

**LA PENALIZACIÓN
DEL ABORTO
COMO UNA
VIOLACIÓN A LOS
DERECHOS
HUMANOS
DE LAS MUJERES***

* Capítulo preparado por Lidia Casas y Lieta Vivaldi, con la colaboración de María Cristina Silva, María Constanza Bravo y Consuelo Navarroy Fernanda Sandoval

SÍNTESIS

Este estudio describe, a través de entrevistas a mujeres que han interrumpido su embarazo, las prácticas del aborto en Chile y argumenta que la clandestinidad vulnera sus derechos humanos. Pese a su ilegalidad, se estima que los abortos provocados en Chile alcanzarían a 70.000 al año. Las maniobras utilizadas son variadas y, en consecuencia, los precios y riesgos para la vida y la salud de quienes se someten a ellas también son diversos. De acuerdo a las entrevistas efectuadas y a los datos recogidos de otras fuentes, las prácticas del aborto clandestino habrían cambiado con el uso masivo del misoprostol.¹ Dicho medicamento puede ser adquirido a través del mercado negro en todo el territorio nacional, reduciéndose los riesgos del aborto clandestino. Algunos profesionales de la salud entrevistados han optado por aconsejar su uso correcto y así reducir los efectos adversos en las mujeres que lo utilizan. Un colectivo de mujeres hace lo propio a través de una línea telefónica, entregando información de acceso público en la Web sobre el uso del misoprostol.

Las entrevistas reflejan los múltiples temores que las mujeres enfrentan; el miedo a morir o a sufrir graves daño en la salud y a ser perseguidas penalmente se repiten en la mayoría de los testimonios recopilados. Debido a la ilegalidad y a la condena social, las mujeres muchas veces enfrentan el proceso de aborto en soledad y abandono.

En los casos de abortos complicados, las mujeres se exponen a situaciones de maltrato en los centros hospitalarios, incluyendo interrogaciones, trato brusco y la posible denuncia. La investigación muestra también el tratamiento cruel y degradante que afecta a mujeres que gestan embarazos con malformaciones, o cuyos embarazos son producto de una violación. Algunas mujeres contrarias al aborto, ante gestaciones con malformados, interrumpen el embarazo o solicitan hacerlo. Aquellas mujeres que tienen los recursos pueden hacerlo fuera

¹ El misoprostol es una droga para el tratamiento de úlceras gástricas que provoca contracciones al útero y de esta forma interrumpe la gestación.

de Chile. Ello no ocurre con las mujeres en el sistema público de salud, que se enfrentan a decisiones discrecionales de la comunidad médica de mantener o no el embarazo hasta el término de la gestación.

La ilegalidad del aborto en Chile produce un efecto inhibitorio en los profesionales y sitúa a las mujeres en situaciones de vulnerabilidad, riesgo a su salud y sufrimiento que son evitables. Aun cuando el aborto es un delito cuya efectiva persecución penal es reducida, quienes son mayoritariamente castigadas son las mujeres, y la persecución penal es muy selectiva, recayendo sobre todo en las más pobres. Las perseguidas pueden ser maltratadas también por sus propios defensores.

La prohibición absoluta de aborto en Chile violenta gravemente los derechos humanos de las mujeres, por lo que la necesidad de legislar se presenta como urgente y necesaria.

PALABRAS CLAVES: Aborto, Clandestinidad, Riesgos

INTRODUCCIÓN

Este capítulo se centra en la violación de los derechos humanos que produce la ilegalidad del aborto en toda circunstancia. La penalización vulnera, entre otros, el deber de garantía y protección de los derechos humanos de las mujeres a la autonomía; a la igualdad; a la integridad y seguridad personal; a la vida; a no ser sometido a un trato cruel, inhumano y degradante; a la privacidad; al debido proceso; y a la salud.

El objetivo de esta investigación es indagar sobre la práctica del aborto en Chile, sus efectos sobre la vida de quienes se someten a una interrupción voluntaria del embarazo, bajo una perspectiva de los derechos humanos. La investigación es relevante no solo por la ausencia de datos en esta materia sino por la necesidad de realizar una revisión de los problemas jurídicos que entraña la criminalización del aborto en Chile bajo toda circunstancia.

La investigación consta, por una parte, de 61 entrevistas tanto a mujeres como a acompañantes y profesionales de la salud, cuyos relatos y experiencias personales hacen palpables las violaciones a los derechos humanos que implica la penalización del aborto en Chile. Sin su generosidad para compartir sus vivencias, este trabajo no habría sido posible.

Por otra parte, este informe sistematiza información estadística de instituciones públicas, datos que no están publicados y que fueron entregados para la elaboración de este capítulo.²

2 Ministerio Público, Defensoría Penal Pública, Gendarmería de Chile, Ministerio de Salud y Servicio Nacional de la Mujer. El Ministerio Público entregó datos parciales y, en su respuesta del 10 de abril de 2013, señaló que "respecto de las estadísticas solicitadas [...] no es posible su entrega en los términos requeridos, ya que su obtención implicaría distraer indebidamente a los funcionarios de esta institución del cumplimiento regular de sus funciones habituales, situación que por lo demás configura la causal de reserva contemplada en el art. 21 No 1 letra c) de la Ley 20.285".

1. ANTECEDENTES GENERALES SOBRE ABORTO EN CHILE

1.1. Contexto sobre las prácticas de aborto en Chile

Aun cuando en Chile existe un régimen de penalización del aborto a todo evento, las prácticas de aborto provocado son variadas. Algunas son seguras pese a ser ilegales, como las realizadas por profesionales competentes a través de legrados³ o por aspiración uterina, o la realización del aborto con medicamento (misoprostol), pero aún subsisten prácticas de alto riesgo como la sonda. Un estudio de la Defensoría Penal Pública sobre mujeres que han sido defendidas por el delito de aborto muestra esa variedad de prácticas y los rangos de precio que oscila entre los 40 mil hasta cuatro millones de pesos por el aborto realizado por un facultativo.⁴

El misoprostol es una droga para el tratamiento de úlceras gástricas que provoca contracciones al útero y de esta forma interrumpe la gestación. Este medicamento ha sido reconocido para uso ginecológico por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya sea para acelerar el parto o interrumpir un embarazo de hasta 12 semanas de gestación⁵ Su uso ha significado una reducción en precio y riesgos en comparación con la práctica de abortos con sonda u otros medios peligrosos.⁶ Sin embargo, según la dosis usada y la cantidad de semanas de la gestación, puede implicar también serios riesgos.⁷

La información sobre esta droga es de fácil acceso a través de la Web y es posible adquirirla en todo el territorio nacional. Desde hace algunos años se utiliza masivamente,⁸ pues no depende de la intervención de un tercero salvo para la adquisición de la misma.

Hasta 2001, el misoprostol podía adquirirse en farmacias con receta. A partir de entonces, se restringió a través de receta retenida.⁹ En la actualidad, la droga no puede encontrarse en las farmacias para su venta al detalle porque se vendería con una receta institucional para hospitales y clínicas.¹⁰ Hoy se adquiere en el mercado negro o comprado en el extranjero.

3 El legrado es un vaciamiento de la cavidad uterina a través del cual se raspa y recolecta tejido (endometrio) del interior de útero. Es conocido como raspaje.

4 Defensoría Penal Pública, Delitos de aborto e infanticidio: Delitos procesados en Chile, 2009, sin publicar, p. 36. Como muestran sus resultados, todavía hay imputadas que utilizaron prácticas de aborto con sonda o tijera.

5 Organization Mundial de la Salud (OMS), Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, 2a ed., 2012, pp. 45-46.

6 Por ejemplo, la utilización de tijeras, lavados o alambres.

7 Emol.com: Alex Delgado, "Aborto frustrado provocó daño neurológico en niño en Viña del Mar", 23 de marzo de 2010

8 Así lo ha dicho recientemente el Dr. Ramiro Molina en El Dínamo: Carolina Rojas, "El día después del aborto", 2 de agosto de 2013.

9 Murielle González, "Abortos on line. Venta de misotrol en Internet", *Revista Nos*, marzo de 2007. Sin embargo, hasta el cierre de este informe no se pudo corroborar la resolución del Ministerio de Salud.

10 Rojas, op. cit.

En 2009 nació el proyecto “Aborto: Derecho a la información y libertad de decidir”, por iniciativa de Feministas BíoBío, a las que luego se unieron grupos de distintas ciudades del país, conformando hoy la Red de Feministas y Lesbianas por el Derecho a la Información.¹¹ El objetivo principal de la Red es difundir telefónicamente información sobre la realización de abortos con misoprostol y orientar sobre el marco legal del aborto en Chile, proyecto conocido como Línea aborto seguro.

La línea funciona todos los días del año, por sistema de turnos entre las integrantes, entre las 19 y las 23 horas. Se entrega información sobre el uso de misoprostol a mayores de 18 años de acuerdo a los protocolos actualizados de la Organización Mundial de la Salud. No se comercializan pastillas ni se otorga información sobre cómo conseguirlas. Tampoco se entrega información sobre otros tipos de abortos. Esta red ha enfrentado tres investigaciones penales, dos en Concepción—una a raíz de una denuncia de un pastor en esa ciudad y otra iniciada de oficio por el Ministerio Público en esa ciudad por incitación al delito¹²—y una tercera a partir de la presentación de una querrela en su contra en la Fiscalía Oriente de la Región Metropolitana por incitación al delito y asociación ilícita. Las dos primeras investigaciones fueron sobreesidas y la tercera archivada luego de interrogatorios de la Policía de Investigaciones a dos de sus miembros en distintas ciudades. Esta red entrega información pública, lo que le permite operar dentro del marco legal.

Las llamadas recibidas son registradas en una bitácora y son sistematizadas periódicamente. La Red estima que, desde 2009, se han recibido más de 12.000 llamados.¹³ Sin embargo, en la entrevista realizada para este trabajo, una de sus integrantes informó que ese número es más bajo que el real, estimando que reciben hasta 15 llamados diarios, los que no siempre serían registrados.¹⁴

La sistematización de las llamadas realizadas por este colectivo, publicada en julio de 2011,¹⁵ mostraría que Internet es el medio por el cual las personas llegan al servicio de la línea; ello dificultaría el acceso a la información sobre este método a mujeres de menores recursos sin acceso a la Web.

1.2. Antecedentes legislativos

En Chile el aborto está tipificado en los artículos 342 y siguientes del

11 Véase, www.infoabortochile.org.

12 Entrevista con mujeres de la Red de Feministas y Lesbianas por el Derecho a la Información, enero de 2013.

13 Véase, <http://infoabortochile.org>.

14 Entrevista del 11 de marzo de 2013.

15 Presentación Línea “Aborto Información Segura”, julio de 2011 (www.infoabortochile.org)

Código Penal. El aborto terapéutico fue regulado en el Código Sanitario de 1931, pero fue posteriormente derogado en 1989 por la Ley 18.826. Ello significa que toda práctica de aborto en Chile es ilegal. Ha habido esfuerzos para modificar la situación; desde 1990 se han presentado una serie de proyectos, ya sea con el fin de liberalizar o penalizar más duramente el aborto (ver Tabla 1). Hay otros proyectos atingentes, como la creación de monumentos a las víctimas del aborto o la tipificación del delito de lesiones al feto.¹⁶

En la década de los noventa no hubo mayor discusión legislativa. El primer proyecto de ley para restablecer el aborto terapéutico, de 1991, fue archivado sin discusión y un proyecto penalizador fue tramitado y rechazado en el Senado. Otros dos en el mismo sentido fueron archivados en la Cámara de Diputados. Solo a partir de 2000 ha habido más propuestas legislativas para permitir el aborto en algunas circunstancias.

16 Cámara de Diputados. Boletín4818-24. Moción del Diputado Chahuán de 2007 que se encuentra archivada. En 2012 volvió a presentar el mismo proyecto, Boletín 8708-04. El proyecto sobre lesiones al feto, Boletín 4307-07 de 2006, se encuentra archivado. En ese mismo año, se presentaron otros proyectos de ley: uno que agrega un nuevo artículo (345 bis) al Código Penal para que solo a través de una reforma constitucional se pueda derogar el delito de aborto.

Tabla 1: Resumen de algunos proyectos de ley sobre aborto

Fecha	Título	Estado	Nº Boletín	Autor/es	Objetivo
17/9/1991	Modifica el artículo 119 del Código Sanitario en lo relativo al aborto terapéutico.	Archivado 17/06/1996	499-01	Letelier, Montes, Muñoz y Smok (PS).	Reposición del aborto terapéutico en el artículo 119 del Código Sanitario.
02/8/1994	Proyecto de ley que modifica el Código Penal o/y el Código de Procedimiento Penal en lo relativo al delito de aborto.	Rechazado y/o archivado	1297-18 1298-18 Senado 1302-07	(RN) (UDI) H. Larraín (UDI)	Aumentar penas, incorporar la figura de la delación compensada, mover delito al título de los delitos y crímenes contra la vida.

23/1/2003	Proyecto que modifica el art. 119 del Código Sanitario.	Archivado	3197-11	Accorsi (PPD), Allende (PS), Girardi (PPD), Ibáñez (RN), Jarpa (PRSD), Longton (RN), A. Muñoz (PPD), Palma (RN), Rossi (PS) y Saa (PPD).	Este proyecto establece la reincorporación del aborto por indicación médica.
22/3/2006	Reforma Constitucional que eleva el quórum para la despenalización del aborto. Agrega nuevo art. 345 bis al Código Penal para que solo a través de una reforma constitucional se pueda derogar el delito de aborto.	Archivado	4121-07 4122-07	Barros, Forni, Hernández, Lobos, Nogueira, Norambuena, Salaberry, Turres y Ward (UDI)	Reforma constitucional para hacer más difícil la despenalización del aborto.

22/8/2006	Modifica disposiciones que indica del Código Penal y del Código Sanitario con el objeto de precisar las conductas penadas en relación al delito de aborto.	Archivado	4447-11	Chahuán y Sepúlveda (RN/)	Precisa que ningún médico o matrona podrán utilizar un procedimiento mecánico, quirúrgico o entrega de sustancia que provoque un aborto.
19/12/2006	Sobre interrupción del embarazo.	Archivado 05/01/2009	4751-11 Senado	Nelson Ávila (PRSD)	Incorpora el aborto por riesgo de la vida o de la salud de la mujer, malformación grave del feto y por causa de violación.
18/1/2007	Protege la vida de la mujer ante interrupciones de embarazos en casos que indica.	Archivado	4845-11	Alinco (PPD), Enríquez-Ominami (PS), Espinoza (PS), GirardiBriève (PPD), Pacheco (PS), Robles (PRSD) y Sule (PRSD).	Incorpora el aborto por riesgo de la vida o de la salud de la mujer, malformación grave del feto y por causa de violación.

19/3/2009	Modifica el artículo 119 del Código Sanitario para permitir la interrupción médica del embarazo en caso de riesgo de la madre.	En tramitación	6420-11	De Urresti (PS), Escobar (ex-PS), Espinoza (PS), Fariás (PPD), Monsalve (PS), Núñez (PPD), Quintana (PRSD), Sule (PRSD) y Rossi (PS).	Incorpora el aborto por indicación médica.
13/5/2009	Sobre interrupción terapéutica del embarazo.	Rechazado	6522-11 Senado	Escalona (PS)	Incorpora el aborto por indicación médica.
3/7/2009	Proyecto de ley que modifica el Código Sanitario, señalando los casos en los cuales se podrá interrumpir el embarazo.	Rechazado	6591-11 Senado	Girardi (PPD) y Ominami (Ind. Ex-PS).	Incorpora el aborto por indicación médica.
15/12/2010	Despenaliza la interrupción del embarazo por razones médicas.	Rechazado	7373-07 Senado	Rossi (PS) y Matthei (UDI).	Incorpora el aborto por indicación médica.

02/4/2013	Establece licitud de los procedimientos de interrupción de embarazo en casos determinados.	En tramitación	8862-11 Senado	Gómez, Allende, Lagos y Rossi.	Incorpora el aborto en caso de riesgo de vida o salud, malformación severa del feto o incompatibilidad vida extrauterina y en caso de violación.
07/05/2013	Interrupción legal del embarazo por razones terapéuticas.	En tramitación	8925-11 Cámara de Diputados	Ascencio, Castro, Cornejo, Gutiérrez, Muñoz, Núñez, Pacheco, Robles, Saa y Silber.	Incorpora el aborto en caso de riesgo de vida o salud, malformación severa del feto o incompatibilidad vida extrauterina y en caso de violación.

Fuente: Biblioteca del Congreso Nacional

Recientemente, en el Senado se discutieron tres proyectos sobre la legalización del aborto que estaba en tramitación desde 2009: terapéutico, por malformaciones fetales graves incompatibles con vida extrauterina y por violación. El debate legislativo sobre estos tres proyectos de ley fue el que ha estado más cerca de aprobar el aborto en la Cámara Alta. Sin embargo, todos fueron rechazados en abril de 2012.¹⁷

En marzo de 2013, el senador José Antonio Gómez y otros presen-

¹⁷ La primera moción, del senador Escalona, fue votada con 15 votos a favor y 18 en contra; la segunda, de los senadores Girardi y Ominami, con 22 votos en contra y 9 a favor; la tercera, del senador Rossi y la senadora Matthei, con 12 votos a favor y 19 en contra; en Sesión 7ª, Ordinaria, miércoles 4 de abril de 2012, <http://www.senado.cl>

taron una nueva propuesta para despenalizar el aborto terapéutico, basada en tres ejes: cuando está en riesgo la salud de las mujeres, por problemas de inviabilidad uterina y por agresión sexual.¹⁸

La presentación de estas propuestas ha significado una mayor discusión pública entre participantes políticos, personeros de gobierno y miembros de la sociedad civil.¹⁹ A ello se ha sumado el reciente caso de una niña de 11 años violada por la pareja de su madre, historia que ha acaparado la atención internacional,²⁰ no solo por su dramatismo y la obligación de tener que cursar el embarazo, sino también por los dichos del presidente Piñera, quien sostuvo que la menor “sorprendió a todos” con sus “palabras que demostraban una profundidad y una madurez cuando dijo que, a pesar del dolor que el hombre que la violó le había causado, ella iba a querer y a cuidar a su guagüita”.²¹

Ad portas de la elección presidencial, todos los candidatos y candidatas se han referido a la situación legal del aborto. Evelyn Matthei, la candidata de la Alianza, en términos personales apoya una legislación restrictiva sobre aborto terapéutico.²² Ahora, en su condición de representante de una coalición, ha dicho que no promoverá ninguna legislación en este sentido.²³

En la oposición hay diversas posturas, pero, en general, están abiertos a legalizar bajo, al menos, algunas causales.²⁴

1.3. Contexto internacional

Chile es uno de los cinco países en América Latina y el Caribe en que no se permite el aborto en ninguna circunstancia, junto a El Salvador, Honduras, Nicaragua y República Dominicana. Los otros dos países que lo prohíben en el mundo son Malta y el Vaticano. En América Latina, pese a una fuerte influencia religiosa que ha buscado una re-

18 Senado, Boletín 8862-11.

19 Cooperativa.cl: “Escalona aseguró que habrá nueva discusión de aborto terapéutico este año”, 6 de abril 2012; Emol.com: “Mañalich: Quienes piden aborto terapéutico lo hacen desde la ignorancia”, 15 de marzo 2012; La Tercera: “Larroulet sostiene que ‘el Senado ha tomado la decisión correcta’ al rechazar aborto terapéutico”, 4 de abril 2012; El Mercurio.cl: “El gobierno tiene un solo presidente y es él quien toma las decisiones”, 22 de diciembre 2012; *La Tercera*: “Ena von Baer por aborto terapéutico: ‘Una mujer no tiene derecho a interrumpir el embarazo porque solo presta el cuerpo al feto’”, 14 de marzo 2012; en un sentido similar, Catalina del Real, Emol.com: “Vicepresidenta RN pide rechazar el aborto terapéutico: ‘No se puede jugar a ser Dios’”, 14 de marzo 2012; La Tercera: “Senador Uriarte y aborto terapéutico: ‘Sinceramente espero, por el bien de Chile, que este proyecto muera’”, 3 abril 2012 y Emol.com: “Presidente reitera firme compromiso del gobierno en contra del aborto en Chile”, 31 de marzo 2012.

20 Emol.com: “Prensa internacional critica dichos de Piñera sobre niña embarazada”, 10 de julio de 2013.

21 CNNchile.com: “Presidente Piñera aseguró que menor embarazada tras violación demostró ‘profundidad y madurez’”, 9 de julio 2013.

22 De hecho, fue impulsora de una de las iniciativas discutidas y rechazadas en abril de 2012.

23 Biobiochile.cl: “Matthei por aborto terapéutico: No soy tan tonta como para plantear un tema que nos divide”, 25 de julio de 2013.

24 Biobiochile.cl: “Bachelet reafirma postura a favor del aborto bajo condiciones especiales como violación”, 24 agosto de 2013

gulación muy restrictiva, la tendencia en los últimos años ha sido a la liberalización del aborto, como en los casos de Colombia, el Distrito Federal de México y, recientemente, Uruguay. Asimismo, el sistema interamericano de protección a los derechos humanos se ha manifestado abiertamente a favor de permitir la interrupción del embarazo para proteger los derechos de la mujer.²⁵ En el mundo hay diversos modelos de regulación, tanto por plazo como por indicación.²⁶

1.4. La opinión pública y el aborto

Se han realizado mediciones de opinión pública sobre aborto desde 1990. La primera fue realizada por el Centro de Estudios Públicos (CEP) en diciembre de 1990, mostrando que solo un 5% de los encuestados consideraba que ante cualquier circunstancia una mujer podía practicarse un aborto, un 44,7% estaba de acuerdo con que debía realizarse solo en casos especiales, un 49,2% señalaba que no debía permitirse y el 1% no sabía o no respondía.²⁷ Por su parte, las encuestas PUC-Adimark sistemáticamente muestran un apoyo más bajo respecto de las otras encuestas.²⁸

Las encuestas realizadas a lo largo del tiempo no son comparables, ya sea por la metodología usada –telefónica o cara a cara–, muestras distintas –solo a mujeres o a mujeres y hombres– o el ámbito: si corresponden a encuestas nacionales o restringidas a alguna región. Sin perjuicio de lo anterior, los sondeos de opinión revelan una tendencia a justificar el aborto por razones específicas, como el riesgo de vida para la madre, la violación o la malformación fetal grave. La Tabla 2 muestra los resultados de encuestas con representatividad nacional y que incluyen a hombres y mujeres.²⁹

25 Corte IDH, Medidas provisionales respecto de El Salvador, Asunto B, 29 de mayo de 2013.

26 Center for Reproductive Rights, The World's Abortion Laws 2013, www.reproductiverights.org

27 Centro de Estudios Públicos, Encuesta social y de opinión pública, diciembre de 1990.

28 Encuesta Nacional Bicentenario, UC-Adimark 2007.

29 Se puede revisar una muestra de los sondeos de opinión en el Boletín 8925-11 de la Cámara de Diputados, 7 de mayo de 2013.

Tabla 2: Estudios de opinión, con aprobación en porcentajes

	Riesgo de vida	Violación	Malformación fetal grave	Motivos económicos	Por el deseo de la mujer
ICSO-UDP 2010 (1)	53,1	53,4	44,3		
FLACSO-Chile 2010 (2)	64	67	64	10	15
ICSO-UDP 2009 (3)	66,5	66,9	46,3		
ICSO-UDP 2007	65,1	59,5	46,4	17,3	25
ICSOU DP 2006 (4)	65,1	59,5	46,4	17,3	25

Fuente: (1) ICSO, Encuesta Nacional 2010 UDP.

(2) Claudia Dides, Cristina Benavente, Isabel Sáez y otro, Estudio de opinión pública sobre aborto y derechos sexuales y reproductivos en Brasil, Chile, México y Nicaragua, Santiago: FLACSO-Chile, 2011.

(3) ICSO, Encuesta Nacional 2009, UDP.

(4) Encuesta realizada por la Corporación Humanas entre el 25 de septiembre y el 29 de octubre. Se encuestó a todas las mujeres de 18 años de edad o más inscritas en los registros electorales.

Llama la atención que la última encuesta UDP mostrara un porcentaje menor de aprobación del aborto en comparación a la realizada por la FLACSO. La diferencia podría radicar en el contexto de la encuesta, ya que el foco de esta última era la sexualidad y la reproducción.

2. INVESTIGACIÓN SOBRE CRIMINALIZACIÓN

La criminalización por aborto ha sido históricamente en Chile, o en cualquier otro país, una medida simbólica, dada la estimación de su prevalencia y el bajo número de personas perseguidas penalmente. Al respecto, y pese a que las cifras de investigaciones penales por aborto no están publicadas,³⁰ los datos de la Tabla 3, que fueron proporciona-

³⁰ Por medio de una solicitud de acceso a la información, se requirieron los datos desagregados por sexo y por fiscalía. El Ministerio Público informó que las cifras "no se encuentran desagregadas en nuestros boletines internos de modo que no es posible su entrega [...] ya que su obtención implicaría distraer indebidamente a los funcionarios de esta institución del cumplimiento regular de sus funciones habituales, situación que por lo demás configura la causal de reserva

dos por el Ministerio Público y que indica los casos ingresados a esa repartición y no el número de personas involucradas, pudiendo existir más de una por caso, corroboran esa afirmación. Se debe precisar que no todo delito que “ingresa” al sistema penal es investigado por el Ministerio Público.³¹ Las tres hipótesis de aborto que se presentan se refieren a los realizados por profesionales de la salud –aborto por facultativo: médicos o matrones o matronas. El aborto consentido corresponde al realizado por decisión de la mujer sola o con la colaboración de un tercero. El aborto no consentido corresponde al provocado a una mujer sin su autorización. Llama la atención el número de casos investigados por aborto sin consentimiento, que oscila entre una cuarta parte y un poco más de un tercio del total de casos. La ley prevé una figura penal especial en el artículo 343 del Código Penal, cual es “el que con violencias ocasionare un aborto, aun cuando no haya tenido propósito de causarlo, con tal que el estado de embarazo de la mujer sea notorio o le constare al hechor”. Esta figura penal podría explicar los abortos no consentidos que pueden ocurrir en el marco de violencia doméstica o de pareja en que una mujer aborta producto de los golpes.³²

Tabla 3: Delitos de aborto ingresados al Ministerio Público

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Aborto por facultativo	1	11	9	8	5	6	2
Aborto consentido	132	105	125	126	112	114	86
Aborto sin consentimiento	69	64	58	54	71	75	37
Total	202	180	192	188	188	195	125

*Fuente: Ministerio Público de Chile, Unidad especializada en delitos violentos.
Los datos comprenden el período enero-septiembre de 2012

contemplada en el artículo 21 No. 1 c) de la Ley 20.285.”

31 De acuerdo a los artículos 166 y siguientes del Código Procesal Penal, que permiten salidas alternativas que facultan, entre otras, a archivar provisionalmente o la aplicación de la facultad de no investigar.

32 Una de las entrevistas realizadas refleja esta situación.

Solo existe un estudio reciente sobre la criminalización del aborto en Chile de personas formalizadas y judicializadas. Lo realizó la Defensoría Penal Pública respecto de sus defendidas y defendidos entre 2001 y 2009.³³ La Defensoría considera que ante este delito muchas personas optan por una defensa privada, por lo cual los resultados del estudio tendrían un sesgo socioeconómico, es decir, la información que recoge tendería a reflejar los casos de personas imputadas con menores recursos.

Estudios realizados en los noventa dieron cuenta que la criminalización afectó en mayor medida a mujeres y pobres. Uno de ellos, al igual que el de la Defensoría, podría mostrar sesgo por clase, ya que trataba de mujeres defendidas por la Corporación de Asistencia Judicial.³⁴ Pero un segundo estudio, que replicó al primero, incorporando la revisión de todos los expedientes judiciales en cuatro ciudades de Chile en 4 años distintos, llegó a los mismos resultados: que las mujeres pobres son las más afectadas por la persecución penal.³⁵ La prueba del delito se encuentra en sus propios cuerpos y cuando llegan al hospital son identificadas.³⁶ No es novedoso que el control penal recaiga sobre aquellos más vulnerables en una sociedad, pero, en este tema, la investigación penal es altamente selectiva.

Los datos de la Defensoría Penal Pública indican el número de imputados atendidos por esta institución por el delito de aborto en distintas hipótesis, es decir, el realizado por la mujer sola o asistida, el aborto realizado por un profesional de la salud o el aborto no consentido por la mujer. Esta información es complementaria a las investigaciones realizadas por el Ministerio Público, institución que, como se dijo, agrupa su información por caso, y no por persona imputada. La Tabla 4 muestra que, a partir de 2005, el número de personas atendidas por la Defensoría Penal ha ido en aumento, con algunas oscilaciones. En 2012 la Defensoría atendió a 78 personas, lo que representa un aumento respecto de los años anteriores.³⁷

33 Defensoría Penal Pública, op. cit., pp. 5-7.

34 Lidia Casas, *Mujeres procesadas por aborto*, Foro Abierto de Salud y Derechos Sexuales y reproductivos y Centre for Reproductive Rights and Policy, Santiago, 1995.

35 Foro Abierto de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, ed., *Encarceladas*, Foro Abierto de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y Centre for Reproductive Rights and Policy, Santiago 1998.

36 Rojas, op. cit.

37 Vale recordar que esta información corresponde al sistema de justicia penal bajo la reforma, cuya implementación en todo el territorio se realizó a partir de 2005.

Tabla 4: Número de personas atendidas cuyos casos están terminados, según tipo de delito de aborto y año de término

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Aborto consentido	37	73	47	56	35	51	68
Aborto no consentido	6	9	9	3	8	10	10
Aborto por facultativo	0	2	1	3	0	1	0
Total	43	84	57	62	43	62	78

Fuente: Datos proporcionados por la Defensoría Penal Pública

Según datos proporcionados para esta investigación por la Defensoría Penal Pública, en 2001 y 2002 no hubo juicios ni condenas. Las cifras también muestran que las sentencias, condenatorias en la mayoría de los casos o absolutorias en los menos, ocurrieron casi en la misma proporción a la salida alternativa. Esta corresponde a una forma de término de una investigación judicial que faculta al Ministerio Público a no proseguir con un juicio ofreciendo al imputado o imputada el cumplimiento de una serie de obligaciones por un lapso de tiempo, que, de efectuarse, extinguen la responsabilidad penal.³⁸

En 2007, 22 personas de 44, optaron por una defensa privada, clasificada por la Defensoría como un término por derivación. Otras formas de término, como el sobreseimiento y el facultativo de la fiscalía, corresponden a decisiones del Ministerio Público, con la aprobación del juez de garantía, de que no se continuará con el proceso por no haber más antecedentes o porque la responsabilidad se hubiera extinguido.

38 Código Procesal Penal, art. 237.

Tabla 5: Número de casos terminados según forma de término y año

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Sentencia	12	25	21	21	14	14	23
Salida alternativa	11	21	16	24	16	26	29
Sobreseimiento	6	6	7	5	1	7	9
Facultativo de la Fiscalía	7	10	4	3	4	6	5
Derivación	7	22	8	9	8	9	12
Otras formas de término	0	0	1	0	0	0	0
Total	43	84	57	62	43	62	78

Fuente: Defensoría Penal Pública

El ya señalado estudio de la Defensoría Penal Pública sistematizó información de 201 casos de aborto y dio cuenta que la mayoría de los defendidos son mujeres, 118 (58,7%), seguidas de parejas, 20 (10%), y, en tercer lugar de importancia, por familiares (madres, hermanas, padres o amigos de la o el imputado y terceros no profesionales que realizaron el aborto), 41 casos (20,4%).³⁹ El resto de defendidos son profesionales de la salud, tales como médicos, matronas o químicos farmacéuticos, con 17 casos (8,5%), y terceros no facultativos, es decir, no profesionales.⁴⁰ Casi la mitad de los imputados hombres, parejas de las mujeres, lo eran por el delito de aborto no consentido. Casi tres cuartas partes de las denuncias de las mujeres imputadas fueron realizadas por algún hospital o centro médico.⁴¹ Así lo confirma una entrevista a un fiscal, quien señaló que “fue la doctora [denunciante de un caso] quien emitió un tremendo informe que equivale a un peritaje y

39 Defensoría Penal Pública, op. cit., pp. 5-6.

40 *Ibid.*

41 *Ibid.*, p. 36.

su caso fue derivado a la Fiscalía”.⁴² Estos resultados coinciden con los estudios realizados durante la década de los noventa y su relación con el incumplimiento del secreto médico.⁴³

Respecto a la edad de las abortantes, en su mayoría estaba en el rango entre los 18 y 29 años: 76 de 118. 27 de 118 mujeres tenían entre 30 y 40 años. Las mujeres entre 14 y 17 años fueron 13 de 118, juzgadas bajo la ley de responsabilidad adolescente.⁴⁴

La condición socio económica de las imputadas es de estratos bajos y medios, casi un 32% son estudiantes –20% son secundarias–, una cuarta parte con trabajo estable, y cerca de un 15% estaba cesante y el resto –un 24%– declaraba ser dueñas de casa.⁴⁵ Una investigación de Salazar y Gallardo profundizó en los datos del estudio de la Defensoría Penal Pública, encontrando, respecto al nivel educacional de las imputadas abortantes, que casi el 36% no alcanzaba la educación media completa, el 22% la había completado, un 20% tenía estudios incompletos de educación técnica o universitaria y un 4% alcanzaba estudios universitarios completos.⁴⁶ Casi dos tercios de estas mujeres no tenían hijos, y quienes sí en su mayoría tenían uno. Había dos mujeres con más de cuatro hijos.⁴⁷

Había diez extranjeras imputadas, una de las cuales tenía un hijo que era cuidado por su madre en el país de origen.⁴⁸ Para ellas la investigación penal incluso sin condena tiene un efecto adicional: la expulsión del país.⁴⁹

Entre los motivos para abortar que aparecieron en los relatos de las mujeres atendidas por la Defensoría, más de una cuarta parte lo hizo para ocultar el embarazo, ya sea por miedo a su familia, al entorno o a la sociedad.⁵⁰ Llama la atención dos casos de abortos: uno porque el embarazo era producto de una violación y el otro por haber gestado un malformado.

Gendarmería cuenta con datos estadístico de personas bajo su vigilancia (remisión condicional de la pena, libertad vigilada o reclusión nocturna) o privadas de libertad por su condena, o bien en prisión preventiva antes de un veredicto. No toda persona condenada está privada de libertad sino que puede estar bajo vigilancia.⁵¹

42 Rojas, op. cit.

43 Casas, op. cit. y Foro Abierto de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, op. cit.

44 *Ibid.*, p. 11.

45 *Ibid.*, p. 13.

46 Gloria Gallardo y Andrea Salazar, *Aborto voluntario: Un derecho prohibido*, memoria para optar al grado de Licenciado de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de Chile, marzo de 2013, p. 72. Agradecemos a las autoras por haber compartido generosamente su trabajo.

47 *Ibid.*, pp. 87-88.

48 Defensoría Penal Pública, op. cit., p. 15.

49 Centro de Derechos de Derechos Humanos, *Informe Anual sobre derechos humanos en Chile 2010*, Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales, p. 260.

50 Defensoría Penal Pública, op. cit., p. 33.

51 Las formas alternativas de cumplimiento de penas son la libertad vigilada y la remisión condi-

La Tabla 6 muestra los datos entre los años 2003 y 2012. Estos no distinguen la calidad de la condena, es decir, si las mujeres, por ejemplo, son abortantes o terceros que realizan abortos. La complementariedad de los datos con los del Ministerio Público y la Defensoría nos hace suponer que la mayoría de las personas bajo control son mujeres abortantes.

Tabla 6: Número de internos/as bajo control de Gendarmería de 2003 a 2012 por sexo y año

		Condenada reclusa	Libertad vigilada	Remisión condicional	Reclusión nocturna	Prisión preventiva
2003	Mujeres	88	108	144	24	24
	Hombres	55	0	24	0	13
	Total	143	108	188	24	37
2004	Mujeres	69	120	264	12	15
	Hombres	36	12	12	0	18
	Total	105	132	276	12	33
2005	Mujeres	48	0	0	0	8
	Hombres	40	48	36	0	28
	Total	88	48	36	0	36
2006	Mujeres	30	84	408	24	14
	Hombres	51	60	120	0	31
	Total	81	144	528	24	45
2007	Mujeres	36	108	45	12	27
	Hombres	60	60	15	12	21
	Total	96	168	60	24	48

cional. Estas implican que la persona debe reportarse ante Gendarmería. La reclusión nocturna significa que el o la condenada solo ingresan a un régimen de privación de libertad durante la noche por el tiempo que el tribunal lo haya determinado.

2008	Mujeres	16	96	348	24	14
	Hombres	60	36	96	0	25
	Total	76	132	444	24	39
2009	Mujeres	12	96	252	0	0
	Hombres	91	12	72	12	41
	Total	103	108	324	12	41
2010	Mujeres	12	108	312	0	1
	Hombres	150	24	144	0	31
	Total	162	132	356	0	32
2011	Mujeres	16	48	276	0	6
	Hombres	172	24	60	0	8
	Total	188	72	336	0	14
2012	Mujeres	5	36	180	0	0
	Hombres	89	36	60	0	12
	Total	94	72	240	0	12

Fuente: Datos proporcionados por Gendarmería de Chile

Se puede concluir que el aborto es un delito femenino y por ello hay más mujeres que hombres sometidos a control penal. No obstante, hay efectos diferenciados por sexo especialmente en la privación de libertad. En primer lugar, se observa una notoria diferencia entre 2003 y 2004 y lo que sucede desde 2006. Hasta 2004, los hombres no representan más del 14% del total de la población bajo control. Luego, la proporción total de hombres sometidos a control va aumentando sostenidamente, de un 38% en 2006 al 47% en 2012. Solo en 2008 se produjo una baja al 30%.

El año 2005 presentaría una anomalía, en el sentido que hay un escaso número de mujeres bajo control, 56 de un total 208. Ello podría explicarse porque ese año comenzó el funcionamiento de la reforma en todo el territorio nacional.

En segundo lugar, el número de mujeres recluidas es siempre menor al de los hombres, pero, en el total de la población bajo vigilancia, los hombres representan una proporción menor a las mujeres.

En tercer lugar, se advierte una disminución de mujeres bajo supervisión de Gendarmería a lo largo de una década. Las posibles explicaciones son: las estrategias de litigio de los fiscales en que las mujeres pueden ser “el instrumento” para condenar a quienes realizan el aborto, pudiendo ser estos mayoritariamente cometidos por hombres,⁵² y que la introducción del misoprostol ha reducido el número de mujeres con evidentes huellas físicas de un aborto provocado y con ello la posibilidad de denuncia. En otras palabras, el uso del misoprostol no solo habría reducido los riesgos en la salud sino también las posibilidades de las mujeres de ser identificadas por el sistema penal.

3. ASPECTOS EPIDEMIÓLOGOS

En Chile solo hay estimaciones de número de abortos, que son variadas.⁵³ Un reciente cálculo de un epidemiólogo, basado en la tasa global de fecundidad de 1.94 hijos por mujer en edad fértil, la prevalencia de 64% de uso de anticonceptivos y las más de 33.000 hospitalizaciones por aborto, estima una cifra de 60 a 70 mil abortos al año.⁵⁴

Los egresos hospitalarios por aborto, es decir, el número de mujeres hospitalizadas por esta causa no distingue entre abortos provocados y espontáneos. Un estudio con datos desglosados de 2008 arroja que un 10% (de 33.428) de los egresos por aborto correspondían a embarazos ectópicos,⁵⁵ un 40% a productos anormales de la concepción y un tercio a abortos no especificados.⁵⁶

En 1990 hubo 123 defunciones maternas, 29 por aborto; en 2000, 49 muertes maternas, 13 por aborto; en 2009, de 50 defunciones maternas, tres fueron por aborto.⁵⁷ Las muertes por aborto en Chile han caído desde 2001. Una posible hipótesis para explicarlo es el uso del misoprostol.

52 Una de las autoras ha observado que el ofrecimiento y aplicación de la suspensión condicional del procedimiento ha sido condicionada a la declaración en contra del médico.

53 Para una revisión de las estimaciones a lo largo del tiempo puede revisarse, Gloria Maira, Paula Santana y Siomara Molina, *Violencia sexual y aborto: Conexiones necesarias*, Red chilena contra la violencia doméstica y sexual, Santiago, 2008, pp. 35-50.

54 Datos proporcionados por Olav Meirik, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. La estimación se efectúa a partir de tasa global de fecundidad, mujeres en edad fértil y mujeres que usan anticoncepción, www.icmer.org

55 Embarazos que ocurren fuera del útero y que son potencialmente mortales para la mujer.

56 Ministerio de Salud, Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas, Santiago, 2011, p. 11.

57 Datos proporcionados por la Dra. Soledad Díaz del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva.

Según datos del Ministerio de Salud, entre 2001 y 2009, se registra un promedio de 33.690 abortos, de los cuales 29.000 corresponden a mujeres entre los 20 y 44 años, seguidas de las mujeres entre 10 y 19 años, con un promedio de 3.800 abortos. En general, estos representan algo más del 10% de todas las hospitalizaciones (ver Tabla 7). En 2002 se dio el caso de una menor de 9 años hospitalizada por aborto. Lamentablemente las cifras de hospitalizaciones para el tramo entre 10 y 19 años no están desagregadas por tramos más cortos, pues cualquier embarazo en una adolescente menor de 14 años es constitutivo del delito de violación o violación impropia.⁵⁸

Tabla 7: Número de abortos por año y edad de la mujer

Año	Total	5-9 años	10-19 años	20-44 años	45-64 años
2001	34.479	0	3.886	30.188	405
2002	34.968	1	3.700	30.866	401
2003	33.497	0	3.393	29.647	457
2004	--	0			
2005	--	0			
2006	33.145	0	3.791	28.871	483
2007	32.532	0	3.910	28.126	496
2008	33.428	0	4.086	28.852	490
2009	33.777	0	3.904	29.354	519

*Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del MINSAL.
No hay registros para los años 2004 y 2005.*

58 Es una figura penal en que, habiendo una relación sexual con menor de 14 años, aunque exista consentimiento del o la afectada, este no es considerado válido.

4. LAS VOCES: LAS EXPERIENCIAS PERSONALES SOBRE EL ABORTO EN CHILE

4.1. Método de investigación

Esta parte de la investigación es de carácter cualitativo, ya que se realizó a través de entrevistas semiestructuradas de tal manera de obtener información en profundidad, teniendo especial cuidado por la confidencialidad.

Se entrevistó a las personas entre enero y julio de 2013.⁵⁹⁻⁶⁰ Las preguntas buscaron identificar los efectos que tiene la criminalización del aborto bajo toda circunstancia en la vida de las mujeres; las prácticas a las cuales se someten; la actuación de la comunidad médica frente a las complicaciones del aborto clandestino y las situaciones de interrupción de embarazo por indicación de salud, tales como malformaciones del feto. Se entrevistó a otras mujeres y hombres quienes acompañaron en este proceso y a profesionales de la salud que colaboraron aconsejando sobre el uso del misoprostol o apoyando a mujeres en alguna etapa posterior al aborto.

La forma de contactar a los entrevistados fue variada: se difundió la información de la investigación a través de conocidos y mediante correos electrónicos. Se buscó obtener una muestra que abarcara diferentes segmentos sociales y edades.⁶¹ Se garantizó la confidencialidad por lo cual las entrevistadas no consignaron su firma en la hoja de consentimiento atendido el carácter de ilegalidad de las conductas materia de la investigación.

Las entrevistas se realizaron principalmente en forma presencial con personas en Santiago. Otras entrevistas se hicieron por vía telefónica u otros medios en otras ciudades del país (norte, sur y zona central) y fuera de Chile.

El texto que se presenta en cursiva corresponde a expresiones muy cercanas a las utilizadas por nuestras entrevistadas y entrevistados (no se les grabó sino que se realizaron transcripciones).

59 El diseño original de la investigación contempló la realización de entrevistas a 100 mujeres que se hubieran sometido voluntariamente a un aborto clandestino, 30 acompañantes y 5 profesionales de la salud. Sin embargo, por la naturaleza y objeto de la investigación, el número de entrevistas fue menor a lo esperado. Algunas personas declinaron dar testimonio.

60 Se entrevistó a 61 personas, 40 mujeres que habían abortado y 11 acompañantes, de los cuales cuatro eran parejas de las mujeres. Algunas entrevistadas o entrevistados narraron más de una experiencia, ya fuera en su condición de abortantes o acompañantes. Se entrevistó, además, a 8 profesionales de la salud, quienes colaboraron aconsejando y/o entregando misoprostol u otras drogas, o apoyando luego del aborto. Los relatos de la experiencia de aborto abarcan desde finales de los ochenta hasta 2013. La mayoría datan de los últimos diez años.

61 Este fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Diego Portales.

4.2. Las prácticas en un contexto de ilegalidad

La ilegalidad facilita la exposición de las mujeres a abuso por parte de quienes hacen del aborto una práctica lucrativa. Los resultados de las entrevistas a mujeres mostraron rangos de precio para un aborto entre los 40.000 y los dos millones y medio de pesos. Un entrevistado médico relata que, de acuerdo a lo que sabe, a mayor edad gestacional del embarazo mayor es el costo, refiriéndose a una relación precio/semanas de gestación. Otro médico entrevistado recordó que, entre las mujeres a quienes había asistido por el uso de misoprostol, tres de ellas se enfrentaron a dos tipos de cobro: al pago inmediato en efectivo del aborto y que luego el médico exigiera un segundo pago: sexo oral. Las tres mujeres no accedieron al requerimiento y perdieron su dinero.

El precio del misoprostol en el mercado negro fluctúa entre 40 a 120 mil pesos. Como señalan las entrevistadas, su acceso está controlado por *verdaderas mafias*. A ello agregan, que, por tratarse de una compra clandestina, no tienen seguridad acerca de lo que están adquiriendo. Una enfermera entrevistada pudo percatarse de que le estaban intentando vender pastillas falsas. Ella también recuerda la poca claridad y falta de información respecto a la dosis adecuada para abortar. Una voluntaria del Fono Aborto nos indicó en una entrevista que una de las preguntas más habituales de quienes llaman a la línea es cómo y dónde comprar el medicamento, ya que existe entre las mujeres una gran preocupación por posibles fraudes o entregas de pastillas falsas. Esta percepción se corrobora en los relatos a las entrevistadas.

Cinco profesionales de la salud entrevistados han colaborado en la orientación y acompañamiento a mujeres para el correcto uso del medicamento.⁶² Ninguno de ellos cobra por la orientación; tres de ellos en algunas ocasiones proveen el medicamento cuando las solicitantes no han podido conseguirlo o no tienen dinero para ello. En general, las mujeres adquieren el medicamento por su cuenta. Uno de los entrevistados nos señaló que lleva la cuenta del número de mujeres a quien ha asistido, 87, a lo largo de varios años. En un caso dio apoyo pos aborto a una paciente que *tenía un fuerte deseo de maternidad, pero rechazaba la idea con la pareja que tenía, no quería estar ligada con él por el resto de la vida*.

La elección del método está vinculada directamente con la clase social, los recursos financieros y la información disponible, especialmente en la Web. El factor más importante para decidirlo son los datos que se obtienen a través de redes de amigas o conocidos o Internet. Una de las entrevistadas contó cómo, en su búsqueda de información para

62 Una práctica clínica que se realizó en el Uruguay antes de su despenalización. Véase Ministerio de Salud Pública República Oriental del Uruguay, *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*, Montevideo, 2004.

hacerse un aborto, encontró la descripción sobre distintos medios: masajes orientales, hierbas y el misoprostol. Algunas entrevistadas señalaron que, si no hubieran sabido de alguna conocida que hubiera abortado, no habrían sabido dónde buscar o cómo hacerlo.

Una mujer de 20 años relata que se enteró a las 4 semanas de embarazo y que luego de ello empezó a *buscar información con amigos por Internet para el misoprostol, pero cobraban entre 70 y 100 mil pesos, lo que era muy caro, como estudiante, sin muchos recursos económicos. Además, los contactos tampoco eran seguros y no sabía qué pastillas me iba a meter en el cuerpo ni tampoco tenía claridad sobre la dosis. Finalmente, con un amigo que trabaja en un colectivo de diversidad sexual, llegamos a personas expertas en el tema que me ayudaron a conseguir las pastillas y a informarme sobre dosis y procedimiento.*

Llegar a un médico es una cuestión azarosa. En el caso de una entrevistada, su ginecólogo de cabecera le dijo que le podía ayudar a hacerlo con medicamentos cuando ella le contó que no quería tener otro hijo. El ginecólogo de otra, que era contrario al aborto, la derivó a un colega que sí los hacía y en quien confiaba plenamente desde el punto de vista médico. Una tercera mujer se realizó el procedimiento con un médico, quien, cuando este se dio cuenta que ella era hija de un personaje público, subió el precio y le exigió pagar una cantidad extra de dinero como chantaje para no hablar.

En las entrevistas se muestra que las mujeres que conocen distintas prácticas abortivas eligen el método de acuerdo a su experiencia personal y teniendo en cuenta la seguridad de éste. Una entrevistada hizo una reflexión sobre el aborto seguro: *como no podía decirle la verdad al doctor, pa' que no me metieran presa, pasé más riesgo. Eso me molestó mucho, no tener la libertad para cuidarme como correspondía [...] además me dio rabia que mi amiga pudo pagar y estuvo bien cuidada [...] por no tener plata no pude acceder a la medicina privada de cierta calidad. Es violento que por ser pobre uno vaya al matadero.*

Cinco entrevistas refirieron haberse sometido a prácticas de raspado o aspiración sin anestesia.

4.3. El miedo a morir y las consecuencias para la salud

Una de las consecuencias de un aborto ilegal es su impacto en la salud y la vida de las mujeres que se someten a él.

El miedo a morir aparece con fuerza en una abrumadora mayoría de las entrevistas. El pánico de que no despertarán luego de la sedación, o morirán desangradas por el uso de misoprostol, o no podrán tener hijos en el futuro, cruza todos los relatos sin distinción de clase social, tipo de aborto o edad. Una mujer de 23 años, quien acompañó a una amiga hasta su casa en la playa para hacerse el aborto con miso-

prostito, narró que *fue tanto el sangramiento y dolor que pensaron que iba a morir*. Ella no sabe si volvería a acompañar a alguien después de esa experiencia porque, además, no sabían a quién recurrir en caso de una complicación. Otra dijo que, al ser madre de dos hijos, pudo comparar el dolor del parto con las contracciones con misoprostol.

El riesgo para la salud se concretó en ocho entrevistadas quienes sufrieron complicaciones de distinta envergadura: una sufrió una histerectomía (pérdida de útero); otra, una infección luego de un aborto quirúrgico en Tacna; otra, un aborto retenido luego del uso de misoprostol; tres tuvieron hemorragias y fiebre; y dos, infecciones (una de ellas tenía una enfermedad basal muy grave). En este último caso, el procedimiento lo realizó un facultativo. Una de ellas fue atendida en el Hospital San Juan de Dios, donde sospecharon que el aborto no había sido espontáneo. La paciente fue maltratada por enfermeras y matronas por ello y consideró irse a una clínica.

Una mujer que se realizó un aborto a los 20 años en una consulta médica contó que *mi pareja presionó para que abortara, era muy violento, yo no tenía relación con mi mamá, mi papá era alcohólico y había abusado de mí... me sentía muy sola... Fue muy difícil tomar la decisión, pero en el fondo sentía que era lo lógico, lo que tenía que hacer, parecía un delirio tenerlo, no estaba trabajando, si seguía con el embarazo no habría podido terminar la universidad, no tenía plata, no sabía hacer nada. El no iba a seguir conmigo si tenía la guagua, que no contara con él, que no tenía ni ganas ni posibilidad de tener hijos. [...] tuve una infección muy fuerte, fui al hospital y luego supe que no iba a poder tener hijos debido a las secuelas de la infección, eso me lo dijo un médico*.

La seguridad en el uso del misoprostol varía según la cantidad usada y las semanas de gestación. Los riesgos asociados son conocidos por quienes venden o compran el medicamento. Una joven estaba consciente del mayor riesgo, pues sumó 4 semanas de embarazo luego de una compra de misoprostol que resultó fraudulenta. La persona a quien compró en el segundo intento pidió ver una ecografía para tener certeza de las semanas de gestación y, conforme a ello, le recomendó una dosis y la consulta a un médico con posterioridad. Estuvo sola durante las cuatro horas de contracciones y se desmayó. El médico que consultó posteriormente le dijo que se pudo haber muerto por la dosis usada.

Una entrevistada que sufrió un aborto retenido tenía un embarazo con un tiempo de mayor gestación a la recomendada para el uso de misoprostol. Se enteró tardíamente de su embarazo porque había sangrado durante toda la gestación, lo que se sumó a la demora en conseguir el medicamento. Ella estaba informada sobre qué hacer en caso de complicaciones por la cantidad de semanas y, debido a una hemorragia, acudió a la urgencia de una clínica privada acompañada por su marido.

Una entrevistada ayudó a una familiar de 16 años, de familia muy conservadora, a hacerse un aborto con misoprostol. La menor de edad le mintió sobre la cantidad de semanas de embarazo: dijo que tenía seis a ocho semanas, cuando realmente tenía alrededor de 14. En esa fase de gestación el misoprostol ya no sería aconsejable. La niña se encerró en el baño y cuando entró la entrevistada la encontró sentada con el feto colgando. Ella nos dijo que *fue terrible porque no debió ser así, ella debió tener la posibilidad de hospitalizarse, tener apoyo, etc. Si las cosas fueran distintas, no habría llegado a ese punto. Todo lo que se demoró en decir que estaba embarazada, además, no se preocupó de prevenir el embarazo. Viene de buena familia, va a buen colegio. En esas situaciones se hace evidente que la educación sexual es también afectiva, de cómo uno se para frente al mundo. Ella estaba completamente desarmada.* La joven, que sufrió complicaciones acudió a un centro de salud, donde los médicos no preguntaron nada.

La muerte es una posibilidad cierta. Una mujer habló de la muerte de su hermana por un aborto clandestino del cual supo con la entrega del certificado de defunción. La pareja de su hermana no fue ni al velorio ni al entierro. Una profesional de la salud se acuerda de un caso de una mujer a quien abandonaron en la posta del hospital donde trabajaba, *la tiraron de un taxi con las medias hasta las rodillas sin signos vitales y llena de sangre.* Otra profesional relata que una de sus pacientes estuvo presa en la cárcel del Buen Pastor en Santiago, donde las monjas le dijeron que la imposibilidad de tener hijos, por la pérdida del útero, era un castigo de Dios. Ella quedó con diálisis y secuelas psiquiátricas graves, pues, además de la culpa instigada por las monjas, había sido denunciada por su propio padre.

Todas las entrevistadas señalan que su decisión de interrumpir un embarazo obedece a un contexto, a una situación concreta, aun cuando tengan miedo a morir.

4.4. El miedo a ser pillada y la persecución penal

El alto número de mujeres que se practican abortos en Chile, comparado con la diminuta cantidad de investigadas criminalmente, hace pensar que, cuando esto último ocurre, se trata de una cuestión de azar. No obstante, hay factores que inciden en la mayor probabilidad de ser perseguidas: ser de clase social más baja, prácticas de aborto de mayor riesgo y dónde se acude en caso de emergencia.

Además del miedo a morir por el aborto, la conciencia de la ilicitud está presente en la mayoría de las entrevistadas, pero con menor intensidad y frecuencia que el temor a la pérdida de la vida.

De hecho, una entrevistada señaló que no utilizó el misoprostol porque una de sus amigas, al intentar comprarlo en el mercado ne-

gro, fue interceptada por la PDI.

Otra mujer solo se representó las consecuencias legales cuando vio en las noticias al médico que le hizo el aborto. No solo tomó conciencia de la ilegalidad sino del hecho de que quien aparecía como médico era en realidad un dentista.

El miedo a ser pillada no es solo preocupación por ellas mismas sino también ante la posibilidad que la persecución penal pueda involucrar a sus cercanos. Esto se manifiesta en que las entrevistadas hablan de decisiones y medidas, como la realización del aborto en soledad, para reducir el número de personas que saben de la situación. Una entrevistada sentía que, al pedirle a sus amigos que la acompañaran, los estaba haciendo cómplices de un delito, por lo que la culpa se agravaba y el miedo y soledad también.

Entre las mujeres entrevistadas, dos fueron sometidas a investigación penal. Ambas son profesionales y provenientes de sectores más acomodados, una de ellas de una familia muy católica. Los procesos penales se desarrollaron en justicias distintas: el antiguo y el nuevo sistema.⁶³ Ambas fueron identificadas por la policía producto de un reportaje periodístico.

Los resultados fueron distintos. Una fue condenada bajo el antiguo sistema de justicia criminal a 541 días con remisión condicional de la pena.⁶⁴ La otra mujer fue imputada bajo el sistema reformado, obteniendo una salida alternativa: la suspensión condicional del procedimiento, en 2009. Esta medida no significa que haya reconocimiento de los hechos que se le imputan.⁶⁵

Las experiencias sufridas por estas entrevistadas las marcaron profundamente en su relación con la profesión legal, la justicia y la policía. Ambas ya no viven ni quieren vivir en Chile.

Una de ellas refiere provenir una familia conservadora, bien conectada en el mundo católico, y de haberse quedado embarazada a los 22 años. Estudiaba, al igual que su pareja de larga data, en una universidad católica en Santiago; ambos eran católicos observantes, él proveniente de un colegio jesuita. Hasta su embarazo, consideraba que el aborto debía ser evitado a toda costa. De hecho, tres meses antes de su propia experiencia, intentó ayudar a una de sus amigas a que no abortara llamando a Chile Unido.⁶⁶ El contacto con Chile Unido le

63 El nuevo sistema de justicia criminal comenzó a regir en todo el territorio nacional en 2005.

64 La remisión condicional de la pena es un beneficio de cumplimiento de la pena alternativa a la privación de libertad en que la persona queda bajo supervisión de Gendarmería por el tiempo que establezca la condena, sin perjuicio de la anotación en sus antecedentes penales. Ver Ley 18.216.

65 La suspensión condicional del procedimiento es una medida judicial que otorga la fiscalía al imputado o imputada a fin de evitar la solución a través de juicio. Se otorga en la nueva justicia criminal atendido el delito imputado y que no hubiera sido condenado/a por otro delito anteriormente. Código Procesal Penal, art. 237.

66 ONG que publicita un servicio de acogida a mujeres que consideran el aborto como una

produjo rechazo, pues el voluntario solo buscó obtener información sobre la identidad de su amiga, sus datos y los nombres de los padres, a fin de interponer un recurso de protección para evitar que su amiga abortara. Ella no entregó la información, consideró que lo que había recibido como ayuda era *demasiado violento y no aportaba en nada para ayudar a mi mejor amiga*.

La entrevistada relató que, conocido el embarazo, este se transformó en su problema: su pololo le dijo que no iba a tener otro hijo, pues ya tenía uno siendo adolescente. Ella recurrió a amigas para encontrar el dato. Hoy resiente la situación, su trato antes, durante y después de su aborto.

Califica su paso por el sistema de justicia como extraño: sufrió el maltrato verbal del médico que la examinó en el Servicio Médico Legal a pocas horas de haberse hecho el aborto y de una actuario, y, a su vez, recibió una suerte de protección de una enfermera, que la contuvo durante la pericia forense, y de un gendarme que la cuidó para que estuviera a salvo del resto de los detenidos en el calabozo del tribunal.

En su paso por la justicia estuvo consciente de su condición de privilegio, siendo *rubia, niña de barrio alto, privilegios de ser tratada como una "princesita", pues podía ir al baño de los funcionarios*. El trato privilegiado también se manifestó al inicio, cuando fue detenida por la PDI, pues se le permitió a ella y a su pololo no ser subidos al carro policial y llegar en su propio auto al cuartel de la policía. Sin embargo, recuerda que durante la tramitación de su caso hubo hostigamiento constante de la PDI, cuyos funcionarios la llamaban siempre a su celular, incluso cuando estaba en clases, pidiendo que saliera y amenazando con entrar a buscarla. Describe lo sucedido como una forma de tortura; hoy no resiste la presencia de un policía.

Ella no tuvo prisión preventiva, pero recuerda que otra chica abortante involucrada en el mismo caso estuvo casi tres meses presa.

Su proceso duró más de cinco años, tiempo durante el cual firmó todos los meses. El novio, también investigado inicialmente, zafó, pues una parte del expediente que lo vinculaba *se perdió en el tribunal y no se pudo reconstruir, él me acompañó por unos meses hasta que dejó de ir al tribunal*.

Sus experiencias más traumáticas en el tribunal fueron el careo, es decir, estar cara a cara con el médico para confrontar declaraciones, y la rueda de presos. Esta última es una diligencia de reconocimiento de personas que hayan sido partícipes, en este caso, la asistente del médico. Ella *no recordaba su cara, me presentaron varias mujeres y la actuario me presionó y me gritaba para que reconociera a una*. Hasta el día de hoy no sabe si eligió a un buen defensor.

opción ante un embarazo no deseado. <http://www.chileunido.cl/>

4.5. La evidencia para condenar al médico

Ambas mujeres se sintieron usadas, como un instrumento, para condenar al médico. Así se los expresó la PDI y, en el caso de una de ellas, esto fue reafirmado por la Fiscalía.

La relación de las mujeres con sus abogados defensores no fue buena. Una de las entrevistadas contó que su abogado, luego de tomar el caso y de que ella hubiera pagado parte de los honorarios, le dijo *que él agradecía que su madre no lo hubiera abortado*. Hoy cree que mantuvo al abogado porque se sentía indefensa, *me lo habían recomendado, tenía una reputación de buen profesional y comprometido con la justicia social*.

Durante el transcurso de la investigación, era una abogada que defendía a otra mujer en el mismo proceso quien le informaba de cómo iba la investigación, pese al alto honorario que había pagado por su defensa.⁶⁷ Ella siempre guardó silencio frente a la policía y al fiscal. Sin embargo, su abogado la presionó indebidamente a que entregara información. De hecho, la citó en una ocasión sin decirle que estaría el fiscal presente.

La relación de la otra entrevistada con su defensa fue igualmente problemática. Al final del proceso apenas se hablaban. Cuando estaban en el tribunal, *él me había hecho un comentario sarcástico, que gracias al pago por mi defensa se iba de vacaciones a Europa*.⁶⁸ Posteriormente recurrió a un par de abogadas jóvenes quienes la ayudaron a tramitar un permiso de salida temporal del país por un mes.

Una tercera entrevistada, en provincia, sintió de cerca el efecto de la ley. Había ayudado con dinero a una mujer que fue identificada y castigada penalmente. La condenada guardó silencio sobre la colaboración de la entrevistada, pero el médico que realizó el procedimiento fue condenado. La entrevistada dice que *si ella hubiera hablado había que asumir no más*. En el marco de esta investigación, contactamos a otras mujeres imputadas por aborto, que declinaron la entrevista.

Cuatro entrevistadas señalan que, pese a no haber sufrido consecuencias legales, tener que actuar clandestinamente durante todo el proceso del aborto las hizo sentir que estaban haciendo algo malo y condenable. Más de una entrevistada dijo *sentirse como tratando con un dealer al comprar el misoprostol en la calle o en el metro*, los vendedores o vendedoras parecían nerviosos y viendo en todas partes *un rati*. Todas refieren que la ilegalidad y clandestinidad del aborto genera mucho estrés e incluso angustia.

67 La mujer pagó un millón y medio de pesos por el aborto, y luego dos millones y medio por su defensa. Para pagar ambos debió pedir un préstamo.

68 La madre de la entrevistada consiguió el dinero y pagó más de dos millones.

4.6. La confidencialidad

Las entrevistas a ocho profesionales de la salud, tanto de Santiago como de provincias, muestran la problemática relación entre el tratamiento a una mujer en la sala de urgencia por un aborto complicado y el secreto profesional. Uno de ellos habla de la incómoda situación en que los sitúa la ley.

Este profesional, que lleva cerca de 40 años en el servicio público de salud, señala que la ley los deja en una situación difícil: *cuando llegan con los signos de la sonda o restos de misoprostol, no es posible desentenderse de la denuncia*. Se desprende del relato de este entrevistado y las experiencias de algunas entrevistadas, que los profesionales de la salud, cuando atienden una urgencia por un aborto y no es evidente que sea provocado, prefieren no saber lo que pasó. No obstante, en varios relatos, las entrevistadas refieren cómo fueron interrogadas por médicos o matronas sobre si hubo alguna práctica abortiva.

Un entrevistado, profesional de la salud, observó que algunos de sus colegas están más preocupados de qué hacer para que la mujer hable que de dar un trato humanizado a la paciente. La intervención clínica *está destinada a obtener información sobre el aborto y luego cuentan casi como chimuchina del día a la hora del café o en el pasillo cuánto les costó que hablara*. El profesional se refiere a la situación de desamparo y vulnerabilidad en que se encuentra la mujer cuando la interrogan. El interrogatorio en términos duros e insistentes *produce una especie de empequeñecimiento de la mujer en la cama mientras su rostro se transforma por el miedo*.

La existencia de una disposición legal que requiere denuncia provoca graves problemas en la atención de salud, pues la preocupación no se centra en las necesidades de la mujer sino en la responsabilidad administrativa por la no realización de la denuncia, como refleja la anterior entrevista. A ello se suma una situación jerárquica entre profesionales, en que el orden del médico/a de denunciar no se cuestiona: *en lo técnico, el tratamiento y el trato carecen de humanización ya que los profesionales se distancian de la persona a quien hay que cuidar*. El trato inquisidor y duro también se dirige hacia los familiares o personas que acompañan a la mujer en la sala de espera, quienes, muchas veces, carecen de toda información de lo sucedido.

Como aprecia este profesional, no hay una atención integral, pues la denuncia lo distorsiona todo. Esto provoca que no exista posibilidad de reparar el daño, de que la mujer confíe en un profesional y de prevenir futuros abortos, pues la relación médico/paciente queda dañada con consecuencias no previsibles.

Una entrevistada tuvo que acudir a un hospital en provincia al día siguiente de realizarse un aborto con misoprostol, porque tenía fiebre y excesivo sangramiento. Recuerda que le pusieron anestesia y le hicie-

ron un legrado. Mientras despertaba de la anestesia la matrona le preguntó si había usado misoprostol. Le dijo que, por motivos médicos, necesitaba saberlo. Ella cree que su intención era denunciarla porque sospechó que el aborto era inducido. La entrevistada agradece que, pese a estar mareada y confundida, no habló. Relata que le impactó la falta de humanidad de parte de la matrona.

Otra entrevistada, quien ingresó por una infección al Hospital Juan Noé de Arica, cree que no fue denunciada porque las personas que la atendieron eran conocidas de una de sus tías. Pese a ello, el trato fue duro. Otra mujer, enfermera, quien llegó a una clínica privada para hacerse una ecografía post aborto, sospecha que quienes la atendieron se dieron cuenta del aborto, pero, por su condición de enfermera y porque su marido es médico, no le hicieron preguntas al respecto. En la medida en que tenía conocimientos previos, ella dice que la experiencia le hizo reflexionar acerca de lo que significaría para otras personas exponerse a una situación médica y que no le expliquen nada.

Una entrevistada dijo: *siempre pensé en las consecuencias legales y claro que temí ir a la cárcel o al hospital y que me hirieran. He tenido experiencias muy cercanas de amigas que han sido violentadas por médicos y enfermeras tanto física como psicológicamente.*

Algunos de los profesionales entrevistados están conscientes del rol que les toca cumplir para acoger a una abortante en la urgencia médica. Sin embargo, llama la atención que no conocieran el instructivo sobre tratamiento humanizado a la mujer que aborta del Ministerio de Salud.⁶⁹

Dos de las entrevistadas, matronas, señalan que, en general, su gremio es conservador, que las matronas prefieren denunciar cuando sospechan un aborto voluntario. Otra profesional de salud, quien había trabajado en un centro de salud universitario, dejó de hacerlo, entre otras razones, porque hablar de los abortos de las estudiantes era un tema tabú y no había apoyo ni compromiso profesional con las estudiantes que atendían.

La posibilidad de denuncia es un miedo cierto para las mujeres. El relato de una de ellas ejemplifica la situación en que se encuentran. La entrevistada le contó acerca del aborto a su psiquiatra, en el contexto de una sesión de consulta. Este le dijo que había cometido un delito y que podía denunciarla. La mujer se retiró de la consulta y nunca más volvió. Como dijo otra, *el médico y la matrona pasan a ser posibles acusadores, entonces da susto, no es la imagen de médico salvador. Cuesta encontrar alguien sin juicios valóricos.*

Algunas entrevistadas con complicaciones o que sabían que debían hacerse una ecografía para asegurar que todo estaba bien post aborto,

69 Ministerio de Salud, Ordinario A15/1675, 24 de abril de 2009.

postergaron acudir a un médico por temor a ser descubiertas. Un relato refleja el aprovechamiento de la situación de algunas personas y la experiencia de verse acogida: *me asusté porque creía que no había abortado porque sangré muy poco como imaginaba. Fui a un doctor que atendía en una consulta privada y en un hospital. Fui al hospital y me confirmó que no estaba embarazada, pero me aconsejó hacerme un raspaje por lo cual me cobraría. Me alteré mucho, llevaba 3 meses muy malos. Fui a una clínica, le pedí a la secretaria que me recomendara un médico joven, abierto de mente y simpático. A él le conté todo. Me dijo que no estaba a favor del aborto, me entendía y que no me preocupara porque todo estaba bien y no necesitaba un raspaje, sin secuela ni nada. Él me dijo que ahora iba a poder dormir, porque llevaba días sin dormir. Lloré con él. Estaba muy sola, haciendo algo con mi cuerpo, sintiéndome decadente, no cuidándome, etc.*

4.7. Soledad, silencio y desamparo

El silencio y la soledad están presentes en los relatos de muchas mujeres. En algunos casos el silencio es impuesto por sus familias mediante la frase, repetida por dos mujeres de entornos muy católicos: *de esto [el aborto] no se habla nunca más*. Es un mensaje de castigo al olvido, como dijo una, *por haberse quedado embarazada*, incluso cuando la decisión del aborto fue impuesta por la madre y no fue tomada por la mujer. El aborto resuelve un problema, el embarazo que daña la reputación familiar: *mi mamá me llevó a escondidas de mi papá, y lo supe después, los motivos eran la vergüenza, ella es "del qué dirán" y yo accedí para que no pasaran vergüenza... todo fue impuesto: la sexualidad impuesta, el aborto impuesto y luego el silencio*. En otro relato, la condena al silencio fue impuesta para mantener en reserva la persecución penal que sobrevino al aborto y no dañar la reputación familiar. Pese al tiempo transcurrido, 20 y 10 años respectivamente, ambas mujeres no han vuelto a hablar del aborto con sus respectivas madres.

Otra entrevistada refirió que su madre *se dio cuenta de estaba embarazada. Mi mamá me enfrentó y no pude negarlo. Me dio el dinero que faltaba y otro dato para hacerme el aborto con una persona de su confianza y después de eso nunca más me preguntó nada*.

Hay silencios que implican un sobreentendido del aborto. Una entrevistada que abortó en provincia tuvo complicaciones debido a una infección y acudió a un hospital. En la urgencia la recibió su primer ginecólogo y le dijo *"revisé tu ficha y estás embarazada"*, y *ahí mi mamá le dijo "no, ya no está embarazada"* y *vino el silencio*. Nuestra entrevistada se acuerda de los silencios, *ese "ah..." tan cargado de cosas*. La mamá le prohibió volver a hablar del tema y recuerda haber llorado mucho, no haber tenido nadie que la abrazara, ni que le dijera que iba a pasar.

Se sentía como un perrito.

El silencio producto de la ilegalidad impide tomar medidas respecto del abuso o maltrato que se impone a las mujeres, como, por ejemplo, el de los médicos que hacen el aborto. En dos casos, les exigieron silencio y que no lloraran mientras estaban en la camilla, pues, según les dijeron, habían asumido voluntariamente el riesgo del embarazo. En otro caso, el médico reclamó que faltaban 10 mil pesos y amenazó con no realizar el aborto. Una mujer cuenta que su aborto fue sin anestesia y que se desmayó tres veces por el dolor. El doctor le dijo que, si se desmayaba nuevamente, no le iba a realizar el aborto.

El sentimiento de soledad de una entrevistada le provocó gran sufrimiento. Cuando se le comenzaban a pasar los dolores, lloró por mucho rato porque se sentía muy sola. No quiso compartirlo con nadie, tenía 5 hermanas que podrían haberla acompañado o cuidado, pero no quiso *manchar su imagen ni que le hicieran sentir que había fallado*. Han pasado 9 años desde que abortó y la entrevista constituye la primera vez que habla del tema.

4.8. El aborto, la pareja y los otros

Las experiencias de las entrevistadas dan cuenta de historias de apoyo o rechazo de las parejas, la familia y los amigos.

Una entrevistada agradece el apoyo familiar, el de su pareja y amigo, que alivió la angustia causada por tener que actuar de manera clandestina. Ella recuerda que, en los días posteriores al aborto, tuvo un control en la misma clínica donde se lo había hecho. Fue con su pareja y ahí vio a una chica de su edad quien estaba con su mamá y lloraba desconsoladamente. *Me acuerdo de la sensación de querer hablarle, de decirle que pasé por lo mismo y que ahora me siento súper bien*. Se acuerda la impresión que le causó el llanto porque el de ella había sido apoyado, *más contenido y eso marca una gran diferencia*.

Un relato describe cómo la decisión de abortar fue discutida por toda la familia: *se convocó a una especie de comité familiar, con mi padre, madre y sus parejas, y me presionaron mucho para que no lo tuviera, me dijeron que me quitarían todo apoyo económico*. La entrevistada lo pensó, lloró. Su pareja no era muy estable. Hoy agradece la presión que recibió, porque no se sentía preparada para arreglárselas sola.

Una mujer acompañó y apoyó a su hija de 16 años que decidió abortar. No le contaron al padre de la niña porque es muy conservador y machista; hasta el día de hoy es un secreto entre las dos. Ella pagó a un médico en una clínica 2 millones de pesos que consiguió con un amigo a quien le pidió un préstamo. Ella había quedado embarazada a los 17 años y no tuvo los medios para abortar. Se casó y

nunca fue feliz. Por eso, no dudó en apoyar a su hija cuando ella le pidió ayuda y enfatizarle que no tenía responsabilidad. Hoy ayuda a mujeres que quieren abortar, siente que es fundamental ser solidaria en estos casos. Otras dos mujeres no le contaron ni buscaron apoyo en sus madres, ya que estas deseaban ser abuelas. Una de las entrevistadas simuló un aborto espontáneo: *yo era la última esperanza de mi mamá, tengo un hermano solterón, otro gay y yo tengo 34 años.*

En otro caso, una mujer que esperaba apoyo fue reprendida por un médico amigo al que le comentó que quería abortar. Este la trató de asesina.

La pareja

La relación de los hombres con el embarazo no previsto es problemática. Como dijo una matrona, para ellos *tener una guagua no planificada es un tremendo problema, por eso muchas veces arrancan o no se ponen con el dinero para el aborto.* Esa es la situación en que se encontraron algunas entrevistadas. Una de ellas señaló que los hombres no manejan muy bien la situación, *el secreto, el miedo, la clandestinidad, ellos no lo entienden. Solo entienden que no quieren ser padres o que no pueden, pero no sienten el miedo que tiene una de la condena social, que pase algo físico, si se pueden o no tener hijos después de la intervención.*

Una entrevistada quedó embarazada de un amigo con ventajas, porque le falló el método anticonceptivo. Él la apoyó durante la etapa de decisión, pero al momento de abortar *desapareció, no me fue a ver ni nada, días después solo mandó a una amiga en común para preguntarme cómo estaba.* Recuerda que realizó todo el proceso sola: *fue muy triste, de llantos ininterrumpidos.* Mucho tiempo después, él le dijo que se había querido alejar para que ella se diera cuenta que la decisión de abortar era correcta *porque él no iba a estar ahí si decidía tener la guagua.*

Una joven de 19 años cuenta que abortó hace un año. La pareja pasajera apoyó la idea de buscar una solución, pero nunca económicamente: *quedó en depositarme la plata y no lo hizo. Me habría gustado reprocharle en algún momento su irresponsabilidad. No lo quería como pareja, pero sentí que también lo salvé de ser padre sin desearlo y él no me dio ni las gracias ni me pasó plata tampoco.*

Otra mujer refiere cómo su pareja, por su ambivalencia respecto de la decisión de abortar, *había pensado darle algo en el café para que abortara o tirarla por la escalera.*

Otros hombres, por el contrario, deseaban ser padres: *mi pareja estaba muy en contra. Él y su familia querían denunciarme, me ofrecieron tener la guagua y que se harían cargo.*

Es el caso de otra mujer, quien tenía una guagua de ocho meses cuando quedó embarazada, pese al uso de métodos anticonceptivos, de una nueva pareja: *era una relación bonita, pero no para tener un hijo. Le conté de mi decisión no sé porqué. Él me reprochó que había tenido guagua con un alcoholico y que no estaba dispuesta a tener uno con él. Desapareció de mi vida, fue triste... pero mantengo que la decisión fue acertada.*

Otros, por el contrario, apoyaron, tomaron la decisión conjunta o respetando y apoyando la decisión de la mujer. Una relata que *fue importante al tomar la decisión que mi pareja me dijera que me apoyaba y no me dejara todo el peso. Pese a que sabía que habría abortado igual, el sentir que la responsabilidad de la decisión era de ambos fue muy tranquilizador.*

4.9. El acceso a recursos económicos. La solidaridad

Los relatos dan cuenta de las fuertes cadenas de solidaridad que se generan entre mujeres. Treinta y dos de 41 entrevistadas, luego su experiencia, ayudan a otras mujeres: dando datos o consejos, incluso pidiendo a familiares comprar el misoprostol en otros países para ayudar a quien lo necesita. Una entrevistada aprendió a poner inyecciones para ayudar a abortar con prostaglandina: *lo hago gratis y me quedo todo un día y noche con las mujeres, ya que el medicamento provoca no solo el sangramiento y dolor del útero sino también una descomposición total del cuerpo con diarreas muy fuertes, mareos y vómitos.* Otra nos dijo que *si fuera millonaria tendría un fondo de viajes para que las mujeres pudieran salir del país.*

La experiencia de solidaridad con los amigos y amigas es importante por el apoyo afectivo y también económico, aun cuando alguno no esté de acuerdo con la decisión. Algunos amigos ayudan a juntar el dinero para el aborto cuando no lo hay. Una mujer universitaria cuenta que quedó embarazada de una relación pasajera porque se rompió el preservativo y falló la píldora del día después. Recuerda que fue una experiencia bonita que ella luego quiso replicar con amigas, ya que la solidaridad que vivió fue fundamental en su proceso, pues la persona con quien se quedó embarazada no estaba de acuerdo con su decisión y no aportaría dinero para ello.

4.10. El aborto por indicación médica: El efecto inhibitorio de la ley

La ilegalidad del aborto en todas sus formas ha provocado que algunos en la profesión médica caminen entre los intersticios de la ley, lo que queda de manifiesto en las entrevistas. El manejo de los embarazos de fetos inviábiles implica en muchos casos ambivalencias, discrecio-

nalidad y trato cruel hacia las mujeres. Un entrevistado señala que se puede determinar tempranamente la situación de los fetos con severas malformaciones y que la ausencia de una ley no les permite terminar con esas gestaciones.

Todos reconocen que la noticia de gestar un malformado es muy dura para las mujeres; como dice un entrevistado, algunas solicitan *que le saquen el feto*. Una matrona de un servicio público de salud de un sector de muy bajos recursos les dice a sus pacientes que es injusto porque en otro país se podría ofrecer la posibilidad de abortar, aun así ellas le *contestan que nunca lo harían*. Ella observa que el aborto *está tan penalizado en el inconsciente de las mujeres que ni se cuestionan la obligación de la continuación del embarazo*.

Cuando se mantiene la gestación hasta el término del embarazo, la situación se torna cruel para las mujeres, pues no reciben, en rigor, ningún apoyo emocional, ya que la prioridad de los equipos está puesta en los malformados que sobrevivirán. En esos casos las gestantes debieran ser derivadas a equipos especializados en preparar a la mujer y la familia. Pero las gestantes de malformados inviábiles quedan en el desamparo, tal como lo afirmó un entrevistado.

Una matrona, con 34 años de oficio en el sistema público de salud, tiene experiencia personal de *al menos 12 o 14 casos de malformados*. Destaca que resulta paradójico que reciban derivaciones de consultas privadas, cuando los médicos no quieren asumir el acompañamiento de las gestantes por el resto del embarazo. *El embarazo del malformado resulta estresante para el equipo, ya que las matronas no tenemos las herramientas para enfrentarlo y no involucrarnos afectivamente con las mujeres*.

Los equipos responden de distinta manera frente a la decisión de interrumpir o no la gestación. La definición médica de aborto está situada en las 22 semanas, de acuerdo a la OMS, por lo cual entienden que hacer maniobras médicas para detener la gestación después de ese límite es un parto prematuro. Dos entrevistados en Santiago hablan de diferencias de criterio. Una matrona señaló: *trabajo con un médico que tiene una postura contraria a toda forma de aborto, pero después de las 24 semanas induce el parto con misoprostol en caso de malformados. Hace poco indujeron un parto a una joven de 19 años en la semana 26*. Otro entrevistado dijo que *adelantar el parto* era una decisión arbitraria, practicada por algunos y rechazada por otros. Un tercer entrevistado, que trabaja en servicios públicos rurales y urbanos de provincia, declaró no haber visto el adelantamiento del parto. A su juicio, a ello se suma la falta de apoyo y contención para las mujeres y sus familias.

Una psiquiatra entrevistada atendió a una mujer que tuvo el diagnóstico de feto inviábil: *quería realizarse un aborto terapéutico, no se le permitió, la mujer decidió dar la lucha pública y su hijo nació muy*

enfermo hasta que finalmente murió. Ella recibió escaso apoyo de las autoridades, la situación que tuvo que vivir fue a costa de ella y su familia. La doctora señala que se trató de una situación traumatizante y reiteradamente retraumatizante.

Un médico que orienta sobre la realización de abortos con misoprostol ha atendido a dos mujeres provenientes de estratos altos, quienes, paradójicamente, no eran partidarias del aborto. Ambas consultaron por el uso de misoprostol porque gestaban malformados no viables: un anencéfalo y un feto con malformaciones cromosómicas severas e inviabilidad fetal. Llegaron acompañadas por sus madres y una, además, por su marido. Por la edad gestacional, el entrevistado consideró que no era seguro usar el misoprostol, por lo que fueron derivadas una a Brasil y la otra a Colombia. Otro entrevistado recuerda haber atendido en su práctica en una clínica privada a una paciente a la cual, ante su pregunta por la continuación de un embarazo de un malformado, derivó a Argentina.

Una sicóloga entrevistada relató la situación de un paciente de 50 años y su mujer de 38 o 39 años. Ella quedó embarazada después de mucho tiempo intentándolo y le informaron que tenía una malformación severa, sin viabilidad. *La señora de mi paciente sentía que seguir el embarazo era una tortura. Unos amigos le regalaron un pasaje a Cuba para hacerse el aborto. Ahí la experiencia fue súper buena, los atendieron súper. Ellos no le contaron a nadie porque tenían mucho miedo de que la familia opinara o la gente se metiera. Fue una experiencia súper traumática, pero hubiera sido más si hubieran seguido con el embarazo. Si bien es un duelo, lo es mucho más si se alarga 9 meses.*

Una entrevistada quedó embarazada en 1990, meses después que el aborto terapéutico fuera penalizado. Ella relata: *tenía tres hijos y mi marido estaba muriendo de cáncer. Desde el principio del embarazo, los médicos me informaron que el feto era inviable, que si llegaba a nacer vivo iba a ser un vegetal. Tuve síntomas de aborto durante 5 meses y medio con hemorragias permanentes. Los doctores también me informaron que me estaba muriendo por falta de sangre, sentía que cada vez tenía menos fuerza. Lo único que me ofrecían era esperar hasta los 6 meses para poder adelantar el parto, pero era incierto que pudiera seguir viva, tuve la angustia permanente de pensar que iba a dejar a mis tres hijos huérfanos. El último mes estuve hospitalizada, y un médico me preguntó si pudiera abortar lo haría, a lo cual contesté que sí. El médico se fue, entró una matrona, me examinó y luego sentí que se había roto la bolsa.* La entrevistada cree que la matrona hizo “algo” durante el examen de tal manera que se produjera “la pérdida”.

La ausencia de legislación que permita el aborto, a juicio de los profesionales, los ha atado de manos. Uno de los entrevistados aún recuerda el caso de la muerte de una adolescente en su servicio. Ella

gestaba un anencéfalo. Esperaron que el parto fuera vaginal. Este no se produjo y le hicieron una cesárea tardía, que terminó en su muerte.

Además de los malformados, los equipos de salud deben enfrentar los embarazos por violación. Para uno de nuestros entrevistados, en estos casos, la capacidad de intervenir y ayudar es limitada. Recuerda el caso de una joven con retraso mental violada por un pariente: *ella llegó embarazada al consultorio. La familia no denunció porque el perpetrador era el tío. Pese a no estar impedida cognitivamente, no se comunicaba. Se habló con ella de la adopción, pero el diálogo con la adolescente era infructuoso; mostraba signos de abuso. La familia no quiso la adopción y desarrolló la estrategia de que el perpetrador se hiciera cargo económicamente de la guagua.*

Otra entrevistada, psicóloga, del equipo de bienestar estudiantil de una universidad, relató que atendió a una alumna de 19 años de muy bajos recursos que había sido violada: *quedó embarazada y decidió abortar porque sentía que estaba engendrando al hijo de un monstruo. Se demoró tres meses en conseguir el dato y el dinero, gestionó todo sola y se realizó el aborto con pastillas. Al abortar vio al feto, lo que la afectó mucho.*

La inexistencia de una ley de aborto para estos casos no solo es cruel con la mujer sino inhumana respecto del feto. Así lo dice un médico, quien señala que el tratamiento con radiación a una mujer con cáncer no mata al feto en forma inmediata, lo hace lentamente, de una forma que carece de humanidad. En respuesta a esto, algunos esperarían el término de la gestación para irradiar, pero eso significa pérdida de tiempo necesario para asegurar la salud de la mujer.

4.11. Los contextos de la decisión del aborto

Las entrevistas dan cuenta de los contextos en que se vivencia el deseo o el rechazo de la maternidad. Este último se produce por múltiples causas: ya sea porque la maternidad no es un proyecto de vida o porque no es oportuna, porque el embarazo fue producto de una violación, porque sus parejas son violentas y no quieren tener hijos con ellos, porque gestan malformados o los gestarán por los medicamentos que toman, porque los hombres optan por no asumir la paternidad y no quieren tenerlo solas, o porque—siendo madres— ya no desean otro hijo. En tres relatos aparece la decisión del aborto en el momento de quiebre con sus parejas.

Una relató que el embarazo no era para ese momento de su vida: *el doctor me hizo escuchar los latidos. Después de la eco empecé a crear un lazo, físicamente además tenía síntomas así que era raro, le hablaba a la guagua, le decía que no era nada personal sino que no era el minuto, que mejor se devolviera y buscara otra persona, le hablaba, le*

decía el murcielaгүйto.

El embarazo por falla del anticonceptivo aparece una y otra vez en los relatos, tal como la rotura del condón o el mal uso de este, y también el descuido. Es igualmente frecuente que, ante la falla del condón o el descuido de una relación sexual sin protección, las mujeres hayan usado la anticoncepción de emergencia. Algunas aún están enojadas consigo mismas por haberse expuesto al riesgo del embarazo y lo consideran como una señal de ausencia de autocuidado.

Una mujer con múltiples abortos tenía indicación médica de no tomar anticonceptivos orales. Intentó con un dispositivo intrauterino, pero, como ella dice, *terminó en una infección*. Usa en forma combinada Billings y condón, pero sabe que, al no ser disciplinada, puede quedarse embarazada. Su último aborto ocurrió 8 meses antes de la entrevista. Ella tiene dos hijos.

Otra mujer, usuaria del sistema público de salud, quedó embarazada tres veces tomando anticonceptivos orales: tuvo un aborto clandestino y luego dos abortos espontáneos, uno de ellos retenido. En el consultorio finalmente le cambiaron las pastillas. Otra había usado un dispositivo intrauterino: *me hizo pésimo, me lo sacaron, pero en el consultorio no me dieron nada*.

Varias mujeres de estratos económicos bajos, hoy estudiantes universitarias, se refirieron a la importancia de la legalización del aborto para mujeres de poblaciones y sectores populares. Una de ellas señaló que: *entre mis amigas de adolescencia, los hijos se tienen, no se cuestionan incluso, y recuerdo a una compañera de liceo que tuvo un hijo producto de la violación de su padre*. La maternidad termina las proyecciones y el mundo parece acabarse. Una de ellas decía que la maternidad en sectores populares es una de las razones por las cuales *las mujeres se quedan en relaciones violentas y altamente tóxicas*.

Otra reflexiona acerca de la importancia de haber roto la cadena de embarazos no deseados en su familia, ya que, como dice, *ocurrieron porque ocurrieron. El “quedé embarazada” posiciona a la mujer como víctima. Las mujeres dicen “mi vida se estancó, dejé de hacer cosas”, entonces la maternidad ahí se asume como de una mujer abnegada donde su lugar de mujer ha sido desplazado por el de madre. Vivir el aborto me hizo darme cuenta de que, cuando sea madre, si es que lo sea, será porque lo decida, no porque la vida me condene*.

Una entrevistada dijo: *es relevante la posición subjetiva de la mujer, sentir que una pueda decidir en algún punto, que hay un nivel de determinación sobre tu vida, lo que quieres de tu futuro, lo que quieres para ti y además lo que quieras esperar para tu hijo, cómo te gustaría ser madre. Eso está súper cruzado por las biografías de cada uno. Otra señala: mi tía era matrona y me decía “qué buena noticia, ahora vas a ser mamá” y lo único que quería era sacarme eso o morirme. Como no*

estaba haciendo nada con mi vida, sabía que si tenía guagua nunca iba a poder armarla.

El ser madres es una condición que determina a varias a no tener más hijos. Así lo dicen dos entrevistadas que trabajaban y estudiaban teniendo un hijo pequeño y sin los recursos económicos adecuados. La maternidad deseada marca los relatos: *no creo en la vida por la vida y en la vida porque sí, así funcionan otros animales. Pero, si los seres humanos tienen consciencia, uno tiene que tener la opción de elegir si quiere hacerse cargo de guiar a otro ser humano y un niño debe ser muy deseado, muy querido, gran parte de la desgracia de la humanidad es por los hijos obligados. Un hijo tiene que ser deseado... en ese minuto no lo deseaba y mi pareja menos, no tenía ninguna capacidad [de tenerlo]. Estaba en una situación demasiado disfuncional como para tener un hijo. No tenía como mantenerlo tampoco, era una situación donde no había muchas opciones. No tenía tampoco una pareja que me apoyara, él me decía que no quería tener hijos y a mí también me importaba mi carrera, un hijo significaba perderla.*

Pese al miedo a morir, todas señalan que la decisión de la interrupción de un embarazo es contextual: es ante situaciones concretas que una mujer decide si continuar o no con un embarazo. Incluso aquellas que fueron obligadas a abortar, o que sienten que sus decisiones no estuvieron exentas de presiones, creen que las mujeres deben decidir.

5. LOS DERECHOS VULNERADOS

Las entrevistas y los datos estadísticos informan de una realidad trágica y dolorosa que afecta a muchas mujeres en Chile. Esta realidad no solo las aqueja a ellas, sino que también a sus familias, parejas y al personal de los servicios de salud. Y también infringe gravemente varias garantías de los derechos humanos de las mujeres, las que se pasan a enunciar.

Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), en el caso *Artavia Murillo con Costa Rica*,⁷⁰ sostiene el derecho inalienable de las personas a decidir si tener o no hijos, cuántos tener y sobre su espaciamiento, es decir, el intervalo entre los nacimientos.⁷¹ Lo anterior constituye el núcleo central de una maternidad voluntaria que respete el derecho a la libertad, autonomía y vida privada de las mujeres.

70 Corte IDH, Caso *Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica*, sentencia del 28 de noviembre de 2012 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas).

71 *Ibíd.*, párr. 148.

Estos derechos comprenden el derecho a la libertad, autonomía reproductiva y vida privada de las personas.⁷² En efecto, la Corte afirma que “el derecho a la vida privada se relaciona con: i) la autonomía reproductiva, y ii) el acceso a servicios de salud reproductiva [...]” Tal como agrega, ese derecho se encuentra especificado en la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.⁷³

5.1. El derecho a la igualdad

La Observación General 28 sobre igualdad entre hombres y mujeres del Comité de Derechos Humanos que vigila el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, afirma la autonomía reproductiva de la mujer en relación con su derecho a la privacidad.⁷⁴ Por su parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) señala que se vulnera el derecho a la igualdad de las mujeres cuando están expuestas a situaciones de riesgo que solo ellas experimentan en virtud de la reproducción, tales como la negación al acceso a servicios de salud reproductiva.⁷⁵ La discriminación se produce tanto por los marcos normativos como por las prácticas de los agentes del Estado o particulares.

El aborto es una práctica que solo tiene un impacto en el cuerpo de las mujeres, por lo que tener que someterse a abortos clandestinos y bajo condiciones de riesgo constituye una discriminación de género. Sus cuerpos se convierten en evidencia. Dé allí que la persecución penal no solo surta un efecto diferenciado por género sino también por clase, ya que las más pobres tienen mayor probabilidad de ser detectadas. A su vez, el contexto de ilegalidad incide en el tipo de procedimientos abortivos a los cuales las mujeres se someten, determinados por la información a la cual las mujeres pueden acceder y el precio que pueden pagar.

Además de la clase, hay otros factores que refuerzan la desigualdad, incluso entre mujeres. Por ejemplo, su condición de adultas o adolescentes, su localización en zonas rurales o urbanas, su nivel educativo o capacidades cognitivas.

72 *Ibid.*

73 Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General 24 (La Mujer y la Salud), 02/02/99, párrs. 21 y 31 b).

74 ONU, Comité de Derechos Humanos, Observación General 28 artículo 3 La igualdad de derechos entre hombres y mujeres, 68º período de sesiones de 2000, párr. 20.

75 CIDH, Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos, OAS/Ser.L/V/II, Washington DC., 2010, párr. 53.

5.2. El derecho a la vida y la integridad física y psíquica

La Corte en la medida provisional a favor de B contra El Salvador, ordenó a ese Estado asegurar la vida y la integridad de una mujer embarazada.⁷⁶ En el caso en cuestión, la víctima, “Beatriz”, padecía un lupus eritematoso discoide⁷⁷ y un compromiso renal producto de la misma enfermedad, que, agravados por el embarazo de un feto anencefálico, constituían una fuente de peligro inminente para su vida, integridad personal y salud. Su única posibilidad, según los facultativos médicos, era la finalización de la gestación. Ella no pudo acceder a esta posibilidad porque en El Salvador ni siquiera está permitido el aborto terapéutico y los tribunales no dieron lugar a su solicitud. La Corte resolvió requerir al Estado “adoptar y garantizar, de manera urgente, todas las medidas que sean necesarias y efectivas para que el grupo médico tratante de la señora B. pueda adoptar, sin interferencia alguna, las medidas médicas que se consideren oportunas y convenientes para asegurar la debida protección de los derechos consagrados en (...) la Convención Americana y, de este modo, evitar daños que pudiese llegar a ser irreparables a los derechos a la vida y la integridad personal y a la salud de la señora B”⁷⁸

El caso de B indica los estándares de protección de los derechos humanos de las mujeres para la actuación del Estado. Cuando la vida o la salud de una mujer están en riesgo, se debe asegurar la interrupción del embarazo si la mujer así lo decide.

El aborto y su práctica clandestina puede analizarse desde dos puntos de vista: como una violación, por una parte, del derecho a la vida de las mujeres, en conformidad al artículo 4 de la Convención Americana de Derechos Humanos y el artículo 6 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos, y, por otra, del derecho a la integridad física y psíquica, usualmente conceptualizado como la prohibición de tratos crueles e inhumanos, según lo dispone el artículo 5 de la Convención Americana de Derechos Humanos y el artículo 7 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos.

Como se aprecia de los testimonios recogidos, la ilegalidad del aborto expone a las mujeres a prácticas de alto riesgo. Las muertes o las complicaciones de los abortos por hemorragias, infecciones o pérdida de capacidad de reproductiva que han sufrido algunas mujeres entrevistadas en este estudio, pudieron ser evitables ya que el aborto no significa riesgo de muerte ni de enfermedad cuando se realiza en condiciones de seguridad y licitud.

La clandestinidad provoca también serios problemas en la salud

76 Corte IDH, Medidas Provisionales respecto de El Salvador, Asunto B, op. cit.

77 El lupus eritematoso es una enfermedad del sistema autoinmune; es discoide cuando afecta a nivel cutáneo o a las mucosas.

78 *Ibid.*

mental de las mujeres, que no son atribuibles a la decisión de interrumpir un embarazo sino al ambiente en que el aborto se practica. Ello se produce antes, durante y después ante la incertidumbre de si el método es seguro, si la persona que realiza el procedimiento es confiable, si las drogas que usan no causarán daños y si no tendrán repercusiones en su salud, entre otros aspectos. Además, según varias entrevistas, la ilegalidad impone vivir la experiencia muchas veces en silencio.⁷⁹

Es un deber del Estado asegurar que las mujeres no sean expuestas a estos riesgos.⁸⁰ Tampoco es permisible obligarlas a continuar un embarazo que amenace su derecho a la vida o a la salud.⁸¹

La utilización del misoprostol cambió el contexto de la práctica del aborto en Chile, reduciendo las complicaciones. Sin embargo, su utilización sin la debida orientación médica, en dosis peligrosas y en plazos de gestación no recomendados, amenaza también el derecho a la integridad y la vida de las mujeres.

De la misma forma, se viola el derecho a la integridad cuando las mujeres se someten a prácticas médicas como raspajes por personal de salud sin anestesia o condiciones mínimas de seguridad. Esto constituye un tratamiento cruel e inhumano.

Asimismo, constituye una violación al derecho a la integridad y una discriminación de una mujer cuando se la obliga a proseguir un embarazo producto de una violación, tal como lo ha sostenido el Comité de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación en contra de la Mujer.⁸²

5.3. El derecho a no ser sometido a trato cruel, inhumano y degradante

La obligación de mantener un embarazo a sabiendas que el producto del mismo es un malformado incompatible con la vida extra uterina, constituye un trato cruel e inhumano, como ha sostenido el Comité de Derechos Humanos.⁸³ El sufrimiento que se impone a una mujer por la no realización de la interrupción del embarazo que ella solicite, puede ser evitado y no hacerlo es un trato cruel e inhumano. Hay mujeres cuya elección respecto a la gestación del malformado es esperar hasta que muera naturalmente; otras prefieren solicitar el término del embarazo. Estas últimas, dependiendo de sus condiciones económicas, via-

79 Esto aparece señala el documento del Ministerio de Salud sobre pérdidas reproductivas.

80 CIDH, Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de los derechos humanos, OEA/Ser.L./II.Doc.61, 22 de noviembre de 2011.

81 Observaciones Finales del Comité de Derechos Humanos a Chile, CCPR/C/CHL/CO/5 18 de mayo de 2007, párr. 8; Conclusiones y Recomendaciones del Comité de DESC, Chile, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.105 (2004), párrs. 26 y 53.

82 ONU, CEDAW, Observaciones finales, CEDAW/C/CHL/CO/5-6, párr. 35 d), 24 de octubre de 2012.

83 ONU, Comité de Derechos Humanos, Comunicación K.L. v. Perú, 22 de noviembre de 2005.

jan fuera de Chile a realizarse la interrupción del embarazo, derivadas por sus ginecólogos o habiendo sido asesoradas para ello. En cambio, las mujeres atendidas en los centros públicos de salud están expuestas a la discrecionalidad del personal médico para proseguir con el embarazo o interrumpirlo a partir de la semana 22 de la gestación.

Las *Orientaciones técnicas* del Ministerio de Salud no resguardan la integridad física ni psíquica de las mujeres, ya que no recomiendan el adelantamiento del parto. A su vez, el documento insta a evitar el duelo anticipado, es decir, que las mujeres experimenten la pérdida desde el momento del diagnóstico como un mecanismo de defensa problemático, porque no les permitiría hacer el vínculo con el bebé, provocando una situación más compleja si el malformado sobrevive.⁸⁴ Esto constituye además una forma de discriminación por clase y sexo. Qué mujeres de estratos socioeconómicos más altos puedan acceder a servicios médicos privados y se les posibilite adelantar el parto, las sitúa en una posición más ventajosa que aquellas que dependen exclusivamente de los servicios públicos de salud y la discrecionalidad de los equipos médicos. Es una discriminación en base al sexo pues solo las mujeres están en esta situación.

El Comité de Derechos Humanos también ha sostenido que la obligación de proseguir un embarazo producto de una violación a una menor con discapacidad mental vulnera el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos sobre prohibición de someter a tortura, ni penas, o tratos crueles, inhumanos o degradantes.⁸⁵

El aborto clandestino posibilita el maltrato que proviene tanto de quien realiza el procedimiento como de quienes atienden las eventuales complicaciones. Las mujeres están sometidas a un trato brusco, tanto verbal como físico, cuando acuden a centros de salud para atender las consecuencias del aborto clandestino. cuando se someten a prácticas clandestinas y no se usa anestesia en el raspaje, o se les exige suprimir llanto y soportar dolor sin quejarse. Se las expone a violencia sexual cuando quien realiza el aborto clandestino chantajea exigiendo sexo.

Igualmente, las mujeres puedan experimentar un tratamiento cruel o humillante en su paso por la administración de justicia. Se las expone al maltrato verbal o físico durante exámenes forenses, y el hostigamiento de la policía y de los operadores de justicia.

84 Ministerio de Salud, *Orientaciones técnicas...*, op. cit., p. 50.

85 ONU, Comité de Derechos Humanos, *L.M.R. vs. Argentina*, 22 de abril de 2011, párr. 9.2.

5.4. El derecho a la vida privada: El quiebre de la confidencialidad médica

Los estándares de derechos humanos en materia de confidencialidad de la información médica son claros. El Comité de Derechos Humanos, en su Observación General 28 sobre la igualdad de hombres y mujeres, afirma: “cuando los Estados imponen a los médicos y a otros funcionarios de salud la obligación de notificar los casos de mujeres que se someten a abortos”, vulneran el derecho a la vida privada, además de los derechos a la vida e integridad y a no ser sometido a trato cruel, inhumano y degradante.⁸⁶

Al respecto, el Comité contra la Tortura, en sus observaciones al Informe de Chile en 2009, recomendó evitar que las mujeres que concurren a los hospitales por aborto inducido sean sometidas a interrogatorios. El Comité, además, considera que esta práctica constituye un trato cruel, inhumano y degradante.⁸⁷ La Corte IDH, en el caso *De la Cruz-Flores con Perú*, estableció que la información proveniente de la relación médico paciente es privilegiada, no puede ser divulgada por la obligación de denunciar⁸⁸ y, como señaló el juez García Ramírez en su voto razonado, el médico no puede convertirse en el investigador o persecutor. Los médicos, según la Corte, tienen un derecho y un deber de guardar la confidencialidad.⁸⁹ La Corte apoya este argumento en las Observaciones que le hiciera el Comité de Derechos Humanos de la ONU a Chile en 1999 respecto de las mujeres denunciadas en los hospitales públicos.⁹⁰

El Comité de Derechos Humanos y el Comité de la Convención de la Mujer han hecho reiterados llamados de atención a Chile, señalando que la denuncia a las mujeres por parte de los profesionales de la salud constituye, además, una violación al derecho a no autoincriminarse, el derecho a la intimidad y la vida privada.⁹¹ El temor a la denuncia puede impedir que las mujeres acudan a centros de atención médica de urgencia oportunamente; por ello, la CIDH sostiene que es crucial asegurar la confidencialidad médica.⁹²⁻⁹³ En las observaciones al Examen Periódico Universal –EPU– realizado por el Consejo de Derechos

86 ONU, Comité de Derechos Humanos, Observación General 28, art. 3, op. cit.

87 ONU, Comité Contra la Tortura, Conclusiones y recomendaciones del Comité contra la Tortura: Chile, 14 de junio de 2004, párr. 6, letra j).

88 Corte IDH, *De la Cruz-Flores vs. Perú*, 18 de noviembre de 2004 (Fondo, Reparaciones y Costas).

89 *Ibid.*

90 *Ibid.*, párr. 100 y nota correspondiente.

91 ONU, CEDAW, Observaciones Finales del Comité de la Convención de la Mujer a Chile, 09/07/99, CEDAW/C/99/L.2, párrs. 28-29.

92 CIDH, Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de los derechos humanos, op. cit. párr. 38.

93 Por ejemplo, Observaciones Finales del Comité de Derechos Humanos a Costa Rica 08/04/99 CCPR/C/79 /Add.107 párr. 11; Observaciones Finales del Comité de Derechos Humanos a Ecuador 18/08/98 CCPR/C/79 Add.107 párr. 11;

Humanos de la ONU en 2009, diversos países instaron a Chile a modificar sus leyes sobre aborto. Chile, en sus respuestas al EPU, aceptó todas las recomendaciones que surgieron de este examen, incluyendo aquellas sobre la ley antiterrorista, salvo y expresamente aquellas sobre aborto.⁹⁴

El Ejecutivo adoptó en 2009 una circular para el tratamiento humanizado del aborto que prescribe: “aun cuando el aborto es una conducta ilegal y constitutiva de un tipo penal en la legislación chilena (Art. 342 del Código Penal), no corresponde extraer confesiones a las mujeres que requieran atención médica por un aborto, sobre todo cuando dicha confesión se solicita como condición para la prestación de salud requerida, pues con ello se vulnera el ya citado artículo 15 de la Convención contra la Tortura”.⁹⁵ Esta circular fue posteriormente ratificada en el documento *Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas* de 2011.⁹⁶ Pese a ello, y como señalamos, entre 2009-2012 más de 210 mujeres atendidas por la Defensoría Penal Pública fueron perseguidas penalmente, siendo probable que la mayoría hayan sido identificadas y denunciadas en los centros asistenciales de salud. Los relatos de algunas de las mujeres y profesionales entrevistados reflejan que persiste una actitud de condena de parte del personal de salud, que implica, en algunos casos, interrogar y denunciar o amenazar con hacerlo. Las instrucciones del Ministerio de Salud son obligatorias; llama la atención que incluso los/as prestadores/as de salud entrevistados/as, especialmente sensibles a este tema, no conocieran de su existencia.

5.5. El derecho al debido proceso

La CIDH señala que la información que una paciente entrega a un médico no puede constituir un elemento de incriminación.⁹⁷ A su vez, la Corte IDH ha formulado que constituye una violación al derecho a no ser obligado a declarar contra sí mismo ni a declararse culpable cuando las declaraciones se obtienen sin los resguardos de una defensa⁹⁸ o bajo coacción.⁹⁹ La comunicación médico paciente a través de una interrogación para obtener información sobre un aborto ilegal se convierte en una confesión extrajudicial. Así, el personal de salud contaría con

94 Examen Periódico Universal, Responses to recommendation, Chile, párr. 98, en http://www.upr-info.org/IMG/pdf/Recommendations_to_Chile_2009.pdf

95 Minsal, Ordinario A15/ 1675, 24 de abril de 2009.

96 Minsal, *Orientaciones técnicas...*, op. cit., p 9.

97 CIDH, Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de los derechos humanos, op. cit., párr. 80.

98 Corte IDH, Caso Acosta Calderón contra Ecuador, sentencia del 24 de junio de 2005, párr. 79.

99 Corte IDH, Caso Cantoral Benavides contra Perú, sentencia del 18 de agosto de 2000, párrs. 132 y 133; Corte Interamericana de Derechos Humanos, Tibi contra Ecuador, sentencia del 7 de septiembre de 2004, párrs. 198-200.

mayores facultades que la policía o los propios persecutores. En algunos casos, podríamos estar ante coacción o un sistema que la facilita.

La investigación de un delito en el marco de un procedimiento judicial se encuentra debidamente reglamentada para asegurar los derechos de las personas. Si los profesionales de la salud obtienen información de forma privilegiada, que va a ser posteriormente utilizada en un proceso judicial, deben exigirse las debidas garantías: por ejemplo, que las pacientes sean informadas de sus derechos, incluyendo el de guardar silencio, de tal forma que sepan que toda información puede ser utilizada en su contra. Sostenemos que un régimen como el anterior desvirtuaría la relación de confianza que debe existir entre un médico y una paciente, afectando el derecho a la salud, por lo que no debe existir la obligación de denunciar. El mero temor a exponerse a una denuncia inhibe a las mujeres a informar sobre las verdaderas causas de las condiciones de salud que las afligen.

La clandestinidad, además, expone a las mujeres a violencia sexual por quienes hacen los abortos y a malas prácticas médicas, que no pueden ser reclamadas judicialmente. De la misma manera, cuando las mujeres se enfrentan al proceso penal, pueden ser víctimas de malos tratos por los operadores de justicia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La maternidad obligada es una carga que solo soportan las mujeres. Como reflejan las entrevistas realizadas, a veces la maternidad se vive sin apoyos, lo mismo que la decisión antes, durante y después de un aborto. Los relatos de las entrevistadas da cuenta que su decisión obedece a un contexto, a que la maternidad en un momento, con una pareja determinada o en ciertas circunstancias, no calza con su proyecto de vida.

El hecho de que el aborto esté penalizado no implica que no exista. Más aun, posibilita que permanezca oculto y que no se adopten medidas para prevenirlo. Cuando se realiza en la ilegalidad y clandestinidad, se producen o facilitan violaciones concretas a los derechos humanos de las mujeres, tales como la pérdida o el riesgo de pérdida de la vida, ya sea porque el embarazo sitúa a la mujer y su salud en condición de riesgo, o por un aborto inseguro.

La clandestinidad facilita el maltrato, la humillación y el abuso por parte de operadores de justicia, policías y profesionales de la salud. Las mujeres también se ven expuestas a prácticas abusivas de quienes realizan el aborto.

La ilegalidad provoca miedos profundos en quienes se someten a un aborto, pese a lo cual igualmente se practica. El miedo a morir, a

quedar con secuelas graves y a ser descubiertas son los más predominantes en relatos de las mujeres entrevistadas. La hipocresía y doble estándar obligan a callar, exponiendo a daños evitables a las mujeres.

El aborto ilegal y clandestino tiene sexo y clase. El cuerpo de la mujer se transforma en el cuerpo del delito. Por ello, hay más mujeres que hombres sometidos a control penal. La clase determina el tipo de aborto, en función de cuánto dinero se dispone para ello. Las pobres serán más detectadas por el sistema penal porque se someten a prácticas más riesgosas y deben acudir a hospitales públicos por las complicaciones. Las mujeres de menos recursos tienen menor acceso a redes profesionales que les ayuden con información o consejos.

El aborto es un delito principalmente *femenino*. Cuando los hombres son perseguidos criminalmente, suelen serlo por realizar los abortos o por ejercer violencia en contra de una mujer causando la interrupción del embarazo. La edad es también un factor de vulnerabilidad. Lamentablemente, los datos del Ministerio de Salud no entregan la información que permita establecer las consecuencias de la penalización en la salud en mujeres menores de 18 y mayores de 10 años, sobre todo la exposición a violencia sexual.

RECOMENDACIONES

1. Asegurar que el aborto sea despenalizado o, al menos, asegurar que se permita en caso de riesgo de vida o salud, por malformaciones severas del feto y en caso de violación.
2. Se debe promover un debate público centrado en los derechos y necesidades de las mujeres.
3. Se requiere capacitación a los profesionales de la salud acerca de las obligaciones de derechos humanos de las mujeres y su relación con el aborto. En especial, deben ser capacitados sobre el alcance del protocolo sobre tratamiento humanizado del aborto para asegurar la confidencialidad a las pacientes.
4. Promover reformas legislativas a fin de derogar la obligación de denunciar a las mujeres, asegurando la confidencialidad médica.
5. Se debe instar a que los contenidos sobre derechos humanos de las mujeres y salud sexual y reproductiva sean incorporados en las mallas de las facultades de ciencias de la salud.