

¿POR QUÉ ABORTAN LAS MUJERES?

Contexto y biografía en las experiencias de aborto

El objetivo de este documento es compartir evidencia y argumentos para informar el debate acerca de las experiencias de aborto, las motivaciones y las condiciones de acceso a la práctica, así como dismantelar estereotipos sobre quienes abortan.

Silvina Ramos &
Sandra Salomé Fernández Vázquez



REDAAS
RED DE ACCESO AL ABORTO SEGURO
ARGENTINA



SOBRE LAS AUTORAS

Silvina Ramos es socióloga, investigadora titular del CEDES e integrante del equipo coordinador de REDAAS.

Sandra S. Fernández Vázquez es politóloga (USC, España) y doctora en Ciencias Sociales (UBA), docente de la Universidad Nacional de Avellaneda y becaria Postdoctoral de CONICET con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani.

Agradecemos los comentarios de Mariana Romero y la edición de Andrea Franco.

Este documento se terminó de escribir en abril de 2020 con el apoyo de IWHC.

ELA: www.ela.org.ar

REDAAS: www.redaas.org.ar/

CEDES: www.cedes.org

IWHC: www.iwhc.org

Sugerencia de cita: Ramos, Silvina y Fernández Vázquez, Sandra S. *¿Por qué abortan las mujeres?:* N°12 Serie de documentos REDAAS. Buenos Aires, Mayo 2020.

En este documento se ha procurado no utilizar el lenguaje sexista.

INTRODUCCIÓN

En la Argentina, el aborto está despenalizado por causales o supuestos desde 1921. El Código Penal tipifica la práctica como un delito, aunque la permite cuando el embarazo es producto de una violación o cuando está en riesgo la salud o la vida de la persona gestante. A pesar de estas excepciones o supuestos en los que el aborto está permitido, durante gran parte del siglo XX, esta normativa se interpretó de un modo restrictivo y, por ello, el acceso al aborto aún en las condiciones permitidas por la Ley estuvo vedado. Fue recién en el siglo XXI, a partir de la judicialización de casos de aborto no punible –con el fallo F.A.L. de la Corte Suprema de Justicia de la Nación como hito– y el desarrollo de guías de procedimientos para el acceso y la atención del aborto, como los protocolos de atención, cuando comenzó a institucionalizarse una interpretación más apropiada de esas causales o supuestos y, con ello, se crearon mejores condiciones para el acceso al aborto en la Argentina.

Las situaciones de aborto y las experiencias de quienes toman la decisión de interrumpir un embarazo son diversas y complejas, es por esta razón que, además de investigaciones encaminadas a cuantificar la incidencia del aborto en la Argentina, es necesario indagar sobre los condicionantes sociales y culturales y las vivencias de esta práctica. Las experiencias de aborto están mediadas por una serie de factores biográficos, subjetivos y de contexto que se imbrican y se potencian entre sí. Por ejemplo, es conocido que las percepciones con respecto a la práctica del aborto de una persona están influenciadas por la situación legal y la (des)penalización social.

El objetivo de esta hoja informativa es, a partir de la revisión de la literatura especializada, compartir evidencias y argumentos para informar el debate sobre las experiencias de aborto, las motivaciones y las condiciones en las que se accede a la práctica, así como dismantelar estereotipos sobre quienes abortan.

¿QUIÉNES SOMOS LAS QUE ABORTAMOS?

La imposibilidad de definir perfiles

La penalización del aborto, tanto en la Argentina como en otros países de la región, nunca ha disuadido a las mujeres de abortar, aunque sí ha afectado las condiciones en las que se accede a la práctica. Según estimaciones del año 2009, en la Argentina se realizan entre 371.965 y 522.000 abortos por año (Pantelides y Mario, 2009). Desde ese estudio hasta el presente, las condiciones de acceso a la práctica se han modificado cualitativamente, principalmente por tres motivos: 1) la popularización del

uso del misoprostol para inducir un aborto, droga que en aquel momento todavía era escasamente utilizada; 2) la proliferación de organizaciones feministas y de profesionales de la salud que, en gran parte del territorio federal, brindan información sobre cómo abortar de forma segura con medicamentos; y 3) la institucionalización de una interpretación apropiada del régimen de causales contemplado en el Código Penal que, plasmada en protocolos de atención en los niveles nacional y provincial, ha hecho posible un mayor acceso a los abortos legales.

A pesar de estos avances, la información disponible sobre quienes abortan es deficitaria, dado que no existe un registro público de abortos legales, en gran medida porque las estadísticas de salud no reflejan con claridad, por problemas de diseño y por problemas de registro, la cantidad de abortos legales que se producen en el país en los establecimientos públicos de salud y, menos aún, los que se realizan en el marco de la seguridad social y los servicios de medicina prepaga. Asimismo, es difícil cuantificar aquello que durante décadas –y hasta el día de hoy– ha permanecido en la clandestinidad. Dado este déficit, las sistematizaciones realizadas desde 2015 por Socorristas en Red (Feministas que abortamos)¹ y el informe de la Coordinación de Salud Sexual, SIDA e ITS de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que lleva por título Salud sexual y reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires, Situación y respuesta 2016-2018, son aportes importantes.

Éste último contiene información, entre otros indicadores, sobre las interrupciones legales de embarazos realizadas en la Ciudad de Buenos Aires desde 2014 hasta 2018 inclusive. Aunque refiere a los efectores y áreas programáticas, también contiene información sobre la edad gestacional y el rango etario de quienes abortan. Así, según este informe, más del 50% de quienes abortaron en el primer semestre de 2018 tenían entre 20 y 29 años y, aproximadamente, el 85% consultaron antes de las 12 semanas de gestación.

Los datos de Socorristas en Red brindan más información sobre quienes abortan. Las integrantes de la red realizan entrevistas a las personas que acompañan en el proceso de abortar, en las que incluyen preguntas sobre su religiosidad, su situación laboral y sobre su historia reproductiva. Según los datos de la última sistematización disponible (Socorristas en Red, 2019), la correspondiente a los acompañamientos de 2018², casi el 60% de las personas que acompañaron tenían entre 20 y 29 años (59,4%), contaban con un trabajo remunerado (58,4%, incluyendo trabajo informal y formal) y profesaban una religión (aproximadamente el 58%); más del 70% había sufrido algún tipo de violencia de género; casi el 60% había sido madre previamente; y más del 80% no había tenido abortos voluntarios previos.



Rompiendo estereotipos...



Las que más abortan son las adolescentes.

Según los datos disponibles, las mujeres abortan en mayor medida entre los 20 y los 29 años.

El aborto se va a convertir en un método recurrente.

Si bien, estadísticamente, las mujeres abortamos en promedio tres veces durante nuestra vida reproductiva, según datos de Socorristas en Red, menos del 20% de quienes fueron acompañadas por la red habían abortado con anterioridad.

Las personas que abortan no quieren ser madres.

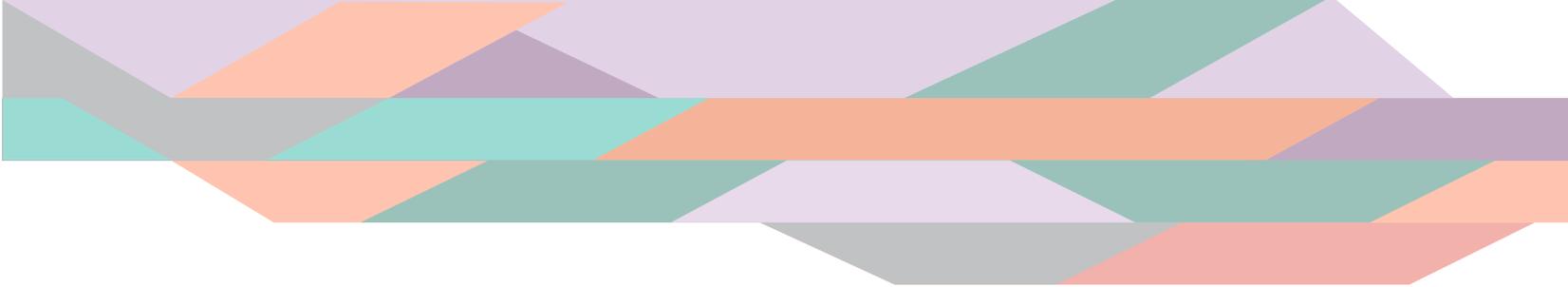
En algunos casos puede ser cierto, pero según datos de Socorristas en Red, casi un 60% de las mujeres acompañadas tenía hijos/as previos/as.

Las personas católicas no abortan.

Como han señalado otras investigaciones, los datos de Socorristas en Red señalan que más del 50% de las personas acompañadas afirmaban profesar una religión.

La legalización del aborto implicará que las mujeres aborten en cualquier edad gestacional.

Los abortos en el segundo trimestre suceden, en gran medida, por las dilaciones en el acceso al aborto, y es necesario que las políticas sanitarias den respuesta a esta problemática. Sin embargo, la mayoría de los abortos se producen en las primeras doce semanas de gestación.



Desde 2015, REDAAS lleva adelante un registro de abortos legales del cual participan instituciones de distintas jurisdicciones del país. A 2019, el registro cuenta con 3743 situaciones registradas. La mitad de las mujeres tenía entre 20-29 años al momento de la consulta, 75% lo hizo con 12 semanas de embarazo o menos y 8 de cada 10 solicitaron la interrupción por causal salud. En síntesis, como han identificado otras investigaciones (Carneiro, Drezett y Andreoni, 2012; Borsari et al., 2013), los datos muestran que no es posible definir perfiles, ni en lo que refiere a la situación socioeconómica ni en otros aspectos como la edad, la religión, la etapa vital, las experiencias de maternidad previas, etc. Las mujeres que abortan tienen condiciones personales y de vida muy variadas.

Si bien no es posible establecer perfiles, los recursos con los que cuentan quienes abortan, como señalan Petracci et al. (2012), pueden implicar diferencias en las trayectorias reproductivas y de vida de quienes abortan: entre las mujeres pobres, el aborto sucede después de haber tenido al menos un/a hijo/a, mientras que, entre las mujeres de clase media, el aborto es más frecuente en el primer embarazo. Asimismo, en un país en el que a pesar del régimen de despenalización por causales se mantienen importantes barreras en el acceso al aborto, los recursos materiales y simbólicos con los que cuentan quienes deciden abortar determinan sus experiencias y las condiciones en las que la práctica se realiza. Vivir en una zona rural o urbana, acceder al sistema de salud o a una organización que ofrece información y acompañamiento –presentes sobre todo en los núcleos urbanos–, disponer de recursos económicos para adquirir la medicación o acceder a otro tipo de intervención, contar con el apoyo del entorno, entre otros factores, moldean sustantivamente la experiencia de abortar.

La ausencia de esos recursos materiales y simbólicos contribuye a reforzar la vulnerabilidad en la que las mujeres abortan: por una parte, incide en el tipo de práctica a la que acceden –más o menos riesgosa– y, por otra parte, en muchos casos puede generar dilaciones³ o barreras en el acceso, que derivan en riesgos potenciales adicionales por el avance de las semanas de gestación y la inadecuada capacidad de respuesta del sistema de salud para proveer abortos en el segundo trimestre de gestación. Asimismo, la ausencia de recursos simbólicos y una red de apoyo y contención también pueden incidir en la aparición de sentimientos negativos –angustia, culpa, miedo– durante el proceso y con posterioridad al evento.

¿POR QUÉ ABORTAMOS?

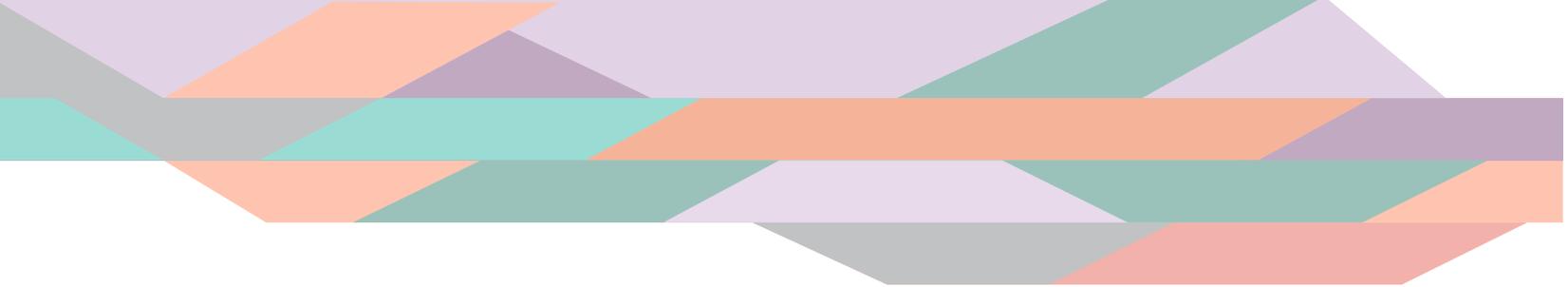
La decisión de abortar frecuentemente es dilemática porque implica desafiar valores culturales, como el mandato de maternidad, o enfrentar las imágenes sociales del aborto, que suelen asociarlo al delito y/o a una situación de riesgo para la vida o la salud. Decidir abortar implica para las mujeres enfrentar estas imágenes culturales que circulan en la comunidad. Sin embargo, como señalan diferentes investigaciones (Chaneton y Vacarezza, 2012; Szwarc y Fernández, 2018) quienes deciden abortar lo hacen de un modo pertinaz y ni el contexto restrictivo ni los riesgos para la salud que puede suponer un aborto en ese contexto las disuade. Cuando una mujer decide interrumpir un embarazo, la concreción de esa decisión es su norte.

En la decisión de abortar, se combinan cuestiones subjetivas o personales, con otras asociadas a las miradas o la injerencia de los/as otros/as significativos/as para la vida de quien decida abortar –otras/os representadas/os por la pareja, la familia o la sociedad–. Quienes abortan tienen más de una razón para hacerlo (Torres y Forrest, 1988; Chae et al., 2017).

Entre las cuestiones subjetivas aparecen la percepción de imposibilidad y el deseo de no ser madre. En algunos casos, no se desea en ese momento, pero ello no significa que la maternidad no sea una aspiración para el futuro o no lo haya sido en el pasado. En otros casos, las mujeres pueden no querer ser madres de un modo más permanente.

La percepción de imposibilidad de seguir adelante con el embarazo y convertirse en madres se relaciona con las condiciones de vida que se evalúan insuficientes para afrontar la maternidad. Estas condiciones de vida pueden referir a la responsabilidad, el compromiso y el tiempo disponible para “atender a un hijo/a”⁴ y a los recursos materiales de los que disponen, es decir, la percepción de no contar con los medios necesarios para afrontar la crianza de un hijo/a. Asimismo, esas condiciones de vida también refieren a la situación de pareja. Para algunas mujeres, estar o no en pareja o el tipo de relación que mantienen, si es esporádica, ocasional o estable es un condicionante. Las parejas también inciden en la medida en que pueden expresar sus posiciones –favorables o negativas– hacia el embarazo en curso y la decisión de abortar puede tener efectos potenciales sobre la relación. Por otra parte, además del tipo de relación o vínculo o las opiniones de las parejas, algunos estudios (Diniz et al. 2011) y los datos de Socorristas en Red identifican una asociación entre padecer violencia de género y el deseo de interrumpir un embarazo.

Asimismo, algunas mujeres evalúan que la maternidad puede suponer un obstáculo en el desarrollo y la concreción de una trayectoria de vida imaginada con otros horizontes: la culminación de sus estudios, el desarrollo de una carrera profesional,



académica, deportiva, etc., una posible migración, un proyecto de pareja o familia que fuera incompatible con la maternidad en ese momento, entre otras cuestiones. Así, las inquietudes aspiracionales de la vida afectan la decisión de abortar.

En síntesis, con respecto a las motivaciones subjetivas, además de las trayectorias de vida, tras la decisión de abortar se manifiesta una visión normativa de la maternidad, un deber ser definido por condiciones que son consideradas necesarias para seguir o no adelante con un embarazo. Para las mujeres, esas condiciones necesarias se definen por los recursos materiales, la estabilidad económica y/o laboral, el tiempo disponible para maternar y la situación de pareja. No contar con esas condiciones es lo que motiva el aborto.

Además de las motivaciones subjetivas, la decisión de abortar también puede ser consecuencia de la coerción de terceros. Si bien no hay suficiente evidencia al respecto, algunos de los estudios disponibles identifican la coerción de la familia –principalmente de las madres– en embarazos de adolescentes (Domingos et al., 2013) y la coerción de las parejas (Koch, 2014; Bard, Johnson y Vaggione, 2017) como motivos centrales para la decisión de abortar.

El contexto legal también incide en esta decisión, porque la penalización implica mayores dificultades para acceder al aborto. Sin embargo, no importa cuál sea el contexto, la decisión de abortar tiene una dimensión práctica signada por la necesidad imperativa de resolver algo (Szwarc y Fernández, 2018; Bosio, Johnson y Frecia, 2018): la imposibilidad de seguir adelante con ese embarazo o, al menos, el deseo de no hacerlo.

La transgresión de una norma legal, social o religiosa no disuade a las mujeres de abortar, aunque incide en el modo en cómo se transita la práctica. Diversas investigaciones que indagaron en los aspectos emocionales de la práctica del aborto identifican que profesar una religión que criminaliza el aborto puede suponer que las mujeres experimenten en mayor medida sentimientos de culpa y angustia. Sin embargo, en un estudio reciente (Johnson, Bosio y Frecia, 2018) sobre las experiencias de aborto de mujeres católicas se observa que el sentimiento de culpa no es el que prevalece, sino el sentimiento de alivio frente a un problema que se resuelve; tal y como sucede entre las mujeres que no profesan una religión (Szwarc y Fernández, 2018).

<p>Motivaciones subjetivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción sobre las condiciones materiales de vida • Situación de pareja • Percepción con respecto a las aspiraciones o trayectoria de vida • Maternidad no deseada (puede ser coyuntural –en ese momento no quiere ser madre, pero quizás en el futuro sí– o una decisión tomada) • Juicio normativo sobre las responsabilidades que conlleva la maternidad
<p>Motivaciones relacionadas con otros/as</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coerción de terceras personas (pareja, progenitores/as, sobre todo entre adolescentes)

CONDICIONANTES ADICIONALES EN LA DECISIÓN DE ABORTAR

Legalidad restrictiva y estigma

La decisión de abortar, como mencionamos, es frecuentemente dilemática porque implica enfrentar valores sociales y mandatos, como la maternidad obligatoria, así como asumir las consecuencias del estigma que recae sobre quienes abortan y sobre quienes proveen la práctica. Ese estigma, aunque también está presente en contextos en los que el aborto es legal (Faúndes et al., 2013), es sensiblemente mayor en aquellos en los que está penalizado y la práctica se lleva a cabo lejos de la esfera de lo público, en la clandestinidad.

El estigma es definido como un atributo desacreditador que deriva del no cumplimiento de determinadas expectativas sociales o de acciones socialmente condenables. Portar ese estigma implica ser reducido/a a la categoría de indeseable (Goffman, 1963) y, por tanto, si es posible, se intentará ocultar el origen del estigma, es decir, la conducta desviada de la norma. En el caso del aborto, esto lleva a que quienes abortan y

quienes llevan a cabo la práctica lo oculten. Este silenciamiento, por parte de quienes no quieren ser juzgados/as y estigmatizados/as, contribuye a reforzar el estigma, porque presenta al aborto como una práctica poco común, que no sucede. Esto es lo que Kumar, Hessini y Mitchell (2009) identifican como la “paradoja de la prevalencia”; es decir, a pesar de su prevalencia, el silenciamiento de la práctica refuerza el estigma porque su invisibilización convierte al aborto en una práctica poco común, desviada y condenable.

Para las mujeres, ocultar el aborto tiene por objetivo evitar ser juzgadas y ser el blanco de agresiones o discriminación. Consecuencia de este estigma, quienes han abortado sólo lo revelan de forma selectiva y en entornos en los que no reciben la desaprobación como respuesta. El clima social en la Argentina, posterior al debate público político de 2018, ha contribuido a menguar el estigma y la penalización social. Sin embargo, que sigan existiendo importantes barreras en el acceso a los abortos legales (Ramón Michel, Ramos y Romero, 2012) y que no se haya sancionado una ley que garantice el derecho al aborto sin condicionantes, implica que las mujeres que deciden interrumpir un embarazo deban encarar “ruta(s) crítica(s)” (López Gómez, 2015) para poder abortar, caminos sinuosos en la búsqueda de información, recursos económicos y el apoyo de personas que las puedan acompañar.

La penalización (legal) del aborto se combina con el estigma e implica que las mujeres accedan al aborto en la clandestinidad y, en muchos casos, en condiciones de inseguridad. Si bien la disponibilidad y el conocimiento del misoprostol han democratizado el acceso al aborto en condiciones de mayor seguridad, allí donde prevalece la penalización y el estigma, las mujeres enfrentan situaciones de alta vulnerabilidad –física, social y emocional– y, dependiendo del contexto, pueden sufrir diversas formas de discriminación y agresión, principalmente en la atención en las instituciones de salud, tales como la indagación sobre el tipo de práctica realizada, la criminalización, amenazas sobre la posibilidad de realizar una denuncia por haberse inducido un aborto o dilaciones excesivas en el tratamiento.

El acceso al aborto en la clandestinidad tiene un fuerte impacto en la subjetividad de las mujeres y, si bien no las disuade, incide en la forma en la que se procesa la decisión y se accede a la interrupción del embarazo. Según Palma Manriquez et al. (2017), la clandestinidad introduce tres riesgos o miedos: la falla, que implicaría el miedo a que a pesar de someterse a un procedimiento el resultado no sea la interrupción del embarazo; la muerte y la cárcel. El temor a la falla es habitual en la autoadministración de medicamentos para abortar (Ramos, Romero y Aizemberg, 2014; Szwarc y Fernández, 2018). El temor a la muerte está vinculado a las imágenes sociales relacionadas con el aborto (Chaneton y Vacarezza, 2012), sobre todo en contextos en los que la práctica está penalizada y ésta se llevaba a cabo mediante maniobras inseguras como la introducción de objetos o plantas en la vagina. El temor a la cárcel o a sufrir algún tipo de consecuencia penal se produce en contextos donde el aborto está tipificado como un delito y se manifiesta principalmente en el temor a la interacción con los agentes sanitarios.

La penalización social, el estigma y, en definitiva, las condiciones en las que se produce el aborto, pueden implicar que las mujeres que abortan experimenten sentimientos negativos como la culpa, el remordimiento, el temor al arrepentimiento, angustia y tristeza. Sin embargo, a pesar de esto, los estudios también coinciden en señalar que el sentimiento que prevalece es el de alivio y la firmeza en que la decisión tomada era, en ese momento, la única posible y la necesaria para responder apropiadamente a las coordenadas biográficas en las que ese embarazo tiene lugar.

EMBARAZOS DE NIÑAS Y ADOLESCENTES

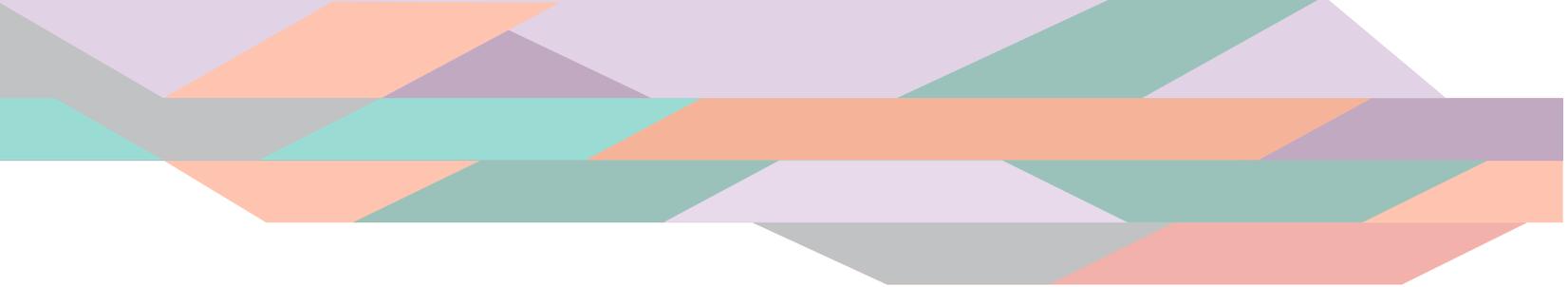
Abuso sexual y derecho al aborto

En la Argentina, de los 700 mil nacimientos anuales, el 16% corresponde a embarazos de adolescentes de entre 15 y 19 años y más de 3000 a embarazos de niñas menores de 15 años. Asimismo, anualmente, un gran número de niñas y adolescentes⁵ son internadas en hospitales públicos por complicaciones producidas por abortos inseguros.

Los embarazos que se producen a temprana edad, en niñas y adolescentes menores de 13 años, son el resultado de situaciones de abuso sexual, a menudo por parte de un adulto del entorno familiar. El abuso o la violencia sexual que se ejerce sobre niñas y adolescentes se produce cuando éstas “son obligadas a intervenir o se las usa para actos sexuales que se dirigen a conseguir la gratificación del agresor o de una persona observadora” (Plan ENIA, 2018). Según la legislación vigente, los actos sexuales entre personas adultas y niñas/os y adolescentes menores de 13 años son siempre situaciones de abuso, dado que se producen en el marco de una relación asimétrica en la que no hay lugar para el consentimiento. En este sentido, según Ochotorena y Arruabarena (1996), en estas situaciones de abuso sexual se produce una triple asimetría: de poder, de conocimiento y de gratificación. Cuando las adolescentes son mayores de 13 años, se considera abuso sexual si los actos sexuales se producen contra la voluntad de la adolescente, mediante el ejercicio de diferentes formas de coerción y/o violencia.

Las modalidades⁶ de abuso sexual son diversas, pero todas ellas constituyen delito, que se puede ver agravado por diferentes circunstancias —si el abusador es un familiar, si se produce en el marco de un contexto de explotación sexual, entre otras—.

El abuso sexual tiene un fuerte impacto sobre la subjetividad de quienes lo sufren, incluso más cuando éste tiene como resultado un embarazo y se obliga a la niña o adolescente a seguir con esa gestación. El embarazo forzado en situaciones de abuso sexual implica una doble vulneración de derechos: por una parte, supone la ausencia



de una respuesta institucional adecuada a la situación de abuso –encaminada a sancionar el abuso y reparar, en la medida de lo posible, los efectos de éste sobre la víctima– y, por otra parte, obliga a la niña o adolescente a seguir adelante con un embarazo que connota mayores riesgos para su salud física y psíquica que los ya generados por la propia situación de abuso.

El embarazo y el parto suponen un riesgo importante para las niñas y adolescentes, sobre todo para aquéllas menores de 13 años. En las cifras de mortalidad materna que afectan a niñas y adolescentes, en la Argentina, inciden factores biológicos, como la maduración insuficiente del aparato reproductor, y factores socioeconómicos y geográficos, como el acceso deficiente al sistema de salud por parte de población residente en zonas rurales o la discriminación a minorías étnicas (UNFPA-Plan ENIA, 2019).

Además de las consecuencias sobre la morbilidad materna, el embarazo en la niñez y adolescencia puede suponer el abandono escolar y profundizar la vulnerabilidad socioeconómica de las gestantes.

CONCLUSIONES

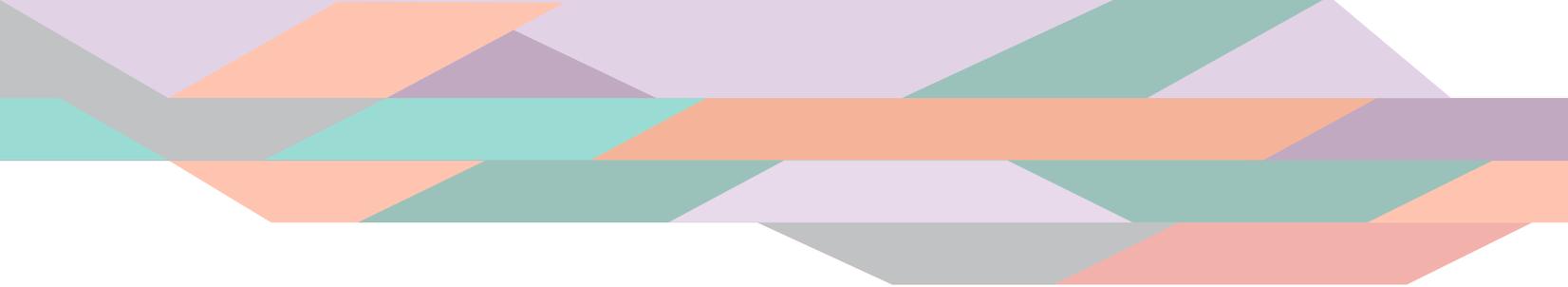
Quiénes son las mujeres que abortan, por qué lo hacen y en qué condiciones son interrogantes sobre los que es necesario reflexionar e indagar a través de los resultados de investigaciones científicas que tengan por objetivo brindar un mayor conocimiento sobre las experiencias de aborto tal como suceden. Este conocimiento es una condición sine qua non para un debate público político sobre el aborto que sea informado, basado en la evidencia científica y honesto intelectualmente.

El objetivo de esta hoja informativa ha sido presentar argumentos y evidencia sobre las experiencias de aborto de mujeres en la Argentina y América Latina, centrándonos principalmente en las motivaciones a las que se refieren los estudios sobre el tema y con la finalidad de dismantelar estereotipos sobre quienes abortan.

Con respecto a este interrogante, quiénes son las mujeres que abortan, la evidencia científica y las sistematizaciones de datos disponibles muestran que no es posible establecer perfiles. Las condiciones socioeconómicas, recursos materiales, nivel educativo, la etapa vital, la edad, la situación de pareja, las vidas reproductivas, el nivel de religiosidad, etc., de las personas gestantes que deciden interrumpir su embarazo son variadas. Sin embargo, las condiciones en las que acceden a la práctica sí pueden verse afectadas por alguno de estos factores, como los recursos económicos y simbólicos o las redes de contención con las que cuenta quien decide abortar.

En cuanto a las motivaciones de las personas gestantes para abortar, la principal conclusión es que la decisión de abortar es reflexiva y dilemática. Es reflexiva porque implica hacer un balance entre las circunstancias presentes y las expectativas con respecto a su vida futura. También es dilemática porque implica enfrentar mandatos e imágenes sociales que asocian a las mujeres a la maternidad y al aborto al delito o la muerte. Las motivaciones por las que las mujeres abortan son variadas y pueden referir a cuestiones subjetivas o personales, como la percepción de imposibilidad de seguir adelante con el embarazo porque interrumpiría la expectativa de una trayectoria vital o la situación de pareja, o a la injerencia o coacción de terceras personas significativas en las vidas de quienes abortan.

Con respecto a las condiciones en las que las mujeres acceden a la práctica, el misoprostol ha contribuido a democratizar el acceso a una práctica segura al reducir los costos y la complejidad de la intervención. Sin embargo, la penalización legal del aborto y el estigma que sigue recayendo sobre quienes abortan (y quienes son parte de la práctica) incide negativamente en las experiencias de las mujeres.



Finalmente, los embarazos de niñas y adolescentes exigen una mención aparte, sobre todo los de aquéllas que enfrentan una gestación en edades muy tempranas, inferiores a los 13 años. En estos casos, el embarazo es producto del abuso sexual que suele ser perpetrado por algún adulto del entorno familiar. Las dilaciones en el acceso a la interrupción legal del embarazo de niñas y adolescentes, en situaciones que han sido de público conocimiento recientemente en la Argentina, ponen en evidencia la imperiosa necesidad de implementar políticas públicas que tengan dos objetivos centrales: en primer lugar, prevenir, detectar y dar respuestas institucionales ante situaciones de abuso sexual, particularmente en la infancia y la adolescencia; y, en segundo lugar, garantizar el acceso a las interrupciones legales del embarazo por parte de niñas y adolescentes, sin dilaciones y bajo las mejores condiciones posibles a nivel técnico, humano y de respeto al interés superior de las niñas y adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Bard Wigdor, G., Johnson, M. C., y Vaggione, J. M. (2017). "Prácticas tuteladas: masculinidad y adultocentrismo en la decisión del aborto," *Revista de Ciencias Sociales*. ISSN: 0718-3631, 26(38), 25-25.
- Borsari, C. M. G., Nomura, R. M. Y., Benute, G. R. G., Lucia, M. C. S. D., Francisco, R. P. V., y Zugaib, M. (2013). "Aborto provocado em mulheres da periferia da cidade de São Paulo: vivência e aspectos socioeconômicos," *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 35(1), 27-32.
- Carneiro, M. C. M. D. O., Drezett, J., y Andreoni, S. (2012). "Prevalence and characteristics of women with a history of abortion among women who became pregnant," *Journal of Human Growth and Development*, 22(1), 27-33.
- Chae, S., Desai, S., Crowell, M., y Sedgh, G. (2017). "Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries," *Contraception*, 96(4), 233-241.
- Chaneton, J. y Vacarezza, N. (2012) *La intemperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones*. Buenos Aires: Marea Editorial.
- Coordinación de Salud Sexual, SIDA e ITS (Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). *Salud sexual y reproductiva en la ciudad de Buenos Aires Situación y respuesta 2016-2018*. Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/sexual-y-vih/datos-oficiales-salud-sexual-caba>
- Domingos, S. R. D. F., Merighi, M. A. B., Jesus, M. C. P. D., y Oliveira, D. M. D. (2013). "Experiencia de mujeres con el aborto provocado en la adolescencia por imposición de la madre," *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(4), 899-905.
- Faúndes, A., Duarte G.A., Osis, M.J. (2013). "La objeción de conciencia o el temor al estigma social y el desconocimiento de las obligaciones éticas," *International Journal of Gynecology y Obstetrics*, 123(Supl. 3), S57-S59.
- Heilborn, M. L., Cabral, C. D. S., Brandão, E. R., Faro, L., Cordeiro, F., y Azize, R. L. (2012). "Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro-Brasil," *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 1699-1708.
- Koch, E. (2014). "Epidemiología del aborto y su prevención en Chile," *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79(5), 351-360.

- Lafaurie M. M., Grossman D., Troncoso E., Billings D., Chávez Alvarado S., Maira G. (2005). *El Aborto con Medicamentos en América Latina. Las Experiencias de las Mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú*. Population Council y Gynuity Health Projects.
- López Gómez, A., y Carril Berro, E. (2010). “Efectos del aborto clandestino en la subjetividad de las mujeres: resultados de una investigación cualitativa en Uruguay. Nuevas reflexiones sobre la salud desde la perspectiva de género”, *Revista del Seminario Interdisciplinar de Estudios de las Mujeres*, pp. 7-164. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3345910>.
- López Gómez, A. (2015). “Mujeres y aborto”, en Ramos, S. (coord.), *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*, CLACAI. Disponible en: <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/661/Inv-aborto-ALyC-web.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Palma Manríquez, I., Standen, C. M., Carimoney, A. Á., y Richards, A. (2017). “Experience of clandestine use of medical abortion among university students in Chile: a qualitative study”, *Contraception*, 97(2), 100-107.
- Petracci, M., Pecheny, M., Mattioli, M., y Capriati, A. (2012). “El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires”, *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, (12).
- Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (2018). *Abusos sexuales y embarazos forzados en la niñez y la adolescencia*. Disponible en: [https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-11/Abuso Sexual%20AnexoM%C3%A9dico_Digital_Nov2018.pdf](https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-11/Abuso%20Sexual%20AnexoM%C3%A9dico_Digital_Nov2018.pdf) [Fecha de consulta: 20/02/2020]
- Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (2019). *Acceso a la justicia: abusos sexuales y embarazos forzados en niñas y adolescentes menores de 15 años*. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/7211/file/Acceso%20a%20la%20Justicia.pdf> [Fecha de consulta: 20/02/2020]
- Ramón Michel, A., Ramos, S. y Romero, M. (2012). *Barreras en el acceso a los abortos legales: una mirada a las regulaciones sanitarias que incluyen el uso del misoprostol*. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, CEDES, disponible en <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/325.pdf>
- Ramos, S., Romero, M., y Aizenberg, L. (2014). “Women’s experiences with the use of medical abortion in a legally restricted context: the case of Argentina”, *Reproductive Health Matters*, 22(sup44), 4-15.

- Socorristas en Red (Feministas que abortamos) (2018). Compilación de intervenciones de feministas socorristas en el debate por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito en el Congreso Nacional. Disponible en: <https://socorristasenred.org/wp-content/uploads/2018/11/Socorristas-en-Red.pdf> [Fecha de consulta: 20/02/2020]
- Socorristas en Red (Feministas que abortamos) (2019) Sistematización de acompañamientos a abortar realizados en el año 2018 por Socorristas en Red (feministas que abortamos). Disponible en: <https://socorristasenred.org/wp-content/uploads/2019/06/Sistematizaci%C3%B3n-de-acompa%C3%B1amientos-a-abortar-realizados-en-el-a%C3%B1o-2018-por-Socorristas-en-Red.pdf>
- Torres, A., y Forrest, J. D. (1988). "Why do women have abortions?," Family planning perspectives, 169-176.

NOTAS

¹ Socorristas en Red es una articulación de “colectivas” feministas de la Argentina que provee información sobre cómo realizarse un aborto con medicamentos de forma segura. Asimismo, acompaña a las mujeres y otras personas con capacidad de gestar en la decisión y el proceso de abortar. En la actualidad, está integrada por 53 colectivas constituidas por 457 integrantes. Para más información ver: <https://socorristasenred.org/>.

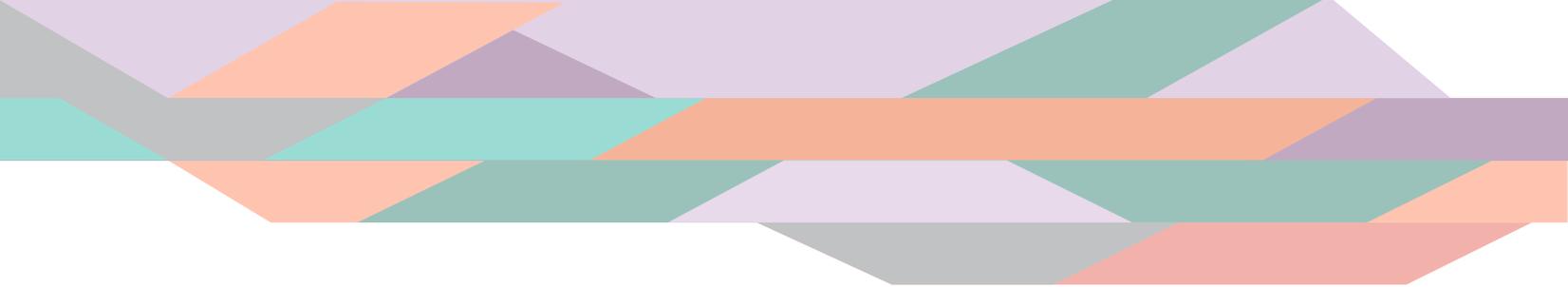
² Si bien estos datos corresponden solamente a quienes accedieron a contactarse con la red, es un número representativo. En 2018, Socorristas en Red entrevistó a 8.462 mujeres, de las cuales 7.281 fueron acompañadas en el proceso de abortar y 301 derivadas al sistema de salud.

³ Diversas investigaciones identifican que el aborto en el segundo trimestre o en edades gestacionales más avanzadas prevalece entre las mujeres pobres y es infrecuente entre las mujeres de clase media (Heilborn et al., 2012; López Gómez, 2015).

⁴ Estos argumentos son parte de los resultados del estudio coordinado por María Mercedes Lafaurie y Daniel Grossman (2005).

⁵ Según un informe elaborado por UNPA y el Plan ENIA (2019), en 2013 (último año informado por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud), el número ascendió a 8662, de las cuales 462 eran menores de 13 años.

⁶ Una publicación del Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (2018) identifica las siguientes modalidades: abuso sexual infantil intrafamiliar, abuso sexual extrafamiliar –por parte de un adulto del entorno social–, explotación sexual comercial, pornografía y grooming –abuso sexual a través de medios virtuales–.



REDAAS es una red de profesionales de la salud y el derecho vinculados con servicios de salud pública y comunitaria de la Argentina. Nuestro compromiso es acompañar y atender a las mujeres en situaciones de aborto legal, entendiéndolo como parte de nuestro deber profesional, ético y jurídico. Nuestro objetivo es ayudar a remover las barreras institucionales y políticas para el acceso a abortos seguros y legales, promover una apropiada interpretación y aplicación de las causales contempladas en las normas vigentes y construir una comunidad para compartir información, intercambiar experiencias y ofrecer un espacio de solidaridad, apoyo y sostén político.

Esta red comenzó a articularse en 2011 como iniciativa del Área de Salud, Economía y Sociedad del CEDES –Centro de Estudios de Estado y Sociedad– y se institucionalizó bajo el nombre de REDAAS en 2014, en una construcción conjunta con ELA –Equipo Latinoamericano de Justicia y Género–.

www.redaas.org.ar
CORREO: info@redaas.org.ar
FB: /Redaas
TW: @Redaas_Arg





REDAAS
RED DE ACCESO AL ABORTO SEGURO
— ARGENTINA —

