

Aborto

El aborto inducido es una de las formas más antiguas de regulación de la fecundidad y, por cierto, la más controvertida en la actualidad. Hasta la aparición en escena de la inseminación in vitro ningún otro procedimiento quirúrgico de carácter voluntario produjo anteriormente el debate que ha producido el aborto, generó tanta controversia emocional y moral, y recibió tanta atención por parte de los responsables de la salud pública y de los defensores de los derechos y del bienestar de las mujeres.

Si bien el recurso del aborto y sus prácticas son conocidas desde muy antiguo en la mayoría de las sociedades —casi siempre transmitidas en forma clandestina—, la innovación que plantea la reciente polémica consiste en que discute su utilización libre y legítima cuando el embarazo ha sido involuntario o cuando se prevén ciertos peligros en su continuación. En el presente, diferentes discursos ideológicos se disputan el derecho a definir y calificar la naturaleza del aborto: los movimientos fe-

ministas, los movimientos pro y antiaborto, la Iglesia y la ley, entre otros. Mas allá de sus diferentes posiciones, estos discursos han contribuido a secularizar el tema: la interrupción voluntaria del embarazo ha dejado de ser un tema de competencia exclusiva de la conciencia individual para delinear como tema de salud pública, de derecho liberal o de política social de bienestar.

Desde el punto de vista legal, y visto en perspectiva histórica, se ha producido en la legislación, en las pasadas décadas, una verdadera revolución. En 1954 el aborto era ilegal en todos los países del mundo, excepto en Islandia, Dinamarca, Suecia y Japón. En los treinta años que siguieron, más de treinta países, incluyendo algunos de los más populosos del mundo subdesarrollado como China e India, modificaron sus leyes restrictivas para permitirlo bajo el requerimiento de la mujer o debido a una amplia gama de indicaciones sociales.

Paralelamente a este proceso de puesta en escena del aborto, de construcción de una polémica acerca de su legitimidad y de cambios en las legislaciones sobre el

¿DE QUÉ SE TRATA?

Un estudio realizado hace treinta años que resulta también ilustrativo de la situación presente. Versión acortada del artículo 'Aborto', aparecido en el primer número de CIENCIA HOY (1, 1: 44-52, diciembre de 1988-enero de 1989).

ABORTO

Silvina Ramos

Centro de Estudios de Estado y Sociedad

El tema de la legitimidad del control voluntario de los nacimientos y de los embarazos y de los métodos para llevarlo a cabo, esencialmente la anticoncepción y el aborto inducido, despierta de antemano controversias de toda índole. Pero, por encima de consideraciones éticas, filosóficas y religiosas, o de las connotaciones emocionales que convoca, la práctica del aborto es un episodio vinculado con la salud de la población. Es necesario caracterizar el aborto como fenómeno social e indagar acerca de cuánto, cuándo, cómo y por qué las mujeres recurren a él. Y asumir, además, el desafío asistencial que involucra su incorporación a la agenda de la salud pública.



Portada del artículo original ilustrada con una obra de 1968 de Jorge de la Vega (1930-1971).

tema, ocurrieron otros procesos relacionados con estos fenómenos. Desde comienzos de la década de 1960, la difusión de los anticonceptivos modernos (píldora y DIU) ha sido continua y ha atravesado fronteras geográficas y sociales. Un poco más adelante en el tiempo, las técnicas abortivas comenzaron a ser mejoradas: la dilatación y el curetaje han sido paulatinamente reemplazados por la técnica de aspiración. En el presente, la realización de un aborto no compromete necesariamente la vida, ni la salud, ni la fertilidad futura de la mujer. Estos dos procesos fueron en diferente medida responsables de descensos en las tasas de fecundidad en el mundo entero. Los programas de planificación familiar públicos y privados llevados adelante en la mayor parte del mundo subdesarrollado favorecieron un clima de aceptabilidad y accesibilidad a métodos de regulación de la fecundidad eficaces. América Latina no escapó a esta tendencia, y desde comienzos de los años 60 comenzó a mostrar descensos en sus tasas de fecundidad.

Algunos estudios señalan como principal responsable de la persistente declinación de la fecundidad en esta región a la difusión de las prácticas anticonceptivas, y conjeturan —dada la precariedad de la información disponible— que el aborto inducido debe haber jugado un papel importante.

La Encuesta Mundial de Fecundidad en los años 80 obtuvo escasa información en América latina, en buena medida debido a la negativa de algunos gobiernos de la región a aplicar el módulo de la encuesta especialmente destinado a relevar información sobre prácticas abortivas.

A pesar de ello, la evidencia recogida sugirió que mujeres de diferente posición en la estructura social recurren al aborto en todos los países del subcontinente, a pesar de los códigos penales, las sanciones religiosas y los graves peligros para la salud personal. Conviene aquí señalar algunas cuestiones. En primer lugar, en todos los países de América latina el aborto es considerado un delito penal que, por lo tanto, se halla prohibido, salvo en algunas legislaciones para las cuales las situaciones de violación, incesto o grave peligro para la vida de la mujer justifican la demanda de un aborto legal. En segundo lugar, y dado precisamente este encuadre jurídico, todos los abortos en América latina son ilegales y, por lo tanto, clandestinos. Los efectos que trae aparejada esta situación para la población femenina son obvios: la mayor parte de los abortos realizados en nuestros países no guardan condiciones mínimas de asepsia e higiene, y ponen en peligro la salud y la vida de las mujeres. Los abortos incompletos son el diagnóstico más común

cuando las mujeres son admitidas en los hospitales públicos, con fuertes hemorragias e infecciones posaborto, causadas por la retención de restos de placenta o por alguna lesión producida en el cuerpo uterino. En América Latina los abortos ilegales están asociados a altas tasas de mortalidad materna, las que con fuertes variaciones entre países se ubican entre 60 y 270 por 100.000 nacidos vivos.

Desde el punto de vista demográfico, la Argentina es en buena medida diferente del resto de América Latina: la natalidad comenzó a descender a fines del siglo XIX, y el ritmo de ese descenso se aceleró a partir de la primera década del siglo XX. Este singular comportamiento de la fecundidad nos anima a conjeturar que la población argentina ha recurrido al uso de algunos métodos para regular los nacimientos desde épocas tempranas.

En la Argentina el binomio anticoncepción-aborto ha sido, con diferentes matices pero sin distinción de regímenes políticos, sistemáticamente excluido como preocupación de las políticas sociales y de las estadísticas oficiales. La actitud del Estado ha sido a este respecto más de omisión que de acción, y sus contadas intervenciones directas se orientaron a desarticular iniciativas privadas de difusión y cobertura de asistencia anticonceptiva.

Por último, desde el punto de vista legal, la Argentina sostiene una legislación de carácter restrictivo. El Código Penal argentino se refiere al aborto como un delito contra la vida y contra la persona, y penaliza tanto al tercero que lo provoca como a la mujer que se lo provoca a sí misma o que se deja asistir. A pesar de la contemplación de algunas causas que lo despenalizan, el proceso de obtener un aborto legal es muy dificultoso, y las justificaciones precisadas en la legislación no constituyen una opción real y efectiva para las mujeres.

Con la intención de conocer y comprender las modalidades del comportamiento reproductivo de las mujeres de sectores populares, encaramos en el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) con Juan José Llovet una investigación sobre una muestra de 121 mujeres con dos o tres hijos seleccionadas de los registros de historias clínicas de dos servicios de salud (uno público y otro de la seguridad social) que atienden la demanda de este sector social. Si bien nuestro trabajo no respondió a los lineamientos característicos de un estudio con intenciones de representatividad, el diseño muestral siguió criterios que condensan paradigmáticamente los atributos propios de los sectores populares.

Entre las 121 mujeres de la muestra hubo 36 que abortaron por lo menos una vez: casi una de cada tres mujeres decidió realizarse un aborto en algún momento de su vida. Al mismo tiempo, las mujeres de la muestra tuvieron un total de 349 embarazos, de los cuales 49 terminaron en abortos, lo que representa 14% del total de

embarazos: de cada 10 embarazos, uno y medio terminaron en aborto.

El momento del ciclo de vida reproductivo en el cual una mujer decide realizarse un aborto constituye un dato de relevancia para comprender el sentido de esa acción. Las condiciones familiares y personales que rodean una decisión de aborto, así como el conjunto de configuraciones culturales de las que la mujer es portadora, se articulan y crean una disponibilidad hacia la interrupción del embarazo, para la cual el momento del ciclo de vida de la mujer y de la familia funcionan como contextos que pueden desestimular o reforzar una decisión. Un aborto de soltera no se sostiene en la misma constelación de motivaciones que un aborto de casada, como tampoco un aborto antes del primer hijo y otro después del tercero. Cada mujer y cada pareja van construyendo en el tiempo y en el espacio un tipo particular de prole: la decisión de abortar se construye sobre la particularidad de la situación personal y familiar.

Las mujeres del estudio se diferenciaron en tres grupos: (i) las que abortaron antes del casamiento y antes del primer hijo, (ii) las que abortaron después del casamiento y antes del primer hijo, para demorar el nacimiento del primer hijo, y (iii) las que abortaron después del casamiento y después del primer hijo, para espaciar los hijos o para limitar su número. El 55,5% de los casos de nuestro estudio (20 mujeres) integró el tercer grupo, el de las que abortaron casadas y luego de haber sido madres; 28% (10 mujeres), el primer grupo, el de las que abortaron solteras y nulíparas, y un reducido número de casos (5 mujeres) abortaron entre el casamiento y el nacimiento del primer hijo.

El motivo fundamental por el cual una mujer aborta es que no quiere continuar con un embarazo, esto es, quiere interrumpir el proceso por el cual llegaría a tener un hijo. Una mujer puede haberse embarazado sin quererlo, o puede haber cambiado de parecer por circunstancias personales y sociales en el inicio del embarazo, y no quiere tener un hijo en ese momento de su vida. Las razones por las cuales una mujer no quiere continuar un embarazo constituyen una problemática compleja y equívoca donde se intersectan, refuerzan, contradicen y anulan motivaciones conscientes e inconscientes, individuales y familiares, sociales y culturales.

Frente a un embarazo que no se quiere continuar, el aborto es la única alternativa eficaz. Pero en tanto comporta costos emocionales y sociales, la decisión de abortar no siempre se toma. Por esto es necesario distinguir entre intentos de aborto y abortos efectivos. Los intentos de aborto por lo general se dan por intervenciones menores: uso de hierbas o duchas vaginales, ingesta de píldoras, aplicación de inyecciones de regularización menstrual, traumas autoprovocados y preparados abor-

tivos. Muchas veces, lejos de cumplir con el propósito para el cual son ensayados, esos intentos son inocuos o producen lesiones, pero no causan el desprendimiento del huevo. Los abortos efectivos habitualmente implican intervenciones mayores en las que se utilizan medios quirúrgicos, como el catéter o sonda, la dilatación y legrado o curetaje, y la aspiración. Las mujeres entrevistadas refirieron haber llevado a cabo los dos tipos de intervenciones. A los abortos efectivos y los intentos de aborto podemos agregar los casos en los que las mujeres pensaron interrumpir el embarazo, pero no realizaron acciones conducentes a ese fin: en la muestra, 23 mujeres consideraron la posibilidad de abortar ante la evidencia de 25 embarazos (una pensó en interrumpir sus tres embarazos).

La disponibilidad de recursos materiales, sociales y afectivos con los cuales las mujeres afrontaron la decisión y la realización del aborto, y el manejo que hicieron de estos recursos no fueron homogéneos.

Partimos de la suposición de que las decisiones sobre aborto se procesaban probablemente en el círculo familiar femenino, pero la información recogida avaló muy parcialmente esta idea. En 19 casos de abortos provocados contamos con datos acerca de las personas con quienes conversó la entrevistada sobre la posibilidad de interrumpir el embarazo. En cinco casos, la mujer lo hizo solamente con la pareja (novio o marido), en cuatro solamente con otras mujeres (madre, hermana, cuñada, amiga) y en los diez restantes con la pareja y otras mujeres. La consulta con la pareja apareció como una conducta extendida en las mujeres del estudio.

Obviamente, el papel del marido en las decisiones de aborto no puede ser aislado del que este tiene con relación a la regulación de la fecundidad, y más específicamente, ante el futuro de cualquier embarazo, tenga o no la mujer la intención, o la duda, de abortar. Las respuestas de las mujeres de la muestra a la pregunta sobre su reacción cuando se dieron cuenta de que estaban embarazadas fueron de dos tipos. Uno, alegría compartida con



la pareja, más allá de que ese hijo hubiese sido buscado y de que fuese el primero u otro. El otro, ambivalencia o rechazo, en el marco de diferencias de opinión con la pareja. Aunque esta presentación de los hechos puede no reflejar lo que efectivamente sucede en una pareja ante el conflicto producido por un clima de confusión, indecisión o confrontación de expectativas diferentes, llama la atención el papel clave que las mujeres otorgan a las opiniones del marido en los procesos de decisión.

La importancia de las otras mujeres de la familia o del círculo afectivo más inmediato —fundamentalmente las cuñadas— se observa claramente en el hecho de que estas son siempre quienes informan cómo conseguir el idóneo en la materia, sea una comadrona, una partera o un médico, así como su pericia, sus honorarios y su dirección, y también son quienes proveen asistencia por unos días a la mujer que aborta, hasta su recuperación física y emocional.

De los mencionados 19 abortos provocados sobre los que obtuvimos información, 10 fueron realizados por

parteras y 9 por médicos (incluida una médica). Todos fueron pagados en efectivo. Pero por lo común la mujer comienza ella misma un aborto o recurre a alguien sin idoneidad profesional, y termina acudiendo al hospital público para que lo completen.

El análisis del aborto no parece estar completo si no se lo considera junto con la anticoncepción, no solo para conocer las modalidades de regulación de la fecundidad de una población sino, también, para evaluar en qué medida la segunda ayuda a reducir el problema público y social del aborto. Las evidencias recogidas señalan que la coexistencia de prácticas anticonceptivas y aborto es una constante en la mayor parte de las poblaciones. Sus respectivas incidencias y el grado de complementación o exclusión dependen en buena medida de su disponibilidad y accesibilidad, las cuales se hallan fuertemente condicionadas por el contexto legal y cultural.

Entre las mujeres del estudio, la incidencia de la anticoncepción resultó mucho mayor que la del aborto: el 77% de ellas había usado alguna vez un método anticonceptivo, ante el 29,7% que había abortado por lo menos una vez. Esto indica que la mayoría de dichas mujeres (ocho de cada diez) practicaron alguna forma de regulación de la fecundidad. Las mujeres que usaron anticonceptivos abortaron más que las otras: tres de cada diez abortaron alguna vez, pero solo 1,5 de cada diez no usuarias lo hicieron. Esto lleva a pensar en que hay una relación complementaria entre ambas prácticas.

Por ello, resulta significativo preguntarse cuál es el impacto que tiene la calidad de los métodos anticonceptivos sobre la incidencia del aborto. Para eso analizamos el comportamiento de dos indicadores. Por un lado, comparamos la intensidad de uso de anticonceptivos entre las que abortaron y las que no lo hicieron. Dicha comparación mostró que las primeras en promedio usaron a lo largo de su vida sexual sensiblemente menos anticonceptivos que las segundas (el 58,6% contra el 70,6% de sus respectivos períodos fértiles).

Por otro lado, constatamos que mientras el 60% de las usuarias de anticonceptivos que abortaron recurrieron a más de un método, solo el 40% de las usuarias no abortantes usaron más de uno. Visto de otra manera, las usuarias abortantes se diferenciaron de las usuarias no abortantes por ser más discontinuas en el uso de anticonceptivos, y más en la elección de estos.

En consonancia con la literatura, en nuestra muestra la anticoncepción tendió a asociarse positivamente con el aborto, lo cual habla de la complementariedad de ambos procedimientos de control de la natalidad en la población. Esta asociación entre un comportamiento preventivo y uno posfáctico tiene, a nuestro entender, una clara lectura: la voluntad de regular la fecundidad es firme, y el recurso de la anticoncepción —obviamente

mucho más inocuo que el aborto provocado— está siendo mal utilizado. Dicha interpretación es sostenida por otros datos revelados en la misma investigación: una alta discontinuidad en el uso de métodos anticonceptivos, una alta prevalencia de métodos tradicionales como coitus interruptus, una alta rotación en el uso de métodos, una ausencia muy significativa de la palabra médica para la orientación, información y prescripción de anticonceptivos, y una gama amplia de equívocos acerca de modalidades de uso, entre los más significativos.

Al trabajar sobre el aborto debimos enfrentar gran parte de los mismos escollos que han debido sortear otros investigadores. En nuestra tarea hallamos difíciles problemas relacionados con la confiabilidad de la información, el cuidado ético de las respuestas, la construcción de un encuadre facilitador en la entrevista, la medición de la incidencia, la evaluación de los datos de un estudio cualitativo.

Las tasas y proporciones que pudieron calcularse no parecen ser ni exageradamente altas ni exageradamente bajas. De todos modos, no resulta imprescindible una justeza absoluta en las mediciones para saber —y convencerse— de que el aborto es hoy un problema agudo de la salud de la población. Los efectos de la legislación restrictiva y de la ausencia de asistencia en anticoncepción se distribuyen muy desigualmente en la sociedad: de esta manera los mayores costos, riesgos y dificultades recaen sobre las mujeres más desprotegidas. Las últimas estadísticas sobre mortalidad materna del Programa Nacional de Estadísticas de Salud (1987) muestran que el aborto provocado es causa de más de un tercio de las muertes derivadas de complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Y sabemos que estas defunciones son absolutamente evitables en la abrumadora mayoría de los casos.

Por último, los testimonios aquí presentados —producto de la confianza y sinceridad de las mujeres entrevistadas— nos han mostrado que el aborto es una experiencia ambigua por las emociones que la acompañan, controvertida en los juicios éticos que despierta, contradictoria en el reconocimiento social que suscita, y fundamentalmente dura de sobrellevar. **CH**

El artículo completo puede leerse en versión original en internet en <http://cienciahoy.org.ar/2018/06/aborto/>



Silvina Ramos

Licenciada en sociología, Universidad del Salvador.

Magíster en investigación social, CEDES.

Directora de carrera virtual de diplomatura,

Universidad ISALUD-CEDES.

arcoiris@cedes.org