

Clandestinidad y aborto en mujeres universitarias: Un abordaje desde el género y los derechos sexuales y reproductivos sobre el derecho a decidir.

Andrea Álvarez Carimoney.

Cita:

Andrea Álvarez Carimoney (2019). *Clandestinidad y aborto en mujeres universitarias: Un abordaje desde el género y los derechos sexuales y reproductivos sobre el derecho a decidir*. X Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/x.congreso.chileno.de.antropologia/52>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edE8/FAE>

Simposio 24

Cuerpos, géneros y sexualidades: miradas críticas y aportes etnográficos desde la antropología de la salud

Coordinación:

Alejandra Carreño Calderón - Alexandra Obach King - Michelle Sadler

Clandestinidad y aborto en mujeres universitarias: Un abordaje desde el género y los derechos sexuales y reproductivos sobre el derecho a decidir

Andrea Álvarez Carimoney⁸⁰

Resumen: Este trabajo aborda parte de los resultados del Proyecto IBJGM Sexualidad, Sociedad y Política: programa de investigación sobre el aborto en Chile⁸¹, en el marco del cual se realizó un estudio con 30 mujeres universitarias que vivieron un aborto inducido entre los años 2010- 2016, para indagar en los efectos de la clandestinidad sobre la experiencia corporizada del aborto. Desde esta perspectiva, el género como categoría política de disputa en relación a las orientaciones normativas aparece como un eje de análisis clave, sobre todo en el contexto de ilegalidad que permanece inalterado a excepción de las 3 causales que legaliza la ley 21.030 de interrupción voluntaria del embarazo, promulgada en septiembre de 2017. Se debate en torno a la autonomía y los derechos sexuales y reproductivos, en contexto de gestión del aborto en clandestinidad, conceptos que estuvieron ausentes en el debate parlamentario, incluso en el caso de aborto en la tercera causal: violencia sexual. ¿de qué se trata, de fondo, el aborto a elección de las mujeres? ¿es el derecho al aborto o más bien el derecho a decidir?

Palabras clave: Aborto inducido, Clandestinidad, Género, Estudiantes universitarias

80 Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende G., Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Correo electrónico: andrealcar@gmail.com.

81 Financiado por el Fondo de Investigación/Creación de la Iniciativa Bicentenario JGM, Universidad de Chile.

Introducción

En Chile, hasta hace muy poco tiempo, la legislación prohibía el aborto en toda circunstancia, situándose entre los países del mundo con más altas restricciones (Center for reproductive rights, 2015). La existencia del aborto ha devenido paradójica en la historia reciente: severamente prohibido, igualmente ocurre; por su condición de clandestinidad tendría que ser inseguro, pero en la actualidad es una práctica en gran medida segura. Estimaciones indirectas calculan 109.200 abortos inducidos al año (Molina, Carrasco y Eguiguren, 2013), de esta cifra se estima que solo unos 2.000 de ellos entrarían en la posibilidad de interrumpir con la nueva Ley (MINSAL, 2017). Muy excepcionalmente las mujeres mueren a causa de un aborto. En 2010 la Mortalidad Materno por Aborto fue de 3,2/100.000 (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, DEIS, 2014).

Se ha sostenido que los países con legislaciones restrictivas tienen altas tasas de aborto ilegal, lo cual tiene como consecuencia la exposición a prácticas abortivas inseguras y de alto riesgo de mortalidad materna (Donoso, 2008). La sustantiva mejora de las condiciones sanitarias podría explicar el hecho de que el aborto en Chile haya devenido más seguro, a pesar de su condición de clandestinidad (DEIS, 2014).

En este contexto, es razonable suponer que las mujeres en Chile han ingresado a un proceso en desarrollo en Latinoamérica de creciente apropiación del método de aborto médico (en adelante, MAM) aun cuando este fenómeno no haya sido todavía investigado. Dicho método ha transformado las prácticas del aborto en el mundo. Donde el aborto es legal, ha expandido las opciones efectivas disponibles, y donde es ilegal o restringido, ha aportado por primera vez a muchas mujeres un medio seguro y discreto para la interrupción temprana del embarazo (Winikoff & Sheldon, 2012). A diferencia del aborto quirúrgico (MAQ), el MAM ofrecería condiciones para operar sin la conducción profesional y fuera del espacio clínico. En este sentido sería más factible gestionarlo, con menor dependencia, por la misma mujer.

Más allá de las nuevas oportunidades tecnológicas, el aborto ilegal, en tanto hecho social, se inscribe en las condiciones estructurales de una sociedad en términos de acceso a los mecanismos para transgredir la ley; los bienes materiales y simbólicos; las relaciones sociales de género, la generación, la estratificación social; el enfrentamiento entre las normas/legitimidad y prácticas no oficiales entre lo público y lo privado; entre la religión y la política, entre otras (Boltanski, 2004).

El objeto de investigación de este trabajo es la gestión por parte de las generaciones jóvenes de mujeres del aborto médico en la condición de clandestinidad en Chile. Focalizamos en un grupo particular, las estudiantes universitarias. Sugerimos que la institución universitaria podría contribuir en parte a definir los modos en que se gestiona el aborto por parte de las mujeres universitarias. El objetivo de este artículo es describir y comprender las formas que asumen las prácticas basadas en el MAM en un contexto de ilegalidad, los itinerarios que se trazan para realizar un aborto y los elementos que intervienen en su gestión.

Como el estudio de las cuestiones del aborto inducido en Chile se ve obstaculizado por la ilegalidad de su práctica, este trabajo intenta contribuir a un campo poco desarrollado, arrojando luz sobre las prácticas clandestinas de aborto con el MAM, visibilizando la vulnerabilidad y violencia que se ejerce sobre las mujeres, así como la relación del aborto médico y las instituciones de salud y sus profesionales en un contexto de ilegalidad.

Método

El análisis presentado es parte de un estudio más amplio que exploró las experiencias y prácticas del aborto clandestino de jóvenes estudiantes universitarias en Chile (Palma, Moreno y Álvarez, 2018). Se estudió al grupo de jóvenes del sistema universitario de la Región Metropolitana, para ello se usó un muestreo intencionado de tipo teórico, mediante la técnica bola de nieve y un anuncio en sedes universitarias y facebook institucional; procurando usar técnicas de acceso a sujetos que operen en condiciones de clandestinidad. Se constituyó una muestra de 33 participantes que hicieron un aborto (o el primero de ellos) en el periodo universitario. Nacieron entre 1980 y 1990; realizaron el aborto entre los 17 y 26 años, entre 2004 y 2016. Eran solteras al momento de abortar. Pertenecían a carreras y universidades diversas (católicas y laicas, públicas y privadas). Treinta estudiantes usaron el método médico o farmacológico, dos el método quirúrgico y una usó una técnica tradicional. Una vez diagnosticado el embarazo mediante un test auto-aplicado, 28 hicieron una consulta médica especializada y 25 hicieron un examen ultrasonográfico.

Se usó la entrevista en profundidad en formato cara a cara, en combinación con un registro de la trayectoria asociada a la práctica, mediante un guion temático definido a partir de los objetivos, preguntas de investigación, insumos teóricos y antecedentes disponibles en la literatura. Las entrevistas fueron realizadas entre enero de 2013 y agosto de 2016. El material fue grabado y transcrito para su análisis.

Buscamos rescatar la perspectiva del actor; por ello, el estudio se enmarca en los presupuestos del paradigma interpretativo (Vasilachis de Gialdino, 1993). Esta elección se justifica porque permite explorar y comprender la subjetividad, los sentidos y representaciones de los individuos sobre hechos, procesos y acontecimientos que forman parte de su vida en un contexto social particular (Kornblit, 2007; Iñiguez, 2003), al mismo tiempo, permite indagar en torno a las prácticas, tal como las describen, definen, significan e interpretan los actores. Utilizamos una lógica de análisis de la singularidad y la particularidad de cada entrevistada, y una lógica transversal, que permite, a partir de ciertas continuidades y discontinuidades de la fase singular, determinar ejes temáticos y analíticos relevantes e hipótesis comprensivas transversales.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación en Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Se resguardó la confidencialidad en la identificación de las entrevistas transcritas. Asimismo, hubo que decidir si aplicar o no el periodo de prescripción legal del delito del aborto provocado (5 años en Chile), y optamos por no considerarlo, para, de ese modo, capturar prácticas recientes, lo que fue aprobado por el Comité.

Resultados

A partir de los resultados ya descritos en relación a la gestión del aborto con el MAM (Palma et al., 2018) los itinerarios de las mujeres sugieren que en Chile el MAM no se realiza completamente por fuera de las instituciones de salud ni con absoluta prescindencia de los profesionales, siendo muy relevante el uso de la ecografía y la consulta pre y post aborto. La clandestinidad configura un contexto de precariedad, respecto de la obtención de medicamentos, la variabilidad de las

dosis utilizadas, la falta de capacidad para auto-observar el proceso y evaluar su curso, y la alta percepción de fracaso o complicación. La gestión del aborto es muy exigente, ya que implica gestionar conocimiento, tiempo, relaciones y recursos, y riesgos y emergencias. En este proceso que implica capacidad de agencia en múltiples dimensiones situamos este análisis de cierres y aperturas, desde la perspectiva de género, identificando nudos críticos que se visualizan a través de estos itinerarios.

Generacionalmente las prácticas de estas mujeres se ubican en un momento de expansión del uso de aborto médico. Aun cuando no conocemos cuán generalizado es el uso del MAM, las jóvenes lo representan como un método dominante en las prácticas actuales. Seguro y autogestionable son los atributos de la representación prevalente del MAM. Sugerimos que ésta resulta socialmente necesaria cuando se trata de un país donde es ilegal, pues afirma que es plausible aplicarlo eficazmente fuera de las instituciones de salud. En las jóvenes estudiadas, si bien no existe un prestador al modo MAQ -método de aborto quirúrgico- (y un espacio clínico clandestino), no sucede enteramente por fuera de las instituciones.

Gestión protagónica

La gestión de las jóvenes estudiadas se formula en términos de *cómo* se hace un aborto, a diferencia del MAQ, en que se formularía en términos de *quién* hace un aborto. Esta distinción expresa una transformación sustantiva en la gestión de la práctica clandestina y sobre sus posibilidades de des-medicalización: si se realiza con participación o prescindencia de profesionales; si se realiza en un espacio clínico clandestino o en casa; si el conocimiento es apropiable por los sujetos; si circulan o no los medicamentos. En fin, si es inevitablemente de conducción profesional o si puede asumir formas de conducción personal.

Una manera de interpretar lo anterior es como una tensión entre dependencia y autogestión. Lo autogestionario se funda en la posibilidad de que el dispositivo técnico puede ser desmedicalizado en su uso, lo que siendo médico, puede ser resuelto sin médicos. Al carácter autogestionario del método podría asociarse el término autonomía de quien lo hace: autonomía de la mujer en la gestión de su propia práctica.

Realizar un aborto en la clandestinidad demanda de ellas una alta reflexividad. Esto opera en dos planos: situarse como una observadora de sí misma, al mismo tiempo que una actora orientada a una meta. Una subjetividad particular afín se conforma: por una parte, ajustada a fines 'racional', 'firmeza', 'claridad', 'aplicada' 'ordenada', 'planificada' son términos usados. Por otra, que pretende que lo anterior no sea interferido por ciertas emociones y por ciertas maneras de reconocer, interpretar y significar síntomas y signos en el cuerpo abortante. Sin embargo, los sentimientos son ambivalentes, 'fría', 'resistente', 'fuerte' coexisten con 'desesperación', 'miedo', 'dolor'. Precarias o derechamente sin claves ni guías que permitan observar el cuerpo, son amarradas a los imaginarios de la clandestinidad.

Desde una consciencia de que cualquiera de los efectos es sobre ella, solo sobre ella, con el objetivo de lograr interrumpir un embarazo no previsto en condiciones de clandestinidad,

generando condiciones de factibilidad. Se trata de una protagonista que requiere tomar decisiones en situación, en la cual las opciones están fuertemente restringidas por la ilegalidad. Se trata de construirse a sí mismo(a) como un actor que elabora y desarrolla una estrategia.

Discusión: todos críticos desde los Derechos Sexuales y Reproductivos

La autogestión presenta la posibilidad de fracaso. Aproximadamente, una de cada dos jóvenes acudió a un hospital o a un profesional en medio del procedimiento. Entonces una práctica que comenzó con este método puede terminar, sin que medie un fracaso ni una complicación médica reales, en uno quirúrgico. Así, la forma en que concluye el aborto ya no depende del método, sino que de la evaluación médica, sin que los profesionales dispongan del antecedente de la inducción. Presumiblemente, de haber tenido un monitoreo eficiente o de haber hecho uso enteramente de la confidencialidad médica, muchas de ellas hubieran concluido normalmente sus abortos en casa. Esto es vulnerabilidad ante las instituciones de salud en la situación en que, con conocimiento precario y una subjetividad atravesada por el miedo, evalúan como emergencia médica.

La gestión es exigente, debiendo gestionar de modos más autónomos el conocimiento, el tiempo, los recursos y los riesgos; esto, desde la determinación de las condiciones del embarazo hasta la evaluación del término. El hacer un aborto con medicamentos en la clandestinidad se organiza como un conjunto de procedimientos en el cual la mujer es al mismo tiempo sujeto y objeto, conduce una intervención que hace sobre su cuerpo. Se trata de un agenciamiento en que la joven define para sí un lugar estratégico: protagonista.

Si existe una potencial represión policial en la transacción en mercado clandestino de medicamentos, es la misma joven la más expuesta, pues ella participa activamente en esta parte de la gestión. Son más vulnerables al riesgo policial, mucho más que los progenitores: Pensada como una tarea femenina, expresa una organización de las relaciones de género en la gestión del aborto ilegal, uno de cuyos efectos es justamente someterlas a esta vulnerabilidad.

Cuando las mujeres acuden a atención hospitalaria post-aborto, lo hacen en condiciones de vulnerabilidad física, social y subjetiva. Ninguna joven informa sobre el aborto en curso cuando acude a una institución de salud en la situación de emergencia médica. En esa situación, la posición de la mujer en la relación con profesionales e instituciones de salud en un contexto de ilegalidad es extremadamente asimétrica. Ella pende del poder suyo de decidir en torno a su salud y a su libertad en esa situación.

Un elemento que les ayudaría en esa situación es que la no auto-inculpación ha devenido en un derecho humano de las mujeres abortantes. La confidencialidad médica la interpretan como el derecho a no ser obligadas a dar información. Proporcionar información en la consulta postaborto, se la piensa como auto-delación. Pero no se la piensa como el derecho a proporcionar información voluntariamente y no ser denunciada por ello.

La confidencialidad es paradójal. Es un dispositivo que viabiliza el aborto seguro a costa de mantener el aborto ilegal, es un mediador entre clandestinidad y aborto inseguro. Mediante

la confidencialidad, terminan teniendo acceso a los servicios de salud aquellas que fracasan al hacerlo o las que los usan para terminar sin riesgo un aborto. Es en las instituciones de salud donde se juega gran parte de la eficacia de la actual ley, pero a pesar de la alta prevalencia, las mujeres procesadas por aborto son muy pocas, y el personal de salud no denuncia a mujeres bajo la sospecha de aborto inducido cuando acuden con abortos incompletos, salvo excepciones. En este sentido, la confidencialidad es también política.

Esto reduce el riesgo de encarcelación, sin embargo, puede que el sistema de salud tenga unos propios mecanismos de punición: el estigma y el temor. Entonces la atención postaborto podría conllevar formas de punición que cumplen la función de una violencia normativa sobre las mujeres por profesionales e instituciones de salud. Es algo que se visualiza también en la ecografía pre-aborto, cuando les obligan a “ver” y “saber” que son “madres” y que existe un “hijo”. Les expone a ser objeto de violencia obstétrica en la atención pre y postaborto; esto es, ser objeto de una violencia de género que se ejerce sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por profesionales e instituciones de salud, en el marco de una relación asimétrica en asuntos médicos y de género, real y simbólica (Dzuba, Winikoff & Peña, 2013; D’Oliveira, Diniz & Schraiber, 2002; Belli, 2013 y López, 2016).

Conclusiones

El MAM es un recurso que permite a las mujeres acceder a abortos más seguros en términos de salud, permitiendo la autogestión, lo que implica mayor autonomía. Sin embargo, cuando se practica clandestinamente, expone a las mujeres a situaciones de vulnerabilidad física, social y subjetiva e incluso de violencia normativa por parte de las instituciones de salud.

Referencias bibliográficas

- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, 1(7), 25-34.
- Boltanski L. (2004). *La condition foetale: une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. Paris, Francia: Gallimard.
- Center for Reproductive Rights. (2015). *The world's abortion laws*. Recuperado de: <http://worldabortionlaws.com/index.html>.
- D'Oliveira, A., Diniz, S. y Schraiber, L. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The lancet*, 359, 1681-1685. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08592-6.
- Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud Chile. (2014). Recuperado de: <http://www.deis.cl/?p=2541>.
- Donoso, E. (2008). Unsafe Abortion in Chile?. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 73(6), 359-36. doi: 10.4067/S0717-75262008000600001.
- Dzuba, I.G., Winikoff, B. & Peña, M. (2013). Medical abortion: a path to safe, high-quality abortion care in Latin America and the Caribbean. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 18, 441-50. doi: 10.3109/13625187.2013.824564
- Iñiguez, L. (Ed.). (2003). *Análisis del Discurso. Manual para las Ciencias Sociales*. Barcelona, España: UOC.
- López, A. (2016). Tensiones entre lo (i)legal y lo (i)legítimo en las prácticas de profesionales de la salud frente a mujeres en situación de aborto. *Salud Colectiva*, 12(1), 23-39. doi: 10.18294/sc.2016.857.
- Ministerio de Salud. (2017). Norma Técnica Nacional: Acompañamiento y Atención Integral a la mujer que se encuentra en alguna de las tres causales que regula la Ley 21.030.
- Molina, R., Molina, T., Carrasco X. y Eguiguren, P. (2013). Profile of abortion in Chile, with extremely restrictive law. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 3, 732-738. doi: 10.4236/ojog.2013.310135.
- Ornblit, A. L. (2007). Historias y relatos de vida: una herramienta clave en metodologías cualitativas. En A.L. Kornblit. (Coord.), *Metodologías cualitativas en Ciencias Sociales: modelos y procedimientos de análisis* (pp. 15-33). Buenos Aires, Argentina: Biblos.
- Palma, I., Moreno, C., Álvarez, A y Richards, A. (2018). Experience of clandestine use of medical abortion among university students in Chile: a qualitative study. *Contraception*, 97(2), 100-107. doi:10.1016/j.contraception.2017.09.008.
- Vasilachis, I. (Coord.). (2006). *Estrategias de Investigación cualitativa*. Barcelona, España: Gedisa.
- Winikoff, B. & Sheldon, W. (2012). Use of medicines changing the face of abortion. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(3), 164-166.