

COMISIÓN DE SALUD

**Sesión 56ª correspondiente a la 363ª legislatura,
celebrada el día martes 16 de junio 2015.**

Se inició a las 17:13 horas.

SUMARIO:

Proyecto de ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, boletín N°9895-11.

Expusieron los médicos gineco-obstetras doctores Jorge Becker y Waldo Sepúlveda.

- La Ministra de Salud, señora Carmen Castillo Taucher continuó su exposición sobre la inversión pública en infraestructura hospitalaria.

- La Asociación Multigremial del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio expuso sobre los problemas que se presnetan en la Quinta Región.

I.- PRESIDENCIA

Presidio el diputado señor **Juan Luis Castro González.**

Actuó como Abogado Secretario de la Comisión, el señor Álvaro Halabí Diuana; como Abogado Ayudante, la señorita Sylvia Iglesias Campos y como secretaria administrativa la señora Mariel Camprubi Labra.

II.- ASISTENCIA.

Asistieron los diputados integrantes de la Comisión Karol Cariola, Juan Luis Castro, Marcela Hernando, Jorge Rathgeb y Víctor Torres.

Asistió además la diputada Karla Rubilar.

III.- INVITADOS

Ministra de Salud, señora Carmen Castillo Taucher; Subsecretario de Salud, señor Jaime Burrows Oyarzun; Subsecretaria de Redes Asistenciales, señora Alicia Verdugo Sobral; Karem Egle Kruberg N., Presidenta de Profesionales Universitarios de la Salud Dirección Servicio de Salud Valparaíso San Antonio (S.S.V.S.A) y Fernando Aranda Barrientos Vicepresidente Federación FENATS S.S.V.S.A; doctores Jorge Becker, Ginecólogo Obstetra, experto en medicina perinatal y Waldo Sepúlveda, Gineco-obstetra, especialista en medicina materno-fetal.

IV.- CUENTA.

1.- Proyecto de ley iniciado en moción de las señoras diputadas Jenny Alvarez Vera, Daniella Cicardini Milla, Clemira Pacheco Rivas, Osvaldo Andrade Lara, Fidel Espinoza Sandoval, Daniel Melo Contreras, Manuel Monsalve Benavides, Luis Rocafull López y Leonardo soto Ferrada, que extiende el plazo contemplado en el artículo 4° de la ley N°20.816, para hacer efectiva la renuncia que habilita, a determinados funcionarios del sector de salud, a acceder a la bonificación por retiro voluntario y bonificación adicional de la ley N°20.612.

2.- Carta de Julio Isamit, Presidente de la fundación Chile siempre, solicita audiencia con la comisión para exponer sobre el proyecto de ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo entres causales. Boletín N°9895-11.

3.- Carta del Dr. Jorge Acosta Acosta, Director Ejecutivo de Res Pública, solicita audiencia con la comisión para exponer sobre el proyecto de ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo entres causales. Boletín N°9895-11, ya que lleva varios años trabajando en ese tema.

4.- Carta de Marcelo Gallardo, Valeria Muñoz, Ingrid Sandoval y Pia Núñez, por la cual solicita se descarte el intento de reponer el art.8 inciso 2° del proyecto de ley de tenencia responsable de mascotas (Boletín 6499-11, en comisión mixta, ya que significaría volver a la perrera como método de control para los perros vagos.

5.- Informe sobre la protección del nonato y la mujer embarazado en el derecho internacional, enviado por la Biblioteca del Congreso Nacional.

6.- Oficio N°778 de la Secretaria Regional Ministerial de Salud Atacama, por el cual informa sobre la calidad del agua de mar sector Playa Grande de Chañaral.

7.- Invitación del Colegio Médico a una reunión para tratar el tema de la Crisis de la Salud Pública en Chile el miércoles 17 de junio en el Enjoy Casino de viña del Mar.

V.- ACUERDOS

1) Efectuar una visita inspectiva al Hospital Carlos Van Buren, conjuntamente con la Subsecretaria de Redes Asistenciales, para conocer las condiciones de funcionamiento de dicho establecimiento, en fecha por determinar.

2) Oficiar al Director Nacional del Servicio Civil y Presidente del Consejo de Alta Dirección Pública con el objeto de requerir información del estado de tramitación en que se encuentra el nombramiento del Director del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio (concurso 2512).

3) Oficiar al Ministerio de Salud en relación a las siguientes materias:

a) Remitir los antecedentes entregados por la asociación multigremial que agrupa a varias Asociaciones y Federaciones del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio, en el que se plantean una serie de problemas, en especial, el hecho que a la fecha no ha sido nombrado un Director Titular para dicho Servicio de Salud.

b) Solicitar la remisión remisión de la listas de pacientes en espera de atención en todo el país, desglosado por Servicios de Salud y, a su vez, distinguiendo entre especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas por una parte, y

por otra, entre pacientes AUGE y los que no corresponden a este sistema. Se solicita además se informe respecto del déficit de especialistas en cada Servicio de Salud.

c) Solicitar se remita información respecto al destino de los M\$ 90.000 para paliar deuda hospitalaria, transferidos desde el Ministerio de Hacienda al Ministerio de Salud, con una proyección mensual e informando a qué servicios específicamente se le entregarán recursos.

d) Requerir información de los trasposos efectuados desde el Fondo Nacional de Salud (FONASA) pormenorizando los montos por cada uno de los hospitales públicos y clínica privadas destinatarios, así como el detalle de las prestaciones cubiertas y el valor del día cama pagado.

e) Pedir que se informe en forma detallada respecto de las facturas no devengadas a marzo de 2014, desglosado por cada uno de los Servicios de Salud del país.

f) Solicitar información detallada de la situación actual de los trasplantes en Chile y en particular respecto del hospital del tórax; pérdida de órganos, falta de cirujanos y ausencia de cirugías de trasplante hepático en el sistema público.

g) Conocer la distribución de las 33.000 nuevas horas de especialistas que se han implementado por parte del Ministerio de Salud, detallando el número de horas, especialidades de los médicos y hospitales donde se ejercen.

h) Solicitar se informe detalladamente respecto de los equipos médicos adquiridos en el periodo 2014-2015, su costo y establecimientos a los que se destinaron.

i) En relación a exposición realizada en esta sesión, que trató los tópicos plan nacional de inversiones, plan nacional de especialistas, política de medicamentos y programa de salud bucal, se sirva dar cuenta a la Comisión de los avances y ejecución de proyectos antes del 30 de agosto de 2015.

j) Consultar si dicha cartera remitió al Ministerio de Energía algún informe técnico, antes de la dictación del decreto que mantuvo el horario de verano durante todo el año calendario, respecto a las eventuales consecuencias de dicha medida administrativa en la salud de la población y, en caso afirmativo

remitir a esta Comisión el citado informe y todos los antecedentes que se tuvieron a la vista para su elaboración.

4) Oficiar al Ministerio Secretaría General de la Presidencia para que se estudie la posibilidad que el Ejecutivo patrocine el proyecto de ley que establece un régimen de protección integral de la mujer con embarazo vulnerable y del hijo que está por nacer, y modifica la ley que establece medidas contra la discriminación, boletín 9873-11

VI.- ORDEN DEL DÍA

MULTIGREMIAL SERVICIO DE SALUD VALPARAISO SAN ANTONIO.

Karen Kruberger, Presidenta de los Profesionales Universitarios de la Salud del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio señaló que su presencia ante la Comisión obedecía a la necesidad de denunciar la crisis que enfrenta la salud pública de Valparaíso y San Antonio, lo que se ha visto agudizado porque la quinta región no cuenta con un Director Titular en el cargo, a pesar de que existe el concurso 2512 de la alta dirección pública publicado el 6 de julio del 2014 y que concluyó su etapa de apelación el 11 de noviembre de ese mismo año.

En el área de proyectos e inversiones a fines del 2014 se aprobaron los recursos para la implementación del proyecto de 40 camas para la UEA del Hospital Van Buren. La licitación fue publicada el 1 de junio (956-55-LP15), pero el proyecto de arquitectura estuvo disponible en el mes febrero, es decir se adjudicó 5 meses después de disponer del proyecto. Las obras tiene un costo de \$741.233.000.- y un tiempo de ejecución estimado de 5 meses. La fecha estimada de la adjudicación es el 9 de septiembre del 2015. Aun no se resuelve el traslado de las dependencias que actualmente funcionan en el sector en que se emplazará el proyecto y los recursos estimados para el traslado son \$140 millones de pesos, recursos que aún no se encuentran asignados.

El colapso permanente de la UEA del Hospital Van Buren, ha generado una crisis en la gestión del Hospital Eduardo Pereira quien debe atender

casi el 80% de las intervenciones quirúrgicas que derivan del Hospital Van Buren, con el consecuente efecto en el presupuesto del dicho establecimiento y en la programación normal de sus actividades productivas. Esta situación es particularmente grave si se considera que el Hospital Eduardo Pereira es quien debe resolver casi el 50% de la lista de espera quirúrgica de la Red.

Por otra parte muy pronto se adjudicará la construcción del SARS que dependerá administrativamente del Servicio de Salud de Valparaíso y que estará ubicado en el Consultorio del Adulto .Las obras tienen un costo de \$ 484.712.702.- y un plazo de ejecución de 150 días corridos. Sin embargo aún no se concreta el traslado de la Unidad de Infecciones de Transmisión sexual del Consultorio del Adulto a otras de dependencias, a pesar de que los trabajos para concretar este traslado se adjudicaron en diciembre del 2014.

Además, el Servicio declaró a fines del 2014 la ejecución de proyectos de inversión por \$726.434.080.- a la fecha el 27% de estas compras que se registran pagadas no han sido recepcionadas y obviamente superan largamente las fechas comprometidas por lo proveedores.

En el área de gestión clínica, a junio de 2015 el Servicio registra una lista de espera quirúrgica de 2.579 pacientes de los cuales 1.258.- deberían ser operados en el Hospital Eduardo Pereira. La resolución de la lista de espera quirúrgica para el Servicio de Salud de Valparaíso es en promedio de 1.127 días. (Más de tres años).

Por su parte, a la misma fecha, existe una lista de espera por consultas de especialistas de 8.952 pacientes con una demora promedio de 902 días.

Finalmente se han realizado una serie de denuncia de irregularidades ante la autoridad que no han sido resueltas. Entre las más importantes: compras directas efectuadas a algunos proveedores y que fueron declaradas en la plataforma de mercado público como provenientes de licitaciones públicas (compras por 3.500 millones de pesos Hospital Van Buren año 2011) y sumario por denuncias en el Servicio de Oncología del Hospital Van Buren, establecimiento que sin embargo no determinó un cambio en los procesos de control de los servicios entregados.

PROGRAMA DE GOBIERNO EN MATERIA DE SALUD

Listas de espera

La **Ministra de Salud** explicó que los datos que expondría son los recopilados por el Repositorio Nacional de Datos en Salud del Ministerio, que pertenece a la Unidad de la Gestión de la Información (UGI).

Para dar respuesta a la interrogante de cómo avanzar hacia tiempos de espera con priorización sanitaria, se debe tener en cuenta que existe un desbalance entre oferta y demanda de servicio, una persona ingresa a la Lista de Espera desde el primer día en que se le solicita una interconsulta, se trata de un problema global y los países más desarrollados trabajan en la transparencia de éstas, en registros centralizados y avances en términos de reducir la antigüedad en Listas de Espera y que desde la perspectiva sanitaria, se priorizan los tiempos de espera, más que el número de personas en esta condición. Todo lo anterior, está considerado en el Plan Nacional de Tiempos de Espera del MINSAL.

A continuación expuso el siguiente cuadro para mostrar la variación de la situación entre el año 2014 y 2015.

LISTA DE ESPERA	MARZO 2014	MARZO 2015
POR CONSULTA DE ESPECIALIDAD	1.562.294	1.557.274 (5.020 pacientes menos)
LISTA DE ESPERA POR CIRUGÍA	186.377	232.102 (45.725 personas más)

Las estrategias para la reducción de listas de espera que se han implementado son las siguientes:

- Actualización de Lista de Espera: Plan de contactabilidad vía “Salud Responde”, que espera contactar a todos los pacientes en espera, validar su condición de espera e identificar causales de egreso administrativos.

- Contratación de 33.000 horas de Especialistas: Equivalentes a 750 médicos de 44 horas.

- Compromisos de Gestión de los Servicios de Salud 2015-2018: Prioriza a las personas que están en la lista en Consulta de Especialidad e Intervención Quirúrgica previa al año 2013 y 2012, respectivamente.

- Mejoramiento de procesos clínicos: Programación médica en nivel primario y secundario, medición de pertinencia de Interconsulta, ambulatorización de cirugías, optimización de pabellones y camas críticas.

- Uso de Telemedicina y equipos móviles (operativos médicos).

Como resultado de lo anterior se han podido observar los siguientes niveles de avance.

MAYOR PRODUCCIÓN			
AÑOS 2013 - 2014			
ACTIVIDAD	2013	2014	VARIACIÓN
CONSULTA TOTALES	7.118.693	7.249.923	1,84%
CONSULTA NUEVA DE ESPECIALIDAD	2.085.833	2.149.208	3,04%
% DE OCUPACIÓN DE PABELLONES	83,65%	85,48%	2,19%
ÍNDICE DE SUSPENSIÓN	11,6	11,0	-5,2%
I TRIMESTRE 2014- 2015			
ACTIVIDAD	2014	2015	VARIACIÓN
CONSULTA TOTALES	1.516.914	1.601.076	5,5%
CONSULTA NUEVA DE ESPECIALIDAD	436.854	477.839	9,4%
CIRUGÍAS MAYORES	89.225	95.898	7,5%

En el caso de garantías GES no se habla de listas de espera sino que de retrasos en cumplimiento de garantías, materia que se mantiene menor a 1%, pese a haber incorporado 11 nuevos problemas de salud en julio de 2013.

Para el seguimiento del cumplimiento de garantías, excepciones y retrasos se ha efectuado una revisión y mejora de procesos de

atención, en especial procedimientos claves como cirugías. Además, se ha mejorado la programación médica para optimizar atención ambulatoria de especialidades.

Se ha buscado la optimización de las redes de atención de prestaciones complejas, a través de fortalecimiento de las existentes (cargos y capacitación), mejora de la calidad a través del establecimiento de estándares de atención, propuesta de indicadores de calidad (comisiones de expertos en Neurocirugía, Cardiocirugía, Oncología, Neonatología, entre otros) y optimización del registro mediante el desarrollo de interfaz para la captura de información desde los sistemas de información local

Deuda sistema nacional de Servicios de Salud

La **Subsecretaria de Redes Asistenciales** se refirió modelo o estructura de financiamiento vigente y explicó que la estructura de precios del modelo de financiamiento PPV-PPI, ha demostrado ser insuficiente, toda vez que los estudios de costos de prestaciones no guardan relación con los precios que se pagan a los establecimientos hospitalarios. En este sentido, se ha hecho permanente la asignación de recursos para el pago de deuda todos los años, demostrando con ello los problemas del modelo de financiamiento hospitalario.

Existen además factores estructurales que explican el nivel de endeudamiento: una población cada vez más longeva y con morbilidades que conllevan una presión asistencial creciente y aumento de la población beneficiaria mayor en tramos de edad de más de 50 años, que tienen una tasa mayor de demanda de intervenciones en Salud.

Explicó que la gestión institucional de los recursos que intervienen en los procesos clínicos y administrativos que realiza el Ministerio de Salud es a través de dos niveles: la organización de la Red Asistencial y la organización administrativa y financiera.

Como estrategias de contención de gasto el Ministerio de Salud ha implementado medidas en los ámbitos financiero y administrativos: Convenios de Desempeño de Directivos ADP, Compromisos de Gestión con los

Servicios de Salud, Acuerdo de Gestión PPV-PPI, Indicadores Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) y Convenios de Desempeño de la División de Presupuesto MINSAL.

Como consecuencia de las medidas adoptadas, el resultado a la fecha es una evolución del gasto con tasa de crecimiento del gasto operacional (Subtítulo 21 más Subtítulo 22) que disminuye respecto de la tendencia que traía en los años anteriores, que se situaba en torno al 11% real anual. Hoy muestra un menor crecimiento en el primer cuatrimestre del año, respecto de igual período del año anterior (9%, gasto operacional que incluye el efecto de los programas de gobierno). De mantener la tendencia de menor tasa de crecimiento del gasto operacional, se observará un menor déficit presupuestario (del orden de M\$70.000 millones de pesos).

Los componentes estructurales de la deuda requieren cambios en los mecanismos presupuestarios (Agenda Larga), que se está abordando a través del establecimiento de una Mesa de Trabajo MINSAL – DIPRES, con el estudio de una metodología de financiamiento específica para los Servicios de Salud pequeños y de zonas extremas y metodología e implementación de un mecanismo de pago GRD a través de un piloto instalado en 14 hospitales en el año 2015.

Modelo donación de órganos para trasplantes en Chile

La **Ministra de Salud** señaló que del total de los trasplantes que se realizan en nuestro país el 75% corresponde a pacientes beneficiarios del Sistema Público de Salud, que tiene asegurado el financiamiento para los estudios pre-tx, acto quirúrgico, seguimiento y tratamiento post-tx de sus beneficiarios.

Las listas de espera son únicas, nacionales, transversales al sistema público y privado y se confeccionan y administran, por mandato legal, por el Instituto de Salud Pública. Esta lista se construye en base a criterios internacionalmente aceptados y validados por todos los equipos de trasplante acreditados en conjunto con la Coordinación Nacional de Trasplantes del Ministerio de Salud.

A continuación expuso el siguiente cuadro resumen para graficas la lista de espera comparativa en el período 2014-2015.

ÓRGANO	MAR-2014	MAY-15
CORAZÓN	21	14
PULMÓN	67	59
HÍGADO	117	110
PÁNCREAS	5	9
RIÑONES	1189	1205
TOTAL	1399	1397

Si bien es cierto la tasa de donantes no ha crecido todo lo esperado (considerando el 50% de negativa a la donación por parte de los fallecidos y avalado por las familias), se cuenta con una mejoría franca en la calidad y eficiencia en la utilización de órganos lo que significó que el año 2014 se realizaran 353 trasplantes que es la segunda cifra histórica después del año 2006.

PROYECTO DE LEY QUE REGULA LA DESPENALIZACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES, BOLETÍN N°9895-11.

Doctor Jorge Becker Valdivieso, especialista en Obstetricia y Ginecología

La primera causal que contempla el proyecto de ley en estudio, establece que *“Mediando la voluntad de la mujer, un(a) médico(a) cirujano(a) se encuentra autorizado(a) para “interrumpir un embarazo” cuando:..... La mujer se encuentre en riesgo vital, presente o futuro, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida”.*

El doctor Becker señaló que, por definición toda mujer tiene riesgo vital a futuro desde el momento en que se constata su gestación, pero ese riesgo, en Chile, es extraordinariamente bajo, dado la cifra de mortalidad materna que se presenta hace más de una década.

Contrariamente a lo mencionado en el proyecto, la gran mayoría de las patologías mencionadas como causa de muerte materna no son predecibles en su evolución desde el inicio del embarazo y otras se presentan de manera sorpresiva en mujeres sanas y sin factores de riesgo. Por lo tanto cabe preguntarse ¿Qué se considera como riesgo futuro? ¿Quién califica ese riesgo? ¿Qué ocurrirá judicialmente cuando haya una muerte materna en una mujer sana y la familia demande al centro hospitalario o al médico porque no se le informó a esa mujer sana que la ley le permitía interrumpir tempranamente su embarazo por riesgo vital futuro? ¿Puede una mujer sana o enferma pedir la interrupción del embarazo por riesgo futuro a pesar de que médicamente no corresponda?

Con respecto al riesgo vital presente planteó que no hay necesidad de legislar ya que con la normativa actual, cuando hay una paciente con embarazo ectópico o cualquiera de las tres siguientes circunstancias antes de la viabilidad fetal: corioamnionitis clínica, preeclampsia severa, metrorragia masiva con riesgo vital, los embarazos se interrumpen en todos los centros hospitalarios donde son referidas.

Respecto de la segunda causal que contiene la iniciativa legal, esto es la interrupción del embarazo cuando el embrión o feto padezca una alteración estructural congénita o genética incompatible con la vida extrauterina, si bien parece ser una causal muy bien delimitada, presenta el problema que hay enfermedades congénitas o genéticas que no tienen tratamiento y se consideran incompatibles con la vida, pero la realidad es que tienen una sobrevivencia variable, que habitualmente es corta (horas o días) pero también puede ser de años.

Además, si bien es poco frecuente, sigue existiendo el error ecográfico y claramente el diagnóstico de certeza se hace después del parto, por lo tanto aquí va a ocurrir en algunas ocasiones que se interrumpa un embarazo en base a un error médico respecto de la letalidad de la enfermedad.

A continuación analizó un listado de enfermedades que cabrían en esta causal, realizado por el doctor Waldo Sepúlveda:

1) Holoprosencefalia: Hay 3 tipos de ellas y una sola está considerada letal, pero no se distingue.

2) Pentalogía de Cantrell: Malformación de mal pronóstico, pero donde hay reportes de pacientes operados y sobrevivientes

3) Displasia renal bilateral: También de mal pronóstico pero existen casos donde los niños nacen con daño renal severo pero sobreviven y luego necesitan diálisis o trasplante renal

4) Hidrocefalia severa: Tiene asociado daño neurológico, pero es tratable luego de nacer y no necesariamente será letal

5) Raquisquisis: Este término corresponde a la espina bífida cuya operación ha sido realizada en forma pionera por el doctor Sepúlveda.

6) Hernia diafragmática con hipoplasia pulmonar: Está enfermedad por definición va asociada a hipoplasia pulmonar e hipertensión pulmonar. Así es la patología. En Chile, se trata quirúrgicamente desde hace años, pero desde el 2004 se opera con sobrevida cercana al 70% en el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile.

7) Hipoplasia de ventrículo izquierdo: Se opera desde el año 2001 en el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile, con sobrevida de 50%.

8) Teratomas epignatus y teratoma cervical, también se pueden resolver en Chile haciendo una cesárea con técnica EXIT para luego de manera diferida operar el tumor.

9) Uropatía obstructiva con hipoplasia pulmonar: si bien es controversial, en algunos casos es tratable in utero y en Chile hay sobrevivientes de esta poco frecuente enfermedad.

Cabe preguntarse entonces ¿Quién hará el diagnóstico prenatal? ¿Qué enfermedades se considerarán letales? ¿Por qué el feto se considera como paciente cuando está sano o con enfermedad tratable, pero pierde esa calidad de paciente cuando tiene una malformación no tratable y la ley permitirá matarlo? Ese concepto no está avalado para ninguna enfermedad en Medicina

A continuación recordó que, además de la Constitución, la ley N° 20.120 “Sobre la Investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana” protege la vida desde la concepción al establecer en su artículo 1° que “esta ley tiene por finalidad proteger la vida de los seres humanos desde el momento de la concepción”; en su artículo 3° “prohíbese toda práctica eugenésica, salvo la consejería genética” y en su artículo 4° “prohíbese toda forma de discriminación arbitraria basada en el patrimonio genético de las personas”.

Por último, respecto de la segunda causal cabe mencionar un problema práctico que está dado por la forma de control prenatal en Chile y la posibilidad de ecografías por especialistas competentes. Sin embargo, las paciente del sistema público de salud tienen una ecografía muy temprana del embarazo, que no permite ningún diagnóstico prenatal y luego una segunda ecografía, que ocasionalmente también puede ser la primera, alrededor de las 22-24 semanas o más tarde, y es ahí donde se diagnostican la mayoría de los malformados. A esa edad gestacional, las técnicas de “interrupción del embarazo” son claramente más mórbidas que en estados precoces del embarazo, lo que significará complicaciones potencialmente graves para las pacientes en las que se aplique esta ley, que incluyen la infertilidad a futuro y por supuesto la muerte materna.

En relación a la tercera causal, el hecho de ser violada es una forma de violencia extrema contra la mujer, pero desde el punto de vista estrictamente biológico, una mujer que se embaraza por violación es habitualmente una paciente con el riesgo basal de cualquier gestante con un hijo que suele estar sano, por lo tanto no hay justificación médica para interrumpir ese embarazo, lo que no quita que esa mujer debe recibir una especial atención en la parte emocional porque es evidente que tiene una posibilidad cierta de presentar estrés post traumático.

En esta causal, el proyecto de ley tiene el grave problema que deja claramente abierta la posibilidad de que el violador quede impune, al no exigir la denuncia de este delito y poner por sobre ello a la confidencialidad del acto médico.

Por otro lado, esta misma causal también permite que se inventen violaciones para interrumpir un embarazo no deseado, lo que obsta a que

por supuesto existen las violaciones reales y que son un drama humano tremendo. Para eso hay múltiples instituciones en Chile que tienen políticas de acompañamiento para mujeres con embarazos vulnerables

Un aspecto que trató a continuación fue la confidencialidad del acto médico, principio que puede ser vulnerado ante riesgo vital de un paciente, cuando una enfermedad pone en riesgo a otros o cuando hay un delito involucrado en el motivo de atención de un paciente.

El proyecto de ley permite el aborto a libre demanda bajo el subterfugio de la confidencialidad cuando dice “se busca privilegiar el deber de confidencialidad por sobre el deber de denuncia ante una interrupción del embarazo realizada por la mujer o por un tercero con su consentimiento”.

Esta declaración no cabe dentro de ninguna de las tres causales. La interpretación de esta frase da por entendido que cuando una mujer consulte por maniobras abortivas hechas por ella u otra persona, fuera de las tres causales no puede ser denunciada, por lo tanto el aborto provocado de cualquier tipo deja de ser un delito punible en Chile.

Por su parte el proyecto de ley contempla la objeción de conciencia, pero solo para los médicos y no para el resto del equipo de salud, lo que genera problemas en su aplicación práctica porque en definitiva ¿Qué es objeción de conciencia? ¿Es no hacer el aborto o es no participar en alguna parte del proceso que termina en un aborto?

Un último aspecto que destacó fue los límites de edad gestacional, que no se establecen ni para la primera ni para la segunda causal que propone el proyecto. Esto abre claramente la puerta al feticidio.

Otro punto crítico es que para las menores de 14 años, en el caso de violación, se pone como límite para el aborto hasta las 18 semanas, edad gestacional en que existe evidencia científica que el feto humano siente dolor (publicaciones del Dr Nicholas Fisk) Métodos de interrupción del embarazo.

Concluyó al plantear que, en atención a la situación financiera actual del sistema de salud pública en Chile es francamente deficitaria, ¿cómo hará el sistema público para asumir esta carga extra cuando ya está absolutamente colapsado con el GES y las urgencias?

Ocurrirá entonces lo mismo que en otros países, el Estado deberá comprar servicios a clínicas abortivas que se establecerán en el sector privado, es decir aumentará el gasto en salud para algo que no soluciona nada desde el punto de vista sanitario y más encima genera patología física y mental.

En resumen, la despenalización del aborto llevará a lucrar por parte de instituciones privadas que se dedicarán exclusivamente al aborto legal para abarcar todo lo que obviamente no podrá hacer el sistema público.

Doctor Waldo Sepúlveda, gineco obstetra

Señaló que en base a su experiencia profesional, la tecnología actual permite saber incluso antes de las doce semanas de gestación el diagnóstico que presenta un feto. Recalcó que es factible que en este proceso se produzcan errores, pero de ahí la importancia de la calidad del trabajo médico que se entrega.

En relación al proyecto de ley en análisis manifestó que expondría respecto a las dos causales que tienen una acción médica directa. En esta materia no se está creando nada nuevo y recordó que la discusión que se lleva adelante tiene una larga data y ya se ha analizado en todo el planeta, en Inglaterra hace 40 años y en Estados Unidos hace 50 años. En ese sentido debe tenerse claro que existe una opinión médica que se requiere por el examen que se realiza a la madre y al feto y otra que envuelve a la sociedad entera.

En la causal primera en que se establece que la madre tienen derecho a un aborto terapéutico, indicó que en Chile, como no está permitido el aborto terapéutico, los médicos que actúan para salvar a la madre y para ello realizan una interrupción del embarazo, están actuando fuera de la ley aun cuando le salven la vida a la paciente. Lo que ocurre es que no hay acusaciones legales contra ese médico porque es absurdo.

Por lo tanto Chile cuenta actualmente con una legislación que es absolutamente contra la vida de la mujer porque si la mujer se encuentra en un riesgo inminente de muerte la legislación no distingue entre un aborto intrauterino o extrauterino. La ley no dice que el aborto de un embarazo tubario es

legal, por lo tanto cuando un médico saca una trompa con un feto vivo en su interior en Chile constituye un aborto y como tal ilícito. Por ello existen médicos que esperan a que el feto muera en la trompa antes de proceder lo que lleva al riesgo de hemorragias y la muerte. Por esto muchas veces los ecógrafos no informan que el feto está vivo para que el médico proceda adecuadamente.

Existen casos en que indiscutiblemente el feto puede causar la muerte de la madre como la triploidia, caso en que el feto no va a vivir nunca y en la medida que crece las hormonas que produce afectan gravemente la salud de la madre.

Con respecto a la incompatibilidad del feto con la vida como causal de interrupción del embarazo, indicó que se trata de un diagnóstico bastante difícil. Existen casos en que los fetos han sobrevivido al nacimiento por hasta tres meses pero en condiciones absolutamente deplorables. Reconoció que en muchos casos si se puede ayudar a la sobrevivencia del feto una vez nacido e incluso antes a través de cirugías intrauterinas.

Explicó que la denominación de patologías “incompatibles con la vida” presenta problemas interpretativos porque puede sobrevivir por cinco minutos. Por ello propone que cambie a “malformaciones de carácter letal” del feto, porque eso dejaría claro que no existe tratamiento que evite su muerte.

El debate habido en esta sesión queda registrado en un archivo de audio digital, conforme a lo dispuesto en el artículo 256 del Reglamento.

Habiéndose cumplido el objeto de la presente sesión, se levantó a las 21: 09 horas.

JUAN LUIS CASTRO GONZÁLEZ

Presidente de la Comisión

ALVARO HALABI DIUANA

Abogado Secretario de la Comisión