

VI Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Valdivia, 2007.

# **Aborto Clandestino: Ayer, Hoy y... ¿Mañana?.**

Mónica Weisner H.

Cita:

Mónica Weisner H. (2007). *Aborto Clandestino: Ayer, Hoy y... ¿Mañana?.* VI Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Valdivia.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/vi.congreso.chileno.de.antropologia/9>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eCzH/aSG>

*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>.*

## Bibliografía

JASIS SILBERG, M. (2000). A palabras de usuaria ... ¿oídos de doctor?. Una exploración sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres en La Paz, Baja California Sur. En: Stern, C. y C. J. Echarri (coord). Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación. México, El Colegio de México: 97-143.  
LARA FLORES, N.; Támez González, S.; Eibenschutz Hartman, C.; Morales Estrella, S. L. (2000). Investiga-

ción de necesidades y utilización de servicios de salud: una reflexión sobre el uso de métodos cualitativos. En: Mercado M., F.J. y T. M. Torres L. (comp.). Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica. México, Universidad de Guadalajara-Plaza y Valdez: 97-112.  
LEAL F., G. y C. MARTÍNEZ S. (2002). Cuatro ensayos sobre calidad clínica de la atención. El caso de la salud reproductiva. México, UAM-Xochimilco.  
RAMOS, S.; GOGNA, M.; PETRACCI, M. y SZULIK, D. (2001). Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto ¿una transición ideológica?. Buenos Aires, CEDES.

# Aborto Clandestino: Ayer, Hoy y... ¿Mañana?

## Clandestine Abortion: Yesterday, Today and... Tomorrow?

Mónica Weisner H.\*

### Resumen

Las estadísticas del aborto clandestino que se manejan en Chile, provienen aún de nuestra investigación de 1994 – en 6 países de Latinoamérica. Consideramos imprescindible elaborar nuevas estimaciones, inéditas para el país, que se presentarán aquí. Chile, a partir del Gobierno Militar, es uno de los pocos países donde el aborto, incluso el terapéutico, está totalmente prohibido. Es un tema silenciado y su debate se ha reemplazado por la «píldora del día después». Se actualizan los principales resultados de las últimas décadas, revisando diferentes modelos, para centrarnos en una dimensión crítica. Se presentan aportes para el país derivados de nuestros estudios.

**Palabras Claves:** Aborto Clandestino, Salud Reproductiva, Derechos Reproductivos, Antropología Médica Crítica.

### Abstract

Statistics on clandestine abortion in Chile are still provided by our research done in 1994 on 6 Latin American countries. We considered it indispensable to draw up new, un-published estimates, which will be the ones presented here. From the time of the Military government, Chile has been one of the few countries in which abortion, even therapeutic abortion, is totally prohibited. It is a topic that has been silenced and the

debate about it has been replaced by the «pill for the day after». In order to center our research on a critical dimension, we update the principles emanating from the last decades, and review different models. Some contributions herein presented to the country are derived from our studies.

**Keywords:** Clandestine abortion, Reproductive health, Reproductive rights, Critical Medical Anthropology.

### Introducción

La interrupción intencional del embarazo es un fenómeno universal en las distintas culturas del mundo, hasta el punto que es imposible siquiera imaginar una sociedad donde esto no se haya practicado.

Es un problema multifacético, de gran complejidad que concierne a numerosas disciplinas, cada una de las cuales lo enfoca desde su perspectiva específica. Ha sido analizado, entre otros, por biomédicos, obstetras, salubristas, políticos, legisladores, teólogos, filósofos, administradores públicos, bioetecistas, psiquiatras, psicólogos, economistas, historiadores, sociólogos, trabajadores sociales, demógrafos, antropólogos.

En este fenómeno multicausal, de gran complejidad, se constata una falta de abordaje desde una perspectiva holística, el que puede ser enfocado de manera preferente por la antropología médica, al dedicarse de una

\* Profesora Departamento de Antropología – Facultad de Ciencias Sociales – Universidad de Chile. Representante para Chile de la Comisión Internacional de Antropología Médica y Epidemiología, dependiente de IUAES (Unión Internacional de Ciencias Antropológicas y Etnológicas). Candelaria Goyenechea 3905 – (Vitacura) – Santiago – Chile. Email: mweisner@entelchile.net

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.

Hace exactamente 30 años que empecé con mis primeras investigaciones sobre el aborto intencional. Desde entonces he estado involucrada en este tema penoso y controvertido, trabajando con cientos, tal vez miles de mujeres que se han encontrado en difíciles situaciones en sus vidas que les ha impulsado a interrumpir el embarazo. Todos estos estudios me han permitido mirar «desde adentro» el mundo del aborto: conocer de primera fuente las motivaciones, las causas que han impulsado a estas mujeres a proseguir con un acto tan doloroso y conflictivo. He podido confeccionar perfiles de ellas, conocer sus percepciones, sus creencias, evaluar sus mitos. Durante años he escuchado las razones por las cuales se embarazaron, en primer lugar, sin deseárselo. He seguido parte de su proceso, quienes las han acompañado en esos momentos, cuáles fueron las distintas etapas desde que se tomó la decisión de abortar, quienes y donde les practicaron los abortos, las complicaciones físicas que tuvieron, los costos materiales y emocionales derivados de sus acciones. Me he enterado de cómo fueron tratadas durante este proceso, cómo se han sentido psíquica y anímicamente después de provocárselo. He entrevistado también a hombres, a veces las parejas de estas mujeres, para conocer sus visiones, sus perspectivas en este problema. Y, desde luego, he trabajado con estadísticas oficiales, con proyecciones aritméticas, con estimaciones de organismos e instituciones no gubernamentales, analizando cientos de encuestas, consultando a numerosos otros expertos en el tema, tanto del país como del extranjero.

Brindaré una síntesis de lo que considero más relevante, centrándome en las tres áreas donde he intentado realizar mi aporte: a nivel teórico, a nivel metodológico y a nivel aplicado.

## I

**A nivel Teórico:** Antropólogos médicos de los más diversos entrenamientos, escuelas, paradigmas y orientaciones teóricas se han interesado en el estudio de la salud reproductiva. Ya se trate de una adhesión a paradigmas empiricistas o a paradigmas cognitivos, a la perspectiva psicoanalítica en Antropología médica, a la teoría cultural interpretativa, a la perspectiva médica ecológica, a enfoques postestructuralistas y

posmodernistas, a una antropología clínica aplicada o bien a una antropología médica aplicada, el centro de interés es el análisis de la salud reproductiva en el contexto de la cultura, del comportamiento social, de la biología humana y en algunos casos de la psique humana.

Sin embargo, según nuestro parecer, ninguno dará cuenta —en toda su complejidad e inequidad— del proceso del aborto clandestino en mujeres de sectores populares como el paradigma al cual adherimos: la Antropología médica crítica (AMC). Como todos sabemos esta se ocupa del modo como las diferencias en el poder moldean los procesos sociales, incluyendo la investigación en Antropología médica. Las ideologías dominantes y los patrones sociales en el cuidado médico están íntimamente relacionados a ideologías hegemónicas y a patrones externos a la biomedicina. Los antropólogos médicos críticos entendemos los problemas en salud dentro del contexto de fuerzas políticas y económicas que las circundan, incluyendo a las fuerzas a escala institucional, nacional y global, que estructuran las relaciones humanas, moldean los comportamientos sociales, condicionan las experiencias colectivas y sitúan los significados culturales. Este enfoque enfatiza la inexistencia de una ciencia libre de valores y nos recomienda obtener la data más fidedigna posible para efectuar una precisa síntesis teórica, a fin de que la práctica resultante de la investigación pueda ser útil en cambiar las condiciones opresivas y aliviar al sufriente, en este caso la mujer pobre que debe someterse a un aborto ilegal.

Pero, al existir diferentes niveles de análisis, para estudiar la salud reproductiva en general y el aborto en particular los estudiosos de las Ciencias Sociales, han empleado una suerte de teorías de alcance medio: tenemos desde el simple modelo funcionalista de Davis y Blake con sus «11 variables intermedias», el de Freedman que amplía al anterior, con una estrategia tipo «embudo», pasando por modelos sociológicos de orientación demográfica (como el de Westoff y Mishler); el de Carleton muy complejo y derivado de la reelaboración de los modelos de Hill, Back y Stykos, que permanece a nivel de explicaciones hipotéticas. Está el modelo de las «variables proximales» de Bongaarts y el más amplio y comprehensivo de Farooq y Simons. Hay otros que enfatizan principalmente los aspectos psicosociales como el de Chung y Palmore, o el de Namboodiri, pero todos ellos desatienden de algún modo diversos factores sociales y culturales involucrados en el tema (Weisner, 1990). Además, el asun-

to en muchos casos, es que estos autores se han limitado al empleo de estos modelos restringidos y focalizados, sin que se perciba la existencia de un paradigma central que los enmarque.

En nuestros estudios, y considerando que el paradigma de la Antropología Médica Crítica lo permea todo, he desarrollado un modelo analítico de alcance medio de acuerdo al cual las variables históricas, socioeconómicas, políticas, culturales, psicosociales y biológicas operan de manera dialéctica, y donde la perspectiva de género ocupa un lugar relevante. De acuerdo al mismo hemos destacado 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 nada serviría querer planificar el número de hijos deseados, si existe una incongruencia para lograrlo.

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 Estructura de la familia y su inserción en la macroestructura económica condicionarán, en gran medida, las metas de la fecundidad hacia una familia más grande o más pequeña. Otros elementos coparticipantes son los Factores Culturales Generales, aquellos que permean a la cultura en su conjunto, (por ejemplo la tradición religiosa católica determina marcos de acción, en algunos países, respecto del comportamiento sexual y reproductivo). Los Factores Culturales Específicos, son los 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 (Weisner, 1997, 1994, 1988).

## II

**La evolución metodológica a la luz de la experiencia en terreno:** Al investigar el aborto clandestino me he comprometido en el estudio de uno de los temas más conflictivos, marginales y prohibidos de nuestra sociedad, y por lo mismo, más difíciles de emprender.

Ello ha repercutido en todos los niveles de las investigaciones, principalmente en el abordaje metodológico. El hecho que el aborto provocado constituya un acto tan sancionado desde el punto de vista legal, social, ético-moral, religioso, plantea serios obstáculos a quienes pretendan obtener información sistemática fidedigna.

Una de nuestras conclusiones a nivel metodológico cuando se investiga el aborto clandestino, es que una metodología prefijada —aún cuando se hayan extremado las precauciones en su confección y utilización— puede conducir a resultados y conclusiones erróneas, diametralmente opuestas a la realidad. En mis estudios la experiencia concreta en terreno interrogó a la metodología, hasta llevarla a su readecuación.

Reconociendo esto, en las distintas investigaciones que hemos efectuado con posterioridad enfatizamos la necesidad de emplear una metodología pluralista y complementaria, de acuerdo a los objetivos de cada estudio. En esta secuencia utilicé primero acercamientos de índole cualitativa, luego combinaciones cuali-cuantitativas y más adelante enfoques cuantitativos. Se logró una muy buena integración de los distintos enfoques, lo que permitió fortalecer aún más los procesos de interpretación. Las técnicas empleadas abarcaron desde aquellas intensivas con muestras más pequeñas (entrevistas inestructuradas, en profundidad, estudios de casos, historias de vida, testimonios, dramatizaciones, tests y pruebas de imagen corporal y de conocimientos de reproducción humana, etc.) hasta técnicas extensivas con muestras representativas (entrevistas estandarizadas, cuestionarios, estadísticas oficiales de salud, estadísticas demográficas, proyecciones y estimaciones aritméticas, entre otras).

Consecuentemente, las muestras elegidas han variado desde el trabajo con pequeños grupos focales de discusión con mujeres y con hombres, tanto de sectores populares como de mayores ingresos, con expertos en reproducción humana, con personal auxiliar y administrativo de los hospitales, luego con amplias muestras de mujeres hospitalizadas por aborto provocado en varios centros asistenciales del país, hasta abarcar muestras estadísticamente representativas en seis países de América Latina. Desde luego, se ha trabajado sin excepción con el consentimiento informado de las personas entrevistadas.

Me referiré a algunas «complicaciones» de índole metodológica surgidas en nuestros estudios a pesar de las precauciones que se intentaron tomar. En nuestra primera investigación, efectuada con un equipo inter-

disciplinario en un Hospital de Santiago, enviamos una citación por correo a las 500 mujeres consignadas en las fichas clínicas del año anterior, hospitalizadas en ese centro por complicaciones del aborto provocado. Acudieron sólo cinco. Recorriendo cada una de las direcciones registradas logramos reunir a 32 mujeres que no habían dado domicilios falsos, con las cuales trabajamos. Esto constituyó un valioso aporte para despejar dudas metodológicas, y en futuras investigaciones optamos por acudir directamente a las Unidades Sépticas de las Maternidades, donde se hospitalizan las complicaciones del aborto provocado. En el próximo estudio obtuvimos antecedentes cruciales para la comprensión del problema, que no habían sido abordados antes ni en el país ni en otras partes. Sin embargo estos fueron desestimados por los canales oficiales de Salud y Educación, por considerarlos estadísticamente poco representativos. Sobre la base de aquellos resultados, efectué otras investigaciones en 2 de los 6 servicios de salud de la Región Metropolitana y en uno de la V Región. Trabajé durante 6 meses con cerca de 400 mujeres que representaban la totalidad de aquellas ingresadas por aborto que reconocieron sus prácticas abortivas. Las conclusiones obtenidas aquí fueron consideradas significativas y válidas por los canales de Salud y Educación, cumpliendo con nuestro propósito de aportar antecedentes útiles en la implementación de nuevos programas de salud reproductiva. Otro escollo metodológico había surgido al inicio de esta investigación. Con el fin de mejorar sus programas de planificación familiar, a la dirección de uno de los hospitales de Santiago le interesaba conocer la información que obtendríamos. Al estar ellos familiarizados con la tabulación y codificación de encuestas y cuestionarios con respuestas estandarizadas y de alternativas nos solicitaron emplear ese tipo de instrumentos. Consentí, siempre en la prosecución de una metodología óptima para obviar el eterno problema de fiabilidad en la obtención de datos cuando se estudia este fenómeno. Producto del temor, las respuestas de las pacientes fueron falsas en la totalidad de los casos. A pesar de la evidencia clínica del aborto provocado, en todas las preguntas relacionadas con el mismo respondieron negando dichas maniobras, argumentando no usar métodos anticonceptivos ante el gran deseo de tener hijos, etc. Dejé pasar un tiempo prudencial, y previo establecimiento de «rapport» con las mismas pacientes procedí a usar una entrevista libre con pauta guía, en la cual reconocieron sus abortos, las causas del mismo, las personas que los practicaron, incluso explayándose espontánea-

mente sobre dichos temas. Se hace necesario destacar que el empleo sucesivo de dos técnicas distintas con una misma entrevistada —una extensiva y no apropiada para este tópic conflictivo, intensiva la otra y pertinente al tema— arrojaron respuestas tan diametralmente opuestas que parecieron haberse obtenido con dos personas diferentes.

Escollos de otra índole han sido durante todos estos años las dificultades impuestas por las precarias condiciones hospitalarias de la sección de enfermas infecciosas por aborto: la frágil y a menudo muy deteriorada salud emocional y física de las pacientes, con estados de gran postración debido a las hemorragias y a los cuadros febriles por las infecciones, que en ocasiones determinó la muerte de algunas entrevistadas; las permanentes interferencias debidas a las rondas médicas, curaciones, medicaciones, cirugías, exámenes, aseos y muchos otros más. Todo ello incidió en que en numerosas oportunidades debí suspender la entrevista, descubriendo, al intentar su prosecución que la paciente ya no se encontraba en el hospital.

En todos estos estudios obtuvimos resultados sorprendentes, pero todos sabemos que las discusiones más informadas y menos azarosas sobre el aborto exigen —como punto de partida— conocer la magnitud aproximada del problema. Principalmente debido a las sanciones penales del aborto, la información con que se contaba en Chile era escasísima y las cifras que se manejaban en el país databan aún de los importantes estudios que se efectuaron en el decenio de 1960, y con toda probabilidad estaban obsoletas. Algo similar ocurría en muchos países latinoamericanos. Si bien en muchos casos la controversia es saludable, en este no lo es: los medios de comunicación social y otros manejaban cifras extremas, desde tasas bajísimas hasta tasas muy elevadas del aborto provocado lo que no permitía situar el problema de manera objetiva. Así, para conocer la magnitud del fenómeno, con el Instituto Alan Guttmacher de los Estados Unidos, entre 1992 y 1994 trabajamos en 6 países de la región: República Dominicana, México, Brasil, Perú, Colombia y Chile.

La metodología empleada aquí fue complementaria, con tres fuentes principales de información: estadísticas oficiales de salud, encuestas sobre empleo de anticoncepción y encuestas a profesionales expertos por sus conocimientos del aborto.

En esa investigación se estimó en 160.000 el total anual de abortos provocados en Chile, teniendo el nivel más elevado de los 6 países en estudio. Han transcurrido varios años desde aquella investigación, por lo que he

considerado imprescindible elaborar nuevas estimaciones estadísticas del aborto clandestino, y que presentaré en este Congreso por primera vez. Para eso trabajé con estadísticas oficiales de salud, del INE, del Minsal, con la Encuesta Casén 2006, con estimaciones de APROFA, efectuando entrevistas en profundidad a expertos en el tópico (médicos, jefes de servicios de hospitales, matronas, en ministerios, miembros de organizaciones de mujeres, etc.), entrevistando además a mujeres hospitalizadas por aborto.

### **III Conclusiones**

Las importantes y complejas transformaciones económicas, sociopolíticas y culturales en Latinoamérica y en Chile en particular en el último medio siglo han modificado drásticamente las aspiraciones de las parejas acerca del número de hijos que desean tener. La posibilidad de determinar cuando y cuantos hijos tener, ha llegado a ser un prerrequisito para la participación de las mujeres en la vida moderna. Con todo esto, la tasa de natalidad ha descendido abruptamente en el país: de 5.5 hijos en el decenio de 1960, a 2.5 en el decenio de 1980, hasta llegar a menos de 1.9 en 2006. Para el 2006, según la última Encuesta Casén Familias, las familias indigentes de Chile tienen 1.8 hijos en promedio, las pobres 1.7, y las familias no pobres tienen 1.2 hijos en promedio. Por su parte el INE, a partir de sus proyecciones del Censo de 2002, arroja para el 2007 una tasa levemente superior, de 1.9 hijos por mujer. En resumen, la tasa de fecundidad –el número promedio de hijos que ha tenido cada mujer al concluir su edad fértil– entre 1950 y 2000 ha descendido en un impresionante 56% en el país. Esta es la 2ª tasa más baja de la región, después de Cuba y es inferior a la tasa de reemplazo que es de 2.1. Los expertos señalan que con estas tasas el recambio generacional no será posible en Chile.

Hace un mes, los medios de comunicación se centran en este fenómeno. Un importante periódico nacional<sup>1</sup> titulaba «Chile vive el síndrome de la cuna vacía. El país en etapa de transición demográfica avanzada». Al respecto se entrevistó a la Ministra del SERNAM quien manifestaba: «Bajar de 2.1 a 1.8 es serio. No sólo porque no permite el recambio generacional, sino porque un país que tiene esa tasa de natalidad está demostrando que no le deja muchas opciones a la mujer para ser madre ..... Si esta cifra CASEN es así, es que estamos todos al revés de los cristianos o yo por lo menos bastante perdida en eso. Me parece ilógico. El

INE deberá verificar nuestra actual tasa de natalidad a partir de estos nuevos datos», finaliza la Ministra.

Si como sabemos, durante toda su vida reproductiva la mujer chilena desea tener en promedio algo menos de 2 hijos, para lograrlo destinará alrededor de 5 años entre embarazos, períodos postparto y lactancia e intentos de embarazo, y los restantes 30 años tratará de evitar quedar embarazada.

En estas tres décadas de sus vidas, casi todas estas mujeres habrán empleado algún sistema para controlar su fertilidad. Europa tiene tasas de natalidad muy reducidas, las que se han obtenido con programas altamente eficientes y poco onerosos de contracepción. En Chile, donde se han alcanzado las mismas tasas que en Europa – cabe la legítima duda si esto se ha logrado, al igual que en los países europeos, con una excelencia en programas de regulación de la fecundidad a nivel masivo, alcanzando incluso a las familias indigentes. ¿Podrá la cobertura nacional en anticoncepción dar cuenta por sí sola de este impresionante descenso? ¿O esta reducción de la natalidad chilena no se resolverá además de otras formas? ¿Empleando tal vez la anticoncepción de emergencia o «píldora del día después»? ¿Jugará el aborto provocado algún papel de cierta envergadura en la disminución de los embarazos? A continuación nos referiremos a estas materias.

#### **1. Anticoncepción de Emergencia**

En Chile, así como el tema del aborto provocado y del aborto terapéutico han desaparecido silenciándose casi completamente, el debate público se ha desplazado y ha sido reemplazado por la «píldora del día después» o levonorgestrel. La discusión acerca de la anticoncepción de emergencia se ha reagudizado de gran manera, marcando una división tajante de la población en dos bandos irreconciliables y sordos al diálogo – de la misma forma que antes sucediera con el aborto. El meollo del asunto es si la «píldora del día después» sería o no abortiva. La comunidad científica no ha podido demostrar que el levonorgestrel sea abortivo.

A pesar de existir consenso en varios ámbitos de que ha influido en evitar embarazos, sin embargo, hasta la fecha no es posible configurar la cantidad de dosis de levonorgestrel que han consumido las mujeres chilenas con los resultados esperados. Esto se debe a la azarosa y errática distribución y manejo del fármaco. Las razones están a la vista.

Esta pugna, tanto de políticas públicas, como de argumentos valóricos, religiosos y económicos se viene gestando en el país entre detractores y encomiadores de la píldora desde hace varios años. Sin embargo, a partir de Octubre de 2007 el tema se ha radicalizado aún más ocupando los titulares de todos los medios de comunicación social. La confrontación es severa entre grupos pro-vida y pro-elección, entre altos personeros de la Iglesia Católica y el Gobierno, entre los medios de distinta orientación, entre la opinión pública, entre políticos de la Concertación y de la Alianza, hasta llegar actualmente al interior de la Concertación de Gobierno, disputa que muchos temen pueda radicalizarse aún más, siendo la que gatille finalmente el quiebre al interior del conglomerado político. Asunto no menor.

Durante todos estos años ha habido discusiones en el Congreso Nacional de Chile, numerosas presentaciones en los tribunales de justicia y recursos (12) presentados ante el Tribunal Constitucional, ya sea para frenar o para promover su comercialización en el país.

Uno de los recursos presentados al Tribunal Constitucional (en enero 2007) que mejor explica los argumentos de los que se oponen, es el de 36 diputados de la Alianza para que la píldora del día después sea retirada de los servicios de salud y de las farmacias. Citando a expertos científicos los parlamentarios exponen los posibles mecanismos de acción del levonorgestrel: efecto anovulador – impedir la migración espermática – impedir la fecundidad - impedir el transporte ovular e impedir la implantación. Son éstos los mecanismos que ellos consideran «abortivos afectando el derecho a la vida del que está por nacer». En otra de las secciones de la solicitud agregan: «Al ser resultado de gametos humanos es imposible negar que se trata de un ser humano, pues es un ser y es humano, ya que pertenece a la especie humana ... aunque en esa etapa aún tenga el carácter de unicelular».

La controversia de la píldora se remonta a principios de la década en el país cuando sí contaba con registro sanitario. En ese momento las farmacias vendieron muy poco de ese producto, principalmente debido a la presión de grupos provida. Por ese motivo las cadenas farmacéuticas<sup>2</sup> optaron por no venderlo y los 3 laboratorios<sup>3</sup> que lo producían suspendieron su comercialización.

Hasta antes de eso, se vendían cerca de 22.000 dosis anuales, principalmente en el sector de la capital de más altos ingresos. Desde marzo de 2006 está incluido en el Formulario Nacional de Medicamentos, y de acuerdo al Decreto Supremo 194 del mismo, las far-

macias están obligadas a vender el producto cuyas dosis importa Cenablast. Sin embargo las principales cadenas farmacéuticas hasta hace algunos días se negaban a expenderla. No obstante en 85 farmacias independientes y más pequeñas del país<sup>4</sup> – se vende otra «píldora»<sup>5</sup> comercializada por APROFA, desde mediados de este año<sup>6</sup>.

La industria farmacéutica ha declarado tener una ganancia marginal en los últimos cuatro años. La «píldora» solo representa una exigua parte de los ingresos de las principales farmacias. En estos 4 años se han vendido 63.000 unidades del levonorgestrel<sup>7</sup>. En un periódico<sup>8</sup> se lee «¿Qué hubiera pasado si vender este producto hubiese sido un negocio redondo? ¿Se trata de un asunto ético o comercial para las cadenas farmacéuticas del país? Otro titular de días recientes permite arrojar luz sobre el tema: «Cadenas farmacéuticas chilenas venden el medicamento en filiales extranjeras». La Ministra de Salud reprocha: «las farmacias vendieron por más de 4 años la píldora del día después sin acusar ninguna contradicción ética, como lo hacen ahora» y agrega «aquí dicen que es un problema ético, y en otros países las mismas cadenas la venden<sup>9</sup>».

Por abstenerse de vender el producto pese a la obligatoriedad legal, las 3 principales cadenas farmacéuticas fueron sancionadas a pagar una multa de 1000 UTM<sup>10</sup> en cada uno de sus locales. Esta es la 2ª sanción que se les imparte<sup>11</sup>. Hasta ahora se las multó por un solo local y a los pocos días las cadenas de farmacias han decidido reponer transitoriamente su stock y vender el producto a fin de evitar las multas. Pero «no piensan quedarse con los brazos cruzados»<sup>12</sup> y tienen ya algunas líneas de acción legal que les permita no distribuir la píldora en sus locales. Pedirían además audiencia al Tribunal Constitucional.

Un periódico alude a esta situación citando a un connotado abogado<sup>13</sup> quien asegura que «la combinación del derecho a la vida del que está por nacer (sic) y el derecho a la actividad económica como garantías constitucionales, permite asegurar que el tema de la píldora es una materia legal que debe pasar por el Congreso y no basarse simplemente en un decreto como ha sido hasta ahora».

Polémicas en algo similares en el vecino país son las que quedan de manifiesto en la publicación de Susana Chávez (2004) titulada «Cuando el fundamentalismo se apodera de las políticas públicas. Políticas de salud sexual y reproductiva en el Perú».

El Tribunal Constitucional también se ha visto afectado por este debate, ya que ha debido inhabilitar a uno de sus miembros<sup>14</sup> por haber pronunciado previamente su opinión sobre el tema de la «píldora» en un texto, siendo reemplazado por un abogado integrante.

La Iglesia Católica ha estado en el centro del debate. El Papa Benedicto XVI hace unos días encargó «no anestesiarse la conciencia frente a fármacos que provoquen abortos, como «la píldora del día después», recomendando a los farmacéuticos que no la expendan. A estas declaraciones, la Ministra de Salud comenta<sup>15</sup> que «el mensaje de Benedicto XVI no es del todo aplicable en Chile y el Papa podría haber hecho alusión a los países donde los farmacéuticos tienen la facultad de emitir recetas. En el país son los médicos quienes prescriben los medicamentos y ellos sí pueden declararse objetores de conciencia en el caso de los anticonceptivos».

El Obispo Alejandro Goic, presidente del Episcopado de Chile<sup>16</sup>, manifiesta: «Los medicamentos que están en el Formulario Nacional son para curar la vida, y no para destruirla». El artículo expone: «Un fuerte pronunciamiento contra el Gobierno emitió ayer la Conferencia Episcopal de Chile por la acción de disponer de la «píldora del día después» en las farmacias del país». Monseñor Goic y Monseñor Cristián Contreras recogiendo las palabras del Papa, apelaron a la objeción de conciencia para que los farmacéuticos no entreguen el fármaco, ya que tiene un carácter abortivo para un sector de la sociedad científica. Monseñor Cristián Contreras, secretario general de la Conferencia Episcopal de Chile<sup>17</sup>, señala que «no existe un diálogo efectivo con el Minsal, en materias que preocupan a la Iglesia Católica, como la píldora del día después que el Gobierno promueve»... más allá de las políticas puntuales, interesa conocer la concepción de persona humana que tiene esa cartera». Sobre las sanciones del Gobierno a las farmacias por no disponer de la píldora, indicó que «el tema de fondo para la iglesia es el valor de las vidas humanas, en este caso la defensa del que está por nacer» (sic).

La Cámara de Diputados no ha estado ajena a esta radicalizada discusión – y esta vez, desde otro ángulo, se ha visto envuelta en un peligroso forcejeo entre parlamentarios de la Concertación. Su presidente, Patricio Walker<sup>18</sup>, declaró entre otras cosas que «obligar a vender la «píldora del día después» constituye un atentado del Gobierno a la libertad de conciencia». Duras críticas formularon a esta afirmación diputados socialistas y PPD, las que generaron a su vez una muy enérgi-

ca reacción de diputados de la Democracia Cristiana. Uno de ellos<sup>19</sup> expresó: «hay una lógica estalinista para imponer las cosas». Otro diputado<sup>20</sup> indicó: «Si diputados del PS y del PPD quieren romper la concertación al interior de la Cámara que tengan cuidado, porque nosotros también podemos conversar nuestra situación en el gobierno».

Por su parte, el jefe de la bancada socialista<sup>21</sup>, y un diputado PPD<sup>22</sup> inicialmente pretendían presentar una censura a la mesa directiva de la Cámara de Diputados para provocar la caída de su Presidente, pero finalmente la cambiaron por una petición de renuncia y la exigencia de que se retracte de sus dichos.

Esta es la declaración que en días recientes hiciera la Presidenta de la República<sup>23</sup> sobre la «píldora del día después»: «Son las personas las que deben decidir por sobre los intereses comerciales o las materias de Estado. En Chile, nadie puede ni debe ser violentado en su conciencia en ningún aspecto en la vida. ¿En qué sentido? En todos los sentidos, aspectos y direcciones, porque son las personas las que deciden, y no el Estado».

Para finalizar este capítulo exponemos lo que muchos piensan y es que –detrás de la encarnizada batalla que en Chile liberan grupos de poder político y religioso contrarios al levonorgestrel– existirían segundas intenciones tan o más poderosas que el tema «píldora». Se trataría de demostrar implícitamente que –si con un fármaco donde no está demostrado su efecto abortivo de unos días hay tal oposición– mucho menos existe la posibilidad de reconsiderar que se devuelva al aborto terapéutico y al aborto provocado el status y la penalización legal que había en Chile antes del cambio introducido por el Gobierno Militar.

## *2. Comportamiento anticonceptivo de la mujeres que se provocan abortos*

De acuerdo a nuestro modelo analítico, refrendado por la experiencia en terreno, tres son los factores principales que influyen sobre los Medios para controlar el comportamiento reproductivo:

- a) **Los Factores de Motivación:** Son los factores culturales a nivel cognitivo, que crean una actitud favorable o desfavorable, activa o pasiva hacia el empleo de métodos anticonceptivos. En muchos de los casos que hemos estudiado se creó una actitud de rechazo por barreras culturales tales como el temor «a contraer cáncer» con los DIU, hasta padecer odontalgias, frigidéz o alergias con los anticonceptivos orales. Creencias ex-



tendidas entre las adolescentes son por ejemplo, que si las relaciones sexuales son esporádicas o si son las primeras no se produciría un embarazo, por lo que en esos casos no emplean métodos anticonceptivos.

- b) **Los Factores de Capacitación:** Son aquellos relacionados con la información sobre la existencia de métodos contraceptivos, con los requisitos que se necesitan para solicitarlos, y con el adiestramiento y las aptitudes de las personas para usarlos.
- c) **Los Factores de Facilitación:** Son los relacionados con el desarrollo de la tecnología en contracepción y con la disponibilidad y acceso a esa tecnología. Estos aspectos son de competencia de las instituciones y organismos estatales y privados encargados de los programas de regulación de la fertilidad y están estrechamente vinculados con las políticas de población de los gobiernos.

Nuestra experiencia nos ha confirmado que las mujeres que abortan han tenido severos obstáculos en algunos o en todos estos 3 niveles. Una proporción importante no ha empleado la moderna anticoncepción de manera sistemática. Transitoriamente, en su reemplazo, se deciden por los métodos naturales (Ogino, ritmo). Lo dramático aquí es que los métodos naturales que emplean están basados en el absoluto desconocimiento del propio ciclo fértil. Se produce aquí una asociación que es la causa penosamente eficiente de embarazos no deseados: si ellas no usaran métodos modernos pero conocieran correctamente su ciclo fértil, los embarazos no serían tan frecuentes. Y si no conocieran su ciclo reproductivo pero emplearan en forma sistemática los métodos modernos, casi no se producirían embarazos. Así, las entrevistadas de sectores populares creen que los días del sangramiento menstrual, los inmediatamente previos y posteriores, son los que constituyen el período fértil. Y creen que no puede haber embarazo en los días de máxima fertilidad: en los días intermedios entre una menstruación y la próxima. Consecuentemente, creen en una fecundación de tipo mecánica donde el útero se «abriría» para permitir el período menstrual, posibilitando entonces la entrada de los espermios; los que no podrían entrar el resto del mes, ya que permanecería «cerrado». Ello las conduce a la continencia y a la interacción sexual justamente en los días inadecuados para su gran motivación de no tener hijos. Emplean así erróneamente lo que denominan Calendario chino (por Ogino) o también utilizan en

los días inapropiados los métodos asociados al coito (preservativos, jaleas, óvulos, espermicidas y otros). Estas creencias no son aleatorias ni aisladas sino que configuran etnociencias, «ciencias populares» estructuralmente coherentes, aunque en este caso equivocadas desde el punto de vista científico y han guiado el comportamiento sexual y reproductivo de nuestras entrevistadas. Son resabios vigentes de la medicina humoral hipocrática, bastante extendidos aún en sectores populares de nuestro país y de Latinoamérica. Como resultado de esto a menudo se han embarazado, y si éste embarazo no ha sido planificado ni deseado, finaliza en un aborto. De ahí la importancia de conocer estas creencias – que han sido transmitidas por agentes socializadores a través de la tradición oral y reemplazan el lugar que debieron tener los conocimientos científicos en estas materias.

La regulación de la fertilidad en Chile es un tema donde hay mucho de mito y gruesas y erróneas interpretaciones que es necesario despejar. Tanto los medios de comunicación social del país, como todas las cuentas sectoriales realzan el casi medio siglo de una dilatada, eficiente y sostenida regulación de la fertilidad en el país. Un breve recorrido crítico por estos 45 años me permitirán concluir que estas aparentes sistemáticas y exitosas políticas y programas de anticoncepción no lo han sido tales en la práctica: podríamos hablar de períodos mas bien cortos y no tan eficientes.

Así, en 1962 el SNS crea una Comisión a fin de elaborar estrategias para reducir la incidencia de los abortos provocados que alcanzaban las características de una pandemia. En 1964 se formula la primera Política de Planificación Familiar del Gobierno de Chile con esa misma finalidad, la que se da a conocer al país en septiembre de 1966, con gran resistencia de los sectores conservadores. En 1968 se firma un convenio entre el SNS y APROFA, donde esta última actúa como intermediaria hasta 1990 en la donación de anticonceptivos provenientes de la USAID<sup>24</sup>.

Consideremos que apenas 6 años después de iniciadas las actividades de planificación familiar en el país, sobreviene la Dictadura Militar. Por razones ideológicas y geopolíticas, la política de población aprobada por ese Gobierno en una de sus partes principales recomienda que «es deseable un aumento significativo de la población». Durante los 17 años en que el Gobierno Militar está en el poder se produce una fuerte desincentivación de los programas de regulación de la natalidad. Hay una clara ausencia de estudios referidos al tema y se prohíbe el ingreso al país de las En-

cuestas Demográficas y de Salud, lo que nos ha perjudicado hasta la fecha. Se penaliza el aborto sin excepción.

Recién en 1990, con el advenimiento del primer Gobierno democrático que sucede a la Dictadura, se van enriellando lentamente las actividades de regulación de la fertilidad en Chile. Sin embargo, durante varios años adolecen de vacíos que inciden en su ineficiencia. En 1991 se formula el Programa de Salud Materna Perinatal donde la planificación familiar es tan solo una actividad más, sin estrategias ni recursos propios, y la cobertura en anticoncepción es insuficiente (principalmente en grupos de alto riesgo como son las adolescentes, las solteras y mujeres recientemente hospitalizadas por aborto).

En 1995 la USAID pone término a la donación de anticonceptivos en Chile, por considerarlo estable política y económicamente. En 1997 la Salud Sexual y Reproductiva es definida como una de las 16 prioridades de Salud para el país. Como referencia, la población de usuarias de anticonceptivos bajo control del SNSS ha sido en 1990 de 18.5% de mujeres en edad fértil; de 25.6% en 1998 y 29.8% de las mujeres en edad fértil en 2005. Podemos observar que no es una cobertura suficiente para un país con una elevada magnitud de aborto. La meta del MINSAL es aumentar el porcentaje a 50%.

En resumen, no se puede hablar en propiedad de 45 años de regulación de la natalidad en Chile, como si se tratara de programas con un desarrollo sostenido y exitoso. Creemos que hay distintos períodos con mayores o menores logros. El primero, desde 1967 hasta 1973: 6 años en que comienzan en Chile las actividades de anticoncepción. Desde 1973 a 1990: 17 años donde sufren un retroceso a partir de la Dictadura Militar hasta el comienzo de la Democracia; y desde 1990 a la fecha: de estos 17 años, realmente sólo en los últimos 10 los programas de regulación de la natalidad se han ido consolidando. Recordemos aquí lo señalado por el BID en 2006: una buena y adecuada política, mal implementada, tiene peor éxito que una alternativa no tan buena, bien implementada.

Lo fundamental es tratar de reducir el número de abortos llegando a la raíz del problema: los embarazos no planificados ni deseados. El discurso público considera al aborto provocado aisladamente de estos sucesos que lo precipitan, y políticamente se le trata como el episodio central del comportamiento reproductivo, antes que como el último y dramático recurso cuando han fallado las demás opciones.

### **3. Aborto clandestino**

#### **A.- Desde la perspectiva legal**

En el Decreto N° 725, artículo 119 del 11 de diciembre de 1967 del Código Sanitario Chileno se establecía: El embarazo puede ser interrumpido solamente por razones terapéuticas, aquellas relacionadas con la existencia de riesgos para la salud de la madre y para la vida de la madre. El Código Penal Chileno puntualizaba la sanción en caso de transgredir la ley: de uno y medio a 3 años de prisión para la persona que practicaba el aborto y de 3 a 5 años para la mujer que consentía en un aborto o se lo autoinducía, a menos que el acto se hubiera efectuado para esconder el deshonor, en cuyo caso la pena se reducía.

El Gobierno Militar, derogó el decreto anterior y eliminó absolutamente el aborto incluso el terapéutico, de acuerdo a la Ley 18.826 (también denominada «Ley Merino») del 15 de septiembre de 1989. A partir de entonces el aborto es considerado como delito de homicidio simple – penado hasta con 8 años de cárcel. Si es necesario elegir entre la vida de la madre y la del embrión o del feto, se debe optar por la vida de éstos. La actual regulación penal en Chile «considera a la mujer y el valor de su vida como un bien jurídico subordinando al feto en gestación».

Parece paradójico que con orientaciones ideológicas y políticas tan antinómicas como las del Gobierno Militar y aquellas de los Gobiernos de la Concertación, los resultados hayan sido tan coincidentes con respecto al aborto provocado. El primero legisló para prohibirlo, y los otros han evitado absolutamente tocar el tema: 17 años activamente, por un lado, y otros 17 años pasivamente, por otro lado, han marcado durante casi 35 años la penalización total del aborto en Chile.

Chile es así uno de los 18 países del planeta donde el aborto se encuentra totalmente prohibido. Hace algún tiempo políticos y parlamentarios chilenos enviaron sendos proyectos de ley que abogaban por aumentar aún más las penas por aborto, a 15 años de prisión.

#### **B.- Aborto terapéutico**

El aborto terapéutico –cuando el embarazo representa un grave riesgo para la vida y la salud de la mujer– constituyó una prestación de salud durante más de 55 años, incorporada en el Código Sanitario desde 1931. Con la reforma al último Código Sanitario introducida por la dictadura, una acción médica de ocurrencia diaria, dirigida a salvar la vida de la mujer, pasa a catalogarse como un hecho criminal.

Es también un tema invisibilizado y ni los medios de comunicación social, ni las autoridades ni los políticos se manifiestan al respecto; sólo lo hacen muy esporádicamente cuando surge un caso más «mediático». Como en la comentada situación en el país del feto anencéfalo donde se conocía de antemano que moriría al nacer y no se permitió el aborto terapéutico. O el conocido caso ocurrido en Santiago donde a Gladys Pavez tampoco se le permitió el aborto terapéutico de un feto con agenesia renal (no tenía riñones, ni vejiga, ni vías urinarias, ni aparato excretor), sin la menor posibilidad de sobrevida, ya que no existía ninguna probabilidad de trasplante ni de diálisis intra o extrauterina. A la madre no se le aceptó ni siquiera la petición de adelantar el parto; sólo se le indujo cuando el embarazo estuvo de término. La niña murió a las 6 horas de nacer, aproximadamente en el lapso previsto de antemano por los médicos.

El Dr. Smiljan Kukulj, entrevistado por un periódico del país<sup>25</sup> para comentar el caso, señaló: «Dios es más sabio que el hombre y hay que dejar actuar a la naturaleza». Condenó terminantemente a posibles abortos terapéuticos incluso cuando se descubran graves anomalías en los fetos, cuyo destino es la muerte al nacer. Él avala sus palabras con su experiencia personal, ya que tuvo conocimiento previo de que sus 4 hijos varones nacerían con hidrocefalia, muriendo 3 de ellos al nacer. El último hijo, Iván, sobrevivió, al practicarse en los Estados Unidos 14 operaciones al cerebro, cuyos costos asumió completamente la Rockefeller Foundation, donde el Dr. Kukulj se encontraba becado.

### ***C.- Nuevas estadísticas del aborto provocado en Chile***

Para conocer la magnitud de un tema tan penado y controvertido en Chile como es el aborto intencional, solamente se puede emplear una metodología indirecta, en el entendido que ningún estudio puede dar cuenta exacta de su incidencia. Esto es porque se intenta medir el comportamiento de un área oscura e ilícita de la vida reproductiva de las mujeres, oculta por el secreto y el temor. Todo lo que nosotros los investigadores podemos hacer –dada la falta de información fidedigna– es tratar de manera seria y acuciosa de arrojar algo de luz sobre este difícil problema.

**a) Hospitalizaciones por aborto:** En primer lugar nos basamos en las estadísticas oficiales de las mujeres hospitalizadas por aborto. Chile tiene el mejor sistema de estadísticas de la región con un subregistro de 0<sup>26</sup>.

De acuerdo a éstas, en Chile se hospitalizaron 23.052 mujeres por aborto en 2006.

La disminución en los últimos años de las hospitalizaciones por abortos en Chile –que es uno de los indicadores principales para calcular el aborto– podría deberse además al hecho de que las técnicas, procedimientos y medicaciones utilizados en su realización han mejorado notablemente en el último tiempo, lo que se traduciría en una menor incidencia de complicaciones y con eso en una menor necesidad de requerir hospitalización.

Otro punto crucial es el amplio reconocimiento de que no todas las mujeres hospitalizadas por complicaciones tienen abortos inducidos: una proporción de ellos es espontáneo. Y aquí se encuentra otra dificultad: decidir cual es la proporción de uno y del otro. Para Chile, oficialmente, el 9% de los abortos hospitalizados es espontáneo, pero creemos que la proporción es mayor. Para calcular esto se aplicaron 4 diferentes acercamientos metodológicos:

- 1) Una estimación de índole biológica, que para Chile arroja que el equivalente al 3.31% de todos los nacidos vivos termina en un aborto espontáneo hospitalizado, lo que equivaldría al 25% de abortos espontáneos hospitalizados.
- 2) El enfoque de la OMS – FLASOG<sup>27</sup> que estima que el 33% de los abortos hospitalizados en América Latina son espontáneos.<sup>28</sup>
- 3) Otras 2 estimaciones del AGI:  
Asunción 3: Expertos médicos entrevistados en distintos países de la región señalan que el 15% de los abortos hospitalizados es espontáneo.  
Asunción 4: Expertos médicos entrevistados en distintos países de la región señalan que el 25% de los abortos hospitalizados es espontáneo y es el que refleja el nivel intermedio aproximado entre las estimaciones más bajas y las más elevadas.  
Asunción 5: Nosotros hemos empleado el nivel intermedio exacto entre la estimación más baja y la más alta: 20%

Así, para Chile, del total de hospitalizaciones por aborto en 2006, sustrayendo el 20% de abortos espontáneos, quedan 18.452 abortos provocados el año recién pasado.

**b) Multiplicador o Factor de Inflación o Factor de Expansión:** No creo que exista un solo experto que piense que esta cifra represente el cálculo final de nuestras estimaciones, ya que significaría que absolutamente todas las mujeres chilenas que se provocan abortos

experimentan complicaciones, y que absolutamente todas estas complicaciones se hospitalizan. Es decir, que esta cifra de mujeres hospitalizadas representa el iceberg completo. Querría también significar que no existen mujeres de mayores recursos que abortan en buenas condiciones de sepsis, con personal calificado. Los epidemiólogos, los demógrafos y otros expertos concuerdan con nosotros, cuando asumimos que solamente una proporción de los abortos provocados se hospitaliza, es decir, por cada mujer que se hospitaliza por aborto clandestino hay un número adicional de mujeres que se provoca abortos pero que no sufre complicaciones y otras que no pueden o no desean hospitalizarse.

Para hacer este cálculo debimos recurrir a un método indirecto que denominamos «factor de expansión, o multiplicador o factor de inflación». Este multiplicador se obtiene con gran acuciosidad, analizando meticulosamente numerosos factores en juego, que van cambiando en el tiempo, tal como ha cambiado la práctica del aborto en la región, aún sin cambios en lo legal.

Recordemos que los primeros cálculos de multiplicadores a nivel mundial se efectuaron en Chile en el decenio de 1960, cuando el aborto había adquirido las características de una pandemia: 31% de los abortos se hospitalizaba de acuerdo a Monreal y Armijo (1962: 3-39). Viel (1975: 226-237) indicaba que por cada hospitalización por aborto provocado, existían dos más de los cuales nada se sabía.

Pero han transcurrido 45 años desde aquellos estudios pioneros y sabemos que en este tiempo las condiciones en las que se practica el aborto han mejorado. Conocemos que mientras más seguras son las técnicas que se utilizan, la proporción de abortos que requiere de hospitalización es más baja y al mismo tiempo más elevado será el factor de Expansión. Así, una tasa 1:7 caracteriza a los países con servicios buenos y seguros de aborto. Una tasa intermedia es de 1:5, donde el acceso y la calidad de servicios es menor que la anterior, pero mucho mejor que la que caracterizaba a Chile de hace 45 años.

En la investigación que efectuamos con el Alan Guttmacher Institute en 1992-4, en 6 países de la región, empleamos un factor de Expansión de 5, o sea una de cada 5 mujeres que se provoca un aborto se hospitaliza por complicaciones (este factor fue un reflejo de las condiciones promedio, emparejando las diferencias entre los distintos sectores de la población).

Hoy, después de casi 15 años de aquel estudio empleando diversas fuentes ya mencionadas antes, cree-

mos que un multiplicador de 6.5 es el que reflejaría mejor la realidad actual del país en esa materia<sup>29</sup>. Tenemos entonces que en la actualidad, en Chile, se podría hablar de una incidencia de **120.000 abortos clandestinos al año**.

Si bien la magnitud del aborto ha disminuido en estos 15 años, la consideramos aún muy elevada. Los programas de regulación de la fertilidad han mejorado en el país, lo que explicaría en parte este descenso. ¿Cuánto habrá influido la «píldora del día después» en la disminución del aborto clandestino? ¿Cuánto habrá influido otro tipo de aborto, aquel con medicamentos? Se piensa que el aborto con los medicamentos Misoprostol y Mifepristone se está empleando en Chile de manera creciente en el último tiempo. Sin embargo se desconoce su verdadera magnitud al llevarse a cabo en la privacidad del hogar<sup>30</sup>.

Creemos que, por el momento, estas interrogantes quedarán sin respuesta.

#### ***D.- Proceso del aborto***

El aborto intencional es el acto final de un largo y penoso proceso que se inicia con un embarazo no deseado. Entre las principales causas y motivos que impulsan a las mujeres a correr el peligro de un aborto clandestino e inseguro se encuentran:

- En el caso de las mujeres solteras, se distribuyen entre las que son abandonadas por sus parejas y aquellas que le temen al control social, al rechazo de su familia y de la sociedad.
- Causas de índole económica, como el temor de no poder criar a un hijo, por bajos salarios, desempleo, inestabilidad laboral, etc.
- Relación de pareja inestable o insuficientemente sólida como para criar hijos en conjunto, o que el hombre deja de prestarle apoyo emocional o económico a su pareja.
- La mujer o la pareja ya ha tenido todos los hijos que desean tener, o bien desean un hijo en el futuro y no ahora.
- En el caso de jóvenes solteras que desean alcanzar ciertas metas, como estudios y otras aspiraciones personales antes de ser madres.

Las causas del aborto en mujeres de mayores ingresos difieren de las restantes. En las primeras, los problemas económicos, tienen desde luego, poca relevancia. Su decisión de abortar está determinada más bien por el temor al control social, por motivos de índole psi-

cológica y afectiva, o por razones circunstanciales que alteran los legítimos proyectos de vida que se han trazado. Muy distintos serán también los servicios, las técnicas que se emplean, el personal que practica el aborto y la calidad del mismo, y con eso el riesgo o no de complicaciones y de hospitalizaciones.

Podemos hablar de dos procesos muy diferentes cuando nos referimos a un único fenómeno: el aborto inducido en mujeres de menores ingresos y en mujeres de ingreso medio y alto. Tan diversos son, que a nuestro juicio necesitan un análisis separado, y nos permite expresar que la mujer pobre es una víctima y la de mayores recursos, en este sentido, es más bien una protagonista.

**Las etapas del proceso abortivo:** en mujeres de sectores populares siguen una secuencia bastante similar:

1) En la primera fase emplean acciones abortivas menores: se colocan inyecciones<sup>31</sup>; ingieren elementos tóxicos<sup>32</sup>; emplean acciones mecánicas violentas<sup>33</sup>; se autointroducen en el útero diversos elementos<sup>34</sup>; ingieren infusiones de yerbas<sup>35</sup>; toman decocciones de bebidas alcohólicas y fármacos, asociados a yerbas.

Hemos detectado la gran coincidencia en el empleo de estos abortivos, ya sea en el tiempo como en el espacio (Weisner 1990: 81-117). Al tratarse de temas tabúes son transmitidas por la tradición oral y son autopropagadas a través del tiempo, recibiendo poca influencia de los conocimientos actuales de la ciencia. La importancia de estudiarlos es la trascendencia a nivel cultural que estos «remedios» tienen en la prosecución del proceso, a pesar de tener escasa o nula acción abortiva. Según etnoconocimientos de las mujeres, una vez utilizados el feto sufriría malformaciones orgánicas insuperables. De la mano con esa creencia ya han dado el paso en el camino sin retorno que conduce al aborto.

2) Al no obtener resultados con estos remedios, en una segunda etapa recurren a la introducción uterina traumática de ciertos elementos que suelen exigir la intervención de terceras personas, generalmente de «aborteras». Emplean la técnica de la «sonda» o catéter de goma, o lavados endouterinos. Esto obedece a razones económicas, ya que las mujeres conocen de técnicas más asépticas y menos traumáticas y peligrosas como es el curetaje o raspaje o la aspiración intrauterina practicados por personal médico y paramédico.

3) Entonces, al no tener dinero, como única solución deben recurrir 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– constituyen habitualmente el requisito previo indispensable para que estas mujeres prosigan, recién entonces, a la tercera y última etapa de este difícil proceso: el curetaje médico efectuado en un hospital.

A las precarias condiciones físicas derivadas de sus acciones se suman consecuencias psicológicas de distinta magnitud que afectan a las mujeres que se han practicado abortos clandestinos. De manera sucinta destacamos que son la ansiedad y el miedo las que caracterizan al proceso de toma de decisiones. Con posterioridad al aborto aparecen la culpa; la rabia contra ellas mismas y con las causas que las empujaron a provocárselos; el alivio por dar fin a una situación que les era insostenible; impotencia; ambivalencia afectiva, en que sienten culpa, deseos de reparación y alivio. Las mujeres cuando la decisión les ha sido impuesta por otros, ya sea por presión familiar o de sus parejas, y han debido abortar en malas condiciones de higiene, o bien aquellas que han enfrentado el hecho solas y desprotegidas, elaboran muy mal la experiencia y el duelo es mucho mayor.

Las mujeres que deciden por sí mismas, apoyadas por sus parejas o por familiares, y donde el procedimiento se efectúa en buenas condiciones, tienen vivencias menos negativas que el grupo anterior y hacen un duelo menor.

Pero lo que jamás he dejado de percibir en todos estos años, es que de una u otra forma el aborto siempre ha significado ser un suceso doloroso y conflictivo en la vida de las mujeres, que hubieran deseado que nunca se produjera.

## IV

**A nivel Aplicado.** Uno de los objetivos principales de mis estudios ha sido intentar su pertinencia aplicada; el que puedan ser utilizados, aún como granos de arena, en mejorar la salud y las condiciones de vida principalmente de mujeres de menores recursos.

Así, en las primeras investigaciones, luego de la solicitud del canal de Educación de confrontar nuestros resultados en investigaciones con muestras estadísticamente representativas, logré que estos descu-

brimientos fueran incorporados en la currícula oficial de Educación del país: por ejemplo, al extendido desconocimiento del ciclo fértil y otros etnoconocimientos acerca de reproducción humana no coincidentes con la realidad biológica, se incorporaron las nociones correctas. Estas creencias erróneas guiaban los comportamientos de algunos sectores de la población, lo que incidía en embarazos no planificados, que al no ser deseados, en ocasiones finalizaban en abortos intencionales.

Principalmente en países como los nuestros, es importante no duplicar las investigaciones. Los resultados de algunos de mis estudios han sido empleados con buen éxito por equipos de Salud de Hospitales del país – en programas de intervención dedicados a prevenir la reincidencia del aborto en mujeres hospitalizadas por esa causa.

Por otra parte, he podido socializar la información derivada de estas investigaciones, trabajando durante todos estos años con numerosos grupos focales de mujeres pertenecientes a poblaciones, a colectivos y a organizaciones femeninas, en la prevención del embarazo no deseado y del aborto inducido.

Algunos resultados de mis investigaciones fueron incluidos en los documentos 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 en Beijing – en 1995.

Los programas de planificación familiar del país hasta hace pocos años «cubrían» al siguiente perfil de mujeres: Entre 30-39 años, pertenecientes al sector socioeconómico bajo, con bajos niveles de educación formal. Eran casadas, tenían entre 3 y 4 hijos vivos, y con antecedentes de abortos previos.

Lo dramático de este perfil es que era el que correspondía a las mujeres que abortaban en el decenio de 1960, descubierto en los estudios de los Dres. Requena, Monreal y Armijo. Al no existir nuevos antecedentes, 30 años después aún se las seguía considerando como las mujeres que presentaban más alto riesgo de abortar. Nuestros estudios hicieron una contribución al demostrar a los canales oficiales correspondientes que el perfil de las mujeres que abortaban había cambiado sustancialmente: Se trataba ahora de mujeres jóvenes, entre 16 y 30 años, solteras y sin hijos en su mayoría, con educación media y sin antecedentes de abortos previos, careciendo las más jóvenes y solteras de cobertura en programas específicos de anticoncepción. En Chile, la magnitud del aborto provocado era desconocida, y aún 30 años después se manejaban las esta-

dísticas obsoletas de principios del decenio de 1960. Nuestra investigación, efectuada con el Alan Guttmacher Institute entre 1992-1994, arrojó nuevas estimaciones que son las que hasta este momento emplean todos los medios oficiales y no oficiales del país y del mundo. El mismo tuvo repercusiones a nivel nacional y regional, despertando además, un gran debate en todos los medios de comunicación social. Con esta investigación el tema del aborto se abrió abruptamente por primera vez a la opinión pública, luego de estar silenciado durante 20 años, desde los inicios de la Dictadura Militar.

Hoy día he presentado aquí estadísticas inéditas del aborto clandestino en Chile. Efectué el trabajo al considerar –correctamente como comprobaría después– que las estimaciones que obtuvimos hace 14 años, también estarían obsoletas.

A nivel en donde se toman importantes decisiones del país, en el Congreso Nacional de Chile, se presentaron dos proyectos de ley del aborto. Estos no se referían a despenalizar el aborto terapéutico, sino que en ellos se recomendaba aumentar hasta 15 años las penas de prisión para las personas involucradas en su práctica. Se promovía una moderada rebaja a las penas, fomentando lo que algunos parlamentarios denominaban «delación compensada», y otros «arrepentimiento eficaz» al denunciar a la persona que proveía el aborto y a la mujer que se lo inducía. Así, las Comisiones pertinentes del Congreso me solicitaron que expusiera ante ellas los antecedentes y reflexiones que yo había sintetizado durante todos estos años de investigar el tema de la salud reproductiva en general y en particular del aborto provocado. Les expuse extensamente la complejidad del proceso del aborto, demostrándoles la multideterminación y coparticipación de los distintos factores en juego. Después de eso, los parlamentarios reconocieron de manera explícita que el fenómeno del aborto aparecía como muchos más complejo que lo previamente imaginado por ellos. Puedo decir con sencillez y reconocimiento que, en el decir de los congresales, mi presentación contribuyó para que ellos reconsideraran y retiraran sus anteproyectos de ley, al menos hasta ahora.

Antes de finalizar, quisiera decir que no sólo queda aún mucho camino por recorrer, siento que en materia de derechos reproductivos estamos retrocediendo en el país.

Los resultados de estos estudios demuestran 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 fertilidad. Creemos que esto amerita un análisis más objetivo y detenido por parte de quienes deciden y adoptan las políticas en el área de la salud y de los derechos reproductivos de la población. El aborto es un hecho que preferiríamos que no existiera, pero es una realidad que no se puede desconocer. Negarse a verla, distraer de ella la atención de la población, desplazarla hacia otros aspectos, sólo pone de manifiesto las caries del sistema. Debería haber una mayor urgencia en ocuparse seriamente de las causas de la elevada incidencia del aborto provocado en Chile, antes que centrar toda la energía y el debate en la remota posibilidad de un microaborto de días, vale decir, en la «píldora del día después».

Creo que existen errores de atribuciones de causalidad a un efecto. El aborto tiene sus raíces en una multideterminación de factores: en problemas socioeconómicos de la más diversa índole, en problemas psicosociales, culturales, políticos y legales de gran envergadura, que no se pueden más ignorar. Parecerían no resolverse simplemente con decretos que aumenten con más años de cárcel las penas del aborto. Hoy hemos tenido estadísticas ante nosotros que nos informan de realidades que nos constituyen y nos permiten lograr un espejo de nuestra sociedad 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.

Y este ayer, hoy y mañana nos brinda la ilusión de un movimiento y un cambio que sólo es aparente, pero que en realidad enmascara un tiempo estático, en donde las cosas no se mueven, a pesar de las evidencias ante los ojos.

## Notas

<sup>1</sup> El Mercurio, domingo 7 de octubre, 2007 – págs. D 22 y D 23

<sup>2</sup> Salcobrand, Cruz Verde y Ahumada.

<sup>3</sup> Recalcine, Grunenthal y Tecno Pharma.

<sup>4</sup> Galénica y Dr. Simi.

<sup>5</sup> Bajo el nombre de Postday del Laboratorio franco-colombiano Lafranco.

<sup>6</sup> De nombre Optinor, del laboratorio ICON

<sup>7</sup> Recaudando en total \$280 millones. Para comprar, sólo en un año, el medicamento Tapsin vendió \$ 12.5 millones de dólares.

<sup>8</sup> El Mercurio, 1º de noviembre, 2007 – p. C5

<sup>9</sup> Alude a Farmacias Ahumada que comercializa el Postinor 2 en México.

<sup>10</sup> \$ 33 millones MN.

<sup>11</sup> Salcobrand tiene 60 citaciones desde Junio de 2007, Ahumada lleva 15.

<sup>12</sup> El Mercurio, 28 de octubre – 2007 p. A1-B1-B4 aparecen los siguientes titulares: «Farmacias en batalla frontal con el Gobierno tras multas por «píldora del día después». «Farmacias acorraladas por el Gobierno para imponer venta de la «píldora».

<sup>13</sup> El Mercurio, 28 de octubre – 2007 p. B5: el Abogado Sr. Arturo Fermandois.

<sup>14</sup> Sr. Enrique Navarro

<sup>15</sup> El Mercurio, 31 de octubre - 2007 p. C5

<sup>16</sup> El Mercurio, 31 de octubre - 2007 p. C1

<sup>17</sup> El Mercurio, 1 de noviembre - 2007 p. C5

<sup>18</sup> El Mercurio, 31 de octubre - 2007 p. C4

<sup>19</sup> Sr. Jaime Mullet

<sup>20</sup> Sr. Pablo Lorenzini

<sup>21</sup> Sr. Fulvio Rossi

<sup>22</sup> Sr. Marco Antonio Núñez

<sup>23</sup> El Mercurio, 1 de noviembre – 2007 – p. C1

<sup>24</sup> Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos.

<sup>25</sup> El Mercurio – 30 de mayo, 2002 p. 27

<sup>26</sup> Por ejemplo Colombia tiene un subregistro de 17%, República Dominicana tiene una de 33%.

<sup>27</sup> Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología

<sup>28</sup> Esto se obtiene encuestando a la mujer hospitalizada para que responda si el aborto fue intencional o espontáneo.

<sup>29</sup> Agradezco los aportes que en esta materia me hiciera la Dra. Susheela Singh, Directora de Investigación del Instituto Alan Guttmacher de los Estados Unidos.

<sup>30</sup> Consiste en la inserción vaginal de 4 pastillas en dos a cuatro aplicaciones que provocan el aborto a las pocas horas. Las mujeres entrevistadas señalan preferirlo a las intervenciones quirúrgicas, o a las introducciones de sondas o aspiraciones. Lo consideran menos riesgoso y menos traumático, no es invasivo y es más rápido. Es auto-aplicable y preserva su privacidad. Lo prefieren además porque debe tenerse menor tiempo de gestación (hasta 7 semanas como máximo).

<sup>31</sup> Tocofinal, Nupavín forte, Sintocinón etc.

<sup>32</sup> Lejía, agua de cemento, azul de lavar, etc.

<sup>33</sup> Dejarse caer bruscamente, virutillar, levantar pesos como balones de gas, muebles, etc.

<sup>34</sup> Alambres, crochets, paliillos, tallos filosos de vegetales, tallos de vegetales.

<sup>35</sup> De borraja, de cuye-colorado, flor de retamo, tallos de cardenal, de perejil, de ruda.

## Bibliografía

BEIJING. 1995. Documento de la Posición de Chile ante la IV Conferencia Mundial de la Mujer. Beijing, China. Septiembre 1995.

- CHÁVEZ, Susana. 2004 «Cuando el fundamentalismo se apodera de las políticas públicas. Políticas de Salud sexual y reproductiva en el Perú». Lima. Centro de la mujer Peruana Flora Tristán. Período Julio 2001 – Junio 2003.
- HAWKER, Sara, WEISNER, Mónica y FERRANDO, Delicia. 1994. «Clandestine Abortion: A Latin America Reality». The Alan Guttmacher Institute. New York: 1-28.
- MONREAL, Tegualda y ARMIJO, Rolando. 1968. «Evaluación del Programa de Prevención del Aborto Provocado y Planificación Familiar en la ciudad de Santiago. Revista Médica de Chile. Vol 96: 605-622.
- REQUENA, Mariano. 1965. «Social and Economic Correlates of Induced Abortion in Santiago, Chile». Demography Vol. II: 33-49.
- VIEL, Benjamín. 1970. «The Sequelae of Nonhospital Abortions». Abortion in a Changing World. Ed. R. Hall. New York, Columbia University Press: 226-237.
- WEISNER, Mónica et al; 1994. «Algunos resultados de la encuesta sobre opiniones acerca del aborto clandestino realizada por el Instituto Alan Guttmacher en Chile, Perú, Colombia, México, República Dominicana y Brasil». Publicaciones del Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe. Bogotá: 25-45.
- WEISNER, Mónica. 1997. «Aprendiendo de la Experiencia: Continuidad y Cambio en Salud Reproductiva y en Aborto Inducido». Actas del Segundo Congreso Chileno de Antropología. Valdivia 1995. Tomo I: 395-408.
- \_\_\_\_\_, 1990. «Induced Abortion in Chile with References to Latin American and Caribbean Countries» Annals of the Population Association of America. Toronto: 1-50
- \_\_\_\_\_, 1990. «Comportamiento Reproductivo y Aborto Inducido en Mujeres Chilenas de Sectores Populares: Una perspectiva antropológica». Aborto Inducido en Chile. Ed. Requena, Mariano. Chile, Sociedad Chilena de Salud Pública: 81-117.
- \_\_\_\_\_, 1988. «Fecundidad y Aborto Provocado en Mujeres Chilenas de Sectores Populares desde la perspectiva de la Antropología Médica». Enfoques en Atención Primaria. Ed. PAESMI: 20-43.
- \_\_\_\_\_, 1985. «Comportamiento Reproductivo y Aborto Provocado en Mujeres de Sectores Populares. Actas del Primer Congreso Chileno de Antropología. Santiago 1985: 127-145.