

# DISCRIMINACIÓN INTERSECCIONAL: OBSTÁCULOS EN EL ACCESO DE LAS MUJERES A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY DE ABORTO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE CHILE

INTERSECTIONAL DISCRIMINATION: OBSTACLES TO WOMEN'S ACCESS TO THE IMPLEMENTATION OF THE ABORTION LAW IN PRIMARY HEALTH CARE IN THE METROPOLITAN REGION OF CHILE

LIDIA CASAS\*, NATALIA BOZO\*\*, LIETA VIVALDI\*\*\*, ADELA MONTERO\*\*\*\*, JUAN JOSÉ ÁLVAREZ\*\*\*\*\* y JORGE BABUL\*\*\*\*\*

**RESUMEN:** La Ley 21.030 de 2017 despenalizó la interrupción del embarazo en tres situaciones o causales específicas en Chile luego de su prohibición total desde finales de 1989. El aborto como práctica y atención en salud está acompañado por resistencias culturales y desaprobación para quienes lo realizan y para quienes se someten al procedimiento. Este trabajo cualitativo exploratorio indaga sobre la implementación de la Ley en la atención primaria de salud (APS), a fin de identificar debilidades y fortalezas en el acceso al aborto, especialmente desde una perspectiva interseccional. Se realizaron 19 entrevistas semiestructuradas a profesionales de niveles primario y secundario de atención en salud de la Región Metropolitana de Chile. Las barreras de acceso a un aborto legal son múltiples, en especial falta de información a las usuarias e insuficiente información y capacitación al personal de salud. La calidad de la atención que recibe la mujer gestante está influenciada por características en que se entrecruzan condición socioeconómica, educacional, migratoria, lingüística y otras para producir una discriminación interseccional. El estudio resalta la necesidad de incluir en los servicios y políticas de salud un enfoque interseccional que garantice los derechos de las usuarias del sistema de salud pública.

**PALABRAS CLAVE:** interseccionalidad, aborto, derechos sexuales y reproductivos, atención primaria en salud, discriminación

\* Ph.D. en Derecho. Profesora titular de la Facultad de Derecho de la Universidad Diego Portales, Santiago, Chile. Correo electrónico: lidia.casas@udp.cl. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-5408-3329>

\*\* Magíster en Gestión y Políticas Públicas. Investigadora independiente, Santiago, Chile. Correo electrónico: n.bozocarrillo@gmail.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-4960-4150>

\*\*\* Ph.D. en Sociología. Profesora de la Facultad de Derecho de la Universidad Alberto Hurtado, Santiago, Chile. Correo electrónico: lieta.vivaldi@gmail.com. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-0501-5143>

\*\*\*\* Magíster en Bioética. Profesora titular, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago, Chile. Correo electrónico: amontero@med.uchile.cl. Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-1811-8309>

\*\*\*\*\* Magíster en Filosofía y Humanidades. Investigador independiente, Santiago, Chile. Correo electrónico: juan.alvarezr@mail.udp.cl. Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-2552-1529>

\*\*\*\*\* Abogado. Investigador independiente, Santiago, Chile. Correo electrónico: jorge.babul@mail.udp.cl. Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-8467-0607>

**ABSTRACT:** Law 21.030 of 2017 decriminalized the interruption of pregnancy on three grounds in Chile, thus ending the total ban in effect since 1989. Although abortion is a health care service, it faces cultural resistance and social disapproval. This exploratory, qualitative article investigates the implementation of the law in the primary health care in order to identify weaknesses and strengths in the access to abortion, especially from an intersectional perspective. Nineteen semi-structured interviews were conducted with primary health care (PHC) and secondary health care professionals in Metropolitan Santiago. Multiple barriers were found, notably poor information to users and insufficient information and training of PHC health personnel. The quality and treatment women receive is influenced by their characteristics, in which socioeconomic, educational, migratory, linguistic and other status are intertwined, resulting in intersectional discrimination. The study emphasizes the need to adapt healthcare services and policies to include an intersectional approach that ensures the fulfilment of user's rights in the public healthcare system.

**KEYWORDS:** Intersectionality, abortion, sexual and reproductive rights, primary health care, discrimination

Recibido: 28.12.22. Aceptado: 06.03.24.

## 1. INTRODUCCIÓN

**L**A DISCUSIÓN SOBRE la despenalización del aborto en Chile ha sido de larga data. En el siglo XIX no solo se consideraba delito, sino que era además condenado moralmente. No fue sino hasta la promulgación del Decreto con Fuerza de Ley 226 del 15 de mayo de 1931 –norma que rigió durante alrededor de 60 años– que el aborto terapéutico se introdujo en el Código Sanitario. El aborto fue objeto de severas críticas y condenas durante la dictadura cívico-militar, suprimiéndose finalmente el aborto terapéutico del artículo 119 del Código Sanitario el 15 de septiembre de 1989 por la Ley N° 18.826.

Esta situación cambió el año 2017, cuando la ley N° 21.030 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) despenalizó el aborto en las siguientes tres causales: 1) riesgo de vida de la mujer, 2) inviabilidad fetal letal y 3) violación (hasta las 12 semanas para mayores de 14 años y 14 semanas para menores de 14 años). Este hecho fijó un piso mínimo en la lucha por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Chile.

La promulgación de la Ley IVE no ha estado exenta de polémicas, partiendo por la férrea oposición al proyecto de parte de sectores apoyados por parlamentarios conservadores y agrupaciones religiosas, quienes argumentaban, entre otras cosas, que el derecho a la vida del feto estaba por sobre el derecho de las mujeres y que estas abusarían de dicho derecho, lo que

aumentaría las cifras del aborto (Piquer, 2019). Según el Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud, los casos de aborto por las tres causales ocurridos entre enero de 2018 y marzo de 2022 ascendieron a 3.147, cifra muy por debajo de lo inicialmente estimado (Castillo y Robledo, 2016).

Para desarrollar esta política pública, se definió en qué nivel operaría su implementación. El sistema de salud en Chile se estructura en un sector privado y otro público, siendo este último el que entrega el mayor porcentaje de prestaciones: 8 de cada 10 personas se atienden en él (Álvarez et al., 2021). En ambos sectores se diferencian tres niveles de atención: atención primaria de salud o nivel primario (APS), atención hospitalaria ambulatoria o nivel secundario, y atención hospitalaria especializada o nivel terciario. En la discusión política y posterior diseño de la ley IVE quedó estipulado que la interrupción voluntaria del embarazo en cualquiera de las tres causales debe realizarse en los niveles secundario y terciario (Ministerio de Salud, 2018) por ser los que prestan atención gineco-obstétrica, motivo por el cual las estrategias de implementación se focalizaron exclusivamente allí (Casas et al., 2023).

Sin embargo, es la APS la que aparece como la primera puerta de acceso a las prestaciones de salud; atendiendo la mayor cantidad de consultas, funcionando a escala local e instaurándose como el primer lugar al que acuden las usuarias que necesitan una atención, prestación, información y/u orientación al respecto.

Esta Ley fue adoptada durante el segundo mandato de la expresidenta Bachelet y la completa implementación y reglamentación se inició bajo el segundo gobierno del expresidente Piñera. Los recursos técnicos y/o económicos para la implementación se enfocaron en los niveles secundario y terciario, en desmedro de los recursos destinados a la implementación en APS. Se realizaron capacitaciones a algunos equipos de gineco-obstetricia en técnicas de vaciamiento uterino, pues las utilizadas no cumplían con las normas de la OMS (Robledo et al., 2019). Estudios realizados por organizaciones de la sociedad civil dan cuenta de carencias relevantes en la implementación en el nivel primario, especialmente en la capacitación e información a los equipos de salud, lo que se traduce en barreras de acceso importantes para las mujeres que deseen interrumpir un embarazo en alguna de las tres causales (Mesa de acción por el aborto legal en Chile y Fondo Alquimia, 2019).

A la falta de información y formación del personal de APS respecto de la ley IVE se suman la objeción de conciencia y la estigmatización del aborto (Montero et al., 2021 y 2023). Las mujeres que desean o podrían acceder al

aborto en tres causales presentan vivencias diferenciadas en el acceso a las prestaciones de salud, las que dependen de factores como su nivel socioeconómico, nacionalidad y etnia. Ello es relevante si consideramos que, del total de casos registrados por el Departamento de Estadísticas del Ministerio de Salud desde el año 2018 al 31 de marzo del 2022 en las tres causales (3.147), el 16,6% corresponde a mujeres de otras nacionalidades y el 4% a mujeres pertenecientes a algún pueblo originario.

El acceso a servicios de salud, incluido el aborto, está cruzado por diversas formas de discriminación y sistemas de subordinación. Estas cifras darían cuenta de diferencias en el acceso a la IVE y vulneraciones a los derechos sexuales y reproductivos. Las distintas características y condiciones de vida de mujeres que buscan acceder a una interrupción legal del embarazo deben ser consideradas en las políticas públicas, ya que las identidades que convergen en una persona las exponen a relaciones de poder distintas no solo en razón de su género, sino también de su clase y su etnia. Un análisis interseccional en la implementación de la ley IVE generará acciones integradas que garanticen un acceso efectivo y universal a las prestaciones establecidas por la Ley 21.030 con un enfoque de derechos humanos (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2018).

Este artículo muestra los resultados de un estudio cualitativo de carácter exploratorio. Su objetivo fue indagar sobre la implementación de la Ley 21.030 en la atención primaria de salud desde la perspectiva del personal, a fin de identificar las principales fortalezas dificultades en el acceso que tienen las mujeres a las prestaciones que brinda la ley. En este trabajo nos aproximamos a los resultados desde una perspectiva interseccional, entendiendo que la noción de interseccionalidad a la que alude se enmarca en las desigualdades cruzadas en las que se relacionan situaciones de poder dadas por el género, clase, raza y etnia, entre otros; y ha servido para comprender las múltiples experiencias de discriminación a las que se encuentran expuestas las mujeres de manera simultánea y dinámica en el tiempo (Viveros, 2016).

## 1.2. *Interseccionalidad como elemento clave en la implementación de la ley IVE*

En los estudios sociales relacionados con género y feminismo se puede encontrar con frecuencia en los últimos años el término ‘interseccionalidad’ para referirse a la existencia de múltiples factores que se relacionan e inciden mutuamente en la configuración de las estructuras sociales, específicamente aquellas que tienen que ver con la desigualdad y discriminación en

diversos contextos y experiencias vividas (Viveros, 2016; Rodríguez, 2016; Carrère Álvarez y Carrère Álvarez, 2015; Cho et al., 2013; Kleba y Lolatto, 2013; Expósito, 2012; McCall, 2005). En otras palabras:

la interseccionalidad analiza cómo tipos específicos e históricamente contruidos de distribuciones desiguales de poder y/o normatividad restrictiva, basados en categorizaciones socioculturales construidas discursiva, institucional y/o estructuralmente, tales como género, etnia, raza, clase, sexualidad, edad o generación, discapacidad, nacionalidad, lengua materna, etc., interactúan hasta producir distintos tipos de desigualdades sociales. (Lykke 2010, p. 49, trad. libre)

El concepto deja en evidencia las múltiples discriminaciones a las que se enfrenta una mujer, las que dependen no solo de su condición de tal sino también de otros factores, como su origen étnico, nacionalidad y/o nivel socioeconómico. Para Crenshaw (1991), quien introduce el término, existían diversas categorías de desigualdades que interactuaban con el género, de manera tal que no es una sumatoria de desigualdades, sino que cada una de estas categorías de discriminación confluye e impacta de forma diferenciada en cada individuo y grupo social, relevando estructuras de poder existentes en la sociedad. Así, ciertos grupos que se sitúan en condiciones de mayor vulnerabilidad experimentan diversas formas de opresión y subordinación. Viveros (2016) indica que al hacer un análisis interseccional se deja de manifiesto, por una parte, el sexismo que enfrentan la diversidad de mujeres y, por otro lado, aquellas personas que no lo sufren por la posición social que ostentan o porque encarnan valores de masculinidad, heteronormatividad o *blanquitud*. Todo ello hace que se deje de concebir a las mujeres como un grupo homogéneo, no solo en los análisis teóricos, sino también en la configuración de las políticas públicas dirigidas a las mujeres.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), ratificada por Chile en 1996, incorpora en su artículo 9 el principio de interseccionalidad. Indica que existe una diversidad de mujeres en múltiples categorías, cada una de las cuales tiene necesidades específicas que deben ser consideradas, y que por lo tanto las legislaciones y políticas públicas deben adaptarse a dicho principio, asegurando implementar los programas y estrategias necesarias para garantizar el cumplimiento efectivo de los derechos de las mujeres. Kleba y Lolatto (2013) han enfatizado que los enfoques más actuales de políticas públicas han puesto énfasis en considerar las múltiples formas de desigualdad social que se configuran en el campo de la intervención, lo

que ha llevado a rediseñar los modelos de implementación de la política a objeto de abordar las múltiples categorías de diferenciación con sentido de interseccionalidad y sumado a ello, pertinencia territorial.

En el contexto actual de Chile, donde se ha experimentado un crecimiento constante de la población migrante en los últimos años, el análisis interseccional es fundamental para entender de qué manera la nacionalidad, el estatus migratorio, la clase y el origen étnico influyen en su acceso a derechos, especialmente en el área de la salud. Esta perspectiva posibilita un enfoque integral para abordar las desigualdades que las mujeres enfrentan en el sistema de salud pública.

Por lo tanto, no basta únicamente con considerar el factor migratorio o la situación económica de las mujeres; también se debe considerar su origen étnico, por el creciente número de mujeres afrodescendientes que llegan al país. Como señala la literatura,

las diferenciaciones sociales y étnicas entre las mujeres, o sea, cuando las mujeres blancas se enfrentan a dificultades debido a las desigualdades de género, las mujeres negras enfrentan problemas mucho mayores porque se unen las desigualdades de género y de raza/etnia, además de la social. (Kleba y Lolatto, 2013, p. 412)

La condición de ser haitiano/a y tener una piel más oscura hace visibles a los nacionales de Haití y los convierte en objeto de escrutinio y prejuicios (Ramírez, 2020; Fernández, 2019) por razones de nacionalidad.

La literatura señala que tratándose de procesos internacionales, las características de género, clase, origen nacional, raza, etnicidad, edad y religión pueden incidir directamente en la vida cotidiana de quienes migran, influyendo de manera determinante en su acceso a derechos y oportunidades y en las situaciones de privilegio o exclusión que de ellas se derivan (Magliano, 2015).

La condición migratoria, en conjunto con otros elementos como el nivel socioeconómico y pertenencia étnica, edad e idioma de la mujer, entre otros, pueden relacionarse con diferencias en el trato y en los servicios entregados en la APS. También puede dar lugar a barreras y desafíos en el acceso a las prestaciones, así como a la falta de garantías en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

## 2. METODOLOGÍA

Este artículo se basa en un estudio cualitativo y exploratorio que analiza los problemas de salud desde la experiencia del personal que trabaja en el sistema público. El/la investigador/a se sitúa en el contexto que produce el fenómeno, lo que permite adentrarse en los entendimientos y experiencias de los participantes (Mason, 2002).

### *Fuentes de datos, técnica e instrumento*

Se llevaron a cabo 19 entrevistas semiestructuradas a diferentes grupos de profesionales de la atención de salud pública. Se entrevistó a médicos y matronas/es del nivel de APS, sumando un total de 11 participantes. Asimismo, se consultó a seis integrantes de duplas psicosociales compuestas por profesionales de trabajo social y psicología que operan en los niveles secundarios y terciarios de atención. Finalmente, se realizaron entrevistas a dos personas responsables de la gestión de la atención en salud a nivel central del Ministerio de Salud. Las entrevistas tenían por objetivo indagar sobre el funcionamiento de la APS y las barreras que estos profesionales observaban en este nivel de atención respecto de las usuarias, poniendo especial atención en la perspectiva interseccional.

Para identificar a los y las participantes se utilizó la técnica en cadena o bola de nieve para construir una muestra teórica no probabilística que permitió identificar y seleccionar a personas con un rol profesional pertinente respecto de la IVE. Al ser un estudio exploratorio, sólo se consideró a profesionales de la Región Metropolitana, la que concentra alrededor del 40% de la población nacional<sup>1</sup>.

La pauta de entrevista se testeó a fin de conservar la flexibilidad necesaria para adaptarla según el desarrollo del trabajo de campo. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Derecho de la Universidad Diego Portales. A fin de asegurar la protección de la identidad de los/las participantes, solo se indica la profesión y/o cargo.

El trabajo de campo se realizó entre noviembre de 2019 y diciembre de 2020. Desde marzo de 2020 todas las entrevistas se llevaron a cabo en forma telemática o telefónica en atención a las restricciones sanitarias derivadas

<sup>1</sup> Los resultados del Censo 2017 arrojaron que la población total del país fue de 17.574.003 habitantes, teniendo la Región Metropolitana un total de 7.112.808 de personas, lo que corresponde a un 40,47% del total de población del país. Información disponible en: <http://resultados.censo2017.cl/Region?R=R13>

de la pandemia. Se registró el audio de la entrevista, previo consentimiento informado y autorización de la persona participante. Las grabaciones se complementaron con anotaciones de campo.

### *Análisis de la información*

La suficiencia de la información se determinó según el criterio de saturación, lo que se alcanzó con 19 entrevistas. La información obtenida se procesó según un análisis de contenido de tipo semántico. Para facilitar su sistematización, se codificó inductivamente la información utilizando el software ATLAS.ti v.8.0. Todo el equipo de investigación participó en la codificación, identificando categorías y subcategorías a fin de responder a la pregunta de investigación y sus objetivos a través de una construcción teórica.

### 3. RESULTADOS

La APS se instala como la puerta de entrada para acceder a la IVE. Allí se puede detectar un embarazo, deseado o no. Es en la APS donde las mujeres suelen buscar orientación inicial, obtener información sobre la IVE e identificar la eventual aplicación de alguna de las causales.

Del análisis de las entrevistas realizadas se concluye que la implementación de la ley IVE en el sistema de salud pública enfrenta barreras que obstaculizan el acceso. Estos obstáculos incluyen la falta de información o difusión incorrecta de los alcances de la ley, ausencia o insuficiencia de capacitación para el personal de salud sobre su aplicación y la persistente estigmatización del aborto y de las mujeres que optan por interrumpir su embarazo (Casas-Becerra et al., 2023). Se menciona que toda persona que trabaje en nivel primario de salud debería tener conocimiento de la ley IVE:

Entonces, si la gente que son la puerta de entrada, los administrativos, si ellos no manejan bien la información y dicen “No, aquí no existe, no sabemos”, “No, aquí no hacen eso y no tenemos idea”, no, no más, y [con esa respuesta] la señora se va de vuelta para su casa. (Matrona 2 APS, comunicación personal, 8 de julio de 2020)

Un reciente trabajo encontró que existe una escasa y/o deficiente capacitación de los profesionales de salud, tanto en la atención primaria como en los niveles secundarios y terciarios (Montero et al., 2023). Casas et al. (2023) sostienen que cuando el personal encargado de aplicar la ley IVE la

interpreta de manera restrictiva o no tiene información al respecto, siendo su deber proporcionarla, se viola una de las responsabilidades fundamentales del Estado en el ámbito de la salud y se incumple su papel como garante de este derecho.

En eso yo siento que nosotros estamos súper al debe, porque como te digo, cuando me pasó con esta chica [migrante], independiente de que finalmente no se haya acogido [la causal], así como que mi cabeza explotó entre no saber qué hacer, a ver, ¿le digo que se vaya para la casa?, ¿Que me deje su número?, en realidad no la puedo mandar, tampoco puedo dejar que pase mucho tiempo. Siento que, en general y que probablemente es algo que nosotros tenemos que hacer, hay que ordenar más, ese programa está súper desordenado. Como que ya, listo, aprobamos la Ley IVE, pero de ahí, como que quedó todo ahí. Nunca más a nosotros se nos ha hecho una capacitación formal. Te puedo decir que yo siento que quizá lo hago bien conteniendo a las mujeres, pero capaz que lo haga pésimo, pero tampoco he tenido a nadie que me diga: “Mira, en realidad sería bueno que esto se hiciera así y así”. (Matrona 6 APS, comunicación personal, 15 de octubre de 2020)

En la APS se observan diferencias respecto a la atención de usuarias según su nivel socioeconómico y educacional, siendo consideradas más o menos “preparadas” para abordar la situación dependiendo de esto, y tratadas en consecuencia. De esta manera, las barreras parecieran aumentar o disminuir según características individuales, tales como nacionalidad, etnia, nivel socioeconómico y edad de la mujer, entre otras:

Por ejemplo, tenemos un solo caso de una mujer que era contadora, trabajaba en una institución, y venía muy, muy informada, había tenido estudio. Para mí el punto está, en cómo las mujeres que han tenido estudios, han sido las más informadas sobre la ley ... pero nosotros trabajamos en otro contexto, con poblaciones muy vulnerables, y la mayoría tiene mucho desconocimiento. (Dupla 1 nivel secundario, comunicación personal, 30 de abril de 2020)

El nivel educacional incide en cómo, a juicio de las participantes, las mujeres entienden la información que se les da, y los conflictos que se crean en los equipos cuando ellas no la entienden bien:

... es una población que tiene un nivel educacional y socioeconómico no muy alto, entonces el hecho de que yo le diga a una paciente “Mira, sabes que te puedes acoger a la ley” y le trato de explicar en palabras

simples, muchas veces las pacientes dan estas cosas por hecho, y podría generar un altercado con el médico del hospital, por ejemplo, porque yo podría decirle que se podría acoger a la ley, y la paciente se va con esa idea, después va al hospital y dice “No, es que yo prefiero abortar porque la matrona me dijo”. (Matrona 5 APS, comunicación personal, 1 de octubre de 2020)

Cuando se trata de extranjeras, según lo expresado por el personal entrevistado, se observa que las creencias, los valores y la ideología tienden a ser más prominentes y parecen determinar la forma en que el personal de APS trata a las usuarias:

... Sí, hay concepciones muy diversas respecto al tema del aborto que, en algunos casos, para ojos del equipo, hace como que [la mujer se] lo toma con mucha naturalidad y el típico comentario mal intencionado del equipo médico es “No le importa. No le importa su guagua”, como también hay otras mujeres que tienen una carga cultural muy *heavy* en relación al tema de la maternidad y lo viven muy culposamente, muy culposamente al respecto. (Dupla 1 nivel secundario, comunicación personal, 30 de abril de 2020)

En las entrevistas se observa que el trato hacia las mujeres según su nacionalidad se manifiesta a través de un criterio de discriminación basado en actitudes paternalistas del personal de APS. Estas actitudes influyen en el primer contacto entre usuaria y profesional en cuanto a la gestión del embarazo, lo que en consecuencia sugiere que estas/os profesionales pueden estar culturalmente menos preparados para dar una atención adecuada en estos casos.

... lo que más controlamos son pacientes venezolanas y colombianas. Las colombianas, por ejemplo, igual son más preocupadas, pero en Colombia, y a mí me ha tocado con hartas pacientes, está un poquito normalizado, por ejemplo, el consumo de alcohol en el embarazo. Para ellas, por ejemplo, tomar cerveza en el embarazo es algo completamente normal. ... y ahí como que tienes que ponerte hasta medio pesada. (Matrona 6 APS, comunicación personal, 15 de octubre de 2020)

... una llega, constata el embarazo ahí, se hace un test de embarazo, sabe que está embarazada, llora y le menciona a la matrona y le dice “Yo no me puedo quedar con esta guagua”, llorando. Y la matrona le dice “Usted es migrante y el aborto en Chile es ilegal, así que eso no lo diga nunca más”. La señora, efectivamente migrante, poco tiempo en Chile, sola,

con pocas redes, se quedó callada. (Dupla 4 nivel secundario, comunicación personal, 19 de diciembre de 2019)

De lo anterior no solo se desprende un maltrato hacia la usuaria, sino que también se le imposibilita conocer sus derechos respecto a la ley IVE, manteniendo una posición de vulnerabilidad frente a la profesional, especialmente en lo que respecta a su decisión de interrumpir el embarazo.

Según los relatos de las entrevistadas, trabajar con mujeres migrantes presenta desafíos significativos. Culturalmente, muchas de estas mujeres mantienen relaciones de pareja que tienen un marcado componente patriarcal, lo que a menudo se asocia con un mayor riesgo de violencia. Esta dinámica puede llevar a que, en ocasiones, no estén dispuestas a denunciar, ya que suelen depender económicamente de sus parejas masculinas, especialmente en el contexto de la migración, donde las redes de apoyo son limitadas.

En los testimonios de las profesionales se evidencia que, más allá de la cuestión de la ley IVE y su acceso, existe una discriminación perceptible en la forma en que conciben a las mujeres migrantes y cómo estas perciben su salud y la atención durante el embarazo. Por ejemplo, se les atribuyen características más o menos favorables en función de su país de origen: ... de todas las pacientes [de nacionalidad peruana], son el grupo de mujeres que más les cuesta entender indicaciones. Por ejemplo, “va a ir y se va a ir a tomar los exámenes en esta semana” y no lo hacen, entienden todo al revés ... (Matrona 6 APS, comunicación personal, 15 de octubre de 2020).

En el caso anterior, la participante al final hace una reflexión sobre un mayor número de niños/as peruanos/as con necesidad de apoyo en programas de desarrollo psicomotor o cognitivo. Se subrayan los complejos desafíos que enfrenta el personal de salud al tratar a mujeres migrantes y cómo la barrera del idioma y la falta de competencia cultural pueden tener un impacto significativo sobre la calidad de la atención médica proporcionada, específicamente, a poblaciones haitianas afrodescendientes.

Bueno, yo creo que en las migrantes obviamente es la barrera idiomática, sobre todo con población afrodescendiente, haitianas, que generalmente y, al parecer, esto es como un término más médico, pero tengo entendido que son las que tienen un mayor número de preeclampsia, de presiones altas, como que hacen hartos riesgos obstétricos, entonces, eso es súper difícil para nosotros y para los equipos de salud, no tener tampoco como una pertinencia cultural en cuanto a cómo explicarle a esa mujer lo que está pasando, lo que puede hacer, independiente que se

cuente con traductores, que ya es algo beneficioso, pero no tienes cómo acceder a una subjetividad si no tienes otros elementos que también sean como más culturales, como para poder acercarte, entonces, eso es bien complejo. (Dupla 2 nivel secundario, comunicación personal, 11 de diciembre de 2019)

La nacionalidad, el idioma y el nivel socioeconómico y educacional son todos factores que se intersectan, entretejiendo una especie de red de barreras en el acceso a las prestaciones de la ley IVE. Tanto el trato que reciben las usuarias como la información que se les entrega y los servicios que ofrece el personal de salud podrían estar condicionados por las características de cada usuaria, clasificadas de acuerdo a los factores y prejuicios de los equipos de salud, abusando en algunos casos de la condición migratoria al impedir el acceso a servicios (Casas et al., 2023). Se observa de manera particular el caso de las mujeres haitianas, cuyo acceso a la información e implementación de la ley se ve obstruido además por la barrera idiomática. Así, el acceso que cada mujer tiene al aborto en alguna de las tres causales dependerá de la nacionalidad, del nivel educativo y económico.

#### 4. DISCUSIÓN

La elaboración de una ley y un diseño de políticas públicas que no considere la interseccionalidad tiene como resultado una implementación deficiente –como en el caso aquí analizado de la ley IVE– al prescindir de factores que, en la práctica, dificultan el acceso a sus prestaciones. Uno de ellos es la ausencia de capacitación, la que debe asimismo incorporar el enfoque interseccional; es decir, considerar la pertinencia cultural para brindar atención a usuarias que vienen de otros países, sobre todo aquellas con mucha brecha cultural, ya sea producto del idioma o de patrones culturales diversos, lo que se traduce en no saber cómo actuar en el marco de la aplicación de la ley IVE. En su implementación se evidencia asimismo una falta de inclusión del enfoque de derechos en la medida en que no hay una mirada interseccional. Como señala Magliano (2015), el análisis interseccional de políticas públicas y la praxis ponen en debate falsos universalismos respecto de las personas, pues sus características y condiciones sociales las exponen de forma diferenciada a la explotación y la subordinación.

Los análisis interseccionales no sólo miran a las identidades de las personas, sino que también dan cuenta de las relaciones que se entretejen con los distintos actores, instituciones, políticas y normas. En este sentido, la

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2018) ahonda en sus informes en cuanto a que, para intervenir en una situación, es importante incluir el enfoque de derechos en las políticas públicas. El goce y ejercicio de derechos sin discriminación demanda cuestionar e interpelar a la institucionalidad estatal y obliga a repensar antes, durante y después todo proceso de diseño, implementación y evaluación de políticas públicas, todo ello considerando la interseccionalidad.

Los resultados de este estudio evidencian que el enfoque de derechos humanos, tal como lo propone la CIDH (2018), sigue ausente en los protocolos de implementación de la ley IVE, particularmente el componente de interseccionalidad. Esto se traduce en una barrera para las mujeres que quieren acceder, especialmente si provienen de contextos sociales más desfavorables, incluida su nacionalidad y color de piel, entre otros aspectos, y que se hace tangible cuando el personal de salud limita en cierto sentido los servicios que se ofrecen a las usuarias.

La interseccionalidad permea los diferentes escenarios de la realidad social, no sólo a las mujeres, sino también al personal de salud. Sin ir más lejos, cuando en las entrevistas se menciona que algunas mujeres se encuentran “menos preparadas” para acceder a la IVE por su nivel educativo o edad o que el idioma hace que sea más complejo atenderlas, se apunta a una intersección dinámica de discriminación por parte de los equipos de salud en que son especialmente las mujeres migrantes pobres quienes vivencian cotidianamente las barreras de acceso a los servicios. Al decir de Expósito (2012), la migración como fenómeno estructural ha reconfigurado la realidad social y ha hecho surgir nuevos enfoques en las políticas públicas, incorporando, por un lado, el enfoque de género como un derecho fundamental, y, por otro, el de interseccionalidad, para que las desigualdades sean compensadas con recursos y medios materiales para su superación, en la medida en que los diferentes grupos de mujeres cuenten con las mismas oportunidades.

## CONCLUSIONES

El sistema de atención primaria de salud debe estar preparado para garantizar un acceso oportuno a la ley IVE a todas las mujeres, sin discriminaciones que menoscaben sus derechos a la salud sexual y reproductiva. Esto implica que el acceso a prestaciones relacionadas con el aborto no debe verse afectado por la falta de información, la situación socioeconómica de

las mujeres, las dificultades de idioma o las creencias religiosas. Por ello, se necesita un enfoque integral de la política pública que contemple en sus componentes las múltiples realidades que vivencian las mujeres en su diario vivir. Como política de salud pública, la ley IVE, desde sus protocolos y lineamientos técnicos, debe ir adaptándose a los cambios culturales que enfrenta la sociedad chilena, siendo la migración uno de ellos. Es decir, urge la puesta en marcha de un plan de medidas que incorpore una mirada interseccional para mejorar la implementación de la ley 21.030, el acceso de las usuarias y el ejercicio de sus derechos.

Asimismo, el personal de salud debe utilizar un componente interseccional que permita comprender los múltiples factores que afectan y ponen en desventaja a las mujeres, enfrentando la desigualdad desde su origen y permitiendo avanzar en un enfoque de derechos humanos. La implementación de políticas públicas que integren un enfoque de género debe contemplar una perspectiva interseccional, lo que constituye un paso fundamental hacia la promoción de la igualdad para todas las personas. Esto no sólo mejorará el acceso y la calidad de los servicios sociales y de salud, sino que también ampliará el alcance de los derechos y las oportunidades disponibles.

## REFERENCIAS

- Álvarez, G., Ramm, A. y Gideon, J. (2021). Maternidad y políticas públicas en Chile en el contexto del COVID-19. *Revista Sociedad Argentina de Análisis Político (SAAP)*, 15(2), 362-385. <https://doi.org/10.46468/rsaap.15.2.A5>
- Casas, L., Vivaldi, L., Montero, A., Bozo, N., Álvarez, J. y Babul, J. (2023). Primary care and abortion legislation in Chile: A failed point of entry. *Developing World Bioethics*, 23(2), 154-165. <https://doi.org/10.1111/dewb.12377>.
- Casas-Becerra, L., Babul-López, J., Bozo-Carrillo, N., Montero-Vega, A., Vivaldi-Macho, L. y Álvarez-Rubio, J.J. (2023). Derechos y deberes de información: el rol de la atención primaria de salud en la implementación de la ley que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales en Chile. *Revista de Bioética y Derecho*, 58, 73-92. Epub 25 de septiembre de 2023. <https://dx.doi.org/10.1344/rbd2023.58.39840>
- Castillo, C. y Robledo, P. (2016). Acompañamiento para mujeres en las 3 causales en el sistema público de salud. Proyecto de Ley de Despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en 3 Causales. Ponencia del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile en Comisión de Hacienda. Sesión especial 183o del 14/03/2016. Disponible en: <https://www.camara.cl/pdf.asp?prmID=23177&prmTIPO=ACTACOMISION>

- Carrère Álvarez, C. y Carrère Álvarez, M. (2015). Inmigración femenina en Chile y mercado de trabajos sexualizados. La articulación entre racismo y sexismo a partir de la interseccionalidad. *Revista Latinoamericana*, 14(42), 33–52.
- Cho, S., Williams, K., y MacCall, L. (2013). Toward a Field of Intersectionality Studies: Theory, Applications, and Praxis. *Journal of Women in Culture and Society*, 38(4), 785–810.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2018). *Políticas públicas con enfoque de derechos humanos*. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 19.
- Crenshaw, K.W. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299.
- Expósito, C. (2012). ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España. *Investigaciones Feministas*, 3(0), 203-222. [https://doi.org/10.5209/rev\\_infe.2012.v3.41146](https://doi.org/10.5209/rev_infe.2012.v3.41146)
- Fernández, P. (2019). “Me di cuenta que era negra al llegar a Chile”: etnografía de lo cotidiano en las nuevas dinámicas y viaje migratorio de mujer haitiana a Chile. En H. González Torralbo, D.C. Fernández-Matos y M.N. González-Martínez (comp.), *Migración con ojos de mujer. Una mirada interseccional* (pp. 179-194). Universidad Simón Bolívar.
- Kleba, T. y Lolatto, S. (2013). Políticas públicas con transversalidad de género. Rescatando la interseccionalidad, la intersectorialidad y la interdisciplinariedad en el Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 26(2), 1-11. [https://doi.org/10.5209/rev\\_cuts.2013.v26.n2.41397](https://doi.org/10.5209/rev_cuts.2013.v26.n2.41397)
- Lykke, N. (2010). *Feminist Studies: A Guide to Intersectional Theory, Methodology and Writing*. Routledge.
- Magliano, M. J. (2015). Interseccionalidad y migraciones: Potencialidades y desafíos. *Revista Estudos Feministas*, 23(3), 691–712. <https://doi.org/10.1590/0104-026X2015v23n3p691>
- Mason, J. (2002). *Qualitative Researching* (2nd ed.). Sage Publications.
- McCall, L. (2005). The Complexity Intersectionality. *Journal of Women in Culture and Society*, 30(3), 1771–1800.
- Mesa de Acción por el Aborto Legal en Chile y Fondo Alquimia. (2019). Informe Monitoreo Social Implementación de la Ley de Despenalización del aborto en tres causales. <http://oge.cl/wp-content/uploads/2019/06/Informe-Monitoreo-Social-Mesa-Aborto-Chile.pdf>
- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Políticas Públicas. (2 de febrero de 2018). Acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030, Resolución Exenta N° 129.
- Montero, A., Ramírez-Pereira, M., Robledo, P., Casas, L., Vivaldi, L., Molina, T., y González, D. (2021). Prevalencia y características de objetores de conciencia a la Ley 21.030 en instituciones públicas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 86(6), 521-528. <https://dx.doi.org/10.24875/rechog.21000006>.

- Montero, A., Ramírez-Pereira, M., Robledo, P., Casas, L., Vivaldi, L. y González, D. (2023). Main barriers to services linked to voluntary pregnancy termination on three grounds in Chile. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1164049>.
- Piquer, A. (2019). La épica de una oportunidad mínima. En L. Casas y G. Maira (comp.), *Aborto en tres causales: lecturas del proceso de despenalización* (pp. 233-254). Centro de Derechos Humanos Universidad Diego Portales.
- Ramírez, C. (2020). Migration, racism and the pandemic in Chile's mass media. Latin America Migration Mobilities Bristol – showcasing research connections in the region, University of Bristol. <https://mmlatinamerica.blogs.bristol.ac.uk/2020/07/07/migration-racism-and-the-pandemic-in-chiles-mass-media/>
- República de Chile. Decreto con Fuerza de Ley 226 del año 1931. Disponible en: [https://oig.cepal.org/sites/default/files/1931\\_dfl-226\\_chile\\_0.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/1931_dfl-226_chile_0.pdf)
- Robledo, P., Valdés, T. y Viera, Y. (2019). Proceso de despenalización de la interrupción del embarazo en tres causales de Chile. Mirada desde la salud. En G. Maira y L. Casas (comp.), *Aborto en tres causales en Chile. Lecturas del proceso de despenalización* (pp. 27-47). Centro de Derechos Humanos, Universidad Diego Portales.
- Rodríguez, N. (2016). Interseccionalidad de género, raza y clase en las migraciones. *Cuadernos de Pensamiento Latinoamericano*, 22, 73-85.
- Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Revista Debate Feminista*, 52, 1-17.