



OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN ABORTO: DISCUSIÓN PÚBLICA EN CHILE

Conscientious objection in abortion: Public debate in Chile

Objeção de consciência ao aborto: Debate público no Chile

Lorena Etcheberry Rojas
Universidad de Santiago de Chile
Santiago, Chile

lorena.etcheberry@usach.cl
<https://orcid.org/0000-0003-2083-2624>



<https://doi.org/10.35588/61vf4t40>

→ Recibido

17 de julio de 2025.

→ Aceptado

02 de diciembre de 2025.

→ Publicado

31 de julio de 2026.

→ Artículo científico

Este manuscrito deriva del trabajo intelectual y la participación de la autora en debates públicos, de activismo y académicos sobre objeción de conciencia y aborto en Chile.

→ Cómo citar

Etcheberry Rojas, L. (2026). Objeción de conciencia en aborto: Discusión pública en Chile. *Re-presentaciones. Periodismo, comunicación y sociedad*, (24), 5-23. <https://doi.org/10.35588/61vf4t40>



[RESUMEN]

El fallo del Tribunal Constitucional de 2017 que permitió la promulgación de la Ley 21.030 de interrupción voluntaria del embarazo en tres causales en Chile, generó barreras para su implementación al ampliar la objeción de conciencia (OC) a las instituciones. Este artículo examina las barreras para el acceso efectivo al aborto legal en Chile, analizando críticamente cuerpos normativos y noticias de medios digitales que constituyen elementos centrales del debate público. Se sostiene que existe una intención por desplazar el aborto desde el ámbito penal hacia la salud pública y los derechos. La persistencia de la OC institucional y brechas de implementación continúan operando como barreras estructurales para la justicia reproductiva.

[PALABRAS**CLAVE]**

Derechos sexuales y reproductivos; autonomía; género; aborto; objeción de conciencia

[ABSTRACT]

The 2017 Constitutional Court ruling, while enabling the enactment of Law 21.030 on voluntary termination of pregnancy under three legal grounds in Chile, created barriers to its implementation by extending conscientious objection (CO) to institutions. This article examines the barriers to effective access to legal abortion in Chile through a critical analysis of regulatory frameworks and digital news media coverage, which constitute key elements of the public debate. It argues that these developments reflect an effort to shift abortion from the criminal sphere toward the domains of public health and rights. The persistence of institutional CO and ongoing implementation gaps continue to operate as structural barriers to reproductive justice.

[KEYWORDS]

Sexual and reproductive rights; autonomy; gender; abortion; conscientious objection

[RESUMO]

A sentença do Tribunal Constitucional de 2017 que possibilitou a promulgação da Lei 21.030 sobre a interrupção voluntária da gravidez em três hipóteses legais no Chile, criou barreiras para a sua implementação ao ampliar a objeção de consciência (OC) às instituições. Este artigo examina as barreiras ao acesso efetivo ao aborto legal no Chile, analisando de maneira crítica os marcos normativos e as notícias dos veículos de comunicação digitais, que são elementos centrais do debate público. Sustenta-se que existe uma tentativa de deslocar o aborto do âmbito penal para os campos da saúde pública e dos direitos. A permanência da OC institucional e as lacunas na implementação continuam operando como barreiras estruturais à justiça reprodutiva.

[PALAVRAS**CHAVE]**

Direitos sexuais e reprodutivos; autonomia; gênero; aborto; objeção de consciência

1.- Introducción

Actualmente, Chile se encuentra en un contexto político marcado por el ascenso de sectores de ultraderecha y por propuestas orientadas a restringir diversos derechos sociales. En este escenario, resulta pertinente examinar el estado actual del debate sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo IVE en tres causales (Ley N° 21.030, 2017), particularmente en relación con la objeción de conciencia (OC), debido a las barreras que su aplicación ha generado para el acceso efectivo a este derecho. Analizar esta problemática desde el debate público permite identificar posibles tendencias y decisiones futuras en la materia. Asimismo, Chile constituye un caso de estudio relevante por los avances alcanzados en gobiernos anteriores y por los potenciales retrocesos que podrían producirse en el corto plazo.

Reflexionar sobre el desarrollo de la Ley 21.300 IVE en tres causales, promulgada el año 2017 en Chile, exige considerar las condiciones que posibilitan su implementación, especialmente respecto a OC, principal barrera para su aplicación efectiva (Mesa de Acción por el Aborto y APROFA, 2023). En la Cuenta Pública el presidente Gabriel Boric (2024) anunció el ingreso a Contraloría de un nuevo reglamento para garantizar el acceso al aborto legal y evitar que la OC individual, del personal sanitario, limite este derecho (EMOL, 2024), lo que modificaría el Decreto Supremo N° 67 de 2018.

El 29 de mayo del 2025 el ejecutivo ingresó un nuevo Proyecto de Ley IVE por plazos (Lampert, 2025). A pesar de que el reglamento de OC aún no contaba con la toma de razón en ese momento, se esperaba que el tema fuera relevante en el debate parlamentario.

Sin embargo, Araya (2025), abogada e investigadora, advierte que, pese a su aprobación, el reglamento no solucionaría los problemas en su implementación, como la falsa objeción o la obstrucción del servicio, careciendo de mecanismos efectivos de fiscalización y garantías reales en la contratación de personal dispuesto a realizar la prestación.

Este artículo se propone analizar los antecedentes y desafíos en torno a la OC en el debate público establecido tanto en cuerpos normativos recientes como noticias de medios digitales, para contribuir a la reflexión en torno a políticas públicas que garanticen derechos sexuales y reproductivos. Se analizan el nuevo reglamento, el proyecto de ley y artículos de prensa publicados en medios digitales del año 2025, desde una perspectiva que aboga por autonomías relacionales (Rodríguez, 2012), más allá del enfoque liberal (Gilligan, 1985; Kohen, 2005), y por vidas vivibles (Butler, 1990; 2004; 2006), en el marco de perspectivas decoloniales que interpelan los marcos modernos y liberales de subjetividad (Lugones, 2014).

2.- Panorama internacional y nacional del aborto: Antecedentes de relevancia

Según Etcheberry (2024), el análisis del aborto exige contemplar la intersección de dimensiones sociales, políticas y legislativas, que se desarrollan en los debates públicos y en las condiciones concretas de los derechos sexuales y reproductivos. Este fenómeno se despliega estructuralmente trascendiendo el marco biomédico, involucrando también los factores determinantes sociales, culturales y éticos que rodean su medicalización y criminalización.

A partir del estudio de Singh et al. (2018), se observa que entre 2010 y 2014 la tasa global a nivel mundial de aborto disminuyó respecto del período 1990-1994, pasando de 40 a 35 por cada mil mujeres en edad reproductiva. Sin embargo, esta reducción se dio en regiones desarrolladas, mientras que, en los países en vías de desarrollo, las tasas se mantuvieron estables.

Esta disparidad no se relaciona únicamente con políticas restrictivas, sino con el crecimiento poblacional y el limitado acceso a servicios de anticoncepción. En regiones desarrolladas, los abortos

disminuyeron de 12 millones a 7 millones, mientras que aumentaron en regiones en desarrollo, de 38 millones a 49 millones.

En continuidad, cerca del 45% de los 56 millones de abortos inducidos entre 2010 y 2014, fueron inseguros, considerando que la seguridad está relacionada con la legalidad y con la capacitación del personal que lo realiza, según estándares definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022). La OMS (2022) define el aborto inseguro como un procedimiento para interrumpir un embarazo realizado por personas sin la capacitación adecuada o en condiciones que no cumplen los estándares para garantizar la seguridad.

Por otro lado, la penalización no disminuye la incidencia del aborto, pero sí incrementa su riesgo. Singh et al. (2018) destacan que el 8% de muertes maternas a nivel global se asocian a abortos inseguros, la mayoría en países del continente africano.

Un análisis complementario realizado por el *Center for Reproductive Rights* (2024) clasifica a los países según el nivel de restricción legal del aborto y revela que un 6% de las mujeres en edad reproductiva vive en países donde el aborto está completamente prohibido, mientras que solo un 34% reside en naciones donde es legal a petición de la mujer. En dicho informe, Chile aparece en la categoría de aborto legal para preservar la vida, aunque su legislación contempla además las causales de violación y de inviabilidad fetal.

El caso de España se menciona como un ejemplo, con una legislación que permite el aborto a petición hasta las 14 semanas y bajo causales hasta la semana 22. Asimismo, cabe destacar el caso latinoamericano argentino cuya ley fue aprobada el 2020, donde se establece también una combinación de plazos con causales. Plazos hasta las 14 semanas para el desarrollo de la interrupción sin causales, mientras que causales como la de violación y la de riesgo de vida de la mujer, posterior a dicha semana.

2.1.- El aborto en Chile

Los debates sobre el aborto en Chile se remontan a las primeras décadas del siglo XX, donde se llevaban a cabo estos procedimientos, como medio de regulación de la natalidad, con poco o ningún cuidado médico. Los niveles de mortalidad femenina por aborto ascendían a una tasa de 749,9¹ (Koch, 2014). Frente a aquello, en su artículo 226 de 1931 el código sanitario estableció que “sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo o practicar una intervención para hacer estéril a una mujer. Para proceder a estas intervenciones se requiere la opinión documentada de tres facultativos” (Matamala, 2014, p.8).

El aborto terapéutico fue legal en Chile hasta 1989, último año de dictadura, momento en que se prohibió todo tipo de aborto, justificándolo por la proclama de la vida del que está por nacer, con lo cual llegaron a su fin los 50 años de vigencia del Artículo 119 del Código Sanitario. Matamala (2014) plantea que en el Código Penal quedó prohibida y sancionada toda acción que tuviera como finalidad el abortar.

2.1.1.- Ley 21.030 en Chile: Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en tres causales

El movimiento feminista histórico chileno, si bien estableció la necesidad de luchar por “democracia en la casa y en el país” (Kirkwood, 1986), no pudo revertir la situación, estableciéndose una demanda social por aborto. En dicho momento, se practicaban en Chile abortos clandestinos, donde había existido un proceso de transformación de la práctica abortiva, pasando de técnicas manuales a técnicas farmacológicas relacionadas principalmente con el uso de Misopostrol (Moore et al., 2019).

¹ Tasa por 100.000 nacidos vivos.

El año 2017, se aprueba la Ley 21.030 que considera la IVE en tres causales: 1) Riesgo vital, presente o futuro, de la mujer, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida; 2) Embrión o feto que padezca una alteración estructural congénita o genética incompatible con la vida extrauterina; 3) Violación (Ley 21.030, 2017). El 29 de mayo del año 2017 se aprobó en la Comisión de Salud del Senado el proyecto con las tres causales, y la ley fue promulgada el 14 de septiembre del mismo año (BCN, 2017).

Sin embargo, fueron los sectores políticos chilenos conservadores los que el 3 de agosto del año 2017 solicitaron el envío del proyecto al Tribunal Constitucional TC, enclave institucional de la dictadura cívico militar, para comprobar que dicho proyecto no se encontrara en contradicción con la constitución del país. El fallo si bien posibilitó la existencia de la ley IVE, generó barreras para su implementación al ampliar la OC a las instituciones, generando así OC individual e institucional junto con eliminar la disponibilidad del personal médico –con OC- en caso de urgencia.

En el año 2023 se desarrolló el cuarto Monitoreo Social de la Mesa de Acción por Aborto y la Asociación Chilena de Protección de la Familia APROFA (2023). La evaluación de la implementación de la IVE no fue positiva, encontrándose falencias que operan como barreras para el desarrollo de la ley. Así, el diagnóstico establece las siguientes necesidades: fortalecer los procesos de formación y capacitación de equipos de salud sobre las implicancias de la ley, implementación, tramitación y aspectos administrativos; agilizar los procedimientos administrativos para la calificación de una persona usuaria como caso IVE; potenciar la difusión de la ley, sus alcances, derechos asociados e implicancias para los equipos de salud; promover mayor sensibilización de los equipos de salud; reforzar las estrategias de difusión de información, especialmente a los grupos más vulnerables, considerando sus patrones culturales y contextuales; Reconocer y fortalecer la importancia de la educación sexual integral prioritaria a nivel nacional.

Esto da cuenta de falencias en la implementación de la ley. Asimismo, en el contexto de la presentación del cuarto Monitoreo Social (Mesa de acción por el aborto y APROFA, 2023), Casas (2023) señaló que las personas perciben una baja disposición para implementar la ley, junto con una significativa falta de información por parte del funcionariado. En este sentido, enfatiza que toda normativa requiere procesos de capacitación, difusión de derechos y campañas de información dirigidas a la ciudadanía; de lo contrario, sin formación ni información adecuada para las usuarias, la ley corre el riesgo de permanecer como una declaración formal sin aplicación efectiva.

2.1.2.- Algunas cifras clave

Lampert y Fernández (2021) destacan que en Chile si bien no hay datos específicos dado a la ilegalidad del aborto por largos años, las estimaciones del año 2016, previo a la promulgación de la Ley 21.300, señalaban la existencia de entre 60.000 a 300.000 abortos clandestinos al año.

Tabla 1
Frecuencias de interrupciones voluntarias del embarazo por causal y año en Chile, 2018-2024

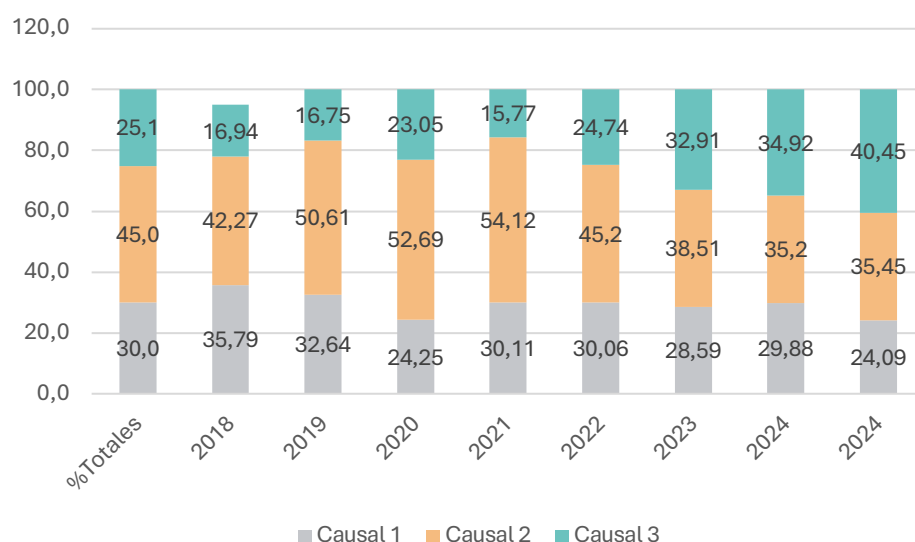
Causal	Frecuencias	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	Totales/Año							
Causal 1	1873	262	267	162	252	260	291	326
Causal 2	2810	346	135	85	136	118	112	115
Causal 3	1566	124	23	20	22	29	37	40

Fuente: Elaboración propia con datos del DEIS MINSAL (2025).

Estas cifras resultaban ser superiores a las establecidas oficialmente por el Ministerio de Salud de Chile -MINSAL, ya que posterior a la promulgación de la ley, desde septiembre de 2017 a junio del año 2024, 4.553 mujeres y niñas han llegado a establecimientos de salud por alguna de las tres causales, decidiendo interrumpir sus gestaciones (Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, 2024).

A continuación, se detallan los casos según causales de acuerdo con los años, comenzando por el año en que se empieza a implementarse la IVE.

Figura 1
Porcentajes de interrupciones voluntarias del embarazo por año y tipo de causal en Chile, 2018-2024²



Fuente: Elaboración propia con datos del DEIS MINSAL (2025)³.

El avance de las causales por año es variable. En el caso de la causal 1 de posible muerte de la mujer se destaca que en el año 2018 alcanza un 35,8%, mientras que a medida que pasan los años su porcentaje va disminuyendo hasta el año 2021, donde existe un alza que la posiciona en un 30,1%, para el año 2024 esta causal representa un 24,9%.

Por otro lado, la causal 2 de inviabilidad fetal con carácter letal da cuenta de un aumento sostenido desde el año 2018 (42,27%), hasta el año 2021 (54,1%). Posterior al año 2021 dicha causal demuestra una baja en su porcentaje, alcanzando un 35,2% el año 2024, para luego obtener un alza en 0,25 puntos porcentuales.

El caso de la causal 3 de violación, la situación es un poco distinta. Esta causal muestra un comportamiento variable a lo largo de los años, siendo un 16,9% en el año 2018. Sin embargo, para el año 2024 existe un alza considerable, alcanzando un 40,5% en su presencia, lo que implica un incremento de 5,58 puntos porcentuales en relación con el año que le precede.

Con esta información, se puede constatar que las causales tienen un comportamiento variable a lo largo de los años, donde para el año 2024, tanto las causales 2 como 3 tienen un alza, siendo más considerable el alza de la causal 3. Mientras que la causal 1 tiene una baja en relación con el año 2023.

² Causal 1: Posible muerte de la mujer; causal 2: inviabilidad fetal con riesgo letal; causal 3: violación.

³ Los datos del año 2024 se encuentran sujetos a confirmación estadística.

2.2.- OC en el marco de la IVE en tres causales

La OC ha sido reconocida como un derecho. Así, la OC es consagrada en todos los instrumentos de los Derechos Humanos (Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966; Pacto de San José de Costa Rica, entre otros), implicando una protección frente al Estado (Núñez y Cabello, 2018).

Asimismo, la definición de OC apunta a que la Ley 21.030 faculta a los/as profesionales que intervienen directamente en el procedimiento a abstenerse de participar en una interrupción amparada en alguna de las tres causales. Este derecho puede ejercerse únicamente cuando la OC ha sido formalizada previamente y por escrito ante la jefatura del establecimiento (Corporación Humanas, 2023)

Según el Informe Anual de OC en Hospitales Públicos (Corporación Humanas, 2023) se constata el registro de los/as profesionales OC de Servicios de Salud de Chile y los registros del MINSAL, para mayo del año 2022, en las tres causales ha aumentado la OC para médicos/as obstetras donde, para el año 2023, existe un 45,8% de médicos/as obstetras objetores/as de conciencia por la causal de violación, cifra que aumentó desde marzo 2022, donde la cifra alcanzaba un 43%. Por su parte, la segunda causal alcanzó un 22,7%, aumentando en un 23,1% en marzo del 2022, 15,9% en relación con un 15,3% en la primera causal⁴.

Una distribución similar se mantiene en médicos/as anestesiastas, profesionales no médicos/as y Técnicos/as Paramédicos/as (de pabellón). Ello da señales de que la OC se desarrolla principalmente frente a la única causal que no es de carácter médico o sanitario, como es la de la violación, pero que al mismo tiempo implica un mayor reconocimiento de las mujeres o personas gestantes que se encuentran en dicha causal como sujetas de derecho y capaces de tomar una decisión de manera autónoma tras un hecho de violencia de género (Casas y Maira, 2019). En términos de salud sexual y reproductiva, los países que reconocen la OC tienen que tomar medidas para evitar consecuencias no deseadas, en especial aquellas que afectan a niñas y adolescentes (CEDAW, 1999; 2013), cuestión que, se tensa en el marco de la discusión de la OC que trasciende a lo personal.

2.3.- OC Institucional y la Tensión Público- Privada

Montero y González (2011) entienden que la OC tiene múltiples definiciones posibles. Una de ellas es la que corresponde al incumplimiento de una obligación legal cuando su cumplimiento es percibido por la persona como contrario a sus convicciones éticas, morales, religiosas o de justicia, implicando su reconocimiento en el ámbito personal, pues pasa a circunscribirse al ámbito privado como una obligación, sin que pueda ser colectiva o institucional.

Sin embargo, la Ley 21.030 altera el Código Sanitario al plantear que el/la médico/a puede abstenerse de realizar una interrupción del embarazo si ha declarado previamente, por escrito, su OC al/la director/a del establecimiento de salud. Esta objeción es personal, aunque también puede ser invocada por una institución. Así, la OC en Chile en el contexto de la IVE también es de carácter institucional, es decir, las instituciones con determinado ideario (por lo general religioso), pueden objetar con conciencia. La OC institucional implica la existencia de elementos que tensionan la relación público- privado. Al respecto, Cabello y Núñez (2018) destacan que el Sistema Nacional de Salud opera bajo un marco normativo común que regula por igual a las instituciones públicas y privadas. Así, si la salud se concibe como un derecho social garantizado y un servicio público, las prestaciones sanitarias deberían reconocerse de manera uniforme, sin distinciones derivadas de la naturaleza jurídica de los prestadores. Asimismo, el carácter de servicio público de la salud se refleja en la existencia de normas, obligaciones, circulares y mecanismos de fiscalización que regulan la

⁴ La primera causal alude a la posible muerte de la mujer; la segunda causal a la inviabilidad fetal con carácter letal mientras que la tercera causal alude a la causal de violación.

actuación de los prestadores, bajo la coordinación del Ministerio de Salud y la supervisión de la Superintendencia de Salud.

A continuación, se destacan las instituciones privadas que actualmente son objetoras de conciencia en alguna causal:

Tabla 2

Instituciones sanitarias privadas chilenas objetoras de conciencia en alguna causal de la Ley 21.300

Institución Sanitaria	Causal que objeta
Instituto Diagnóstico S.A. (Clínica Indisa)	Tercera Causal
Clínica Sanatorio Alemán S.A.	
Pontificia Universidad Católica de Chile	Todas
UC Christus Servicios Clínicos SpA.	
Corporación Iglesia de los Adventistas del Séptimo Día	
Fundación Hospital Parroquial de San Bernardo	
Universidad de Los Andes	
Clínica Las Condes	

Fuente: Elaboración propia en base a Minsal (2019). Listado de objetores institucionales.

Por otra parte, diversos trabajos (Beca y Astete, 2011; Besio, 2016; Cabello y Robertson, 2018) señalan que la OC no se puede considerar absoluta, o por sobre algunos derechos, es decir, no puede vulnerar otros derechos que se encuentran consagrados. En el contexto de la IVE y de la OC Institucional, se pondría sobre la autonomía de los/as profesionales que no necesariamente son objetores/as y que deben objetar porque su institución así lo declara.

Así, es importante preguntarse por la tensión público- privada establecida en la OC institucional – sabiendo que si bien la OC personal goza de bastante legitimidad no ocurre lo mismo con la OC institucional–, lo que genera cuestionamientos sobre el impacto que aquello genera en los/as profesionales de la salud.

2.4.- La violencia estructural, el disciplinamiento corporal y las autonomías

Según datos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) (Minsal, 2025), en 2020 egresaron hospitalariamente 317 niñas entre 10 y 14 años por embarazo, lo que revela una grave vulneración de derechos. Estas gestaciones, resultado de violaciones, evidencian no solo la dificultad de acceder a la IVE por barreras como la OC, sino también una forma de violencia estructural contra niñas y mujeres (Segato, 2003), la que es un fenómeno sistemático que afecta de modo interseccional a niñas forzadas a gestar (Guerrero, 2023).

La Corporación Humanas (2021) señala que las dos primeras causales requieren un diagnóstico médico que las respalde, mientras que la causal de violación se sustenta en el relato de la persona gestante afectada. Esta causal registra los mayores niveles de OC, poniendo en evidencia la persistencia de formas de violencia histórica y estructurales presentes en el debate sobre este derecho. La aplicación de la OC puede transformarse en una barrera para el acceso efectivo al aborto legal, aun cuando este se encuentre garantizado por la normativa vigente. También, en el marco de la OC, surge la pregunta sobre las distintas concepciones de autonomía involucradas, tanto desde el ejercicio de las personas gestantes en la IVE, como desde la posición del personal sanitario frente a la objeción. Estas concepciones pueden variar según el posicionamiento respecto a la OC.

Desde la filosofía política clásica Kant (1797; 1985), quien es uno de los precursores del desarrollo del concepto de autonomía, la vincula con la voluntad y con el deber moral establecidos en el imperativo categórico. Por su parte, la tradición anglosajona la entiende como libertad de acción (Marzano, 2009), que probablemente es la visión que establece las bases para la comprensión moderna occidental e individual.

Mill (1859) defiende que cada persona debe poder trazar su plan de vida, no porque sea el mejor en términos absolutos, sino porque es propio lo que refleja una visión liberal e individual de la autonomía, que subyace en los cimientos de la construcción de la modernidad en Occidente al momento del despojo de las tradiciones y de la muerte de dios como fundamento. Así se da paso a la razón y a la autodeterminación como fines fundantes.

La idea de autonomía como autodeterminación individual también constituye el fundamento de la mirada liberal que justifica la acción concatenada de los pueblos fuera de los territorios hegemónicos europeos para autodeterminarse, y para generar así sus propias normas y leyes como naciones independientes.

A partir de perspectivas críticas, decoloniales y feministas, González (2018), y Rivera Cusicanqui (2013), plantean una autonomía vinculada al cuerpo y a lo emotivo, conectado a la idea de decisiones relacionales. Es decir, esta mirada de la autonomía rompe con la idea moderna individual, del hombre blanco heterosexual autónomo, y se basa en la construcción y preponderancia de lo relacional de los vínculos y de la interdependencia, como ejes fundantes de la construcción de lo humano y lo social.

Las lógicas de la ética del cuidado de Gilligan (1985), basadas en la comprensión de las necesidades específicas del/la otro/a, se elaboran para contrarrestar la mirada dominante de los fundamentos de una ética de la justicia que se establece, no solo desde lo moderno occidental, sino también desde una lógica de lo masculino hegemónico en base a elaboraciones éticas y jerárquicas abstractas, resultando importante la integración de ambas miradas, desde la ética del cuidado y de la justicia, donde Kohen (2005) propone una interconexión de estas visiones superando dicotomías entre autonomía individual y relacional, para fortalecer el ejercicio de derechos reproductivos y las nociones de autonomías en plural en torno al ejercicio del aborto.

3.- Estrategia metodológica

Para la estrategia metodológica, se revisaron dos documentos normativos clave del debate actual: el nuevo Reglamento de OC propuesto en 2024 (MINSAL, 2024), vinculado a la Ley 21.300 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (BCN, 2017), y el proyecto de ley de IVE por plazos, ingresado al Congreso el 28 de mayo del 2025, actualmente en trámite en diversas comisiones legislativas. Además, se consideraron minutas asociadas al reglamento de OC para complementar la comprensión del texto en conjunto con declaraciones por parte de organizaciones feministas. Por otro lado, también se realizó un análisis acerca de las noticias publicadas en medios digitales chilenos de mayor alcance (Comscore, 2023), publicadas durante el año 2025 sobre OC.

Para el análisis normativo se utilizó un enfoque metodológico cualitativo-interpretativo (Denzin y Lincoln, 2005), mediante análisis de contenido documental. Según Navarro y Díaz (1999), este análisis permite interpretar los discursos en su contexto, entendiendo el contenido no solo como texto literal, sino como instrumento operativo con efectos en la realidad. Por otro lado, se acudió a la metodología del *frame* o encuadre centrado en identificar los marcos interpretativos mediante los cuales distintos actores definen una misma situación, permitiendo comprender por qué una noticia puede desplegarse en escenarios divergentes (Muñoz, 2020), orientando la interpretación de los problemas, sus causas y sus posibles soluciones.

3.1.- Criterios muestrales para metodología del encuadre

Para efectos de la muestra de noticias digitales se utilizaron criterios de inclusión: que correspondieran a noticias informativas, excluyendo géneros periodísticos de opinión; que abordaran de manera explícita la OC; que hubiesen sido publicadas el primer semestre del 2025, período caracterizado por una intensa actividad política y mediática en torno a la regulación de la OC; que incorporaran declaraciones, posturas o acciones de actores relevantes del debate público, tales como autoridades gubernamentales, representantes del Colegio Médico, organizaciones, entre otros.

Los criterios de exclusión estuvieron centrados en aquellas noticias que no abordaban la OC o que la mencionaban únicamente de forma incidental; publicaciones centradas exclusivamente en el aborto por plazos o en la Ley N° 21.030 sin una vinculación sustantiva con la OC; noticias duplicadas o reproducciones de contenido de agencias sin elaboración periodística propia. Con estos criterios se realizó una selección de 10 noticias. La Tabla 3 a continuación destaca una lista de titulares, los medios, la fecha de publicación, así como sus principales análisis relacionados a categorías preestablecidas que permitieron su lectura.

Tabla 3
Corpus de noticias digitales utilizadas en el análisis

Noticia (titular)	Medio digital	Fecha
Aborto: cómo quedó el reglamento definitivo de objeción de conciencia	La Tercera	2025-05-29
Previo a anuncio del Gobierno por aborto legal: Contraloría toma razón de reglamento de objeción de conciencia	Emol	2025-05-24
La Moneda insistirá con aborto libre una vez que Contraloría tramite reglamento por ley de 3 causales	BioBioChile	2025-03-03
Objeción de conciencia y falta de apoyo: las barreras que persisten tras Ley de Aborto en 3 causales	El Mostrador (Braga)	2025-05-27
Objeción de conciencia alcanza 41,6% en obstetras por violación y dificulta acceso a aborto en Chile	El Mostrador (Braga)	2025-06-25
Nuevo reglamento busca impedir que objeción de conciencia limite acceso al aborto legal en Chile	El Mostrador (Braga)	2025-07-11
Colegio Médico pone foco en mejorar ley de “aborto en tres causales” antes de avanzar en nuevas legislaciones	Emol	2025-05-26
Gobierno propone que aborto legal se extienda hasta las 14 semanas...: “no vamos a innovar... en objeción de conciencia”	Emol	2025-05-27
Colegio Médico y aborto sin causales: “No somos quienes vamos a impulsar...”	Cooperativa	2025-05-26
“Ninguna mujer se embaraza para abortar”: Gobierno presenta proyecto...	CNN Chile	2025-05-28

Fuente: Medios digitales chilenos en base a búsqueda en internet.

4.- Resultados

A continuación, se presenta un análisis de fuentes normativas consistentes en el Reglamento de OC y el Proyecto IVE por Plazos. Se ha categorizado la información a un nivel analítico contando con dos dimensiones y subdimensiones que remiten al ámbito de los derechos sociales y al ámbito político.

4.1.- Autonomía en disputa

Se busca responder a la pregunta en torno a ¿cómo se configuran y tensionan distintas concepciones de autonomía en torno al aborto y la objeción de conciencia? Para lo cual se han establecido una serie de categorías vinculadas a sujetos, formas de ejercer y comprender la autonomía.

4.1.1.- Autonomía de mujeres y personas gestantes

Tanto el reglamento de OC como el proyecto de IVE por plazos incorporan medidas para fortalecer la autonomía de las personas gestantes. Así, el reglamento refuerza los mecanismos de información y transparencia respecto de los derechos garantizados por la Ley 21.030, la condición de objetor/a del personal sanitario y los canales de reclamo disponibles, junto con protocolos de derivación y reasignación para evitar que la OC sea barrera de acceso. Al respecto, los Establecimientos de Salud que ofrezcan servicios gineco-obstétricos, públicos o privados, deberán, por una parte, informar visiblemente los derechos garantizados por la ley N° 21.030, incluyendo si el/la médico/a tratante es OC y los canales de reclamo disponibles.

Asimismo, se informará desde la primera consulta, si el personal es OC, lo que será publicado en sitios web. También se plantea la necesidad de informar sobre mecanismos de reclamo ante incumplimientos de las prestaciones.

El proyecto de IVE por plazos reconoce la maternidad como una opción y no como una imposición, fundamentándose en los principios de autonomía, dignidad y derechos sexuales y reproductivos, conectado a la noción de vidas vivibles de Butler (2004, 2006). Asimismo, consagra el derecho a interrumpir el embarazo hasta las 14 semanas sin necesidad de invocar causales y establece el acceso universal y gratuito al procedimiento, independientemente de la previsión o nacionalidad de la persona usuaria.

4.1.2.- Autonomía profesional

Ambos instrumentos normativos resguardan la OC individual asociada a convicciones éticas o religiosas de profesionales de la salud. Sin embargo, plantean límites para su ejercicio, estableciendo quiénes participan directamente en el procedimiento y exigiendo su declaración previa y formal ante la autoridad correspondiente. Así se concibe la OC como una excepción y no como una facultad general que impide el acceso a prestaciones garantizadas por ley. Asimismo, no se acepta la OC institucional para actos como diagnóstico, exámenes, reasignaciones, cuidados posteriores, o ante complicaciones, lo que constituye un avance respecto a indicaciones anteriores.

También, se elimina la posibilidad de que la objeción sea válida en todos los centros asistenciales donde trabaje el/la profesional, suprimiéndose la separación entre OC personal e institucional. Además, los establecimientos no podrán exigir a quienes no sean objetores/as que declaren su condición, siendo fundamental este punto, dado que se parte de la base de que todo/a profesional de la salud debiese establecer las prestaciones médicas señaladas bajo una ley y, por ende, la OC establecería una excepción, no una regla que de alguna manera debe ser constatada cuando no se cumple.

4.2.- Conflictos entre autonomías

La persistencia de la OC institucional continúa operando como una barrera para el ejercicio efectivo de los derechos reproductivos, al tensionar tanto la autonomía de mujeres y personas gestantes como la de profesionales dispuestos/as a realizar la prestación. Frente a ello, los nuevos marcos normativos buscan fortalecer una comprensión relacional de la autonomía, reconociendo que el ejercicio de los derechos depende también de condiciones institucionales que garanticen información, transparencia y acceso oportuno a las prestaciones. En este sentido, se observa un avance hacia formas de cuidados democráticos (Tronto, 2013), donde la responsabilidad por la garantía de los derechos reproductivos deja de recaer exclusivamente en decisiones individuales y pasa a constituirse como una responsabilidad colectiva y política del sistema de salud.

4.2.1.- Reconfiguración del aborto como derecho social

Se considera la pregunta orientadora ¿cómo estos marcos normativos participan en el desplazamiento del aborto desde una lógica penal hacia una lógica de derechos? Los documentos normativos actúan como herramientas de un proceso político-normativo que busca reubicar el aborto desde la excepcionalidad penal hacia el campo de los derechos sociales, la salud pública y la justicia reproductiva, implicando dejar de tratar la interrupción del embarazo como un delito con excepciones para entenderla como una prestación de salud esencial garantizada estatalmente. Aquello se sustenta en un marco de reconocimiento hacia las personas gestantes como sujetos plenos de derechos y no meramente como sujetos pasivos. El reglamento reemplaza la palabra “mujer” por “paciente”, siendo necesario dado que no sólo las mujeres son gestantes sino también pueden existir otras identidades de género en gestación. Sin embargo, se discute la noción de “paciente” dado que le da un carácter de espera, sin considerar la necesidad de reconocimiento (Butler 2004. 2006) de persona usuaria en ejercicio de sus derechos de salud, en este sentido se apunta a la posibilidad de desarrollar el concepto de “persona usuaria”.

4.2.2.- Del aborto penal al aborto como derecho

El proyecto de IVE por plazos plantea el desplazamiento del aborto desde el ámbito penal hacia el campo de los derechos y la salud pública, reconociendo el derecho a la interrupción del embarazo hasta las 14 semanas sin necesidad de invocar causales y avanza en adecuaciones normativas orientadas a reducir su criminalización. Asimismo, fortalece el rol del Estado como garante del acceso seguro, gratuito y oportuno a las prestaciones, buscando universalizar este derecho más allá de la capacidad de pago o del lugar de residencia.

Respecto a obligaciones institucionales sobre la OC, se resguardará un formulario de manera confidencial, el cual favorece turnos con personal no objetor en unidades de gineco-obstetricia, al mismo tiempo de asegurar la atención médica sin que la objeción afecte acceso, calidad ni oportunidad. Para lo cual se tendrá que implementar un protocolo que resulta imperioso y necesario, dado que en la actualidad la OC es la principal barrera de acceso a las prestaciones de interrupción.

4.2.3.- Derechos sexuales y reproductivos

La propuesta se encuentra en consonancia con estándares internacionales de derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos, incorporando referencias a organismos como la CEDAW y a recomendaciones internacionales para evitar que la OC opere como una barrera. Así, la autonomía reproductiva es reconocida como un principio central de dignidad y autodeterminación. Sin embargo, en el marco de esta propuesta la autonomía debe avanzar hacia una comprensión relacional (Kohen, 2005) considerando que su ejercicio depende también de condiciones institucionales, sociales y sanitarias que permitan hacer efectivos los derechos reproductivos.

Asimismo, el Estado se posiciona como garante para el acceso a información veraz, por medio de acompañamiento psicológico y consejería médica antes y después del procedimiento. En este punto

es importante destacar que un aspecto descuidado en la actual implementación de la IVE en tres causales es el acompañamiento, en este sentido, se espera que las declaraciones de esta nueva ley referida a dicho tema se materialicen y se lleven a cabo resguardando la salud biopsicosocial de las mujeres y de las personas gestantes.

4.2.4.- Universalización del acceso

El proyecto establece el acceso gratuito a la interrupción voluntaria del embarazo independiente de la previsión de salud o nacionalidad de las personas usuarias. También, contempla mecanismos que articulan a prestadores públicos y privados para garantizar la continuidad de los servicios, incluso mediante sistemas de derivación o reemplazo cuando existan obstáculos para su realización.

El proyecto de ley incorpora sanciones para quienes utilicen la OC como mecanismo de obstrucción, negación o retraso de las prestaciones, reforzando así la garantía efectiva del derecho. Asimismo, promueve la Educación Sexual Integral con enfoque de derechos humanos, género y diversidad, en línea con los debates actuales sobre su implementación. Junto con adecuar las normativas que aún penalizan el aborto fuera de causales, establece el acceso gratuito al procedimiento para todas las personas, independientemente de su previsión o nacionalidad, avanzando hacia la universalización del derecho.

4.2.5.- Transformación cultural y cambio de paradigma

Estos marcos promueven una perspectiva preventiva basada en la educación sexual integral con enfoque de derechos humanos, género y diversidad, ampliando el reconocimiento de las distintas identidades gestantes como sujetos de derechos. En este contexto, la maternidad se concibe como una opción y no como una imposición, cuestionando lo que Lamas (2015) denomina la maternidad impuesta como horizonte hegemónico de la identidad femenina.

Así, la IVE deja de entenderse exclusivamente desde la sanción y la excepcionalidad para ser reconocida como una decisión legítima dentro de los proyectos de vida de personas gestantes. Asimismo, al limitar la OC y fortalecer mecanismos institucionales de garantía, se avanza hacia una comprensión relacional de la autonomía, donde el ejercicio efectivo de los derechos reproductivos depende de condiciones de acceso, información y responsabilidad colectiva, más que de las convicciones individuales de quienes prestan la atención.

5. Discusión

A continuación, se destacan las principales dimensiones de análisis de las noticias y las declaraciones públicas en función del *frame* o enmarcado que se les puede hacer a las mismas:

5.1.- Dimensión político-institucional: Encuadre de salud pública y deuda democrática

Esta dimensión se centra en la acción del Ejecutivo y el Congreso. El Gobierno instala un *frame* que concibe la IVE como un problema de salud pública y justicia social, y lo desplaza así del ámbito penal (CNN Chile, 2025).

En este marco, se ingresa un proyecto de ley por plazos inspirado en modelos internacionales como el alemán, presentado como el cumplimiento de un compromiso presidencial tras la aprobación del nuevo reglamento de OC por parte de la Contraloría (Silva 2025; CNN Chile, 2025). Sin embargo, la factibilidad legislativa es baja, dado que los bloques conservadores mantienen una mayoría que impide alcanzar los 78 votos necesarios, mientras que el oficialismo y sectores de centro bordean los 64 votos. En paralelo, la toma de razón del Reglamento de OC aparece como un hito regulatorio orientado a evitar que esta figura limite el acceso mediante traslados forzados entre regiones (Burgos, 2025).

5.2.- Dimensión médico-gremial: Encuadre de implementación y autonomía profesional

Predomina la tensión entre el deber de prestación sanitaria y la autonomía profesional. El *frame* impulsado por el Colegio Médico prioriza la correcta implementación de la ley vigente antes de avanzar hacia el aborto sin causales (Cooperativa, 2025). En esta línea, su presidenta ha señalado que la prioridad es garantizar la aplicación de la ley de tres causales, descartando que el gremio impulse una ampliación del derecho (Romero, 2025). No obstante, persisten barreras estructurales dadas las cifras de OC en la causal de violación (Burgos, 2025). A ello se suma una crisis de confianza asociada a la emisión fraudulenta de licencias médicas, que sitúa al gremio en una posición defensiva en términos de ética profesional (Romero, 2025).

5.3.- Dimensión de derechos humanos y sociedad civil: Encuadre de vulneración y criminalización

Las organizaciones feministas y de derechos humanos despliegan un *frame* de denuncia frente a la desprotección estatal y la violencia institucional (Carta Comisión de Salud, 2026; Declaración Pública, 2025). Se documenta una criminalización persistente del aborto, entre 2012 y 2022 se registraron 459 causas judiciales, incluyendo abortos espontáneos, y en el 19,6% de los casos las denuncias provinieron del propio personal de salud, vulnerando la confidencialidad (Carta Comisión de Salud, 2025). La situación es especialmente crítica para niñas y adolescentes, ya que, pese a presumirse legalmente víctimas de violación, solo el 14,28% de las solicitudes de autorización judicial sustitutiva fueron acogidas entre 2017 y 2022, mientras que en 2024 se registraron 109 egresos hospitalarios por parto en niñas de 10 a 14 años (Carta Comisión de Salud, 2025).

5.4.- Dimensión normativa y de reparación: Encuadre de humanización y trato digno

Esta dimensión se orienta a mitigar daños mediante protocolos de acompañamiento y prevención de la revictimización, bajo un *frame* de humanización del trato. En este contexto, se relevan la Ley Dominga y la Ley Karin, que promueven protocolos para asegurar un trato digno en pérdidas reproductivas, evitando prácticas institucionales revictimizantes (Burgos López, 2025). Asimismo, la Ley 21.675 impone al Ministerio de Salud el fortalecimiento de la atención humanizada, el respeto al consentimiento informado y la derivación oportuna a instituciones no objetoras con el fin de garantizar el acceso efectivo al derecho (Carta Comisión de Salud, 2025).

En síntesis, mientras el Gobierno intenta desplazar la agenda hacia la expansión de derechos mediante el aborto hasta las 14 semanas, el análisis de la cobertura evidencia una crisis de implementación de la ley vigente, marcada por una OC masiva y una persistente criminalización de las personas gestantes en Chile.

6.- Conclusiones

El reglamento sobre objeción de conciencia y el proyecto de ley de IVE por plazos configuran un marco normativo orientado a fortalecer el acceso efectivo al aborto, reconociendo a la OC como una de las principales barreras para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Ambos instrumentos desplazan el aborto desde el ámbito penal hacia la salud pública y los derechos, aunque su viabilidad legislativa enfrenta importantes obstáculos en el escenario político actual. Al mismo tiempo, avanzan hacia una comprensión relacional de la autonomía, donde el acceso a los derechos depende de condiciones institucionales que los garanticen efectivamente. No obstante, persisten tensiones asociadas a la OC, especialmente en el ámbito médico y en la causal de violación, así como dinámicas de criminalización denunciadas por organizaciones feministas y de derechos humanos. En conjunto, estas iniciativas abren la posibilidad de un cambio de paradigma, al situar a las personas

gestantes como sujetos plenos de derechos y reforzar la responsabilidad colectiva del Estado en la garantía de una salud pública basada en el cuidado, la equidad y la justicia reproductiva.

7.- Reconocimientos y agradecimientos

Se agradece a la Articulación por el Derecho a Decidir y a la Asamblea Permanente por brindar espacios de diálogo e información que nutrieron este artículo.

8.- Referencias bibliográficas

- Araya Peschke, B. (2025, junio 19). Reglamento de objeción de conciencia y el daño a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer. *El Mostrador*. <https://www.elmostrador.cl/braga/yo-opino/2025/06/19/reglamento-de-objecion-de-conciencia-y-el-dano-a-los-derechos-sexuales-y-reproductivos-de-la-mujer/>
- Beca, J., y Astete, C. (2010). Enseñanza de la Bioética en Pediatría: Experiencias docentes. En M. De los Reyes López y M. Sánchez Jacob. (Eds.), *Bioética y Pediatría: Proyectos de vida plena* (pp. 107-115). Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha.
- Besio, M. (2016). Objeción de conciencia, profesión médica y proyecto sobre despenalización del aborto en Chile. *Revista Médica de Chile*, 144(3), 377–381. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000300014>
- Burgos López, J. (2025). Objeción de conciencia y falta de apoyo: Las barreras que persisten tras ley de aborto en tres causales. *El Mostrador* (Braga). <https://www.elmostrador.cl/braga/2025/05/27/objecion-de-conciencia-y-falta-de-apoyo-las-barreras-que-persisten-tras-ley-de-aborto-en-3-causales/>
- Butler, J. (1990). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- Butler, J. (2004). *Deshacer el género*. Paidós.
- Butler, J. (2006). *Vida precaria: El poder del duelo y la violencia*. Paidós.
- Cabello Robertson, J., y Núñez Nova, A. (2018). Objeción de conciencia institucional y regulación en salud: ¿Existe una excusa legítima frente al aborto en Chile? *Revista de Bioética y Derecho*, (43), 161–177. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1886-58872018000200012
- Casa, L., y Maturana, C. (2021, 26 de septiembre). *A cuatro años del aborto en tres causales: quienes van de candidatos/as deben decidir de qué lado están*. Corporación Humanas. <https://www.humanas.cl/a-cuatro-anos-del-aborto-en-tres-causales-quienes-van-de-candidatos-as-deben-decidir-de-que-lado-estan/>
- Casas, L. (2023). Falta de disposición de profesionales y desinformación en usuarias: Los obstáculos del aborto en tres causales. Radio Universidad de Chile. <https://radio.uchile.cl/2023/11/28/falta-de-disposicion-de-profesionales-y-desinformacion-en-usuarias-los-obstaculos-del-aborto-en-tres-causales/>
- Casas, L., y Maira, G. (2019). *Aborto en tres causales en Chile: Lecturas del proceso de despenalización*. LOM Ediciones.
- Casas, L., Vivaldi, L., y Álvarez, J. (2015). *Informe sobre embarazos en situación de malformación fetal incompatible con la vida postnatal en Chile* [Informe inédito]. Universidad Diego Portales.

- Center for Reproductive Rights. (2024). *The world's abortion laws: Categories of abortion laws from least to most restrictive* [Mapa]. https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2024/03/WALM-Poster_3-1-2024.pdf
- Committee on the Elimination of Discrimination against Women. (1999). *General recommendation No. 24: Women and health*. United Nations. <https://hrlibrary.umn.edu/gencomm/generl24.htm>
- Committee on the Elimination of Discrimination against Women. (2013). *Concluding observations on Hungary*. United Nations. <https://digitallibrary.un.org/record/748333?v=pdf>
- Comscore. (2023, enero 31). Crece el consumo de noticias en Chile: El rol del plebiscito, los principales consumidores y los medios líderes en la categoría durante el 2022. <https://www.comscore.com/lat/Prensa-y-Eventos/Comunicados-de-prensa/2023/1/Crece-el-consumo-de-noticias-en-Chile>
- Cooperativa. (2025, mayo 26). Colegio Médico y aborto sin causales: "No somos quienes vamos a impulsar...". <https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/aborto/colegio-medico-y-aborto-sin-causales-no-somos-quienes-vamos-a-impulsar/2025-05-26/075718.html>
- Corporación Humanas. (2023). *Monitoreo a la Ley N° 21.030 sobre aborto en tres causales en relación a la objeción de conciencia*. <https://www.humanas.cl/wp-content/uploads/2024/01/INFORME-OBJECCION-DE-CONCIENCIA-2023.pdf>
- Decreto Supremo N° 22. (2024). Ministerio de Salud de Chile. Diario Oficial <https://www.superdesalud.gob.cl/normativa/decreto-n22/>
- Denzin, N. K., y Lincoln, Y. S. (Eds.). (2005). *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed.). Sage.
- Emol. (2024, 1 de junio). Cuenta pública: Presidente Boric anuncia proyecto de ley de aborto legal. <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2024/06/01/1132477/cuenta-publica-presidente-boric-aborto.html>
- Etcheberry, L. (2024). *Tejiendo la vida y la muerte: Lecturas feministas sobre aborto y eutanasia en Chile*. LOM Ediciones.
- Etcheberry, L., y Mora, E. (2025). Cuidado y poder: Los límites de la práctica sanitaria ante la vida y la muerte. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e investigación Social*, 25(3), e3588. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.3588>
- Fraser, N., y Honneth, A. (2006). *¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político-filosófico*. Morata.
- Gilligan, C. (1985). *La moral y la teoría*. Fondo de Cultura Económica.
- González, A. (2025, marzo 3). La Moneda insistirá con aborto libre una vez que Contraloría tramite reglamento por ley de 3 causales. *BioBioChile*. <https://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2025/03/03/la-moneda-insistira-con-aborto-libre-una-vez-que-contraloria-tramite-reglamento-por-ley-de-3-causales.shtml>
- Guerrero Soto, D. (2023). Violencia sexual en las niñas de Chile en 2023: miradas desde el feminismo y la interseccionalidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 22(3), 1-10. <https://revistaumanizales.cinde.org.co/violencia-sexual-en-las-nineces-de-chile-en-2023-miradas-desde-el-feminismo-y-la-interseccionalidad/>
- Koch, E. (2014). Epidemiología del aborto y su prevención en Chile. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79(5), 351-360. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262014000500001>

- Kohen, B. (2005). Ciudadanía y ética del cuidado. En E. Carrió y D. Maffia (Comps.), *Búsquedas de sentido para una nueva política* (pp. 175-188). Paidós.
- Lagarde, M. (1990). *Cautiverio de las mujeres*. UNAM.
- Lamas, M. (2015). *El largo camino hacia la ILE. Mi versión de los hechos*. Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género.
- Lampert Grassi, M. P. (2025, septiembre). *Interrupción voluntaria del embarazo: Legislación extranjera y proyecto de ley que regula la IVE en Chile (N° SUP: 149770)*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, Asesoría Técnica Parlamentaria.
https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/37625/2/BCN_IVE_legislacion_extranjera_FINAL.pdf
- Ley 21.030 (2017, 14 de septiembre). Ministerio de Salud de Chile. Diario oficial.
<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1108237>
- Ley 27.610. (2020). Congreso de la Nación Argentina. Boletín Oficial de la República Argentina.
<https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/interrupcion-voluntaria-del-embarazo>
- Lugones, M. (2014). Rumo a um feminismo descolonial. *Revista estudios feministas*, 22(3), 935-952.
- Matamala Vivaldi, M. I. (2014). Aborto en Chile: Cuerpos, derechos y libertades. En AFLD (Ed.) *Voces Sobre el Aborto. Ciudadanía de las mujeres, cuerpo y autonomía* (pp.7-18). Articulación Feminista por la Libertad de Decidir. <https://mesaborto.cl/wp-content/uploads/2020/09/3.-Voces-sobre-el-abrto.pdf>
- Mellado, B. (2025, mayo 24). Previo a anuncio del Gobierno por aborto legal: Contraloría toma razón de reglamento de objeción de conciencia. *Emol*.
<https://www.emol.com/noticias/Nacional/2025/05/24/1167257/reglamento-objecion-de-conciencia-contraloria.html>
- Mesa de Acción por el Aborto y APROFA. (2023). *Informe de monitoreo social: Acceso a la Ley IVE*.
<https://aprofa.cl/wp-content/uploads/2023/11/Monitoreo-final.pdf>
- Mill, J. S. (1859). *Sobre la libertad* (Ed. 2008). Tecnos.
- Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género. (2024). *Siete años de la Ley IVE*.
<https://minmujeryeg.gob.cl/?p=54721>
- Muñiz, C. (2020). El framing como proyecto de investigación. *Profesional de la Información*, 29(6), e290623. <https://doi.org/10.3145/epi.2020.nov.23>
- Navarro, P., y Díaz, C. (1999). Análisis de contenido. En J. Delgado y J. Fernández (Coord.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 177-221). Síntesis.
- Organizaciones Feministas. (2025a, 7 de agosto). *Carta a la Cámara de Diputadas y Diputados sobre objeción de conciencia y aborto legal*. Nada sin nosotras.
<https://nadasinnosotras.cl/2025/08/07/proyecto-de-aborto-legal-por-plazos-organizaciones-piden-debate-con-base-tecnica-y-pluralidad/>
- Organizaciones Feministas. (2025b, mayo). *Declaración pública sobre objeción de conciencia y aborto legal en Chile*. Diario UChile. <https://radio.uchile.cl/2025/05/21/organizaciones-feministas-exigen-aprobacion-del-reglamento-de-objecion-de-conciencia-para-garantizar-acceso-al-aborto-legal-en-chile/>
- Pérez, D. (2025, mayo 28). "Ninguna mujer se embaraza para abortar": Gobierno presenta proyecto aborto hasta 14 semanas de gestación. *CNN Chile*. <https://www.cnnchile.com/pais/ninguna->

- Rodríguez, B. (2012). Género en el discurso constitucional del aborto. *Revista de Estudios Políticos (nueva época)*, 156, 49-83. <https://recyt.fecyt.es/index.php/RevEsPol/article/view/40033>
- Romero, M. (2025, mayo 26). Colegio Médico pone foco en mejorar ley de aborto en tres causales. *Emol*. <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2025/05/26/1167353/colegio-medico-por-aborto.html>
- Segato, R. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia*. Prometeo.
- Silva, M. (2025, mayo 27). Gobierno propone que aborto legal se extienda hasta las 14 semanas. *Emol*. <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2025/05/27/1167576/aborto-legal-14-semanas-propuesta.html>
- Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L., y Onda, T. (2018). *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>
- Tronto, J. C. (1993). *Moral boundaries*. Routledge.
- Tronto, J. C. (2013). Democratic caring and caring democracy. En M. Engster y M. Hamington (Eds.), *Care ethics and political theory* (pp. 23–44). Oxford University Press. https://www.researchgate.net/publication/262506961_Democratic_caring_and_caring_democracies

9.- Contribución de autores

Lorena Etcheberry Rojas: Conceptualización; Curación de datos; Análisis formal; Investigación; Metodología; Validación; Visualización; Redacción – borrador original; Redacción – Revisión y Edición.

