



II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población

Guadalajara, México, 3 – 5 de Septiembre de 2006

**La demografía latinoamericana del siglo XXI
Desafíos, oportunidades y prioridades**

El aborto inducido en América Latina y el Caribe: implicaciones y desafíos persistentes.

Susana Lerner

El Colegio de México
slerner@colmex.mx

Guillaume Agnes

CEPED

El aborto inducido en América Latina y El Caribe: implicaciones y desafíos persistentes¹

**Susana Lerner²
Agnès Guillaume³**

Introducción

El presente trabajo tiene por objeto dar a conocer, de manera sucinta, algunos de los resultados de una amplia investigación documental sobre el aborto inducido en América Latina y El Caribe⁴. En ésta se incluye una base de referencias publicadas de 1990 a 2005, así como un análisis temático dividido en nueve capítulos que abordan diferentes aspectos de la práctica del aborto en la región. Se trata de un tema insuficientemente conocido, cuyo estudio se dificulta debido a que en la mayoría de los países de la región existen legislaciones restrictivas que propician la clandestinidad de esta práctica y el subregistro de la misma. Ello obedece también a que en la región prevalece un ambiente social, cultural, político, ideológico y religioso adverso al aborto. En esta comunicación, abordamos en primer lugar las barreras legislativas en torno a la práctica del aborto, ya que constituyen el marco que condiciona, en gran medida, las múltiples facetas que rodean el análisis de dicha práctica. A continuación, presentamos las posturas y argumentos de los principales actores y fuerzas sociales que dan cuenta del debate y ambiente prevaleciente en el tema y que han incidido en los cambios o permanencia del marco jurídico. Después de una descripción de las estimaciones de la incidencia del mismo y del perfil de las mujeres que abortan y las razones que las llevan a interrumpir un embarazo no previsto, centramos el análisis en las consecuencias sobre la salud y vida de las mujeres. Finalmente, mostramos algunas evidencias existentes acerca del papel del varón en la práctica del aborto, destacando, previamente, las reflexiones y elaboraciones teóricas que han orientado el análisis del mismo, que ilustran la importancia de contar con un marco conceptual para ubicar y examinar la problemática del aborto. Concluimos, con breves señalamientos sobre las implicaciones y los desafíos, que en estricto rigor representan el inicio de un camino a seguir.

Un marco jurídico restrictivo

El análisis de la legislación del aborto inducido es un aspecto central en cualquier estudio que se realice sobre el tema, ya que es precisamente su situación de ilegalidad la que determina, en gran medida, una gama amplia y múltiple de consecuencias, interrelacionadas entre sí, en torno a este hecho. Entre ellas destacan las que inciden: en el debate político e

¹ Trabajo presentado en el “II Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población”, realizado en Guadalajara, México, del 3 al 5 de septiembre de 2006.

² Profesora-investigadora, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales (CEDUA), El Colegio de México (slerner@colmex.mx).

³ Investigadora del Institut de Recherche pour le Développement (IRD) y del CEPED, Paris, Francia. (guillaume@ceped.cirad.fr).

⁴ Este texto se basa en la publicación “El aborto en América Latina y El Caribe: una revisión de la literatura de 1990 a 2005” realizada por las mismas autoras de este artículo y publicada por el CEPED en un CDrom. También puede ser consultada en el sitio de internet del CEPED: <http://ceped.cirad.fr>

ideológico que da cuenta de la discusión del aborto en la región, de los principales actores que participan en este debate y los argumentos que sostienen al respecto; en el ámbito institucional de los servicios de salud; o sea en el tipo de oferta de servicios de aborto disponibles; en las condiciones de salud y bienestar las mujeres; y, en la calidad y confiabilidad en el proceso de producción de la información.

La legislación del aborto en la región muestra que en ella se concretiza la situación histórica de cada país, la legislación heredada de los países colonizados (ordenamientos penales y políticas colonias expedidos en el siglos XIX y principios del XX), la ideología dominante en la época en que fue legislado y los cambios entre las distintas posturas de las fuerzas sociales, entre las cuales destaca la fuerte presencia e influencia de la jerarquía de la Iglesia Católica y de los grupos conservadores. Ante esta situación, no sorprende que el aborto en la mayoría de los países de la región sea ilegal, penalizado y su acceso muy restrictivo.

¿Cuál es la situación actual de la legislación sobre el aborto en la región, en comparación con la que existía en 1994?

En 1994 solamente en 7 países de la región se autoriza el aborto sin ninguna restricción (Barbados, Cuba, Puerto Rico, más tres departamentos que comprenden las Antillas Francesas y Guyana Francesa como territorio de ultramar francés), y para el 2003 sólo Guyana, cuya legislación fue modificada para despenalizar en aborto entre esas fechas, se adiciona. Esta situación permite afirmar que en casi diez años no se ha observado un avance importante, ya que, al mismo tiempo, se advierte un relativo estancamiento y retroceso entre el número de países en que el aborto estaba totalmente prohibido en 1994 y los que estaban en esta situación en 2003. En 1994 cinco países prohibían totalmente el aborto: Chile, Colombia, Honduras, República Dominicana y Sint Maarten (Antillas Holandesas). A este grupo de países se agregan, El Salvador, que a partir de 1997 cambió su legislación y la hizo totalmente restrictiva, y Colombia, cuya legislación en el 2000 prohibía totalmente la práctica del aborto, y recién en 2006 autoriza el aborto para salvar la vida de la mujer o por razones de salud de ella, en caso de violación y por malformaciones del feto.

Los cambios observados en los países que tanto en 1994 como en 2003 permitían el aborto por al menos una causa muestran que mientras en 1994 en 27 países estaba permitido para salvar la vida de la mujer embarazada, en 10 de ellos se autorizaba solamente por esta razón; en 16 países se permitía por esta razón y por motivos de salud; en 9 se autorizaba, además por violación; en 5 por malformaciones fetales y en 1 por razones socioeconómicas. Nueve años después, en 2003, también en 27 países estaba permitido el aborto por al menos una causa (entre ellos se encuentra Islas Caimán y Anguila que no estaban dentro del grupo de países de 1994); en 17 por al menos dos causas, por peligro de la vida de la madre y para preservar la salud física o mental de la mujer; en 9 se permitía por violación, en 7 por malformaciones fetales y en 2 por razones socioeconómicas. Cabe advertir la presencia de una situación ambigua y sujeta a mayor confusión en algunos países, en los cuales si bien el aborto está prohibido y, por lo tanto, no se explicitan las causales bajo las cuales se autoriza, sí se mencionan atenuantes y eximentes para que el aborto, bajo ciertas causas no sea penalizado (Uruguay) o bien donde se permite el llamado “aborto terapéutico”, sin determinar que deberá entenderse por el mismo (Nicaragua).

También es importante subrayar que, independientemente del estatuto legal vigente en los países, en sus legislaciones se incluyen diversos procedimientos recomendados para la interrupción legal del embarazo bajo las causales permitidas por la ley, tales como: los límites en la duración del embarazo bajo los cuales se autoriza el aborto (12 semanas o menos); la autorización o aprobación de uno o de varios médicos, o comisión médica (por ejemplo, en Costa Rica, Guatemala, Islas Caimán, Nicaragua, Panamá); el consentimiento por escrito de la mujer, y/o cónyuge, pariente, tutor o de un representante legal (Costa Rica, Ecuador, Venezuela); y la autorización judicial y denuncia legal contra el culpable cuando el embarazo es resultado de una violación (Bolivia). Tales procedimientos en la práctica, frecuentemente, se convierten en importantes barreras que se agregan a otras condiciones restrictivas ya existentes, tales como: el estigma moral prevaleciente sobre la práctica del aborto, la objeción de conciencia por parte de algunos médicos, temores a sanciones por parte de ellos o por parte de las propias mujeres, el desconocimiento de las causales bajo las cuales se autoriza por parte de amplios grupos de población y el acceso limitado a servicios de salud en que se práctica el aborto legalmente autorizado.

El panorama anterior ha propiciado que, frecuentemente, el acceso al aborto sea acertadamente considerado más bien un recurso teórico que un derecho legitimado legalmente para recurrir al mismo, una abismal diferencia y contradicción entre el discurso o la ley escrita y la práctica. Un ejemplo claro de las contradicciones entre la ley o el derecho al aborto y la práctica lo constituyen los casos documentados de tres menores de edad que resultaron embarazadas por violación y la negación de las autoridades a los servicios de aborto a que tenían derecho (Paulina en México, Rosa en Nicaragua y otra adolescente en Bolivia). Como señala Sanseviero (2003), a partir de otras evidencias empíricas que documenta, se trata de una “ley en desuso”... El aborto es tolerado y negado en un complejo proceso social del cual el sistema policial y judicial son actores obligados; son instituciones del Estado situadas entre la norma (legal) y la práctica (social) del aborto. En la manera en que enfrentan el aborto (condenado discursivamente como delito y tolerado como práctica) parecen resumir el modo en que la sociedad articula las contradicciones y conflictos que su ocurrencia instala” (pp.173 y 181).

Por otra parte, en los acuerdos y resoluciones emanados de las conferencias internacionales celebradas en la década pasada (Cairo 1994, Beijing 1995), que han puesto el acento en la salud reproductiva, en los derechos sexuales y reproductivos y en la necesidad de mejorar el acceso de las mujeres a los programas y servicios de salud en este campo, la cuestión del aborto ha sido muy pobremente abordada. Los señalamientos se han limitado a destacar que el aborto no debe ser utilizado como un método anticonceptivo y, que los gobiernos y los servicios de salud deben comprometerse en los países donde el aborto es ilegal “a tratar las consecuencias de los abortos practicados en condiciones de seguridad inadecuadas en tanto representa un problema importante de salud pública” (Naciones Unidas, 1995). Asimismo, las propuestas y las modificaciones en las legislaciones en torno a la igualdad entre el hombre y la mujer, al derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos, el derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo, el derecho a una vida libre de violencia, así como el tener el acceso a los servicios públicos de planificación familiar y de servicios de aborto seguros en los casos permitidos por la ley, no parecen haber repercutido en la legislación sobre el aborto. Aún son muy pocos los países de la región que

han logrado flexibilizar sus leyes sobre el aborto y proporcionar el acceso a servicios de calidad. Así mismo, las evidencias empíricas existentes ilustran que las legislaciones restrictivas no impiden ni han impedido que la práctica del aborto sea común e intensa en la región. Por el contrario, han propiciado prácticas clandestinas y han obligado a la realización de abortos inseguros y de mayores riesgos. A su vez, como se ha reiterado en la literatura, estas condiciones restrictivas han exacerbado las consecuencias adversas sobre la salud y las condiciones económicas, sociales y psicológicas de las mujeres y de sus familias, en particular las pertenecientes a las clases sociales más desprotegidas.

Lo expuesto anteriormente plantea serios cuestionamientos sobre dónde y en qué condiciones debe autorizarse y practicarse el aborto, sobre las consecuencias de las restricciones impuestas y las sanciones indiscriminadas que recaen sobre las mujeres y los médicos y dejan del lado a los varones en tanto autores del embarazo, y, primordialmente sobre la ausencia en el cumplimiento de las recomendaciones y compromisos de los gobiernos al suscribir los tratados internacionales en el campo de los derechos, en particular de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

En este contexto altamente restrictivo, ¿cuáles son las posturas y argumentos de las principales fuerzas sociales que subyacen en torno a la despenalización y/o legalización del aborto)? y ¿cuál es el conocimiento empírico de que disponemos acerca de los múltiples aspectos que rodean la práctica del aborto?

El debate en torno al aborto: posturas coincidentes y antagónicas

El aborto ha sido y es uno de los temas sociales y políticos más espinosos y de mayor polarización que subyacen como parte del intenso y continuo debate en el ámbito de la sexualidad, de la reproducción y de los derechos humanos en diversos países de la región. Los abundantes materiales sobre el tema reconocen que se trata de un complejo “problema” con posiciones antagónicas, pero también con al menos un principio coincidente y, en ocasiones, no suficiente explicitado, que reside en el hecho de que ninguna de las posiciones está a favor del aborto *per se*.

Abordar el tema del debate bajo este calificativo, o sea en tanto "problema", requiere, como diversos autores han señalado muy acertadamente, plantear diversas interrogantes: ¿Para quién o para quiénes el aborto inducido es un problema? ¿Cuál es el problema y de qué tipo? ¿A quiénes compete decidir si la práctica del aborto es o no un problema? ¿A quién o quiénes atañe la decisión de recurrir o no al aborto? ¿Cuáles son o deben ser los límites de la intromisión de la esfera pública y política, en particular del Estado, en la esfera privada e íntima de las personas? ¿Quiénes son los actores sociales que ejercen mayor influencia para legitimar o no dicha interferencia? ¿Cuáles son sus principales argumentos y posiciones? y, ¿Cuáles son las relaciones entre estos actores y cómo se articulan entre sí? (Castañeda y Salgado, 2003; Kulczycki, 2003; Lamas, 2003; Llovet y Ramos, 2001)

Como advierten Oliveira y Rocha (2001), abordar estas interrogantes implica necesariamente incursionar en el ámbito de lo público y lo privado en sociedades profundamente marcadas por la ancestral influencia y relaciones de poder de la Iglesia Católica, que se desenvuelven en un escenario contemporáneo caracterizado por un

creciente proceso de democratización y una progresiva participación de la sociedad civil organizada en la vida pública. Escenario que, a su vez, exige el ejercicio y respeto de los derechos humanos en general, y en particular de los derechos sexuales y reproductivos, la libre decisión de los individuos sobre su vida íntima, y por tanto en su ámbito reproductivo, así como una mayor equidad e igualdad en las relaciones entre los géneros. La necesidad de redefinir estos ámbitos para el estudio del aborto es una tarea aún pendiente, pues en éste, como evento que atañe directamente a la salud reproductiva de las mujeres, confluyen los puntos donde estos espacios se entrecruzan. La gran paradoja en el debate sobre el aborto inducido es que siendo un asunto que ha sido “exclusivamente” de las mujeres, que atañe a sus cuerpos y a sus derechos, que ellas son las que sufren las consecuencias y costos emocionales, físicos, sociales, económicos, psicológicos y jurídicos de un hijo no previsto y de la práctica del aborto, no se piensa en ellas, no se les toma en cuenta cuando se implementa acciones para solucionar dicho “problema”.

Para fines del presente texto, nos limitamos a señalar de manera resumida las principales posturas y argumentos sustentados por los grupos feministas progresistas y por la Iglesia Católica, incluyendo al Estado y sus diversas instancias y a los profesionales médicos⁵. En el primer caso se trata de los actores sociales que pugnan por la despenalización/legalización del aborto y en los cuales los argumentos se han ido transformando en el tiempo: no sólo se centran éstos en considerar el aborto como problema de salud pública y de injusticia social, sino que en la actualidad el acento está puesto en la problemática de los derechos humanos, de las relaciones de poder entre los sexos, en cuestiones centrales de la democratización y ciudadanía (autonomía personal, la no-intervención del Estado en la vida privada y la libertad de conciencia en las decisiones acerca de la sexualidad y reproducción). En esta línea, como se muestra en la investigación realizada (véase el CD), la sociedad civil ha jugado un papel innegable en el debate y acciones en torno al a despenalización del aborto,

Por su parte, el énfasis discursivo de los actores e instancias que se manifiestan en contra de la despenalización y/o legalización del aborto -la Iglesia Católica oficial y los grupos conservadores de derecha-, reside en que desde el momento de la concepción la vida del producto debe ser protegida, y con base en ello, buscan, como principal acción, que se reconozca a nivel constitucional la protección de la vida del no nacido. Se advierte, asimismo, la ampliación de las fuerzas sociales en contra de la legislación y despenalización del aborto a nivel internacional y regional. Cabe destacar la postura y presencia de otro actor, Católicas por el Derecho a Decidir, que muestra que en materia de sexualidad, reproducción y aborto, no existe una posición hegemónica dentro de la Iglesia. Su postura se inscribe en la despenalización del aborto como expresión de libertad de conciencia; y sus argumentos, similares a los expuestos por los grupos feministas progresistas, se sustentan principalmente en la defensa de los derechos de las mujeres, en

⁵ En el CD se incluyen otros actores e instancias sociales tales como, los organismos internacionales y regionales, la academia y los investigadores y los medios de comunicación. Además se incluyen los resultados de algunas encuestas de opinión aplicadas en diversos sectores de la población, que muestra las percepciones y actitudes que estos sectores tienen del aborto inducido, así como las condiciones bajo las cuales se considera permisible efectuarlo. También se presentan los puntos del debate en algunos países de la región donde el aborto ha sido despenalizado. Véase el capítulo 2 en esta publicación.

la protección de las garantías individuales, en el pleno ejercicio de la ciudadanía de las mujeres y en las condiciones de injusticia social.

El Estado a través de sus diversas instancias constituye otro de los agentes más importantes, ya que además de ser el interlocutor de las distintas fuerzas políticas, es la instancia sobre la que se ejerce influencia para modificar el estatuto legal del aborto, así como para realizar otras intervenciones en el ámbito de la prestación de servicios de salud, de jurisprudencia, de educación e información relacionadas con el aborto. En la mayoría de los países de la región su postura, a diferencia de la que adoptó frente a los programas de planificación familiar, ha sido controversial respecto al aborto. Si bien el Estado reconoce, como parte de los compromisos adoptados por los gobiernos en los tratados internacionales, que el aborto es un problema de salud pública, son muy pocos los que han llevado a cabo acciones para garantizar el acceso legal y seguro de este procedimiento en las instituciones públicas de salud en los casos permitidos por la legislación. Adicionalmente, el debate en los Congresos sobre los cambios legislativos en esta materia en las dos últimas década han sido intensos y controvertidos, sus resultados, frecuentemente están marcados por el uso políticos y con fines electorales, respondiendo así a intereses partidistas y a la influencia directa o indirecta de los grupos extraparlamentarios, en particular de la Iglesia Católica y los grupos conservadores, a pesar de los compromisos asumidos por los gobiernos. Cabe destacar los esfuerzos y gestiones de los grupos feministas en este ámbito, con diferencias importantes entre los países de la región. Sin duda Brasil, ha sido uno de los países donde la influencia de las fuerzas progresistas ha mantenido un intenso y continuo debate público en las instancias gubernamentales y entre otros sectores, además que ha logrado la expansión de las condiciones sanitarias bajo las cuales se permite y realiza el aborto.

Otro de los ámbitos y actores centrales han sido las instituciones y los profesionales de la salud, cuya actuación resulta primordial en la atención al aborto y sus consecuencias, ya que ellos ocupan una situación única, pues activamente o por omisión, ellos median las decisiones reproductivas de sus pacientes tanto como la política de población y de salud reproductiva (Gogna *et al.*, 2002). Las tensiones entre la ética profesional, las normatividades institucionales, y las convicciones personales de los que desempeñan sus funciones en el sector salud; los temores a sanciones legales o morales; la estigmatización de que pueden ser objeto si opinan al respecto; o aún las ventajas económicas que pueden obtener al practicarlo de manera ilegal, son elementos fundamentales que entran en juego en la discusión y en la participación que ellos tienen en esta materia. La postura de este sector, es en general conservadora y frecuentemente ambigua y pasiva para defender y asumir sus posiciones en torno al aborto. La mayoría de estos profesionales están de acuerdo con el aborto en casos de protección de la vida y la salud de la mujer, y, en menor medida, cuando se trata de embarazos producto de una violación. En países como Brasil y Uruguay, donde se ha iniciado una movilización más organizada por parte de la comunidad médica para abordar el problema del aborto que se realiza en condiciones de riesgo, uno de los argumentos centrales reside en su contribución a las altas tasas de mortalidad y morbilidad materna. Del análisis de las encuestas opinión, aplicadas a este sector como a otros sectores de la población, en tanto expresión para conocer el pulso de las valoraciones del aborto, sobresale el menor peso que se confiere a la autonomía de las mujeres y el respeto a sus decisiones y preferencias reproductivas, como razones para recurrir al aborto.

De lo expuesto anteriormente, es importante subrayar que las cuestiones sociales de mayor justicia y equidad social y de género, así como el ejercicio libre de los derechos sexuales y reproductivos que requiere y demanda la población, y que forman parte fundamental de la ciudadanía moderna, son, en la gran mayoría de los países de la región, aspectos insuficientemente legitimados e incorporados en las acciones públicas, tanto en el ámbito legislativo como en el de servicios de salud relacionados con la práctica del aborto.

El aborto inducido: un tema difícil de estudiar y de medir

La penalización del aborto, la estigmatización social y moral del mismo, la prohibición por parte de la religión, las barreras impuestas para su realización en los servicios públicos en casos permitidos por la ley y la práctica clandestina del mismo, son entre otros, los principales factores que explican la escasez de datos sobre su práctica, y sobre todo la falta de representatividad de muchos de ellos. La omisión o inexactitud en la declaración de la práctica del aborto, que responde primordialmente a estas razones, no sólo se da por parte de las mujeres, sino también se extiende a las instituciones de salud y de procuración de justicia. Esta situación se traduce en que la información recopilada sobre el tema no sólo es poco confiable, dada la subdeclaración y el consecuente subregistro de los casos de aborto, sino que además son escasas las fuentes que generen datos sobre la incidencia, características y efectos de dicho fenómeno.

Básicamente existen dos fuentes de información que se han utilizado para captar información acerca de la incidencia del aborto. Por un lado están los datos que se obtienen de encuestas, que generalmente se refieren a contextos y/o grupos de población específicos (en áreas urbanas, en clínicas que proporcionan servicios de aborto, etc.) y el subregistro en ellas es variable y está asociado a los factores antes mencionados. Por otro lado, están los registros de las instituciones o los sistemas de salud, que en el caso de los países donde el aborto es legal proporcionan información más confiable y precisa, aunque en éstos también las estimaciones que se obtienen adolecen de una subestimación (por ejemplo, abortos realizados fuera del sistema oficial o de los hospitales, registro de abortos bajo otra nomenclatura y no sean contabilizados como tales, como es el caso de servicios por regulación de la menstruación). En los países donde el aborto es ilegal y se practica clandestinamente, el acceso a los servicios de salud, se ve muy limitado y diferenciado socialmente ante las barreras ya mencionadas. Por tanto, la información en ellos es parcial, incompleta y fragmentaria, y las estimaciones sobre el número de abortos presentan serios problemas de subregistro, clasificación errónea, desfase temporal, y, por lo general, sólo se refieren a algunos de los casos que terminan con complicaciones severas en los servicios.

También se han desarrollado diversas metodologías y técnicas para captar información sobre el aborto que permiten su medición y, sobre todo, para mitigar o reducir las dificultades que implica la observación y aprehensión de este fenómeno: La conclusión que se obtiene de los análisis realizados, tanto sobre las ventajas y limitaciones de ellas como de la medición del aborto, es concluyente y generalizada: las estimaciones que se obtienen adolecen de un subregistro de la práctica del aborto, y, por lo tanto sólo representan

hipótesis de base que nos permite tener una estimación aproximada de la magnitud e intensidad del fenómeno⁶.

De acuerdo con la OMS, se estima que la incidencia del aborto inducido en el mundo alrededor del año 2000 ascendió a 46 millones de embarazos que terminaron siendo interrumpidos (WHO, 2004 y 1993)⁷. De éstos se considera que 19 millones fueron abortos inseguros o riesgosos, y la mayoría se presentan en países en desarrollo. La brecha entre países desarrollados y en desarrollo es muy amplia: la tasa de abortos en esos años fue de 2 por cada mil mujeres de 15 a 44 años para los primeros y llegó a ser ocho veces mayor para los segundos. Por su parte, la razón de abortos fue de 1 por cada 25 nacidos vivos y de 1 por cada 7 nacidos vivos, respectivamente. En América Latina y El Caribe el número de abortos inseguros se estima en 3,7 millones y en ella se observa la más alta tasa y razón, siendo la primera de 29 abortos por cada mil mujeres y la segunda de casi un aborto por cada tres nacidos vivos. Sudamérica es la subregión que muestra la más alta tasa de abortos en el mundo (39 abortos por cada 100 nacidos), El Caribe la más baja (15%) y América Central ocupa un lugar intermedio (20%).

De la revisión bibliografía realizada se constata la escasez de investigaciones acerca de la magnitud del aborto entre y al interior de los países de la región. La certidumbre de las estimaciones, la variabilidad de las mismas para periodos similares y al interior de los países debe ser considerada con mucha cautela, dados los problemas y variabilidad inherentes a las fuentes de datos consultados y a la metodología utilizada en las estimaciones. Pese a que se trata únicamente de una aproximación a la práctica del aborto, las evidencias presentadas sí permiten constatar que se trata de un fenómeno de gran magnitud en la región. No obstante, este escenario sirve para alertar y concientizar a los distintos sectores de la población, acerca de las consecuencias del aborto inducido, y, en particular, a los responsables del diseño e implementación de políticas y programas tendientes a mejorar las condiciones de salud y de vida de las mujeres. Asimismo, debe servir para promover y realizar investigaciones con rigor científico y de preferencia con metodologías similares que permita contar con estimaciones más confiables acerca de la ocurrencia de este fenómeno en los distintos países de la región.

Características sociodemográficas y motivos de las mujeres para recurrir al aborto

Como han mostrado diversos estudios, el aborto es una práctica ancestral y generalizada que se ha observado en todos los países, contextos rurales y urbanos, estratos pobres y ricos, entre mujeres casadas y no casadas o de distintas edades o momentos diferentes de su vida reproductiva (Mundigo y Shah, 1999 y United Nations, 1994). Dicha práctica puede ser en muchas ocasiones el único y último recurso para muchas mujeres ante un embarazo no deseado o no previsto, y depende de realidades sociales particulares de cada país, de las barreras legales, socioculturales, institucionales, o de otra índole, así como de condiciones subjetivas de las mujeres. Entre éstas, por ejemplo, estarían las relacionadas con el acceso a la anticoncepción y a servicios de salud reproductiva de calidad, el reconocimiento o no

⁶ Una descripción de estas metodologías, de sus limitaciones y ventajas se encuentra en el capítulo 3 del CD.

⁷ Estimaciones que se basan en diversas fuentes de información, principalmente en registros hospitalarios que son ajustados y corregidos.

de los embarazos fuera del matrimonio, el ejercicio de la sexualidad independientemente de los fines reproductivos, la aceptación o trasgresión de las prescripciones morales a tal práctica, las condiciones materiales y culturales y las expectativas de vida de las mujeres, y los obstáculos que ellas enfrentan para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

Los escasos resultados de las investigaciones muestran una diversidad de situaciones, que dependen, como ya se mencionó, de las metodologías y fuentes de información empleadas, razón por la cual no puede hablarse de un solo perfil sociodemográfico de las mujeres que abortan en la región⁸. Por ejemplo, los perfiles de las mujeres que acuden a hospitales son distintos de los que se encuentran en estudios realizados en contextos urbanos particulares. No obstante, también se encuentran ciertos rasgos comunes que comparten quienes abortan. Si bien tal práctica se observa entre mujeres de diferentes edades, aparentemente se concentra en las edades más jóvenes, y por lo mismo, de mayor potencial de fecundidad. (29% en el grupo de 20-24 años, con una tasa de 43 por mil mujeres y 41‰ para las de 25-29) (Shah y Ahman, 2004). En ciertos países como Colombia y Cuba, además de Guyana Francesa, Guadalupe y Martinica la mayor incidencia se encuentra en las menores de 20 años. Esto obedece, en parte, a que las jóvenes tienden a tener un exposición más marcada a embarazos no planeados, a relaciones sexuales no protegidas, dadas las dificultades que enfrenta dicho grupo de la población para acceder a métodos anticonceptivos. También se observa que una proporción considerable de los embarazos en este grupo de población son producto de violaciones y abuso sexual. En cambio, la proporción de mujeres que recurren al aborto a partir de los 30 años va disminuyendo y para las mayores de 40 años es generalmente reducida (14‰), lo que es resultado, en gran medida, de las bajas tasas de fecundidad de mujeres en esas edades y de la alta prevalencia anticonceptiva, sobre todo de carácter irreversible, en ciertos países.

Otro rasgo diferencial que se observa es la mayor frecuencia de abortos en mujeres casadas y unidas consensualmente en algunos países, como Colombia y Perú, mientras que en otros la mayor incidencia se da entre las mujeres solteras, como es el caso de Cuba y Brasil. Más aún, otra evidencia sorprendente que llama la atención es la alta proporción de mujeres con mayores niveles de escolaridad que recurren al aborto, ya que sería de esperar que estas mujeres tuvieran un acceso más fácil a métodos seguros y, por tanto, una mayor práctica anticonceptiva. Asimismo, se podría suponer que ellas estuvieran más informadas y conscientes de las consecuencias que implica exponerse a abortos de alto riesgo para su bienestar físico y mental y sus expectativas de vida. Las evidencias disponibles sugieren que tal situación se presenta en Colombia, Perú y República Dominicana.

Adicionalmente, los hallazgos, aún más reducidos y basados en datos de encuestas, sobre la diferenciación social de la práctica del aborto revelan una cierta mayor frecuencia de la misma en los estratos más bajos en Colombia, y una mucho menor en México. Los resultados al respecto, sobre todo para este último país, hay que considerarlos con cautela, ya que son las mujeres de clases sociales más bajas quienes recurren con mayor frecuencia a abortos inseguros, los cuales, por su carácter clandestino, dejan de declararse. Similar situación se observa en algunos otros estudios con mujeres que acuden a los hospitales por

⁸ Véase el capítulo 4 sobre este tema, así como sobre los motivos que tienen las mujeres para recurrir al aborto.

complicaciones de aborto, como es el caso del Perú, y que además reitera el acceso diferencial de las mujeres de clases sociales más favorecidas de recurrir al aborto inducido en condiciones más seguras y, sin que sea registrado como tal.

Con respecto a los motivos para recurrir al aborto, diversos autores han cuestionado el simplismo que se encuentra frecuentemente en los estudios acerca de este tema, destacando la presencia en ellos de un sesgo universalista, ante la visualización de que el aborto y el embarazo son experiencias percibidas y vividas de igual manera por todas las mujeres (Llovet y Ramos, *op.cit*). También se advierte un fuerte énfasis en la lógica individual como motivo central que guía el proceso de decisiones para recurrir a tal práctica, y sin considerar que la interrupción de un embarazo no deseado o no previsto responde, ante todo, a patrones de comportamientos construidos y moldeados social y culturalmente, de acuerdo a las particularidades de cada contexto y país. Asimismo, los motivos para abortar varían con la edad, la etapa del ciclo de vida, el estatus social, las condiciones de vida, el acceso a la planificación familiar, al tipo de relación con la pareja, al rechazo familiar, y a otras razones que tienen que ver con el desarrollo personal y las propias expectativas y proyectos de vida de las mujeres. Por otra parte, el insuficiente conocimiento que se tiene sobre este tema también obedece a la tradición “reduccionista” en el diseño de las encuestas (en las preguntas y opciones de respuesta), así como a las limitaciones inherentes en dicho instrumental para captar información sobre actitudes, percepciones, normatividades, motivos y significados ante la interrupción de un embarazo, que adicionalmente no consideran que suelen ser de carácter dinámico y multifacético; es decir, que suelen variar en un tiempo reducido, obedecer a situaciones coyunturales y responder a más de una sola razón.

De acuerdo con los resultados de algunos de los estudios realizados en la región, los motivos más frecuentes que subyacen para interrumpir un embarazo no previsto o no deseado se pueden agrupar primordialmente en los tres siguientes aspectos, interrelacionados entre sí. El primero de ellos corresponde al “entorno de la práctica anticonceptiva”, en el cual el aborto es un medio para espaciar, limitar o posponer los nacimientos, siendo las fallas o confiabilidad de los métodos anticonceptivos, los temores a los efectos secundarios de los mismos o su uso incorrecto las causas principalmente manifestadas⁹. Este tipo de motivos varía según las condiciones para acceder a los mismos, las propias características de las personas o “condición humana” (descuidos, olvidos, irresponsabilidad individuales), así como por la calidad de los servicios de información, educación, consejería de planificación familiar (Lamas, 2003). Esta situación se ve agravada en determinados sectores y grupos de población (adolescentes y jóvenes, residentes en áreas rurales, indígenas, etcétera), por las mayores barreras de índole muy variada que enfrentan.

El segundo grupo de motivos tiene que ver con “el entorno social de la mujer” y alude a las carencias materiales, sociales y culturales y afectivas que la rodean y que la llevan a recurrir al aborto. Entre éstas destacan, las dificultades económicas, que se agudizan

⁹ Un tema central y de intenso debate en el estudio sobre el aborto es el de su estrecha asociación con la práctica anticonceptiva, tema que es abordado en el capítulo 8 del CD y que no consideramos en esta presentación.

cuando las mujeres o la pareja no cuenta con los medios económicos suficientes o éstas carecen del apoyo familiar o del estado para el cuidado de los hijos, situaciones que se agudizan con las condiciones del trabajo de las mujeres. También estas circunstancias son frecuentes para las adolescentes y jóvenes, sobre todo que no cuentan con autonomía financiera o recursos propios. Como parte del ámbito social y familiar, las relaciones no estables o de conflicto con la pareja, las relaciones afectivas con ellos, la presión de los padres, y, en general, la estigmatización y rechazo social y moral como resultado por un embarazo fuera del matrimonio, son causas importantes para recurrir al aborto. Relacionado con las anteriores, se encuentra asimismo las consecuencias del embarazo en las aspiraciones, expectativas y proyectos de vida de la mujer, que varían según determinadas etapas de su vida. La ausencia de amplios programas de educación sexual, de una “conducta preventiva”, son también causas que se traducen en una ignorancia sobre las prácticas sexuales y reproductivas. Como parte de este entorno, la “condición humana”, y en particular, la coacción, abuso y violencia sexual juegan un papel protagónico.

Un tercer aspecto remite al “entorno legal y a la aceptación social del aborto”, y que alude a la influencia de los preceptos legales, morales, religioso y culturales, que son internalizados diferencialmente y lleven a distintas y variadas respuestas. Los hallazgos de las encuestas de opinión constatan la vinculación estrecha entre las causales legales y las circunstancias en las cuales las mujeres aceptan, apoyan o aprueban que debiera recurrirse al aborto. Estas se centran, principalmente, en casos de protección de la vida y la salud de la mujer, cuando se trata de una violación, y en menor medida, por malformaciones fetales. Sin embargo, esta es una línea de investigación ausente y que, además, debe incluir la indagación sobre cuestiones relacionadas con la autonomía y los derechos de las mujeres.

Las consecuencias sobre la salud y vida de las mujeres

Los debates sobre la legalización del aborto ponen el acento frecuentemente en el problema de salud pública, debido a la fuerte incidencia de morbilidad y mortalidad maternas que resultan de las complicaciones de abortos inseguros, la gran mayoría de las veces practicados de manera clandestina. Los riesgos asociados a los abortos y las consecuencias de los mismos en diferentes ámbitos de las mujeres están relacionados a los niveles de capacitación de las personas que los llevan a cabo, a la autoadministración y uso incorrecto de métodos tradicionales y modernos¹⁰ y a las condiciones de acceso a la oferta formal o informal disponible. También el nivel socioeconómico, el estatus y autonomía que tengan las mujeres y las restricciones morales son elementos claves para acceder a servicios de aborto seguros, y, por tanto, que inciden en las consecuencias de esta práctica en la vida de las mujeres. El hecho de que las mujeres que tienen un mayor nivel socioeconómico acceden a abortos medicalizados y seguros, mientras que las mujeres en condiciones desfavorables suelen recurrir a prácticas populares para abortar con altos riesgos, es un reflejo de la profunda injusticia social prevaleciente, ya que es la única opción para las mujeres que se encuentran en una situación de extrema vulnerabilidad personal y social. El acceso limitado al aborto, aún en los países donde se autoriza bajo ciertas condiciones, es igualmente una expresión muy reveladora de las desigualdades

¹⁰ Véase el capítulo 6, que describe la diversidad de métodos abortivos utilizados en distintos países de la región.

sociales o económicas, cuyas víctimas son, en primer lugar las mujeres. La legalidad y las condiciones de seguridad son aspectos que están íntimamente relacionados, como lo evidencia el hecho de que los niveles de morbilidad y mortalidad materna debido al aborto hayan disminuido de manera drástica en los países donde el aborto es legal, como es el caso de Cuba.

En un contexto de acceso limitado al aborto que propicia su práctica clandestina, el conocimiento que se tiene sobre las consecuencias del mismo es muy insuficiente y poco preciso. No obstante, algunos de los datos de que disponemos ilustran algunas de las consecuencias de esta práctica en diferentes ámbitos de la vida de las mujeres, de sus familias y de la sociedad en su conjunto.

La Organización Mundial de la Salud estima que entre el 10 y 50% de los abortos inseguros requieren de atención médica y tratamiento por complicaciones, aun cuando no todas las mujeres la solicitan, y que aproximadamente 800 000 mujeres se hospitalizan anualmente en América Latina por complicaciones de aborto (WHO, 1998). El número total de mujeres que se internan por complicaciones de aborto es un indicador proxy de la intensidad con la cual la práctica del aborto en condiciones de inseguridad y de alto riesgo continúa poniendo en peligro la salud y la vida de las mujeres. Se estima que en seis países de la región de cinco a diez de cada mil mujeres son hospitalizadas, variando esta proporción de 5.4 para México, 8.1 para Brasil y de 10 a 15 en República Dominicana, Chile y Perú (Henshaw *et al.*, 1999 y Singh, 2006). En Perú se estimó que por cada muerte materna que ocurre existe la posibilidad de que de 60 a 100 mujeres sufran complicaciones o lesiones que pueden afectar su fecundidad futura (Gutiérrez y Ferrando, 2003).

El panorama que tenemos de la mortalidad materna, no obstante la subdeclaración o errónea declaración de las defunciones maternas por aborto que se registran en los hospitales, es aun más devastador. Con base en cifras de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2004), de los 19 millones de abortos inseguros que se estima que en el año 2000 se realizaban en el mundo, cerca del 97% correspondieron a países en vías de desarrollo y casi 70 000 mujeres murieron como resultado de complicaciones derivadas de tal práctica. Esto representó aproximadamente el 13% del total de muertes maternas, y una tasa de 50 muertes por aborto por cada 100 000 nacidos vivos. El riesgo de muerte asociada con un aborto inseguro es al menos 20 veces mayor en países en desarrollo que en los desarrollados, y en algunas regiones atrasadas puede llegar a ser hasta 40 o 50 veces más alto. En los países en desarrollo, el riesgo de mortalidad asociado a un aborto ilegal es de 100 a 1 000 por cada 100 000 muertes maternas y llega a representar solamente de 4 a 6 en el caso de un aborto legal. La región de América Latina y El Caribe es la que, al parecer, tiene la más alta proporción en el mundo de muertes maternas derivadas de la práctica del aborto inseguro (17% del total), aunque con una menor tasa de mortalidad (30 defunciones por aborto por cada cien mil nacidos vivos) a la que se observa en Asia, (40 por cada cien mil nacidos vivos) y más de tres veces por debajo de la estimada para África (100 muertes ocasionadas por la misma causa por cada cien mil nacidos vivos). Las diferencias al interior de la región muestran que América del Sur es la subregión con la proporción más alta de defunciones maternas causadas por un aborto inseguro (19%), seguida del Caribe (13%), siendo mucho menor para América Central (11%). La proporción de muertes maternas relacionadas con el aborto también varía de manera

considerable en los diferentes países de la región: va desde el 8% en México, hasta el 33% en Argentina, 37% en Chile y 50% en Trinidad y Tobago (Abou Zahr y Ahman, 1998; Center for Reproductive Law and Policy, 2000; Bermúdez Valdivia, 1998). En cambio, en Cuba, donde el aborto a petición de la mujer es legal, y los abortos se realizan bajo supervisión médica y con profesionales entrenados, la mortalidad materna asociada a abortos legales fue estimada, en 1998, en 4.6 por cada 100 000 nacidos vivos, cifra considerablemente menor a las registradas en el resto de la región (Mayo Abad, 2002).

En 1996, la Organización Panamericana de la Salud reveló que el aborto es la causa principal de mortalidad materna en Argentina, Chile, Guatemala, Panamá, Paraguay y Perú; la segunda en Costa Rica y la tercera causa en Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, México y Nicaragua (OPS, 1998).

Los resultados de estudios realizados en algunos países de la región dan cuenta que la probabilidad de sufrir complicaciones o de morir a causa de un aborto es mayor en mujeres en condiciones socioeconómicas más adversas, y en abortos realizados por las propias mujeres, debido al uso incorrecto de diversos métodos o por personal no calificado¹¹.

Otros estudios, aunque muy escasos, aluden a las consecuencias de la práctica del aborto en la salud mental de las mujeres, en sus actividades económicas o escolares y en el ámbito social y familiar de las mismas. Asimismo, se documenta el alto costo económico de atender a mujeres con complicaciones de aborto o cuando éstos son incompletos y que tienen un efecto sobre el presupuesto de los servicios de salud pública de por sí insuficiente en la casi totalidad de los países de la región. A ello se añade el efecto de las leyes restrictivas y sus consecuencias sobre los derechos de las mujeres, anteriormente mencionados. Entre éstos, por ejemplo, destacan la negativa frecuente de profesionales de salud para realizar un aborto en las condiciones permitidas por la legislación; los requisitos y trámites burocráticos para su autorización; la violación no sólo de los derechos reproductivos de la mujer, sino también su derecho a la salud, a la seguridad y su derecho a la vida; el derecho a la defensa legal y al secreto profesional, que por lo general afectan a las mujeres pertenecientes a las clases sociales más desfavorecidas y de mayores condiciones de vulnerabilidad. La negativa a practicar abortos se vuelve aún más importante cuando se impide el derecho al mismo a una mujer víctima de una violación o de un incesto, como lo han mostrado los casos de Paulina en México y Rosa en Nicaragua. Igualmente las leyes restrictivas tienen como consecuencia contravenir los compromisos internacionales surgidos de diversas conferencias internacionales, como la del Cairo y la Beijín, que han suscritos los Estados de la región. Tales compromisos obligan a los países adherentes, a garantizar, entre otras cosas, la salud reproductiva de las mujeres, para lo cual se requiere facilitar su acceso a servicios de salud donde se practiquen abortos seguros. Finalmente, cabe reiterar que el aborto no sólo es un indicador de las desigualdades sociales, sino también de desigualdades intergeneracionales, ya que las mujeres adolescentes y jóvenes se encuentran en situaciones más desprotegidas, así como de desigualdades de género, ya que ninguna sanción penal se ejerce sobre los varones, quienes son, como veremos a continuación, los “otros significativos” actores del embarazo de las mujeres que abortan.

¹¹ Véase el capítulo 7 al respecto.

La presencia del varón en el aborto: ¿práctica compartida, impuesta o relegada a las mujeres?¹²

Los estudios sobre aborto en América Latina y El Caribe, al igual que en otras regiones del mundo, se han centrado, de manera predominante, en las mujeres, en tanto las principales protagonistas en torno a las cuestiones del aborto. Son ellas quienes se embarazan y abortan, quienes enfrentan y cargan con las consecuencias físicas, materiales, emocionales y familiares de interrumpir el embarazo, son quienes reciben casi exclusivamente las sanciones estipuladas por la legislación vigente, quienes mueren o sufren las secuelas físicas y mentales por haberse practicado un aborto en condiciones de higiene inadecuadas, quienes son estigmatizadas por la sociedad y quienes mayoritariamente no tienen el derecho a decidir libremente sobre su propia reproducción y a ejercer la sexualidad libre de riesgos. Finalmente, son quienes se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad social, además de estar mayormente expuestas a sufrir sanciones de tipo moral.

Sin embargo, en los últimos años se han desarrollado diversos, aunque insuficientes estudios empíricos acerca de la actitud e involucramiento de los varones en la interrupción voluntaria del embarazo, que muestran la relevancia de esta temática, no sólo para tener una comprensión más amplia de la cuestión del aborto, sin, además, para advertir acerca de la imperiosa necesidad de incluirlos en el ámbito de los programas públicos al respecto. Además, de que son los varones, la “otra mitad significativa”, quienes embarazan a las mujeres, muchas veces participan, directa o indirectamente en la toma de decisiones respecto a la práctica del aborto, ya sea a nivel societal, familiar e individual. En el ámbito público, los varones, legisladores y jueces, son casi siempre los encargados de dictar las leyes y regular o autorizar las condiciones bajo las cuales se puede o no practicar el aborto; son los médicos quienes determinan los criterios y normas sanitarias al respecto, además de llevar a cabo tal práctica; son los representantes de las religiones quienes dictan las sanciones, o las anuencias morales y espirituales ante la interrupción voluntaria del embarazo. En el ámbito privado, los cónyuges, compañeros, novios o padres de la mujer obstaculizan o apoyan la realización de tal práctica. Pero aún estando ausentes o siendo indiferentes, son quienes influyen en la decisión de la mujer de recurrir al aborto.

Cabe destacar las principales reflexiones y formulaciones teóricas que se han privilegiado en las investigaciones realizadas en la región sobre la influencia que tienen los varones en la práctica del aborto. Por una parte, la perspectiva “relacional” en la cual se pone el acento no sólo en los procesos sociales y culturales, sino también, y sobre todo, en las relaciones e interacción entre actores y ámbitos en torno a las situaciones bajo las cuales ocurre el aborto. Por la otra, y estrechamente vinculada a la anterior, la perspectiva de “género” que enfatiza las identidades y los roles masculinos y femeninos, las relaciones de poder e inequidad ente ambos sexos, el dominio masculino sobre la mujer en la vida de las mujeres, en particular en el ámbito de la sexualidad y la reproducción -en la continuación o

¹² Véase el capítulo 9 del CD, donde se abordan las distintas perspectivas teóricas y ejes analíticos que subyacen en el estudio de este tema y se documentan algunas de las evidencias empíricas en torno al mismo, tanto por parte de las interpretaciones y representaciones de las mujeres como de las propias experiencias y voces de los varones. En este texto sólo haremos mención de las investigaciones centradas en las experiencias de estos últimos.

interrupción del embarazo- y cuyos significados son consistentes y varían de acuerdo con los valores culturales, religiosas y normatividades vigentes en cada sociedad (Amuchástegui, 1994; Tolbert *et al.*, 1994; Faúndez y Barzelatto, 2005; Szasz, 1998). Como parte de ambas perspectivas, se presta atención particular a las tensiones, contradicciones y conflictos de las identidades masculinas que surgen al confrontar los roles y atributos vigentes y culturalmente asignados con la experiencia del aborto y las reacciones ante este hecho que se dan en el ámbito privado y subjetivo (Alliaga Bruch y Machicao Barbery, 1995; Figueroa y Sánchez, 2000). En esta línea también se argumenta que la casi nula investigación acerca del papel de los hombres en el aborto lo ha colocado sólo como víctimas o victimarios, sin considerar que existen puntos de encuentro entre las demandas y necesidades de ellos y entre las necesidades y derechos de las mujeres (Guevara Ruiseñor, 2000).

Adicionalmente y como parte del contexto cultural, destacan dos argumentaciones similares entre sí, que dan sentido a las prácticas y representaciones de los individuos. La primera de ellas se refiere a la noción de temporalidad, que se caracteriza por una “necesidad de inmediatez”, de vivir el presente y no pensar en el futuro o en una simple planificación en distintos ámbitos de la vida, incluyendo las decisiones reproductivas, por lo que para los varones no resulta habitual tomar medidas para prevenir embarazos, delegando la responsabilidad de ello en las mujeres (Rostagnol, 2003). La segunda se inscribe como parte de la “cultura de la prevención” que difícilmente puede ser desarrollada por la población en su forma cotidiana de actuar, ante las precarias condiciones para configurar dicha cultura en los países en desarrollo (Zamudio *et al.*, 1999).

También es pertinente agregar que la creciente atención a este tema se inscribe como parte de los acuerdos suscritos en los planes de acción emanados de las Conferencias Internacionales (Cairo, 1994). En ellos se ratifica la necesidad de profundizar en el papel de los varones, con el fin de promover la equidad de género y la responsabilidad compartida de las parejas en el ámbito de la reproducción, incluyendo la prevención de embarazos no deseados y de alto riesgo (Nations Unies, 1994).

Los hallazgos y conclusiones de los estudios realizados en la región concuerdan acerca de la diversidad de posiciones y valoraciones que adoptan los varones con respecto a su involucración en los embarazos no deseados y en la práctica anticonceptiva del aborto (Tolbert, *op.cit.*; Llovet y Ramos, *op.cit.*). Entre éstos destaca su presencia y participación tanto pasiva como activa; su aceptación, rechazo, coacción e indiferencia en el uso de métodos anticonceptivos y en el proceso de decisión del aborto; y, su apoyo o ausencia del mismo en las condiciones en que éste se realiza y en las consecuencias de este acto. Se advierte que esos roles no son unívocos, ni generalizables, ya que dependen de las distintas condiciones materiales, de las actitudes y normatividades culturales socialmente construidas y diferencialmente interiorizadas entre y dentro de los distintos grupos sociales, generacionales y etapas de la vida. Más aún, se subraya el carácter dinámico y cambiante de la participación de los varones en el aborto en función de sus distintas experiencias y vivencias en distintos momentos y etapas de su vida sexual y reproductiva (GIRE, 2001).

¿Cuáles son las evidencias empíricas sobre el papel de los varones?

De la literatura consultada identificamos dos ejes analíticos temáticos bajo los cuales se ha abordado de manera prioritaria el estudio acerca de la participación de los varones en el aborto. El primero de ellos comprende los vínculos entre las formas de relación emocionales (relaciones afectivas y sentimentales) que tiene la pareja y las distintas modalidades de arreglos de convivencia con ella. Estas dimensiones analíticas son muy relevantes para indagar acerca de las formas de responsabilidad que asumen los varones ante sus vivencias frente un aborto inducido, ya que este ámbito relacional es decisivo en el proceso de toma de decisiones para interrumpir el embarazo. El segundo eje analítico se refiere al papel y la responsabilidad que reconocen y/o asumen los varones en su participación en la propia práctica anticonceptiva, ya sea la propia, o la de su pareja.

Las fuentes de información para el análisis de ambos ejes provienen de acercamientos cuantitativos, como son las encuestas sobre sexualidad y salud reproductiva realizadas en determinados contextos sociales, que incluyen un módulo específicos para los varones, o bien de encuestas *ad hoc* exclusivamente diseñadas para esta subpoblación, pero que en general incluyen pocos aspectos relacionados con la cuestión del aborto. Por otro lado, se encuentran, mayoritariamente, los estudios de corte cualitativo que permiten indagar sobre la experiencia de los varones entrevistados, sus actitudes, percepciones, modalidades de participación en la práctica del aborto y que muestran la complejidad de factores y situaciones que influyen en la toma de decisiones relativas a la sexualidad y a la reproducción, incluida la del aborto. Su aportación reside, además, en que sugieren pistas importantes sobre qué y cómo investigar el tema, y, así comprender con mayor profundidad la influencia decisiva que tienen los diferentes protagonistas que participan en estos ámbitos.

Entre los hallazgos del conjunto de investigaciones consideradas, con respecto al primer eje analítico, y que aluden a la experiencia propia de los varones, se muestra que los sentimientos emocionales y afectivos con la pareja y la estabilidad o formalidad de los vínculos que se establece con ella, constituyen elementos importantes que definen la responsabilidad que los varones asumen en la interrupción del embarazo y el tipo de apoyo que ellos proporcionan. Los varones tienen una mayor participación en el proceso de decisión y asumen mayores responsabilidades ante el aborto cuando el embarazo no previsto o no deseado ocurre en relaciones formales y/o de convivencia (con la esposa o novia) y cuando prevalecen fuertes lazos emocionales. En cambio, cuando se trata de relaciones paralelas, ocasionales o con personas sin lazos afectivos su actitud es de indiferencia, de ausencia y mayor distancia, y su apoyo se reduce, en ocasiones, a un aporte económico. En estos casos, la responsabilidad en la resolución del aborto es, generalmente, asumida exclusivamente por las mujeres, quienes, ante la falta de interés o indiferencia del compañero con respecto al embarazo, no siempre comparten con ellos su decisión de abortar o no les informan de su embarazo. Si bien lo expuesto anteriormente, representa una patrón bastante común, se reitera nuevamente que éste no es unívoco ni generalizable, ya que responde a las diversas particularidades del contexto de los individuos objeto de estudio, tanto de índole material y cultural como a las propias subjetividades de ellos

En relación al segundo eje, y a diferencia del anterior, la gran paradoja, a la que se alude en la mayoría de los estudios, reside en la percepción y actitud que tiene el varón de la sexualidad como ámbito predominantemente masculino, en el cual el ejerce un control y

poder sobre la sexualidad femenina. En cambio, el ámbito de la reproducción y su regulación es considerado como un espacio femenino, del cual se responsabiliza a la mujer, relegando a los hombres de las consecuencias de su actividad sexual., sin que ello implique desconocer la dominación masculina en el proceso de decisión en estos ámbitos, frecuentemente subrayada.

Los resultados de los escasos estudios emprendidos en la región sobre la relación entre la práctica anticonceptiva y la prevención de embarazos no deseados advierten, de nuevo, acerca de la presencia de patrones diferenciados según distintos grupos sociales, contextos culturales entre generaciones y en función de experiencias previas. A su vez, constatan una estrecha asociación con otros factores, entre los cuales destacan, además del razones de no uso de métodos anticonceptivos y de los roles de género asignados socialmente, el tipo de vínculo emocional y de arreglo de convivencia en la pareja. Cuando las relaciones son estables y el vínculo afectivo es fuerte, la responsabilidad de la anticoncepción es más compartida y se orienta a prevenir embarazos no planeados, en cambio, en relaciones ocasionales y con menores sentimientos afectivos, hay una menor práctica anticonceptiva. (Guevara Ruiseñor, 1998; Zamberlin, 2000; Jiménez Guzmán, 2003; GIRE, *op.cit.*; Arilha 1999; Oliveira *et al.*, 1999; Arias y Rodríguez, 1998).

En las investigaciones antes citadas, se identifican diferentes respuestas de los varones que habían vivido una experiencia de aborto, y que reflejan las actitudes que asumen ante la falta de responsabilidad para prevenir un embarazo (razones de no uso de anticonceptivos). Entre éstas, cabe destacar aquellas relacionadas con el imaginario tan frecuentemente prevaleciente tanto en varones como en mujeres, y que se relaciona con la ausencia o menor presencia de la percepción del riesgo reproductivo, o sea de una cultura preventiva, “no pensaba o no contemplaba la posibilidad de que se fuera (o me fuera) a embarazar”. Otras representaciones por parte de ellos, asociadas con las identidades masculinas, son, por ejemplo, el suponer que la mujer era quien se cuidaba; el impulso incontrolable, considerado como natural, de satisfacer su deseo sexual que supera al miedo a un embarazo; la demostración de su virilidad y la disposición a asumir riesgos. El hecho de que el encuentro sexual sea imprevisto; la falta de información y de conocimiento en ocasiones erróneo o vago de los métodos; las barreras en el acceso a la anticoncepción; los efectos colaterales, las fallas, el uso inapropiado o irregular de algunos métodos masculinos, como los métodos naturales o el preservativo, las percepciones negativas en el uso de este último, son otros factores que se mencionan, sobre todo entre los adolescentes y jóvenes, para rechazar el uso de éste. Si bien la prevención del VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual está presente en la mayoría de ellos, no siempre conduce a la utilización del condón, ya que lo consideran un obstáculo para tener relaciones sexuales placenteras (Rostagnol, *op. cit.*; Arias y Rodríguez, *op. cit.* Mora y Villarreal, 2000; Faúndes y Barzelatto, *op.cit.*).

No obstante, también se advierten situaciones en que las cuales la elección de un método se relaciona con la convicción de que es un asunto en el cual debe existir una responsabilidad compartida con la pareja, y en las cuales la ausencia de compromiso o el mayor compromiso afectivo con ella es un elemento clave para que los varones se involucren o no en la anticoncepción. Al respecto, otras autoras ponen el acento en la comunicación y negociación en el seno de la pareja, y sostienen que cuando privan el desconocimiento y la

falta de diálogo en ella, se presentan con mayor frecuencia embarazos no deseados que terminan en abortos. En cambio, una mayor práctica anticonceptiva se da cuando la pareja conversa abiertamente sobre el tamaño deseado de la descendencia y sus opiniones y preferencias en la práctica anticonceptiva. (Mora y Villarreal, *op.cit.*).

Finalmente, otro aspecto relevante se refiere a la desigualdad genérica que ha prevalecido en el desarrollo y la disponibilidad de las tecnologías anticonceptivas. Los mayores recursos de la investigación biomédica hacia los métodos femeninos; el uso de métodos tradicionales que ha sido desestimado por los programas de planificación, en parte por ser considerados de baja eficacia; las limitadas opciones de métodos anticonceptivos reversibles de los cuales disponen los varones, la orientación casi exclusiva de dichos programas hacia las mujeres, son también factores que han propiciado que ellos no participen de la misma manera que las mujeres en la regulación de la fecundidad o no se perciben como protagonistas en la anticoncepción y confieren la responsabilidad de la misma a las mujeres, excluyéndose de su práctica o asumiendo un rol secundario (Castro, 1998; Righeim, 1996; Zamberlin, *op. cit.*; Zelaya *et al*, 1996). Retomando lo señalado por Figueroa y Sánchez (*op.cit.*), la experiencia y decisión respecto a un aborto puede ser visualizada como un proceso de exclusión y desigualdad genérica, ya que el discurso (y las acciones programáticas) se han centrado en la feminización de (las prácticas) y los derechos reproductivos.

A manera de conclusión

Lo expuesto en párrafos anteriores ya da cuenta de la amplia gama de implicaciones asociadas a las condiciones en que se practica el aborto en la región, que, implícita o explícitamente, advierten acerca de los desafíos a emprender en distintos ámbitos de la sociedad y por parte de diferentes actores. En esta sección destacamos algunas cuestiones que nos parecen prioritarias, sin pretender que sean exhaustivas, y que se derivan de la investigación documental que hemos realizado.

Las evidencias empíricas disponibles sobre la práctica del aborto de los países advierten que no se trata sólo de una cuestión de salud pública, sino, y sobre todo, de un problema de desigualdad económica, social, étnica y de género, así como de la ausencia y falta en la reivindicación y cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Esta situación se refleja en el acceso diferencial a los servicios de salud, siendo las mujeres con peores situaciones materiales y las que se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad las que sufren las consecuencias más adversas. No obstante que el aborto atañe a todas las mujeres, en diferentes momentos de su ciclo de vida, se advierte asimismo una desigualdad intergeneracional, ya que son las adolescentes y las jóvenes donde la incidencia de esta práctica parece ser mayor, y las que se encuentran en las condiciones más desventajosas.

De igual manera, dichas evidencias confirman que la prohibición del aborto no impide su práctica, sino que obliga a la realización de abortos inseguros y con mayores riesgos. La mayor parte de las legislaciones de los países de la región han intentado resolver el problema del aborto inducido mediante su prohibición, sin lograr la disminución de la alta tasa de aborto que existe en la región. Más aún, el restrictivo marco jurídico del aborto que caracteriza a la mayor parte de los países de la región y, sobre todo las restricciones

impuestas por las mismas legislaciones en los casos permitidos por la ley para recurrir al aborto, han tenido un impacto negativo sobre la salud y las condiciones económicas, sociales y psicológicas de las mujeres. Destacan la persistencia de serias barreras en la prestación de servicios y, sobre todo, la falta de reglamentaciones y lagunas de la ley para otorgar servicios de aborto en los casos permitidos por la ley, y que obstaculizan el ejercicio de los derechos de las mujeres, en especial para las que se encuentran en condiciones más vulnerables y marginadas.

La elevada incidencia de este fenómeno, la mayor morbimortalidad de las mujeres debido a las condiciones inseguras en que los abortos se realizan, la proliferación de servicios clandestinos de aborto, los altos costos en la salud y vida de las mujeres, sus familias y en los sistemas de salud que atienden las complicaciones de aborto, son parte de las consecuencias negativas, ampliamente reconocidas, aunque insuficientemente documentadas, que llevan a cuestionar la pertinencia de las legislaciones restrictivas en la materia. Es importante matizar que si bien la mayoría de los países de la región autorizan la práctica del aborto inducido, al menos para salvar la vida de la mujer, y en menor medida por razones relacionadas con la salud de ella, la no despenalización del aborto por las otras causales, en particular por violación y abuso sexual, atenta también contra la vida y salud de ellas y con el cumplimiento de los objetivos discursivos de mejorar el bienestar familiar y eliminar prácticas discriminatorias y de desigualdad y justicia social.

Es imperativo llevar a cabo una revisión del tratamiento legislativo que se ha dado al aborto inducido, mostrando las contradicciones prevalecientes entre los derechos reconocidos en las conferencias internacionales y adoptados por diversos países, tales como el derecho a la salud, a la libre determinación de la descendencia, a la igualdad entre sexos, el acceso a servicios seguros y de calidad, entre otros, y los que se sustentan en la legislación de aborto de los diferentes países. Documentar con información científicamente rigurosa las transgresiones, circunstancias, obstáculos y consecuencias de la recurrencia al aborto inseguro que se dan en el ámbito individual, familiar e institucional contribuirá a modificar y mejorar las acciones que se llevan a cabo en materia legislativa y a nivel programático.

La problemática del aborto debe ser abordada tanto a partir de la esfera subjetiva y privada de las personas como de las acciones intervenciones de la esfera pública, en el ámbito de las instancias legales, jurídicas, sanitarias y educativas, y en particular en las encargadas del diseño e implementación de las políticas en materia de salud, población y de bienestar de la misma. Lo anterior conlleva e implica conjugar esfuerzos de diversos actores y en distintas esferas. En la esfera pública, redoblar los esfuerzos y acciones que han venido realizando diversos actores sociales orientados a sensibilizar y a crear una mayor conciencia acerca de los riesgos que implican los abortos inseguros, disminuir la persistencia de tal práctica, y garantizar el acceso que se realice en las mejores condiciones posibles, son, sin duda, retos impostergables. A lo anterior, cabe agregar la necesidad de incorporar a los varones en los programas de salud sexual y reproductiva.

En la esfera privada, tal como hemos indicado en este texto, el conocimiento científico que se tiene en la región sobre los diversos aspectos relacionados con la cuestión del aborto es

insuficiente, y en ocasiones adolece de muchas limitaciones e inadecuaciones. La mayoría de los estudios se han realizado en contextos urbanos, y en ámbitos hospitalarios, y sólo reflejan de manera parcial y desigual la situación del aborto entre los países de la región. Es una tarea pendiente ampliar la investigación, desde un enfoque interdisciplinario y con énfasis en la perspectiva sociocultural y de derechos humanos, profundizando en la complejidad de causas que subyacen en el aborto inseguro, las consecuencias sanitarias y sociales del mismo y la interacción con otros actores, lo que permitirá ampliar el estado del conocimiento sobre el tema y proporcionar los elementos para diseñar intervenciones orientadas a disminuir la incidencia e implicaciones del mismo.

Bibliografía

- AbouZahr, C., y Ahman, E. (1998), "Unsafe abortion and ectopic pregnancy", C. Murria, y A. López (eds.), *Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders and congenital anomalies*. Cambridge, MA, The Harvard School of Health.
- Aliaga Bruch, S., y Michicao Barbery, X. (1995), *El aborto: una cuestión no sólo de mujeres*, La Paz, CIDEM, Centro de Información y Desarrollo de la Mujer.
- Amuchástegui, A. (1994), Culturas híbridas. El significado de la virginidad y la iniciación sexual para jóvenes mexicanos, *Informe de investigación*, México, The Population Council- UAM-Xochimilco.
- Arias, R., y Rodríguez, M. (1998), "A puro valor mexicano. Connotaciones del uso del condón en hombres de la clase media de la Ciudad de México", S. Lerner (ed.), *Varones, sexualidad y reproducción*, México, El Colegio de México, pp. 319-340.
- Ariha, M. (1999), "Homens, saúde reprodutiva e gênero: el desafío da inclusão", K. Giffin, y S.O. Costa (eds.), *Questões de saúde reprodutiva*, Río de Janeiro, Fiocruz, pp. 455-467.
- Bermúdez Valdivia, V. (1998), Silencios públicos, muertes privadas: la regulación jurídica del aborto en América Latina y el Caribe, Lima, Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM)
- Castañeda Salgado, M.P. (2003), "Introducción", Martha Patricia Castañeda Salgado (coord.), *La interrupción voluntaria del embarazo: reflexiones teóricas, filosóficas y políticas*, México, Centro de Investigaciones interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM., pp. 15-29.
- Castro Morales, P. (1998), "¿Qué razones exponen los hombres que están recurriendo a la vasectomía sin bisturí para limitar su fecundidad?", S. Lerner (ed.), *Varones, sexualidad y reproducción*, México, El Colegio de México, pp. 341- 368.
- Center for Reproductive Law and Policy (CRLP) (2000), *Women of the world: laws and policies affecting their reproductive lives. Latin America and the Caribbean*.
- Faúndes, A., y Barzelatto, J. (2005), *El drama del aborto. En busca de un consenso*, Bogotá (Colombia), Tercer Mundo Editores.

- Figuroa Perea, J.G., y Sánchez Olguín, V. (2004), "La presencia de los varones en el discurso y en la práctica del aborto", F.C. Lozano Ascencio (ed.), *El amanecer del siglo y la población mexicana*, Cuernavaca, UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias/ Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 257-275.
- Gogna, M., Romero, M., Ramos, S., Petracci, M., & Szulik, D. (2002), "Abortion in a restrictive legal context: the views of obstetrician-gynaecologists in Buenos Aires, Argentina", *Reproductive Health Matters*, 10(19), 128-137.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (2001). *Los hombres y el aborto, Temas para el debate*,. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE).
- Guevara Ruiseñor, E.S. (1998), "Amor y pareja en la responsabilidad de los hombres ante el aborto", Asociación de Estudios de Población de la Argentina [AEPA], Centro de Estudios de Estado y Sociedad y Centro de Estudios de Población [CENEP] (eds.), *Trabajos del III Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*, 12, 13 y 14 de agosto de 1998, Buenos Aires, Buenos Aires, AEPA, pp.161-180.
- Guevara Ruiseñor, E.S. (2000), "La experiencia del aborto en los hombres y los derechos reproductivos", VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social, La Habana, del 3 al 7 de julio de 2000.
- Gutiérrez, M., y Ferrando, D. (2004), "Incidencia del aborto y sus efectos sobre la fecundidad", Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y Centre de Recherche Populations et Sociétés (CERPOS) Université de Paris X - Nanterre (eds.), *La fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?*, pp. 233-245, Santiago, Chile), 9-11/06/200, CEPAL.
- Henshaw, S.K., Singh, S., y Haas, T. (1999), "The incidence of abortion worldwide". *International Family Planning Perspectives*, 25, Suppl., S30-38.
- Jiménez Guzmán, M.L. (2003), *Dando voz a los varones. Sexualidad, reproducción y paternidad de algunos mexicanos*, UNAM/CRIM, México.
- Kulczycki, A. (2003), " 'De eso no se habla': aceptando el aborto en México". *Estudios Demográficos y Urbanos*, 18(2), pp. 353-386.
- Lamas, M. (2003), "La lucha por modificar las leyes de aborto en México", M. P. Castañeda Salgado (ed.), *La interrupción voluntaria del embarazo: reflexiones teóricas, filosóficas y políticas*, México, D. F., Centro de Investigaciones interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades de la UNAM, pp. 83-105.
- Llovet, J.J., y Ramos, S. (2001), "1 estudio del aborto inducido en América Latina: un balance parcial y algunas propuestas a futuro", C. Stern y J.G. Figuroa (eds.), *Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación*, México, El Colegio de México, pp. 285-322.
- Mayo Abad, D. (2002), "Algunos aspectos histórico-sociales del aborto", *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 28(2), 128-133.
- Mora Téllez M., y Villarreal, C. (2000), *Hombres y decisiones reproductivas*. Bogotá, Fundación Oriéntame.
- Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas, *Mueres del mundo: leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas: América Latina y El Caribe*, suplemento 2000 Nueva York, Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas, Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer.

- Mundigo, A.I., y Shah, I.H. (1999), "Policy Impact of Abortion Research, A.I. Mundigo y C. Indriso (eds.), *Abortion in the developing world*, New Delhi: World Health Organization, pp. 477- 488.
- Naciones Unidas (1995), *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, 5-13 septiembre de 1994, Número de venta: E.95.XIII.18. Nueva York, Naciones Unidas.
- Nations Unies (1994), *Rapport de la Conférence Internationale sur la population et le développement*, Le Caire, Nations Unies.
- Oliveira, M.C., y Rocha, M.I.B. (2001), «.Presentación, *Saúde reproductiva na esfera pública e política na América Latina*, pp. 9-15, Campinas: Editora da Unicamp.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002), *La Salud en las Américas*, Publicación Científica y Técnica, no. 587, Washington DC.
- Ringheim, K. (1996), " 'Wither methods for men'?: emerging gender issues in contraception" *Reproductive Health Matters*, 7, pp.79-89.
- Rostagnol, S. (2003), "Representaciones y prácticas sobre sexualidad y métodos anticonceptivos entre hombres de sectores pobres urbanos", *Anuario de Antropología Social y Cultural*, pp.39-55.
- Sanseviero, R. (2003), *Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay*. Montevideo, CIID-UPAZ.
- Shah, I.H. y Ahman E. (2004), "Age Patterns of Unsafe Abortion in Developing Country Regions", *Reproductive Health Matters*, 12, pp. 9-17.
- Singh, S. (2006), "The incidence of unsafe abortion: a global review", I.K. Warriner y I.H. Shah (eds.), *Preventing Unsafe Abortion and its Consequences*. Research and Action, Nueva York, Guttmacher Institute, pp.187-207.
- Szasz, I. (1998), "Los hombres y la sexualidad: aportes de la perspectiva feminista y primeros acercamientos a su estudio en México", S. Lerner (ed.), *Varones, sexualidad y reproducción*. México, El Colegio de México, pp. 137-162.
- Tolbert, K., Morris, K., y Romero, M. (1994), *Los hombres y el proceso de decisión respecto del aborto: hacia una teoría de las relaciones de género y el aborto*, Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Bogotá, Universidad Externado de Colombia.
- United Nations (UN)/ Population Division (1994), *World abortion policies 1994*, Nueva York United Nations.
- World Health Organisation (WHO) (1993), *Abortion. A tabulation of available data on the frequency and mortality of unsafe abortion*, 2nd ed. Geneva, WHO, Division of Family Health
- World Health Organisation (WHO) (1998), *Unsafe abortion. Global and regional estimates of incidence and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data*, (p. 109, Geneve, WHO.
- World Health Organisation (WHO) (2004), *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*. 4th.ed., wQ440, Geneve WHO.

Zamberlin, N. (2000), " 'La otra mitad', Estudio sobre la participación masculina en el control de la fecundidad", M. Gogna (ed.), *Feminidades y masculinidades. Estudios sobre salud reproductiva y sexualidad en Argentina, Chile y Colombia*. Buenos Aires, CEDES, pp. 245-299.

Zamudio Cárdenas, L., Rubiano Blanco, N.L., Wartenberg, L., Viveros, M. y Salcedo Fidalgo, H. (1999), *El aborto inducido en Colombia*, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social.

Zelaya, E., Peña, R., García, J., Berglund, S., Persson, L., y Liljestrang, J., (1996), "Contraceptive patterns among women and men in León, Nicaragua", *Contraception*, 54, 359-365.