

Denise Paiewonsky

EL ABORTO



EN LA
REPUBLICA DOMINICANA

Santo Domingo, D. N.
Octubre, 1988

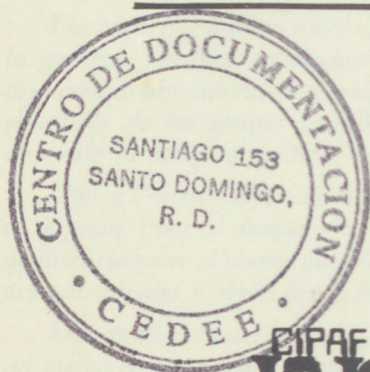
Denise Paiewonsky

AGN

363.46723

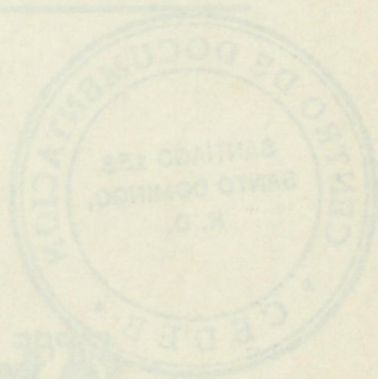
P142a

EL ABORTO EN LA REPUBLICA DOMINICANA



Santo Domingo, D. N.
Octubre, 1988

EL ABORTO
EN LA
REPÚBLICA
DOMINICANA



PRESENTACION

Este texto aborda un problema, el del aborto, particularmente neurálgico. Sus ámbitos de expresión son, por tanto, múltiples, no permitiendo una lectura unívoca del fenómeno.

Como todo o casi todo lo que tiene que ver con la sexualidad, el aborto está cubierto por el silencio. Un silencio que sólo puede ser tal a fuerza del ensordecimiento voluntario de una sociedad que no quiere reconocerse en sus contradicciones.

Las voces que hablan sobre el aborto son infrecuentes y, por lo general, resultan condenatorias. Para hacerlo, esgrimen argumentos absolutamente parciales y, por ende, sesgados por el interés de los grupos sociales que tradicionalmente han impuesto su dominio político, económico e ideológico.

Denise Paiewonsky, autora de este informe, es exhaustiva al respecto. Pone al desnudo las contradicciones flagrantes de un discurso sobre el aborto que sólo toma en cuenta las sinrazones patriarcales y obvia las razones de las mujeres.

Este análisis busca llamar a la reflexión, pero sobre todo a un nuevo enfoque sobre el aborto. Los datos que ofrece y las inferencias que posibilita, responden a una voluntad política de compromiso con la vida de las mujeres. En ese sentido, el CIPAF se identifica con la globalidad de los planteamientos

aunque pueda disentir de algunos presupuestos teóricos referidos a lo inmediato.

El CIPAF entrega este nuevo aporte a la comprensión de la problemática femenina esperando que la sociedad toda, pero particularmente las mujeres, se hagan conscientes de que el debate y las acciones en torno al aborto son de una urgencia insoslayable.

INTRODUCCION

Es bien sabido que en nuestro país la incidencia del aborto provocado es muy alta, y sus secuelas de enfermedad y muerte, así como sus costos sociales, han sido al menos parcialmente documentados desde principios de la década pasada por investigadores médicos dominicanos. Sin embargo, a excepción de las tradicionales condenas surgidas del púlpito y el ocasional artículo periodístico, el tema del aborto continúa siendo prácticamente ignorado, como si no fuera éste un problema de vida o muerte que afecta todos los años a decenas de miles de mujeres dominicanas.

El silencio que rodea este tema se hace más inexcusable cuando consideramos que, a diferencia de otros graves problemas sociales y de salud pública que afectan nuestro país, la problemática del aborto es susceptible de mejoras sustanciales y de corto plazo con el simple recurso de la despenalización. El aborto legal realizado por personal calificado en condiciones médicas adecuadas es uno de los procedimientos quirúrgicos más seguros, presentando en algunos países tasas de mortalidad hasta once veces más bajas que una simple extirpación de amígdalas. ¿Cómo explicar entonces de manera racional la continua vigencia de una prohibición legal que, aunque sólo se aplica ocasionalmente, representa una condena a muerte para tantas mujeres? Sólo una

respuesta nos parece posible: porque somos las mujeres quienes sufrimos las consecuencias, y porque tradicionalmente hemos sido nosotras el grupo social con menor participación en los asuntos públicos, las más marginadas a la hora de tomar decisiones, aún cuando se trata de aquellas que más directamente nos afectan.

Desde el punto de vista feminista el aborto no es sólo un asunto de salud pública o de derechos civiles (aunque ambos aspectos son de gran importancia), sino sobre todo de política sexual. Con este término nos referimos a todo el espectro normativo que rige la vida de mujeres y hombres, y las relaciones entre ambos, en el contexto de una sociedad sexista. El status social y jurídico del aborto tiene implicaciones de gran trascendencia para la totalidad de las mujeres, y no sólo para aquellas que en un momento determinado se vean precisadas a abortar, en la medida en que el derecho al aborto nos garantiza la posibilidad de ejercer un control real y efectivo sobre nuestra capacidad reproductiva. En sociedades patriarcales como la dominicana, donde la sujeción de la mujer a esta capacidad reproductiva ha sido y continúa siendo la piedra angular de nuestra subordinación, este derecho es un logro trascendente y revolucionario. Es por esta razón que en el presente trabajo hemos procurado modificar sustancialmente los términos de referencia habituales para el debate sobre el aborto, yendo más allá de lo puramente médico, social o jurídico, para considerar también factores históricos e ideológicos que a través de los siglos han jugado un papel determinante en la configuración del problema.

Nuestra intención ha sido elaborar un documento con informaciones básicas sobre los diferentes aspectos que inciden en el problema del aborto, esperando que pueda servir de punto de partida para una discusión pública amplia, con miras a la eventual modificación de la legislación dominicana al respecto. Esperamos también que esta primera exploración desbroce un poco el camino para futuras(os) investigadoras(es) de la temática. Es tiempo ya de romper el silencio.

CONSIDERACIONES METODOLOGICAS

El siguiente informe presenta los resultados de un estudio exploratorio sobre el aborto iniciado en 1986 por el Centro de Investigación Para la Acción Femenina (CIPAF), con financiamiento de la International Women's Health Coalition. Por tratarse de un estudio exploratorio y básicamente descriptivo, su alcance cuantitativo es limitado. Además, las dificultades que en los aspectos metodológicos presenta la investigación sobre este tema imponen sus propias limitaciones y condicionantes, por lo que consideramos necesario hacer algunos señalamientos.

Las sanciones sociales y legales que rodean el aborto hacen imposible la obtención de datos confiables mediante técnicas básicas de investigación como la encuesta. La ilegalidad resulta también en un enorme subregistro de los datos sobre aborto en las estadísticas oficiales de salud, que por lo demás en nuestro país no son del todo confiables. Esto excluye la posibilidad de obtener datos completos sobre incidencia y morbi-mortalidad directamente de los registros hospitalarios, certificados de defunción y demás fuentes documentales. Nos encontramos, por tanto, frente a una virtual muralla de silencio: ante el temor a represalias sociales y legales, ni las mujeres ni los proveedores de abortos están en disposición de ser preguntados sobre sus experiencias. Las mujeres que acuden a

los hospitales públicos con abortos incompletos o complicados raras veces admiten que estos fueron provocados por lo que los registros hospitalarios no establecen diferencias entre abortos provocados y espontáneos. Los certificados de defunción también presentan problemas, porque en nuestro país no todas las defunciones son registradas, y los registros de muerte por aborto son frecuentemente falsificados. Estas circunstancias obligan a la investigadora a recurrir a estimaciones indirectas y a otras técnicas metodológicamente imprecisas y a veces problemáticas.

En un esfuerzo por eludir al máximo estas dificultades, en este trabajo se utilizaron las siguientes técnicas de recopilación de datos:

- 1) Entrevistas a profundidad con mujeres de diversos sectores socioeconómicos que han abortado, a fin de conocer sus experiencias personales, familiares, sociales y médicas con relación al aborto. Si bien este grupo no constituye una muestra representativa a partir de la cual podamos generalizar a la población total de mujeres, sus testimonios ofrecen una valiosa fuente de información sobre temas tales como: historia reproductiva, motivo del aborto, uso de anticonceptivos, técnica abortiva empleada, etc.

- 2) Encuesta por correspondencia a todos los médicos gineco-obstetras de la ciudad de Santo Domingo, buscando conocer sus experiencias profesionales y sus actitudes personales sobre el aborto. El cuestionario enviado incluía preguntas sobre las características de las mujeres que solicitan abortos en consulta privada, frecuencia con que recibían estas solicitudes, disposición del médico a realizar abortos, y otras. Aunque se solicitó a los médicos responder de manera anónima, esperando obtener un mayor número de respuestas así como datos más confiables, la tasa de respuestas fue decepcionantemente baja: sólo 24 especialistas, de cerca de 100 consultados, devolvieron el cuestionario. Esto también presenta problemas de generalización, por lo que los datos obtenidos serán utilizados con precaución y de forma más bien ilustrativa.

- 3) Recopilación y análisis de los datos estadísticos de la

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), tomando aleatoriamente a los hospitales Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia (MNSA) y Materno-Infantil San Lorenzo de Los Mina como fuentes de estudio. A pesar del subregistro y demás limitaciones metodológicas antes señaladas, se logró identificar algunos indicadores a partir de los cuales se hizo estimaciones de incidencia, estancia hospitalaria, etc.

4) Entrevistas a yerberas(os) de los mercados públicos de Santo domingo, así como a curanderas y comadronas empíricas, para conocer la farmacopea abortiva popular y las técnicas abortivas tradicionales.

5) Entrevistas personales con algunos de los médicos que participaron en el Simposio Sobre el Aborto organizado por la Academia Dominicana de Medicina en 1974, a fin de conocer posibles cambios de posición respecto a la reforma de la ley anti-aborto propuesta en ese evento.

6) Recopilación y análisis del material bibliográfico dominicano sobre el tema, así como de estudios extranjeros (particularmente latinoamericanos) que pudieran proporcionar informaciones relevantes. Cabe señalar que, en parte debido a las dificultades que presenta la obtención de datos sobre aborto, la bibliografía dominicana es casi inexistente. Con exclusión de unos pocos artículos en revistas y algunas tesis de grado sobre aspectos médicos o legales, que por lo demás aportan muy poca información original, sólo existen dos investigaciones sobre el aborto: el Estudio del Aborto en 200 Mujeres en la República Dominicana, realizado por un equipo de investigadoras del Centro de Investigaciones de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) en 1975; y el trabajo sobre El Aborto Provocado Como Problema Médico-Social. Posibles Soluciones en una Sociedad en Proceso de Cambios, presentado por el Dr. Vinicio Calventi en el "Seminario Sobre Problemas de Población en la República Dominicana" celebrado el mismo año. Aunque éste último presenta informaciones originales obtenidas de los registros de la MNSA y otras fuentes, una

buena parte del trabajo fue elaborado a partir de los datos del estudio de la UNPHU antes citado.

En el transcurso de los dos años que conllevó su preparación, el informe que ahora presentamos experimentó profundas modificaciones. Tal vez la más importante de ellas concierne el análisis cuantitativo, que de ser el foco principal del trabajo pasó a ser una de varias dimensiones del problema a ser tratadas —si bien una de notable importancia. Estas modificaciones obedecieron no sólo a las dificultades metodológicas y prácticas ya referidas, sino también a cambios en el personal encargado de la realización del proyecto.

Inicialmente el estudio estuvo a cargo de Cristina Cavalcanti, quien diseñó la investigación y coordinó el proceso de recolección de datos. Algunas de las ideas planteadas en los capítulos 4 y 6 también fueron inicialmente esbozadas por ella. En esta primera etapa trabajaron además Margot Tapia y Virginia Bergés como asistentes de investigación, y el matemático estadístico José Miguel Bisso, quien tuvo a su cargo la recopilación y el análisis de los datos estadísticos de la SESPAS. En el diseño del sondeo a los gineco-obstetras colaboraron Milagros Dottin, Francis Pou y Amparo Arango.

La segunda etapa del proyecto estuvo a cargo de Denise Paiewonsky e incluyó la ampliación y reorganización del estudio, el análisis de los datos estadísticos obtenidos en la etapa anterior, y la investigación bibliográfica, así como la redacción del informe final.

La autora agradece a la Dra. Jenny García su disposición permanente a compartir informaciones, y a Ana Teresa Rodríguez V. todo el apoyo y la solidaridad tan generosamente ofrecidos.

1. ASPECTOS HISTORICOS

Es un error común suponer que las normas y creencias que aprendemos en nuestra sociedad representan valores inalterables de carácter universal. Esta actitud es más frecuente aún cuando se trata de enseñanzas morales profundamente arraigadas en creencias religiosas. No hay tal vez mejor manera de remediar este error que revisar la historia del aborto, cuyo status jurídico, social y religioso ha fluctuado de forma impresionante a través de los siglos, y continúa variando de una sociedad a otra en el presente.

El aborto ha sido utilizado desde épocas muy antiguas como método de control natal. De hecho, la primera referencia escrita que se ha encontrado sobre un método de control natal es la receta de un abortivo oral, que aparece en un texto chino de medicina escrito casi tres mil años antes de la era cristiana.¹ En el mundo occidental, el aborto voluntario fue una práctica común, y muy raras veces sancionada, hasta mediados del siglo XIX. Los textos de la antigua Grecia enumeran diversos métodos y pócimas abortivas, a la vez que las opiniones de los filósofos al respecto: Platón afirmaba que toda mujer mayor de 40 años debía abortar en caso de embarazo; Aristóteles consideraba el aborto como una medida necesaria para mantener el equilibrio entre la población y los medios de subsistencia, o sea,

como un método de control poblacional.* La frecuencia con que se practicaba el aborto en la Roma antigua fue comentada por diversos autores, entre ellos Ovidio, Juvenal y Séneca, y la legislación romana afirmaba explícitamente que el producto en el vientre de su madre no es una persona, por lo que el aborto no podía ser considerado un crimen.²

En sentido general, el aborto y la anticoncepción no planteaban problemas morales en las sociedades antiguas. De hecho, ni en el Antiguo ni en el Nuevo Testamento, como tampoco en el Talmud hebreo, se menciona el aborto voluntario.³ Había un aspecto, sin embargo, que casi todas las sociedades antiguas, desde Mesopotamia hasta la Europa medieval, regulaban de manera muy estricta: el derecho de propiedad del hombre sobre el fruto del vientre de la mujer. Por esta razón, el aborto realizado sin el consentimiento del esposo era severamente castigado, sin que lo mismo sucediera cuando el esposo consentía, o cuando la mujer era soltera, divorciada o viuda.

Es a partir de los escritos de los primeros cristianos, sobre todo después del primer siglo D.C., que el aborto se convierte en asunto de teología y moral. Aún así, la condena al aborto no ha sido una constante en la historia de la Iglesia. Dada la gran influencia que ejerce la Iglesia Católica en la República Dominicana, vale la pena examinar en cierto detalle la evolución de su postura en torno al aborto.

La Iglesia

En los primeros documentos cristianos, la discusión sobre el aborto se centra en dos aspectos: 1) El aborto se consideraba pecaminoso cuando se utilizaba para ocultar

* Cabe destacar aquí que, a diferencia de cómo eligió interpretarlo la profesión médica moderna, el Juramento Hipocrático no prohibía la práctica del aborto en sí, sino la utilización de pesarios para provocarlos. El origen de este rechazo se encuentra en la prohibición hipocrática contra el uso de drogas e instrumentos quirúrgicos (un aspecto que la profesión médica eligió, convenientemente, ignorar al adoptar el juramento). En otro texto, Hipócrates recomienda los métodos que él consideraba más adecuados para provocar abortos. (Ver Luker, p. 27 y *Population Reports*, p. 4).

un pecado sexual, como la fornicación o el adulterio. Esto a su vez estaba íntimamente ligado a los esfuerzos de la naciente Iglesia por legislar el matrimonio y la familia, así como a su fervor pro-natalista, que la llevó a denunciar también otras prácticas comunes de la época como la homosexualidad y la anticoncepción. Es importante destacar que, desde este punto de vista, no era el aborto en sí lo que merecía la condena, sino el pecado sexual que llevó a la mujer a embarazarse. Así vemos como, desde muchos siglos atrás, el aborto ha sido tratado en función de sus implicaciones para el comportamiento sexual de las mujeres, y las prohibiciones en su contra han reflejado nítidamente la preocupación de la sociedad masculina por controlar la sexualidad y la fecundidad de las mujeres. 2) El segundo aspecto fue tratado de manera mucho más ambigua, y se refería al status moral del embrión. Se buscaba determinar a partir de qué momento el producto de la concepción tenía alma humana, siendo éste el criterio definitivo para establecer si el aborto constituía o no homicidio. Durante los primeros seis siglos de la cristiandad, antes de que existiera el papado como autoridad central de la Iglesia, los teólogos no lograron ponerse de acuerdo sobre este punto, y en diferentes áreas geográficas regían diferentes posiciones. Mientras una minoría de teólogos argumentaba que la hominización —o infusión del alma en el cuerpo— ocurría en el momento mismo de la concepción, y que por tanto el aborto en cualquier fase del embarazo era homicidio, la mayoría sostenía el punto de vista clásico enunciado originalmente por Aristóteles, de que en las primeras semanas del embarazo el aborto no era condenable por no haber ocurrido aún la hominización.⁴

Es interesante notar que en los Concilios de esta época sólo se establecieron penas para los casos en que se recurriera al aborto con el fin de ocultar delitos sexuales, siendo éste evidentemente el aspecto que más preocupó a los obispos de entonces. Aún en esos casos, sin embargo, las penas establecidas solían ser más leves que las impuestas por otros pecados, como el soborno, el robo y la divinación.

Otro elemento que desde el comienzo subyace a las objeciones de la Iglesia es la idea de que el aborto es condenable porque permite a la mujer escapar la maldición divina que condenó a Eva a parir sus hijos con dolor como castigo por el pecado original. También en este caso es transparente la intencionalidad misógina de castigar a la mujer por el ejercicio de su sexualidad.

Si bien las contradicciones en cuanto al momento de la hominización y a las penas por aborto nunca fueron resueltas de un todo, a partir de los escritos de San Agustín la teoría de la hominización tardía adquirió mayor preponderancia, hasta que algunos siglos más tarde fue convertida en doctrina oficial de la Iglesia. En opinión de Agustín:

“...según la ley (cristiana), el acto del aborto no se considera homicidio, porque aún no se puede decir que haya un alma viva en un cuerpo que carece de sensación, ya que todavía no se ha formado la carne y no está dotada de sentidos”.⁵

Cuando en el siglo XII se compiló la primera colección de Leyes Canónicas (que regiría el quehacer confesional de la Iglesia hasta 1917), el canon sobre aborto oficializó la opinión de Agustín y de la mayoría de sus contemporáneos, afirmando que “el aborto es homicidio sólo cuando el feto ya se ha formado”.⁶ Esta “formación” u hominización del feto debía ocurrir a los 40 días para los varones y a los 80 días para las hembras, según la tradición aristotélica, aunque el desconocimiento en asuntos de fisiología y embriología probablemente se tradujera en actitudes tolerantes hacia los abortos tempranos en sentido general. De hecho, a partir de esta época y hasta el siglo XIX, el criterio utilizado para determinar la permisibilidad del aborto fue los primeros movimientos del feto, que no suelen ocurrir antes del quinto mes de embarazo.

En el siglo siguiente, Santo Tomás de Aquino sistematizó esos principios partiendo de su teoría del hilomorfismo, que planteaba la naturaleza humana como una unidad dual: la materia, que representa la potencialidad del cuerpo, y la forma, que representa el principio realizador del alma.

Basándose en esta teoría, convertida en dogma de la fe católica por el Concilio de Vienne (Francia) en 1312 y que todavía rige como tal, Aquino concluyó que, siendo el alma la forma sustancial del cuerpo, ésta sólo revela su presencia en el momento en que el feto adquiere características y forma humanas. El embrión era, por consiguiente, un principio puramente material, que ascendía a la categoría de ser humano en etapas posteriores del embarazo.

Esta postura se mantuvo inalterada durante tres siglos hasta que en 1588, en un intento por frenar el auge de la prostitución en Roma, el papa Sixto V proclamó la bula *Effraenatum*, que declaraba el aborto y la anticoncepción pecados mortales pasibles de excomunión o muerte en la hoguera. Esta bula, que contradecía toda la tradición teológica y penitencial de la Iglesia sobre el aborto, fue prontamente anulada por el próximo papa, Gregorio XIV, quien tres años más tarde restableció el principio de la hominización tardía. Esta sería la última declaración oficial de la Iglesia con relación al aborto hasta 1869, cuando Pío IX vuelve a proclamar como verdadera la teoría de la hominización inmediata, según la cual el alma humana está presente desde el mismo momento de la concepción. En consecuencia, fue suprimida la distinción entre el aborto embrionario y el fetal que había regido la Iglesia durante ocho siglos, y se restableció la pena de excomunión para la mujer que abortara voluntariamente.

Años antes de que Pío IX tomara su decisión, una serie de acontecimientos socioeconómicos, científicos y políticos que venían desarrollándose en los países de Europa Occidental fueron determinando poco a poco una tendencia a la criminalización del aborto en los códigos penales de estos países, empezando por Inglaterra, nación protestante, en 1801. En otras palabras, con el desarrollo del Estado moderno, éste empieza a ejercer el derecho de propiedad sobre la fertilidad de la mujer que desde épocas ancestrales había sido detentado por el padre o esposo. La nueva postura de la Iglesia, en consecuencia, no puede considerarse como un evento aislado, fruto de divagaciones

teológicas o morales, sino como resultado de cambios macrosociales de mayor amplitud.

Cualesquiera fuesen las razones del cambio de política en 1869, lo crucial es que la doctrina de la Iglesia sobre el aborto no ha sido única e inmutable, sino que durante la mayor parte de su historia fue muy diferente a la actual, que tiene apenas un siglo de vigencia. Ahora bien, hay un aspecto sobre el cual la postura de la Iglesia se ha mantenido firme desde el principio: la condena a las implicaciones sexuales, a su juicio siempre pecaminosas, del aborto. Desde el punto de vista de la Iglesia, toda relación sexual que conlleve a un aborto es ilícita, aún si se da dentro del matrimonio, porque sólo es lícito el acto conyugal que esté en todo momento abierto a la procreación. Esta moral sexual, que enseña que cualquier acto cuya intención sea separar la unión sexual de la procreación es pecaminoso, ha sido la razón más poderosa para la condena del aborto por la Iglesia.⁷

¿Cuáles son las consecuencias de esta postura para la mujer? Siendo ella la que por disposición biológica pare y amamanta, y por disposición social atiende y educa a los hijos, la doctrina de la Iglesia supone necesariamente que su rol fundamental deberá ser el de reproductora. *Si la mujer ha de estar en todo momento abierta a la procreación, está claro que todas sus demás capacidades y potencialidades deberán subordinarse a esta función.* No será la mujer quien controle su cuerpo, decidiendo si tener, y cuándo tener, los hijos, sino su cuerpo quien la controlará a ella. Para comprender a cabalidad la moral sexual de la Iglesia es imprescindible relacionarla, por tanto, con su concepción de la naturaleza y rol de la mujer. Desde los escritos de los primeros cristianos hasta las últimas declaraciones de Juan Pablo II está claro que la mujer siempre ha sido definida por la Iglesia en función de su capacidad reproductora. Y esto no es sólo por implicación: la Iglesia ha definido *explícitamente* a la mujer únicamente como esposa y madre, reforzando así los atributos centrales del rol tradicionalmente asignado a la mujer en las sociedades patriarcales.

La criminalización del aborto en el siglo XIX

El hecho de que la primera legislación antiaborto aparecida en el mundo secular europeo se dictara en Inglaterra, país protestante fuera de la órbita papal, tiende a reforzar el argumento de que factores de índole social y económica, más que cuestiones de religión o de moral, subyacían a la creciente represividad de las actitudes hacia el aborto. Veamos brevemente algunos de estos factores.

La primera mitad del siglo XIX vio el desarrollo institucional de la profesión médica moderna, compuesta exclusivamente por hombres, y sus esfuerzos por desplazar a los practicantes tradicionales de su campo de acción. A excepción de la aristocracia, la atención médica de las mujeres estuvo hasta entonces mayormente en manos de comadronas, hábiles aborteras que ofrecían este servicio desde tiempos inmemoriales. En parte obedeciendo a sus propios prejuicios masculinos sobre la maternidad y el rol de la mujer, y en parte buscando apropiarse del lucrativo negocio de la atención materna, la profesión médica creó y difundió en muchos países la especie de que el aborto, igual que el parto, era un procedimiento estrictamente "médico" cuyo control debía estar en manos de practicantes adecuadamente entrenados en las técnicas de su profesión. Esto implicó no sólo una transferencia del derecho a *practicar* el aborto (de la comadrona al médico), sino también del derecho a *decidir* si practicar o no el aborto (de la mujer al médico). En algunos países los esfuerzos por desplazar a las comadronas se tradujeron en campañas difamatorias, que las presentaban como vulgares criminales que asesinaban niños en el vientre de sus madres, en agudo contraste con el médico, cuyas decisiones estarían siempre basadas en conocimientos técnicos superiores y en criterios puramente "científicos". No debe causar sorpresa, por tanto, que entre los más tenaces precursores de las leyes antiaborto del siglo pasado se contara un número considerable de médicos.

El desarrollo de la profesión médica incidió también en otros sentidos.⁸ Por un lado los nuevos descubrimientos

sobre embriología y fisiología del embarazo socavaron la antigua creencia en la animación tardía del feto, al establecerse que el embrión estaba vivo desde el inicio de la gestación. Esto sembró dudas en torno a la aceptabilidad de los abortos tempranos. Por otro lado, fue ésta la época en que los Estados, a instancias mayormente de los médicos, empezaron a adoptar medidas para proteger la salud pública, siendo la prohibición del aborto una de las primeras en ser legisladas, por considerarse éste un procedimiento peligroso que arriesgaba la salud y la vida de las mujeres.

En el plano de la política sexual, dos hechos significativos estaban influyendo las sociedades europeas de la época. La expansión del capitalismo industrial consolidó la burguesía como clase social dominante, lo que propició la difusión de la llamada 'moralidad victoriana' de esta clase, tan represiva de la sexualidad en sentido general, y de la sexualidad femenina en particular. En los países católicos del continente, al mismo tiempo, se venía dando un largo y sostenido aumento del culto a la Virgen María, claramente apoyado —sino estimulado— desde el Vaticano. Recordemos que María, la madre virgen, asexuada y pura, es para la Iglesia el prototipo de las virtudes femeninas. Si tomamos en cuenta que la oposición al aborto siempre ha estado ligada a intentos por controlar la sexualidad de la mujer, la relación entre el culto mariano y esta conducta se hace evidente.

Consideremos, finalmente, los efectos de la expansión colonial europea del siglo pasado, cuando las potencias industriales se dividieron el globo en su búsqueda insaciable de nuevos mercados, mano de obra y materias primas. La expansión territorial europea, que alcanzó su punto culminante en la segunda mitad del siglo, requería de un gran crecimiento poblacional para suplir las necesidades cada vez mayores de mano de obra industrial, al mismo tiempo que la demanda de los ejércitos y las administraciones coloniales que debían conquistar y poblar los nuevos territorios. Se imponía, en consecuencia, una política pro-

natalista que prohibiera el aborto y la anticoncepción en todas sus formas.

Hay, sin embargo, otro aspecto de este fenómeno que amerita la mayor atención en el análisis histórico del aborto: el dominio colonial significó la imposición de los valores, costumbres y leyes de las naciones europeas sobre los pueblos colonizados de América, Asia y África, cuyas propias costumbres y leyes sobre el aborto eran, en la mayoría de los casos, totalmente diferentes. La evidencia antropológica indica que en la mayoría de las sociedades no-europeas el aborto era una práctica frecuente, desprovista de las connotaciones de inmoralidad que la mentalidad occidental moderna le daría. El etnólogo francés George Devereux, en un estudio contemporáneo de trescientas sociedades primitivas, antiguas y pre-industriales, encontró que sólo una desconocía el aborto.⁹ Fray Bartolomé de Las Casas, defensor de los indígenas que habitaban nuestra isla a la llegada de los españoles, relata cómo las indígenas, abrumadas por el exceso de trabajo y el maltrato de los conquistadores, abortaban rutinariamente para evitar que su descendencia llegara a sufrir la misma desgracia.¹⁰

El caso latinoamericano ilustra bien el fenómeno que estamos describiendo (si bien difiere del de los pueblos asiáticos y africanos en el hecho de que el Nuevo Continente fue colonizado siglos antes). Mientras la mayoría de las sociedades indígenas de la América pre-colombina aprobaban o al menos toleraban el aborto, los estatutos legales de las nacientes naciones latinoamericanas lo prohibieron en los términos más enérgicos. Los criollos nacionalistas que en las primeras décadas del siglo pasado proclamaron su independencia de las metrópolis coloniales no vacilaron en adoptar el muy europeo Código Napoleónico de 1810, que estipulaba penas de hasta 10 años de prisión para la mujer que abortara.

Al considerar las actitudes hacia el aborto en el mundo moderno es preciso, pues, tomar en cuenta el papel jugado por las conquistas coloniales, una de cuyas principales consecuencias fue haber difundido entre un sinnúmero de

pueblos los valores y normas culturales propias de los países europeos. Es así como, al iniciarse el presente siglo, los estatutos legales sobre el aborto de los países de Europa regían en prácticamente todo el mundo. La gran ironía es que estas leyes siguen vigentes en un gran número de ex-colonias, sobre todo en América Latina, aún décadas después de haber sido descartadas por las antiguas metrópolis coloniales que les dieron origen.

2. SITUACION DEL ABORTO A NIVEL MUNDIAL

Luego de la Segunda Guerra Mundial, la mayoría de los países socialistas de Europa Oriental derogaron sus leyes anti-aborto, permitiendo a las mujeres obtenerlo a solicitud o con pocas restricciones (aunque en años recientes varios de estos países han impuesto nuevamente restricciones, en un esfuerzo por frenar el descenso de sus tasas de fecundidad). En las décadas de los 60 y 70 este proceso de liberalización se verificó en casi todos los países industrializados, dando como resultado que en la actualidad todos los países de Europa (a excepción de Malta, Bélgica e Irlanda), así como Canadá, Australia, Japón y los Estados Unidos permitan el aborto a solicitud de la mujer, o al menos por razones médicas y sociales relativamente amplias, durante el primer trimestre del embarazo.¹¹

La descriminalización del aborto en los países industrializados obedeció en gran parte a consideraciones de carácter médico o social, como son el interés en reducir las altas tasas de enfermedad y muerte asociadas a los abortos clandestinos, y permitir a las mujeres pobres obtener abortos seguros donde antes sólo las mujeres de las clases pudientes tenían acceso a éstos a través de sus médicos privados. En muchos de estos países, sin embargo, la descriminalización fue el resultado de una intensa lucha social en demanda del

derecho fundamental de toda mujer a decidir sobre su propio cuerpo. En estas luchas, los movimientos de mujeres jugaron un papel protagónico, como en los casos de Francia, Estados Unidos, y, más recientemente, España y Portugal.

Fuera de los países industrializados, el número de los que han eliminado por completo las restricciones a los abortos de primer trimestre es muy reducido. En la actualidad, sólo Cuba, China, Singapur, Túnez, Turquía y Vietnam permiten el aborto a solicitud de la mujer.¹² Con la excepción de Uruguay, donde es permitido por motivos socioeconómicos, todos los países latinoamericanos prohíben el aborto de manera total o lo restringen muy severamente, permitiéndolo únicamente por causas médicas mayores o en caso de violación/incesto.

Sin embargo, la creciente liberalización de las leyes anti-aborto en los países industrializados, junto al hecho de que países tan populosos como China, la Unión Soviética y los Estados Unidos lo permitan a solicitud, ha dado como resultado que una proporción cada vez mayor de la población mundial tenga acceso a los abortos legales, como se ve en el siguiente cuadro.

CUADRO 1
Status jurídico del aborto a nivel internacional, según por ciento de la población mundial residente en países de cada categoría, 1986

Status jurídico del aborto	% de la población mundial residiendo en países dentro de la categoría indicada
1. Prohibido totalmente o permitido sólo para salvar la vida de la mujer	24
2. Permitido por indicación fetal, violación/ incesto, y razones generales de salud	13
3. Permitido por razones socio-económicas, así como fetales, de salud, violación/incesto	24
4. Permitido a solicitud de la mujer	39
TOTAL	100

FUENTE: Elaborado por D. Paiewonsky a partir de datos aparecidos en Christopher Tietze y Stanley Henshaw, *Induced Abortion. A World Review*, 6ta. Edición, (New York: The Alan Guttmacher Institute), 1986, p. 11.

Incidencia, aspectos sociales y de salud

Es difícil precisar el número de abortos que se producen anualmente en el mundo, debido fundamentalmente a la ausencia de datos en los países donde es ilegal. Los estimados más recientes señalan la cifra de 40-60 millones anuales, de los cuales aproximadamente 33 millones serían legales.¹³ La mayoría de los abortos ilegales ocurren en países del Tercer Mundo, donde son responsables por no menos de una de cada tres o cuatro muertes maternas.¹⁴ Según un estimado de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), a mediados de la década pasada morían 84,000 mujeres anualmente en Asia, África y América Latina a causa de abortos ilegales.¹⁵

En 1974 se estimó que la cifra anual de abortos para América Latina era de 5 millones, lo que arrojaba una tasa de 65 abortos por cada 1000 mujeres en edad fértil, y una razón de un aborto por cada dos nacidos vivos.¹⁶ Estos estimados se corresponden con las tasas reportadas por Cuba, único país latinoamericano donde el aborto es legal, que en la década pasada reportó tasas anuales entre 55.9 y 70 por 1000 mujeres en edad fértil.¹⁷ Aunque sin ofrecer nuevos estimados regionales de incidencia, estudios posteriores han reportado incrementos en la tasa de abortos de la mayoría de los países latinoamericanos, particularmente en las áreas urbanas.

La morbi-mortalidad asociada al aborto ilegal en América Latina es muy alta. Encuestas realizadas en cinco países de la región indican que entre el 20 y el 58% de las mujeres que abortan necesitan ser hospitalizadas después del procedimiento, mientras que el número de muertes por cada 1000 admisiones hospitalarias alcanzó cifras tan altas como 36.7 (Brasil) y 104.0 (Colombia).¹⁸

Las complicaciones del aborto ilegal son una de las principales causas de muerte materna en la región, llegando a representar hasta el 70% de todas las muertes de mujeres en edad fértil en algunas zonas. En un estudio reciente sobre el aborto en Venezuela, Pacheco reportó que en el

período 1980-82 el 26.4% de todas las muertes maternas reportadas en ese país obedeció a complicaciones post-aborto, mientras en la ciudad de Caracas la cifra alcanzaba el 36%.¹⁹

Los estimados de mortalidad por aborto ilegal son imprecisos, en parte debido a la imposibilidad de obtener datos completos de los registros oficiales, así como al hecho de que las tasas de mortalidad varían de una zona a otra según los métodos abortivos prevaecientes y las facilidades hospitalarias para tratar abortos complicados que existan en el lugar. Los parámetros de estimación oscilan de 50-100 muertes por cada 100,000 abortos ilegales hasta 1000/100,000 (o sea, una muerte por cada 100 procedimientos).²⁰ Si utilizamos el estimado de la IPPF para el Tercer Mundo de una muerte por cada 200 abortos ilegales, obtendríamos un total de 25,000 muertes maternas al año en América Latina.

Para comprender la verdadera magnitud de esta tragedia debemos comparar los datos anteriores con las tasas de mortalidad de los países donde el aborto es legal. Para 1981 en Cuba se registraba una muerte por cada 100,000 abortos hospitalarios, en Estados Unidos 0.4, en India 5.4, en Canadá 0.2 y en la mayoría de los países europeos la proporción era menor de 1/100,000.²¹ Cuando se practica en condiciones médicas y sanitarias adecuadas, el aborto inducido es uno de los procedimientos quirúrgicos más seguros. De hecho, en los países donde es legal, el aborto presenta riesgos menores que los asociados al ambarazo/parto. En Estados Unidos, por ejemplo, la tasa de mortalidad por embarazo/parto en 1981 era 18 veces mayor a la tasa de mortalidad por aborto.²²

Los países que han despenalizado el aborto, tanto en el mundo desarrollado como en el subdesarrollado, han experimentado una disminución extraordinaria en las tasas de morbi-mortalidad atribuidas al procedimiento. Lo contrario ha ocurrido en aquellos países con legislaciones liberales que, buscando elevar sus tasas de fecundidad, han aumentado las restricciones. Este fue el caso de Rumania, donde la

mortalidad por aborto se triplicó durante el primer año de vigencia de la restrictiva ley de 1966, aumentando en años sucesivos en más de un 600%.²³

La alta morbi-mortalidad asociada a los abortos clandestinos en el Tercer Mundo tiene costos sociales considerables, no sólo para las mujeres individuales que se ven afectadas junto a sus familias, sino también por constituir una enorme sobrecarga para los servicios hospitalarios, ya de por sí precarios. Los abortos complicados consumen una porción considerable de recursos médicos, tales como suministros de sangre, antibióticos, camas hospitalarias y personal médico, afectando de esta manera la disponibilidad de los servicios de salud en su totalidad. Los estudios de casos en países del Tercer Mundo indican que el tratamiento de los abortos complicados puede representar hasta el 50% del gasto de algunos hospitales de maternidad, y a veces más.²⁴ Esto no resulta sorprendente si tomamos en cuenta que el promedio de días de estancia hospitalaria, así como los gastos en medicinas y otros suministros, es varias veces mayor en el tratamiento de un aborto complicado que en el de un parto normal.

La ilegalidad del aborto plantea, pues, una multiplicidad de problemas de diverso orden, y sus costos humanos, económicos y sociales son considerables. Paradójicamente, la mayoría de las sociedades que siguen obstinadas en pagar el alto precio de la clandestinidad son precisamente aquellas menos preparadas social y económicamente para enfrentar sus consecuencias.

3. EL ABORTO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

Las dificultades que presenta la obtención de datos confiables sobre el aborto fueron ya mencionadas. Mientras esta práctica continúe siendo sancionada legal y socialmente será imposible precisar la magnitud del fenómeno, y comprender a cabalidad su verdadero impacto social, económico, demográfico y de salud. En las secciones siguientes hacemos una aproximación cuantitativa de diversos aspectos del fenómeno en la República Dominicana, entre ellos incidencia, morbi-mortalidad, y costos personales, sociales y de salud.

Incidencia

Las mejores informaciones disponibles indican que en República Dominicana el número de abortos inducidos anualmente es considerable. Un ejemplo notable en este sentido lo ofreció el Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA) a comienzos de la década pasada, al revelar que las 56,000 mujeres inscritas en el programa estatal de planificación habían declarado un total de 52,000 abortos, cifra impresionante aún sin tomar en cuenta los altos índices de ocultamiento que caracterizan las respuestas de las mujeres a las encuestas sobre aborto.²⁵

Diversos indicadores y parámetros de estimación sugieren la cifra de 60,000-65,000 abortos anuales para mediados de la década actual, período para el cual se dispone del mayor número de datos. Esta cifra de abortos arroja una tasa de incidencia de aproximadamente 40 abortos por cada 1000 mujeres en edad fértil, bastante menor a la tasa de 65/1000 estimada por la IPPF para América Latina a mitad del pasado decenio. Esto permite inferir que la cifra de 60,000-65,000, más que una sobre-estimación, podría ser una subestimación de la realidad.

El estimado se fundamenta, aunque no de manera exclusiva, en el análisis de los datos de la SESPAS efectuado para este estudio por el matemático estadístico José M. Bisso. Dicho análisis arrojó un estimado de incidencia de 63,000-65,000 para el año 1984. La cifra se proyectó a partir del análisis estadístico de los casos de hospitalización por parto normal, cesárea y aborto de la MNSA y el Materno-Infantil de Los Mina para ése año. (Ver *Informe Preliminar del Estudio Exploratorio Sobre el Aborto en Santo Domingo*, CIPAF, 1986). Otras informaciones y cálculos independientes tienden a reforzar este estimado.

El Secretario Ejecutivo del CONAPOFA, por ejemplo, reveló en 1986 que según las proyecciones demográficas de la institución, la expectativa de embarazos para 1985 era de 257,032; los partos realizados en ese período fueron 192,154, considerándose como abortos la diferencia resultante de 64,887. De esta suma se estimó un 10% de abortos espontáneos, lo que arrojó un estimado de 58,398 inducidos para el año, una cifra bastante aproximada a la nuestra.²⁶

El total de casos de aborto atendidos por los establecimientos de salud de la SESPAS en un período dado ofrecen otra alternativa de estimación. En el año 1984, los establecimientos de la SESPAS registraron 13,132 hospitalizaciones por aborto. Siguiendo el criterio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de que los espontáneos constituyen entre el 15 y el 20% del total de abortos atendidos en centros hospitalarios, estimamos que no menos de 10,506 (o sea, el 80%) de los casos correspondían a abortos provo-

cados. Al relacionar los 10,506 casos de hospitalización con nuestro estimado de incidencia de 60,000-65,000, encontraríamos que esta cifra indica que entre el 16.2 y el 17.5% de los abortos inducidos requirieron atención hospitalaria en 1984. Estas cifras aumentan a 20.2 y 21.9% respectivamente cuando incluimos en la ecuación el hecho de que los establecimientos de la SESPAS tienen una cobertura aproximada del 80% de la población, estando el 20% restante a cargo de los servicios privados, el IDSS, y los hospitales de las Fuerzas Armadas.²⁷ El promedio de hospitalización post-aborto de 21% al que arribamos mediante este cálculo situaría a República Dominicana dentro de los límites establecidos por los estudios de caso hechos en América Latina, donde el porcentaje de hospitalización por aborto oscila entre el 16 y el 42%.²⁸

En su reciente estudio sobre el aborto en Venezuela, Edilberto Pacheco utilizó diversos métodos de estimación basados en cifras fácilmente asequibles a través de las estadísticas oficiales de población, como son el total de mujeres en edad fértil y el total de nacidos vivos en un año determinado.²⁹ Para su aplicación al caso dominicano dividimos el conjunto de estimaciones hipotéticas en dos grupos. Las del primero fueron formuladas en 1974 por el IPPF y respaldadas por Christopher Tietze, Director del Comité de Expertos de la OMS Para el Estudio del Aborto Inducido; las del segundo fueron formuladas por Tietze en 1978 específicamente para los países con legislación restrictiva. En ambos casos, las hipótesis fueron formuladas partiendo de las experiencias y conocimientos obtenidos de numerosos estudios en todo el mundo. Las cifras que las hipótesis arrojan para la República Dominicana son las siguientes (ver el procedimiento completo de estimación en el Anexo 1):

GRUPO 1

Hipótesis 1-a: se practican 30 abortos por cada cien embarazos (nacidos vivos más abortos) = 57,778 abortos anuales

Hipótesis 1-b: se practican 70 abortos por cada 1000 mujeres en edad fértil = 70,359

GRUPO 2

Hipótesis 2-a: se produce un aborto por cada cuatro nacidos vivos = 25,278

Hipótesis 2-b: se produce un aborto por cada dos nacidos vivos = 70,777

Del conjunto general de estimados, la hipótesis 2-a se considera la estimación mínima y menos probable. Nos inclinamos por tanto a suponer que las 1-a (57,778), 1-b (70,359) y 2-b (70,777) establecen parámetros más realistas para estimar la incidencia en el país. Esta conclusión se ve reforzada por el hecho de que los parámetros establecidos por las tres hipótesis referidas corresponden a la perfección con el estimado de 63-65,000 abortos anuales realizado por J. M. Bisso, que además de ser el más reciente de los estimados formulados para República Dominicana es el único que ha sido elaborado partiendo de criterios y datos estadísticamente adecuados.

Morbilidad

Al considerar los datos sobre morbilidad debemos distinguir entre la morbilidad *documentada* (es decir, aquellos casos que aparecen en los registros hospitalarios) y la *indocumentada* (que incluiría los casos atendidos por establecimientos que no pertenecen a la SESPAS, tanto públicos como privados, así como los que no reciben atención médica alguna). Veamos los casos documentados por la SESPAS para el período de este estudio:

CUADRO 2
Internamientos por aborto y por parto
en establecimientos de la SESPAS, 1984-85

Año	Internamientos por aborto	Internamientos por parto	%	Promedio diario
1984	13,132	117,145	11.2	36
1985	11,679	113,270	10.3	32

FUENTE: Departamento de Estadísticas, SESPAS.

En adición a la cifras que aparecen en el Cuadro 2, podemos citar que en su análisis de los datos de la MNSA y del HMISLM, Bisso encontró que de un total de 32,250 hospitalizaciones ocurridas en ambos establecimientos en el año 1984, el 11.6% (o sea, 3,741 casos) obedeció a abortos. Los registros de la Maternidad para el cuatrenio 1982-85 revelan una distribución similar:

CUADRO 3

**Internamientos por aborto como por ciento
del total de internamientos, MNSA 1982-85**

Año	Total de internamientos	Internamientos por aborto	%
1982	22,595	2,922	12.9
1983	22,649	2,473	10.9
1984	22,435	3,340	14.9
1985	22,188	1,841	8.3
Totales	89,867	10,576	11.8

FUENTE: Ana T. Rodríguez Viñas, "El Aborto Inducido en República Dominicana: Un Estudio de Caso", Santo Domingo, 1987 (inédito).

Para mediados de la década, entonces, entre el 10 y el 12% de los internamientos en los establecimientos de la SESPAS se debían a abortos, alcanzando el bienio 1984-85 una cifra promedio de 12,405 internamientos anuales por esta causa. Estas cifras deben ser ajustadas para diferenciar los abortos espontáneos de los inducidos —siguiendo nueva vez el criterio de la OMS de que entre un 15 y un 20% del total son inducidos— lo que nos reduciría el promedio anual para 1984-85 a 11,165 internamientos en el margen superior y 10,544 en el inferior. Es necesario recordar, sin embargo, que la responsabilidad de cobertura de los establecimientos de la SESPAS es del 80% de la población (si bien su cobertura real es probablemente mucho menor). De asumir que la morbilidad por aborto se comporta de manera similar en el 20% de la población no atendida por la SESPAS, el promedio anual aumentaría a nuestra cifra original de aproximadamente 12,400 internamientos para el bienio 1984-85.

Esta cifra todavía no toma en cuenta una serie de factores cuya incidencia es imposible de cuantificar por falta de datos, y que incluye el diferencial entre la cobertura nominal y la cobertura real de la SESPAS, el subregistro que caracteriza las estadísticas de salud del Estado en sentido general, y las secuelas que a mediano y largo plazos puede producir un aborto mal realizado. Tal vez la más común de éstas es la inflamación pélvica crónica, que no suele requerir internamiento y que, de hecho, muchas veces no es siquiera tratada, aunque eventualmente dejará a la mujer infértil. La infertilidad también puede resultar de un raspado excesivo en la ejecución del curetaje, en el que se desprenden capas no regenerables del endometrio — siendo ésta una secuela totalmente asintomática, que además no tiene tratamiento posible.

Todo lo anterior sugiere que la morbilidad real por aborto debe ser mucho más alta de lo que nos dicen las estadísticas, aunque la cifra promedio de 12,400 casos que citamos para mediados de la década actual es bastante alta, tanto en términos absolutos como relativos. A manera de comparación basta citar que para 1985 los casos documentados de morbilidad por aborto superaban ampliamente el total de los casos registrados de siete de las diez principales enfermedades infecciosas que afectan la población dominicana, como se ve en el siguiente cuadro:

CUADRO 4

Número de casos registrados de siete de las diez principales enfermedades infecciosas (totales nacionales, 1985)*

Malaria	816	Tosferina	174
Sarampión	4,392	Difteria	100
Disentería	1,322	Tétanos	71
Tuberculosis Pulmonar	2,335		
Total			9,210

FUENTE: República Dominicana en Cifras, 1987

* Las tres enfermedades que completan la lista son: blenorragia, con 12,475 casos; sífilis, con 14,475; y gastroenteritis, con 107,754.

Mortalidad

De acuerdo con las estadísticas oficiales de salud, el aborto era en 1985 la segunda causa de mortalidad materna en el país, con un total de 18 muertes anuales, como se ve en el siguiente cuadro:

CUADRO 5

Principales causas de mortalidad materna en establecimientos de la SESPAS, 1985

Causa	No. de Muertes
Toxemias	27
Aborto	18
Hemorragias del embarazo y parto	17
Causas obstétricas indirectas	9
Otras causas obstétricas directas	35

FUENTE: Departamento de Estadísticas de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)

Los 18 casos registrados se refieren solamente a muertes ocurridas en establecimientos de la SESPAS, por lo que quedan excluidas las que ocurrieron en establecimientos del IDSS, de las FFAA, en clínicas privadas y las que se produjeron fuera de los establecimientos de salud durante el período indicado. Otro elemento a tomar en cuenta es que si bien la *responsabilidad de cobertura* de la SESPAS es del 80% de la población, el Dr. Bernardo Defilló estima que la *cobertura real* no supera el 40%.³⁰

Aunque nos resulta bastante obvio que la cifra de la SESPAS refleja, por un lado, un enorme subregistro, y, por el otro, las deficiencias en la cobertura real del sistema de salud pública, la determinación del número verdadero de muertes por aborto presenta toda clases de dificultades, como se desprende de los factores que mencionamos a continuación:

a) La práctica, bastante común en los hospitales públicos, de dar de alta a los pacientes desahuciados "para que

vayan a morir a su casa", que reduce el número de muertes hospitalarias que de otra manera podrían ser correctamente reportadas.

b) Los errores que se cometen en los establecimientos oficiales en la preparación de las actas de defunción, que —según testimonios de algunos médicos— también ocurren con bastante frecuencia. En estos casos, el médico que llena el acta —ya sea por error o por desconocimiento— consigna como causa de muerte el proceso final que provocó el desenlace y no la causa etiológica en sí. Tomemos, a manera de ejemplo, el caso de una mujer que ingresa con perforación uterina y sepsis a consecuencia de un aborto inducido. Como complicación final de la sepsis ella desarrollará lo que se denomina un "síndrome de coagulación intravascular", que le provocará la muerte. En el acta aparecerá entonces este síndrome como causa de muerte y no la perforación uterina, que es la causa etiológica verdadera.*

c) Un tercer elemento es que, a pesar de los avances en la cobertura de salud de las últimas décadas, no todas las mujeres dominicanas tienen acceso fácil a los establecimientos hospitalarios. Este es particularmente el caso de las mujeres rurales, que a menudo deben recorrer grandes distancias para llegar a un centro de salud, sin disponer muchas veces de los medios de transporte adecuados y/o del dinero para pagarlos. O sea, que tampoco es posible conocer cuántas mujeres mueren sin llegar a los centros estatales, de la misma manera que no sabemos cuántas mueren en clínicas privadas —tanto de alta como de baja categoría— por el problema ya mencionado de la falsificación rutinaria de los certificados de defunción en los casos de aborto. Como es bien sabido, en nuestro país es práctica común que el médico privado falsifique la causa de muerte

* Vale la pena señalar que desde 1985-1986 la SESPAS viene realizando talleres para enseñar a los médicos residentes a completar adecuadamente los certificados. Los resultados de estos talleres —en cuanto a una posible elevación del número de fallecimientos atribuidos al aborto— sólo podrán determinarse cuando la SESPAS presente las estadísticas correspondientes a los años 1986 en adelante.

—atribuyendo ésta a las causas más diversas, desde apendicitis hasta infartos— en consideración al “honor” de la familia de la víctima.

Visto lo anterior, podemos concluir que las cifras de mortalidad de la SESPAS deben ser tomadas sólo como un indicio de lo que podría ser la magnitud real del problema. Asimismo, se hace evidente que hay muy pocas pistas para estimar —con cierto margen de seguridad— la mortalidad real por aborto en el país, lo que nos obliga de nuevo a recurrir a hipótesis de estimación elaboradas por organismos internacionales a partir de estudios de caso realizados en el Tercer Mundo.

Existen diversos parámetros para estimar la mortalidad ocasionada por el aborto ilegal que, sin llegar a proporcionarnos una cifra precisa para el país, ponen de manifiesto cuán objetables son los datos oficiales. El estimado más conservador indica que el aborto ilegal podría causar la muerte de 50-100 mujeres por cada 100,000 intervenciones, o sea, una por cada mil o dos mil.³¹ Partiendo de nuestro cálculo de incidencia de 60,000-65,000 abortos anuales, los estimados mínimos y máximos de esta hipótesis serían 30 y 65 muertes anuales, respectivamente —es decir, por lo menos el doble de las reportadas—. Esta hipótesis asume que la mayoría de los abortos son efectuados en las primeras etapas del embarazo por personal médico calificado, o que existen servicios hospitalarios eficientes y de fácil acceso para todas las mujeres. Ninguna de las tres condiciones caracterizan la situación dominicana en cuanto al aborto. De hecho, apenas podríamos considerarlas propias de algunos países desarrollados, por lo que concluimos que el estimado de 30-65 muertes anuales no resulta realista para nuestro país.

Christopher Tietze, quien formuló la hipótesis anterior, plantea sin embargo que donde la mayoría de los abortos son autoinducidos o practicados por proveedores incapacitados en condiciones sanitarias deficientes, o donde las mujeres no tienen acceso inmediato a los servicios hospitalarios o no se atreven a acudir libremente a ellos, la mortali-

dad puede exceder las 1,000 muertes por 100,000 intervenciones, o sea, una muerte por cada cien abortos ilegales.³² Aplicando esta hipótesis a nuestro estimado de incidencia obtendríamos un total de 600-650 muertes anuales.

Una tercera hipótesis, formulada por la IPPF para la generalidad de países del Tercer Mundo donde el aborto es ilegal, estima una tasa promedio de 500 muertes/100,000 intervenciones, lo que representa una muerte por cada 200 intervenciones.³³ Utilizando esta hipótesis obtendríamos un total de 300-325 muertes anuales, o la mitad del número indicado por la hipótesis anterior.

Aunque es difícil situar la tasa de mortalidad para República Dominicana en relación a los parámetros anteriores, hay factores que sugieren que el caso dominicano podría aproximarse a la segunda hipótesis, particularmente en lo que se refiere a la proporción de abortos autoinducidos o practicados por proveedores incapacitados en condiciones sanitarias deficientes. Esta última categoría abarca desde los "yerberos" que preparan y venden brebajes abortivos y las comadronas que ponen "peritas", hasta los médicos que practican burdos curetajes en clínicas de poco equipo y notoria falta de higiene, las cuales abundan en los barrios pobres de Santo Domingo.

En todo caso, el estimado de 300-325 muertes anuales indicado por la tercera hipótesis nos parecería ser el límite inferior —el cálculo más conservador— para el caso de nuestro país, si bien esta afirmación no puede considerarse más que el producto de una especulación bien informada. Además del problema ya referido de la insuficiente cobertura del sistema de salud, algunos de los factores que tomamos en consideración en este sentido son:

a) La prevalencia de métodos caseros para inducir abortos que, como veremos más adelante, además de ser los más peligrosos, son los más comúnmente utilizados.

b) El hecho de que, aún cuando la mujer tiene acceso fácil a la atención médica, el estigma social que acompaña el aborto la hace muy renuente a revelar que ha abortado y a

procurar a tiempo la ayuda necesaria en caso de complicaciones. En los hospitales es común ver llegar mujeres en estado de gravedad, traídas por familiares que desconocían de su enfermedad hasta el último momento, y ante los cuales ella se niega a reconocer la causa del problema. Según los testimonios de médicos de la MNSA, algunas mujeres persisten en su silencio hasta la muerte, aún ante los propios médicos.

c) En sentido general, una tasa de morbilidad de más de 12,000 casos documentados (y no sabemos a cuánto puede ascender el número de indocumentados) sobre un estimado de incidencia de 60-65,000 abortos, nos indica que la mayoría de éstos se realizan en pésimas condiciones de higiene y seguridad.

Costos sociales

Anteriormente decíamos que las altas tasas de morbilidad asociadas al aborto ilegal representan una importante carga económica para el presupuesto de salud y la capacidad hospitalaria del Estado, lo que va en detrimento de los ya limitados recursos de los servicios de salud en sentido general, y de los de maternidad en particular. Según las cifras que hemos visto, para mediados de la década actual entre el 10 y el 12% de los internamientos en los hospitales de maternidad obedecían a abortos, la gran mayoría de ellos inducidos.

A esta proporción de internamientos no corresponde, sin embargo, una proporción similar de gastos hospitalarios. Los abortos incompletos y, sobre todo, los complicados,* requieren una mayor estancia hospitalaria que los partos normales, así como mayores gastos en medicinas, sangre, análisis de laboratorio y otros suministros. Al mismo tiempo, la estancia más larga implica mayor consumo de alimentos y de horas de trabajo del personal médico y auxiliar.

* Nos parece importante, en este sentido, señalar la diferencia entre un aborto incompleto y uno complicado, así como las estancias hospitalarias que corres-

El estudio de la UNPHU antes citado encontró que para comienzos de la década pasada el costo de un aborto incompleto era *cinco veces y medio mayor* al de un parto normal, y el de un aborto complicado más de *doce veces mayor*. Analizando la estructura de costos para cada caso, así como la estancia promedio y la proporción que del total de internamientos representaban los casos de aborto, el estudio concluyó que el tratamiento del aborto consumía entre el 20 y el 50% de la asignación presupuestaria de la MNSA en dicho período. En su estudio de 1975 Calventi estimó la cifra en alrededor del 40%.³⁴

Si bien para los fines del presente estudio no se hizo un estimado de gastos hospitalarios, una especulación bien informada sobre la posible evolución de éstos en los últimos años tomaría en cuenta los siguientes factores:

1) Los internamientos por aborto parecen haber disminuído en relación a los internamientos por parto, aunque no de manera muy significativa —de 14-15 abortos/100 partos en el período del estudio de la UNPHU a 10-12/100 en el actual.

penden a cada caso. Los *incompletos* se refieren a aquellos abortos, generalmente auto-inducidos mediante brebajes y "peritas", en que la mujer ha empezado a sangrar pero no ha habido expulsión completa de los tejidos embrionarios o fetales. En estos casos el tratamiento hospitalario suele consistir en una evacuación completa del interior del útero mediante curetaje o raspado, y la indicación de antibióticos para prevenir infecciones.

Los *complicados* se refieren a aquellos abortos que presentan hemorragias severas, infecciones, o hasta shock (entre otros problemas), y suelen tener dos causas principales: 1) perforación uterina, causada por la ejecución incompetente de un curetaje o por la auto-inducción del aborto con agujetas u otros objetos punzantes; 2) la putrefacción de residuos embrionarios en el útero a consecuencia de un aborto incompleto o un curetaje mal hecho.

Para el tratamiento de un aborto incompleto uno o dos días de internamiento suelen ser suficientes; los complicados pueden requerir hasta seis días, y a veces más. De las 200 mujeres analizadas en el estudio de la UNPHU, 151 (75.5%) permanecieron hospitalizadas de uno a dos días, mientras que, de las 49 restantes, 40 (20%) permanecieron de tres a seis días y 9 (4.5%) debieron permanecer siete días o más. En comparación, las parturientas normales apenas suelen estar 24 horas en el hospital. (Ver UNPHU, *Estudio del Aborto en 200 Mujeres de la R.D.*, pág. 125).

2) El promedio de días de estancia hospitalaria para los casos de aborto no parece haber experimentado ninguna variación: la permanencia promedio para la MNSA de 2.2 días encontrada en el estudio de la UNPHU es igual a la encontrada por J. M. Bisso para 1984.³⁵

3) La devaluación del peso en los últimos años ha encarecido considerablemente el costo de los medicamentos y otros suministros médicos importados, que en el estudio de la UNPHU constituían el renglón más elevado de costos para la atención de abortos, sin que tuviera mayor relevancia para la atención de los partos.

Visto lo anterior, nos parece justificada la conclusión de que el costo de la atención del aborto (tanto en relación al costo de la atención del parto como en proporción de la asignación presupuestaria de los hospitales de maternidad) no debe haber disminuído en el período transcurrido entre ambos estudios, sino, en todo caso, aumentado.

Para apreciar la gravedad real del caso debemos situar este dato en el contexto de la insuficiencia crónica de recursos con que se manejan los hospitales del Estado en el país. Basta citar, a manera de ejemplo, la reciente denuncia del Presidente de la Asociación Médica Dominicana (AMD) de que los hospitales públicos del Distrito Nacional operan en la actualidad con las mismas subvenciones que recibían en 1983, a pesar de la gran devaluación sufrida por la moneda dominicana en los años transcurridos desde entonces. Esto con la agravante de que los efectos de la crisis económica han hecho aumentar significativamente el número de pacientes de dichos centros.³⁶

Los costos sociales de la ilegalidad no se limitan a sus efectos sobre el sistema de salud pública, sino que abarcan una variedad de otros aspectos. Un costo social pocas veces tomado en cuenta, por ejemplo, es la oportunidad que se pierde de ofrecer servicios anticonceptivos a la mujer que aborta. Los estudios en este sentido demuestran que las mujeres quedan mucho más inclinadas a utilizar anticonceptivos después de un aborto,³⁷ por lo que si éste es practicado en un centro de salud donde luego se le ofrece a

la mujer el uso de anticonceptivos, el número de aceptantes será muy alto. En situaciones de ilegalidad, sin embargo, esta posibilidad de reducir abortos futuros en gran medida se pierde.

Los costos económicos, tanto para la mujer y su familia como para la sociedad, son también considerables:

“El precio de un aborto ilegal no se limita a los honorarios del proveedor. Se le debe añadir el costo de cualquier medicina o preparación utilizada para aliviar las consiguientes complicaciones y el precio del transporte al hospital. Además hay que considerar los costos indirectos del aborto: la pérdida de salario por los días de ausencia del trabajo, la pérdida de los servicios de la mujer a su familia durante el período de hospitalización y la pérdida permanente si ella muere. Por lo tanto, el peso económico y social de las complicaciones es sustancial aún sin considerar el costo de los servicios médicos y hospitalarios”.³⁸

Características de las mujeres que abortan

Lo primero a tomar en cuenta es que no existe un tipo particular de mujer que aborta: entre ellas encontramos solteras y casadas, muy jóvenes y de mediana edad, católicas y no católicas, de clase alta y de clase popular, campesinas y ciudadinas, sin hijos y llenas de hijos... Las estadísticas sólo nos dan, en pinceladas frías, los rasgos generales de una realidad humana mucho más compleja y diversa.

Lo segundo es que en nuestro país, como en la mayoría de los países del Tercer Mundo, las descripciones estadísticas de las mujeres que abortan son obtenidas de estudios realizados en hospitales públicos, por lo que pueden considerarse representativas sólo de aquella parte de la población que acude a estos centros. Lo anterior significa que las mujeres campesinas y las de los sectores populares y marginales de las ciudades están sobre-representadas en las estadísticas, mientras que de las mujeres de clase media y alta que son atendidas en consulta privada se sabe muy poco. El sesgo de clase que caracteriza las estadísticas es en parte responsable de (o al menos sirve para reforzar) algunos estereotipos bastante difundidos, que identifican la práctica

del aborto mayormente con mujeres de los sectores pobres. Estas concepciones están basadas más en los prejuicios de clase de quienes las formulan que en evidencias objetivas. Si bien el mayor número de abortos ocurre entre mujeres de las clases subalternas, esto se debe obviamente a que ellas constituyen la gran mayoría de la población femenina. Igualmente sencillo es deducir que si las complicaciones y muertes por aborto son muchísimo más frecuentes entre las mujeres pobres, la causa tiene que ser, además de la anterior, que las mujeres de clase media y alta tienen acceso a abortos médicos más seguros. El 42% de los médicos de consulta privada que contestó nuestro sondeo afirma que sus pacientes habituales tienen en promedio al menos un aborto en su historia clínica, mientras que el 25% afirma que el número promedio de abortos por pacientes es de dos. Para América Latina, en sentido general, las investigaciones más recientes no han podido establecer una correlación entre condición socio-económico y frecuencia del aborto.³⁹

Las dificultades que presenta el carácter sesgado de las estadísticas dominicanas queda claramente evidenciado cuando comparamos los datos sobre el estado civil de las mujeres que abortan. En este sentido se suele generalizar a partir de lo que nos dicen los estudios existentes, como el estudio clásico de la UNPHU, cuya muestra estaba constituida por pacientes de la MNSA y del Hospital José M. Cabral y Báez de Santiago. En esa investigación, el 75.5% de las mujeres estaban casadas o en unión consensual estable, contra sólo un 7.0% de solteras y un 11% en unión ocasional.⁴⁰ De las 182 mujeres que declararon estar en algún tipo de unión marital, el 45.7% había permanecido en ella durante cinco años o más, como se ve en el Cuadro 6.

La situación parece ser radicalmente diferente entre las mujeres de clase media y alta. De los gineco-obstetras que respondieron nuestro sondeo, al preguntársele cuál era el estado civil predominante entre las mujeres que les solicitaban abortos, el 75% señaló las solteras, un 15% adicional las divorciadas/separadas, contra sólo un 12% que señaló las casadas/unidas.

CUADRO 6

Duración de la unión marital en el estudio de 200 mujeres de la UNPHU

Tiempo	No. de Mujeres	Porcentaje
Unión Casual	7	3.8
Menos de 1 año	36	19.8
De 1 a 4 años	56	30.7
De 5 a 10 años	52	28.7
11 años o más	31	17.0
TOTALES	182	100.0

FUENTE: UNPHU, Estudio del Aborto en 200 Mujeres de la R.D., pág. 47.

La disparidad en las cifras anteriores nos indica que debemos ser muy cautelosas al intentar hacer un perfil socioeconómico de las mujeres que abortan, y que cualquier esfuerzo en este sentido debe tomar muy en cuenta el origen de clase de las integrantes de la muestra del estudio en consideración. Un segundo e igualmente significativo aspecto a tomar en cuenta es el por qué de las disparidades entre las diferentes clases sociales.

En el caso del estado civil podríamos fácilmente especular la razón: los patrones socio-culturales de las clases subalternas favorecen las uniones maritales a temprana edad, mientras que en las clases media y alta ha cobrado mucha fuerza la tendencia a que la mujer posponga el matrimonio para dedicarse a los estudios o al trabajo remunerado. Algunas evidencias refuerzan esta hipótesis, al tiempo de aportar nuevos elementos de interpretación. Por un lado, el grupo de edad que con mayor frecuencia recurre al aborto parece ser similar en ambos casos. El 60% de los practicantes privados afirmó que son las mujeres de 15-24 años las mayores demandantes, seguido de un 40% que identificó las de 25-34 años. Los estudios hechos en hospitales públicos revelan una tendencia similar: el 46,5% de las mujeres en el estudio de la UNPHU pertenecían al grupo de edad de 15-24 años, y el 37% al de 25-34 años. (Dentro de

estas categorías los grupos mayoritarios eran de 20-24 y 25-29, con un 30.5 y un 24% del total, respectivamente).⁴¹ En una muestra de 87 casos de aborto atendidos en la MNSA en el mes de junio de 1987 encontramos la siguiente distribución:

CUADRO 7

Distribución por grupos de edad de una muestra de 87 casos de aborto atendidos en la MNSA en el mes de junio, 1987

Edad	No. de Mujeres	Por ciento
0-14 años	3	3.4
15-24	43	49.4
25-34	31	35.6
35-44	6	6.9
45 y más	2	2.3
Sin registrar	2	2.3
TOTALES	87	99.9

FUENTE: Ana T. Rodríguez V., "El Aborto Inducido en la R.D.: Un Estudio de Caso", Septiembre 1987 (inédito).

Si la variable edad presenta poca variación entre los grupos, lo mismo no sucede con la paridad. Podemos asumir que, dada la extracción de clase de las mujeres que acuden a consulta privada, la mayoría de las solteras en este grupo no tiene hijos —y son precisamente las solteras las mayores demandantes de aborto según la encuesta a los médicos. En el caso de las mujeres de las clases pobres la situación parece ser muy diferente. Las 200 mujeres del estudio de la UNPHU habían tenido en conjunto 1,017 embarazos, para un promedio de 5.1 embarazos/mujer; el promedio de hijos vivos era de 3.3/mujer, y el 61% de las encuestadas admitió haber tenido al menos un aborto previo.⁴² La muestra de 87

mujeres estudiadas en 1987 en la MNSA también presenta un historial de gestas y abortos previos: el 49.4% de la muestra admitió un aborto anterior, y un 33.3% adicional admitió de dos a cuatro abortos previos.⁴³

En función de nuestra hipótesis, los datos parecen decirnos lo siguiente: la demanda de abortos es mayor para el grupo de edad de 15-24 años (probablemente concentrado entre las mujeres de 20-24 años), seguido de cerca por las de 25-34 años, y esta variable es común para las mujeres de todas las clases sociales. Sin embargo, las diferencias entre las pacientes de consulta privada y las de consulta pública en lo que respecta a estado civil, así como las características de paridad y abortos previos de éstas últimas, nos indican que mientras para las mujeres de clase media y alta el aborto se utiliza mayormente para *posponer* la maternidad, entre las mujeres pobres el aborto sería básicamente el resultado de una *paridad satisfecha*. Esta conclusión es congruente con la hipótesis que utilizamos para explicar las variaciones en el estado civil, en el sentido de que los patrones socio-culturales de una clase favorecen las uniones maritales y la consiguiente maternidad a temprana edad, mientras en la otra favorecen una *posposición* de estos eventos.

No podemos perder de vista el carácter conjetural del análisis anterior, así como la utilización en él de algunos supuestos no probados —como, por ejemplo, la categorización socio-económica de las mujeres en función del carácter público o privado de la atención médica que reciben, y el supuesto de que las dos grandes categorías resultantes son homogéneas entre sí. La realidad es que los datos sobre los aspectos tratados en esta sección son muy fragmentarios, y en el caso de las clientas de consulta privada prácticamente inexistentes. Nuestras conclusiones, por tanto, deben ser tomadas con cautela y sin olvidar que las generalizaciones, al tiempo que revelan una parte de la realidad, también sirven para ocultar la rica diversidad que caracteriza el comportamiento humano.

Métodos para abortar

El método para inducir el aborto varía mucho, desde las técnicas modernas de succión hasta el tradicional brebaje o la varilla de paraguas. En la selección del método el factor determinante suele ser el económico, lo que significa que, siendo los métodos más seguros los más costosos, un gran número de mujeres se ve obligado a recurrir a alternativas caseras o a métodos empíricos de alta peligrosidad.

En los países donde el aborto es legal, el método médico más usado es la succión, que además de ser el más sencillo presenta los menores riesgos. Consiste en introducir por el cérvix previamente dilatado un tubo hueco conectado por el otro extremo a una máquina aspiradora, que permite la succión de los tejidos fetales con un mínimo de manipulación de las paredes uterinas. En nuestro país, el método abortivo por excelencia entre los médicos es el curetaje o raspado. Aunque más complicado y un poco menos seguro que la succión, el curetaje es un procedimiento ginecológico habitual y, en consecuencia, ampliamente conocido por los médicos, que lo utilizan para tratar irregularidades menstruales severas, problemas de infertilidad y otros desórdenes uterinos. El raspado se hace hasta la décimoquinta semana después de la última menstruación y suele requerir anestesia general —aunque en las clínicas aborteras la norma es utilizar un sedante intravenoso que sólo mantiene a la mujer dormida durante los 15-20 minutos que dura la intervención, y en algunos casos el aborto es hecho a sangre fría, sin anestesia de ningún tipo.

El procedimiento se inicia con la dilatación del cuello uterino, igual a la que se efectúa para el método de succión, para lo que se utiliza una serie de cilindros de acero inoxidable de distintos diámetros, que se van insertando alternadamente en la cérvix, del más delgado al más ancho, hasta lograr la dilatación necesaria para el paso de la cucharilla o cureta. Esta consiste en un aro metálico similar a una cuchara, con un mango fino y delgado, con la que se raspan

las paredes uterinas para desprender y extraer el tejido fetal. Cuando el procedimiento es realizado por un practicante incompetente, la cureta o aún los instrumentos dilatadores pueden perforar las paredes del útero; asimismo, la dilatación del orificio cervical puede provocar infecciones posteriores, lo que también suele ocurrir si se dejan restos de tejido dentro del útero. Estos son problemas más comúnmente asociados a los abortos clandestinos que se llevan a cabo en clínicas baratas en pésimas condiciones de asepsia y seguridad. Cuando lo realiza un practicante experimentado en condiciones médicas adecuadas, el curetaje presenta riesgos mínimos para la salud de la mujer.

En la ciudad de Santo Domingo el costo de un curetaje o raspado oscila entre 200 y 1,300 pesos, dependiendo del ejecutante y del sitio donde es llevado a cabo —desde una inmunda clinicucha en la Emilio Prud'Homme hasta una clínica de lujo en la Avenida Independencia— aunque los márgenes prevalecientes son de 250-500 pesos. Considerando que el salario mínimo legal es en la actualidad de 400 pesos para el sector público y 500 para el privado, y que las trabajadoras domésticas, que constituyen el sector laboral femenino mayoritario, ganan considerablemente por debajo de este nivel, resulta evidente que los procedimientos más seguros les están reservados a las mujeres de clase media y alta. Es así como la mayoría de las mujeres pobres deben recurrir a métodos caseros, como la introducción de varillas u otros objetos punzantes en el útero, o las infusiones de yerbas abortivas. Lo primero implica un grave riesgo de perforación uterina y a veces peritoneal; lo segundo da lugar a abortos incompletos con grandes posibilidades de complicación. Aunque las mujeres que ofrecieron testimonios para esta investigación no constituyen una muestra representativa a partir de la cual podamos generalizar, sus experiencias en este sentido confirman nuestras suposiciones: en este grupo había una correspondencia exacta entre nivel socioeconómico y método abortivo, encontrándose los curetajes únicamente entre las mujeres de clase media y

los métodos caseros únicamente entre las mujeres pobres y las campesinas.*

En todos los mercados de Santo Domingo es posible encontrar vendedoras(es) de plantas medicinales capaces de ofrecer informaciones precisas sobre el uso y las propiedades de diversas hojas, flores y raíces abortivas. Las llamadas "botellas" o preparados abortivos son vendidas enteras o por dosis. Esta última, indicada cuando el retraso menstrual es corto, cuesta de 5-15 pesos. La botella entera puede costar 50 pesos o más, y por lo general se indican tres vasos del preparado al día hasta que empiece el sangrado. Muchas mujeres de origen rural tienen los conocimientos necesarios para preparar ellas mismas sus botellas:

"Si me faltó la regla yo buscaba mis hojas y hacía mis teses. Yo soy del lado abajo de La Vega, yo conozco muchas raíces. Siempre en el campo las mujeres 'tan hablando de que esto sirve pa' eso, que eso sirve pa' lo otro... Entonces yo cogía cáscara de roble, agua de rosa, hoja de aguacate y una hoja así larguita que le dicen mayerito y ponía a hervir una cantidad, lo dejaba que se consumiera un poco, que quedara bien fuerte, y me lo tomaba dos o tres días, y como estaba trabajando me daba ese dolor y empezaba a manchar. Cuando yo veía que no se me detenía tres o cuatro días corriéndome mucho entonces iba y me hacían un curetaje. Cuando eso era aquí en el (Hospital) Moscoso Puello, entonces yo iba allá y me atendían, me hacían la limpieza y al otro día me daban de alta". (Josefina, 56 años, trabajadora doméstica, 6 hijos, soltera).

Las botellas abortivas son preparadas según los conocimientos de cada hierbera(o) y las plantas que tenga a mano. Por ello, al comparar su composición en los tres mercados principales de la ciudad, encontramos poca coincidencia. Además de la artemisa o ajenojo, la batata de burro, el cundeamor, el matorreal y las cáscaras de roble, aguacate y caoba, que parecen ser los elementos esenciales, cada hierbera(o) echa mano de su experiencia, medios e imaginación.

* La única excepción a esta norma fue el caso de una trabajadora doméstica cuyo curetaje fue arreglado y costado por sus empleadores. Previamente esta mujer había tenido dos abortos, en ambos casos mediante infusiones herbales.

CUADRO 8

Composición de la botella abortiva según el mercado de venta

Mercado Nuevo	Mercado Villa Consuelo	Mercado Modelo
Artemisa	Batata de Burro	Artemisa
Batata de Burro	Ajenjo	Matorreal
Cardo Santo	Matorreal	Batata de Burro
Magüey de Betia	Bejuco de Gengibre	Cebolla de Palma
Mala Madre	Gengibre Amargo	Guatapaná
Guajabo	Cáscara de Quina	Habana
Anís Estrella	Cáscara de Roble	Todo el Año
Anís Comino	Cáscara de Aguacate	Cáscara de Caoba
Sen	Cáscara de Caoba	Cáscara de Roble
Algueuma	Hoja de Granadillo	Cáscara de Aguacate
Cañafistola	Cundeamor	Cáscara de Péndula
		Cundeamor

FUENTE: Entrevistas con botelleras de los mercados.

Otro método comúnmente utilizado por las mujeres de las clases subalternas es la "perita", que las comadronas aplican por unos 40 pesos. Esta consiste en un irrigador vaginal con una cánula larga y delgada, llena de una sustancia jabonosa, que se aplica directamente al interior del útero las veces que sea necesario para iniciar el aborto.

"El segundo (aborto) no fue igual. Entonces a mí me dijeron de otra cuestión porque yo tenía como tres meses de embarazo. Era con una perita y yo no sé, yo fui al sitio y me la puse. Uno se acostaba y subía las piernas, vamos a decir como ponen a uno ahí en la Maternidad. Era una perita de esas de ponerle enema a los niños, na' más que era de agua de jabón de Castilla bien fuerte. Esa agua iba entonces entrando poco a poco e iba trabajando. Si no hacía efecto entonces tenía que ponerme por ejemplo dos o tres, vamos a decir a diario. Por ejemplo, me ponían una hoy, otra mañana y otra pasado, porque no era una cosa de rápido, no era un veneno... Bueno, después del dolor fuerte me entró un dolor de cabeza y sentía como ese dolor atrás y alante, hasta que en una como que me dió esa voluntad de hacer pipí cuando lo expulsé como un coágulo".

(María, 50 años, lavandera, 5 hijos, soltera).

Otro método común, aunque muy peligroso y raras

veces efectivo, es la inserción de pastillas de permanganato de potasio en la vagina. Este químico se utilizaba tradicionalmente en la medicina como antiséptico y desinfectante, diluido en grandes cantidades de agua. Pero cuando la pastilla se aplica directamente dentro de la vagina suele causar ulceraciones severas a este órgano, así como al cérvix, la uretra y hasta la vejiga.

En todos los caso que acabamos de mencionar, el procedimiento habitual es esperar la hemorragia y soportarla por un par de días, por lo menos, hasta tener la certeza de que el aborto es irreversible. Sólo entonces acude la mujer a un hospital del Estado, donde se le hace el legrado gratuitamente. Considerando las deplorables condiciones de salud y nutrición en que vive la población pobre, es fácil deducir que un gran número de estas mujeres sufre consecuencias graves para la salud como fruto de estos procedimientos.

Aunque es casi una tradición entre las mujeres pobres que el aborto se inicia en la casa y se termina en el hospital, los riesgos son en realidad muy altos. Muchas mujeres acuden al hospital sólo después de cinco o más días de iniciado el aborto, para estar seguras de su irreversibilidad. Los vómitos y diarreas inducidas por las preparaciones herbales pueden provocar un grado tal de deshidratación que resulte fatal en poco tiempo; lo mismo puede suceder a causa de las hemorragias, que con frecuencia están acompañadas de perforación uterina, laceraciones cervicales, peritonitis, infecciones pélvicas agudas, etc.

Los métodos caseros son responsables de la mayoría de los abortos realizados por las pacientes de los hospitales públicos, y son los causantes del mayor número de complicaciones y muertes. Según el 41% de los médicos que respondieron nuestro cuestionario, es el principal método abortivo en Santo Domingo.

Actitudes de las mujeres hacia el aborto

Los sentimientos de culpabilidad son un componente esencial de la maquinaria represiva utilizada por la sociedad

para desincentivar y, sobre todo, para castigar los abortos. Mediante la inducción de estos sentimientos la sociedad convierte a la mujer que aborta en el vehículo de su propio castigo; ella se vuelve el sujeto, a la vez que el objeto, de su culpabilización. Para que funcione eficientemente, este mecanismo debe estar sustentado en una ideología atemorizante y condenatoria, respaldada por severas prohibiciones legales, religiosas y morales.

Una de las tácticas de este terrorismo ideológico es la glorificación de la maternidad, que se presenta como logro máximo de la vida de toda mujer y elemento definitorio de su vocación femenina. El hecho de que las mujeres estemos tan profundamente condicionadas para asumir el rol femenino tradicional nos hace particularmente vulnerables a esta manipulación. La realidad es, por supuesto, muy diferente: más allá de su exaltación mítica y cada vez más comercializada, la maternidad se valora únicamente cuando ocurre en el contexto de la familia nuclear tradicional (lo que garantiza al hombre y al Estado que el futuro ciudadano estará sometido a la autoridad paterna), y aún así el hecho de ser madre no libera a la mujer de su posición secundaria y subordinada tanto dentro de la familia como en la sociedad en general. El bajo status social acordado a la mujer en nuestra sociedad no se compadece con la exaltación selectiva, y siempre abstracta, de la función materna. Igualmente incongruente con el mito de la maternidad es la condición de desnutrición, insalubridad y analfabetismo en que vive y muere una cantidad cada vez mayor de niños, algo que parece preocupar menos a las altas instancias morales de nuestra sociedad que el destino de un embrión. De hecho, los grandes defensores de la vida en gestación raras veces muestran igual ardor por la vida ya nacida, y no suelen mostrar interés alguno por los riesgos para su salud y sus *vidas* en que incurren las mujeres con el uso de anticonceptivos.

El terrorismo ideológico también recurre a la propagación de obvias falsedades sobre los supuestos daños, tanto físicos como morales, que inevitablemente resultan

del aborto. Citamos, a manera de ejemplo, algunos párrafos de una declaración emitida hace algunos años por el Arzobispado de Santo Domingo:

“¿Sabe la mujer el daño físico y síquico, además del pecado, que ella misma se provoca con el aborto? ¿Ha pensado alguna vez lo que sucede a una maquinaria cuando se le destroza violentamente una pieza esencial? Toda la maquinaria sufre las consecuencias. Así la mujer que aborta. Toda ella sufre al detener violentamente la gestación en la que estaba empeñada todo su organismo. Su físico sufre. Tarde o temprano aparecerán las consecuencias que transformarán para siempre su salud. Y sufre su siquis. Cambia su carácter. Se amarga su vida. Se deteriora su cerebro. Para apagar los reproches de su conciencia, se deja depravar: se entrega a vicios nefandos: la prostitución, el alcoholismo, la disipación de la vida. Enloquece muchas veces. ¡Y todo por haber destruido la vida que latía en sus entrañas! Ignorando, pobrecita! que la maternidad la habría salvado y levantado sobre el sonrojo de la familia y la sociedad!

... Mujer, por amor de Dios! si pecas sexualmente, no destruyas la vida que se gesta en tus entrañas! Tú serás siempre, por más que trates de ocultarlo, la víctima principal de tu crimen”.⁴⁴

No debe sorprendernos, por tanto, que tantas mujeres experimenten terribles sentimientos de culpabilidad tras un aborto, sentimientos que a menudo las afectan durante el resto de sus vidas.

“...después de eso, del aborto, yo salí embarazada de la chiquita... y fue entonces que yo digo que Dios me castigó por lo que hice, porque como a los tres o cuatro meses volví a salir embarazada. Pero no me vuelvo a hacer lo que me hice, no, eso se queda ahí, sea lo que sea”.

(Lidia, 29 años, casada, 3 hijos, ama de casa)

“(Yo lloraba cuando iba a abortar) porque pensaba que no debía ser así, que debía tener otro hijo, y quizás remordimientos también, porque quizás no esté bien hecho, porque así no es que Dios lo impuso. Yo lloraba porque yo quería que fuera de otra forma, que no fuera así, pero también pensaba en el trabajo que yo había pasado con los otros dos y que a éste tal vez no lo pudiera mantener y tuviera que darlo, pensaba muchísimas cosas, me remordía la conciencia...”

(Ivelisse, trabajadora doméstica, 2 hijos, casada)

“Yo sabía que con el apoyo de él (su marido) yo no iba a contar en ningún momento. Inclusive él trató un tiempo de hacerme sentir mal después del aborto. ¿Sabes lo que hacía? El me decía: ‘Mira, tú no sabes’ —porque él acostumbra quedarse tarde viendo la TV— ‘yo anoche estaba sentado así, mirando pa’ la cocina, y en la oscuridad vi un niño cruzando en pañales’. Y yo le digo, ‘¿ah ja?’ Dice él: ‘Sí, yo pienso que eso debe ser el niño que tú abortaste’. En el momento yo como que me impresionaba un poco, pero después me he dado cuenta que era para manipularme...”

(Mayra, 35 años, sicóloga clínica, 2 hijos, casada)

Los principales guardianes de la moral patriarcal contribuyen, cada uno a su manera y desde su respectivo nicho social, a mantener el status quo represivo: los juristas definen el aborto como homicidio; los sacerdotes como pecado; los moralistas como un crimen de magnitud insospechada. Los siquiatras, por su parte, disertan sobre sus consecuencias psicológicas y especulan sobre los supuestos conflictos edípicos que lo motivan y otros temas esotéricos. Tanto se habla de las terribles secuelas emocionales del aborto, y tan infundadamente, que la persistencia no puede menos que despertar sospechas. De hecho, en algunas mujeres el aborto puede provocar un sentimiento comprensible de pérdida, sin que éste llegue por sí mismo a constituir la especie de trauma psicológico que tanto suelen anticipar los “expertos”. De igual manera,

“Inmediatamente después del aborto puede haber una reacción que, al igual que la depresión que tiene la mujer a poco de dar a luz, debe estar relacionada con la disminución de los niveles hormonales en el cuerpo. (Podemos) tener sentimientos de inconsolable tristeza y períodos de llanto... Es natural, tal vez necesario, sentir tristeza mientras nos adaptamos a la idea de que ya no estamos embarazadas”.⁴⁵

De aquí al colapso emocional que pronostican los moralistas hay un largo trecho —cuando no sea que el colapso sea inducido por sentimientos obsesivos de culpa emanados de las mismas fábulas ideológicas tejidas en torno al aborto por las autoridades morales de la sociedad. Los

estudios recientes al respecto indican que la depresión sería después del aborto es en realidad bastante rara.⁴⁶ Para la mayoría de las mujeres la terminación de un embarazo no deseado constituye un alivio tremendo, aún cuando el alivio venga mezclado con sentimientos de culpa. Esta sensación de alivio, de sentirse liberada de una enorme carga que no podía llevar, fue la reacción más comúnmente expresada por las mujeres que ofrecieron sus testimonios para este estudio. Muchas mujeres abortan sin que eso signifique un problema en sus vidas. Sea por razones económicas, sea por no desear más hijos, sea porque el hijo signifique la interrupción de sus estudios, su vida profesional u otras actividades en perspectivas, es innegable que para muchas mujeres el aborto no constituye una vivencia traumática.

“Yo pienso que, a diferencia de otras mujeres, yo no he sentido nunca sentimientos de culpa por haberlo hecho. Fue una decisión que tomé así, de manera muy natural. O sea, ni siquiera hubo un momento en que yo dudé si hacerlo o no. ¿Por qué? Porque yo pienso que habían elementos determinantes para que yo me decidiera así”.

(Mayra, 35 años, sicóloga clínica, 2 hijos, casada)

“Bueno, yo me sentía liviana más bien, porque yo quería salir del problema que para mí era (el embarazo)... Realmente no he sentido nada, ni culpa ni remordimiento, porque lo que yo hice lo hice de manera consciente”.

(Laura, 28 años, ama de casa, 3 hijos, casada)

“Ah no, yo no sentí ningún sentimiento de culpa ni nada de eso. Tranquila. Mira, cuando yo estoy frente a una situación que no tengo ninguna salida, tengo una nada más, que la otra es demasiado costosa, uno hace lo que tiene que hacer. Después uno trata de controlar eso de estar volviendo constantemente a lo mismo y estar innecesariamente sintiéndose mal”.

(Julia, 37 años, abogada, dos hijos, soltera).

4. SEXUALIDAD FEMENINA, ABORTO Y ANTICONCEPCION

La relación aborto-anticoncepción

Los estudios comparativos sobre la relación aborto-anticoncepción revelan una interrelación compleja y fluctuante entre ambos fenómenos, donde una de las variables determinantes parece ser el nivel de desarrollo socioeconómico alcanzado por la sociedad en un momento dado. Sin abandonar la óptica multicausal en el análisis de esta relación, vale la pena considerar, en primer término, la influencia de los factores macro-sociales en el comportamiento del binomio aborto-anticoncepción.⁴⁷

Las sociedades pre-industriales se caracterizan por la predominancia rural de su población, su escaso nivel de instrucción, y altas tasas de fecundidad y de mortalidad infantil. En estas sociedades tradicionales, las familias numerosas forman parte de los patrones socio-culturales predominantes, por lo que generalmente no se persigue limitar la fertilidad con medidas anticonceptivas o con abortos. Estos patrones, sin embargo, empiezan a modificarse rápidamente a medida que la sociedad entra al proceso de desarrollo/modernización, caracterizado por una progresiva urbanización, mayores niveles de escolaridad, y mayor participación laboral en los sectores

modernos de la economía. Los cambios que se verifican en la estructura socioeconómica favorecen así una reducción en los índices de fecundidad, al tiempo que el descenso en la mortalidad infantil refuerza la tendencia hacia un menor número de embarazos.

Es durante esta etapa del proceso de desarrollo —que en nuestro país se inicia a mediados del presente siglo— cuando la necesidad de reducir el tamaño promedio de la familia plantea una mayor preocupación por los métodos de control natal. Si bien las transformaciones macroestructurales estimulan la reducción de la fertilidad, no están dadas aún las condiciones para la utilización extensa y eficiente de anticonceptivos modernos: los bajos niveles de instrucción limitan el acceso de una porción considerable de la población a los métodos anticonceptivos; no existe aún una infraestructura de servicios de salud adecuada para satisfacer las crecientes necesidades en ese sentido; y, por lo general, a nivel normativo persisten concepciones tradicionales sobre la sexualidad y la reproducción que interfieren la adopción de medidas anticonceptivas eficaces. En este período suele darse un incremento significativo en el número de abortos, por ser ésta una de las medidas de control natal más comúnmente conocidas y accesibles.

Lo anterior describe, en líneas generales, la situación que caracteriza a los países subdesarrollados en la actualidad, a pesar de que la mayoría ya cuenta con programas estatales masivos de planificación familiar financiados y asesorados desde el exterior. Al considerar el efecto de estos programas nos encontramos con la paradoja central en el análisis de la relación anticoncepción-aborto: a diferencia de la creencia generalizada de que la solución a los problemas planteados por la ilegalidad del aborto es el aumento en la difusión y disponibilidad de los métodos anticonceptivos, los estudios indican que la relación entre ambos suele darse en sentido inverso a lo esperado: *a medida que se incrementa en una población dada el uso de anticonceptivos, aumenta también la tasa de abortos.* La

explicación de este fenómeno parece ser que a medida que la mujer se siente motivada a controlar su fertilidad, aumenta su disposición a recurrir tanto a los anticonceptivos como al aborto para lograrlo.

La disponibilidad relativa del aborto y de los anticonceptivos, así como los patrones anteriores de uso y otras variables más, pueden condicionar la relación entre ambos en diversos sentidos.⁴⁸ En países donde los programas masivos de planificación familiar son introducidos cuando la fecundidad es aún poco controlada, las mujeres recurrirán a una y otra alternativa; en consecuencia, tanto la tasa de abortos como la de uso de anticonceptivos aumentará significativamente. Por otra parte, cuando las mujeres han empezado a limitar su fecundidad *antes* de que sean introducidos los programas de planificación familiar, la difusión progresiva de métodos anticonceptivos puede evitar incrementos en la tasa de abortos o aún disminuirla en términos relativos.

En sentido general, sin embargo, el uso de anticonceptivos está fuertemente asociado al aborto, como señalan Tietze y Henshaw:⁴⁹

"Existe una alta correlación entre la experiencia del aborto y la del uso de anticonceptivos en poblaciones donde tanto una alternativa como la otra están disponibles, y donde existen parejas que buscan regular el número y espaciamiento de sus hijos. En tales poblaciones, las mujeres que han utilizado anticonceptivos alguna vez tienen mayor probabilidad de recurrir al aborto que aquellas que nunca los han utilizado, y viceversa".

En nuestro país, donde el programa nacional de planificación familiar fue introducido hace apenas veinte años, está claro que el aborto ha sido utilizado mayormente como medida de control natal. La tasa global de fecundidad del país era de 7.5 en 1960, disminuyendo a 6.7 en 1970, a 4.4 en 1979 y a 4.2 en el período 1980-85.⁵⁰ Una porción significativa de este descenso ocurrió antes de que existiera o en los primeros años de funcionamiento del programa nacional de planificación familiar, cuando su cobertura era

aún muy reducida, por lo que no es enteramente atribuible a éste. La primera Encuesta Nacional de Fecundidad (ENF) realizada por CONAPOFA en 1976, encontró que el 53% de las mujeres en edad reproductiva alguna vez casadas o unidas no habían utilizado *nunca* un método anticonceptivo. Este porcentaje disminuyó a 40.8% cuatro años más tarde, según los resultados de la segunda encuesta nacional (ENF-1980), pero todavía en ese año se estimaba que el porcentaje de mujeres expuestas que utilizaba algún método no sobrepasaba el 52.7% del total.⁵¹

Asimismo el estudio de la UNPHU antes citado encontró un uso infrecuente de anticonceptivos acompañado de un historial de abortos múltiples. Aunque el 65.5% de las mujeres de la muestra declaró no desear más hijos, sólo el 23.5% de ellas había utilizado alguna vez anticonceptivos, y sólo 7.5% había utilizado algún método en el período previo al último embarazo. Al mismo tiempo, el 61% de la muestra declaró haber tenido al menos un aborto previo, y el 31% declaró haber tenido dos abortos o más.⁵²

Si bien no existen estimados confiables sobre la incidencia del aborto en las décadas de los 60 y 70 que nos permitan construir una hipótesis clara sobre la evolución de la relación aborto-anticoncepción en República Dominicana, los datos anteriores permiten suponer que para una porción considerable, sino mayoritaria, de la población femenina el aborto ha constituido la alternativa más frecuente para regular la fecundidad. De ser correcta la apreciación hecha por Calventi⁵³ a mediados de la década de los 70 de que el número de abortos había experimentado incrementos continuos en relación a las décadas anteriores, y ante las altas tasas encontradas en la actualidad, podemos concluir que nuestro país ha sido un caso típico en el Tercer Mundo, donde la introducción de programas de planificación familiar ha incrementado tanto el uso de los anticonceptivos como del aborto.

Sin embargo, como ya mencionamos en el capítulo anterior, algunas estadísticas recientes sugieren que en la

década de los 80 la tasa de abortos se ha reducido en cierta medida —aunque no sabemos la magnitud de la reducción, o si ésta ha sido en términos absolutos o relativos. Mientras en la década de los 70 los datos de la SESPAS y el CONAPOFA indicaban un promedio de 14-15 internamientos por aborto por cada 100 partos vivos, para 1984 la razón era de 11.2/100 y para 1985 de 10.3/100.⁵⁴ Los datos de la MNSA son igualmente significativos: entre junio del 74 y diciembre del 79 la Maternidad atendió 119,874 partos y 19,735 abortos, para una razón promedio de 16.5 abortos/100 partos durante el período.⁵⁵; en el quinquenio 1982-86 la razón había descendido a 11.7/100, representando un total de 12,227 abortos contra 96,044 nacidos vivos*⁵⁶. Estas cifras no son concluyentes sino apenas sugerentes, porque existen elementos desconocidos que debieran ser tomados en cuenta para los fines de esta comparación —como, por ejemplo, la posibilidad de que los datos respondan a una disminución de la morbilidad por aborto (y no de la tasa de abortos en sí) debido a la utilización de métodos abortivos menos peligrosos. Por otra parte, estas cifras sólo son representativas de *un* sector social y no nos dicen nada sobre el comportamiento de las mujeres de clase media y alta, entre quienes la tasa de abortos puede haber aumentado durante el período. En todo caso, una tendencia hacia el descenso de la tasa global de abortos sería congruente con la ampliación en la última década de la cobertura del programa nacional de planificación familiar, y el incremento del uso de anticonceptivos seguros, en particular el DIU y la esterilización.⁵⁷

Si la experiencia de otros países, en particular los desarrollados, puede servirnos de pauta para predecir la futura evolución de la relación aborto-anticoncepción en nuestro país, podríamos esperar una tendencia más clara

* Las cifras de ambos períodos no son perfectamente comparables porque las de los 70 se refieren a partos y las de los 80 a nacidos vivos. Sin embargo, el número de nacidos muertos es tan bajo en términos relativos, que su efecto es apenas significativo para los fines de nuestra comparación.

hacia la reducción de la tasa de abortos a medida que se incrementa el uso de anticonceptivos. Sería un error, pensar sin embargo, que la difusión de los métodos anticonceptivos es la panacea que resolverá el problema del aborto ilegal. Ya vimos como, a consecuencia de una serie de variables demográficas, socio-económicas y culturales, las sociedades subdesarrolladas tienden a experimentar un incremento en la tasa de abortos correlativa a la difusión de los anticonceptivos; la reversión de esta tendencia, que aún no sabemos con seguridad si se ha iniciado en nuestro país, es un proceso lento y accidentado que si bien tiende a reducir la incidencia del aborto no conduce a su eliminación.

Aún en los países más desarrollados, donde prácticamente la totalidad de las mujeres tiene acceso amplio y fácil a los servicios de anticoncepción, las tasas de aborto se mantienen a niveles relativamente altos. Los estudios en este sentido indican que, luego de un rápido incremento tras la liberalización de las leyes anti-aborto, en estos países suele haber una reducción paulatina en las tasas de aborto, que al cabo de algunos años se estabilizan a niveles superiores a los que precedieron la liberalización⁵⁸. En todos los casos, la reducción está relacionada con un mayor uso anticonceptivo, aunque una vez alcanzados los límites superiores de la expansión de la práctica la relación se vuelve inoperante y la tasa de abortos cesa de disminuir.

De todas maneras, la total libertad de acceso a los anticonceptivos no elimina una de las razones que con mucha frecuencia obligan a la mujer a recurrir al aborto: ningún método anticonceptivo puede evitar el embarazo con un ciento por ciento de seguridad; por una u otra razón todos pueden fallar en un momento determinado.

“Yo soy muy exacta con la menstruación, cada 28 días ahí viene y si me falla ya yo estoy segura de que estoy embarazada. Y seguido que vi la falta me pasaron cinco días y dije: ‘Pues eso es que falló el aparato’. Entonces pasaron diez días y yo fui al médico. Y él me dijo: ‘Espera unos días más y te vamos a hacer la prueba’.

Entonces en la prueba salió seguido eso (el embarazo), salió en la prueba”.

(Lucrecia, 35 años, técnica estadística, 1 hijo, divorciada)

“Yo siempre tenía problemas con las pastillas, las pastillas me ocasionaban dolor de estómago, y por tiempo yo decía: ‘Bueno, déjame descansar de la pastilla’. Y me ponía a confiar en el método del ritmo, pero no me resultó”.

(Laura, 28 años, ama de casa, 3 hijos, casada).

Sexualidad femenina y anticoncepción

El camino hacia la generalización del uso de anticonceptivos está plagado de obstáculos. Existen diversos factores de importancia que afectan los patrones de difusión de anticonceptivos, así como su utilización adecuada y eficiente, tales como falta de recursos del sistema de salud, problemas de analfabetismo y otros que ya hemos mencionado. Nos falta por considerar los efectos de la socialización de la sexualidad femenina y de las expectativas sociales asociadas al rol tradicional de la mujer.

Educada para la pasividad social y sexual, la mujer no explora ni conoce su cuerpo, soliendo llegar a la adultez con una profunda ignorancia de su anatomía y su fisiología sexual. En una sociedad donde el sexo está aún rodeado de tabúes y de silencio, la mujer aprende a vivir su sexualidad como algo secreto, misterioso y no del todo correcto, lo que naturalmente conduce a una actitud de temor e incertidumbre. A la mujer se le enseña a no tener sexualidad propia, a asumir el sexo en función de los deseos y las iniciativas del hombre —a quien sí se le enseña desde temprana edad a vivir su sexualidad de manera autónoma y activa, y a considerar el ejercicio de la genitalidad como elemento afirmador de su identidad masculina. Viviendo en un medio social regido por la doble moral sexual, que prescribe una activa vivencia sexual para el hombre al tiempo que impone limitaciones de todo tipo a la sexualidad femenina, la mujer debe enfrentar múltiples restricciones

sociales e ideológicas. La ignorancia y el silencio son los pilares sobre los cuales descansa esta represión.

“La ignorancia es una cosa seria. Yo no sabía de los anticonceptivos, después fue que supe. Y el miedo también de que se dieran cuenta de que yo comprara anticonceptivos, la vergüenza de que dijeran: ‘Ay mira, Tamara está en eso’. Incluso sabiendo dónde estaba Planificación, que quedaba hasta cerca de mi casa, nunca me atreví. Es que yo sé que si iba, iban a hablar muchísimas cosas, mi familia se iba a enterar, y eso iba a ser un problema serio. Entonces salí embarazada”.

(Tamara, 28 años, universitaria, soltera).

Quienes exponen las bondades de la anticoncepción como solución ideal al problema de los abortos clandestinos pocas veces toman en cuenta que la mera disponibilidad de los métodos no es suficiente garantía de que serán utilizados por la mujer. La opción anticonceptiva, particularmente entre las solteras, requiere antes que nada que la mujer asuma una actitud consciente y responsable frente a su sexualidad. Cuando ella decide usar anticonceptivos es porque ya ha decidido, de manera consciente y autónoma, a expresarse sexualmente. Este paso va totalmente en contra de las expectativas sociales del rol femenino, que prescribe una vivencia pasiva de la sexualidad, donde la mujer jamás debe tomar la iniciativa. En la formación de su identidad de género no se estableció una clara distinción entre la sexualidad y el amor, sino que se la estimuló a reprimir sus deseos sexuales, que debían ser sublimados en una vivencia folletinesca y asexuada del amor. Sumergida en estas contradicciones, la mujer prefiere muchas veces mantener la ilusión de estar satisfaciendo (para ella tanto como para los demás) las expectativas de su rol, y no se plantea de antemano tener o no relaciones sexuales esperando que sea el hombre quien tome la decisión. Así, se libera ella —en cierta medida— de la responsabilidad de haber transgredido las normas sociales que rigen su sexualidad, al no tener esta transgresión un carácter conscientemente voluntario.

“Yo tengo amigos de salir. Salimos e incluso a veces hacemos el amor. Pero yo no tengo compromiso con ninguno, y entonces no

tenemos una relación como para yo comprar una caja de pastillas. Como que no lo merece". (Juana, 22 años, secretaria soltera)

Si bien la mujer casada, de quien sí se espera que tenga relaciones sexuales habituales, no tiene que enfrentar las contradicciones ideológicas que implica el uso de anticonceptivos, ella comparte con la soltera otros aspectos de la problemática —en particular las barreras que en cuanto a la utilización correcta de los anticonceptivos imponen estas normas genéricas. Para ser eficaz, la práctica anticonceptiva debe estar bien informada: la mujer debe conocer el funcionamiento de los diversos métodos, las ventajas y desventajas de cada uno, y la forma correcta de utilizarlos, así como los riesgos para la salud y los efectos secundarios que presentan. Sólo estando en pleno conocimiento de sus opciones podrá la mujer decidir cuál método le resulta más conveniente y qué hacer en caso de que el método le ocasione problemas o en cualquier forma no satisfaga sus expectativas. Los condicionamientos y normas sociales vigentes, sin embargo, conspiran contra esta posibilidad.

La ignorancia en asuntos sexuales y el desconocimiento del propio cuerpo que la sociedad tan sistemáticamente fomenta en la mujer es el primer obstáculo en este sentido: ¿Cómo utilizar correctamente el método del ritmo si no sabemos cómo funciona nuestro ciclo menstrual, si ignoramos las características de nuestro moco cervical o no sabemos dónde queda el cérvix? ¿Qué hacemos con el diafragma, y con las espumas y jaleas si desconocemos nuestra anatomía y nuestra fisiología reproductivas? ¿Basadas en qué criterio optamos por un método o decidimos reemplazarlo? Esta situación se conjuga con las características más negativas de las prácticas gineco-obstétricas vigentes, a saber: 1) la tendencia a medicalizar el conocimiento sobre los anticonceptivos, que es lo mismo que elitizarlo, lo que hace más difícil que las mujeres lleguen a tener acceso a las informaciones que necesitan; 2) la naturaleza vertical de la relación médico-paciente, que

niega a la mujer participación en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo y su salud, y la convierte en receptora pasiva de las determinaciones y prescripciones del médico.

Esta conjunción de factores se traduce con frecuencia en el uso incorrecto y/o el abandono del método prescrito, sin que la mujer recurra a otro método que lo reemplace. La consecuencia es, naturalmente, el embarazo indeseado y el aborto. Este ha sido en particular el caso con las pastillas anovulatorias, cuyos efectos colaterales incluyen náuseas, fatiga, dolor de cabeza, cambio de intensidad en el deseo y en la respuesta sexual, problemas cutáneos, vaginitis y otros. En vista de que muy pocas mujeres, incluyendo las que reciben atención médica privada, están bien informadas sobre el funcionamiento, riesgos y efectos secundarios del método que utilizan, así como de la disponibilidad de otras opciones que podrían resultarles más convenientes, no resulta sorprendente el gran número de embarazos indeseados entre mujeres con alguna experiencia anticonceptiva. De hecho, el 22% de los gineco-obstetras que respondieron nuestro sondeo señalaba la ineficacia o mala utilización del método anticonceptivo como el principal motivo que inducía a sus pacientes a solicitar abortos. Este dato se hace más significativo cuando consideramos que la encuesta se refería a clientes de consulta privada, que se caracterizan por ser las mayores usuarias de métodos efectivos de anticoncepción.

“Yo llegué a tomar pastillas después que tuve el primero (hijo). Tomé pastillas para no tener más porque entonces estaba en casa de mi marido y no me quería llenar de hijos. Tomé pastillas y me dieron náuseas, me dieron muchísimas cosas, me estaban atacando las várices y cogí hasta miedo porque me dijeron que las pastillas hacían daño, y las dejé de tomar. En eso, al dejarlas, salí embarazada y me hice mi primer aborto”.

(Ivonne, 30 años, trabajadora doméstica, dos hijos, unida)

Otra consecuencia de esta situación es la práctica generalizada de indicar a las mujeres los llamados métodos más ‘eficientes’ —que en realidad son más eficientes

porque no requieren la participación ni el control de la mujer para actuar, y por lo tanto tienen menos fallos— en particular la esterilización, el DIU y, más recientemente, los implantes subdermales. Estos métodos, que actúan independientemente de la voluntad y los conocimientos anticonceptivos de la mujer, tienen una seria desventaja: junto a la píldora, son los que presentan mayores riesgos para la salud. Otros métodos con mucho menor riesgo y sin ningún efecto secundario, como el diafragma, el condón, el ritmo/Billings, las espumas y jaleas, son relegados a un segundo plano por requerir de la mujer (y muchas veces de la pareja) un conocimiento detallado sobre su manejo y funcionamiento. No coincidentalmente, los métodos 'eficientes' son los más extensamente utilizados por el programa nacional de planificación familiar. En este sentido, cabría un cuestionamiento en torno a la efectividad, tanto a corto como a largo plazos, de programas de planificación familiar diseñados e implementados en función de los intereses demográficos del Estado y de las agencias financiadoras extranjeras, no de las propias mujeres. Difícilmente podemos esperar una reducción significativa de las tasas de aborto mientras el objetivo primordial (sino exclusivo) de estos programas sea reducir el crecimiento demográfico, no proporcionar a las mujeres los conocimientos y los medios necesarios para que ellas mismas puedan regular su fecundidad de acuerdo a sus propias necesidades y preferencias.

5. ASPECTOS JURIDICOS

El Artículo 317 del Código Penal de la República Dominicana establece lo siguiente:

“El que por medio de alimentos, brebajes, medicamentos, sondeos, tratamiento o de otro modo cualquiera causare o cooperare directamente a causar el aborto de una mujer embarazada, aún cuando ésta consienta con él, será castigado con la pena de reclusión. La misma pena se impondrá a la mujer que causare su aborto, o que consintiere en hacer uso de las sustancias que con ese objeto se le indiquen o administren o en someterse a los medios abortivos, siempre que el aborto se haya efectuado. Se impondrá la pena de prisión de seis meses a dos años a las personas que hayan puesto en relación o comunicación a una mujer embarazada con otra persona para que le produzcan (sic) el aborto, siempre que el aborto se haya efectuado, aún cuando no hayan cooperado directamente con el aborto. Los médicos, cirujanos, parteras, enfermeras, farmacéuticos y otros profesionales médicos que, abusando de su profesión, causaren el aborto o cooperaren a él, incurrirán en la pena de cinco a veinte años de trabajos públicos, si el aborto se efectuare”.

Como se ve, la legislación dominicana no permite el aborto inducido bajo ninguna circunstancia. A diferencia de la mayoría de los países del mundo, nuestra legislación no contempla siquiera el caso del aborto terapéutico para salvar la vida de la mujer embarazada, menos aún otros

casos frecuentemente aceptados, tales como indicaciones fetales y embarazos resultantes de incesto o violación. La realidad es, por supuesto, que en el país se induce anualmente un número elevadísimo de abortos con la más absoluta impunidad policial y judicial. Para los fines de nuestro análisis dividiremos los abortos inducidos en dos categorías:

1) Abortos '*legítimos*': se refiere a aquellos realizados por indicación de profesionales médicos de 'buena' reputación (es decir, no aborteros) en centros privados de salud o en hospitales del Estado. Por lo general son abortos terapéuticos con la finalidad de salvar la vida de la mujer o preservar su salud física, aunque también se realizan por indicaciones fetales, eugenésicas y a veces siquiátricas. Según los resultados de nuestro sondeo y de entrevistas adicionales a profundidad con algunos médicos, la mayoría de ellos se reserva el derecho a decidir cuándo debe indicar (y practicar) un aborto por razones médicas, aunque los criterios utilizados varían. Por ejemplo, mientras todos los entrevistados afirmaron que practicarían un aborto para salvar la vida de la mujer, las respuestas en cuanto a abortos eugenésicos, siquiátricos, por indicación fetal, etc., fueron mucho más heterogéneas.

Estos abortos médicos constituyen una práctica tan generalizada y tan ampliamente aceptada, tanto en el ámbito profesional como social y judicial, que su ejecución está formalmente reglamentada. De hecho, algunos médicos preguntados al respecto manifestaron la creencia errada de que estos abortos eran legales. El procedimiento formal en estos casos consiste en obtener la aprobación escrita de un colega y/o convocar una junta de médicos, y luego notificar a la autoridad judicial competente del aborto que se va a efectuar. Por lo general, este procedimiento sólo se cumple a cabalidad en los hospitales públicos; en las clínicas privadas los médicos suelen limitarse a consultar con algún colega, y en muchos casos simplemente efectúan el aborto sin más formalismo que obtener el consentimiento verbal del esposo.

La presunta impunidad de los abortos "legítimos" se ampara en un principio general de la legislación penal conocido como 'Estado de Necesidad', en virtud del cual la jurisprudencia reconoce la situación de quien no puede salvar un bien jurídico propio más que lesionando un bien jurídico ajeno —es decir, se presume que cuando el aborto se practica para evitar un mal mayor tiene validez jurídica. Qué constituye 'un mal mayor', en términos específicos, nunca se ha definido, por lo que la ejecución de estos abortos podría eventualmente acarrear problemas judiciales a quienes lo practican. Es importante destacar, sin embargo, que en el país no existe ningún precedente de médicos que hayan sido denunciados públicamente o sometidos judicialmente por haber practicado un aborto 'legítimo'.

2) Abortos '*ilegítimos*': esta categoría se refiere a los abortos que han sido considerados en el presente trabajo, o sea, aquellos autoinducidos por la mujer y los realizados de manera clandestina a solicitud de la embarazada por médicos aborteros, comadronas, yerberos, etc. Aunque no tenemos indicación alguna de cuántos abortos 'legítimos' se practican en el país, podemos suponer con bastante seguridad que éstos constituyen una porción muy minoritaria del total, siendo los ilegítimos la abrumadora mayoría. A pesar de que son precisamente los clandestinos los que, por su naturaleza, con frecuencia causan lesiones, enfermedades severas, y hasta la muerte de muchas mujeres, en la historia reciente del país no existe ningún caso de una mujer llevada ante la justicia por haber solicitado u obtenido un aborto, y sólo un número insignificante de practicantes ilegales ha sufrido castigo penal por sus actividades. Es bueno señalar que las escasas persecuciones judiciales por este motivo no son iniciadas por las autoridades policiales o de salud pública sino por los parientes de mujeres que han muerto a causa de abortos mal hechos —y aún en estos casos es prácticamente imposible obtener una pena de prisión para el culpable.

En vista de que las autoridades no aplican las sanciones

previstas en el Art. 317, la continua vigencia de este adefesio legal sólo sirve la función de penalizar a las mujeres, que se ven obligadas a recurrir a los abortos clandestinos incurriendo en graves riesgos para su salud y sus vidas —y enriqueciendo en el proceso a los aborteros, que obtienen ganancias elevadísimas en virtud de la ilegalidad del procedimiento. Si bien la criminalización del aborto penaliza a todas las mujeres, es evidente que el grado de penalización varía de acuerdo al status socio-económico, como ya hemos visto: las mujeres de clase media y alta que pueden pagar el alto costo de un aborto realizado por un profesional competente en condiciones aceptables de asepsia y seguridad se exponen en mucho menor grado que las campesinas y las mujeres pobres, que deben recurrir a métodos caseros o a aborteros empíricos. Este factor en sí constituye una razón poderosa para reconsiderar el status legal actual.

Intentos de Reforma Legal

Como revelan sus anacrónicas referencias a los métodos abortivos del siglo pasado, el Art. 317 es una copia casi textual del Art. 292 del Código Penal francés de 1832, que fue adoptado sin traducir a mediados del siglo XIX por la legislatura dominicana. El primer código nacional, promulgado en 1884, reprodujo las disposiciones del código francés sin ninguna variación sustancial en su nuevo Art. 317. Desde entonces este artículo ha sido objeto de una sola reforma, hecha en 1948 con la finalidad de agregarle el párrafo que penaliza a "las personas que hayan puesto en relación o comunicación una mujer embarazada con otra persona para que le produzcan (sic) el aborto..."

A pesar del carácter obviamente obsoleto de las disposiciones legales vigentes, ha habido un sólo intento de reforma desde 1948. Este proyecto de ley, introducido al Congreso Nacional el 20 de Abril de 1976, agregaba un nuevo párrafo al Art. 317 que eliminaba las sanciones en los siguientes casos:

a) Aborto terapéutico, aplicable sólo en situaciones en que la mujer corriera peligro de muerte, previo dictamen de tres médicos especialistas;

b) Aborto eugenésico, aplicable cuando uno o ambos progenitores fuese enajenado mental, cuando la embarazada sufriese una enfermedad teratogénica (rubeola, toxoplasmosis) en el primer trimestre, o cuando mediante examen fetal se comprobase que el producto sufriría anormalidad grave (Síndrome de Down, idiocia, y otras);

c) Aborto médico-legal, cuando el embarazo fuese el resultado de violación o incesto (presumiblemente sólo en aquellos casos en que el hecho pueda ser constatado por las autoridades).

La propuesta de reforma, que de haber sido aprobada hubiera puesto la legislación dominicana en situación similar a la de la mayoría de países latinoamericanos, fue propiciada por dos eventos de ocurrencia casi simultánea: en septiembre de 1974 la Academia Dominicana de Medicina celebró un simposio sobre el aborto del cual surgió una recomendación de reforma legislativa, redactada en forma virtualmente idéntica a la que fue sometida posteriormente al Congreso. Algunos meses más tarde, en enero de 1975, el Consejo Nacional de Población y Familia, la Universidad Autónoma de Santo Domingo, y la Asociación Dominicana Pro Bienestar de la Familia copatrocinaron un seminario sobre problemas de población en la República Dominicana del cual surgió también una recomendación legislativa similar. Este último hecho tiene particular relevancia por ser el CONAPOFA el organismo oficial encargado de los programas de planificación familiar y de salud materno-infantil del Estado.

Vista la naturaleza de las entidades que promovieron la reforma, es indudable que la propuesta de 1976 fue sometida al Congreso en la coyuntura más favorable que se ha presentado hasta el momento. La razón principal por la cual no prosperó la encontramos en una declaración del Arzobispado de Santo Domingo, emitida tres días después

de que la pieza legislativa llegara al Congreso. Citamos brevemente de su último párrafo:

“Quiera Dios tocar el corazón de la sociedad nuestra y de sus legisladores para que no se manche con la legalización de un crimen abominable. Sería legalizar una depravación...”

En años posteriores surgieron reclamos débiles y ocasionales, procedentes en su mayoría del sector médico, por la reforma del Art. 317, típicamente a manera de exhortación pública más que de presión legislativa directa. En abril de 1983, por ejemplo, la Asociación Médica Dominicana celebró una mesa redonda sobre los aspectos médicos y legales del aborto, la cual en su declaración pública concluyó que “es urgente revisar la actual legislación sobre el aborto”, sin tomar posteriormente medidas efectivas al respecto. Igualmente, en julio de 1986, la Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología emitió un comunicado público en el cual, luego de calificar a sus miembros como “los más autorizados e emitir juicios” sobre el particular, la entidad reclama la modificación del Art. 317 en los mismos términos ya referidos. De más está decir que tampoco ésta solicitud tuvo resultados positivos.

Hasta el momento, en el país no se ha planteado nunca de manera pública la despenalización total del aborto. Ni aún las propias mujeres feministas hemos reclamado nuestro derecho irrestricto al aborto como condición imprescindible para el logro de una verdadera autodeterminación. Lamentablemente, el clima social e ideológico del país parece excluir la posibilidad de lograr la despenalización total en el futuro próximo. Todas las propuestas de modificación del Art. 317 surgidas en foros públicos, eventos profesionales, estudios e investigaciones, han tenido el mismo objetivo: la simple modificación de la ley con el fin de despenalizar los abortos terapéuticos, eugenésicos y médico-legales. En otras palabras, lo que se ha buscado es ‘medicalizar’ aún más el aborto, otorgándole legalmente al médico el derecho exclusivo de decidir

cuándo una mujer puede tener un aborto y cuando no.* Las escasas referencias que de manera pública se han hecho al llamado 'aborto social' parten de consideraciones demográficas o, en el mejor de los casos, de consideraciones socio-económicas (v.g., el caso de mujeres que tienen un gran número de hijos y escasos recursos económicos). Aún en estos casos, los proponentes han sido enfáticos al especificar que la decisión final en cuanto al aborto la tomaría un profesional de salud pública del Estado. La posibilidad de que esta decisión deba pertenecer a la mujer ni siquiera ha sido imaginada.

Recientemente fue sometido al Congreso Nacional un proyecto de ley que establecería la colegiatura médica. De ser aprobado, este proyecto podría tener un efecto considerable sobre la situación legal del aborto, por dos razones: 1) Los médicos, como sector profesional de mucho prestigio social y considerable poder político, han manifestado reiteradamente su interés en que se legalice el status quo con relación a los abortos 'legítimos'. La colegiatura indudablemente fortalecería los ya sólidos niveles de organización gremial de la profesión, proporcionando una base fuerte desde la cual luchar por sus reivindicaciones. 2) La colegiatura daría a los médicos el derecho de regular el ejercicio de su profesión, al concederle al propuesto Colegio la autoridad de otorgar y retirar licencias para el ejercicio médico. Los proponentes de la colegiatura han declarado en diversas ocasiones que uno de los principales beneficios de la colegiatura sería la posibilidad de impedir que sigan ejerciendo aquellos médicos que irrespetan la ética y las normas de la profesión, señalando invariablemente a los aborteros ilegales. De

* En cuanto a los abortos por violación/incesto debemos tomar en cuenta que el médico legista juega un papel protagónico en la determinación de ambas causas, y que a menudo la decisión final en cuanto a si hubo o no incesto se pone en manos de un siquiatra. El asunto de los abortos médico-legales es por demás irrisorio en una sociedad donde la mayoría de los casos de incesto y violación no son denunciados, y donde el reducidísimo número de casos que llega hasta los tribunales no suele ser 'probado' a la satisfacción de los magistrados.

lograrse la colegiatura, cualquier acción en este sentido probablemente conduciría a una coyuntura favorable a nivel de opinión pública para lograr la despenalización de los abortos 'médicos'.

Como ya dijimos, la despenalización restringida propugnada por la profesión médica sólo legalizaría el status quo vigente en cuanto a los abortos médicos, sin reportarle beneficio alguno a los miles de mujeres que anualmente exponen su salud y sus vidas en procedimientos clandestinos. Hay que contar también con la agravante de que una vez conseguida esta reforma será mucho más difícil movilizar la opinión pública a favor de una segunda y más justa revisión de la ley. Resulta más que evidente, pues, que los intereses de la profesión médica en cuanto a la reforma del Art. 317 no tienen el menor punto de coincidencia con los intereses de las mujeres, amén de que, de obtenerse ésta no modificaría en nada la verdadera problemática del aborto ilegal.

6. EL DEBATE ACTUAL

Si bien hemos argumentado que la definición de las actitudes hacia el aborto ha estado históricamente condicionada por factores de índole socio-cultural, no es menos cierto que el debate ha sido, y continúa siendo, conceptualizado en términos de ética y moral. Al comparar los argumentos que con mayor frecuencia se esgrimen debemos, por tanto, empezar con aquellos relativos a la definición del status moral del embrión —o dicho de otra forma, la determinación de cuándo empieza la vida humana, o a partir de qué momento debemos considerar el producto del embarazo como una persona humana con derecho propio.

Una vez que los adelantos de la ciencia desmintieron el criterio tradicional que situaba el inicio de la vida intrauterina a partir de los primeros movimientos del feto, los términos del debate pasaron a un plano netamente valorativo, donde la biología puede aportar muy poco. Como bien señala Luker,⁵⁹ a este nivel no se oponen ideas contrarias sobre los hechos biológicos del embarazo, sino sobre cómo interpretar y valorizar estos hechos.

La biología nos dice que la vida no empieza sino que continúa, siendo el embarazo una progresión constante de etapas de las cuales es imposible distinguir una que

súbitamente le confiera dignidad de persona humana al feto. En términos biológicos, un óvulo o un espermatozoide aislados están tan 'vivos' como un óvulo fecundado o como el feto que podría resultar de esa fecundación. La determinación de cuándo empieza la vida o desde cuándo debemos tratar el producto del embarazo como un ser humano no pertenece, pues, a la ciencia, sino que implica juicios de valor en torno a la naturaleza de la persona humana y a los derechos relativos de la mujer y del feto.

La posición anti-aborto sostiene que desde el momento mismo de la fecundación estamos en presencia de una vida plenamente humana, con todos los derechos y atribuciones que le corresponden como tal, por lo que terminar voluntariamente un embarazo, cualesquiera sean las circunstancias que motiven el hecho, es sinónimo de asesinato. El huevo fertilizado, en tanto que persona humana, tiene un derecho *absoluto* a la vida. Quienes asumen esta posición en una u otra de sus variantes, parten de dos supuestos importantes: primero, que la vida en potencia es tan sagrada como la vida actual, y que no es válido establecer diferencias morales entre una y otra; y, segundo, que una vez fecundado el óvulo, la mujer pierde ipso facto todo derecho sobre su cuerpo en lo que concierne a la continuación o no del embarazo, por ser los derechos del feto absolutos y no relativos a los de ella. La versión extrema de esta posición, sostenida en la actualidad por la Iglesia Católica, plantea que el aborto no se justifica aún peligre la vida de la mujer a causa del embarazo. Dos muertes, desde este punto de vista, son preferibles a un 'asesinato'.

Quienes, por el contrario, defienden el derecho de la mujer a decidir libremente en torno al aborto (la llamada actitud "pro-elección") parten de supuestos totalmente diferentes. No se trata, en la mayoría de los casos, de reducir el carácter del embrión al de un mero apéndice inanimado que puede ser extirpado a voluntad, como una simple verruga. El producto de la concepción, como vida humana *potencial*, tiene un valor intrínseco, lo que

indudablemente le concede ciertos derechos. Pero desde este punto de vista, otorgarle el status de persona humana a un huevo fertilizado o a un embrión es tan absurdo como igualar la semilla al árbol. Por esta misma razón resulta inaceptable concederle a la vida prenatal derechos iguales o superiores a los de la mujer en cuyo cuerpo se alberga, quien como persona humana actual (y no potencial) sí tiene un derecho inalienable y fundamental a decidir sobre su propio cuerpo. El derecho del feto a la vida es, por tanto relativo y no absoluto, y puede (solamente) ser abolido por el derecho superior de la mujer.⁶⁰

Otro argumento frecuentemente esgrimido en este debate por los partidarios de la actitud pro-elección se refiere a la naturaleza religiosa de las objeciones al aborto. Si la definición del status moral del embrión no parte de criterios objetivos universalmente aceptados sino, por el contrario, de criterios religiosos (y en consecuencia subjetivos), la prohibición legal del aborto constituye una violación del derecho constitucional a la libertad de cultos. El Estado estaría, pues, imponiendo a *toda* la población la creencia religiosa de sólo *una parte* de la población, violando con esta imposición el derecho que tiene cada persona a elegir el credo religioso de su preferencia.

El debate en torno al aborto no se limita a consideraciones abstractas de ética y jurisprudencia. Hay una serie de factores mundanos a ser tomados en cuenta, entre ellos el de la calidad de la vida. Cuando el embarazo representa una amenaza para la estabilidad física, emocional, social o económica de la mujer o de la pareja, provocará reacciones de rechazo y hostilidad. Un embarazo no deseado, lejos de plantear cuestiones filosóficas acerca de la posible humanidad del feto, es fuente de problemas terrenales de varios tipos y magnitudes. A la hora de decidir sobre la conveniencia de la llegada de un hijo, la prioridad recae sobre la vida tangible y no sobre la vida en potencia. Católicos y no católicos optan basados en las posibilidades materiales de su existencia, entre las que se incluyen las condiciones afectivas y socio-económicas adecuadas para

alimentar y educar la prole y permitirle un crecimiento sano.

Es preciso, asimismo, tomar en cuenta que, independientemente de las divagaciones éticas, las admoniciones religiosas, y las prohibiciones legales, siempre ha habido y habrá un número considerable de mujeres que por una u otra razón tomarán la decisión de recurrir al aborto. En función de esta realidad hay que pensar en consideraciones concretas y objetivas, como son los graves riesgos de los abortos clandestinos, los altos costos personales y sociales de la ilegalidad, y la injusticia que representa la desigualdad económica en el acceso a los abortos seguros. No está de más, tampoco, recordar las hipocresías que se ocultan detrás de la ilegalidad. Un ejemplo notable en este sentido es la promoción del DIU por parte del Estado, a sabiendas de que el dispositivo actúa como un abortivo precoz. Para mayor agravio, esta práctica ha contado con la aprobación tácita de las jerarquías eclesiásticas locales, que nunca han hecho esfuerzos por detenerla conmensurables con los que le han dedicado al aborto clandestino.

Algunos puntos de vista feministas

Al considerar las relaciones de poder que se ocultan tras la condena social/legal del aborto, debemos distinguir dos dimensiones, una política y otra ideológica. La primera porque, en la medida en que de la definición dada a la problemática va a depender qué grupo o sector social tendrá el poder de decidir quién puede abortar y bajo qué circunstancias, los argumentos estarán necesariamente mediatizados por intereses políticos particulares. El punto de partida podrá ser una abstracción ética o legal, pero el punto de llegada es eminentemente político, en la medida en que permita o no permita a un grupo decidir sobre los intereses de otro. La segunda dimensión, porque las actitudes en pro y en contra del derecho de la mujer a decidir están por lo general fuertemente asociadas a una

serie de supuestos bien definidos, aunque no siempre explicitados, sobre el rol femenino y la sexualidad de las mujeres.

Uno de estos supuestos es la relación que se establece entre el aborto y la sexualidad femenina, en un contexto donde esta sexualidad es reprimida. De aquí deriva la antiquísima concepción del embarazo como castigo por un desliz sexual, tan vieja como el Génesis, y que durante siglos ha dominado el pensamiento occidental/cristiano en torno al aborto y la anticoncepción. Lo mismo es cierto en cuanto a la percepción de que el libre acceso al aborto promueve la promiscuidad sexual entre las mujeres, argumento este que fue utilizado durante mucho tiempo contra la anticoncepción. Lo que todo esto nos revela es un concepto del rol 'natural' femenino según el cual la mujer no debe tener ninguna autonomía sexual; para ella no es lícita la expresión de su sexualidad fuera de los parámetros patriarcales de la esposa/madre consagrada a parir los hijos y atender la familia. También encontramos un reconocimiento implícito de la doble moral sexual, en cuyos términos el hombre promiscuo es visto como normalmente viril, mientras la mujer que vive su sexualidad de manera autónoma es vista como una 'fácil' (v.g., promiscua e inmoral) que merece el embarazo indeseado como castigo.

El derecho de las mujeres al aborto desafía la autoridad patriarcal tradicional en dos aspectos fundamentales —y esto nos ayuda a comprender por qué la sociedad masculina se reserva tan celosamente este derecho. En primer lugar porque, al igual que los anticonceptivos (que también fueron fuertemente resistidos por los poderes establecidos durante mucho tiempo), la opción de abortar libera a la mujer de las limitaciones que le impone la fusión biológica de la sexualidad con la reproducción, permitiéndole acceder al privilegio masculino de ejercer la primera independientemente de la última. En segundo lugar, porque de la misma manera que con su autonomía sexual la mujer 'usurpa' un privilegio reservado durante siglos por y para los hombres, con el disfrute del derecho al aborto también

'usurpa' el privilegio de decidir sobre el producto de la fertilidad de su cuerpo. El tradicional derecho de propiedad del hombre sobre la mujer, consagrado en todas las legislaciones antiguas, y que nuestras costumbres y códigos legales aún reproducen en forma atenuada, surgió precisamente de la necesidad de afirmar el derecho paterno sobre la descendencia. Este derecho, que de antaño pertenecía en exclusividad al padre/esposo, pasó a ser compartido con el Estado con la llegada de la edad moderna. En la actualidad este poder sigue siendo ejercido por el Estado en función de sus intereses sociales y demográficos particulares —y en este sentido basta recordar las campañas masivas de esterilización que ocurren en tantos países del Tercer Mundo, o las sucesivas modificaciones de las leyes antiaborto en los países de Europa Oriental para adecuarlas a los deseps demográficos del Estado.

Las implicaciones políticas e ideológicas de la ilegalidad del aborto nos obligan a situar el debate dentro de una óptica que va más allá de la mujer individual que se enfrenta a un embarazo indeseado, para considerar su significado como reflejo, a la vez que como eslabón transmisor, de una herencia cultural de dominación y sometimiento de la mujer. Es por esta razón que la eliminación de las restricciones al aborto tendría efectos considerables, tanto simbólicos como reales, para la totalidad de mujeres y hombres, y no sólo para aquellas(os) que en un momento dado se vean directamente afectadas(os) por la ilegalidad.

Está claro que el aborto (aún el aborto legal) es el método más ineficiente de control natal: para la mayoría de las mujeres el procedimiento presenta riesgos de salud superiores a los de cualquier método anticonceptivo, así como costos emocionales y económicos considerables; también para el sistema de salud el costo económico del aborto legal es mayor que el de la anticoncepción. No son estos, sin embargo, argumentos válidos a favor de la ilegalidad. Por un lado, como hemos visto, los costos humanos y sociales de la clandestinidad son inmensamente más altos; por el otro, los anticonceptivos no son, ni pueden

llegar a ser a largo plazo, la solución definitiva al problema. Aún de ser alcanzable la utopía de una sociedad donde *todas* las mujeres tengan completo acceso a los anticonceptivos, sin que interfieran barreras materiales o ideológicas a su utilización, seguiría habiendo razones válidas para demandar el derecho al aborto. La más fundamental de todas es que ni el Estado, ni la Iglesia, ni ninguna otra instancia social tiene derecho a legislar sobre el uso que cada mujer dé a su capacidad reproductiva; la autodeterminación sobre el propio cuerpo es un derecho inalienable al que todo ser humano debe acceder.

La vida cotidiana, al mismo tiempo, nos hace conscientes de la otra cara de la moneda: mientras no sea despenalizado, el aborto ilegal seguirá poniendo en riesgo la salud y las vidas de decenas de miles de mujeres. Para ese número desconocido de mujeres que muere cada año a causa de la ilegalidad, el acceso a un aborto seguro no es sólo una cuestión de derechos inalienables o de política sexual, sino un asunto de vida o muerte. ¿Cuántas mujeres más deberán ser sacrificadas en el altar de la moralidad patriarcal...?

NOTAS

¹ *Population Reports*, p.4 (citando a Norman Himes, *Medical History of Contraception*)

² Luker, p12

³ Ibid

⁴ Hurst, pp. 8-9

⁵ Ibid, p.10

⁶ Ibid, p.14

⁷ Ibid, p5

⁸ Para mayores detalles sobre este tema ver *Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas*, p. 214, así como Luker, pp.11-39 y Donegan, capítulos 1 y 2.

⁹ Ver Devereux

¹⁰ Pérez-Escobar, et al, p.17

¹¹ Tietze y Henshaw, p.1

¹² Ibid, pp.12-14

¹³ Ibid, p.29

¹⁴ *Population Reports*, p.1

¹⁵ Ibid

- 16 Ibid, pp.44-45
- 17 Ibid, p.45 y Tietze & Henshaw, p.44
- 18 *Population Reports*, pp.2 y 8
- 19 Pacheco, pp.113 y 127
- 20 *Population Reports*, p.6
- 21 Ibid, p. 10 y Tietze & Henshaw, pp. 108-109
- 22 Tietze & Henshaw, p.110
- 23 *Population Reports*, p.10
- 24 Ibid, p.2
- 25 Declaraciones del Secretario Ejecutivo del CONAPOFA al periódico *Listín Diario*, junio 12, 1972
- 26 Declaraciones del Secretario Ejecutivo del CONAPOFA al periódico *Hoy*, julio 7, 1986, p.2
- 27 IEPD, Boletín 16, p.21
- 28 *Population Reports*, p.2. Estas cifras, que son las mismas reportadas en este informe, fueron ajustadas al estimado de que el 20% de los abortos atendidos por los centros hospitalarios son espontáneos. Este ajuste es necesario para que las cifras latinoamericanas se correspondan con las dominicanas que hemos presentado en esta sección, las cuales habían sido ajustadas.
- 29 Pacheco, pp.99-107
- 30 IEPD, Boletín, 16, p.21
- 31 *Population Reports*, p.6
- 32 Ibid, y Tietze & Henshaw, p.110
- 33 Ibid
- 34 UNPHU, pp. 150-158, y Calventi, p.370
- 35 Ver UNPHU, p.125 y Anexo del *Informe Preliminar...*
- 36 Fundación Friedrich Ebert, "Panorama Mensual", Agosto 1988
- 37 *Population Reports*, p.125

- ³⁸ Ibid, p.19
- ³⁹ Ibid, p.49
- ⁴⁰ UNPHU, p.42
- ⁴¹ Ibid, p.41
- ⁴² Ibid, p. 76-77
- ⁴³ Rodríguez, cuadro No. 6 del Anexo
- ⁴⁴ Arzobispado de Santo Domingo, "Declaración en Relación con el Aborto", Santo Domingo, Abril 23, 1976.
- ⁴⁵ *Our Bodies, Our Selves*, p.233
- ⁴⁶ Ibid
- ⁴⁷ Esta relación es analizada en detalle en Calandra et al, pp.191-200
- ⁴⁸ *Population Reports*, p.24
- ⁴⁹ Tietze & Henshaw, p.113
- ⁵⁰ *República Dominicana en Cifras y Segunda Encuesta Nacional de Fecundidad*
- ⁵¹ ENF, 1980
- ⁵² UNPHU, p.79
- ⁵³ Calventi, pp.363-365
- ⁵⁴ UNPHU, p.150; datos suministrados por la División de Estadísticas de la SESPAS
- ⁵⁵ Declaraciones del Director de la MNSA, Dr. Vinicio Calventi, y la Encargada de Consulta Externa de la MNSA, Dra. Luz. P. Deschamps al periódico *El Caribe*, Febrero 12, 1980, p.2
- ⁵⁶ Rodríguez, cuadro No. 1 del Anexo
- ⁵⁷ Ver Encuestas de Prevalencia del CONAPOFA e Informes Anuales de la SESPAS
- ⁵⁸ Tietze & Henshaw, pp.30-43
- ⁵⁹ Luker, p.5
- ⁶⁰ Terrater y Cohn, p.42

BIBLIOGRAFIA

Academia Dominicana de Medicina, *Simposio Sobre el Aborto*, Santo Domingo, 1974

Calandra, Dante, et al, *Aborto. Estudio Clínico, Psicológico, Social y Jurídico*, Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1973

Calventi, Vinicio, "El Aborto Provocado Como Problema Médico-Social. Posibles Soluciones en una Sociedad en Proceso de Cambios", en: *Seminario Sobre Problemas de Población en la República Dominicana*, Santo Domingo: UASD, CONAPOFA, ADPBF, 1975, pp.361-380

Colectiva del Libro de Salud de las Mujeres de Boston, *Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas*, The Boston Women's Health Collective, Inc., 1981

Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA), *Encuesta Nacional de Fecundidad*, Santo Domingo, 1976

————— y Fondo de las Naciones Unidas Para Asuntos de Población, *Segunda Encuesta Nacional de Fecundidad*, Santo Domingo, 1980

De Guerrero, María E. y Oscar I. Rojas, "Abortion in Latin

America?" en: T.W. Hilgers, et al (ed.), *New Perspectives on Human Abortion*, Frederick, Maryland: University Publications of America, 1981, pp.466

Devereux, Georges, "A typological Study of Abortion in 350 Primitive, Ancient, and Pre-Industrial Societies" en: Linda Gordon (Ed.) *Woman's Body, Woman's Right*, New York: Penguin, 1977

Donegan, Jane B. *Women and Men Midwives. Medicine, Morality and Misogyny in Early America*, Westport, Connecticut: Greenwood Press, 1978

Hernández, Angela y José Rafael Sosa, *Machismo y Aborto* 3era. Edición, Santo Domingo: Editorial Alas, 1985

Hurst, Jane, *La Historia de las Ideas Sobre el Aborto en la Iglesia Católica: Una Relación Desconocida*, Washington, D.C.: Catholics for Free Choice (sin fecha)

Instituto de Estudios de Población y Familia (IEPD), "Población y Salud en República Dominicana", Boletín No. 16 de la serie *Población y Desarrollo*, Santo Domingo, 1986

López-Escobar, Guillermo, et al, *Aborto. Interrogantes, Comentarios y Resultados Parciales de Algunas Investigaciones Colombianas*, Bogotá: Centro Regional de Población, 1982

Luker, Kristin, *Abortion and the Politics of Motherhood*, University of California Press, 1985

Oficina Nacional de Estadística (ONE), *República Dominicana en Cifras*, vol. XIV, Santo Domingo, 1987

————— y Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), *República Dominicana. Estimaciones y Proyecciones de Población, 1950-2025*, Santo Domingo, 1985

Pacheco H., Edilberto, *El Aborto en Venezuela. Problema de Salud Pública, Expresión de Desigualdad Social*, Caracas: Fondo Editorial Carlos Aponte, 1986

Pérez Blanco, Mario, "Los Datos de la Biología" en: *El Aborto, Un Tema Para el Debate*, Madrid: Editorial Ayuso, 1982, pp.25-33

Population Reports, "Interrupción del Embarazo", Serie F, No. 7, Mayo de 1981, Maryland: The Johns Hopkins University

Ramírez, Cándida, et al, "The Preferred Risk of Illegal Abortion in the Dominican Republic" en: Henry P. David et al, *Abortion in Psychosocial Perspective. Trends in Transnational Research*, New York: Springer Publishing Company, 1978, pp. 225-237

Rodríguez Viñas, Ana T., "El Aborto Inducido en República Dominicana: Un Estudio de Caso", Santo Domingo, 1987 (inédito)

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) *Normas Para la Atención Materno-Infantil*, Santo Domingo, 1982

Terrater Mora, José y Priscilla Cohn, "El Aborto" en: *Ética Aplicada*, Madrid: Alianza Universitaria, 1982, pp.41-58

Tietze, Christopher, y Stanley K. Henshaw, *Induced Abortion. A World Review 1986*, 6ta. Edición, New York: The Alan Guttmacher Institute, 1986

Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU), Centro de Investigaciones-Unidad de Estudios Sociales, *Estudio del Aborto en 200 Mujeres de la República Dominicana*, Santo Domingo, 1975.

ANEXO I

CUESTIONARIO DEL SÓCULO A LOS/AS HYGIENISTAS DENTECOLÓGOS/AS Y DENTETRAS DE SANTO DOMINGO

La siguiente encuesta, elaborada en relación a las prácticas
dentecológicas, tiene como finalidad conocer las prácticas dentecológicas
de los/as higienistas dentecológicos/as y dentetras de Santo Domingo
para poder determinar las necesidades de capacitación y de
actualización de los/as higienistas dentecológicos/as y dentetras.

ANEXOS

ENCUESTA DEL SÓCULO A

1. ¿Le han solicitado ayuda o representación para la
representación de su institución en sociedad?

NUNCA VECES

CON FRECUENCIA

NUNCA

POCO A POCO

2. ¿Aplicando los conocimientos adquiridos en la escuela
dentecológica, realiza procedimientos para la atención
de los/as pacientes de la clínica?

ANEXO 1

CUESTIONARIO DEL SONDEO A LOS/AS MEDICOS/AS GINECOLOGOS/AS Y OBSTETRAS DE SANTO DOMINGO

Le rogamos conteste únicamente en relación a su práctica médica en clínicas o consultorios privados. Marque con un cotejo (✓) o una cruz (X) en la casilla que corresponda a su respuesta o escriba por extenso otra alternativa en la línea correspondiente.

Gracias por su cooperación.

1. ¿Le han solicitado ayuda o recomendación para la interrupción de un embarazo no deseado?

RARAS VECES	()
CON FRECUENCIA	()
NUNCA-----	() PASE A PREG. 8

2. Aproximadamente ¿cuántas mujeres al mes le solicitan ayuda o recomendación para la interrupción de un embarazo no deseado?
-

3. Cuál grupo etario es mayoritario entre estas pacientes?

- | | |
|------------------|-----|
| MENOS DE 15 AÑOS | () |
| 15 A 24 AÑOS | () |
| 25 A 34 AÑOS | () |
| 35 A 44 AÑOS | () |
| 45 Y MAS | () |
| NO SABE | () |

4. ¿Cuál estado civil es mayoritario entre estas mujeres?

- | | |
|-------------|-----|
| SOLTERAS | () |
| CASADAS | () |
| UNIDAS | () |
| DIVORCIADAS | () |
| SEPARADAS | () |
| VIUDAS | () |
| NO SABE | () |

5. ¿Cuál es el principal motivo que presentan las mujeres para desear interrumpir su embarazo?

- | | |
|----------------------------|-----|
| PROBLEMAS DE SALUD | () |
| MOTIVOS SOCIOECONOMICOS | () |
| INCESTO, VIOLACION | () |
| MULTIPARIDAD | () |
| ESPACIAR LOS HIJOS | () |
| SOLTERIA | () |
| DIVORCIO | () |
| DESCONOCIMIENTO DE METODOS | () |
| ANTICONCEPTIVOS | () |
| MAL USO DE METODOS | () |
| ANTICONCEPTIVOS | () |
| INEFICACIA DE METODOS | () |
| ANTICONCEPTIVOS | () |
| IRRESPONSABILIDAD PATERNA | () |

NO DESEA TENER EL HIJO ()
NO SABE ()
OTRO _____

6. ¿Qué hace cuando una mujer le solicita ayuda para la interrupción de un embarazo?

INTENTA DISUADIRLA ()
LA REMITE A OTRO MEDICO ()
INTERVIENE DIRECTAMENTE ()
NO LA ATIENDE ()

7. Si contestó NO LA ATIENDE, explique por qué:

8. Entre sus pacientes habituales ¿cuál es el número aproximado de abortos por mujer?

NINGUNO ()
UNO ()
DOS ()
TRES O MAS ()
NO SABE ()

9. ¿Ha realizado evacuaciones uterinas en mujeres con abortos incompletos?

SI ()
NO ()

10. Los abortos incompletos por lo general son iniciados principalmente por:

INSERCIÓN DE QUÍMICOS
CAUSTICOS EN EL ÚTERO ()

SONDAS O PERITAS	()
VARILLAS EN CUELLO UTERINO	()
BREBAJES CASEROS	()
INYECCIONES ABORTIVAS	()
LEGRADOS MAL REALIZADOS	()
NO SABE	()
OTRO _____	

11. ¿Qué secuela es más común entre las mujeres con abortos incompletos o con complicaciones?

HEMORRAGIA	()
CHOQUE SEPTICO	()
PERFORACION UTERINA	()
PERFORACION INTESTINAL	()
PERITONITIS	()
INSUFICIENCIA RENAL	()
INFECCION PELVICA	()
TETANOS	()
ESTERILIDAD	()
OTRA _____	

12. ¿Ha firmado con otros dos médicos una autorización para la realización de un aborto terapéutico?

SI	()
NO	()

13. ¿Ha realizado abortos terapéuticos con autorización firmada por otros dos médicos

SI	()
NO	()

14. ¿En qué casos apoyaría la despenalización del aborto?

- | | |
|-------------------------------------|-----|
| NO LA APOYARIA | () |
| PARA SALVAR LA VIDA DE LA MUJER | () |
| PARA PRESERVAR LA SALUD DE LA MUJER | () |
| MALFORMACION FETAL | () |
| INCESTO, VIOLACION, ETC. | () |
| RAZONES SOCIOECONOMICAS | () |
| SIN RESTRICCIONES | () |
| OTRO | |

EXPRESA SU OPINION ACERCA DEL TEMA DEL ABORTO INDUCIDO:

GRACIAS POR SU COLABORACION

ANEXO 2

TABULACION DE LAS RESPUESTAS DEL SONDEO A GINECO-OBSTETRAS

1. RARAS VECES	11 resp.	46%
CON FRECUENCIA	13 resp.	54%
total	24 resp.	100%

FRECUENCIA DE LA DEMANDA DE LA POBLACION FEMENINA A GINECOLOGOS PARA EFECTUAR ABORTOS

FRECUENCIA DE LA DEMANDA

	rara vez	con frecuencia	nunca	total
% de médico	46	54		100

2. OCASIONAL	5 resp.	21%
1 a 2	8 resp.	34%
2 a 3	5 resp.	21%
3 a 5	2 resp.	8%
5 a 6	2 resp.	8%
7 a 10	2 resp.	8%
total	24 resp.	100%

3. 15 a 24 años	15 resp.	60%
25 a 34 años	10 resp.	40%
total	25 resp.	100%
4. SOLTERAS	19 resp.	73%
UNIDAS/CASADAS	3 resp.	12%
DIVORCIADAS/SEPARADAS	4 resp.	15%
total	26 resp.	100%
5. SOLTERIA	13 resp.	25%
SOCIOECONOMICOS	9 resp.	17%
NO DESEA HIJO	7 resp.	13%
UTILIZACION ANTICONCEPTIVOS	6 resp.	12%
ESPACIAR HIJOS	3 resp.	6%
DIVORCIO	2 resp.	4%
INEFICACIA ANTICONCEPTIVA	5 resp.	10%
MULTIPARIDAD	1 resp.	2%
IRRESPONSABILIDAD PATERNA	3 resp.	6%
INCESTO/VIOLACION	1 resp.	2%
NO SABE	1 resp.	2%
total	52 resp.	99%

MOTIVOS SOCIOECONOMICOS

SIN MAS ESPECIFICACIONES	17%
SOLTERIA	25%
DIVORCIO	4%
IRRESPONSABILIDAD PATERNA	6%
total	52%

EMBARAZO Y ANTICONCEPTIVOS:

INEFICACIA	10%
MALA UTILIZACION	12%
total	12%

ABORTO COMO ANTICONCEPTIVO:

MULTIPARIDAD		2%
ESPACIAR LOS HIJOS		6%
total		8%
6. INTENTA DISUADIRLA	17 resp.	71%
REMITE OTRO MEDICO	4 resp.	17%
NO ATIENDE	2 resp.	8%
NO CONTESTO	1 resp.	4%
total	24 resp.	100%
8. NINGUNO	2 resp.	8%
UNO	10 resp.	42%
DOS	6 resp.	25%
TRES Y MAS	1 resp.	4%
NO SABE	4 resp.	17%
NO CONTESTO	1 resp.	4%
total	24 resp.	100%
9. SI	23 resp.	96%
NO	1 resp.	4%
10. INSERCION QUIMICOS UTERO	2 resp.	5%
SONDAS O PERITAS	7 resp.	18%
INSERCION VARILLAS UTERO	2 resp.	5%
BREBAJES CASEROS	5 resp.	13%
INYECCIONES	3 resp.	8%
LEGRADOS MAL HECHOS	8 resp.	21%
NO SABE	4 resp.	11%
NO CONTESTARON	7 resp.	18%
total	38 resp.	99%

METODOS CASEROS:

INSERCION DE QUIMICOS EN EL UTERO	5%
INSERCION DE VARILLAS EN EL UTERO	5%

SONDAS O PERITAS		18%
BREBAJES		13%
total		41%
FARMACOS		8%
RECURSO A PERSONAL MEDICO		
O PARAMEDICO		21%
11. HEMORRAGIA	16 resp.	50%
INFECCION PELVICA	9 resp.	28%
PERFORACION UTERINA	4 resp.	13%
ESTERILIDAD	3 resp.	9%
total	32 resp.	100%
12. SI	11 resp.	46%
NO	13 resp.	54%
total	24 resp.	100%
13. SI	11 resp.	46%
NO	13 resp.	54%
total	24 resp.	
14. SALVAR VIDA MUJER	9 resp.	20
PRESERVAR SALUD	5 resp.	11
MALFORMACION	12 resp.	27
INCESTO, VIOLACION	9 resp.	20
SOCIECONOMICOS	3 resp.	7
SIN RESTRICCIONES	2 resp.	6
NO APOYA	4 resp.	9
total	44 resp.	100%
TIPOS DE ABORTO APROBADOS:		%
TERAPEUTICO	14 resp.	31
EUGENESICO	12 resp.	27

JURIDICO	9 resp.	20
SOCIOMEDICO	3 resp.	7
SIN RESTRICCIONES	2 resp.	6
NO APOYA	4 resp.	9
total	44 resp.	100

ANEXO 3

ESTIMACIONES HIPOTETICAS SOBRE EL NUMERO DE ABORTOS EN LA REP. DOMINICANA

PRIMERA

Hipótesis 1: se asumió que los abortos por causa de "fuerzas naturales" eran 10% del total.

ABORTOS por las causas de 1982 = 10% de 100.000 = 10.000
abortos en 1982

$$ABORTOS = 201.721 \pm 500 = 202.221$$

Según estimación de "fuerzas naturales" de abortos espontáneos y "fuerzas de las causas de 1982" se asumió que los abortos en 1982 eran 10% del total de abortos en 1982 de que el 10% de todos los abortos en 1982 eran los "fuerzas naturales".

$$ABORTOS por las causas = 201.721 \pm 500 = 202.221$$

$$ABORTOS = 10% de 202.221 = 20.221$$

$$ABORTOS = 10% de 202.221 = 20.221$$

$$ABORTOS = 57.774$$

ANEXO 3

ESTIMACIONES HIPOTETICAS SOBRE EL NUMERO DE ABORTOS EN LA REP. DOMINICANA

GRUPO 1

Hipótesis 1-a: se realizan 30 abortos por cada 100 embarazos (nacidos vivos más abortos).

202,221 nacidos vivos en 1982	70
abortos en 1982	30

$$\text{ABORTOS} = \frac{202,221 \times 30}{70} = 86,666$$

Para determinar el número de abortos espontáneos e inducidos de este total se realiza la siguiente operación, basado en el estimado del Comité de Expertos de la OMS de que el 10% de todos los embarazos terminan en abortos espontáneos.

$$202,221 \text{ nacidos vivos} + 86,666 \text{ abortos} = 288,887 \text{ embarazos}$$

$$\text{ESPONTANEOS} = 10\% \text{ de } 288,887 = 28,888$$

$$\text{INDUCIDOS} = \text{total de abortos} - \text{abortos espontáneos} = 86,666 - 28,888 = 57,778$$

$$\text{HIPOTESIS 1-a} = 57,778$$

Hipótesis 1-b: se realizan 70 abortos por cada 1,000 mujeres en edad fértil. Partiendo de que en República Dominicana habían en 1982 un total de 1,437,799 mujeres en edad fértil, podemos calcular lo siguiente:

Si en 1,000 mujeres se producen 70 abortos, en 1,437,799 se producirán X abortos, que equivale a

$$\text{ABORTOS} = \frac{1,437,799 \times 70}{1000} = 100,645 \text{ abortos}$$

Para determinar ESPONTANEOS e INDUCIDOS: total de embarazos = nacidos vivos + abortos

$$202,221 \text{ nacidos vivos} + 100,645 \text{ abortos} = 302,866 \text{ embarazos}$$

$$\text{ESPONTANEOS} = 10\% \text{ de } 302,866 = 30,286$$

$$\text{INDUCIDOS} = \text{total de abortos} - \text{abortos espontáneos} = 70,359$$

$$\text{HIPOTESIS 1-b} = 70,359$$

GRUPO 2

Hipótesis 2-a: Se produce un aborto por cada cuatro nacimientos vivos. Si en República Dominicana se produjeron 202,221 nacimientos vivos en 1982 tendríamos:

$$\text{ABORTOS} = \frac{202,221 \text{ nacidos vivos}}{4} = 50,555$$

Para estimar ESPONTANEOS e INDUCIDOS: total de embarazos = nacidos vivos + abortos

$$202,221 + 50,555 = 252,776 \text{ embarazos}$$

$$\text{ESPONTANEOS} = 10\% \text{ de } 252,776 = 25,277$$

$$\text{INDUCIDOS} = \text{total abortos} - \text{abortos espontáneos} = 25,278$$

$$\text{HIPOTESIS 2-a} = 25,278$$

Hipótesis 2-b: Se produce un aborto por cada dos nacimientos vivos.

$$\text{ABORTOS} = \frac{202,221 \text{ nacidos vivos}}{2} = 101,110$$

Para estimar ESPONTANEOS e INDUCIDOS: total de embarazos = nacidos vivos + abortos
 $202,221 + 101,110 = 303,331$ embarazos

$$\text{ESPONTANEOS} = 10\% \text{ de } 303,331 = 30,333$$

$$\text{INDUCIDOS} = \text{total de abortos} - \text{espontáneos} = 101,110 - 30,333 = 70,777$$

$$\text{HIPOTESIS 2-b} = 70,777$$

NOTA: Se seleccionó el año 1982 por ser el último para el cual existen cifras definitivas, debido a la gran cantidad de nacimientos que son registrados tardíamente en el país. Las cifras presentadas por la ONE (*R.D. en Cifras*, 1987) para los años 1983-1986 son provisionales, y parecen reflejar un gran subregistro.

ANEXO 4

ARZOBISPADO DE SANTO DOMINGO

DECLARACION EN RELACION CON EL ABORTO

Cuando en el año 1972 se agitó el problema nefando del aborto, dirigimos una circular sobre la materia.

Como la doctrina de la Iglesia santa sobre la vida humana, cuyo único Señor es Dios, no admite cambios substanciales, repito en este momento, de mayor tendencia hacia la inmoralidad, los mismos conceptos que no son míos sino de la misma Iglesia. Los hombres nacen, se desarrollan, dejan luces o sombras en la sociedad, y mueren.

La Iglesia permanece y, con ella, su doctrina moral.

La Circular No. 23 del 2 de octubre de 1972 dice:

"El aborto es pecado. Es pecado horrendo porque constituye un crimen. Es un verdadero homicidio. Es una acción directa contra uno de los MANDAMIENTOS DE LA LEY DE DIOS QUE REZA ASI: "¡NO MATARAS!"

Dije que el ABORTO es pecado. Pero, sabe ésta generación alocada lo que es pecado? Voy a responder con las palabras precisas y concisas tomadas de un diccionario etimológico, filosófico y teológico. "El pecado es la transgresión voluntaria de una verdadera ley, es un abuso de la libertad que Dios ha concedido al hombre; *abuso* que comenzó con el pecado original, y se *continuó* y se *continúa* con los *pecados personales* de sus descendientes".

En el caso del ABORTO, se viola *voluntariamente* y a *sabiendas*, una ley dada por el mismo Dios: "NO MATARAS".

Tan *homicida* es la mujer que aborta *voluntariamente*, como lo

es la que *suprime* la vida de cualquier persona que se mueve sobre la tierra. La criatura que se gesta en el seno materno, en el "arcano de la vida", *es ya un ser humano*. La mujer embarazada no lo ve, pero lo siente y sabe muy bien que en su seno hay una vida! Troncharla es asesinarla. Es violar plenamente el mandamiento de la Ley de Dios "¡NO MATARAS!".

Dios es el único autor de la vida y de la muerte! El hombre y la mujer sólo son instrumentos de la creación como principales colaboradores. Se unieron atraídos por la pasión sexual; gestaron así una vida. Son *criminales* si la destrozan por egoísmo o por conservar las apariencias sociales. Si la mujer, pecadora, conserva alguna dignidad, guardaría en su vientre, la creatura en gestación, donde ya existe el alma, la vida. Jamás asesinaría al hijo de sus entrañas! Es un pecado nefasto que hace indigna a la mujer por homicida; y, que atrae para sí la maldición de Dios y de las *leyes honestas* que prohíben el aborto. Se convierte en verdadera suicida.

El ABORTO sólo prolifera en sociedades en abierta depravación y, por lo tanto en franca disolución. Hay que detener ese pecado nefasto! Cómo? La Iglesia, por sus sacerdotes, por sus religiosos y religiosas, por sus institutos seculares, por sus movimientos apostólicos realizará su deber advirtiendo el horrendo pecado que es el ABORTO. Y cómo inciden en el mismo horrendo crimen los ginecólogos inescrupulosos y las parteras y cualquier otra persona que lo aconseje y que coopere al mismo.

Doy gracias a Dios porque nuestra sociedad todavía se preocupa por erradicar este crimen horrendo. La prensa y la radio, desde hace largos días nos vienen informando el criterio de científicos y escritores sobre este gran mal que amenaza a nuestro pueblo. Queremos felicitar a todos los que han escrito sobre el ABORTO. Aunque han esgrimido diversos argumentos — algunos positivos, negativos otros— sin embargo, todos están movidos por el deseo de erradicar el mal.

¿Sabe la mujer el daño físico y psíquico, además del pecado, que ella misma se provoca con el aborto? ¿Ha pensado alguna vez lo que sucede a una maquinaria cuando se le destroza violentamente una pieza esencial? Toda la maquinaria sufre las consecuencias. Así la mujer que aborta. Toda ella sufre al detener violentamente la gestación en la que estaba empeñado todo su organismo. Su físico sufre. Tarde o temprano aparecerán las consecuencias que trastornarán para siempre su salud. Y sufre su psiquis. Cambia su carácter. Se amarga su vida. Se deteriora su

cerebro. Para apagar los reproches de su conciencia, se deja depravar: se entrega a los vicios nefandos: la prostitución, el alcoholismo, la disipación de la vida. Enloquece muchas veces. ¡Y todo por haber destruido la vida que latía en sus entrañas! Ignorando, ¡pobrecita! que la maternidad la habría salvado y levantado sobre el sonrojo de la familia y de la sociedad!

Tanto se ha cacareado sobre la igualdad del hombre y la mujer que ha querido ésta llegar a los extremos. Tanto se cacarea de la "liberación de la mujer" que esta va depravándose cada día más. Porque son conceptos mal entendidos y peor aplicados! El hombre y la mujer pertenecen sí a la misma especie. Pero hay una profunda distinción: en ella puso Dios "el arcano de la vida" que no lo puso en la virilidad del hombre. En ella se gesta la criatura humana y la cuida con una ternura, sólo de ella, y la alimenta con un jugo que sólo ella produce, no el hombre! Mujer, por amor de Dios! si pecas sexualmente, no destruyas la vida que se gesta en tus entrañas! Tu serás siempre —por más que trates de ocultarlo— la víctima principal de tu crimen.

Padres, maestros, preceptores, autoridades: luchad por educar inteligentemente a la juventud; sed sus amigos, sus consejeros, sus defensores. Los guardianes de la juventud! Que ellos, en la edad de la inmadurez aprendan a reflexionar y a distinguir lo bueno y lo malo; lo dañino y lo saludable!

Está bien el uso de la libertad; pero no olvidéis que el abuso de libertad es libertinaje, que es el desenfreno en obras y palabras. El desenfreno en obras y palabras trae males imprevisibles e incommensurables. Sociedad desenfrenada es sociedad autosuicida. No olvidéis que la primera sociedad, célula de toda otra sociedad, es el hogar. Digo que hay muchas acechanzas contra la sociedad en la vida moderna. Se progresa en todas direcciones; pero si se progresa más en el mal, nadie detendrá la podredumbre de un pueblo. Hay muchas acechanzas contra la sociedad. Urge educar al joven y a la joven en los principios de la dignidad humana y más en los principios del cristianismo salvador. En las ciudades grandes aumenta el peligro. Hay muchos medios para dar inmoderado estímulo a la simulación en el empleo, en la misma escuela, en el auto, en el cine, en los clubes, en las playas. Si no hay una educación fundamental, todos esos lugares son incentivos al placer que trae sus consecuencias que luego llevan el crimen, al homicidio, a la infidelidad a Dios y a los hombres. Hasta llegar al crimen horrendo del aborto ¡Detenéos!

Concluyo con la autoridad universal del Concilio Ecuménico

Vaticano, II: "Cuanto atenta contra la vida —homicidios de cualquier clase, genocidios, *aborto*, eutanasia y el mismo suicidio deliberado—; cuanto viola la integridad de la persona humana, (...) todas estas prácticas y otras parecidas son en sí mismas infamantes, degradan la civilización humana, *deshonran más a sus autores* que a sus víctimas y son totalmente contrarias al honor debido al Creador. (Const. Pastoral *Gaudium et Spes*, 27 c) "La vida, desde su concepción, ha de ser salvaguardada con el máximo cuidado; EL ABORTO y el infanticidio son crímenes abominables" (id 51)".

Porque hay muchos ignorantes encubiertos con títulos mediocres o aupados en posiciones "de autoridad", bueno es que recordemos que la Ley Moral no es ni "cuentos de anormales", ni tradición de los moralistas dominicanos. Es una ciencia reconocida mundialmente. La palabra *moral* viene del latín *mores* que significa costumbres llamada por los griegos *ética*. Es la ciencia que enseña a hacer buen uso de la libertad para poder conseguir el fin último, la verdadera felicidad a la que estamos destinados por el Redentor mismo de nuestra naturaleza, según dijo San Agustín: "Nos hiciste para Ti y estará inquieto nuestro corazón hasta que descansen en Ti".

La Iglesia Maestra de la Verdad y del Bien, lucha porque entre los hombres se mantengan las *buenas costumbres*, porque se haga buen uso de esa libertad congénita del hombre. El buen uso de esa libertad va reñido con todo lo que sea contrario a la Ley de Dios": "No Matarás".

El mal uso de la libertad retrotrae las costumbres iluminadas por la doctrina del Salvador al canibalismo del hombre fiera, que no repara en nada que no sea satisfacer sus instintos feroces y depravados.

Quiera Dios tocar el corazón de la sociedad nuestra y de sus legisladores para que no se manche con la legalización de un crimen abominable. Sería legalizar una depravación, porque muchas personas lo hacen. Una manera muy pobre de jugar con la grandeza de la vida que viene de Dios.

JUAN F. PEPEN S.
Obispo Auxiliar

OCTAVIO A. BERAS
Arzobispo Metropolitano
Presidente de la Conferencia
del Episcopado Dominicano

PRIAMO TEJEDA R.
Obispo Auxiliar

Santo Domingo, D. N.
23 de abril de 1976.

ANEXO 5

TESTIMONIO DE TAMARA (28 años, universitaria, soltera)

Yo tenía como 20 años. El muchacho era amigo mío, pero entre él y yo nunca había pasado nada. Una noche salimos juntos... y bueno, de repente... yo recuerdo que estaba un poco mareada, eso sí lo recuerdo claramente. No del alcohol, quizás del ambiente, no sé. Pero bueno, nos fuimos. Yo me estaba empezando a preocupar y le dije: "¿Y si yo salgo embarazada?" El me dijo: "Nos casamos"... Y PAM!, salí embarazada. Cuando me di cuenta de la realidad, entonces dije: "No, yo no me voy a casar". El estaba dispuesto a casarse, ese muchacho, pero yo no quería, realmente. ¿Cómo iba yo a juntar mi vida con la de ese hombre si yo no lo quería, yo no sentía nada por él? Sólo una noche, sabrá Dios por qué circunstancia, no sé, quizás soledad. Esa noche él me atrajo y más nada... Tú sabes que aún todavía yo no soy muy propensa a eso de estar encerrada en una casa. Yo siempre he pensado que quiero algo más, otras cosas...

Yo no sabía de ninguna clínica donde hicieran abortos, yo ni sabía que se hacían abortos... estaba como loca, yo no sabía qué hacer. En lo único que pensaba era en el lío que se iba a armar cuando mi familia se enterara. Yo pensé: "bueno, tendré el tiguero", pero tenía la cabeza loca pensando que no quería tener un hijo, y que no me quería casar. Yo estaba sola, pensando todo eso.

Entonces fue que mi mamá se dio cuenta. Me llamó y me dijo: "Tamara, están diciendo por ahí que tú estás embarazada. ¿Es verdad?" Yo le dije que no, que era mentira. Pero mi mamá me conoce bien, ella me miró y dijo: "Tamara, es para ayudarte, mi

hija, dime la verdad". Y yo le dije que sí, que era verdad. Fue en el patio. Ay, Dios mío, se quiso morir. A mi mamá lo que le preocupaba era lo que iban a pensar mi papá y la familia de mi papá. Que me habían descuidado, que me había descarriado, ya tú te imaginas, toda la culpa para mi mamá. Mamá dijo: "Bueno, lo que hay que hacer es esto, un aborto". No recuerdo si me preguntó si quería tenerlo o no, pero yo estaba tan confundida, tan mal, que lo que dispusieran de mí yo hacía en ese momento. Yo sé que no quería tener el hijo. Bueno, mi tía me llevó.

(Pero el día del aborto) una hermana mía se enteró, hizo un escándalo, llamó a mi padre... y allá en la clínica se aparecieron todos, mis hermanos, mis tías... un escándalo. Cuando voy despertando de la anestesia eso es lo primero que veo, y empecé a llorar, claro, a sentirme culpable. Fue algo muy desagradable, muy traumático. Cuando regreso (al barrio) yo sentía que todo el mundo me miraba y me señalaba y como que me acusaba. Yo pensaba que todo el mundo lo sabía. Eso fue terrible. Yo asumí la posición de que no me importa lo que digan, pero en el fondo sí importaba, sí causaba problemas. Y hoy en día analizo y sé que todo eso me atrasó en los estudios, me causó como un bloqueo... Y nadie me ayudó, por el contrario, porque en el medio en que yo estaba si tú haces eso tú eres una loca o una mala mujer.

Me botaron de la casa, y mi abuela me llevó para la suya a pasarme un tiempo. "Tamara, metiste la pata, ahora hay que pisar fino porque el hombre que llegue a tí va a ser para acostarse". Me tenían realmente encerrada. Mis hermanas iban a las fiestas y a mí no me dejaban. Un día me dijeron: "Tamara, ya pasó el tiempo, busca a dónde irte, ve a ver donde tu mamá". Yo recuerdo que estaba ese día hasta sin dinero, pero dije: "Está bien, me voy". Cogí pa'l 12 a pié, llorando, y un señor que pasó me dió una bola. Cuando llegué mi mamá me dijo que no podía quedarme porque mi padrastro había dicho que no me quería en la casa. Yo era una chica mancillada. Hasta me quisieron mandar fuera del país, para quitarse el problema de encima. Sin consultar si yo quería. Mi interés no importaba, yo no importaba. Sólo lo que decía la gente. El honor de la familia se había perdido. Así que yo hice así y me fui, con el mundo arriba, ¿eh? En lo único que pensaba era ¿para dónde me voy? Entonces ahí me acordé de haber oído mencionar esta religión de los Niños de Dios, y me fui a donde ellos. Allá duré tres meses, hasta pasé mi cumpleaños allá, y Nochebuena, Año Nuevo y todo. De ahí yo entonces empecé a trabajar, me mudé a mi pensión, y luego conseguí la beca para estudiar periodismo. Ya todo por mi cuenta, sin familia...

INDICE

	Pág.
Presentación	5
Introducción	7
Consideraciones metodológicas	9
1. Aspectos históricos	13
La Iglesia	14
La criminalización del aborto en el S. XIX.....	19
2. Situación del aborto a nivel mundial	23
Incidencia, aspectos sociales y de salud	25
3. El aborto en la República Dominicana	29
Incidencia	29
Morbilidad	32
Mortalidad	35
Costos sociales	39
Características de las mujeres que abortan	42
Métodos para abortar	47
Actitudes de las mujeres hacia el aborto	52
4. Sexualidad femenina, aborto y anticoncepción	57
La relación aborto-anticoncepción	57
Sexualidad femenina y anticoncepción	63

5. Aspectos jurídicos	69
Intentos de reforma legal	72
6. El Debate Actual	77
Algunos puntos de vista feministas	80
Notas	85
Bibliografía	89
ANEXOS	93
Anexo 1: Cuestionario del sondeo a gineco-obstetras	95
Anexo 2: Tabulación de las respuestas del sondeo a gineco-obstetras	101
Anexo 3: Estimaciones hipotéticas sobre el número de abortos en República Dominicana	107
Anexo 4: Texto completo de la "Declaración en Relación con el Aborto" del Arzobispado de Santo Domingo ..	111
Anexo 5: Testimonio de Tamara	115

BIBLIOTECA A G N



027268

Esta edición de 2,000 ejemplares se terminó de imprimir en los talleres gráficos de Mograf, S.A., en octubre de 1988. Santo Domingo, República Dominicana.

Hemeroteca-Biblioteca



027268



Colección Teoría