acceder a estos métodos.

Luego llegamos al 47, 7 %, que representan los embarazos no planificados.

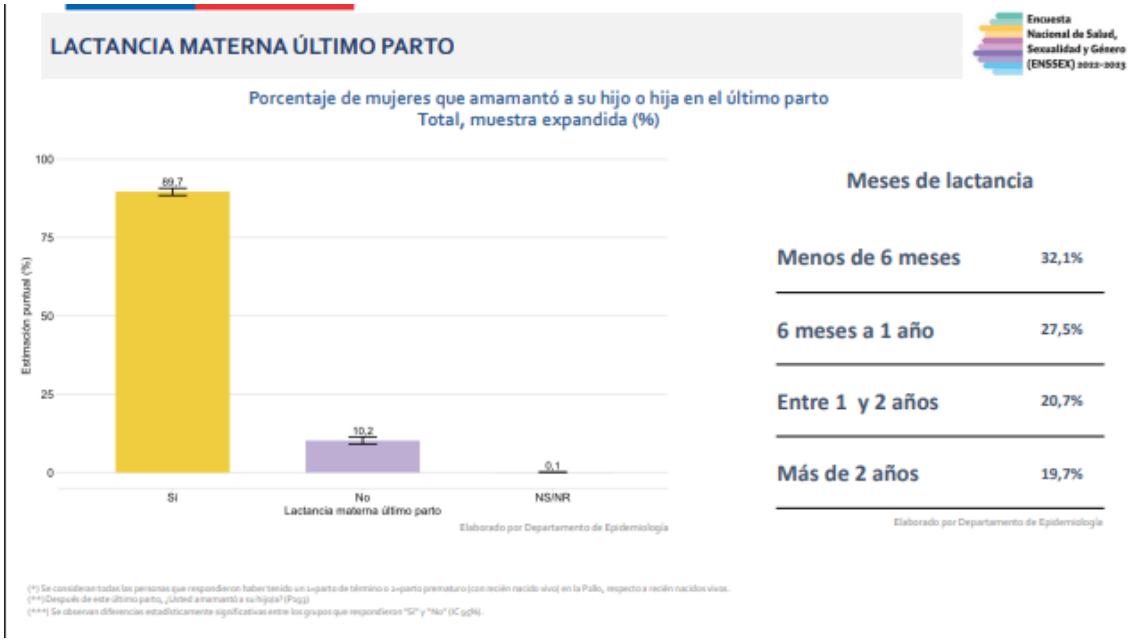


Si las personas deciden entonces evitar el uso de un método anticonceptivo, sabemos que el acceso a ellos es de casi del 100%. El 47,7% de los embarazos considerados no planificados, deben ser enfrentados por el estado, como quién recoge el guante en un desafío vital de sobrevivencia?

Entonces es cuando nos debemos preguntar, ¿hasta dónde el estado debe intervenir?, o ¿a qué precio?

Se presenta en el mensaje presidencial, un verdadero compromiso internacional con la despenalización de la interrupción del embarazo a petición, sin embargo, vemos en la misma estadística expuesta por el gobierno, cómo enfrentan las

mujeres chilenas este embarazo no planificado. En la pregunta acerca de lactancia materna en el último parto, los índices son más del 90%, lo cual es muy alto. Es decir, no solo se produce la aceptación del hijo, sino que el compromiso total con su crianza.



El proyecto afirma que permitir el acceso al aborto:

"A*segura la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres, brindando el "derecho a tomar decisiones autónomas sobre el cuerpo, el plan de vida, y la salud sexual y reproductiva, libre de toda violencia, coacción y discriminación"*

La legalización del aborto agudiza una problemática social asociada a la discriminación y falta de apoyo a la maternidad. Una ley de aborto no soluciona las causas que llevan a las mujeres a abortar, que muchas veces están vinculadas a una presión social, y falta de apoyo integral a la mujer embarazada por parte de la sociedad y el Estado. Un estudio chileno en una cohorte de 3.134 mujeres con gestaciones no planificadas en riesgo de aborto constató que la coerción al aborto por parte de padres o pareja (44,4%) era una de las principales causas que incitaban a las mujeres a abortar, junto a la interferencia con expectativas de vida (22,8%) y ocultamiento del embarazo por temor a reacción de padres o pareja (20,4%)[42].

[42] Koch E. Abortion prevention programs in Chile. Conference at the United Nations, September 19, New York, 2013)

Las leyes de aborto no entregan verdaderamente la autonomía sexual y libertad reproductiva que promete a las mujeres, sino que más bien agudiza las causas subyacentes de los abortos, como son la violencia intrafamiliar, el abuso sexual, la desventaja socioeconómica y los problemas de salud mental. En Nueva Zelanda por ejemplo un estudio demostró una alta prevalencia de violencia familiar entre las mujeres que acuden a una clínica de aborto[43].

VI. Las Estadísticas Vitales de Chile, y las posibles consecuencias del aborto libre.

Como Profesionales Matronas(es) y Enfermeras(os) Matronas(es), debemos exponer todas las aristas que comprometería una ley de esta envergadura. Una decisión responsable debe reflexionar todos los antecedentes que permitan asumir el apoyo o rechazo de este proyecto de ley y uno fundamental es la situación demográfica de nuestro país.

En una publicación reciente del Instituto Nacional de Estadísticas[44], se realiza un certero análisis de nuestras condiciones demográficas, que deseamos compartir a continuación;

Resumen Nacimientos e Indicadores 2022 – 2023p

• *Las cifras de 2022 y 2023(p), muestran un descenso de los nacimientos de un 8%.*

• *Se observa también un descenso de la fecundidad en todos los grupos de edad de las madres entre 2022 y 2023(p), excepto el grupo 45-49 años.*

• *Respecto de la Tasa Global de Fecundidad, esta también presenta un descenso entre los años 2022 y 2023*

---

[43] Whitehead A, Fanslow J. Prevalence of family violence amongst women attending an abortion clinic in New Zealand. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2005 Aug;45(4):321-4. doi: 10.1111/j.1479-828X.2005.00420.x. PMID: 16029301

[44] https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/presentaci%C3%B3n-de-resultados/estad%C3%ADsticas-vitales-2022-y-provisionales-2023.pdf?sfvrsn=6eb3fce1_4

Tabla 1: Total de nacimientos y principales indicadores de natalidad y fecundidad 2022-2023(p)

	Año	
	2022	**2023 (P)**
Nacimientos Ocurridos e inscritos	189.303	174.067
Tasa bruta de natalidad (x1.000 habitantes)	9,6	8,7
Tasas específicas de Fecundidad (x1.000 mujeres)		
15-19 años	12,2	11,0
20-24 años	46,8	43,7
25-29 años	64,6	59,7
30-34 años	67,2	60,7
35-39 años	46,1	42,9
40-44 años	13,2	12,8
45-49 años	0,9	1,0
Tasa Global de Fecundidad	1,25	1,16

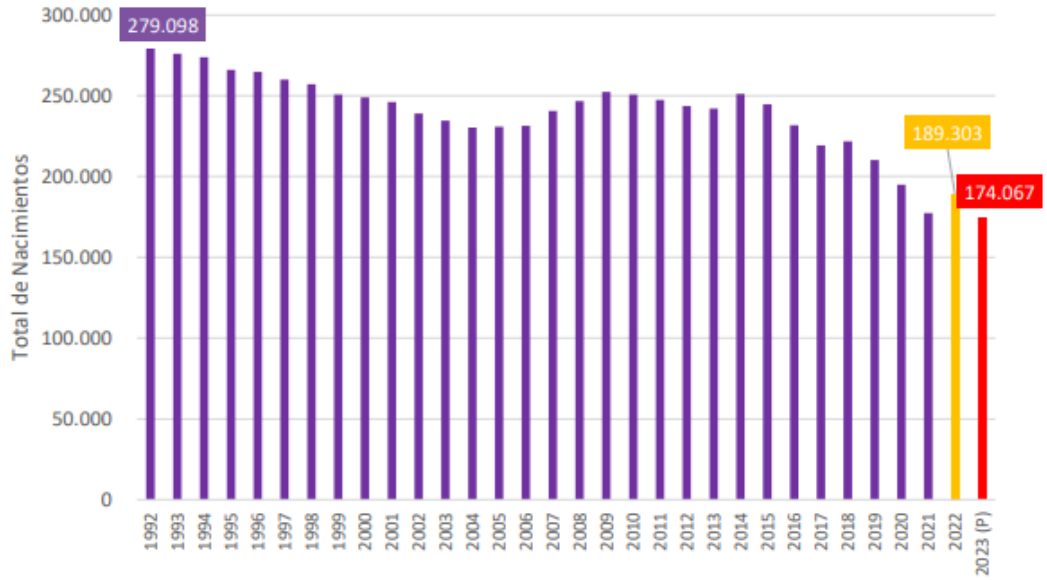
FUENTE: INE, en base a Estadísticas Vitales y Estimaciones y Proyecciones de Población a nivel nacional base Censo 2017.

Las tasas específicas han sido calculadas usando los nacimientos corregidos en los años 2022. Para el año 2023 se utilizaron los nacimientos observados.

Nacimientos y tasa bruta de natalidad 1992-2023p.

• *En 1992 los nacimientos en Chile alcanzaron a los 279.098 casos, treinta años más tarde, en 2022 la cifra llegó 189.303 nacidos vivos, lo que representa una caída en un 32,2% (89.795 nacimientos menos), si se compara con 2023p cuando nacieron 174.067 personas, la diferencia es del orden de 105.031 nacimientos menos, es decir una caída de un 37,6%.*

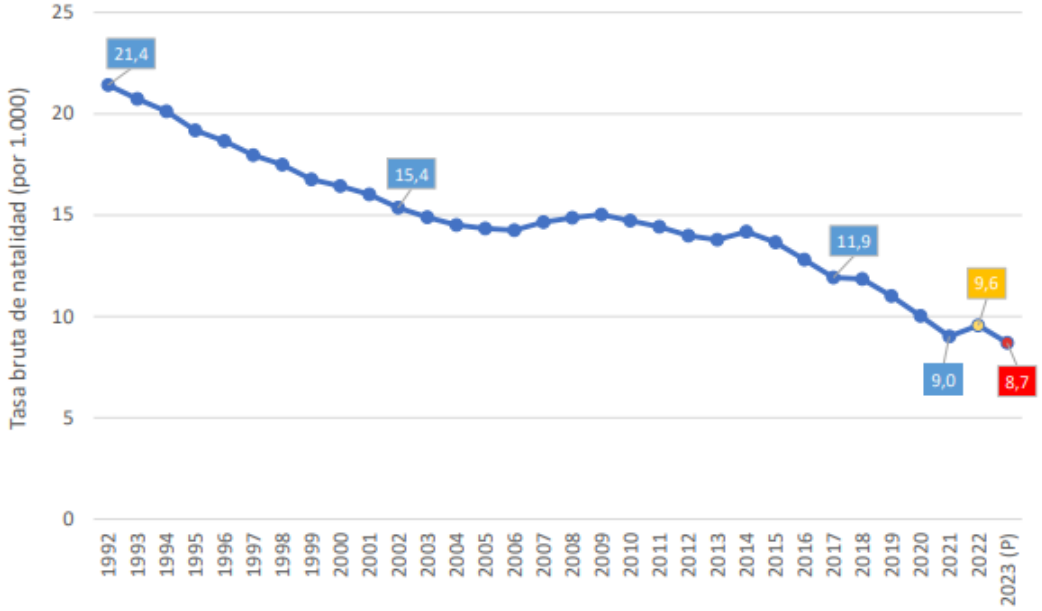
Gráfico 1: Total de nacimientos, 1992-2023(p)



FUENTE: INE, en base a Estadísticas Vitales.

(p): Datos provisionales.

Gráfico 2: Tasa bruta de natalidad, 1992-2023(p)



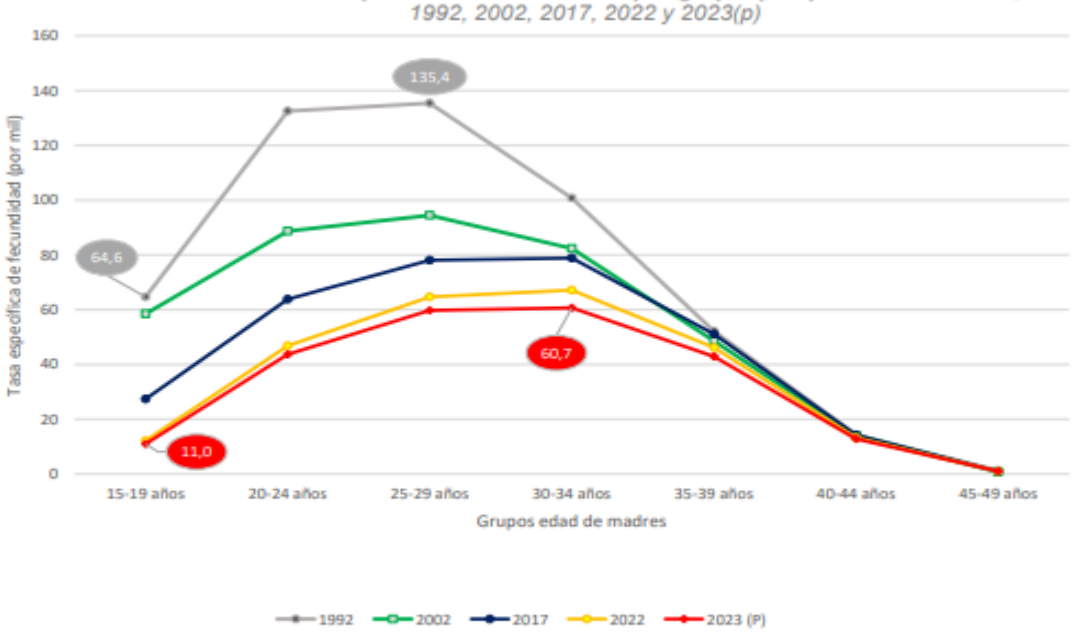
FUENTE: INE, en base a Estadísticas Vitales y Estimaciones y Proyecciones de Población a nivel nacional base Censo 2017.

(p): Datos provisionales.

Tasas específicas de fecundidad 1993 – 2023p

- *La fecundidad adolescente en los últimos 30 años ha disminuido casi 6 veces*
- *Retraso de la fecundidad de las mujeres hacia edades más tardías.*
- *La edad media de la fecundidad pasó de 27 años en 1993 a 30 años en 2023(p).*

Gráfico 3: Tasas específicas de fecundidad por grupo quinquenal de la madre, 1992, 2002, 2017, 2022 y 2023(p)



FUENTE: INE, en base a Estadísticas Vitales y Estimaciones y Proyecciones de Población a nivel nacional base Censo 2017.

Las tasas específicas han sido calculadas usando los nacimientos corregidos en los años 1993, 2003, 2013 y 2017. Para el año 2023 se utilizaron los nacimientos observados.

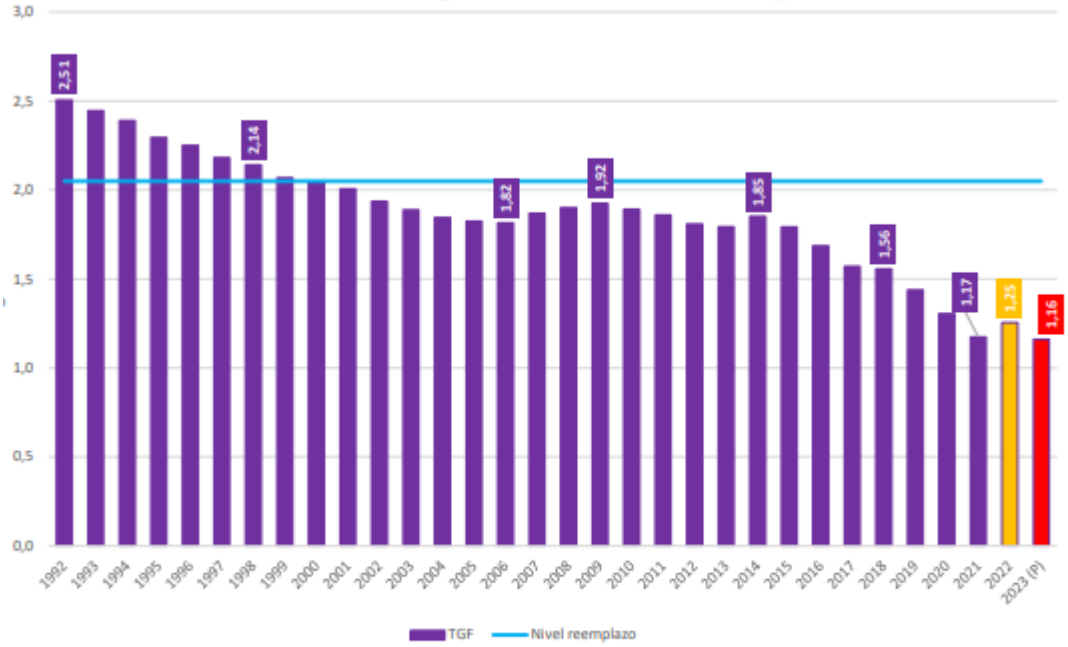
(p): Datos provisionales.

Evolución de Tasa Global de Fecundidad (TGF) 1992 – 2023p

• *El año 1999, fue el último año en donde la TGF en Chile alcanzó el valor de reemplazo de 2,1 hijos por mujer, a partir de entonces ha descendido, con pequeñas oscilaciones, sin volver a recuperar dicho nivel.*

• *En todo el periodo 1992-2023(p), la caída de la Tasa Global de Fecundidad fue de 53,7%*

Gráfico 4: Tasa global de fecundidad, 1992-2023(p)



FUENTE: INE, en base a Estadísticas Vitales y Estimaciones y Proyecciones de Población a nivel nacional base Censo 2017.

La TGF ha sido calculada usando los nacimientos corregidos entre los años 1992 a 2022. Para el año 2023 se utilizaron los nacimientos observados.

(p): Datos provisionales.

Tasa Global de Fecundidad: Situación de Chile en el mundo (2023)

• *Chile es uno de los países que cuenta con una de las más bajas tasas en el mundo, posición 222 de 236, existiendo solo 14 países o territorios en el mundo con una TGF menor a la chilena, de los cuales 8 están por debajo de 1 hijo por mujer.*

Tabla 2: Ranking de países/territorios según Tasa Global de Fecundidad 2023

Ranking	País/Territorio	TGF
1	Somalia	6,13
2	Chad	6,12
3	Niger	6,06
4	Rep. Democrática del Congo	6,05
5	República Centroafricana	6,01
75	Haití	2,66
80	Bolivia	2,55
110	Venezuela	2,08
116	Perú	1,98
144	Colombia	1,65
149	Estados Unidos	1,62
171	Argentina	1,50
215	España	1,21
222	Chile	1,16
223	San Marino	1,15
224	Malta	1,10
225	Andorra	1,08
226	Curazao	1,07
227	Islas Vírgenes Británicas	1,04
228	China	1,00
229	Ucrania	0,98
230	Singapur	0,94
231	Puerto Rico	0,94
232	Taiwán	0,87
233	San Bartolomé (Países Bajos)	0,80
234	Corea del Sur	0,72
235	Hong Kong (China)	0,72
236	Macao (China)	0,66

FUENTE: Elaboración propia basado en (NU) World Population Prospects, Revisión 2024, e INE, Estadísticas Vitales y Estimaciones y Proyecciones de Población a nivel nacional base Censo 2017

Esperanza de vida al nacer

• *Chile es uno de 56 países/territorios que tienen una esperanza de vida sobre 80 años (posición 44 de 236), siendo el país con la esperanza de vida al nacer más alta de Latinoamérica.*

Tabla 4: Ranking de países/territorios según Esperanza de vida al nacer 2023

Ranking	País/Territorio	EVN
1	Mónaco	86,37
2	San Marino	85,71
3	Hong Kong (China)	85,51
4	Japón	84,71
5	Corea del Sur	84,33
6	San Bartolomé (Países Bajos)	84,29
7	Países Bajos	84,07
8	Andorra	84,04
9	Suiza	83,95
10	Australia	83,92
13	España	83,67
44	Chile	81,39
50	Costa Rica	80,80
62	Estados Unidos	79,30
72	Uruguay	78,14
73	Cuba	78,09
80	Perú	77,74
81	Colombia	77,72
86	Argentina	77,39
146	Venezuela	72,51
181	Bolivia	68,58
209	Haití	64,94
230	Malí	60,44
231	Somalia	58,82
232	Sudán del Sur	57,62
233	República Centroafricana	57,41
234	Lesotho	57,37
235	Chad	55,07
236	Nigeria	54,46

FUENTE: Elaboración propia basado en (NU) World Population Prospects, Revisión 2024, e INE, Estadísticas Vitales y Estimaciones y Proyecciones de Población a nivel nacional base Censo 2017.

Nuestras cifras son alarmantes respecto del futuro demográfico. Debiesen estás cifras, ser consideradas para evaluar la situación que enfrentará nuestro país en las siguientes décadas. *Chile se encuentra en una etapa avanzada de envejecimiento poblacional, con una baja fecundidad, situándose bajo la tasa de reemplazo (con una Tasa Global de Fecundidad menor a 2,1) desde inicios de la década del 2000 y un bajo nivel de mortalidad, con un aumento sostenido de la esperanza de vida al nacer. Las proyecciones de población en base al Censo 2017 dan cuenta que estos fenómenos se acentuarán con el paso del tiempo, lo cual conllevaría a que en 2050 en Chile se proyecten 176 mayores de 64 años por cada 100 menores de 15 años*[45].

Las decisiones y proyectos que el Estado de Chile debería respaldar, asumir y trabajar debiesen estar orientadas al apoyo y fomento de la natalidad. Ese en realidad debería ser el foco. Decisiones y políticas gubernamentales que estimulen el crecimiento de población, apoyando a las mujeres de nuestro país, a las familias, creando estabilidad económica, seguridad laboral, fortaleciendo los programas de salud que tienen cobertura pregestacional, gestacional y post gestacional, etc.

[45] https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales

VII. Análisis ético desde una perspectiva personalista

El proyecto de ley se construye, considerando a la mujer, los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos, organismos nacionales e internacionales que apoyan la idea de legislar, sin embargo, nada, nada se habla o reflexiona acerca del valor que tiene la vida del niño en gestación, que será eliminada en el acto de abortar.

Para AMEMP, las consideraciones respecto del Niño no nacido son esenciales.

1. La dignidad de la persona como fundamento irrenunciable

Desde la bioética personalista, la dignidad humana no es un atributo concedido ni una cualidad adquirida: es un valor ontológico, es decir, radicado en el ser mismo de la persona. No depende de la conciencia, de la funcionalidad biológica ni de la viabilidad; se afirma por el solo hecho de ser humano. En esta perspectiva, la dignidad no se construye ni se pierde: se reconoce como un dato primero, previo a toda atribución jurídica o social. Es inherente, inalienable e irreductible.

Así comprendida, la vida humana, desde el instante de la concepción hasta la muerte natural, posee un valor absoluto, incondicionado y no instrumentalizable. Su respeto no admite graduaciones ni excepciones, porque la persona es siempre un fin en sí misma, nunca un medio para otro fin. La ley, el consenso mayoritario o los criterios de utilidad no tienen poder alguno para fundar o suprimir esa dignidad: sólo pueden custodiarla o traicionarla.

El documento de AMEMP recoge fielmente este principio al afirmar que el niño en gestación no es un "posible humano", sino un ser humano real, en etapa de desarrollo, y por tanto sujeto de derechos. Su estatuto ético no depende de su tamaño, su nivel de desarrollo o su dependencia, sino de su condición de persona. Por ello, no puede ser considerado una simple "parte del cuerpo" de la madre, sino un ser distinto, aunque íntimamente vinculado a ella, que merece ser acogido, respetado y protegido.

Aceptar esta verdad obliga a replantear cualquier propuesta legislativa que, bajo la apariencia de autonomía o progreso, permita la eliminación deliberada de una vida humana inocente. Hacerlo no solo contradice el principio de inviolabilidad de la vida, sino que vulnera la esencia misma de la justicia, que consiste, como

recordaba Ulpiano, en dar a cada uno lo suyo. Y lo que le es debido al más indefenso de los seres humanos es, en primer lugar, el derecho a vivir.

2. Autonomía y responsabilidad ante la vida del otro

El proyecto de ley presentado por el Ejecutivo se sostiene sobre la noción de autonomía, entendida como el derecho de la mujer a decidir sobre su cuerpo y su salud reproductiva. No cabe duda de que la autonomía constituye un valor fundamental en la ética contemporánea y una expresión legítima de la libertad personal. Sin embargo, desde la perspectiva personalista, la autonomía no es un principio absoluto ni ilimitado. Está siempre enmarcada por la responsabilidad hacia los otros y, más aún, por el reconocimiento del valor irreductible de toda ser humano.

En el caso del embarazo, no estamos ante un cuerpo homogéneo o un solo sujeto moral, sino ante una relación dual profundamente asimétrica, en la que un ser humano completamente vulnerable depende de otro para su subsistencia. El ser humano en gestación no es una parte del cuerpo materno, sino un tercero con identidad biológica, genética y moral propia, cuyo derecho a vivir no puede quedar subordinado a la voluntad de otro, aun cuando ese otro sea su madre.

Aceptar que la libertad de uno pueda extenderse al punto de anular la existencia de otro, y más aún, de aquel cuya voz no puede oírse, es pervertir el sentido ético de la libertad, que no consiste en hacer lo que se quiere, sino en hacer el bien que se debe. El principio de autonomía, cuando se desliga de la responsabilidad, degenera en arbitrariedad. Y cuando se invoca para justificar la supresión de una vida inocente, se convierte en un poder destructor que contradice su vocación originaria: ser fundamento de una convivencia respetuosa y solidaria.

El Estado, al legalizar la interrupción voluntaria del embarazo, no está protegiendo un derecho, sino legitimando la vulneración de otro derecho aún más fundamental: el derecho a la vida. Su misión no es neutralizar los conflictos éticos, sino proteger a los más débiles, especialmente cuando no pueden defenderse por sí mismos. En este caso, se trata de tutelar la vida naciente, que por su misma fragilidad demanda el máximo cuidado.

Por lo tanto, si bien la autonomía es un valor esencial, no puede ser invocada como principio rector para justificar una acción que atenta contra el bien más

básico del otro: su existencia. En palabras de Emmanuel Mounier, "la persona es un absoluto en un mundo relativo", y como tal, no puede ser sacrificada en nombre de proyectos individuales, expectativas o miedos. La verdadera ética de la libertad se verifica cuando el yo reconoce en el otro, aunque aún no haya nacido, un tú que merece ser amado, cuidado y defendido.

3. El rol del Estado: garante de derechos, no legitimador de la muerte

La tradición personalista enseña que el Estado no es un ente neutral ni un simple administrador de intereses contrapuestos, sino una institución al servicio de la dignidad de la persona humana. Su misión ética fundamental consiste en promover, proteger y restaurar la dignidad inviolable de cada ser humano, con especial atención a los más vulnerables: los que no tienen voz, los que no tienen poder, los que dependen radicalmente del cuidado de los demás.

Desde esta mirada, resulta preocupante constatar, como bien lo señala el documento revisado, que el Estado, en lugar de velar por el pleno ejercicio del derecho a la salud, proponga como política pública la supresión de la vida del niño en gestación como solución frente al embarazo no deseado. Este giro no es menor: de garante de derechos, el Estado pasaría a convertirse en agente facilitador de la eliminación de una vida humana inocente, amparado en razones ideológicas, pragmáticas o emocionales. Tal cambio de paradigma no solo vulnera los principios de la ética personalista, sino que subvierte la lógica misma del derecho.

Toda sociedad verdaderamente justa se define por la forma en que protege a sus miembros más indefensos, no por la forma en que administra su exclusión. El ser humano en gestación, precisamente por su radical dependencia y fragilidad, exige mayor cuidado y tutela. Que sea precisamente el Estado quien autorice, organice y respalde su eliminación resulta éticamente inconcebible, pues contradice el deber originario de toda autoridad legítima: el cuidado de la vida y el bien común.

No se trata de contraponer los derechos de la mujer y los del hijo, como si fuesen irreconciliables. Por el contrario, una política pública verdaderamente humana es aquella que integra y armoniza derechos, sin sacrificar a uno en nombre del otro. Los cuidados médicos, el acompañamiento psicosocial, la garantía de los derechos reproductivos y el respeto a la autonomía corporal deben orientarse a

proteger y dignificar tanto a la mujer como al hijo que lleva en su vientre. Convertir a uno en obstáculo del otro no es justicia: es fragmentación moral.

En definitiva, la grandeza del Estado no se mide por su capacidad de legalizar lo que el individuo desea, sino por su coraje para defender lo que es justo, incluso cuando es difícil. Legalizar el aborto a petición es abdicar de esa responsabilidad ética; es renunciar al deber de tutelar la vida cuando más lo necesita. Frente a ello, la bioética personalista recuerda con firmeza: la ley está al servicio de la persona, y nunca puede legitimar su destrucción.

5. Perspectiva relacional y solidaridad intergeneracional

El documento destaca los datos demográficos que muestran una preocupante caída en la fecundidad y en la tasa global de natalidad en Chile. Desde el personalismo, esto interpela no solo desde el plano económico o social, sino desde una ética de la solidaridad intergeneracional: toda sociedad que no protege y promueve la vida, particularmente la naciente, debilita las condiciones de posibilidad de su propio futuro.

Legalizar el aborto libre puede ser leído como síntoma de una cultura que relativiza el valor de la vida, y que prioriza la funcionalidad por sobre la dignidad, desconociendo el principio de que cada vida humana tiene un sentido en sí misma, y no en lo que otros consideren útil o deseable de ella.

Las estadísticas demográficas chilenas muestran un descenso en la natalidad y fecundidad, mientras que los índices de salud reproductiva son de los mejores en la región. Frente a ello, la legalización del aborto no parece responder a una necesidad sanitaria urgente, sino a una tendencia ideológica que corre el riesgo de desdibujar la responsabilidad social hacia las nuevas generaciones.

Promover una cultura de la vida implica favorecer políticas públicas que acompañen a las mujeres, fortalezcan el acceso a métodos anticonceptivos, fomenten la educación afectiva y sexual, y den alternativas concretas para cuidar la vida por nacer, no eliminarla.

5. Perspectiva relacional y solidaridad intergeneracional

El análisis demográfico presentado en el documento revela un fenómeno que va más allá de los números: una preocupante caída en la fecundidad y en la tasa global de natalidad en Chile, que interpela a la sociedad no sólo en términos económicos o sanitarios, sino en su misma comprensión del valor de la vida. Desde la bioética personalista, esta realidad debe ser leída a la luz de una ética de la solidaridad intergeneracional, que reconoce que ninguna generación se pertenece exclusivamente a sí misma. Cada una recibe un legado y tiene el deber de transmitirlo, no sólo en términos materiales, sino también en cuanto a sentido, cultura y vida.

Una sociedad que deja de acoger la vida naciente, que interrumpe la transmisión generacional, no solo erosiona su esperanza futura: debilita su propia identidad, pues se desconecta del horizonte de la gratuidad, del don y de la apertura al otro como fundamento del tejido social. Legalizar el aborto a petición no puede ser entendido meramente como una medida sanitaria o de salud pública; es también un síntoma de una cultura que comienza a relativizar el valor intrínseco de la existencia humana, sometiéndolo a criterios de funcionalidad, deseo o conveniencia.

La vida humana deja entonces de ser reconocida como un bien en sí mismo, un bien absoluto, para convertirse en un bien condicionado: digno de ser vivida si es deseada, si no interrumpe proyectos personales, si es compatible con ciertos estándares de salud o viabilidad. Esta lógica reduce la dignidad a la utilidad, contradiciendo la convicción personalista de que cada ser humano posee un valor único e irrepetible, no por lo que tiene o puede, sino simplemente por lo que es.

Chile presenta actualmente uno de los sistemas de salud reproductiva más eficaces de la región, con indicadores sanitarios significativamente superiores a los de países vecinos que han legalizado el aborto. En este contexto, la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo no responde a una necesidad objetiva de salud pública, sino que parece obedecer a una corriente ideológica que debilita la responsabilidad ética hacia las futuras generaciones y corre el riesgo de institucionalizar el descarte de lo vulnerable.

Frente a ello, promover una cultura de la vida no significa imponer, sino acompañar: ofrecer a las mujeres verdaderas alternativas, fortalecer la educación

afectiva y sexual, garantizar el acceso a métodos anticonceptivos éticos y seguros, y desarrollar redes de apoyo que hagan posible acoger la vida aún en contextos de dificultad. Defender la vida no es solo proteger al niño por nacer; es también restaurar la esperanza social, generar condiciones para que cada nueva vida sea vista como una bendición, no como una carga, y recordar que ninguna sociedad puede construir su futuro sobre la negación de sus propios hijos.

VIII. Ejercicio Profesional de Matronas(es) y Enfermeras(os) Matronas(es)

El Rol Profesional que hemos ejercido, formalizado ya por casi 200 años, siempre se ha vinculado al cuidado de la salud, como bien reflexionábamos previamente.

Los estándares y desarrollo de nuestras profesiones, al año 2025, nos permite situarnos en el cuidado de Mujeres, Niños en Gestación y Recién Nacidos, en escenarios de completo estado de bienestar, hasta condiciones de complejas patologías. Nuestro ejercicio profesional es desarrollado, en todos los niveles de atención y grados de complejidad, tanto en la atención clínica como en la gestión asistencial.

Actualmente nuestra profesión está regulada por ley en el código sanitario:

"ARTÍCULO 117[46]*Los servicios profesionales de la matrona comprenden la atención del embarazo, parto y puerperio normales y la atención del recién nacido, como, asimismo, actividades relacionadas con la lactancia materna, la planificación familiar y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente. En la asistencia de partos, sólo podrán intervenir mediante maniobras en que se apliquen técnicas manuales y practicar aquellas curaciones que signifiquen atención inmediata de la parturienta. Podrán usar y prescribir sólo aquellos medicamentos que el reglamento clasifique como necesarios para la atención de partos normales."*

El artículo 4 del proyecto de ley[47], modifica el artículo 117 del Código Sanitario en dos sentidos.

---

[46] https://www.ispch.cl/ley20285/t_activa/marco_normativo/7c/dfl_725_67.pdf, visitado 13/07/2025

[47] https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=18210&prmBOLETIN=17564-11, visitado 13/07/2025

I. ***Primero, reconoce como parte de los servicios profesionales de la matrona la atención de la interrupción voluntaria del embarazo****; y,*

II. ***Segundo, permite que dichas profesionales puedan indicar, usar y prescribir los medicamentos que el reglamento califique como necesarios para la atención de la referida prestación de salud****.*

No solo es el hecho de que este proyecto plantea colocar en manos de Matronas(es) y Enfermeras(os) Matronas(es) la interrupción del embarazo, en una intrusión total del ejercicio profesional, haciendo imperativa esta tarea para todas las futuras generaciones, sino que además ha sido articulado con el nuevo protocolo de objeción de conciencia, que plantea una discriminación totalmente arbitraria sobre objetores, que desean ejercer un derecho consagrado en nuestra Constitución, en su artículo 19, N°6[48].

Concluyendo, el análisis realizado en este escrito evidencia que el proyecto de ley que busca legalizar la interrupción voluntaria del embarazo hasta las 14 semanas se sustenta en premisas y estadísticas cuestionables, que no reflejan de forma fiel la realidad sanitaria y social de Chile. La experiencia histórica del país demuestra que la mejora en los indicadores de salud materna se ha logrado sin recurrir al aborto libre, gracias al desarrollo integral de políticas de salud, educación y bienestar social, así como al rol crucial de las matronas y enfermeras matronas.

Desde una perspectiva bioética y personalista, el valor intrínseco de la vida humana —incluyendo la del niño en gestación— no puede subordinarse a criterios de conveniencia, autonomía mal entendida o presiones ideológicas. El Estado tiene el deber de proteger a los más vulnerables y fomentar políticas que promuevan la maternidad segura, la educación sexual responsable y establecer redes de apoyo que permitan acoger la vida en cualquier circunstancia.

Asimismo, la actual crisis demográfica que enfrenta Chile, caracterizada por una drástica caída en las tasas de natalidad y fecundidad, exige políticas orientadas a la protección y fomento de la vida, no su eliminación. La verdadera solución a los embarazos no planificados no radica en legalizar el aborto, sino en fortalecer los programas de prevención, acompañamiento y apoyo social.

Por todo lo anterior, AMEMP reafirma su compromiso con la defensa de la vida humana desde la concepción, sugiere la necesidad de un debate informado,

[48] https://www.camara.cl/camara/doc/leyes_normas/constitucion.pdf

basado en evidencia científica y ética, y propone que las energías legislativas se orienten a fortalecer una cultura de la vida y la solidaridad intergeneracional.

Asociación Gremial de Matronas(es) y Enfermeras (os) Matronas(es) Por la Vida

https://amemp.cl/