

II Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Valdivia, 1995.

# **Aprendiendo de la Experiencia: Continuidad y Cambio en Salud Reproductiva y en Aborto Clandestino. .**

Mónica Weisner H.

Cita:

Mónica Weisner H. (1995). *Aprendiendo de la Experiencia: Continuidad y Cambio en Salud Reproductiva y en Aborto Clandestino. II Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Valdivia.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/ii.congreso.chileno.de.antropologia/56>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e7nO/RSq>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# APRENDIENDO DE LA EXPERIENCIA: CONTINUIDAD Y CAMBIO EN SALUD REPRODUCTIVA Y EN ABORTO CLANDESTINO

Mónica Weisner H.

He titulado mi exposición "Aprendiendo de la Experiencia". ¿Qué significa para mí "experiencia"? Experiencia es el aprendizaje adquirido por una práctica y, en general, experiencia de la vida. Cuando decimos que experimentamos una alegría o un dolor, experiencia anuncia el hecho de soportar o sufrir algo, es decir, un aprendizaje de la vida a través de muchas alegrías y también de muchos dolores... a los que me ha conducido mi pasión antropológica.

Aprendiendo de la experiencia implica un instante de reflexión, momento en que deteniéndonos en nuestro camino, visualizamos lo recorrido con la finalidad de saber adonde hemos llegado y decidir el camino a seguir.

Una vez tuve un sueño ... el sueño de llegar a ser quién podía unirse a la humilde y ambiciosa tarea de transformar una realidad dada, aprendiendo de la experiencia que las diferentes culturas nos brindan.

Hija de etnóloga, había absorbido la pasión de investigar más allá de lo visible en distintos grupos humanos. Hoy les contaré - compartiré con ustedes - cómo me fue con mi sueño ... con qué me encontré en la práctica ... cómo me he fogueado en mi experiencia de atravesar barreras y ... cuánto de aquel sueño aún perdura hoy en mí. Desearía compartir con ustedes, mis colegas, las más variadas vicisitudes de aquel sueño que aún nos une.

En la práctica me he enfrentado - a veces crudamente - con aquello que constituye a nuestro campo de investigación. Cuando salimos a terreno nos damos cuenta que la experiencia precede al aprendizaje y a la observación y a la hipótesis misma. Nuestras experiencias ya están preparadas, no podemos controlarlas. Tratamos de reemplazarlas por modelos, es decir, por un sistema de símbolos que representan las propiedades características de la experiencia, pero que a diferencia de la experiencia misma, es en el modelo donde podemos manipular.

En las experiencias de terreno, a veces difíciles, los antropólogos practicamos la observación a riesgo de quedar atrapados por el objeto mismo de nuestra experiencia. Estamos enfrentados aquí a una situación casi imposible. Debemos sumergirnos en la experiencia que está allí, como esperándonos desde siempre, sin quedar involucrados en ella. Por otra parte se requiere de nuestra objetividad que, a pesar de actores, tenemos que conservar - al mismo tiempo el ser espectadores del mundo en que nos adentramos. Incluso, hasta dejar de lado los prejuicios y valores que nos constituyen. ¿Cómo salir indemnes de una experiencia semejante?

La antropología me llevó por diversos mundos:

En Guatemala, en la comunidad indígena maya - quiché de San Juan de Sacatepéquez - trabajando con un equipo interdisciplinario constituido por médicos, personal de salud y antropólogos - en un convenio entre la Universidad de Guatemala y la Universidad de Stanford. Este proyecto de medicina intercultural se focalizó en el grado de colaboración entre los agentes de salud tradicionales y aquellos de la medicina oficial, en el diagnóstico de las enfermedades indígenas y en su tratamiento y en la posibilidad de incorporar nuevos alimentos a la dieta, en una comunidad muy empobrecida por desastres naturales.

De igual, forma en la aldea maorí de Whakarehuarehua, en Nueva Zelanda, con un equipo de asistentes sociales dirigidos por Rihi Te Whetu Tautari, hicimos un estudio - diagnóstico de las condiciones de salud de los maoríes y una evaluación de la participación comunitaria en los programas de salud.

También fui oficialmente invitada por el Gobierno de la India y por la FAO, a participar junto a otros 16 expertos, entre agrónomos, ingenieros forestales, médicos y otros profesionales, para ser un análisis evaluativo y diagnóstico con ulteriores recomendaciones de las condiciones de salud en comunidades con sistemas médicos tradicionales y el grado de seguridad y producción alimentaria relacionada con las actividades agrícolas y forestales en esos distintos grupos de la India. Con ese fin recorrimos varias provincias de la India, desde el extremo sur hasta el norte. Permanecimos en comunidades aisladas desconocidas incluso para las autoridades indias regionales: entre comunidades bosquimanas, cuyas vidas transcurren totalmente en la selva; entre comunidades indígenas Toda del valle del Nilgiris, pastores de búfalo, donde aún hoy día se practica la poliandria; con cultivadores de gusanos de seda; con cultivadores de té; con cuidadores de rebaños de elefantes, animales que ayudan en las faenas de traslado, y entre otras remotas comunidades.

El común denominador que estas experiencias han tenido, es que estos estudios se han llevado a cabo en países donde los canales oficiales de salud están en vías o ya han implementado programas interculturales en salud - con el fin de establecer una colaboración entre los sistemas médicos tradicionales y los oficiales, que beneficien a las comunidades - situando la dimensión sociocultural de la salud y de la enfermedad mucho más allá del fenómeno biomédico exclusivamente.

En forma paralela a estas experiencias, cada vez se me hacían más visibles situaciones de salud en mi país en donde la investigación antropológica podía ayudar a develar configuraciones socioculturales imperceptibles y con eso - pensaba - en superar sufrimientos masivos. Mi atención ha continuado hasta este momento focalizada en la salud reproductiva y en el aborto provocado.

Los estudios que hemos emprendido parten de la base que la salud reproductiva en general y en particular el aborto provocado, son fenómenos multicausales de gran complejidad, que conciernen a numerosas disciplinas, cada una de las cuales los aborda desde su perspectiva específica. Por una parte, la antropología médica proporciona una visión más global de ellos, por dedicarse de una manera integral al análisis de la salud y a la prevención de los malestares en el contexto de la cultura, del comportamiento social, de los sistemas económicos y políticos y de la biología humana y en particular con la organización rólica de los géneros y la dinámica ideológica asociada a ellos.

Por otra parte, desde una perspectiva teórica, con el tiempo hemos ido afinando el modelo analítico empleado para interpretar los complejos mecanismos que afectan a la salud reproductiva y al aborto provocado. De acuerdo a este, las variables históricas, socioeconómicas, culturales, psicosociales y biológicas operan de manera dialéctica en constante interrelación, y donde la perspectiva de género ocupa un lugar de importancia. De acuerdo al mismo hemos destacados dos aspectos complementarios: las Metas de la fecundidad o la orientación hacia el número de los hijos o tamaño de la familia y los Medios para lograrlos, es decir, la regulación de la fecundidad. Debe existir correspondencia entre ambos aspectos.

De acuerdo a las Metas, debe comenzarse con el análisis de la macroestructura económica del país en estudio (el sistema económico imperante, la organización política, social, jurídica, los sistemas de salud, de educación, de previsión). La inserción de la familia en la macroestructura económica condicionarán, en gran medida, las metas de la fecundidad hacia una familia grande o pequeña. Otros elementos coparticipantes son los Factores Culturales Generales, aquellos que permean a la cultura en su conjunto y los Factores Culturales Específicos, relacionados con las actitudes, normas y representaciones sociales con respecto al tamaño de la familia, los roles y funciones que cumplen sus miembros, la valorización del sexo de los hijos, etc.

Tres son los factores principales que influyen sobre los Medios para controlar el comportamiento reproductivo: factores de Motivación, factores de Capacitación y factores de Facilitación, que serán explicados en la sección pertinente (para una mejor comprensión del modelo analítico ver Weisner 1994, 1988, 1982).

Al investigar el aborto clandestino uno sabe que se compromete en el estudio de unos de los temas más conflictivos, marginales y prohibidos de nuestra sociedad. Esto tiene también repercusiones en

todos los niveles del trabajo. Donde es necesario extremar las precauciones, es en la elección del material y de la metodología a emplear, que en este caso adquieren una importancia crucial.

Conociendo esto, con respecto a los distintos enfoques metodológicos que hemos utilizado en las diversas investigaciones, enfatizamos el empleo de una metodología pluralista y complementaria, de acuerdo a los objetivos de cada estudio. En esta secuencia se han empleado primero acercamientos de índole cualitativa, luego combinaciones cuali-cuantitativas y más adelante enfoques cuantitativos. Las técnicas que hemos usado abarcan desde aquellas de tipo intensivo (entrevistas en profundidad, estudios de casos, historias de vida, testimonios, dramatizaciones, tests y pruebas de imagen corporal y de conocimientos de reproducción humana, estudio de actitudes) hasta técnicas extensivas (cuestionarios, estadísticas oficiales de hospitalizaciones, proyecciones y estimaciones aritméticas, entre otras).

Consecuentemente, las muestras han variado desde el trabajo con pequeños grupos focales de discusión con mujeres, con hombres, con expertos en reproducción humana, hasta con muestras amplias de mujeres hospitalizadas por aborto en varios centros de salud de Chile, para finalizar con muestras estadísticamente representativas en seis países de América Latina.

En Chile, con el aborto provocado ha existido continuidad en muchos aspectos: el que algunas cosas hayan permanecido igual, en este caso es sinónimo de malestar. Pero también se han producido cambios, si bien no todos en sentido favorable. El aborto provocado ha constituido siempre un problema de gran magnitud en Chile. Cuando alcanzó las características de una pandemia, las investigaciones del decenio de los 60 se centraron, necesariamente, en los aspectos epidemiológicos del mismo: para efectuar un perfil socioeconómico de la mujer que abortaba con el fin de proporcionarle una moderna anticoncepción. Los autores entonces reconocieron haber descuidado los factores socioculturales que podían influir en el aborto, recomendando la urgencia de investigarlos.

De esta manera, mis primeras investigaciones se originaron en la necesidad de suplir esta falta de antecedentes. Se trató de estudios exploratorios, en hospitales, en los que empleamos enfoques cualitativos, en muestras más bien pequeñas. En estos estudios se obtuvieron sorprendentes regularidades culturales desconocidas hasta el momento, que hacían que las mujeres se embarazaran sin desearlo, con su consecuente conducta abortiva.

Comenzaron allí a emerger las barreras con que la realidad traba los sueños de un investigador; sobre todo en las ciencias sociales y de ellas, la antropología. Como todos sabemos, las políticas socioeconómicas, las de población, de salud, de educación y otras, que influyen de manera directa en la salud reproductiva de los ciudadanos, han llevado en Chile el sello de las diferentes orientaciones ideológicas de los distintos gobiernos. Desafortunadamente, tantos no hemos tenido en los últimos 18 años en que me dedico a este tema.

Así, han habido políticas que intentan solucionar las caries en el sistema social puestas de manifiesto, como en este caso, por el aborto, con la jerarquización de la represión como sustento de salud. Se desconoce que lo que es acallado por un lado va a gritar por otro, y más fuerte. Cuando iniciamos nuestros primeros estudios, el aborto era un delito castigado en el Código Penal Chileno con penas de 1 ½ a 5 años de prisión. De acuerdo al Artículo 19 del Código Sanitario el embarazo podía ser interrumpido solamente por razones terapéuticas en caso de riesgo para la salud o la vida de la madre. Para proceder con este tipo de intervención médica era requisito la opinión documentada de dos cirujanos.

Sin embargo, el 15 de Septiembre de 1989, el Gobierno Militar, desde otra concepción del hombre y otros valores, eliminó incluso el aborto terapéutico. Derogó el Artículo 19 del Código Sanitario y a partir de entonces, de acuerdo a la Ley N° 18. 826 es considerado como delito de homicidio simple - hasta con 8 años de cárcel. Chile es así uno de los 17 países del mundo donde si es necesario elegir entre la vida de la madre y la de un embrión de semanas, se debe optar por la muerte de la madre.

Ante un tema tan conflictivo se despiertan todo tipo de reacciones y - desde posiciones ideológicas radicalizadas es casi imposible concebir la objetividad científica. Y, paradójicamente, en una situación como ésta el antropólogo debe enfrentarse con rótulos - siendo defensor de la vida en el más amplio sentido - se le considera desde un marco ideológico estrecho, a veces como emisario de la muerte.

Lo que les relato no es sólo historia, no es pasado, es aún dramático presente. Hace algunos meses atrás, algunos políticos y parlamentarios han enviado nuevos proyectos de ley que abogan por un aumento mayor de la penas del aborto, hasta por 15 años de cárcel.

De cualquier modo, decidimos enfrentar el desafío.

En los años del gobierno militar hubo una clara ausencia de investigaciones referidas al tema del comportamiento reproductivo y en forma especial del aborto. Se desconocían por lo tanto cuales eran los grupos del alto riesgo y otras causas que podían incidir en el aborto. Principalmente por razones geopolíticas, la política de población aprobada por el gobierno militar en una de sus partes recomendaba que era .... "deseable un aumento significativo de la población " ... sin embargo dejaba eso a la "libre decisión del grupo familiar".

Nosotros sospechábamos que los difíciles momentos en lo económico, político y social por los que atravesaba el país - que afectaban principalmente a los sectores populares - unido a la fuerte desincentivación que sufrieron en ese período los programas de planificación familiar, todo hacía suponer que se produciría un aumento de los abortos provocados. Consecuentemente, y ya en posición de antecedentes cruciales para la comprensión del problema, que se nos develaron en los estudios exploratorios, efectuamos otras investigaciones en varios hospitales de la Región Metropolitana y de la V Región del país. En ellas empleamos acercamientos cuali-cuantitativos, trabajando con muestras más representativas. Los resultados que obtuvimos en aquellos trabajos fueron considerados significativos y válidos por los canales formales de educación y de salud, coincidiendo con nuestro propósito principal de aportar antecedentes útiles en la implementación de programas en materia de reproducción.

Sin embargo, se necesitaba conocer la dimensión del problema que enfrentábamos. Principalmente debido a la clandestinidad del aborto, la información acerca de la magnitud del fenómeno con que se contaba en Chile era muy antigua, databa de hacía 30 años, y era probablemente obsoleta. Por otro lado la prensa y otros medios del país habían manejado cifras extremas, desde tasas muy bajas hasta tasas muy elevadas, dependiendo de si las posiciones eran a favor o en contra del aborto. Sin bien en muchos tópicos la controversia es saludable, en este caso las estadísticas extremas del aborto no ayudan a situar el problema de manera objetiva. Las discusiones más informadas y menos azarosas sobre el aborto exigen, como punto de partida, conocer la magnitud del fenómeno. Esto llegó a materializarse entre 1992 y 1994 a través de la propuesta que realizara el Instituto Alan Guttmacher de Estados Unidos, para una investigación en la región que se denominó "Aborto Clandestino. Una Realidad Latinoamericana". Se seleccionaron a 6 países de la región: un país del Caribe - República Dominicana; uno del norte - México; uno del sur - Chile; uno de la costa atlántica - Brasil y en el centro y lado Pacífico - Perú y Colombia. Acepté quedar a cargo de la investigación en Chile. También debimos trabajar en Nueva York en distintas fases del proyecto.

La metodología que se empleó fue complementaria, con 3 fuentes principales de información:

1. Estadísticas oficiales de salud; proyecciones y estimaciones matemáticas; en Chile se usaron las del INE y las del Ministerio de Salud.
2. Análisis de las Encuestas Demográficas y de Salud; (DHS Surveys) en 5 países - con excepción de Chile - para los temas relacionados con la anticoncepción. (En el decenio de los 80 el gobierno militar de Chile no autorizó que se efectuaran estas encuestas en el país. En su reemplazo se debió utilizar las Encuestas APROFA-CERC).
3. Una encuesta a 200 profesionales " expertos" por sus conocimientos del aborto inducido (médicos, jefes de servicios de hospitales, salubristas, psicólogos, sociólogos, antropólogos, miembros de grupos de mujeres, etc). En Chile se entrevistó a profesionales de Santiago, Arica, Los Andes, Valparaíso, Concepción, Cautín y Temuco.

## CONCLUSIONES

Trataré de extraer, en la medida de lo posible, los principales resultados obtenidos en todos estos estudios. Sabemos que las grandes transformaciones económicas, sociales, culturales en América Latina en general y en Chile en particular, han modificado las aspiraciones sobre el número de hijos que se desea tener. La tasa de natalidad ha descendido radicalmente - en casi 45 % - desde el decenio de los 60: de cerca de 6 hijos por mujer a poco más de 3 en el decenio de los 90.

A pesar que la prevalencia en anticoncepción ha aumentado, la tasa de abortos continúa siendo muy elevada: en la actualidad, para Chile, el total anual estimado de abortos clandestinos es de 160.000 (alrededor de 440 abortos ilegales diarios), teniendo el nivel más elevado de los 6 países en estudio. Esto es tanto en sentido absoluto, como comparándolo con países como Canadá, Estados Unidos y otros que no reprimen ni penalizan el aborto. En los 6 países estudiados se producen alrededor de 2.800.000 abortos provocados al año, y si se considera que estos países representan el 70% de la población total de América Latina, es probable que en la región se realicen 4.000.000 de abortos al año. Por su parte, la OMS arroja estimaciones también recientes (1994) aunque un poco más elevadas que las de nuestro estudio: sitúan en 4.600.000 los abortos provocados en América Latina.

Esto es coherente con el altísimo porcentaje de embarazos que no es deseado. En Chile, 56 de cada 100 embarazos no es deseado (56%) lo que se resuelve de la siguiente manera: las mujeres chilenas tienen el nivel más alto de abortos - más de un tercio de los embarazos, es decir 35 de cada 100 embarazos termina en un aborto (35%) (Para comparar, México tiene una proporción de 17% de embarazos que finalizan en aborto; Colombia 26%, República Dominicana 28%). El 21% de los nacimientos en Chile, aún cuando no finalizó en aborto, es indeseado. Sólo el 44% de los embarazos es deseado.

Se comprobó que Chile tiene también la proporción más elevada de abortos por nacidos vivos: 55 abortos por cada 100 nacidos vivos, o lo que es igual, 5,5 abortos por cada 10 nacidos vivos. (Por comparación, México tiene 2 abortos por cada 10 nacidos vivos). Chile tiene una tasa de abortos de 4,5 mujeres en edad fértil de cada 100 que abortan cada año. (Canadá tiene 1,2 mujeres de cada 100 que abortan cada año).

## COMPORTAMIENTO ANTICONCEPTIVO DE LAS MUJERES QUE ABORTAN

¿Porqué se embarazan estas mujeres fuertemente motivadas para no tener hijos? Nuestros estudios mostraron que la combinación de una elevada motivación para no tener hijos - unido a necesidades insatisfechas en anticoncepción - y en ocasiones al desconocimiento de la propia reproducción, son las causas penosamente eficientes de los embarazos no deseados que a menudo finalizan en abortos.

La Encuesta APROFA - CERC empleada en el estudio como reemplazo de las Encuestas Demográficas y de Salud, arrojó que el 56% de las mujeres en edad fértil emplean anticoncepción en Chile. Nosotros creemos que esta proporción está sobredimensionada. Es aquí donde generalmente se nos pregunta ¿Cómo se explica que Chile - que ostenta el más elevado porcentaje de anticoncepción de los 6 países estudiados sea paradójicamente el que tiene una proporción más elevada de abortos? - (56% de cada 100 mujeres en edad fértil - por comparación con una media de 35% en los restantes países). Respondiendo a esto, en la Encuesta APROFA - CERC existe un porcentaje de personas que emplea métodos asociados al coito (métodos vaginales, preservativos) y métodos tradicionales (ritmo, retiro, método Ogino). De acuerdo a mi experiencia, postulo que aquellos no deberían incluirse en el estudio como métodos anticonceptivos eficaces - porque "inflan" artificialmente las estadísticas. Ello se basa en estudios nuestros que han demostrado que mujeres chilenas de sectores populares desconocen su ciclo reproductivo, como veremos más adelante. Sustrayendo ese porcentaje de la encuesta, tendremos una proporción más aproximada a la de los restantes países estudiados.

De acuerdo al modelo analítico que he empleado, detengámonos un momento en los 3 factores que influyen sobre los medios para controlar el comportamiento reproductivo:

1. Los factores de Motivación: son los factores culturales a nivel cognitivo, que crean una actitud favorable o desfavorable, activa o pasiva hacia el control de la natalidad. En los casos que hemos estudiado se creó una actitud de rechazo y/o pasiva hacia los métodos modernos. Se trató de diversas barreras de índole cultural: desde el temor a "contraer un cáncer" con los DIU, hasta padecer frigidéz, odontalgias o alergias con los anticonceptivos orales. Entre las adolescentes existen creencias que, por ejemplo, si las relaciones sexuales son esporádicas o si son las primeras, no se produciría un embarazo, por lo que en esos casos no creen necesario emplear métodos anticonceptivos.
2. Los factores de Capacitación: son los relacionados con la información sobre la existencia de los métodos anticonceptivos y los requisitos para solicitarlos y utilizarlos, y con el adiestramiento y la aptitud de las personas para usarlos.
3. Los factores de Facilitación: son los relacionados con el desarrollo de la tecnología en anticoncepción y con la disponibilidad y acceso a la misma. Estos aspectos son de competencia de las instituciones y organismos estatales y privados, encargados de los programas de control de la natalidad y están estrechamente vinculados con las políticas de población de los gobiernos.

La experiencia nos ha demostrado que las mujeres que abortan han tenido severos obstáculos en estos tres niveles.

En forma coherente con nuestro modelo, hemos podido comprobar que la planificación familiar en Chile adolece de numerosos problemas que inciden en su ineficiencia: Así el Programa de Salud Materna Perinatal, incluye entre otros la atención en Planificación Familiar (Servicios de Anticoncepción), no teniendo un planteamiento específico a nivel legal. Por lo tanto la Planificación Familiar es tan sólo una actividad dentro de otro programa de salud - sin objetivos, metas, estrategias ni recursos propios. De tal manera, no cuenta ni con personal, ni con horarios propios, ni con lugares físicos (boxes), y las mujeres que solicitan anticoncepción deben competir con el servicio con otras que acuden, por ejemplo, a control de embarazo o de puerperio. Tan serio como lo anterior es que las normas programáticas no consideran población a cargo, de tal modo que las actividades de paternidad responsable se realizan según demanda. Hay también una falta de coordinación con otros servicios asistenciales, en las actividades de seguimiento de las usuarias, así como en los sistemas de registros.

Por otro lado, existe una cobertura insuficiente en materia de anticoncepción especialmente en grupos de alto riesgo como son las adolescentes, las solteras y las mujeres recientemente hospitalizadas por aborto. Esto se debe a la concepción que asocia a la Planificación Familiar al programa de Salud Materna Perinatal - cubriendo así principalmente a las mujeres embarazadas y multiparas y no a las mujeres en edad reproductiva en general.

No existe además un acceso expedito y suficiente a la Planificación Familiar para las mujeres de sectores rurales y aún de pequeños pueblos. Hay pocas alternativas en la elección de métodos anticonceptivos y existen restricciones importantes para la esterilización en algunos servicios.

Destacamos aquí que un porcentaje elevado de las mujeres que ha abortado refiere haber tenido severas dificultades en estas materias, por lo tanto no ha empleado la anticoncepción moderna de manera sistemática. En su reemplazo una proporción importante se decide por los métodos naturales de anticoncepción - al menos por un tiempo. Lo dramático aquí es que los métodos naturales que las mujeres emplean están basados en el absoluto desconocimiento de su propio ciclo fértil. Se produce aquí una asociación que es la causa penosamente eficiente de embarazos: si actuara sólo uno de estos fenómenos el resultado sería diferente, es decir, si las mujeres no usaran, los métodos modernos de anticoncepción pero conocieran correctamente su ciclo fértil, los embarazos no serían tan frecuentes. Y si no conocieran su ciclo reproductivo pero usaran en forma constante la anticoncepción moderna no se producirían embarazos.

Así, las entrevistadas de sectores populares creen que los días del sangramiento menstrual, los días inmediatamente previos y los posteriores son los que constituyen el período fértil. Y creen ser infértiles en los días de máxima fertilidad: en los días intermedios entre una menstruación y la siguiente.

Consecuentemente creen en una fecundación de tipo mecánica, donde el útero se "abriría" durante los días del período menstrual posibilitando entonces la entrada de los espermios. El resto del mes permanecería "cerrado". Ello las conduce a la continencia y a la interacción sexual justamente en los períodos inadecuados para su gran motivación de no tener hijos. Emplean así erróneamente lo que denominan Calendario Chino (por Ogino) o también usan mal los métodos asociados al coito - (como preservativos condones, jaleas, espermicidas, óvulos y otros).

Por falta de tiempo no nos extenderemos en el tema, pero estas creencias junto a muchas otras constituyen un verdadero "ethos" de la menstruación - con resabios vigentes de la medicina humoral hipocrática aún muy extendida en sectores populares de Chile y de América Latina. Las mujeres tienen además una percepción incompleta de su cuerpo y del proceso de fecundación. El hombre representa un papel más activo en el mismo, y la mujer es más bien un receptáculo o nido de la nueva vida. Creen también en un desarrollo fetal diferencial, atribuyendo una formación cronológica más temprana al feto de sexo masculino y más tardía de sexo femenino: "porque la mujercita es más débil, lenta y tranquila y el hombrecito más fuerte y rápido". Tal vez sean pervivencias religiosas, como veremos más adelante, y en todo caso son coherentes con ideologías patriarcales. Lo interesante es que descubrimos que estos roles estereotipados, diferenciados sexualmente, ya están adscritos desde la etapa fetal - y no sólo a partir del nacimiento como se creía hasta ahora.

Estas creencias no son aleatorias ni aisladas, sino que configuran etnociencias, "ciencias populares": son estructuralmente coherentes aunque en este caso equivocadas desde el punto de vista científico y han guiado el comportamiento de nuestras entrevistadas. De ahí la importancia de conocerlas. Han sido transmitidas por agentes socializadores a través de la tradición oral y reemplazan el lugar que debieran tener los conocimientos científicos en estas materias.

## PROCESO DEL ABORTO

Cuando la mujer sola o con su pareja o sus familiares consideran que el embarazo no es deseado, comienza el proceso de toma de decisiones: ya sea tener al hijo y hacerse cargo de él, o bien tenerlo y darlo en adopción o por último, recurrir al aborto. En este proceso la decisión de que la mujer continúe con el embarazo o recurra al aborto depende en gran medida de su entorno sociocultural, del apoyo recibido, de sus características psicológicas, de su condición económica, y del acceso real o percibido a los servicios del aborto.

¿Qué causas, qué motivos, qué razones impulsan a estas mujeres a correr el peligro de un aborto clandestino e inseguro, en lugar de tener a sus hijos? Ha sorprendido la similitud observada tanto en Chile como en los restantes 5 países estudiados en relación a estos aspectos.

En el caso de las mujeres solteras, se distribuye entre las que son abandonadas por sus parejas y aquellas que les temen al control social, temen el rechazo de su familia y de la sociedad.

Causas de índole económica, como el temor de no poder criar un hijo por bajos salarios, trabajos inestables, desempleo o progenitores que aún son estudiantes.

Relación de pareja inestable o insuficientemente sólida como para criar hijos en conjunto, o el hombre deja de prestarle apoyo emocional o económico a la mujer.

La mujer o la pareja ya ha tenido todos los hijos que desean tener, o bien desean tener un hijo en el futuro y no ahora.

En proporciones menores hemos visto que se debe a problemas afectivos con la pareja y también porque algunas jóvenes solteras desean alcanzar ciertas metas, como estudios y otras aspiraciones personales antes de ser madres.

## Factores Culturales que influyen en el proceso de decisión del aborto: El Comienzo de la Vida

En los trabajos sobre aborto se observa un vacío en el análisis de los recursos culturales que contribuyen junto a los otros - a que la mujer decida recurrir al aborto. He seleccionado algunos. En esta línea hemos estudiado en Chile los conceptos de la fase en que se inicia la vida intrauterina - donde para una elevada proporción de mujeres chilenas de sectores populares el comienzo de la vida no corresponde al momento de la fecundación - sino que generalmente lo ubican entre el 1º y el 2º mes de embarazo. Para ellas el estado que posee el producto de la fecundación antes de atribuirsele vida es una "bolita o un huevito de sangre". Esta noción ampliamente difundida entre nuestras entrevistadas constituye una "justificación culturalmente pautaada" que les sirve como concepto afianzador en la determinación final del aborto. Les permite "legitimar" sus acciones abortivas, realizándolas antes del momento en que definen que el feto tiene vida.

Especialistas como Devereaux y Nag señalan que el concepto de la fase en que el feto está imbuido de vida varía transculturalmente: existen grados de embarazo legal ritual y culturalmente reconocidos, los que tienen una larga y dispersa historia etnográfica. El grado de aprobación o desaprobación del aborto provocado dependerá parcialmente de este concepto.

Existen algunas sociedades como la Sinaugolo, por ejemplo, que ubican ritualmente el inicio de la vida a los 4 meses - y abortan hasta ese momento - donde aún es considerado "rara" o coágulo de sangre, lo que nos recuerda a mujeres chilenas de sectores populares. El extremo es ostentado por las Sedang Moi que lo pueden eliminar incluso después de nacido, pero antes de que se le amamante por primera vez - ya que entonces aún posee la categoría de leño o madero.

Es importante recordar aquí la relatividad que ha existido en torno al concepto de inicio de la vida el cual ha variado transcultural y temporalmente. El enfoque y las directrices de las diferentes religiones ha sido fundamental en esto, e incluso al interior de una misma religión hay distintos puntos de vista en estas materias: Recordemos que en el mundo actual, hacia fines del Siglo XX religiones con millones de fieles, como el Shintoísmo, considera que el feto es un ser vivo sólo cuando ha visto la luz del día, y por lo tanto se eliminación no es visualizada como un crimen.

En el Islamismo se han desarrollado dos puntos de vista basados en un mismo concepto: según el 1º el feto no está formado y no tiene alma sino después de los 120 primeros días de embarazo, por lo que se permite el aborto durante ese período, ya que no atenta contra vida alguna. El 2º consiste en que a pesar de que el feto no tiene alma ni vida antes de los 4 meses, se está preparando para la vida y no debe ser destruido.

Por su parte, la religión Católica no ha tenido una posición única, ni monolítica ni inamovible acerca del comienzo de la vida humana. Ha esgrimido numerosos puntos de vista en los últimos siglos. Daremos un salto hasta el siglo XVIII donde el catolicismo argumentaba que el feto se animaba primero con un alma vegetativa, luego con un alma animal y cuando ya se desarrollaba su cuerpo, con un alma racional. Hasta ese momento se aceptaba el aborto. El feto de sexo masculino tenía alma racional antes que el femenino: así el aborto sólo era considerado un crimen a partir de los 40 días después de la concepción en el caso del feto de sexo masculino - y a partir de los 80 días en el feto de sexo femenino.

Actualmente los especialistas en Bioética explican que hay varias respuestas de las distintas etapas en que se inicia el derecho a la vida, de acuerdo a si los criterios son biológicos, legales, morales, psicosociales u otros. (Macklin).

Según estos se producirá ya sea en:

1. La fertilización o
2. en la Individuación (o formación del cigoto) o
3. en la Implantación o
4. en diferentes etapas del desarrollo embrionario.

Según otros criterios se daría cuando empieza la:

5. actividad electroencefalográfica (alrededor de la 8ª semana)
6. o cuando la mujer "siente" el inicio de la vida: siente al feto moverse ("quickening").
7. Vialidad: otros criterios sitúan el derecho a la vida cuando el feto es ya viable, un criterio que ha cambiado mucho en el último tiempo.
8. Aún otros los sitúan en el nacimiento: la diferencia entre estar fuera o dentro del vientre materno es mucho más que una diferencia geográfica, de acuerdo a Ruth Macklin (comunicación personal).
9. También existen criterios psicobiológicos que definen el momento aún después del nacimiento, cuando el bebé comienza a interactuar, a relacionarse afectivamente.

Las mujeres chilenas de sectores populares no son una excepción. ¿Porqué podrían parecernos excepcionales y bizarras sus creencias a cerca de la fase en que se inicia la vida intrauterina si hemos comprobado la amplísima gama que existe en esa materia de acuerdo a distintas sociedades, culturas y religiones?.

El Proceso del Aborto: Existe una gran similitud en el proceso del aborto de acuerdo a nuestros estudios y a lo que han opinado los 200 profesionales expertos de los 6 países en que se trabajó, con respecto a las etapas del aborto, los agentes que lo practican, las técnicas empleadas, las complicaciones y hospitalizaciones del mismo.

Por otra parte el proceso del aborto es distinto según se trate de los distintos grupos de mujeres con que trabajamos: mujeres urbanas de bajos ingresos, mujeres rurales de bajos ingresos y mujeres urbanas de mayores ingresos.

El Aborto en mujeres de mayores recursos económicos: De hecho, los servicios, las técnicas que se emplean, el personal que práctica el aborto y la calidad del mismo - y con eso el riesgo o no de complicaciones y de hospitalizaciones - todo ello directamente relacionado con el costo del aborto, son totalmente diferentes si se trata del aborto en mujeres de menores ingresos ya sean rurales o urbanas o en mujeres de ingreso medio y alto.

Por todo esto es que hablamos de dos procesos diametralmente distintos cuando nos referimos a un único fenómeno: el aborto inducido clandestino. Tanto que a nuestro juicio necesitan un análisis separado.

Con respecto al proceso del aborto, las mujeres de mayores recursos no atraviesan por las distintas etapas - que - como veremos - son casi un requisito para las mujeres de sectores populares. Generalmente emplean una sola intervención mayor y final (dilatación y curetaje, o aspiración o succión por vacío). En ciertas ocasiones - y al comienzo del período de gestación usan inyecciones de oxitoxinas. Estas intervenciones son practicadas por médicos gineco - obstetras, o enfermeras universitarias u otro personal paramédico idóneo - con anestelistas y personal auxiliar. Se efectúan en consultorios privados o en clínicas clandestinas, e incluso en clínicas privadas donde se consignan otras intervenciones en la ficha de ingreso - en optimas condiciones de asepsia. El costo de este tipo de aborto varía mucho: entre \$ 150.000. - y \$ 800.000. - (MN).

Lo anterior está estrechamente vinculado con la posibilidad de complicaciones y hospitalizaciones del aborto inducido. En los 6 países estudiados las estimaciones fueron similares: Una de cada 7 mujeres (o una de cada 10 en Chile) de todos los estratos (y de zonas rurales y urbanas) podría tener complicaciones si acudia al médico por un aborto, en comparación con 1 de cada 3 si acudia a una enfermera y 6 de cada 10 cuando acuden a una abortera o persona sin entrenamiento.

Las causas para provocarse un aborto son también diferentes en ambos sectores: en las mujeres de mayores ingresos, los problemas de orden macroestructural y económico, tienen, desde luego, poca importancia. Su decisión de abortar está determinada por el temor al control social, o por motivos de índole psicológica y afectiva, o por razones circunstanciales que alteran los legítimos proyectos de vida que se han trazado. Tan diferentes son ambos procesos, que nos permiten señalar que la mujer pobre es una víctima y la de mayores recursos, en este sentido, es más bien una protagonista.

Etapas del proceso abortivo en mujeres de **menores ingresos**: Las mujeres, tanto rurales como urbanas de menores ingresos en una secuencia muy similar, siguen determinadas etapas en el proceso abortivo:

1. En la primer fase emplean acciones abortivas menores, que no implican un nivel creciente de complejidad. Son procedimientos distintos, que al no dar resultados inmediatos se prueba otro:

Se colocan inyecciones masivas (Tocofinal, Nupavin forte, Sintocinón, etc). La ingestión de elementos tóxicos, es frecuente: beben soluciones con alumbre, lejía, azul de lavar, agua de cemento. Emplean acciones mecánicas violentas. (como virutillar, darse a si mismas o recibir golpes en el vientre, etc). La autointroducción uterina de tallos filosos de vegetales, o de alambres, crochets, ganchos de ropa, palillos y otros, muestran también la desesperación de las mujeres por abortar. Ingieren agüitas de yerbas de borraja, de flor de retamo, de perejil de ruda y orégano, tallos de cardenal, etc. Ingieren decocciones de bebidas alcohólicas y fármacos generalmente aspirinas - asociados a yerbas -

A todos los investigadores de los 6 países nos ha sorprendido el constatar la gran similitud que estos remedios tradicionales o populares usados con fines abortivos son empleados por mujeres chilenas, colombianas, brasileñas, peruanas, mexicanas o dominicanas.

En Chile ya habíamos detectado la gran coincidencia en el empleo de estos abortivos, ya sea en el tiempo como en el espacio (Weisner 1987, 1982): por ejemplo, el azul de lavar usado por mujeres chilenas es también usado por mujeres yoruba en Nigeria. He encontrado remedios que aún se usan hoy en Chile, en tratados alemanes de farmacopea del Siglo XV, también en obras de sabios hebreos de épocas remotas como Maimónides, Rashi y otros, e incluso en reproducciones de papiros egipcios.

De acuerdo a Himes el que este tipo de material tan antiguo - incluso algunos de hace 30 siglos - no se registre por escrito demuestra que se trata de temas tabúes, transmitidos de mujer a mujer; debido a eso las prácticas anticonceptivas y abortivas populares son autoperpetuantes a través de los siglos, por medio, de la tradición oral y reciben poca influencia de los conocimientos más acabados de la medicina.

En ocasiones se me ha preguntado, cual sería el sentido de estudiarlos e incluso de mencionarlos - si estos remedios tienen una escasa o nula acción abortiva. A menudo esto es así - aún cuando el programa coordinado por la OMS encontró componentes abortivos en cerca del 20% de las yerbas del mundo. Sin embargo la gran influencia que estos abortivos tienen en la prosecución del proceso y en la determinación final del aborto es en un otro nivel: el cognitivo cultural.

Según creencias o etnoconocimientos de farmacopea y embriología de las mujeres, una vez utilizados estos abortivos el feto sufriría malformaciones orgánicas insuperables. Si las mujeres ya han decidido abortar por poderosas razones para ellas, con el sólo hecho de creer que con los remedios además tendrán un hijo anormal, - han dado ya el paso en el camino sin retorno que conduce al aborto. Este aspecto cultural diferente de la función de las yerbas usadas con fines abortivos, había sido descuidado hasta ahora en los estudios sobre aborto.

2. Al no obtener resultados con todos estos remedios, en una segunda etapa las mujeres recurren a la introducción uterina traumática de ciertos elementos que suelen exigir la intervención de terceras personas, generalmente de aborteras. En forma habitual se emplea la técnica de la "sonda" o catéter de goma.

3. Tercera etapa: el empleo de estas maniobras obedece fundamentalmente a razones económicas ya que las mujeres conocen de técnicas más asépticas y menos traumáticas y peligrosas como es el curetaje o raspaje practicado por personal médico o paramédico. Pero ellas no tienen el dinero para eso, y como única solución deben recurrir generalmente a estas acciones que derivan en complicaciones y en su ingreso a un centro asistencial en condiciones muy precarias de salud.

Así, las infecciones, traumatismos y hemorragias - secuelas de estas maniobras abortivas - constituyen habitualmente el requisito previo indispensable, para que estas mujeres prosigan - recién entonces - a la tercera y última etapa de este largo y difícil proceso: el curetaje médico efectuado en un hospital.

A nivel aplicado: Uno de los objetivos principales de nuestros estudios ha sido su posible aplicación: el que puedan ser utilizados - aún como granos de arena - en mejorar la salud y las condiciones de vida de las personas, principalmente de las mujeres de menores recursos.

De las primeras investigaciones sobre aborto, que efectuamos logré la inclusión de algunos de los hallazgos en programas de estudio de la educación escolar del país al demostrarle al canal de Educación que ciertos sectores de la población manejaban consistentemente "ciencias populares" erradas relacionadas con la sexualidad y reproducción que guiaban sus comportamientos, y que incidían en embarazos no planificados ni deseados que culminaban a menudo en abortos. También advertimos de la necesidad de impartir los conceptos correctos cuidando previamente de remover, en forma explícita, los anteriores. De otra manera se corría el, peligro de superponer la información, lo que sólo acarrearía una confusión adicional.

Los resultados de otras investigaciones nuestras han sido empleados - con buen éxito - por equipos de la Sede Sur de Medicina en programas aplicados a prevenir la reincidencia del aborto en mujeres hospitalizadas por esa causa..

La última investigación sobre aborto clandestino (AGI) al poco tiempo de ver la luz pública produjo repercusiones a nivel nacional. El tema del aborto provocado estuvo absolutamente silenciado en los últimos años en Chile, y a raíz de la presentación de nuestro informe, hace poco más de un año, se reabrió violentamente el debate, dándole nuevamente visibilidad a este tema que - como señalé en la presentación del panel - permanecía invisible.

Los principales medios de comunicación social del país - periódicos, semanarios, radioemisoras, canales de televisión - se refirieron profusamente a los resultados de nuestra investigación. Consecuentemente, en un tema tan controvertido como es el aborto, se empezaron a formar y cerrar filas con posiciones muy divergentes, algunas irreconciliables entre sí y poco favorables al diálogo racional.

Sin embargo, nos sorprendió observar que los diferentes medios, sectores y segmentos políticos de todas las tendencias aceptaron, concordaron e incluso hicieron suyas las estadísticas y los datos contenidos en nuestro informe. Así, el espectro varió desde la publicación y entrevista que nos hiciera el semanario del Arzobispado de Valparaíso y el Canal Católico de Televisión de Santiago - ambos muy tradicionales y desde luego especialmente cautelosos en estos temas - pasando por toda la gama de periódicos, canales de televisión, hasta las publicaciones de periódicos y semanarios más de vanguardia del país. No hubo ni tan sólo uno de estos medios que vetara alguno de los resultados, lo que es muy poco frecuente en estudios que incluyen la magnitud del aborto, donde siempre hay un sector que no refrenda estos resultados.

Pero, desde luego, la información se empleó en la dirección de los intereses y posiciones de cada uno:

Así, el debate por parte de algunos segmentos se centró - no en las causas sociales, culturales y económicas, entre otras, que originan el aborto, sino en la necesidad de crear nuevas leyes aún más punitivas como forma de erradicar este problema.

Entonces, a nivel en donde se toman algunas decisiones del país, en la Cámara de Diputados, se propusieron dos proyectos de ley del aborto. Posteriormente se presentó otro proyecto en el Senado de la República: estas leyes no se refieren al grado de penalización del aborto, del momento en que en Chile está prohibido bajo cualquier circunstancia, sino en ellos la recomendación es en la dirección de aumentar en varios años las penas de cárcel para las personas involucradas en un aborto provocado: hasta 15 años de prisión. Se recomienda una rebaja moderada a las penas fomentando lo que algunos de aquellos parlamentarios han denominado " delación compensada" y otros llaman " arrepentimiento eficaz" si se delata a la persona que practica el aborto.

Así, las Comisiones pertinentes del Congreso Nacional de Chile, me solicitaron que expusiera ante ellas los principales antecedentes obtenidos a lo largo de mi experiencia profesional en el tema de la salud reproductiva en general, y particularmente de la planificación familiar y del el aborto provocado.

Los años de trabajo en hospitales con cientos, tal vez miles de mujeres que se provocan abortos, con grupos focales de discusión con hombres y mujeres tanto de sectores populares como de sectores de mayores ingresos, pero principalmente mi formación como antropóloga es lo que me ha permitido tener y a la vez proporcionar una visión amplia de estos problemas: Les expuse así la complejidad del proceso del aborto e intenté demostrarles la multideterminación y coparticipación de los distintos factores en juego. Después de nuestras presentaciones los parlamentarios que proponían un aumento de las penas - reconocieron de manera explícita - que el fenómeno del aborto aparecía como mucho más complejo que lo previamente imaginado por ellos y que reconsiderarían sus proyectos de ley.

Recientemente he sido informada por representantes del Congreso Nacional que se está a la espera de que aquellos proyectos sean, o bien retirados, o modificados.

Finalmente, algunos de los resultados de mis investigaciones fueron incluidos en la sección pertinente de los documentos en dos conferencias: en los de la Delegación Chilena en la Conferencia sobre Población de El Cairo, en 1994, - y en los de la IV Conferencia Mundial de la Mujer que recientemente se llevó a efecto en Beijing. (Septiembre de 1995).

Antes de finalizar con esta exposición quisiera decir que queda aún mucho camino por recorrer.

En el terreno de las aspiraciones inmediatas, desearíamos que otros resultados de estudios como estos sirvieran para ser incorporados a los programas de educación formal, para mostrar las responsabilidades relacionadas con la propia reproducción y con la sexualidad, a la vez que liberándolas de los estereotipos patriarcales que existen en nuestra sociedad.

Además, a través de la educación, deberíamos tratar de incorporar metodologías que promuevan la revisión crítica de temas tales como la discusión sobre género y roles sexuales, identidad y desarrollo personas, violencia sexual, pensando que todo lo que se relaciona con la Salud reproductiva está íntimamente ligado a las libertades y a los derechos reproductivos.

Se deben modificar patrones culturalmente arraigados enseñando que la maternidad debe ser una opción de la mujer y de su familia y no algo así como un destino predeterminado. Al no reivindicar el derecho a una maternidad digna, libre y conscientemente elegida creo que se refuerzan valores patriarcales. Considerarla como la única misión de la mujer, a menudo conduce a una maternidad impuesta por ignorancia, incluso por violencia o por azar.

Los resultados de estos estudios nos han demostrado que el aborto - a pesar de no ser permitido por la ley bajo ninguna circunstancia - continúa desempeñando un papel importante en el control de la fecundidad en el país. Creemos que esto amerita un análisis más serio, objetivo y detenido por parte de quienes deciden y adoptan las políticas en el área de la salud reproductiva de la población. En primer lugar, es necesario preocuparse seriamente de las causas por las cuales una proporción tan elevada de mujeres activas sexualmente - y fuertemente motivadas para no tener hijos, hasta el punto de provocar abortos clandestinos efectuados en condiciones muy riesgosas para sus vidas - no emplean la anticoncepción o lo hacen de manera asistemática, o no tienen acceso a ella.

Por otra parte, creemos que existen errores de atribución de causalidad a un efecto. Hay por lo tanto, urgencia en ocuparse profundamente de las causas de la elevada incidencia del aborto en Chile, la cual tiene sus raíces en una multideterminación de factores: en problemas socioeconómicos de las más diversa índole, en problemas psicosociales, culturales, legales, de gran envergadura que no se pueden ya desconocer, y parecerían no resolverse simplemente con un decreto que aumente aún con más años de cárcel la pena del aborto.

Ya hemos observado en estos últimos años que la ingenua convicción de que el mayor rigor de la ley implicaría una disminución de los hechos tampoco logró que el aborto disminuyera en el país. Por el contrario.

El aborto es un hecho que preferiríamos que no existiera pero es una realidad que no se puede desconocer. En algún momento de nuestras vidas hemos sido alcanzados por tragedias humanas como el sin salida de una Lucy, de una Olga o de una Inés, como recién hemos visto.

Hoy hemos tenido estadísticas antes los ojos que nos informan de realidades que nos constituyen y nos permiten lograr un espejo de nuestras sociedades más allá de toda opinión. Las estadísticas pueden adquirir vida o quedar sepultadas para siempre; depende de lo que nosotros seamos capaces de hacer con ellas. La responsabilidad de esta encrucijada sin salida aparente debe comprometernos a todos.

Mi sueño inicial, el que alimentó mi pasión de ser antropóloga, llegó a realizarse en la inigualable experiencia de ayudar a superar sufrimiento e impulsar a que las instituciones pudieran ejercer sus objetivos más eficazmente.

Es ésta sólo una pequeña experiencia. Es mucho lo que queda aún por hacer.

Si logramos ir más allá de ideologías, de credos, y podemos atravesar nuestros prejuicios y las barreras que traban nuestro camino, es mucho lo que la Antropología puede hacer de manera efectiva por la mujer, por el hombre, por los niños y por los que no tan niños. En definitiva, por la vida.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- Beijing, 1995. Documento: **Posición de Chile ante la IV Conferencia Mundial de la Mujer - Beijing, China. 4 - 15 Sept. de 1995**".
- Beijing, 1995. **Intervención de la Sra. Ministra de Asuntos de la Mujer de Chile en la IV Conferencia Mundial de la Mujer - Beijing, China; 4 - 15 Sept. de 1995**".
- Devereux, G. 1976. **"A Study of Abortion in Primitive Societies"**. New York: International Universities Press.
- Hawker, S., Ferrando, D., Llera, S., Monteiro, M., Núñez, L., Paiewonsky, D., Prada, E., Singh, S., Weisner, N., y Wulf, D., 1994. **"Aborto Clandestino. Una Realidad Latinoamericana"**. Editorial The Alan Guttmacher Institute. New York.
- Himes, E. N. 1963. **"Medical History of Contraception"**. New York: Gamut Press.
- Macklin, R. 1989. Perspectives of Different Cultural and Religious Settings. En, **"Ethics and Human Values in Family Planning"**. Bankowski et al (eds.) CIOMS - Ginebra 68 - 85.
- Nag, M. 1977. Anthropology and Population: Problems and Perspectives. En **"Biosocial Man"**. London: The Eugenics Society.
- Singh, S., Wulf, D., Monteiro, M., Ferrando, D., Llera, S., Núñez, L., Prada, E., Paiewonsky, D., y Weisner, M., 1994. **"Estimated Levels of Induced Abortion in Six Latin American Countries"**. En, **International Family Planning Perspectives**. The Alan Guttmacher Institute. New York, March 1994, Vol. 20 - Nº 1: 4-13.
- United Nations, 1995. **"Population and Development: Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and Development"**. Cairo, 5 - 13 Sept. 1994 ST/ESA/Ser A / 149 New York.
- Weisner, M. 1982. **"Aborto Inducido. Estudio Antropológico en Mujeres Urbanas de bajo nivel Socioeconómico"**. Tesis, Universidad de Chile, Facultad de Filosofía, Humanidades y Educación, 226 p.

1988. "Fecundidad y Aborto Provocado en Mujeres Chilenas de Sectores Populares desde la Perspectiva de la Antropología Médica". En, **Enfoques en Anteción Primaria**. Chile, Ediciones PAESMI, Año 3 N° 3: 23-32.

1990. "Induced Abortion in Chile with References to Latin American and Caribbean Countries". Population Association of America 1990 Annual Meeting. Toronto, Canada, 3-5 May, 1990. 150 p.

1993. "Estudios sobre Aborto Inducido desde la Perspectiva de las Ciencias Sociales". En, **Memorias del Simposio Nacional Leyes para la Salud y la Vida de las Mujeres. Hablemos del Aborto Terapéutico**. Santiago de Chile.

Weisner, M., Ferrando, D. Hawker, C., Llera, S., Monteiro, M., Paiewonsky, D., Prada, E., Singh, S., y Wulf, D., 1994. "Algunos Resultados de la Encuesta sobre Opiniones acerca del Aborto Clandestino realizada por el Instituto Alan Guttmacher en Brasil, Chile, Colombia, México, Perú y República Dominicana. En, **Publicaciones del Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe** Bogotá, Noviembre 1994: 25-45.