

SIT Graduate Institute/SIT Study Abroad

## SIT Digital Collections

---

Independent Study Project (ISP) Collection

SIT Study Abroad

---

Spring 2022

### La política cultural del aborto: Las percepciones y el manejo del aborto en Arica, Chile

Eva Strelitz-Block  
*SIT Study Abroad*

Follow this and additional works at: [https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection)



Part of the [Family, Life Course, and Society Commons](#), [Health Communication Commons](#), [Health Policy Commons](#), [Latin American Languages and Societies Commons](#), [Latin American Studies Commons](#), [Medicine and Health Commons](#), [Obstetrics and Gynecology Commons](#), [Politics and Social Change Commons](#), [Social and Cultural Anthropology Commons](#), and the [Women's Studies Commons](#)

---

#### Recommended Citation

Strelitz-Block, Eva, "La política cultural del aborto: Las percepciones y el manejo del aborto en Arica, Chile" (2022). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 3470.  
[https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/3470](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/3470)

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact [digitalcollections@sit.edu](mailto:digitalcollections@sit.edu).

**La política cultural del aborto: Las percepciones y el manejo del aborto en Arica, Chile**

Eva Strelitz-Block

Consejera: Karina Sepúlveda

Director Académico: Daniel Poblete

Chile: Public Health, Traditional Medicine, and Community Empowerment, Spring 2022

## **Abstract**

Chile has a long history of restricting access to legal abortion. Until 2017, when the government passed the law N° 21.030 decriminalizing abortion on three grounds, abortion was completely illegal. However, despite this movement towards decriminalization, legal abortion access is still very limited and highly restricted. In this criminalized, highly stigmatized environment, self-managed abortion has emerged as a way to transform the landscape of abortion. This qualitative, exploratory study seeks to explore perceptions of abortion and practices of abortion management both within and outside of the official healthcare system among women and people with the capacity to become pregnant and primary health care providers in the context of the passage of the law N° 21.030 in 2017 in Arica, Chile. In order to understand this social phenomenon, six qualitative interviews were conducted with participants with personal or professional experience with abortion and then thematically coded. This study suggests the presence of knowledge and stigma barriers limiting access to legal abortions in an already scarce environment. When abortions within the official healthcare system are accessed, the experience of obstetric violence is common, usually related to providers' behavior and treatment choices. In an abortion landscape defined by lack of access and violence, self-managed abortion is not a last resort, but rather offers a parallel method of providing safe, effective, and holistic abortion care. The results of this study highlight the need to educate community members and healthcare providers on abortion to improve access to abortion within the healthcare system. There is a clear urgency for the passage of laws to protect people seeking legal abortions from discrimination and violence. Finally, the success of the model of self-managed abortion in providing both safe and person-centered abortions suggests that alternative abortion provision models have the opportunity to expand abortion access and free the abortion discourse from the confines of the medical-legal paradigm. Self-managed abortion should be decriminalized on all grounds to support reproductive justice.

*Key Words:* abortion, self-managed abortion, barriers to abortion, health policy, Chile

## Resumen

Chile tiene una historia profunda de restringir el acceso al aborto legal. Hasta 2017, cuando el gobierno aprobó la ley N° 21.030 que despenalizó el aborto por las tres causales, el aborto era completamente ilegal. Sin embargo, a pesar de este movimiento hacia la despenalización, el acceso legal al aborto sigue siendo limitado y restringido. En este entorno criminalizado y estigmatizado, el aborto autogestionado ha surgido como una forma de transformar el panorama del aborto. Este estudio cualitativo y exploratorio busca explorar las percepciones del aborto y las prácticas para manejar el aborto tanto dentro como fuera del sistema oficial de salud entre las mujeres y otras personas con capacidad de gestar y los funcionarios de la salud en el nivel de la atención primaria en el contexto de la aprobación de la ley N° 21.030 en Arica, Chile. Para entender este fenómeno social, se realizaron seis entrevistas cualitativas con personas con experiencia personal o profesional con el aborto y luego se codificaron temáticamente. Este estudio sugiere la presencia de barreras de conocimiento y estigma que limitan el acceso al aborto legal en un ambiente ya escaso. Cuando se accede a los abortos dentro del sistema médico oficial, la experiencia de la violencia obstétrica es común, generalmente relacionada con el comportamiento de los funcionarios de la salud y sus elecciones de tratamiento. En un entorno del aborto definido por la falta de acceso y la violencia, el aborto autogestionado no es un último recurso, sino que ofrece un método paralelo de proporcionar cuidado del aborto seguro, eficaz, y holístico. Los resultados de este estudio destacan la necesidad de educar a los miembros de la comunidad ariqueña y a los funcionarios de la salud sobre el aborto para mejorar el acceso al aborto dentro del sistema de salud. Existe una urgencia por la aprobación de leyes para proteger a las personas que buscan los abortos legales contra la discriminación y la violencia. Por último, el éxito del modelo del aborto autogestionado en la provisión de los abortos seguros sugiere que modelos alternativos de la provisión del aborto tienen la oportunidad de ampliar el acceso al aborto y liberar el discurso del aborto de los confines del paradigma médico-legal. El aborto autogestionado debe ser despenalizado por todos los motivos para apoyar la justicia reproductiva.

*Palabras claves:* el aborto, el aborto autogestionado, barreras al aborto, política sanitaria, Chile

## **Reconocimientos**

Estoy inmensamente agradecido por todo el apoyo que he recibido que hizo posible la finalización de este proyecto. Primero, el mayor agradecimiento posible a las participantes que compartieron su tiempo y reflexiones conmigo. Su generosidad del espíritu hizo posible esta investigación. Gracias a Karina Sepúlveda, mi consejera increíble, por su tiempo, orientación, y consejo. Espero que pueda ser incluso un poco como ella cuando crezca. Muchas gracias a Carla Quioza, Daniel Poblete, Lorena Sanchez, y Norma Contreras (el equipo de SIT Arica), para hacer posible todo este semestre. Me siento muy afortunado de haber tenido un sistema de apoyo tan fuerte (y una reserva de mantequilla de maní constante) durante mi tiempo en Arica. Quiero agradecer a mi familia anfitriona, las Bobadilla Rojas, por darme la bienvenida a su familia con la mayor cuidado. Mi experiencia en Chile fue mucho más profunda por conocerlos. Gracias también a mis compañeras y amigas del programa. No puedo imaginar esta experiencia con cualquier otro grupo en el mundo.

## Índice

<b>Introducción</b>	<b>6</b>
<b>Problema de investigación y objetivos</b>	<b>8</b>
<b>Justificación</b>	<b>9</b>
<b>Marco teórico</b>	<b>11</b>
<b>Metodología</b>	<b>19</b>
<b>Resultados</b>	<b>25</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>45</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>49</b>

## Introducción

El aborto fue prohibido en todas circunstancias hasta 2017 cuando se aprobó la Ley de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) que legalizó el aborto en las tres causales: cuando el embarazo pone la vida de la madre en peligro, cuando el embarazo es el resultado de la violación, y cuando malformaciones del feto son incompatibles con una vida fuera del útero (Casas & Vivaldi, 2014). Mientras que puede parecer como la puerta está abriendo hacia acceso al aborto en Chile, una mirada más profunda a la situación legal y social actual cuenta otra historia. El aborto sigue siendo altamente restringido y llena de maltrato (Larrea et al., 2021). Modelos varios del aborto autogestionado han surgido desde este entorno altamente restringido para enfrentar las restricciones y las experiencias violentas (Larrea et al., 2022).

Mientras esta esquema general es conocido, la realidad sobre el territorio en Chile todavía está desconocida debido a los cambios que pedía la ley IVE. Esta investigación puede añadir al cuerpo de conocimiento sobre el panorama del aborto en entornos restrictivos. Puede ser útil para guiar los esfuerzos para realizar cambios en sistemas oficiales que no sirven a la gente. Además, este estudio busca desviarse de la norma y apoyar soluciones más sustantivas para el acceso al aborto.

Por lo tanto, el objeto de esta investigación era entender el panorama del aborto en la ciudad de Arica en el contexto de la historia de la regulación del aborto por el estado mediante el estudio de las percepciones del aborto y las prácticas para manejar el aborto tanto dentro como fuera el sistema médico oficial en las mujeres y otras personas con la capacidad de gestar y los funcionarios de salud en el nivel de la atención primaria. Esta meta de explorar y explicar un fenómeno social exigió un método de investigación que permitiría a la investigadora entrar, de cierta manera, en las vidas de la gente, así que entrevistas semi-estructuradas se llevaron a cabo para que las experiencias personales de las participantes pudieran ser el núcleo de la investigación. Cada uno de las seis entrevistadas tuvieron experiencia diferente con el aborto, algunos con experiencia personal y algunos con experiencia por medio de su trabajo como funcionarios de salud. Este grupo de participantes eran profesionales educados, y por eso su experiencia con el aborto probablemente es distinta de las de personas con menos recursos (Perrotte et al., 2020).

Las entrevistas mostraron la relación fuerte entre las percepciones del aborto y el manejo del aborto en dos maneras principales: primero, en el maltrato de las mujeres y otras personas

con capacidad de gestar buscando los abortos entre el sistema médico oficial; segundo, la creación de sistemas de aborto autogestionado para expandir acceso al servicio del aborto y abordar el tema de la violencia entre el sistema médico oficial. Las entrevistas también arrojaron luz en la presencia de barreras al acceso del aborto relacionado a una ausencia de información y una presencia de estigma social. Estos datos sugieren la necesidad de políticas públicas para informar la pública y los funcionarios de la salud sobre el aborto, para combatir la presencia de la violencia obstétrica, y, en última instancia, para mejorar el cuidado del aborto dentro del sistema médico. Sin embargo, quizás más importante, los datos se suman al coro de voces que exigen la legalización del aborto autogestionado.



## **Problema de investigación y objetivos**

### *Problema de investigación:*

- ¿Cuál es el panorama del aborto en Arica, Chile en el contexto de la regulación de la IVE por el estado de Chile?

### *Objetivo general:*

- Describir y comprender, por medio de un estudio exploratorio y cualitativo, el efecto de la ley IVE en las percepciones del aborto y las prácticas para manejar la IVE en las mujeres y las personas con la capacidad de gestar y los funcionarios de salud en el nivel de la atención primaria Arica, Chile.

### *Objetivos específicos:*

- Indagar y explicar las percepciones del aborto y las prácticas para manejar la IVE en las mujeres y las personas con la capacidad de gestar y los funcionarios de salud en el nivel de la atención primaria en Arica, Chile antes de la legalización del aborto en 2017.
- Indagar y explicar las percepciones actuales del aborto y las prácticas para manejar la IVE en las mujeres y las personas con la capacidad de gestar y los funcionarios de salud en el nivel de la atención primaria en Arica, Chile antes de la legalización del aborto en 2017.
- Examinar si y cómo han cambiado las prácticas para manejar la pérdida del embarazo/el aborto espontáneo en Arica, Chile desde la legalización del aborto en 2017.
- Entender los efectos de la ley IVE en la atención entre las mujeres y las personas con la capacidad de gestar y los funcionarios de salud en el nivel de la atención primaria en Arica, Chile.
- Dilucidar la influencia de la ley IVE en la forma de hablar sobre el aborto en entornos variados en Arica, Chile.

## **Justificación**

Tomados en conjunto, las percepciones, el manejo, y la experiencia del aborto crean el panorama del aborto en cualquier lugar. Todas estas partes interactúan y se afectan entre sí, y por eso es necesario aclarar su relación. En Chile, la aprobación de la ley IVE en 2017 dio un vuelco total al entorno del aborto y mientras hay un número creciente de estudios sobre el aborto en Chile, la situación en el suelo todavía es poco conocida. Esto es especialmente cierto en la ciudad de Arica debido a su ubicación en la zona más norte del país más alejado del centro de información. Este estudio cualitativo trata de añadir al esfuerzo de cerrar esta brecha.

Esta investigación puede ser útil para guiar los esfuerzos para realizar cambios en sistemas oficiales que no sirven a la gente. Con la elección del presidente izquierdista Gabriel Boric en marzo de 2022 y la creación actual de una constitución nueva, Chile está en un momento de apertura para cambiar las leyes y regulaciones que gobiernan la salud reproductiva y sexual. Sin embargo, este estudio también busca desviarse de la norma y apoyar soluciones más sustantivas para el acceso al aborto.

El análisis de la infraestructura del aborto autogestionado en Arica puede añadir al cuerpo de conocimiento creciente que muestra la forma en que el marco de autocuidado puede ser el futuro del aborto en ámbitos ambos limitados y sin restricciones (Assis & Larrea, 2020). En entornos del aborto altamente restringidos, el aborto autogestionado ha surgido como un método seguro y fiable para las mujeres y personas con la capacidad de gestar a tener autonomía sobre sus destinos reproductivos. La literatura existente sobre el aborto autogestionado enfoque en dos dinámicas principales: primero, estudios cuantitativos tratan de mostrar la eficacia y seguridad del aborto autogestionado analizando los resultados del aborto autogestionado en comparación con el aborto supervisado por un médico; segundo, la mayoría de los estudios cualitativos intentar revelar y describir el itinerario de los abortos autogestionados. Todavía no hay muchos estudios sobre las experiencias y las percepciones del aborto autogestionado y las diferencias en comparación de uno en un entorno clínico. Arrojando la luz de manera etnográfica en las experiencias y los significados de los abortos autogestionados para las personas que lo tienen puede remodelar el discurso actual sobre el aborto. Es posible que la investigación pueda revelar la manera de que la medicalización del aborto está en control completamente sobre las percepciones y experiencias del aborto.

Mientras tanto, esta información puede inyectar urgencia al proyecto de abordar el tema de la violencia obstétrica y hacer que el cuidado de las mujeres y personas con la capacidad de gestar pueda ser la mayor calidad posible en el contexto del sistema de salud actual. La violencia obstétrica se ha convertido en un tema más ampliamente reconocido hasta los primeros años de los 2000s (Williams et al., 2018), pero la visión común de la violencia obstétrica no incluye la violencia perpetrada contra las mujeres en el cuidado del aborto (Larrea et al., 2021). Además, la violencia en la experiencia del aborto tiene una relación poco estudiada con las políticas públicas sobre el aborto y los médicos involucrados con el cuidado del aborto. Por eso, esta investigación trata de entender la conexión entre el rol del médico en un entorno del aborto criminalizado, el manejo del aborto, y la violencia obstétrica.

## **Marco teórico**

El aborto se reconoce mundialmente como un aspecto esencial de la atención médica y, en 2018, las Naciones Unidas declaró el acceso al aborto como un derecho humano básico (UN Human Rights Committee Asserts That Access to Abortion and Prevention of Maternal Mortality Are Human Rights, 2018). A pesar de esta verdad, 24 países prohíben el aborto totalmente y más de 50 países, incluyendo Chile, tienen restricciones consideradas por el Centro para los Derechos Reproductivos muy estrictas. El panorama del aborto está cambiando constantemente. Por ejemplo, en junio el Tribunal Supremo de los Estados Unidos se espera anular el juicio de Roe vs. Wade lo que quitará el derecho constitucional al aborto en el país (The State of Abortion Rights around the World, n.d.). Mientras que puede parecer como la puerta está abriendo hacia acceso al aborto en Chile, una mirada más profunda a la situación legal y social actual cuenta otra historia.

### ***Antecedentes históricos***

Hasta septiembre de 2017, Chile fue uno de los pocos países que prohibió completamente el aborto. Entre 1931 y 1989, el Código Sanitario permitió el aborto terapéutico (un aborto que ocurre cuando el embarazo pone en peligro la vida de la madre), pero en 1989 el gobierno de Pinochet anuló la ley y el aborto se convierte a ilegal en todos casos. Veinte-ocho años después, bajo la presidente izquierdista Michelle Bachelet, el congreso aprobó la Ley No. 21.030 que legalizó el aborto por los tres causales: cuando el embarazo pone la vida de la madre en peligro, cuando el embarazo es el resultado de la violación, y cuando malformaciones del feto son incompatibles con una vida fuera del útero (Casas & Vivaldi, 2014). Dentro de la red de activistas para el aborto, había puntos de vista diferentes con respecto de la utilidad de la ley. Un lado del debate argumentó que la ley era tan estrecha que no tendría ningún efecto genuino en el acceso de las mujeres y personas con la capacidad de gestar a servicios del aborto. Por otro lado, algunos creían que incluso con sus deficiencias la ley era una etapa importante en la lucha por los derechos reproductivos (Maira et al., 2019).

### ***La justicia reproductiva***

Un conocimiento profundo de la justicia reproductiva es necesario para entender porque la ley de la IVE no es suficiente y realmente falla a apoyar el avance de los derechos de la mujer

y las personas con la capacidad de gestar. El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) ofrece una manera de entender la justicia reproductiva en su informe de 2021, “El Camino Hacia la Justicia Reproductiva:”

Impulsar la justicia reproductiva implica reconocer tanto las barreras formales para el ejercicio de los derechos reproductivos, como el conjunto de factores estructurales sociales, políticos y económicos que permiten a las mujeres y a otras personas con capacidad de gestar tener el poder y la autodeterminación sobre su destino reproductivo. Es obligación del Estado atender estos factores y generar las condiciones óptimas para que las personas tomen decisiones libres acerca de su destino reproductivo (El camino hacia la justicia reproductiva, 2021, p. 85).

Desde este marco, la justicia reproductiva incluye (pero no se limita a) acceso al aborto. El acceso al cuidado del aborto da a las mujeres y a otras personas con la capacidad de gestar la habilidad de planificar su destino reproductivo. Crucialmente, la legalización del aborto no es lo mismo que el acceso al aborto. Por ejemplo, en Chile, mientras ahora el aborto es legal en las tres causales, todavía no es accesible incluso en las tres causales debido a restricciones legales muy estrictas y estigmatización social que actúan como barreras al acceso al aborto. Esta visión de la justicia reproductiva sugiere que en realidad el gobierno está fallando a su gente.

### ***La Ley IVE en práctica y barreras al acceso al aborto***

Como todos los activistas sabían que sería el caso, bajo la ley IVE el aborto todavía tiene restricciones extremas y la provisión del cuidado del aborto está altamente regulado. Esto es en parte debido a la implementación muy lenta de la ley que continúa creando barreras sustanciales al acceso del cuidado del aborto. En 2019 y entonces en 2021, La Mesa Acción por el aborto en Chile hizo un informe de monitoreo social, el cual es una evaluación de una política pública por los ciudadanos sin la intromisión por el gobierno, para evaluar la implementación de la ley de la IVE en Chile (Vargas et al., 2021).

### *Barrera de conocimiento*

Según el informe de 2021, hay una gran barrera de conocimiento sobre el aborto. Los usuarios y funcionarios del sistema de salud igual “se sigue considerando que la ley es nueva, a pesar de tener ya casi tres años de implementación” (Vargas et al., 2021, p. 62). La falta de conocimiento sobre la ley de la IVE y el estatus legal del aborto significa que las personas no saben cómo (y que pueden) acceder el aborto y los funcionarios de salud, especialmente en la atención primaria, no tienen información o capacitación sobre la ley o la provisión del cuidado del aborto. Por lo tanto, los procedimientos y protocolos todavía no están claros, lo que puede demorar la provisión del cuidado y contribuye a un ámbito de cuidado caótico. El informe también anota que no hay una voluntad pública para disseminar información sobre la despenalización del aborto a la gente, lo que resulta en ambos desinformación y la falta de información sobre la ley (Vargas et al., 2021). Es probable que el esfuerzo de difundir la información también se dificulta por una cultura chilena conservadora, machista, y religiosa que todavía tiene la idea que “la maternidad es la función obligatoria de las mujeres” (El camino hacia la justicia reproductiva, 2021, p. 13). Esta idea cultural se filtra en las políticas y leyes del estado y se convierte en parte de la estructura de la sociedad.

### *Barrera de la objeción de conciencia*

Junto con las barreras del conocimiento, la presencia de la objeción conciencia limita el acceso al cuidado del aborto en una manera un poco más tangible. Ahora, los médicos y otros funcionarios de salud tienen la opción de rechazar a proveer cuidado del aborto si ellos se identifican como objetores de conciencia. Según una encuesta reciente de médicos en hospitales públicos en Chile, 47% de los médicos dicen que no lo proporcionarían en el caso de violación, 27% en el caso de anomalía fetal, y 20% en el caso de riesgo a la vida de la madre. En lugares donde esta práctica es común, el acceso al aborto es más limitado porque hay menos proveedores del aborto disponibles (Biggs et al., 2020). La objeción de conciencia actúa más como una barrera en lugares que ya tienen menos recursos, así que los efectos en el acceso al aborto por la objeción de conciencia no son iguales. Por ejemplo, “uno puede imaginar que cuando la mayoría de los médicos se oponen, una tarea aparentemente simple como la derivación se vuelve difícil de implementar. Los pacientes pueden necesitar viajar grandes distancias para llegar a un médico dispuesto, si uno puede ser encontrado en absoluto ... Las cargas de gran distancia pueden

impedir que las mujeres obtengan abortos” (Harris et al., 2018, p. 7). Por lo tanto, la objeción de conciencia se puede usar para socavar el acceso al aborto en un ámbito escaso. La existencia de la objeción de conciencia también hace que médicos que en realidad no están opuesto del aborto van a afirmar esta identidad para otros razones – por ejemplo para evitar la presión de otros médicos para ser objetor, para precaver la estigma social que viene con la provisión del cuidado del aborto, y para librarse de la carga de trabajo que personas que no se oponen al aborto va a tener. Es importante anotar la diferencia entre la objeción de conciencia y el activismo: la objeción de conciencia no trata de cambiar sistemas o normas, sino más bien es una acción solamente individual. Más, la filosofía de la objeción de conciencia está arraigada en el hecho que la elección individual no tiene un impacto en alguien más. La objeción de conciencia en relación al aborto va en contra de esta ideas fundamentalmente. Puede ver en el caso de la objeción de conciencia en Chile que el estatus de objetor en realidad es usado para restringir el acceso al aborto (Harris et al., 2018). Precisamente por eso, con respecto de la objeción de conciencia contra el aborto “el ‘rechazo de tratar’ ... debería llamarse más acertadamente desobediencia deshonrosa, porque se viola los derechos fundamentales de la mujer a la atención médica y coloca toda la carga de consecuencias, incluyendo los riesgos a la salud y la vida, en los hombros de las mujeres” (Fiala & Arthur, 2014, párr. 4). Por eso, irónicamente, la objeción conciencia es lo que necesita ser altamente regulado bajo la ley de la IVE.

### *Barrera de los métodos legales de la provisión*

El manejo médico del aborto involucra el uso de una combinación de la mifepristona y el misoprostol para interrumpir el embarazo. La mifepristona se toma primero y para el crecimiento del embarazo bloqueando el hormono progesterona. Entonces, una persona toma el misoprostol lo que causa el paso del embarazo fuera del útero. El aborto quirúrgico es un procedimiento para terminar el embarazo. El método recomendado por el aborto quirúrgico es la aspiración por vacío sin el legrado del útero porque es más cómoda para la paciente. La OMS publica directrices sobre el manejo del aborto para guiar la creación de protocolos por ambos gobiernos y los trabajadores de salud para proveer el cuidado del aborto. Por ejemplo, con respecto al aborto médico, “la OMS recomienda que individuos en el primer trimestre (hasta 12 semanas de embarazo) pueden administrar los medicamentos mifepristona y misoprostol sin supervisión directa de un clínico” (Abortion Care Guideline, 2022). Además, según las mismas normas, el

aborto quirúrgica es un procedimiento que puede tomar lugar en un entorno de cuidado primaria. Toda la información compartida por la OMS está basada en datos cualitativos y cuantitativos que muestran que el aborto es una intervención médica que no necesita supervisión para ser segura y eficaz (Abortion Care Guideline, 2022). En Chile, mientras los métodos aceptados como legal para un aborto médico o quirúrgico generalmente siguen las pautas del WHO con respecto a los pasos médicos, sus protocolos también incluyen reglas y requisitos que la OMS en realidad reconoce como barreras al acceso al aborto. Por ejemplo, bajo la ley IVE todos los abortos necesitan ocurrir en un entorno clínico de alto riesgo (Norma Técnica Nacional Acompañamiento y Atención Integral a La Mujer Que Se Encuentra En Alguna de Las Tres Causales Que Regula La Ley 21.030, 2018).

### ***La criminalización y la creación de un entorno clandestino***

Legalmente, la criminalización del aborto significa que una persona que procura su propia aborto fuera del sistema médico y las tres causales pueden enfrentar cargos criminales. Además, cualquier persona que ayuda a una persona a tener un aborto en cualquier manera también puede experimentar problemas legales. La criminalización en realidad no previene la ocurrencia de los abortos, simplemente empuja a la gente a interrumpir sus embarazos en formas clandestinas. Ciertamente, hasta 2017, no había abortos en instituciones médicos debido a la ilegalidad, pero estimaciones muestran que en Chile probablemente hay cerca de 160.000 abortos inducidos cada año (Human Rights Watch: Women’s Human Rights: Abortion, n.d.). Cuando los abortos ocurren con apoyo e información suficiente, la evidencia sugiere que son más seguros en comparación a la mayoría de procedimientos ambulatorios y el parto. Sin embargo, debido a restricciones al acceso al aborto, casi la mitad de los abortos que ocurren cada año se considera “inseguro” – definido por la OMS como “un procedimiento para terminar el embarazo por personas sin formación adecuada o usando un método no recomendado o ambos” (Cameron, 2018, párr. 2) – y puede causar muerte materna. Según la OMS, el 4,7-13,2% de todas las muertes maternas se atribuyen a abortos inseguros. Más aún, en países desarrollados como Chile, estimaciones muestran que 30 mujeres mueren por cada 100.000 abortos inseguros. Esto es completamente evitable (Abortion, 2021).

El entorno criminalizado del aborto también hace que el aborto no se experimenta como una experiencia de la atención médica normal. La ilegalidad del aborto crea tres fuentes de riesgo



y miedo para personas buscando el aborto: el fracaso del aborto y por consecuencia la necesidad de continuar con un embarazo no deseado, la muerte debido a una complicación con el aborto, y el descubrimiento por la policía por un aborto ilegal. Últimamente, las personas que quieren un aborto en un entorno de criminalización necesitan elegir cuál riesgo ellos están más dispuestos a tomar (Palma Manríquez et al., 2018). Estudios cualitativos variados han mostrado que en entornos de criminalización “la incertidumbre, miedo, y riesgo dominan la experiencia” (Palma Manríquez et al., 2018, p. 106) para las mujeres y personas con capacidad de gestar.

### ***El médico en el cuidado del aborto***

La calidad de cuidado que recibe una persona buscando un aborto depende totalmente de las percepciones del médico que está atendiendo. La realidad es que “el médico también es un agente social, económico, y político, respondiendo a, y ejerciendo, presiones sociales y políticas” (Harris et al., 2018, p. 16). Por ejemplo, las entrevistas del informe de 2021 por la Mesa Acción por el aborto en Chile revelaron que muchas mujeres experimentaron un mal tratamiento en su cuidado. Por ejemplo, Madre Nativa explicó que conocieron “experiencias de mujeres que encuentran muchas dificultades para acceder; se les juzga por preguntar y no se les garantiza que van a recibir buen trato por parte del médico ecógrafo, en casos sin preguntar suben el volumen a los latidos del corazón del feto, felicitan a la mujer por su embarazo y no dan información necesaria, tampoco derivan al equipo IVE para un mayor manejo o pertinente derivación” (Vargas et al., 2021, p. 82). Puede ver que incluso con la protección del acceso del aborto en los tres causales por la ley IVE, el médico tiene todo el poder a moldear como es la experiencia del aborto, y, aún más, si el aborto es accesible en absoluto. Innegablemente, la ilegalidad del aborto crea una jerarquía de poder muy fuerte entre médico-paciente que cambia básicamente el rol del médico y la relación médico-paciente.

Los médicos podrían enfrentar cargos criminales si ellos proporcionan un aborto ilegal, y si ellos sospechan que una paciente ha tenido un aborto ilegal tienen que reportar a la mujer. Este limita la habilidad de un médico a cuidar por sus pacientes, y su enfoque se aleja de las necesidades de las pacientes a la evitación de la implicación en un aborto ilegal. El resultado es que la práctica médica no se guía por las necesidades de la paciente. Asimismo, la ley de la IVE pone en peligro la confidencialidad, un pilar de buena atención médica. En Chile, la confidencialidad es un derecho protegido de las pacientes, pero al mismo tiempo la notificación

obligatoria de un aborto ilegal por un médico es un requisito bajo la ley IVE. Por eso, la decisión de informar o no informar un aborto ilegal se deja en las manos del médico (Ramm et al., 2020).

La existencia de la jerarquía de poder también está ejemplificada en el requisito de recibir confirmación de la legitimidad de la razón del pedido por el aborto por un equipo médico para acceder el servicio. Por ejemplo, en el caso de la violación, un equipo médico necesita confirma (por exámenes físicos y interrogatorios) que la edad del embarazo corrobora la declaración de la paciente con respecto a la violación (Norma Técnica Nacional Acompañamiento y Atención Integral a La Mujer Que Se Encuentra En Alguna de Las Tres Causales Que Regula La Ley 21.030, 2018). Este proceso compromete la autonomía de las pacientes porque ellos deben someterse a los pasos en totalidad si quieren la opción de tener un aborto en el sistema médico oficial.

### ***El aborto autogestionado***

La autogestión del aborto es un ejemplo de una intervención de autocuidado, definido por la OMS como “drogas, aparatos, diagnósticos, o productos digitales de calidad los cuales se pueden proporcionar completamente o parcialmente fuera de servicios de la salud formal y se puede usar con o sin la supervisión directo de un funcionario de la salud” (World Health Organization, 2020, p.1) En general, las intervenciones del autocuidado son maneras de expandir y mejorar el acceso a la salud en entornos que están restringidos, abrumados, o sin recursos suficientes. La OMS ha declarado el aborto autogestionado como seguro y efectivo cuando se hace con información precisa y apoyo suficiente (World Health Organization, 2020).

El aborto autogestionado ha surgido como una solución segura y fiable para obtener un aborto fuera de un sistema de salud pública que no ofrece esta opción (Larrea et al., 2022). También es una manera de retomar y remodelar la experiencia del aborto a algo positivo y empoderador entre el entorno de estigma que existe debido a la criminalización y el estigma acerca del aborto. Alrededor del mundo en lugares sin acceso al aborto, feministas y activistas han construido sus propios sistemas para proporcionar el aborto en la forma de colectivas de mujeres que proveen información, orientación, y acompañamiento por el aborto autogestionado (Bercu et al., 2022). El aborto autogestionado es “un modelo horizontal que involucra confiar en las mujeres, no preguntar por las razones por un aborto, la prevención de la criminalización, apoyo económico, respetar la autonomía, acompañamiento emocional, y ser flexible” (Veldhuis

et al., 2022, p. 41). De esta forma, el aborto autogestionado es una experiencia completamente diferente a la experiencia de un aborto en el hospital. Por lo tanto, el modelo autogestionado de la provisión del aborto hace mucho más que simplemente proveer acceso.

### ***El aborto espontáneo***

El aborto espontáneo se define como la pérdida de un embarazo antes de la semana 20 del embarazo. Esta pérdida es distinta al aborto inducido lo que se refiere a la terminación electiva del embarazo. A pesar de sus diferencias, el aborto espontáneo y la IVE se manejan en formas muy similares en ámbitos de la salud reproductiva. En un entorno clínico, hay tres maneras principales de manejar el aborto espontáneo: el manejo expectante, médico, o quirúrgico. El manejo médico y quirúrgico involucran los mismos medicamentos y procedimientos de los que son usados para interrumpir voluntariamente un embarazo (Weigel et al., 2020). El manejo casi idéntico del aborto espontáneo y la IVE hace que las creencias y limitaciones acerca de la IVE tengan un gran impacto en el manejo del aborto espontáneo en un entorno clínico. Cualquier regulación que limita la disponibilidad del aborto puede afectar la habilidad de cuidar por la pérdida del embarazo. Más, las restricciones sobre el aborto tiene la potencial de criminalizar la pérdida del embarazo, lo que ocurre cuando personas embarazadas están culpables y pueden enfrentar cargas criminales después de la pérdida del embarazo (Weigel et al., 2020).

## **Metodología**

### ***Diseño del estudio***

Se desarrolló la investigación a través de una metodología exploratoria y cualitativa. Debido al entorno cambiante del aborto en Chile después de la aprobación de la ley IVE en 2017, las percepciones del aborto y las prácticas para manejar el aborto no se informan suficiente en la literatura. Por eso, un enfoque exploratorio es especialmente apropiado. Una investigación cualitativa fue elegida porque la meta del estudio es entender un fenómeno social que solo aplica a un lugar específico. Específicamente, se utilizó las técnicas de investigación de entrevistas semi-estructuradas. Las entrevistas de todas las participantes generalmente abordaban los mismos temas lo que incluyó preguntas sobre el conocimiento acerca de la ley IVE y la legalidad del aborto, las percepciones del aborto, el aborto autogestionado en Arica, y el rol de la entrevistada con relación al aborto. Sin embargo, cada una de las entrevistas tenía una pauta de preguntas personalizada a la entrevistada. También, cada entrevista reveló temas nuevos, así que preguntas fueron añadidas a las entrevistas últimas que no estaban en las primeras entrevistas. Todas las entrevistas se llevaron a cabo en español, de manera presencial, y duraron entre 30 y 90 minutos.

Una revisión bibliográfica también se llevó a cabo para informar y guiar la recolección y análisis de los datos. Un marco teórico preliminar fue creado antes del comienzo de la recolección de los datos y se profundizó aún más durante el proceso de codificación temática y el análisis de los datos para entender los resultados y situarlos en el contexto de la literatura actual.

Para entender las perspectivas sobre el aborto de los entrevistados, los datos cualitativos de esta investigación se entendieron a través de una teoría de sistemas socio-ecológicos que reconoce que los seres humanos son miembros de redes sociales que van a influir sus perspectivas sobre cualquier tema. Este marco sitúa las perspectivas y manejo del aborto en el contexto de una cultura y ámbito político (Upton, 2019). Ver el aborto de esta manera permite utilizar estos datos para avanzar el activismo por la justicia reproductiva y diseñar mejores protocolos de tratamiento del aborto. Finalmente, este estudio buscó entender un fenómeno en un bolsillo del mundo – Arica, Chile. En consecuencia, no trató de sacar conclusiones fuera del lugar único del estudio.

### ***Lugar del estudio***

La investigación se llevó a cabo en la ciudad de Arica, Chile durante el mes de mayo de 2022. Las 6 entrevistas tuvieron lugar en espacios convenientes a las entrevistadas a través de la ciudad. Estos incluyeron tres entrevistas en el CESFAM Remigio Sapunar, una entrevista en el CESFAM Eugenio Petrucelli Astudillo, una entrevista en la oficina del programa de SIT, y una entrevista en el apartamento de la entrevistada.

### ***Población y muestra***

Dos grupos principales formaron la población de esta investigación: las mujeres y las personas con la capacidad de gestar y los funcionarios de la salud en Arica, Chile. Esta población fue identificada debido al deseo de incluir sujetos y perspectivas diversas para abordar el tema de las percepciones del aborto y las prácticas para manejar el aborto de la manera más completa y matizada posible. La muestra específica de este proyecto incluyó mujeres y las personas con la capacidad de gestar que tienen experiencia con la IVE (definida ampliamente para incluir experiencias de cualquier tipo – vivida, profesional, académica, etc.) y funcionarios de la salud en el nivel de atención primaria en Arica, Chile.

La muestra de esta investigación se construyó por dos métodos principales. Por una parte, la muestra se determinó por la consejera del proyecto, Karina Sepúlveda, Antropóloga y Directora ONG Madre Nativa, y Daniel Poblete, el director académico del programa de intercambio “Chile: Public Health, Traditional Medicine, Community Empowerment.” Karina usó sus contactos en el campo de la justicia reproductiva para encontrar personas que pudieron y quisieron participar en el estudio. Daniel usó sus contactos personales y profesionales en el sistema de salud pública de Arica para coordinar entrevistas con funcionarios de la salud en el nivel de la atención primaria. De esta manera, una muestra por conveniencia fue creada – todos los sujetos vinieron de una población conocida que era fácil de acceder. La investigación también utilizó el método de muestreo de bola de nieve en el cual participantes ayudan a acertar participantes nuevos. Este medio de ganar acceso a participantes fue importante en esta investigación por la sensibilidad del tema y la importancia de la confianza entre los sujetos y la investigadora. De manera importante, el uso de estos métodos significó que esta muestra no fue aleatoria, sino que se eligió. Por eso, cada miembro de la población de interés en realidad no tuvo

la misma oportunidad de ser incluido en la investigación. Además, esta muestra no fue representativa de la población en conjunto.

### ***Instrumento de recolección de la información***

El instrumento principal de recolección de la información fueron entrevistas semi-estructuradas con ambas preguntas escritas antes de las entrevistas y preguntas espontáneas para profundizar las respuestas de las entrevistadas. Las preguntas fueron escritas por la investigadora y revisadas por la consejera de la investigación por temas de contenido y lenguaje. Las preguntas no fueron compartidas con las entrevistadas antes de la entrevista.

### ***Técnica de recolección de la información***

Las seis entrevistas presenciales fueron grabadas (después del consentimiento informado de todas las entrevistadas) por la aplicación “Voice Memos” en el iPhone de la investigadora. Las grabaciones fueron transcritas primero por “Sonix,” un programa de transcripción y entonces revisadas y corregidas manualmente por la investigadora.

### ***Aspectos éticos***

Un aspecto ético considerado en el diseño de esta investigación fue la sensibilidad de hablar del tema del aborto debido al estatus legal del aborto en Chile, la estigma social acerca del aborto, y el hecho de que el aborto es un evento en la vida de una mujer o otra persona con la capacidad de gestar que tiene la posibilidad a ser difícil o doloroso en algún manera. Todas estas dinámicas pueden afectar la manera en que las personas se sienten cómodas al hablar sobre el aborto. Por eso, antes de las entrevistas, fue importante crear un ámbito de confianza en la relación entre la investigadora y la entrevistada a través de explicaciones claras sobre el proyecto y una presentación de ambos los antecedentes de la investigadora y sus razones para realizar este estudio.

### ***El estatus legal del aborto***

Unas de las participantes fueron preguntadas sobre sus experiencias personales con el aborto ilegal. El entorno de criminalización del aborto puede hacer que la gente tenga miedo a hablar acerca de hablar sobre sus opiniones o experiencias con el aborto. También, la amenaza

real de enfrentar cargas criminales para un aborto ilegal hace que la habilidad de mantener la confidencialidad de las entrevistadas sea de suma importancia. Más, fue importante respetar los límites de las entrevistadas si ellas empezaran a sentirse incómodas con las preguntas.

### *La estigma social del aborto*

La estigmatización del aborto en la comunidad ariqueña es una fuerza social muy fuerte. Uno de los resultados de la estigmatización es que las personas pueden enfrentar consecuencias sociales (como juicio por colegas o pares, consecuencias en su trato en su lugar de trabajo o familia) si se descubre que apoyan el aborto. Por eso, el tema de la confidencialidad y el respeto de los límites de la entrevistada fueron constantemente considerados.

### *El aborto como una experiencia personal*

La terminación de un embarazo puede ser doloroso o difícil por varias razones diversas para cada persona. Por ejemplo, es posible que la estigmatización del aborto hace que la experiencia sea aislada y solitaria. Debido a la presencia de la violencia obstétrica en el sistema de salud, las personas pueden tener experiencias traumáticas acerca de su experiencia de recibir un aborto. Fue importante en esta investigación que las entrevistadas con experiencias personales acerca del aborto no fueron re-victimizadas o dañadas por ser parte de esta investigación. Por eso, las preguntas fueron cuidadosamente elaboradas para ser informadas sobre el trauma y respetar los límites y experiencias de las mujeres y las personas con la capacidad de gestar.

### *La posición de la investigadora*

Otro aspecto ético para considerar a través de la investigación fue la posición de la investigadora. Primero, la investigadora todavía es una estudiante y esta investigación es parte de su educación en cómo hacer proyectos de investigación de manera respetuosa y ética. Por eso, todas las participantes de este estudio están implícitamente parte del proceso de aprendizaje de la investigadora. Segundo, la investigadora como estadounidense es parte de instituciones académicas occidentales que tiene una posición de poder alrededor del mundo. Por eso, la investigadora también tiene una posición en la jerarquía de poder académico. Este tenía el potencial de crear una relación desigual entre la investigadora y las participantes de la investigación en lo que ellos sintieron la presión de participar en el estudio. Las investigaciones

académicas tienen un gran historia de ser arraigados en sistemas de creencias colonialistas, imperialistas, y racistas y hacer daño a los sujetos. Este estudio como parte del mundo académico necesita tener en cuenta esta historia.

La posición de la investigadora como extranjera en Chile también es importante. Después de solo tres meses viviendo en Arica, no es posible tener un conocimiento más profundo de la superficie sobre la vida real en Arica. Además, la investigadora está tratando de explicar un fenómeno en un lugar donde ella no vive y no es parte de la comunidad. La investigadora también es una mujer blanca lo que da más privilegio a ella viviendo en Arica. Su privilegio tiene un impacto en cómo las personas interactúan con ella y cómo ella interactúa con la gente. La verdad es que durante el proceso de este proyecto de solo un mes, no es posible entender y describir exactamente, completamente, o sin la influencia de sesgos implícitos algún fenómeno social.

Finalmente, la investigadora viene de un país donde ella puede hablar, pensar, y escribir sobre el tema del aborto sin miedo de enfrentar consecuencias sociales, académicas, y criminales. Este es un privilegio que las personas en el lugar de estudio no tienen. Este privilegio añade a la posición de poder que tiene la investigadora y también contribuye a la posibilidad de hacer una investigación de manera irresponsable, culturalmente insensible, y etnocentrista.

### *Logísticos*

La junta de revisión institucional de SIT Study Abroad aprobó esta investigación antes del comienzo del proyecto a través de un formulario en inglés entregado a un equipo de críticos en Arica, Chile y en los Estados Unidos. También, la investigadora ha completado el curso “Human Research: Social/Behavioral Researchers” a través del Collaborative Institutional Training Initiative (CITI). Antes de las entrevistas, todas las entrevistadas fueron proporcionadas con un formulario de consentimiento informado a leer y firmar si ellas todavía acordaran participar. Todas las entrevistadas en este estudio firmaron este formulario y consintieron en participar en la investigación. Para proteger la confidencialidad de las entrevistadas, toda la información identificable fue redactada de las transcripciones de las entrevistas e información identificable no se utiliza en este informe.



### ***Diseño de análisis***

Los datos fueron analizados a través de la codificación temática. El análisis temático se define como “un método para identificar, analizar, organizar, describir, y reportar temas encontrado en un conjunto de datos” (Nowell et al., 2017, p. 2). Primero, la investigadora leo todas las transcripciones de las entrevistas para obtener una familiaridad profunda con toda la información que compartieron las participantes. Durante la primera lectura, ideas centrales de cada entrevista fueron anotadas y resaltadas (Braun & Clarke, 2006). Luego, las ideas centrales de todas las entrevistas se agruparon en temas particulares. Un tema se define como “un entidad abstracta que trae significado e identidad a una experiencia recurrente y sus manifestaciones variantes...un tema captura y unifica la naturaleza o base de una experiencia en un todo significativo” (Nowell et al., 2017, p. 2). Cinco temas destacados fueron elegidos basados en las semejanzas y diferencias entre las entrevistas y los objetivos del estudio: el conocimiento de la ley IVE y la legalidad del aborto, las percepciones del aborto, el rol y poder del médico en la provisión del cuidado del aborto, la violencia obstétrica, y el significado y la experiencia del aborto autogestionado. Una segunda lectura se llevó a cabo para confirmar la calidad de los temas (Braun & Clarke, 2006). Después de esta versión abreviada de codificación, estos temas se utilizaron para releer las entrevistas y seleccionar citas y ejemplos críticos o especialmente fuertes de los temas de las entrevistas. Próximo, resúmenes de los temas fueron escritas para entender mejor la información. Con estos resúmenes de los temas el informe fue escrito para capturar los descubrimientos y diseminar la información.

## Resultados

### *Descripción de la muestra*

La muestra consistió de seis mujeres entre 30-50 años con diferentes tipos de experiencia con el aborto. Cuatro participantes tuvieron experiencia a través de su función en la atención primaria de la salud. Específicamente, ellas eran una matrona, una encargada del programa de la salud de la mujer que también es una matrona, una trabajadora social, y una epidemióloga. La matrona, encargada del programa de la salud de la mujer, y la trabajadora social participan indirectamente con la implementación de la ley IVE porque están involucradas en el proceso de derivación a una paciente por un aborto de la atención primaria a la atención terciaria. La epidemióloga no participa con la implementación de la ley IVE o la provisión del cuidado del aborto. Dos participantes tuvieron experiencia personal con el aborto. Una era una activista en el campo de la salud reproductiva y una era una mujer que tuvo un aborto autogestionado.

### *Desarrollo de la etnografía*

#### *El conocimiento de la ley IVE y la legalidad del aborto*

Las entrevistas revelaron que el conocimiento de la ley IVE entre funcionarios de la salud en el nivel de la atención primaria es bajo. Este incluye funcionarios que están y no están involucrados con la implementación de la ley IVE. Cuando se le preguntó a la epidemióloga sobre su conocimiento de la política del aborto en Chile, ella explicó que necesitaba hacer una investigación en línea sobre la ley IVE antes de la entrevista. La trabajadora social no sabía las tres causales:

*“Pero si se presume, según lo que dice la ley, es que estas tres causales son en caso de violación, en caso de, en caso de que el bebé venga con un problema de salud y el otro es por deseo, creo, no?”*

Contexto importante para sus respuestas es que la epidemióloga no tiene ninguna participación con la ley IVE (o la salud de la mujer en general) y el cuidado para personas embarazadas es sólo una parte pequeña del trabajo de la trabajadora social.

La falta de conocimiento entre los funcionarios de la salud en la atención primaria es en gran parte debido a la ausencia de una implementación estructurada acerca de la ley. La activista en el campo de la salud reproductiva dijo que

*“no hubo un equipo que lo se hiciera cargo, por lo tanto existía la ley, pero nadie sabía qué hacer cuando llegaban las mujeres. Incluso llamaban a la policía como nadie sabía cómo era.”*

Todavía hoy, según la matrona, *“no hay capacitaciones. No, no hay”* sobre la ley IVE por el equipo médico.

Otra causa de la falta de conocimiento general sobre la ley IVE y la legalidad del aborto es el aislamiento de la información ya limitada sobre la ley IVE en el campo de la salud reproductiva fuera de la atención primaria en conjunto. La encargada del programa de la salud de la mujer dijo que

*“Nos capacitaron a nosotras por ley y a las matronas ginecológicas, pero también tienen que ser los médicos de atención primaria. Y ahí creo que quedó en duda. También se debe sumar todo el equipo de salud, todo. Hablo nutricionista, enfermera, porque una mamá puede ir con su hijo a control y está embarazada y le puede preguntar y sea enfermera, tiene que saberlo o al nutricionista, la gestante va a la nutricionista, entonces ella le puede preguntar y tiene que manejarlo bien. Yo creo que falta, falta también la educación a los otros integrantes del equipo de salud. Sí, falta, falta con respecto a eso, también educarlos.”*

Un área específica de la ley IVE que es desconocida es el proceso de derivación de las pacientes de la atención primaria a la atención secundaria o terciaria (donde pacientes reciben sus abortos). La encargada del programa de la salud de la mujer notó que el proceso de hacer un *“flujograma de derivación”* tomó mucho tiempo. Los efectos de esta implementación lenta están visibles en el desconocimiento continuo del proceso de la derivación. Por ejemplo, la trabajadora social dijo que *“eso, eso no lo tengo muy claro, pero si hay que derivar al hospital.”*

Las entrevistas también mostraron una carencia de conocimiento sobre la ley IVE entre los usuarios de la atención primaria. La encargada del programa de la salud de la mujer ha observado que sus pacientes no tienen información sobre la ley:

*“Hubo muchas que tenían embarazos de altísimo riesgo, con patología de los fetos que no sabían que no iban a ser viables y que continuaron su embarazo, que a veces conlleva hasta el final. Ya ahora es optativa, no es obligatoria, pero con mi experiencia puedo decir que era por desconocimiento de esta ley.”*

La matrona también reportó que no solo hay una falta de información pero también hay una prevalencia de confusión sobre IVE:

*“Hay un gran porcentaje también de personas que están en desconocimiento. Piensan que todavía está prohibido en el 100% el tema del aborto ya ni siquiera existe las causales, y hay otras mujeres, como te comenté recién, que había consultado por el tema del aborto, porque piensan que una vez que aprobaron un aborto el aborto es para todos.”*

Según las entrevistadas, el desconocimiento de la ley IVE por usuarios del sistema de atención primaria se causa en parte debido a la falta de un esfuerzo de difusión de la información al público general. La activista notó que la entrega de la información a la población *“nunca ha sido prioridad para este estado”* y por eso *“era aleatorio, si obtenías o no tenías la información, no era para todas.”* La encargada del programa de la salud de la mujer resonó la importancia del rol del estado en la creación de la falta de conocimiento sobre la ley IVE cuando dijo que *“creo que tiene que ser un esfuerzo a nivel de Estado, que los mecanismos de comunicación se hablen de estos temas, como también pasa con el cáncer cervical uterino, con la toma del Papanicolaou.”*

### *Las percepciones del aborto*

En esta muestra de seis personas, todas las entrevistadas están de acuerdo con el acceso al aborto de alguna manera, pero con diversos grados de apoyo. Las dos entrevistadas con

experiencias personales con el aborto apoyan el acceso del aborto libre. Tres de los cuatro de los funcionarios de la salud (la encargada del programa de la salud de la mujer, la epidemióloga, y la trabajadora social) reportaron apoyo por el aborto libre. Sin embargo, incluso sus opiniones de apoyo mostraron creencias matizadas, algunos con la influencia del estigma. Por ejemplo, la trabajadora social dijo que ella prefiere que “[los abortos] fueran por elección a bien de poder tener una vida feliz, tranquila” pero también piensa que es “triste” y dijo que “el tema del aborto es súper complejo porque es matar la vida, pero yo pienso que no.” La otra matrona fue la única participante que no apoya el aborto libre. Ella dijo que está de acuerdo con la ley IVE y el aborto solo en las tres causales. Ella piensa que los tres causales están razones importantes y legitimado por un aborto:

*“Las tres causales son importantes. O sea, antes uno no podía abortar, ni siquiera cuando sabía que el bebé iba a llegar hasta los nueve meses de gestación y después, una vez que se produjera el parto y al fallecer, igual eso es traumático para la mujer, porque vive uno nueve meses sintiendo las pataditas de la guagua y ya entonces la verdad, yo estoy completamente a favor solamente de estas tres causales, ya solamente estoy a favor.”*

Sin embargo, piensa que la gente tiene todos los recursos necesarios para evitar el embarazo no planificado y no deseado incluyendo la educación, métodos anticonceptivos, y la pastilla del día después. En su mente, si los usuarios usaran los recursos del CESFAM, ellos no necesitarían el aborto. Su respuesta no tiene en cuenta un embarazo que resulta de la violación.

*“Mire, es que no, nosotros acá, como te digo al principio, tratamos de educar a la población y darles todas las herramientas para que no lleguemos a un aborto. Sí, herramientas. ¿En qué sentido? Educación. Educación, métodos anticonceptivos. Hay muchas cosas se les da acá se las da y uno no las paga, las regalan. Entonces tampoco la mujer puede llegar a decir que no me cuidé o no use métodos anticonceptivos. Porque hay, hay profesionales que trabajan, hay muchos chicos acá también que trabajan con eso. Y tenemos también la pastilla del día después. Entonces estampamos todo lo*

*necesario para no llegar a la instancia del aborto. Así que no, yo estoy de acuerdo con eso.”*

Dos razones principales por el apoyo del acceso al aborto surgieron desde las entrevistas. Primero, la base de apoyo para el aborto por unas de las entrevistadas tiene que ver con sus creencias sobre la maternidad como una elección. La mujer que tuvo un aborto enmarcó esta creencia en torno a su deseo a tener poder sobre la trayectoria de su vida. Su posición fue más enfocada en la autonomía de una mujer:

*“Yo desde los 12 años que soy pro aborto siempre fui una, como, no sé, para mi época de niña, una mujer muy visionaria. Era una de las pocas niñas que no, por ejemplo, no estaba en sus planes casarse, no estaba en sus planes tener hijos y siempre con la mentalidad de que si yo algún día quedaba embarazada y no quería tener ese bebé, yo iba a abortar.”*

La trabajadora social también basó su opinión sobre el aborto en una creencia en la maternidad deseada. Distinta de la opinión de la otra entrevistada, su opinión fue más sobre los efectos sociales negativos que están relacionados con la maternidad no deseada, más de una preocupación con la autonomía:

*“Creo que el aborto o la elección de tener un hijo tiene que ser con deseo, con querer y si alguien no lo desea, yo creo que está bien que lo diga, porque los problemas posteriores a eso son mucho mayores y creo que el estado invierte mucho dinero, por ejemplo en nuestros niños y no son niños felices.”*

La epidemióloga dijo que su apoyo sobre el aborto se arraiga en una creencia en la autonomía de una mujer sobre su cuerpo:

*“yo creo que uno como mujer tiene derecho a decidir lo que quiera sobre su cuerpo y partiendo de eso, o sea, si es tu cuerpo, tu eres la mujer y es tu decisión, entonces creo*

*que eso debería ser libre y no ser penalizado si tú quieres, si quieres interrumpir un embarazo porque es tu decisión.”*

Algunas de las participantes tenían un reconocimiento de la existencia de fuentes de estigmatización contra el aborto. Primero, la trabajadora social y la activista notaron como la influencia fuerte de la iglesia católica en la comunidad ariqueña ha fortalecido la creencia que un feto está un bebe y el aborto es asesinato:

La trabajadora social: *“Hay una connotación negativa por la Iglesia. Pensemos que todos los colegios son católicos en Chile, entonces a todos les pasan los valores de la Iglesia. Entonces, y aunque hay pocos colegios que no tienen religión, de igual manera enseñan valores y cosas que están ligados a la iglesia. Entonces hay un prejuicio tremendo ante el pensar en matar a tu hijo.”*

La activista: *“Porque está muy cerca a Perú, Bolivia, también tienen un poco de esto más católico o más religioso, mucho más acercamiento a las religiones. Pienso que eso hace que sea muy difícil mirarlo. Sí, pienso que que la visión que tiene la gente para el aborto es que quieres matar.”*

En la comunidad ariqueña, la influencia de la iglesia también llega a la visión de una mujer como solo un ser reproductivo. En esta cosmovisión, el rol de la mujer es tener hijos y cuidar de la familia. La mujer que tuvo un aborto comentó en su perspectiva y experiencia personal con este fuente de estigma:

*“[Mi hermana] decide igual tener a mi sobrina motivada por mi mamá y mi mamá desde el discurso de que, te gustó abrir las piernas, asume tu responsabilidad, que desde mi perspectiva es como una mirada muy muy machista en la que en el fondo se ve el sexo solo como como de reproducción. Se invisibiliza que la mujer también puede sentir placer, que también abrimos las piernas porque nos gusta, no solo porque queremos tener un hijo. Entonces mi hermana tiene ese bebé.”*

En este comentario, la mujer que tuvo un aborto está mostrando que la visión de una mujer como un cuerpo reproductivo como está instalada por la iglesia no es la única. A diferencia de su hermana, ella reconoció la regla cultural y cuando ella quedó decidió tomar una decisión fuera de la regla (a terminar su embarazo). No obstante, desde esta perspectiva, si una mujer tiene deseos diferentes para su vida, ella está marcada como “*la mala mujer.*” La conexión entre el aborto y la mala mujer ha contribuido al estigma del aborto. La trabajadora social piensa que el estigma

*“viene de eso, o sea, de sentir que la familia es lo más importante para el mundo y si yo no quiero hacer familia, yo estoy fuera del mundo.”*

Junto con su reconocimiento de la existencia de la estigmatización del aborto, las entrevistadas mostraron una comprensión de unos de los efectos de la estigmatización en las mujeres buscando el cuidado del aborto. Por ejemplo, la estigmatización ha creado una creencia de que el aborto no es seguro. Esto hace que la decisión de terminar un embarazo sea definida por el miedo, pero estos sentimientos no son inevitables, sino más bien vienen de una cultura de miedo que está creado por el estigma. La gente está educada en el temor. La mujer que tuvo un aborto mostró esta dinámica:

*“[El aborto es] algo muy malo y siempre así como que se muestra el aborto, como que si tú te haces un aborto te puedes morir. Entonces se ve como algo tan riesgoso que yo creo que también por eso muchos dudan en tomar esa decisión.”*

Además con el temor, el estigma también crea un ámbito de culpa y vergüenza acerca de la decisión de tener un aborto. Esta dinámica fue presente en las observaciones de la trabajadora social y la mujer que tuvo un aborto. La trabajadora social ha observado que las personas no quieren reconocer que ellas han tenido un aborto:

*“Las pacientes dicen más que en el hospital me mataron la guagua, que yo me hice un aborto. Entonces sigue siendo estigmatización social porque es más fácil echarle la culpa al resto. Digamos que asumir que hiciste algo para, aunque sea para tu bienestar.”*



La mujer que tuvo un aborto tenía un estigma internalizado:

*“Me pregunto a mi misma si realmente voy a ser capaz de vivir toda la vida con la culpa de matar a mi propia hija. Porque finalmente eso es lo que voy a hacer, le dije y me pregunto si realmente voy a ser capaz de vivir con esa culpa y si no, me voy a volver loca en el proceso.”*

Todos estos comentarios muestran cómo el estigma guían las percepciones del aborto y crean una norma social muy arraigado, incluso en la gente que tienen puntos de vista más progresistas sobre el aborto.

#### *El rol del médico en la provisión del cuidado del aborto*

Un tema que surgió a través del análisis de las entrevistas fue el gran rol de los clínicos individuales en el manejo y la provisión del cuidado del aborto legal y por lo tanto la experiencia que tiene una persona buscando un aborto.

Según las entrevistadas, bajo la ley IVE, el proceso a acceder el aborto típicamente sigue el itinerario siguiente: primero, una paciente viene al CESFAM donde puede hacer el primer pedido por el aborto; entonces, los funcionarios de la salud se derivan al hospital; luego, el equipo de la IVE confirma el embarazo y la legitimidad del pedido por el aborto bajo las tres causales. Solo después de la finalización exitosa de estos pasos, la paciente puede tener su aborto.

Como resultado del rol del médico en este proceso, las opiniones personales de los médicos pueden afectar el proceso de buscar y recibir el aborto. Muchas de las entrevistadas reconocieron el poder del médico en la provisión del cuidado del aborto. La encargada del programa de la salud de la mujer reportó que puede haber *“la persuasión y la influencia del profesional médico a la decisión de la mujer”* de abortar o no. Las observaciones de la activista mostró el impacto de las opiniones acerca del aborto en la provisión de cuidado:

*“Normalmente quienes tienen el primer acercamiento a las mujeres pueden juzgar mucho y pueden influir en la propuesta o en la decisión de esas mujeres. Y además,*

*dentro de los espacios clínicos hospitalarios no hay una cuota de amabilidad ni de dulzura.”*

La trabajadora social se hizo eco de estos puntos de vista:

*“La salud y las políticas públicas dependen mucho, de alguna manera, de la motivación del profesional más que lo que dice la ley”*

Las entrevistadas que son funcionarios de la salud reconocieron que las opiniones personales afectan el cuidado del aborto, y ellas están de acuerdo que esto *“no debería ser así”* (la matrona) y *“eso no está bien”* (la trabajadora social). Sin embargo, no todos los funcionarios de la salud reconocieron como esta tendencia puede manifestarse en su propia práctica. La encargada del programa de la salud de la mujer piensa que ella está fuera de esto:

*“Es que yo trabajo para las personas. Entonces, si yo trabajo para la persona, yo debo respetar lo que ellas decidan. Entonces, como te digo, mis credos me los meto al bolsillo, porque, como te digo, si ellos deciden, yo los respeto. Si hubiese una ley también de aborto libre, yo debo respetar a la mujer que está optando a ella y la que no también. Entonces, como te digo, tengo que ser un ente neutral para esto y creo que todos los que trabajamos para las personas, porque no todos son iguales, no todos tienen las mismas creencias, no todos tienen la misma cultura”*

La trabajadora social, por el otro lado, mostró más de una autorreflexión:

*“Lo que dice la ley yo lo interpreto a mi orientación política, como dije en el primer momento. Entonces mi radio de acción va a depender de eso también de mi ética, de lo que yo quiera hacer.”*

Los funcionarios de salud creen que necesitan seguir la ley IVE porque no tienen otra opción que aplicar las reglas que se les dan. Por ejemplo, la trabajadora social dijo que ella *“no*

[tiene] otra salida. Porque una cosa es lo que yo opino y otra cosa es lo que yo tengo que hacer.” La encargada del programa de la salud de la mujer tiene una perspectiva similar:

*“Es que yo les tengo que explicar la realidad del país en que estamos, o sea, decirle mire, nosotros acá en Chile no tenemos una ley de aborto libre, así que por lo tanto yo no se lo puedo ofrecer, es ilegal, ya, les digo las causales y en realidad es una tema político de estado ya, tengo que decir que no existe. Entonces que vayamos buscando herramientas de cómo podemos finalizar con su embarazo bien y ayudar a su estado anímico, ayudarlo a buscar redes. Como te decía anteriormente, esas son las únicas opciones que nosotros podemos brindarle mientras tengamos una ley como esta.”*

La epidemióloga tuvo un punto de vista más complejo sobre su relación con la ley como funcionario de salud. Mientras todavía piensa que ella necesita seguir la ley en su práctica personal, también piensa que hay un rol del médico en cambiar las leyes que no están buenas:

*“Aquí hay un tema político. Es un tema que se debe resolver a nivel central y ahí es seguir. Creo que como médico, seguir insistiendo o incitando para que la gente pueda pedir eso a los políticos, para que los políticos los puedan presentar al Senado, para que en el Senado puedan promulgar una nueva ley.”*

La trabajadora social y la encargada del programa de la salud de la mujer están de acuerdo con el aborto libre, pero piensan que necesitan dejar sus opiniones personales fuera del box. Mientras tanto, la epidemióloga que también está de acuerdo con el aborto libre piensa que puede traer su opinión al box de alguna manera. De esta forma, las percepciones de los funcionarios sobre el aborto y su rol como médico juntos afectan los recursos y la información que está compartida con una paciente.

### *La violencia obstétrica*

La violencia obstétrica anotada en las entrevistas incluye violencia psicológica y física. Según la activista, “*el no escuchar a una mujer es una de las violencias más fuertes.*” La mayoría del conocimiento sobre la violencia obstétrica se enfoca en la experiencia del parto y

todos los entrevistados hablaron sobre la violencia obstétrica con respecto al parto. La trabajadora social y la mujer que tuvo un aborto hablaron sobre su experiencia personal con la violencia obstétrica: *“A mi me pasó en el primero, mi primer hijo”* (trabajadora social); *“Vivi violencia gineco obstétrica, no tan fuerte como la han vivido algunas mujeres acá, pero sí es como ya es casi habitual la violencia gineco obstétrica acá”* (la mujer que tuvo un aborto). La activista mencionó la violencia obstétrica en el parto también: *“El parto finalmente, que es un momento para muchas mujeres, algo, un trauma, que es como no quiero nunca más tener un hijo. Muchos dicen eso.”*

Las entrevistadas también tuvieron una comprensión de que la violencia obstétrica ocurre en el cuidado de la pérdida del embarazo:

Trabajadora social: *“La política de salud del hospital señala, por ejemplo, que si tú llegas con un embarazo al hospital yo no puedo hacer cesárea para sacarte la guagua, tengo que hacerte parir un bebé muerto si es necesario. Entonces ahí se contradice un poco con la política de salud mental. Entonces finalmente generamos un daño, un daño a la paciente por el estricto, estricto o penalización del nacimiento de los bebés, que tiene que ser a través de un parto natural.”*

Activista: *“Tenemos experiencias de mujeres cercanas a la organización que les han entregado la ropa del bebé en una bolsa de basura o en o no han dejado ver al bebé cuando ellas han querido o cuando ellas no han querido las obligaba a verlo. Como no respetar su voluntad, su decisión. O el no respetar que quieran que sea una cesárea para no tener que pasar por todo el proceso y las obligan a parir o las obligan a tener cesárea cuando quieren parir, como no respetar la voluntad.”*

La activista fue la única entrevistada que dio ejemplos de la violencia obstétrica con respecto al aborto. En el hospital en Arica, las mujeres que acaban de tener su bebe y las mujeres que acaban de terminar su embarazo se recuperan en la misma sala de recuperación. Esta falta de valoración de la experiencia del aborto y las emociones que viene es *“todo muy, muy, muy violento para las mujeres.”* Los médicos a veces hacen que las mujeres que van a tener un aborto

escuchen los latidos del corazón incluso que es parte de la ley IVE no mostrarlo. Otro ejemplo es que los funcionarios de salud

*“no permiten que las mujeres estén acompañadas para recibir la noticia ni para el proceso, donde la ley también indica que deben estar acompañadas, que es importante que estén acompañadas. Y ahí se expresa la violencia, porque estás en una situación de mucha vulnerabilidad emocional y no tienes a nadie de contención a tu alrededor.”*

Basado en las mejores prácticas de la provisión del aborto, el legrado (la limpieza del útero) no es un procedimiento necesario. Sin embargo, *“en el hospital es casi obligación hacerlo como una manera de nuevamente hacer más doler o mala hacerle sentir mal a esa mujer.”*

Finalmente, la activista relató aspectos de la práctica médica en la tercera causal *“muy triste.”* Incluso en el caso de la violación, los médicos felicitan a las personas. Por ejemplo, en un caso *“eran gemelos y el médico le dijo felicidades, son gemelos.”*

La violencia obstétrica no se reconoce en el cuidado del aborto. En el caso del aborto, la violencia obstétrica actúa como una manera de castigar a las personas buscando el aborto entre el sistema médico. Las maneras en que la violencia manifiesta en el parto, la pérdida del embarazo, y el aborto son los mismos, pero en el aborto no están reconocidos como la violencia. Por eso, las percepciones del aborto impiden que las personas reconozcan la violencia en la atención del aborto.

### *El significado y la experiencia del aborto autogestionado*

El aborto autogestionado revela que fuera las limitaciones del sistema de salud las personas han creado otra manera completa a atribuir significado a y experimentar el aborto.

Típicamente, las mujeres y otras personas con la capacidad de gestar buscando un aborto se enfrentan dos fuentes de miedo. Según la activista están *“expuestas al temor de la violencia gineco obstétrica y de las que están fuera de la ley por temor a ser victimizadas por la ley. Es como no hay forma de salvarse un poco de ese miedo.”* Además, cuando una tiene un aborto en el hospital, la activista dijo que la experiencia es una *“de mucha culpa, de mucha pena, de mucha lejanía.”*

Las experiencias del aborto autogestionado compartidas en estas entrevistas exponen la manera en que el aborto autogestionado ofrece una experiencia completamente distinta de la experiencia de miedo y culpa. Fuera del sistema médico, el aborto no se caracteriza como el último recurso, sino más bien la mujer lo haga la decisión de tener un aborto. La mujer que tuvo un aborto caracterizó como piensa en su decisión: *“desde el empoderamiento, o sea, de, en el fondo, desde la posibilidad o la fortuna que [tengo] el poder de elegir.”*

Un modelo del aborto autogestionado es el modelo de acompañamiento. En Chile, y muchos países donde el aborto ha sido criminalizado y restringido completamente por muchos años, activistas feministas han creado redes y colectivas de mujeres con conocimiento profundo sobre el aborto para ayudar y acompañar mujeres a través de un aborto autogestionado con apoyo logístico, médico, y emocional. Estas redes actúan completamente fuera del sistema médico institucional. En este contexto, el aborto no se define por el estigma y las reglas de la sociedad lo que resulta en una experiencia distinta. La mujer que tuvo un aborto explicó su experiencia personal con el aborto autogestionado como *“una cosa más, me sentí muy acompañada, muy querida, muy regaloneada.”*

Fuera del sistema hegemónico, una mujer también puede escapar del paradigma social de que el aborto es algo traumático y doloroso y últimamente algo para evitar. En lugar de eso, las personas pueden crear su propio significado al evento en su propia vida. Por ejemplo, para la mujer que tuvo un aborto, su aborto fue una manera de sanar de su parto traumático debido a la violencia obstétrica. Porque su experiencia fue una de amor y cuidado, ella dijo que su aborto *“fue la mejor experiencia de mi vida, el mejor parto que tenía en mi vida.”*

Para las personas que están involucradas en el aborto autogestionado, el aborto toma una significado diferente:

*“¿Qué posibilidades hay de entender los procesos sexuales como el aborto tan natural? Que es en las mujeres, en su etapa reproductiva, como el parto que es tan natural en la etapa reproductiva o sexual.”*

Esta visión holística del aborto crea espacio para una experiencia compleja. Por ejemplo, la mujer que tuvo un aborto autogestionado se refiere a sí misma como una madre de dos hijos, *“uno vivo y uno muerto.”* Para ella, *“siempre va a ser mi hija viva o muerta, va a ser siempre mi*

*hija.*” Ella notó que para ella la producción de su hija, a quien ella nombró “*Ananda,*” fue algo de “*la máxima felicidad.*”

Esta complejidad también entra en la significación de la seguridad de un aborto. Entre el sistema médico, la seguridad del aborto se refiere simplemente a la ausencia de complicaciones y un resultado exitoso del aborto. La experiencia de la persona teniendo un aborto no es importante. Cuando se les preguntó acerca del aborto autogestionado, ellas no pudieron imaginar un mundo fuera del sistema médico oficial. La encargada del programa de la salud de la mujer compartió su opinión: “*No, no es seguro. Entonces por eso creo que quien debe brindar la seguridad es el sistema de salud.*” La matrona tuvo el mismo punto de vista:

*“Eso no es seguro, porque no tienen todas las medidas. Puede incluso hasta morir una paciente porque en realidad no sabemos en dónde se está realizando o con qué materiales estériles. Todo, todo, todo. Si la persona que realiza estos procedimientos son profesionales, no se van porque hay algunos que ven currículo y quieren hacerlo. Entonces no, no, no, para nada.”*

La trabajadora social también tenía preocupaciones:

*“lo que usó para llegar al objetivo, probablemente eso no está tan bien, pero no por la compra ilegal, sino que porque te pudiese generar un riesgo mayor. Imagínate que fuese alérgica a ese medicamento. Te da un paro cardíaco en el momento.”*

Pero, los funcionarios no muestran ninguna conciencia de que el aborto en hospital no es seguro para las personas de otras maneras.

En el aborto autogestionado la seguridad emocional y espiritual es tan importante como la seguridad física. La mujer que tuvo un aborto autogestionado explicó que sintió “*harta seguridad*” porque las acompañantes “*me mandaban por el teléfono unos pdf con toda la indicaciones, con el paso a paso, con todo, con todo.*” Además, la experiencia holística fue positiva:

*“las organizaciones aborteras han sido muy, muy respetuosas y se han educado mucho y antes de hacer o acompañar un aborto educan mucho a las mujeres, entonces tienen mejores experiencias porque hay un nivel de educación muy alto y ellas se preocupan de explicar cada cosa y de la importancia del cuerpo de, por ejemplo, tomar hierro antes de que ocurra esto, porque va a quedar tu cuerpo débil entonces como mucha, mucha educación, mucha contención y tienen mejores experiencias por eso, y el temor se aleja de ellas, porque ellas son mujeres súper aguerridas como muy, muy fuertes, y ellas confían en que no va a pasar nada.”*

Las percepciones y la experiencia del aborto depende del contexto en que el aborto ocurre.

### ***Desarrollo del análisis***

La información que surgió como importante a lo largo de las entrevistas y la revisión bibliográfica continua no se alineó con todos los objetivos iniciales del estudio. Como consecuencia, los temas que vinieron del proceso del análisis de los datos cualitativos fueron distintos que lo que los objetivos propusieron. Primero, este estudio en realidad no logra la meta de comparar los tiempos antes y después de la aprobación de la ley, sino más bien solo se enfocó en la situación actual. La investigación no encontró cambios porque, en realidad, no ha habido cambios prácticos a la accesibilidad o aceptabilidad del aborto casado por la aprobación de la ley IVE. Todas las entrevistadas eran funcionarios de la salud en el nivel de la atención primaria, así que no tenían mucho conocimiento sobre los protocolos médicos para manejar la IVE y el aborto espontáneo. Finalmente, el último objetivo se convirtió en solo un aspecto de las percepciones del aborto en lugar de un tema separado. El estudio en realidad recopiló información sobre el conocimiento de la ley IVE, las percepciones del aborto, y cómo el conocimiento y las percepciones afectan el manejo del aborto tanto dentro como fuera del sistema médico oficial. Por lo tanto, los objetivos se actualizaron a los siguientes:

#### *Objetivo general:*

- Describir y comprender, por medio de un estudio exploratorio y cualitativo, las percepciones del aborto y las prácticas para manejar la IVE tanto dentro como fuera el



sistema médico oficial en las mujeres y otras personas con la capacidad de gestar y los funcionarios de la salud en el nivel de la atención primaria en Arica, Chile.

*Objetivos específicos:*

- Indagar y explicar el conocimiento de la ley IVE y la legalidad del aborto en las mujeres y personas con la capacidad de gestar y los funcionarios de la salud en el nivel de la atención primaria en Arica, Chile.
- Indagar y explicar las percepciones del aborto en las mujeres y personas con la capacidad de gestar y los funcionarios de la salud en el nivel de la atención primaria en Arica, Chile.
- Conocer la influencia de las percepciones del aborto en las prácticas para manejar el aborto en el sistema de salud pública en Arica, Chile en el contexto de la ley IVE.
- Conocer las percepciones del aborto que influencia en las prácticas para manejar el aborto fuera del sistema médico oficial en Arica, Chile en el contexto de la ley IVE.
- Describir la experiencia de tener un aborto en Arica, Chile externo al contexto de la ley IVE.

Esta investigación describe la relación entre el conocimiento de la ley IVE y la legalidad del aborto, las percepciones del aborto, y las prácticas para manejar el aborto tanto dentro como fuera el sistema médico oficial en Arica en el contexto del panorama cambiante del aborto después de la aprobación de la ley IVE en 2017. Los resultados muestran un panorama complejo del aborto definido por una red de actores todos actuando en base a sus creencias y experiencias particulares. Por eso, los temas que surgieron a través del análisis de los datos tienen interacciones dinámicas. Los hallazgos muestran que el desconocimiento de la ley IVE y la legalidad del aborto y las percepciones estigmatizadas sobre el aborto actúan como barreras al acceso e impactan de manera negativa a la provisión de cuidado y experiencia de tener un aborto en el sistema médico oficial en Arica. En esto entorno, activistas feministas han mostrado otra manera completa para proporcionar este servicio esencial de la atención médica que tiene el potencial de revolucionar la forma convencional de proporcionar y pensar en el aborto.

La mayor parte de estudios sobre barreras al aborto se enfocan en relaciones logísticas y de políticas públicas. Este estudio apoya evidencia que muestra la falta de conocimiento y el estigma social como barreras también (Anderson et al., 2022).

Una de las entrevistadas relata las circunstancias que llevaron a su hermana a continuar con un embarazo no deseado. Fue que ella tenía sentimientos de miedo y culpa que la hizo cuestionar su decisión inicial de abortar. Al impedir que las personas aborden un embarazo no deseado en su método preferido, el estigma se entiende como un obstáculo tangible en el acceso al aborto (Cárdenas et al., 2018).

En entornos donde el aborto es altamente restringido, como Arica, la cantidad de desinformación y estigma acerca del aborto hace que la disponibilidad de información fiable y precisa sea especialmente importante para facilitar el acceso al aborto. Después de la aprobación de la ley IVE, no ha existido un esfuerzo del Estado para informar al público sobre las tres causales bajo la ley, así que los individuos deben valerse por sí mismos para obtener información. En este contexto, los funcionarios de la salud en el nivel de atención primaria son uno de los pocos fuentes de información sobre el aborto. Además, los funcionarios de la salud en el nivel de atención primaria son el primer contacto en el proceso de solicitar un aborto legal. Por lo tanto, la falta de conocimiento de los funcionarios de salud en los CESFAMs sobre la ley IVE es un obstáculo para las personas que buscan un aborto en el sistema médico (Kavanaugh et al., 2019). El aislamiento del conocimiento del aborto en el campo de la salud reproductiva contribuye aún más a la inhabilidad de acceder a la información porque hay menos personas a las que recurrir en un entorno de información y cuidados ya escaso (Anderson et al., 2022). El conocimiento de la ley IVE está alejado de los funcionarios de la salud por diseño y, entonces, oculto de los usuarios también. De esta forma, el Estado de Chile está creando y fortaleciendo un sistema de control institucional sobre las mujeres y personas con la capacidad de gestar que está inherente al sistema de atención médica. Como consecuencia, la barrera del conocimiento es en gran parte creada por el Estado de Chile.

Debido al entorno nuevo (nuevo, en el sentido de que la ley que regula el aborto en tres causales fue promulgada solo hace 5 años (2017), y antes de ese tiempo, toda forma de interrupción de embarazo era penalizada) del aborto en Arica, este estudio puede sumar y complicar el análisis existente sobre la evolución de las percepciones del aborto en una comunidad, específicamente con relación a la conexión entre las leyes y el estigma. En estudios sobre la relación entre la legalidad del aborto y su aceptabilidad social, usualmente las percepciones siguen la legalidad: puede haber actitudes más favorables hacia el aborto donde se legaliza y más perspectivas negativas en entornos criminalizados. Algunos estudios cuestionan la

exactitud de este análisis. Por ejemplo, un estudio sobre la presencia del estigma del aborto Uruguay después de la despenalización en 2012 mostró que el cambio en la ley no contribuye a una reducción significativa del estigma entre los funcionarios de la salud o la población en general (Cárdenas et al., 2018). Aunque las participantes de este estudio están de acuerdo con el acceso del aborto, sus creencias mostraron estigma. Por lo tanto, esta investigación confirma que a menudo la estigmatización continúa persistiendo después de la despenalización legal del aborto. Este análisis complica las nociones de la trayectoria del cambio de perspectivas sobre temas sociales y destacan la importancia “aportar con contenido y acción a una transformación cultural y social, que se entienda el acceso al aborto legal como un derecho de las mujeres, considerando el aborto como un evento reproductivo de libre decisión en sus vidas” (Quiénes somos – Mesa Acción por el Aborto en Chile, n.d.).

Los resultados ilustran que las percepciones del aborto de los funcionarios de la salud afectan su manejo del aborto. En primer lugar, en un entorno clínico, las percepciones negativas del aborto llevan al maltrato de las mujeres y otras personas con la capacidad de gestar que buscan un aborto legal porque la provisión del cuidado del aborto se guía por las opiniones personales.

El gran impacto de la opinión personal de un funcionario de la salud en los cuidados hacia las personas que buscan un aborto se hace posible por el paternalismo médico, que refiere a “una relación asimétrica de poder entre el médico y el paciente, en la cual el primero detenta un poder, que puede ejercer sobre el otro de muchas y diversas maneras” (Martínez Bullé Goyri, 2017, p. 2). La capacitación y socialización de los médicos junto a la estructura del sistema de salud en sí mismo perpetúan creencias sobre la superioridad del médico sobre la paciente y contribuyen a la creación de una jerarquía de poder entre la relación médico-paciente. La superposición de la estigmatización social del aborto y el paternalismo médico en la atención del aborto conducen a un maltrato. Todos los funcionarios de la salud en esta muestra identificaron que un médico puede tener un impacto en el cuidado del aborto, mostrando un reconocimiento de esta dinámica. Las participantes también fueron un paso más allá cuando dijeron que las opiniones personales del médico no deben influir en el cuidado de una paciente. Pero, las participantes también mostraron una inhabilidad en general a reconocer esta dinámica en su propia práctica (Nimmon & Stenfors-Hayes, 2016).

Las entrevistas muestran una contradicción en la visión del papel de una clínica que tienen los funcionarios de la salud y la forma en que ven su papel bajo la ley. Las entrevistas mostraron una identidad pasiva de los funcionarios de la salud con respecto a las leyes que gobiernan su práctica médica. Entre el sistema de salud bajo el control del gobierno, el rol del médico cambia y los funcionarios de la salud se convierten en vigilantes. Ya no importa si ellas piensan que las leyes están en línea con lo que es mejor para la paciente porque tienen el deber de aplicar e implementar la ley a pesar de todo. Hay una noción de que el médico no es solo una persona que cura, sino más bien es un actor por el gobierno.

Las entrevistas también mostraron que las opiniones de los médicos se manifiestan en su atención a través del cuidado violento e irrespetuoso de las mujeres que buscan abortar. Es importante anotar que la única participante que habló sobre la violencia obstétrica (VO) con respecto al aborto fue la activista en el campo de la salud reproductiva. El reconocimiento de la VO está creciendo, pero una conciencia de la presencia de la VO en el cuidado del aborto es bajo (Larrea et al., 2021). Un estudio chileno publicado en abril de 2022 encontró que el 79,3% de las mujeres que viven en Chile creen que ellas han experimentado alguna forma de la VO, pero este estudio solo habla sobre la VO con respecto al parto (Cárdenas Castro & Salinero Rates, 2022). Igualmente, una investigación de 2020 en España sobre la prevalencia de la VO no habla sobre la violencia en el cuidado del aborto (Mena-Tudela et al., 2020). Esto refleja la tendencia que es evidente en los resultados de este proyecto: no hay un reconocimiento de la VO en el cuidado del aborto en el sistema médico oficial. Sin un reconocimiento por el mundo académico-médico-legal de la VO en el cuidado del aborto, no habrá un esfuerzo por los sistemas oficiales a reconocerlo o empezar a crear programas y políticas públicas para arreglarlo.

Es importante situar la información recibida sobre la VO por los miembros de la muestra en una conciencia de que un nivel de educación más alto está asociado con el reconocimiento de la VO en la provisión de la atención médica. Debido a que el nivel de educación de las entrevistadas es alto, todas nombraron y hablaron sobre la VO sin instigación de la investigadora. Por este motivo, es probable que esta no sea representativa de Arica en general. Esto no significa que la VO no exista, solo significa que en realidad la VO es más invisible de lo que este estudio podría mostrar (Perrotte et al., 2020).

La falta de acceso legal y la criminalización continúa del aborto produjeron una necesidad de crear formas alternativas de realizar el aborto para enfrentar los fracasos del sistema

médico institucional. La estigmatización social del aborto y el maltrato resultante añaden a la urgencia para hacer posible el aborto sin el sistema médico. El aborto autogestionado ofrece una manera de proveer cuidado en entornos restringidos y reimaginar el aborto en su totalidad. Este estudio muestra que el aborto autogestionado no debe ser una opción solo cuando la atención médica oficial falla a la comunidad, sino más bien debe considerarse un sistema para manejar el aborto que es independiente de su relación con el sistema médico oficial.

Este estudio puede añadir a la conversación nueva sobre la necesidad de “ir más allá de los modelos existentes” (Braine, 2022, p. 94) de proporcionar el aborto para servir mejor a la gente. El discurso público sobre el aborto se ha mantenido durante mucho tiempo dentro de los confines del paradigma médico-legal en el cual la meta es obtener un aborto “seguro y legal” a través de métodos oficiales e institucionales. Esta manera de pensar ha creado una concepción del aborto tan estrecha en lo que el sistema hegemónico considera necesario, la seguridad se define por el médico occidental, y el aborto es algo que un proveedor realiza de una manera profesional en una persona. En este esquema, los abortos legales y seguros tienen que ser proporcionados por un médico en un entorno clínico y cualquier otro tipo del aborto es necesariamente inseguro (Assis & Erdman, 2021). Los resultados de este estudio pueden apoyar el esfuerzo para transformar el paradigma médico-legal que tiene una empuñadura de hierro en el cuidado del aborto.

Mientras investigaciones actuales sobre “poner píldoras abortivas en los manos de las mujeres” (Jelinska & Yanow, 2018, p. 1) existen y reconocen la importancia del aborto autogestionado para expandir el acceso al aborto, la literatura no ha investigado cómo estos modelos del aborto cambian las experiencias y percepciones del aborto en mujeres y otras personas con la capacidad de gestar y en la sociedad. Los resultados de esta investigación muestra un cambio de los pensamientos típicos sobre el aborto en las personas involucradas en el aborto autogestionado. Sin la influencia del sistema médico o el gobierno, el aborto autogestionado se convierte en una parte de la vida normal en lo que las personas son libres de crear significados a sus propios abortos en cualquier manera que quieran. El aborto autogestionado ofrece una narrativa contra la visión del aborto que existe ahora y muestra un vistazo al futuro donde el aborto no es solo seguro, accesible a todos, y libre de violencia, sino también algo que se ve como un evento normal en el ciclo vital.

## Conclusiones

El objetivo de este estudio era examinar las percepciones y el manejo del aborto tanto dentro como fuera del sistema oficial de salud entre las mujeres y otras personas con la capacidad de gestar y los funcionarios de la salud en el nivel de atención primaria en Arica, Chile. Surgió que las percepciones del aborto impactan el manejo del aborto, la experiencia del aborto de las mujeres y otras personas con la capacidad de gestar, y la habilidad de las personas a atribuir significado a su propio aborto. Este estudio reveló que los abortos que ocurren dentro del sistema de salud institucional se definen en gran parte por las experiencias de violencia obstétrica y estigma social. Por otro lado, las experiencias del aborto que ocurren fuera del entorno institucional de la salud se describen de manera muy diferente. Esto sugiere que el paradigma médico-legal que rodea la provisión de atención médica mantiene estigmatizada y criminalizada la atención del aborto. La investigación del panorama del aborto en el ambiente de restricción de Chile arroja luz sobre el hecho de que la atención del aborto puede ser proporcionada de maneras igualmente seguras y efectivas fuera del sistema institucional de salud. Aún más, el aborto autogestionado no sólo amplía el acceso a este servicio de salud crucial, sino que el discurso sobre el aborto tiene la oportunidad de evolucionar y cambiar libre de las limitaciones del paradigma médico-legal.

### *Recomendaciones de las políticas*

El acceso al aborto se identifica como un derecho humano y un aspecto esencial de la salud; sin embargo, en Chile, estos hechos no se respetan. Esta situación exige cambios políticos para abordar esta condición con el objetivo de despenalizar social y legalmente el aborto.

En el momento actual, este estudio sugiere que incluso los abortos legales en los tres causales son inaccesibles e inseguros para las mujeres y las personas con la capacidad de gestar. Aunque el aborto bajo las tres causales estuviera verdaderamente disponible y desestigmatizado, esto no sería adecuado. Sin embargo, es necesario adoptar medidas para que la provisión del aborto en las limitaciones de las leyes actuales sea lo mejor posible. Más, al abordar la situación del aborto en las tres causales, podría contribuir a un cambio social más amplio sobre las percepciones del aborto que es necesario para hacer políticas más impactantes acerca del aborto en el futuro. En este estudio se dan a conocer algunas recomendaciones específicas por las políticas públicas del aborto en el contexto actual:

En primer lugar, la falta de conocimiento de los funcionarios de la salud debe abordarse para tratar la barrera del conocimiento que está impidiendo el acceso al aborto. Capacitaciones obligatorias sobre la ley IVE debe ser un requisito para todos los funcionarios de salud en todos los niveles de atención. Además, la provisión del cuidado del aborto necesita formar parte de la educación médica para todos. Con respecto al conocimiento de los usuarios, los CESFAMs deben asumir el papel de educar a la comunidad sobre la ley IVE y la legalidad del aborto. La educación de los usuarios y los funcionarios del sistema de salud también es importante para desestigmatizar el aborto. Si la gente tiene conocimiento sobre el aborto, comenzará a convertirse en algo normal en lugar de algo estigmatizado.

En segundo lugar, las políticas sobre la provisión del aborto necesitan cambiar para alinearse con la orientación de la OMS. Por ejemplo, no es necesario que todos los abortos ocurren en el nivel de la atención terciaria. También, los funcionarios de la salud en el nivel de la atención primaria deben poder proporcionar el aborto. Las regulaciones estrictas están generando barreras al acceso al aborto y contribuyen al proceso caótico de proporcionar y conseguir un aborto.

Por último, la frecuencia de la violencia obstétrica relacionada con el aborto es inaceptable. En gran medida la violencia obstétrica está causada por el comportamiento y las elecciones de tratamiento de los funcionarios de la salud que arraigan su cuidado en sus opiniones personales. Por lo tanto, hay una necesidad por políticas y modelos de atención que fomenten la autonomía del paciente y busquen equilibrar la dinámica del poder entre el médico y el paciente.

Sin embargo, todo estas sugerencias secundan la recomendación a despenalizar y desmedicalizar completamente el aborto. Esta investigación ha mostrado que las políticas públicas sobre el aborto y las prácticas médicos para manejar el aborto están resultados del paradigma médico-legal que crea estigma acerca del aborto y barreras al acceso. En realidad, el aborto es seguro y eficaz cuando está en las manos de la gente que tiene apoyo e información suficiente. Además, este estudio muestra que las experiencias del aborto son más positivas fuera del entorno clínico. La legalización y desmedicalización del aborto significaría que el aborto autogestionado podría ocurrir de maneras aún más seguras porque la gente tendría la opción de buscar atención médica biomédica si ellos lo necesitaban o si lo querían. En cierto modo, en un

ámbito de la legalización completa del aborto, el sistema médico se convertiría en “la copia de seguridad” en lugar de al revés.

### *Recomendaciones para investigaciones futuras*

Este estudio también exige más investigación sobre los temas destacados. La relación entre las percepciones del aborto y el manejo resultante del aborto debe investigarse en una cohorte más grande de los funcionarios de salud con participación directa y indirecta con la provisión del cuidado del aborto con un análisis separado. Además, las experiencias de la violencia obstétrica relacionada al aborto están poco estudiadas y hay una necesidad para indagar las formas en que la violencia se presenta y las maneras en que esta violencia se perpetran y se permite a persistir. Finalmente, la diferencia entre las percepciones y experiencias del aborto en entornos clínicos versus no clínicos necesita más investigación cualitativa para realmente entender el impacto del sistema médica hegemónico en el cuidado del aborto.

### *Limitaciones*

Como es el caso con todas las investigaciones, este estudio tiene limitaciones. Primero, la muestra fue pequeña ( $n=6$ ) y relativamente homogénea lo que limita la habilidad de la investigación a arrojar luz en la realidad completa del aborto en Arica, Chile. Particularmente, todos los miembros de la muestra tienen niveles altos de educación (universitaria) y son profesionales en sus respectivas disciplinas. Por eso, tienen una habilidad diferente que la mayoría de la población a acceder información ambos oficial e informal debido a su posición social, y la información reunida en este estudio probablemente no aplica a personas con menos acceso a recursos. Este es especialmente pertinente en estudios sobre el aborto porque personas con menos recursos tienen más probabilidades a encontrar barreras en el acceso al aborto. También con respecto a la muestra, todas las participantes tienen características demográficas similares, especialmente notable están la edad y la identidad de las participantes como mujeres. La edad de las participantes puede afectar las cosas que influyen en sus puntos de vista. Las percepciones del aborto pueden variar dependiendo de la generación, así que este estudio no puede capturar esta dinámica en Arica. La identidad de género tiene impacto en la experiencia del tratamiento en el campo de la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, personas que identifican como trans o género no conforme a menudo experimentan más discriminación y



maltrato por el sistema médico y esta experiencia con respecto al aborto no fue documentado en este estudio. En general, en la muestra hay una falta de diversidad y esto dificulta la habilidad de la investigadora a ver la realidad completa.

Otra limitación con respecto a la metodología es que las participantes vienen de contextos diferentes (experiencias personales con la IVE y experiencia profesional con la implementación de la ley IVE) y los datos estaban combinados en un solo análisis. Por lo tanto, el análisis no es tan específico y no puede diferenciar entre los efectos de las experiencias diferentes.

La posición de la investigadora tanto como estudiante y también como extranjera también actuó como una limitación porque obstruye la habilidad de la investigadora a ganar la confianza de las participantes. El tema del aborto es sensible, y por eso la confianza entre investigadora y participante es esencial para obtener información precisa y completa. Es probable que debido a la posición de la investigadora las entrevistadas retuvieron el intercambio de alguna información a causa de miedo y una falta de una relación con la entrevistadora.

## Bibliografía

*Abortion*. (2021). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

*Abortion care guideline*. (2022, March 8). <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240039483>

Anderson, E. M., Cowan, S. K., Higgins, J. A., Schmuhl, N. B., & Wautlet, C. K. (2022). Willing but unable: Physicians' referral knowledge as barriers to abortion care. *SSM - Population Health*, *17*, 101002. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.101002>

Assis, M. P., & Erdman, J. N. (2021). Abortion rights beyond the medico-legal paradigm. *Global Public Health*, *0*(0), 1–16. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1971278>

Assis, M. P., & Larrea, S. (2020). Why self-managed abortion is so much more than a provisional solution for times of pandemic. *Sexual and Reproductive Health Matters*, *28*(1), 1779633. <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1779633>

Bercu, C., Moseson, H., McReynolds-Pérez, J., Wilkinson Salamea, E., Grosso, B., Trpin, M., Zurbriggen, R., Cisternas, C., Meza, M., Díaz, V., & Kimport, K. (2022). In-person later abortion accompaniment: A feminist collective-facilitated self-care practice in Latin America. *Sexual and Reproductive Health Matters*, *29*(3), 2009103. <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.2009103>

Braine, Naomi. (2020). Autonomous Health Movements: Criminalization, De-Medicalization, and Community-Based Direct Action. *Health and human rights*. *22*. 85-97.

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cárdenas Castro, M., & Salinero Rates, S. (2022). Violencia obstétrica en Chile: Percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e24. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.24>
- Cárdenas, R., Labandera, A., Baum, S. E., Chiribao, F., Leus, I., Avondet, S., & Friedman, J. (2018). “It’s something that marks you”: Abortion stigma after decriminalization in Uruguay. *Reproductive Health*, 15(1), 150. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0597-1>
- El camino hacia la justicia reproductiva*. (2021). <https://gire.org.mx/publicaciones/8457/>
- Fiala, C., & Arthur, J. H. (2014). “Dishonourable disobedience” – Why refusal to treat in reproductive healthcare is not conscientious objection. *Woman - Psychosomatic Gynaecology and Obstetrics*, 1, 12–23. <https://doi.org/10.1016/j.woman.2014.03.001>
- Harris, L. F., Halpern, J., Prata, N., Chavkin, W., & Gerdts, C. (2018). Conscientious objection to abortion provision: Why context matters. *Global Public Health*, 13(5), 556–566. <https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1229353>
- Home—Abortion care guideline*. (2021, October 8). <https://srhr.org/abortioncare/>
- Human rights watch: Women’s human rights: Abortion*. (n.d.). Retrieved May 27, 2022, from <https://www.hrw.org/legacy/women/abortion/chile.html>

- Jelinska, K., & Yanow, S. (2018). Putting abortion pills into women's hands: Realizing the full potential of medical abortion. *Contraception*, *97*(2), 86–89.  
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.05.019>
- Kavanaugh, M. L., Jerman, J., & Frohwirth, L. (2019). “It’s not something you talk about really”: Information barriers encountered by women who travel long distances for abortion care. *Contraception*, *100*(1), 79–84.  
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.03.048>
- Larrea, S., Assis, M. P., & Mendoza, C. O. (2021). “Hospitals have some procedures that seem dehumanising to me”: Experiences of abortion-related obstetric violence in Brazil, Chile and Ecuador. *Agenda*, *35*(3), 54–68. <https://doi.org/10.1080/10130950.2021.1975967>
- Larrea, S., Hidalgo, C., Jacques-Aviñó, C., Borrell, C., & Palència, L. (2022). “No one should be alone in living this process”: Trajectories, experiences and user's perceptions about quality of abortion care in a telehealth service in Chile. *Sexual and Reproductive Health Matters*, *29*(3), 1948953. <https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1948953>
- Martínez Bullé Goyri, V. M. (2017). *Consentimiento informado. Fundamentos y problemas de su aplicación práctica*. <https://biblio.juridicas.unam.mx/bjv/id/4445>
- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M. J. (2020). Obstetric violence in Spain (Part i): Women's perception and interterritorial differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(21), 7726. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>

Nimmon, L., & Stenfors-Hayes, T. (2016). The “Handling” of power in the physician-patient encounter: Perceptions from experienced physicians. *BMC Medical Education*, *16*, 114. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0634-0>

*Norma técnica nacional acompañamiento y atención integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la ley 21.030.* (2018). Subsecretaría de Salud Pública. [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/NORMA-IVE-ACOMPANAMIENTO\\_02.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/NORMA-IVE-ACOMPANAMIENTO_02.pdf)

Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, *16*(1), 160940691773384. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>

Palma Manríquez, I., Moreno Standen, C., Álvarez Carimoney, A., & Richards, A. (2018). Experience of clandestine use of medical abortion among university students in Chile: A qualitative study. *Contraception*, *97*(2), 100–107. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.09.008>

Perrotte, V., Chaudhary, A., & Goodman, A. (2020). “At least your baby is healthy” obstetric violence or disrespect and abuse in childbirth occurrence worldwide: A literature review. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, *10*(11), 1544–1562. <https://doi.org/10.4236/ojog.2020.10110139>

*Quiénes somos – Mesa Acción por el Aborto en Chile.* (n.d.). Retrieved May 29, 2022, from <https://mesaborto.cl/quienes-somos/>

Ramm, A., Casas, L., Correa, S., Baba, C. F., & Biggs, M. A. (2020). “Obviously there is a conflict between confidentiality and what you are required to do by law”: Chilean university faculty and student perspectives on reporting unlawful abortions. *Social Science & Medicine*, 261, 113220. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113220>

*The state of abortion rights around the world.* (n.d.). Time. Retrieved May 27, 2022, from <https://time.com/6173229/countries-abortion-illegal-restrictions/>

*UN human rights committee asserts that access to abortion and prevention of maternal mortality are human rights.* (2018, October 31). Center for Reproductive Rights. <https://reproductiverights.org/un-human-rights-committee-asserts-that-access-to-abortion-and-prevention-of-maternal-mortality-are-human-rights/>

Vargas, G., Poblete, N., Castillo, I., Mandujano, S., Sepúlveda, K., Duarte, F., Segovia, T., Díaz, L., Gómez, C., Góngora, J., Araneda, A., Luna, K., Saravia, M., Catriñir, X., Álamos, C., Ancalaf, A., Del Valle Campos, M., Martínez, C., & Galleguillos, J. (2021). *Informe Monitoreo Social: Acceso a la Interrupción voluntaria del embarazo y a la salud sexual y reproductiva en tiempos de coronavirus 2020.* <https://mesaborto.cl/wp-content/uploads/2021/05/INFORME-MONITOREO-FINAL.pdf>

Veldhuis, S., Sánchez-Ramírez, G., & Darney, B. G. (2022). “Becoming the woman she wishes you to be”: A qualitative study exploring the experiences of medication abortion acompañantes in three regions in Mexico. *Contraception*, 106, 39–44. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2021.10.005>

Williams, C., Jerez, C., Klein, K., Correa, M., Belizán, J., & Cormick, G. (2018). Obstetric violence: A Latin American legal response to mistreatment during childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *125*(10), 1208–1211.  
<https://doi.org/10.1111/1471-0528.15270>

World Health Organization. (2020). *WHO recommendations on self-care interventions: Self-management of medical abortion* (WHO/SRH/20.11). World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332334>