

DOCUMENTO CEDES/4

LA PRACTICA DEL ABORTO EN LAS MUJERES DE  
SECTORES POPULARES DE BUENOS AIRES

Juan José Llovet  
Silvina Ramos

Buenos Aires  
CEDES  
1988

El presente trabajo ha sido elaborado en base a los resultados de una investigación sobre comportamiento reproductivo de mujeres de sectores populares residentes en el área metropolitana de la ciudad de Buenos Aires.<sup>1</sup> El objetivo de ese trabajo era describir y analizar las decisiones de fecundidad de un grupo de mujeres, enfatizando -pero no agotando el examen en ellos- en los factores médico-institucionales que por acción u omisión inciden en las alternativas y decisiones acerca de cuándo y cómo tener hijos. A partir de una muestra de 121 mujeres de segunda y tercera paridez, seleccionadas de los registros de un hospital público y de dos obras sociales,<sup>2</sup> se analizaron un conjunto de episodios e instancias de las trayectorias ginecológico-obstétrica y reproductiva: la menarca, la iniciación de relaciones sexuales, los partos, los embarazos, los intervalos proto e intergenésicos, las formas de regulación deliberada de la fecundidad, etc.

Dado este encuadre, el aborto fue obviamente una de las preocupaciones del estudio. En este sentido, lo que exponemos más adelante constituye tanto una reflexión acerca de los alcances y limitaciones propias de cualquier intento de problematizar conceptual y metodológicamente esta temática, como la presentación de información inédita para nuestro país.<sup>3</sup> Nos anima la convicción de que el aborto es uno de los problemas más importantes de la salud de nuestra población, y uno de los desafíos asistenciales más complejos de los que hoyamos enfrentado en la salud pública.

---

<sup>1</sup> Se trata de la investigación "La institución, médico-hospitalaria y el control social de la reproducción: un estudio de los sectores populares de Buenos Aires", que contó con el apoyo de PISPAAL, y fue realizada en el CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad)-Buenos Aires, Argentina, durante el período 1983-1985.

<sup>2</sup> Las obras sociales son instituciones ligadas a las asociaciones de trabajadores que ofrecen básicamente asistencia en salud.

<sup>3</sup> Si bien nuestro trabajo no responde a los lineamientos característicos de un estudio con intenciones de representatividad, el diseño muestral respondió a criterios que condensan paradigmáticamente los atributos característicos de los sectores populares del área metropolitana, por ejemplo, atención de la salud a través de los efectores públicos y de la seguridad social, escolaridad primaria, calificación normal del empleo, servicios habitacionales modestos, entre otros.

## Introducción

El aborto inducido es una de las formas más antiguas de regulación de la fecundidad, y por cierto, la más controvertida en la actualidad. Hasta la aparición en escena de la inseminación *in vitro* ningún otro procedimiento quirúrgico de carácter voluntario produjo anteriormente el debate que ha producido el aborto, generó tanta controversia emocional y moral, y recibió tanta atención por parte de los responsables de la salud pública y de los defensores de los derechos y del bienestar de las mujeres.

Las discusiones sobre la legitimidad del control voluntario de los nacimientos y de los embarazos y de los métodos para llevarlo a cabo, básicamente la anticoncepción y el aborto inducido, son un fenómeno relativamente nuevo. Si bien el recurso del aborto y sus prácticas son conocidas desde muy antiguo en la mayoría de las sociedades -casi siempre transmitidas en forma clandestina- la innovación que plantea la reciente polémica consiste en que discute su utilización libre y legítima cuando el embarazo ha sido involuntario o cuando se prevén ciertos peligros en su continuación. Diferentes discursos ideológicos se disputan en el presente el derecho a definir y calificar la naturaleza del aborto: los movimientos feministas, los movimientos pro y anti aborto, la iglesia y la Ley entre otros. Más allá de sus diferentes posiciones en tanto defensores o detractores del aborto, estos discursos y su polémica han contribuido a secularizar el tema. De esta manera, en los últimos 15 años, la interrupción voluntaria del embarazo ha dejado de ser un tema de competencia exclusiva de la conciencia individual para delimitarse como tema de salud pública, de derecho liberal o de política social de bienestar: ha pasado a ser materia opinable en la arena del mundo público.

Desde el punto de vista legal, y visto en perspectiva histórica, una verdadera revolución se ha producido en la legislación en las pasadas décadas. En 1954 el aborto era ilegal en todos los países del mundo, excepto en Islandia, Dinamarca, Suecia y Japón. En los 30 años que siguieron, más de 30 países, incluyendo algunos de los más populosos del mundo subdesarrollado como China, India, Singapur y Túnez, modificaron sus leyes restrictivas para permitirlo bajo el requerimiento de la mujer o debido a una amplia gama de indicaciones sociales (David, 1983).

Paralelamente a este proceso de "puesta en escena" del aborto, de construcción de una polémica acerca de su legitimidad, y de cambios en las legislaciones sobre el tema, ocurrieron otros procesos íntimamente relacionados con estos fenómenos. Desde comienzos de la década de los sesenta, la difusión de los anticonceptivos modernos (píldora y DIU) ha sido continua y ha atravesado fronteras geográficas y sociales. Un poco más adelante en el tiempo, las técnicas abortivas comenzaron a ser mejoradas: la dilatación y curetaje ha sido paulatinamente

reemplazada por la técnica de aspiración, fundamentalmente para embarazos de pocas semanas de gestación. En el presente, la realización de un aborto no compromete necesariamente la vida, ni la salud, ni la fertilidad futura de la mujer, constituyendo, desde el punto de vista médico, un método seguro y eficaz de control de la natalidad.

Estos dos procesos fueron en parte y con diferentes énfasis, responsables de descensos en las tasas de fecundidad en el mundo entero. Los programas de planificación familiar públicos y privados llevados adelante en la mayor parte del mundo subdesarrollado favorecieron un clima de aceptabilidad y accesibilidad a métodos de regulación de la fecundidad eficaces. América Latina no escapó a esta tendencia, y desde comienzos de los 60' comenzó a mostrar descensos en sus tasas de fecundidad. Como señala Miró *"durante la década de 1960 se había iniciado en varios países de América Latina un nuevo estilo de transición de la fecundidad, que constituye un cambio sin precedente en la región y poco frecuente en otras partes del mundo. En efecto, con puntos de partida e intensidades diferentes y afectando también diferencialmente a los varios grupos socio-espaciales que integran las distintas sociedades, se iniciaron descensos de la fecundidad que tienen como rasgos comunes su elevada velocidad y su difusión en mayor o menor grado a las mujeres de todas las grupos de edad y de todas las capas sociales"* (Miró, 1985, p. 10).

Algunos estudios señalan como principal responsable del persistente descenso de la fecundidad en América Latina a la difusión de las prácticas anticonceptivas, y conjeturan -dada la precariedad de la información disponible- que el aborto inducido debe haber jugado un papel importante. En efecto, diversos estudios por países han intentado evaluar el impacto de los cambios en la nupcialidad, la anticoncepción, la lactancia y el aborto sobre las tendencias en la fecundidad. Para Brasil, la información relevada a través de la Encuesta Nacional de Reproducción Humana llegó a la conclusión de que la difusión de las prácticas anticonceptivas era la variable intermedia principal en la explicación del brusco descenso del orden del 20% en la fecundidad general del país. A partir de ese mismo estudio se hacía notar que no había sido posible evaluar ajustadamente el impacto del aborto inducido, aunque habría cierto consenso acerca de que esa práctica se ha vuelto más común (Curvalho y otros, 1981, pp. 21 y 23). En relación a México se piensa que la práctica anticonceptiva es la variable que mayor influencia tiene sobre las variaciones de la fecundidad y las diferencias entre grupos sociales (Potter, 1980, citado en Welti, 1985, p. 98).

En cuanto al aborto inducido, la Encuesta Mundial de Fertilidad obtuvo escasa información en América Latina, en buena medida debido a la negativa de algunos gobiernos de la región a aplicar el módulo de la encuesta especialmente destinado a relevar información sobre prácticas abortivas. A pesar de ello, la evidencia recogida sugirió que en todos los países

del subcontinente, mujeres de diferente posición en la estructura social recurren al aborto a pesar de los códigos penales, las sanciones religiosas y los graves peligros para la salud personal. Conviene aquí señalar algunas cuestiones. En primer lugar, en todos los países de América Latina -exceptuado Cuba- el aborto es considerado un delito penal, por lo tanto se halla absolutamente prohibido, salvo en algunas legislaciones para las cuales las situaciones de violación, incesto o grave peligro para la vida de la mujer justifican la demanda de un aborto legal.<sup>4</sup> En segundo lugar, y dado precisamente este encuadre jurídico, todos los abortos en América Latina son ilegales y por lo tanto, clandestinos. Los efectos que esta situación trae aparejados para la población femenina son obvios: la mayor parte de los abortos realizados en nuestros países no guardan condiciones mínimas de asepsia e higiene, poniendo en peligro la salud y la vida de las mujeres. Los abortos incompletos son el diagnóstico más común cuando las mujeres son admitidas en los hospitales públicos, generalmente frente a cuadros de fuertes hemorragias o de infecciones post aborto, causadas por la retención de restos de placenta o por alguna lesión producida en el cuerpo uterino. En América Latina los abortos ilegales están asociados a altas tasas de mortalidad materna. Como señala un informe de la Organización Panamericana de la Salud *"casi todos los abortos realizados en América Latina son ilícitos, por lo tanto, los abortos practicados incluso por personas marginalmente competentes, cuando se las puede encontrar, son onerosos. Por consiguiente, la mayor parte de los abortos son inducidos por la propia embarazada o por otra persona incompetente, a veces en una etapa avanzada de la gestación, lo cual lleva, con excesiva frecuencia, a una temible gama de complicaciones, incluidas la infección pélvica, la pérdida excesiva de sangre, el shock y la muerte"* (OPS, 1983, p. 7).

#### El aborto en la Argentina

¿Cuál es la situación en la Argentina? En nuestro país, el nivel de la fecundidad comenzó a descender a fines del siglo pasado, aunque el ritmo de ese descenso se aceleró a partir de la primera década del siglo XX. El proceso de industrialización y urbanización temprano que se registró en la Argentina ha sido señalado como el determinante principal del cambio en las actitudes y prácticas que llevaron al descenso de la fecundidad, al modificar las condiciones materiales en que se desarrollaba la vida familiar, y por lo tanto las funciones de la familia y de la mujer en la sociedad (Pantelides, 1979). Dado este comportamiento de la fecundidad

---

<sup>4</sup> Como en Brasil, México y Perú por ejemplo.

parece razonable conjeturar que la población argentina ha recurrido al uso de algunos métodos para regular su fecundidad desde hace varias décadas.

En segundo lugar, en la Argentina el binomio anticoncepción-aborto ha sido, con diferentes énfasis y matices, y sin distinción de regímenes políticos, sistemáticamente excluido como *issue* de las políticas sociales y más aún como preocupación de las estadísticas oficiales. La actitud del Estado ha sido a este respecto más de omisión que de acción, y sus contadas intervenciones directas se orientaron a desarticular iniciativas privadas de difusión y cobertura de asistencia anticonceptiva.<sup>5</sup>

En tercer lugar, desde el punto de vista legal, nuestro país sostiene una legislación de carácter restrictivo. El Código Penal argentino se refiere al aborto como un delito contra la vida y contra la persona, y penaliza tanto al tercero que lo provoca como a la mujer que se provoca a sí misma o que se deja asistir. Al mismo tiempo, en su artículo 86, establece algunas condiciones especiales bajo las cuales se despenaliza un aborto: *"el aborto practicado por un médico diplomado, con el consentimiento de la mujer encinta no es punible: 1) si se ha hecho con el fin de evitar un grave peligro para la vida o la salud de la madre, y si este peligro no puede ser evitado por otros medios, y 2) si el embarazo proviene de violación por la cual la acción penal haya sido iniciada. Cuando la víctima de la violación fuere una menor o una mujer idiota o demente, será necesario el consentimiento de su representante legal"* (Código Penal, arts. 85, 86, 87 y 88). La ley argentina no especifica qué entiende por aborto ni se refiere a los medios o maniobras abortivas. Para ésta, el bien jurídico protegido es la vida del feto: *"La mujer que lo ha consentido no es jurídicamente víctima, salvo que lo es el feto, pues, la vida de éste es el único bien protegido; el daño a la madre que pudieran aporejar las maniobras dolosas de un tercero no está protegido, pues aquella inviste una sola calidad: la de victimaria"*. (C.C., Cap. 3-4-62, La Ley, 108-740). A pesar de la contemplación de algunas causas que lo despenalizan, el proceso de obtener un aborto legal es muy dificultoso en nuestro país, y las justificaciones precisadas en la legislación no constituyen una opción real y efectiva para las mujeres.

<sup>5</sup> En el año 1974 se promulgó el decreto N° 63974 por el cual se "prohibía el desarrollo de actividades destinadas, directa o indirectamente, al control de la natalidad", y se programaba "llevar a cabo una campaña intensiva de educación sanitaria a nivel popular que demarque los riesgos de las prácticas anticoncepcionales". En el año 1977, la dictadura militar modificó ese decreto incluyéndolo en lo que denominó una Ley de Población (D. 3938/77). En el proyecto de dicha ley se estableció la necesidad de "buscar el incremento del nivel de fecundidad mediante una política que facilite la constitución de la familia (...) y eliminar las actividades que promueven el control de la natalidad". Congreso de la Nación Argentina, Dirección de Información Parlamentaria, 1984.

Recién en diciembre de 1986 el Poder Ejecutivo del Gobierno democrático promulgó el decreto N° 2274 por el cual se derogó el más arriba citado y se decretó que "El Ministerio de Salud y Acción Social, a través de las Secretarías de Salud y Desarrollo Humano y Familia, según sus respectivas competencias, promoverá acciones tendientes a mejorar la salud de la madre y el niño y fortalecer y desarrollará familia, en su carácter de célula básica de la sociedad. Para ello se realizarán las tareas de difusión y asesoramiento necesarias, para que el derecho a decidir acerca de su reproducción pueda ser ejercido por la población con criterios libérrimos y responsabilidad".

### Problemas del registro y de la medición del aborto

A pesar de que el aborto es común, resulta muy difícil de estimar empíricamente. En aquellos países donde el aborto es legal, la investigación es más representativa y confiable en tanto se dispone de registros oficiales y públicos relativamente eficientes. La situación es muy diferente en nuestros países. En tanto el aborto es ilegal y cuestionadamente legítimo, una serie de complicaciones se presentan a la hora de intentar conocer, medir y comprender el fenómeno. Estas dificultades tienen que ver básicamente con cuatro órdenes de problemas: ¿dónde relevar la información? ¿cómo relevar información confiable? ¿qué definición de aborto utilizar? y ¿cómo estimar la incidencia del aborto?

#### a) ¿Dónde relevar la información?

Las fuentes de información con las que virtualmente se puede contar en países donde no existen registros de abortos son tres: los registros hospitalarios, los certificados de defunción y las encuestas retrospectivas. Los primeros contabilizan el número de mujeres que se interna en un establecimiento médico por complicaciones derivadas de un aborto, y el número de éstas que fallece por esta causa, en un período determinado, y posibilitan la estimación de la incidencia mínima de la mortalidad por aborto, y el cálculo de los costos públicos del aborto ilegal.<sup>6</sup> En referencia a este último problema David señala que *"...las complicaciones del aborto ilegal sobrecargan a los servicios de salud, al requerir una atención más onerosa y prolongada que otros eventos ginecológicos y obstétricos. Como una de sus consecuencias, las mujeres pueden ser dadas de alta muy rápidamente, reasumiendo las tareas del hogar y otras responsabilidades antes de estar completamente recuperadas y colocándose en una situación de riesgo en relación a problemas de salud posteriores"* (David, 1983, p. 225, nuestra traducción). Entre las limitaciones propias de esta fuente de información, la inexactitud característica de los registros públicos y la selectividad de las mujeres que recurren a centros asistenciales públicos con cuadros de hemorragias graves o infecciosas agudas (las que al mismo tiempo representan sólo una proporción de magnitud desconocida sobre el total de mujeres que abortan) son las más importantes. En la Argentina existen muy pocos estudios realizados en base a la información de registros hospitalarios,<sup>7</sup> pero la dispersión espacial y temporal de

<sup>6</sup> Un trabajo realizado en base a esta fuente de información fue el de Plaza y Llozera, 1963.

<sup>7</sup> Gómez Ferreroli, 1964, Calzador y otros, 1972.

estos estudios, y la ausencia de criterios implícitos de comparabilidad, impiden que dicha información pueda ser analizada en conjunto.

En segundo lugar, los certificados de defunción también permiten estimar un mínimo de incidencia de la mortalidad por complicaciones derivadas del aborto. Las defunciones por esta causa se añaden al cálculo de la mortalidad materna y generalmente están expuestas a un serio problema de subregistro en virtud del carácter delictivo que la práctica del aborto tiene asignado en la legislación. Las derivaciones penales que pueden tener las declaraciones de muertes por aborto son un fuerte desestímulo a la certificación de esa causa de muerte. En la Argentina, los datos de mortalidad por causa son el único registro continuo y de amplia cobertura que sobre el aborto existe. Para estimar la tasa de mortalidad materna se ubican en el numerador las defunciones de las mujeres mientras están embarazadas o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debidas a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, durante un año dado, y en el denominador el número de nacidos vivos durante el mismo año. Revisando los datos disponibles para los años 69, 79 y 81<sup>8</sup> se evidencia una persistente disminución de la mortalidad materna junto a un persistente aumento porcentual de las "complicaciones del aborto" como causa de dicha mortalidad. Comparando los guarismos de fines de la década del 60 y los de fines de los setenta, las muertes maternas derivadas de complicaciones por abortos provocados aumentaron de un 23,1% (169 muertes) en el año 69, a un 35,4% (256 muertes) en el año 79. Los datos para el año 81 muestran un número menor de muertes por esa causa (169 casos), pero una participación semejante de esa causa de muertes entre las que se contabilizan para estimar la mortalidad materna, alcanzando un 35,8% del total de muertes por complicaciones derivadas del embarazo, parto y puerperio (Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Tablas de mortalidad por causa, noviembre 1984).<sup>9</sup> Esto muestra que el peso relativo de las muertes por complicaciones de aborto inducido ha aumentado en los últimos 15 años, llegando a constituir la principal causa de muerte dentro de la mortalidad materna.

Por último, las encuestas retrospectivas permiten seleccionar muestras representativas de una población mayor que se quiere diagnosticar, y de esa manera extrapolar los resultados del universo. En este sentido parecen ser la fuente de información que más adecuadamente se ajusta a los requerimientos de una buena estimación de la incidencia del aborto. Pero aun así no dejan de tener limitaciones. En particular, el problema del relevamiento de información

<sup>8</sup> Los últimos datos de mortalidad por causa que se han publicado en la Argentina corresponden a los años 80 y 81.

<sup>9</sup> Finalizando este artículo se publicó un nuevo boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud, "La mortalidad materna en la Argentina" que analiza el análisis precedente incorporando datos también para el año 1980. (Ministerio de Salud y Acción Social, 1987).



confiable, al cual nos referiremos enseguida, y además, las dificultades para comparar estas encuestas debido a problemas de diseño de la muestra, de técnicas de relevamiento de información, de diferencias en edad y status marital de las entrevistadas, y de la falta de especificidad de las preguntas formuladas (e.g. Gaslonde, 1976).<sup>10</sup>

En la Argentina, el único relevamiento de estas características que ha sido llevado a cabo fue el del Programa de Estudios Comparativos sobre el Aborto Inducido y Uso de Anticonceptivos en América Latina (PEAL) dirigido por CELADE y realizado a partir del año 67 en cuatro ciudades de la región, Buenos Aires, Bogotá, Lima y Panamá. En uno de los informes de esta investigación, el autor advertía que *"está convencido de una fuerte subestimación de la situación imperante respecto del aborto en Buenos Aires. Allí donde las tasas de fecundidad están desde hace años entre las más bajas de la región, y donde las prácticas anticonceptivas son de tipo tradicional y usan escasamente medios científicos, era de esperar que fuese importante la incidencia del aborto. Las medidas obtenidas con los datos recolectados no apoyan, sin embargo, esta suposición probablemente bien fundada"* (Gaslonde, 1973, p. 29). A pesar de las dificultades de diseño y de medición propias de este estudio, los resultados de PEAL son referencias útiles en tanto marcan un umbral mínimo de incidencia del aborto.<sup>11</sup> A partir de la información relevada por dicha encuesta se estimó una proporción de 21,7 abortos por 100 embarazos para el período 64-67 y de 18,8 abortos por 100 embarazos para el año 68; y una tasa de abortos acumulados de 29,7 por 100 mujeres.

b) ¿Cómo relevar información confiable?

El problema de la confiabilidad en el relevamiento de información sobre aborto inducido es quizás el más complejo. En tanto la mayoría de los relevamientos sobre ocurrencias de abortos provocados se producen en el marco de encuestas cara a cara y de carácter retrospectivo, la sinceridad y la memoria influyen considerablemente en la validez de las declaraciones. La sinceridad, como es sabido, interviene particularmente cuando se investiga un tema como el aborto inducido, fuertemente connotado por la sanción social y legal. En este contexto, muchas mujeres niegan abortos a pesar de haberse provocado uno o varios. Estos falsos negativos existen en todas las encuestas y son muy difícil de estimar. Pero

<sup>10</sup> Entre las posibilidades de registro de información sobre aborto también figuran las encuestas prospectivas o de seguimiento, pero si bien pueden ser las mejores desde el punto de vista técnico, son también las más costosas. Otra posibilidad son los censales que utilizan la técnica de respuesta aleatorizada, los que permiten a las entrevistadas dar información sobre temas altamente sensibles sin revelar las verdaderas hechas al entrevistador (Vivian Warner, 1965 y Chi-Cheng, Chou, L.P.).

<sup>11</sup> PEAL-Buenos Aires fue realizado mediante un convenio entre el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, Secretaría de Estado de Salud Pública de la Argentina y el CELADE. El director de la encuesta fue el Dr. Carlos Alvarez Herrera y comenzó en agosto de 1968, culminando el envío de la cinta grabada en febrero de 1971. Gaslonde, 1973, p. 3.

también hay mujeres que declaran haber tenido abortos que no fueron tales: esos **falsos positivos** no carecen de sinceridad, pero confunden atrasos menstruales con embarazos.<sup>12</sup>

La memoria distorsiona más el número de abortos tenidos por una mujer, particularmente si éste ha sido elevado, que la declaración sobre si alguna vez tuvo un aborto, pues éste es un hecho que no se olvida con facilidad aunque se haya presentado una sola vez en la vida. La apreciación del papel de la memoria es evidente, pues se espera que este factor pese progresivamente con mayor fuerza a medida que se retrocede en el tiempo. Algunos de los investigadores piensan que las mujeres están más dispuestas a decir la verdad acerca de los abortos pasados que de incidentes recientes porque la **culpa** -y por lo tanto la sanción- por abortos ocurridos hace largo tiempo permanece enterrada en el pasado.<sup>13</sup>

Para cada uno de estos problemas del relevamiento de información, nuestra investigación se planteó estrategias particulares. En el caso de la memoria, el hecho de relevar historias reproductivas para las cuales era necesario referir episodios de diferente naturaleza y compromiso emocional, contribuyó a dar un **encuadre facilitador** y legitimador a la entrevista. Se trató de relevar la historia reproductiva de la mujer en función de una historia de vida, procesal y secuencialmente perfilada, a partir de la cual fueran surgiendo de manera natural, encadenada y sin baches temporales, los episodios reproductivos. En el tema particular de los abortos, frente a la potencial aleatoriedad del número de abortos en las entrevistas, decidimos registrar en los casilleros de la historia de vida la fecha y el orden de todos los abortos, cualquiera fuera su número, requiriendo la descripción detallada sólo del primero y del último. La especificación deliberada de la primera y última interrupción, y la complementaria exclusión de las otras respondía a distintas razones. En primer lugar, asumimos la idea de que el primer aborto en la vida de la mujer, independientemente de cuántos haya tenido más tarde, encarna un acontecimiento de significación, que deja huellas, traumáticas o no, en su comportamiento reproductivo. En este sentido, puede transformarse en un punto de referencia y evocación permanente que influye sobre las actitudes a tomar ante la aparición de otros dilemas vinculados tanto a la continuación de un embarazo como al espectro de personas que se pueden consultar. Por su parte, la reconstrucción del último aborto, es decir,

<sup>12</sup> Confesión que por su lado suelen inadvertentemente mantener algunos profesionales del aborto clandestino, los que aparecen "liberando" a la mujer, con inyecciones hormonales o con ligados uterinos simulados, de algo que en realidad no tiene.

<sup>13</sup> Por eso resulta de particular relevancia intentar controlar lo que Gaskonde denomina la "marchitización", esto es, "los crecimientos en las que se realiza la entrevista: su privacidad (presencia de niños, familiares o personas extrañas), el momento y el día en que se efectúa (horas de trabajo en el lugar, de asento, días laborales o festivos, etc.), todas las cuales influyen en la entrevista, pudiendo ser motivo de rechazo total o parcial, o de falta de sinceridad". Gaskonde, 1973, p. 28.

del más cercano en el tiempo, estuvo impulsado por la evaluación de que sería el de más fácil remembranza y aportaría los datos más completos.

En cuanto a la sinceridad, también fueron tomadas algunas decisiones que comprometieron el diseño del instrumento de recolección. Así fue que las preguntas partían del supuesto de que el aborto había sido siempre un aborto provocado. En el marco de un fenómeno tan cargado de valoraciones éticas y emocionales, en ocasiones de revulsiva implicancia para la intimidad de las personas, esto se hizo pensando en el imperativo de mostrar a la entrevistada que los entrevistadores consideraban a la interrupción voluntaria del embarazo como algo corriente y aceptable. En consecuencia, en lugar de comenzar buscando la distinción entre el carácter provocado o espontáneo del episodio, recién avanzada la planilla sobre aborto, se estimulaba indirectamente una aclaración al respecto.

#### c) ¿Qué definición del aborto utilizar?

El problema de la definición de aborto que se utilice para calcular la incidencia puede ser crucial. El estudio de los datos internacionales sobre el aborto inducido hecho por Tietze y Murstein omite datos sobre Latinoamérica debido a que *"aunque un número de autores latinoamericanos ha tratado de cuantificar la incidencia (de abortos ilegales), los resultados de sus estudios no han sido incluidos en este informe porque no pueden ser comparados con los datos de otros países. Aunque en algunas de estas encuestas se hicieron intentos de separar el aborto inducido de aquellos que se informaron como espontáneos, la validez de estos datos es dudosa"* (Tietze y Murstein, 1975, p. 16).

Atendiendo a las recomendaciones realizadas por otros estudios en América Latina acerca de la confiabilidad de las declaraciones sobre ocurrencias de abortos, se decidió trabajar -para el cálculo de la incidencia- con una definición de aborto que incluye toda pérdida fetal, sea ésta espontánea o provocada. Las razones que motivaron esta opción no difieren de las apuntadas por otros autores y están ligadas al panorama de sanción moral y legal que todavía presentan nuestros países. Como señalaba hace algunos años Gaslonde en un artículo que evaluaba el estado de la información y de las investigaciones realizadas en América Latina sobre el aborto *"un medio ambiente donde se combinan el peso de la tradición, prejuicios, religión, el bajo status de la mujer, la ley, y otros factores que generan sanciones morales y legales contra el aborto inducido, fomenta el secreto, el fingimiento, y la mentira, y no se puede esperar que las declaraciones de las mujeres entrevistadas sobre el aborto inducido puedan reflejar la verdad o aun acercarse a ella"* (Gaslonde, 1976, p. 441).

Si bien es evidente que algunas circunstancias han cambiado durante la última década, en el sentido de que podemos observar mayor flexibilidad social y cultural en el presente de la que había al momento de aquella recomendación, parece todavía inoportuno desestimar el riesgo de una considerable subestimación de la incidencia del aborto inducido en la medida en que se intente discriminar los abortos espontáneos de los provocados. Por esto, si bien el relevamiento de información contempló la discriminación entre abortos provocados y espontáneos, los cálculos de incidencia fueron realizados en base a una definición que incluyó los dos tipos.

Sabemos que esta opción metodológica puede producir -opuestamente a la otra- un sobre-registro del fenómeno que se intenta medir y caracterizar, pero aun así nos pareció la alternativa más apropiada para una investigación como la presente. No desconocemos las diferencias esenciales que existen entre un acto voluntario de abortar y una interrupción del embarazo que se produce sin intervención deliberada alguna. Pero tampoco desestimamos las referencias encontradas en la literatura acerca de la baja incidencia de los abortos espontáneos (Gaslonde, 1976, p. 441). Por esta razón apelamos a una licencia metodológica y optamos por considerar todos los abortos consignados en el trabajo de campo como si hubieran sido abortos provocados.

#### d) ¿Cómo calcular la incidencia del aborto?

El problema de cómo calcular la incidencia del aborto está estrechamente relacionado con la cantidad y calidad de información disponible. En principio conviene subrayar que no existe ningún método confiable que haya sido suficientemente probado para estimar -a un costo razonable- la incidencia del aborto y su relación con los riesgos para la salud de la mujer. El aborto es generalmente medido por medio de tasas -que relacionan el número de abortos con la población femenina- y de proporciones -que relacionan el número de abortos con otra serie de episodios reproductivos, como los nacimientos o los embarazos.<sup>24</sup> Más específicamente, la tasa de abortos por 100 mujeres permite evaluar la prevalencia de mujeres con historias de abortos en un momento, dentro de una cohorte, un grupo específico de mujeres, o en el total de población femenina en edad fértil. Por su parte, la proporción de abortos en 100 embarazos indica la práctica del aborto en las expuestas al riesgo de abortar, esto es, en las

<sup>24</sup> La razón de distinguir entre tasas y proporciones tiene que ver con el tipo de relación que puede establecerse entre lo consignado a través del numerador y del denominador: por definición podemos aceptar que una proporción ocurre dentro de un universo que la define, o sea que el numerador está incluido en el denominador, como es el caso de la proporción de abortos en el total de embarazos. Gaslonde, 1976.

embarazadas. Mide claramente el riesgo de abortar en el universo donde puede objetivamente ocurrir este fenómeno. Como solamente mide el riesgo del aborto en función de los embarazos, depende de la frecuencia de éstos y no valora la incidencia del aborto en un lugar. Se pueden cometer serios errores de apreciación cuando no se tiene en cuenta que la probabilidad que tiene una mujer de abortar es el producto de dos probabilidades: la que tiene la mujer de embarazarse por la probabilidad de una mujer embarazada, de abortar. Y esta consideración es particularmente importante cuando, por el uso extendido de anticonceptivos, se reduce el número de embarazos en la población de mujeres en edad fértil, pero no se reduce la frecuencia de los abortos en la misma proporción. En esta circunstancia, y aunque se hubiera reducido sustancialmente el número de abortos, puede observarse una proporción de abortos por embarazos creciente. Uno de los errores posibles es entonces concluir de esto que la anticoncepción aumenta la incidencia del aborto (Gaslonde, 1973).

En segundo lugar, el aborto es generalmente medido en relación con el tiempo de ocurrencia que se toma en consideración. De allí la diferencia que suele hacerse entre incidencia y prevalencia del aborto. La primera responde a una medición acumulativa, propia de las encuestas retrospectivas, que contabiliza los episodios de abortos a lo largo de la vida reproductiva -parcial o total- de una muestra de mujeres. Por su parte, la prevalencia mide la magnitud del fenómeno del aborto en un presente actualizado, que en general es de un año.

Algunos estudios han trabajado con otras medidas, como el número medio de abortos por mujer. Esta medida resulta del cociente entre el total de abortos declarados por las mujeres encuestadas hasta la fecha misma de la encuesta, por el total de mujeres de la encuesta. Suele usarse con fines comparativos entre estratos socioeconómicos, entre niveles de instrucción u otras variables independientes de una población para medir la práctica diferencial del aborto. Para estas comparaciones es preciso tener especial cuidado en controlar la estructura por edad y estado civil de las subpoblaciones que son sometidas a comparación. Por último, además de las medidas generales de incidencia del aborto según mujeres y según embarazos, también puede calcularse tasas específicas por edades, niveles de instrucción, paridez, etc.

#### **¿Cuál es la incidencia del aborto en la población del estudio?**

Entre las 121 mujeres de la muestra hubo 36 que abortaron al menos una vez, lo que representa el 30% del total de mujeres: casi una de cada tres mujeres decidieron realizarse un aborto en algún momento de su vida previo a este estudio. Al mismo tiempo, las mujeres

de la muestra tuvieron un total de 349 embarazos, de los cuales 49 terminaron en abortos, lo que representa un 14% del total de embarazos: de cada 10 embarazos, uno y medio terminaron en aborto. En base a estos datos pueden sintetizarse las siguientes medidas de incidencia:

- a) tasa de abortos por 100 mujeres = 40,49<sup>13</sup>
- b) proporción de abortos por 100 embarazos = 14
- c) número medio de abortos por mujer = 0,40

El número medio de abortos por mujer está indicando que ha habido casi medio aborto por mujer. Si calculamos esta medida sólo para las mujeres que tuvieron al menos un aborto hasta el momento del estudio, esta medida asciende a 1,36 abortos por mujer. Desagregando esta medida promedio tenemos que el 72% de las mujeres que abortaron lo hicieron una sola vez (26 mujeres), el 22% lo hizo en dos oportunidades (8 mujeres), y sólo dos mujeres abortaron 3 y 4 veces cada una. Si desestimamos estos dos valores extremos, al número medio de abortos por mujer, para aquellas que abortaron desciende a 1,23 aborto por mujer. De las 8 mujeres que abortaron en dos oportunidades, 5 de ellas tuvieron los dos abortos dentro del mismo intervalo genésico.<sup>14</sup>

#### ¿Cuándo abortan las mujeres?

El momento en el cual una mujer decide realizarse un aborto constituye un dato de relevancia a la hora de intentar comprender el sentido de esa acción. En términos agregados, una población puede estar recurriendo al aborto para lograr diferentes objetivos. Puede intentar por ese medio espaciar la crianza de sus hijos, conservar un tamaño particular de prole o postergar el inicio de la constitución de la misma. En otras palabras, el momento del ciclo de vida reproductivo en el que una mujer decide abortar puede constituir un dato clave para comprender el sentido de esa práctica. Las condiciones familiares y personales puntuales

<sup>13</sup> 36,9 si desestimamos 2 valores extremos correspondientes a dos mujeres de la muestra que abortaron 3 y 4 veces respectivamente.

<sup>14</sup> La definición y consiguiente medición de los intervalos es uno de los problemas frecuentes en la interpretación de los datos y en la comparación de diferentes estudios. Según Wainoff (1983) las posibilidades son variadas, dependiendo en buena medida de la oportunidad de la calidad y confiabilidad de la información con la cual se cuenta. En nuestro estudio decidimos medir los intervalos intergenésicos desde el nacimiento de un hijo hasta el embarazo del hijo siguiente, y el intervalo postgenésico desde el comienzo o formación de una pareja de convivencia estable hasta el embarazo del primer hijo, procurando para los cálculos y en todos los casos embarazos de una duración de nueve meses.

que rodean una decisión de aborto, así como el conjunto de configuraciones culturales de las que la mujer es portadora, se articulan y crean una disponibilidad hacia la interrupción del embarazo, para la cual el momento del ciclo de vida de la mujer y de la familia resultan condiciones que pueden desestimular o reforzar una decisión de aborto. Un aborto de soltera no se sostiene en la misma constelación de motivaciones que un aborto de casada, como tampoco son equivalentes un aborto antes del primer hijo y uno después del tercero. Cada mujer y cada pareja van construyendo en el tiempo y en el espacio un tipo particular de prole, y la decisión de abortar adquiere diferentes sentidos según los momentos en los que se la tome. Si bien la probabilidad de ocurrencia de un aborto depende de la probabilidad que tiene una mujer de embarazarse, y ésta a su vez depende de la frecuencia de su práctica sexual y de la intensidad y calidad del uso de prácticas anticonceptivas, el momento del ciclo de vida reproductivo en el que se realiza un aborto define uno de los atributos básicos del hábito de regulación de la fecundidad de una población determinada y caracteriza la problemática particular que rodea esa acción.

Dada la escasa repitencia de abortos en una misma mujer (sólo 10 casos), y dada la constatación de que en más del 50% de los casos de las mujeres con dos abortos la repitencia se da dentro del mismo intervalo genésico, a los efectos del análisis del cuándo abortan las mujeres hemos considerado el momento de ocurrencia del primer aborto de cada mujer. En la población estudiada encontramos 15 mujeres que abortaron antes del primer hijo (41,6%) y otras 15 mujeres que abortaron después del primer hijo y antes del segundo. Las restantes 6 mujeres abortaron después del segundo hijo y antes del tercero, representando el 16,6% de las mujeres que alguna vez abortaron. En relación con el casamiento, es decir, con la constitución de una pareja estable,<sup>17</sup> 11 mujeres abortaron antes del mismo (30,5%) mientras que las restantes 25 mujeres lo hicieron después (69,4%). Si combinamos estos dos criterios de ordenamiento temporal, la paridez y el casamiento, tres grupos de mujeres se diferencian claramente:

1. las mujeres que abortan antes del casamiento y antes del primer hijo, o sea, que abortan en tanto solteras y nulíparas;
2. las mujeres que abortan después del casamiento y antes del primer hijo, demorando el nacimiento del primer hijo;

<sup>17</sup> En nuestra investigación hemos considerado como equivalentes el casamiento legal y la construcción de una pareja de convivencia estable -unión consensual.

3. las mujeres que abortan después del casamiento y después del primer hijo, esto es, que abortan en tanto casadas y madres, para espaciar la crianza de sus hijos o para limitar su número.

La distribución de la población estudiada según estos tres patrones de ocurrencia de abortos según paridez y casamiento muestra una concentración del 55,5% de los casos (20 mujeres) en el tercer grupo, o sea, el de las que abortan después de casadas y de haber sido madres; un 28% (10 mujeres) en el primer grupo, el de las que abortan siendo solteras y nulíparas, y por último un reducido número de casos -5 mujeres- que abortan durante el intervalo protogénico. De estas cifras pueden inferirse además que el 80% de las mujeres que tienen su primer aborto después del casamiento, lo tienen después del primer hijo.

### ¿Por qué abortan?

El motivo fundamental por el cual una mujer aborta es que no quiere continuar con un embarazo, esto es, quiere interrumpir el proceso por el cual llegaría a tener un hijo. Una mujer puede haberse embarazado sin quererlo, o puede haber cambiado de idea por circunstancias personales y sociales en el inicio del embarazo, y no quiere tener un hijo en ese momento de su vida. Las razones por las cuales una mujer no quiere continuar un embarazo constituyen una problemática compleja y equívoca donde se intersectan, refuerzan y anulan motivaciones conscientes e inconscientes, individuales y familiares, sociales y culturales. Los determinantes de la conducta a seguir varían ampliamente entre culturas y aún dentro de una misma cultura, influenciados en particular por consideraciones relativas a la situación conyugal, familiar y social de la mujer.

*"Yo todavía no quería, pero si viene... viene. Yo no sé si quería seguir ese embarazo, si no lo esperaba, pero no pensé nada para hacerlo, me daba miedo."*

*"Me puse mal porque pensaba en mi mamá y papá, porque no estaba casada y era de cinco meses y no se podía hacer nada; aparte yo no quería hacerme nada, pero cuando me enteré sí quise seguir."*

*"Yo fui a un particular para hacerme alguna cosa, pero mi marido no quería que lo hiciera, pero yo vi que era muy chiquitita la otra nena, pero él se puso firme...yo no*



*quería seguir, fui a un médico de Podestá, me dijo que estaba embarazado y que cobraba 350; cuando le dije a mi marido me dijo vos no te hacés!, lo hubiéramos podido pagar pero él no quiso que me lo hiciera, hasta ahora sigue diciendo, si vos quedás, todos los que vengan!"*

*"Yo ya tenía chicas grandes y no sentamos condiciones económicas buenas. Tuve mucha sorpresa, me parecía mentira, pero después me alegré muchísima; no sé si quería seguirlo, no quería creerlo, no me convenció, casi no quería pensarlo...pero no hice nada."*

*"Mi primera reacción fue negativa porque no quería tan pronto; después ya me acostumbré y me puse contenta. No quería seguir con el embarazo, tomé unas pastillas, pero después quise seguir y dejé de tomar y consulté con un médico para asegurarme de que esas tomas no le traerían problemas al chiquito."*

*"Me puse un poco nerviosa, me sentía muy mal; al principio no quería pero después sí quise, y mucho..."*

*"Mi reacción fue normal, no lo buscábamos ni lo dejábamos de buscar."*

Frente a un embarazo que no se quiere continuar, el aborto es la única alternativa eficaz. Pero en tanto éste comporta costos emocionales y sociales, la decisión de abortar no siempre se toma. En este estudio se intentó conocer las actitudes de las mujeres frente a un embarazo que -independientemente de su carácter voluntario o involuntario- no se quiere continuar.<sup>18</sup>

Frente a un embarazo que desencadena reacciones negativas puede haber intentos de aborto y abortos efectivos. Los intentos por lo general se dan a través de intervenciones menores con las cuales se procura interrumpir el embarazo: uso de hierbas o duchas vaginales, ingesta de píldoras, aplicación de inyecciones de regularización menstrual, traumas autoprovocados y preparados abortivos.<sup>19</sup> Muchas veces estos intentos, lejos de cumplir con el propósito para el cual son ensayados, son totalmente neutros o incluso o bien acarrean

<sup>18</sup> Nuestra referencia a un embarazo no querido no responde a un juego de palabras en el que se reemplaza lo que tradicionalmente se ha referido como "deseado" por otra palabra menos utilizada, "querido". La referencia a un embarazo querido -o no querido- está sesgando exclusivamente el valor de la reacción de la mujer frente a la evidencia de un embarazo, independientemente del hecho de que éste haya sido buscado o no buscado, planeado o no planeado, deseado o no deseado. Para esto fueron formuladas cuatro preguntas en ocasión de cada embarazo consignado por las mujeres entrevistadas: Cuando Ud. se dio cuenta que estaba embarazada, ¿cómo fue su reacción?, en ese momento, ¿Ud. tenía ganas de continuar con el embarazo?, ¿en algún momento pensó en la posibilidad de interrumpir el embarazo?, y ¿qué fue lo que le hizo tomar la decisión de interrumpir el embarazo?

<sup>19</sup> Muchas mujeres mencionaron haber recurrido a "inyecciones", buscando infructuosamente por este medio la interrupción de la gestación. Este recurso concierne a la vez una confusión, un engaño (autoengaño) y un equívoco. De hecho, en el mercado farmacéutico argentino no existen productos destinados implícita o explícitamente a provocar abortos: las "inyecciones" a las que se referían sirven para la regularización de la menstruación, y con ellas en todo caso lo único que puede hacerse es confirmar la presencia de estar embarazada.

lesiones sin producir necesariamente el desprendimiento del huevo. Los abortos efectivos habitualmente implican intervenciones mayores en las que se utilizan medios quirúrgicos, como el catéter o la sonda, la dilatación y el curetaje o la aspiración.

Las mujeres entrevistadas refirieron haber llevado a cabo los dos tipos de intervenciones. Respecto de los abortos efectivos dijimos más arriba que de las 121 mujeres de la muestra, 36 habían abortado al menos una vez; y que de los 349 embarazos tenidos por esas mujeres, 49 habían terminado en aborto. Entre los motivos referidos sobre la decisión de abortar, los problemas en la relación conyugal y las condiciones de vida fueron los más reiterados, apareciendo sólo dos casos en los que fueron esgrimidas razones de salud (cesáreas muy próximas).<sup>20</sup>

*"Tenía muchas problemas con mi marido y con mi suegra; no teníamos casa propia y todo nos iba mal...y; uno sufría escuchando discutir a los padres, para qué ovo más..."*

*"Yo veía que no íbamos a seguir con mi marido, así que...qué iba a ser de él, quién lo iba a mantener..."*

Obviamente, las motivaciones que llevan a una mujer soltera a decidir un aborto son en buena medida diferentes de las que impulsan a una mujer casada. Entre la población estudiada, las razones apuntadas por aquellas mujeres que decidieron un aborto siendo solteras se centran en la falta de apoyo emocional, económico y social por parte del compañero-padre.

*"Yo estaba sola, nadie respondía por ese embarazo, ya no podía mantener a otro más...era muy difícil sobrellevar aquella situación de soledad..."*

*"Todavía no podíamos casarnos, no estábamos muy seguros...y además no teníamos medios económicos para hacerlo..."*

*"El muchacho no quería saber de nada, qué iba a hacer yo..."*

En cuanto a los intentos de aborto, 15 mujeres refirieron haber intentado un aborto (una de ellas lo intentó con dos embarazos), y el procedimiento más utilizado fue la inyección.

<sup>20</sup> En el estudio realizado por Carol Browner en Cali, Colombia se señalaba que "Fueron mujeres de cualquiera de los grupos económicos dadas razones económicas para no desear continuar con el embarazo. En lugar de ello hubo mayor posibilidad de que mencionaran los problemas conyugales (por ejemplo 'me abandonó mi esposo' o 'estaba por hacerlo') o razones sociales (por ejemplo 'yo ya tenía todos los hijos que deseaba', 'mi hijo menor tenía sólo un año') para no querer continuar con ese embarazo en particular", Estudios de Población, vol. IV, N° 16, p. 21.

*"Me puse varias inyecciones que me dieron en la farmacia, pero ya no me hicieron nada...y otra cosa no me animé"*

*"Me di una sola inyección y no me hizo nada, en otra consulta con una ginecóloga ella me sugirió un raspado pero no quise, y mi marido tampoco quiso"*

*"Consulté con un médico particular y además en una clínica. No me quisieron hacer nada proceso infeccioso, porque era peligroso. Volví al médico particular y me sacó el DIU, intentando un aborto, pero tampoco funcionó, a pesar de eso..."*

A los abortos efectivos y a los intentos de aborto podemos agregar los casos en los que las mujeres pensaron en interrumpir el embarazo, pero sin realizar ninguna acción conducente a ese fin. Tendremos así una idea de la incidencia de embarazos no queridos en la población del estudio: en efecto, hubo también 23 mujeres que frente a la evidencia de 25 embarazos (una de ellas pensó en interrumpir cada uno de sus tres embarazos) pensaron en la posibilidad de interrumpirlo. En síntesis, de los 349 embarazos que la población entrevistada tuvo, 49 terminaron en aborto, otros 16 no se quisieron, intentándose un aborto ineficaz, y 25 tampoco se quisieron, pensándose en la posibilidad de interrumpir sin que finalmente se adoptara conducta alguna. De esto resulta que el 25,8% de los embarazos de las mujeres del estudio fueron embarazos no queridos.

### ¿Cómo abortan?

En este punto analizaremos la disponibilidad de recursos materiales, sociales y afectivos con los cuales las mujeres del estudio afrontaron la decisión y la realización del aborto, y el tipo de manejo que de estos recursos hicieron.<sup>21</sup>

Según Beckman (1983), "...las decisiones que tienen que ver con la fecundidad son altamente complejas...son decisiones didácticas o de grupo, que habitualmente al menos involucran un hombre y una mujer, y cuando los lazos familiares o sociales son fuertes, también a un conjunto de otras personas" (Beckman, 1983, p. 415, nuestra traducción). La importancia funcional de los lazos de parentesco en los sectores urbanos de América Latina en términos

<sup>21</sup> Para este análisis revisamos la información derivada de las preguntas de la planilla especial de aborto contenida en el cuestionario aplicado en las entrevistas: ¿con quién conversó sobre la posibilidad de interrumpir el embarazo?, ¿qué le dijeron?, ¿cómo lo ayudó a realizarlo?, ¿tuvo que pagar algo?, ¿quién la acompañó?, ¿cuándo efectuó el aborto?, ¿realizó alguna consulta médica previa o posterior al aborto?, entre otras, fueron las preguntas formuladas para cada una de las interrupciones referidas por las mujeres. Se hace necesario destacar aquí que la referencia de un aborto espontáneo o uno provocado dispersa baterías de preguntas diferentes, por lo tanto, para el siguiente análisis se trabajó fundamentalmente con la información de interrupciones que se refirieron como provocadas.

de actividades sociales básicas como la asistencia económica, la ayuda para criar los hijos, la socialización de información y los episodios rituales más importantes ha sido ampliamente documentada (Lewis, 1952 y 1973; Peattie, 1968; Lomnitz, 1977, entre otros). Pero la relación entre la organización familiar y la fecundidad, y más específicamente el papel de los familiares en la toma de decisiones sobre fecundidad, no ha sido todavía sistemáticamente analizado. En esta dirección, algunos autores han señalado que dada la modalidad de organización doméstica preponderante en nuestras sociedades -la mayor parte de los hombres desarrollan gran parte de su vida fuera del hogar y regresan a éste sólo a las horas de comer y para dormir; mientras que las actividades de la mujer se concentran en el hogar- la comunicación entre géneros, aun entre esposos, es muy limitada. Algunos informes incluso señalan que temas íntimos como el sexo o las preferencias sobre el tamaño de la familia se discuten muy rara vez (Hill, Stycoo y Back, 1959; Stycoo, 1968; PROFAM-PIACT de México, 1979) y que las mujeres obtienen un apoyo emocional y social considerable de sus parientes del mismo género (Lomnitz, 1977; Hill et al, 1959).

En función de estos trabajos y de algunos otros de carácter más cualitativo (Ramos, 1983; Cajías, 1984; Jordán, 1980; Oakley, 1979) suponíamos que era probablemente dentro del círculo familiar femenino donde básicamente se procesaban las decisiones sobre aborto. La información recogida avala muy parcialmente esta idea. De los 19 abortos provocados en los que contamos con datos acerca de las personas con quien conversó la entrevistada sobre la posibilidad de interrumpir el embarazo, en 5 lo hizo solamente con la pareja (novio o marido), en 4 solamente con otras mujeres (madre, hermana, cuñada, amiga) y en los 10 restantes con la pareja y otras mujeres. Aunque no son estrictamente comparables con la muestra, vale la pena traer a colación los resultados obtenidos en el estudio de Browner sobre mujeres colombianas de la ciudad de Cali (1976). En dicho estudio, el 91% de las mujeres declaró no haber comentado a ningún familiar extraconyugal que estaba considerando un aborto, debido básicamente a que tenían su desaprobación. En este trabajo se mostraba que la intensidad de la interacción con los parientes no estaba relacionada con las decisiones de aborto y que sólo el marido tenía un rol importante en el proceso de decisión. En el nuestro, la comunicación y consulta con una categoría particular de parientes, esto es, mujeres familiares, pareció muy significativa.

Obviamente, el papel del marido en las decisiones de aborto no puede ser aislado del papel que éste juega también en relación al comportamiento frente a la regulación de la fecundidad, y más específicamente frente al futuro de cualquier embarazo, tenga o no la mujer la intención -o la duda- de abortar. Si analizamos las respuestas de las mujeres frente a la

pregunta ¿cuál fue su reacción cuando se dio cuenta que estaba embarazada?<sup>22</sup> observamos sistemáticamente dos alternativas típicas de respuesta,

*"Estábamos muy contentos los dos, aunque no lo buscábamos, como en el primero...fue bien recibido"*

*"Yo no lo esperaba, no lo esperaba...me puse nerviosa, lloraba, no sabía qué hacer...después de tanto tiempo y con tantas dificultades económicas, yo no sabía qué hacer. Pero mi marido sí sabía, él sí quería...pensando que tal vez ahora tenía el varón...él dijo que sí..."*

El primer tipo de respuesta, más allá del hecho de que se hijo haya sido buscado o no buscado, primer hijo o segundo, no ofrece más comentarios que su propia elocuencia: el conflicto se minimiza porque hay concordancia entre los miembros de la pareja acerca de continuar con el embarazo.<sup>23</sup> En cuanto al segundo testimonio, éste al igual que otros tantos, muestran claramente que, dando un sentimiento de ambivalencia o de rechazo de un embarazo -que por otra parte aparece como un estado emocional típicamente femenino- por parte de la mujer, la opinión y la actitud del compañero resultan piezas claves para cualquier decisión

*"Yo iba a ir a un particular para hacerme alguna cosa, en realidad no sabía qué hacer, pero mi marido no quería que lo hiciera, yo veía que era muy chiquita la otra nena, pero él se puso firme. Lo hubiéramos podido pagar, pero él no quiso que me lo hiciera"*

*"Estaba muy preocupada porque no lo tenía previsto, y habíamos iniciado una serie de gastos de arreglo de la casa. En realidad no sabía qué hacer...no le quería contar a mi marido hasta no tomar una decisión, el aborto fue en realidad una posibilidad antes de tomar una decisión, finalmente me decidí a tenerlo, sobre todo cuando se lo conté a él; porque él lo quiso, y lo quiso...esperando que sea el varón"*

*"Yo no quería, estaba preocupada porque no quería, pero mi marido decía que sí, que si criamos a uno podíamos criar a otro, y él quería que tuviera nomás..."*

*"Yo ni pensé en abortar porque mi esposo quería el varón y no podía ni pensar en abortarlo pues tendría problemas con él..."*

<sup>22</sup> Pregunta formulada en ocasión de cada uno de los embarazos de la mujer entrevistada, hubieran terminado en aborto o en un nacido vivo.

<sup>23</sup> Según Beckman los acuerdos de la pareja frente a la cuestión del tamaño de la familia y la planificación familiar pueden ser fruto del consenso -cuando envuelve un acuerdo reconocido mutuamente basado en la discusión- o de la concordancia -cuando se dan preferencias coincidentemente similares. Beckman, 1983, p. 316.

*"Yo le dije a él...que yo podría tenerlo, pero él no quería saber de nada con ese embarazo, me dijo que me hiciera un aborto, él me lo indicó y tuve que aceptar..."*

Es de notar que esta es la versión que las mujeres ofrecen acerca del procesamiento de la decisión de continuar o de interrumpir un embarazo. Probablemente ésta no coincida con la que los hombres podrían dar acerca del mismo episodio. Sin embargo, y aunque esta presentación de los hechos se aleje parcial o totalmente de lo que efectivamente sucede en una pareja frente al conflicto producido por un clima de confusión, de indecisión o de confrontación entre expectativas antagónicas, llama la atención el papel clave que las mujeres hacen jugar a las opiniones del marido en estos procesos de decisión. Estas evidencias se aproximan a los resultados obtenidos en otros trabajos. En el estudio de Browner (1976) indicado más arriba, se llegó a la conclusión de que el factor más importante en la determinación de una mujer de abortar era la aceptación o el rechazo por parte del hombre de su responsabilidad económica del hijo. En otros trabajos también se presenta la evidencia de que *"en contraste con las decisiones anticonceptivas, las decisiones de aborto tienden a ser tomadas exclusivamente por la pareja, sin la intervención de otros familiares; y que en casos de desacuerdo, la visión del hombre frecuentemente prevalece"* (Beckman, p. 430).

La importancia de las otras mujeres de la familia o del círculo afectivo más inmediato - fundamentalmente las cuñadas- se observa claramente en el hecho de que éstas son siempre las que transmiten la información para conseguir algún islote, y proveen la asistencia cotidiana que la mujer que aborta necesita por unos días hasta que se recupera física y emocionalmente. Ya se trate de la recomendación de una comadrona o de un profesional médico (partera o médico), la información acerca de su pericia, sus honorarios o su domicilio circula exclusivamente a través de la red de mujeres de la familia o del vecindario.

En cuanto a quienes realizaron los abortos de las mujeres del estudio, de los 19 abortos provocados sobre los que se cuenta con información, 8 de ellos fueron realizados por doctores, 10 por parteras y uno por una doctora; y todos ellos fueron pagados en moneda.

*"Fui a lo de la partera que me dijo mi cuñada y me colocó una sonda y volví a mi casa a descansar hasta que saliera, pero como no salía me impacienté y me fui muy rápido de vuelta, y me puso sobre un tacho con agua hirviendo, con vapor, ahí me senté. Y se ve que como me aguré me hizo mal, sufrí mucho dolor, y mi marido después no quiso saber de nada de haceme otra vez, fue terrible esa vez...no pensé en un médico porque me iba a retar, se iba a enojar conmigo, porque como yo no quería tenerlo, ellos no son para esas cosas, creen que siempre está bien tener, total..."*

*"fui a lo de una señora que me dijo que era enfermera, me la recomendó la señora de mi primo, me puso una sonda, pero al sacármela seguía con hemorragia y no se desprendía...yo no soy amante de ir al médico, para interrumpirlo tenía que hacerme un raspaje con un médico, pero me salió mucho. Al hospital no se me ocurrió ir porque ahí no lo hacen. Pero como seguía con las hemorragias fui al Posadas, ahí estuve internada una semana, me hicieron un raspaje y me dijeron que no me hiciera más lo que me había hecho. Yo le dije al médico que me había caído, pero creo que se dieron cuenta igual"*

*"fui a una doctora particular y pagué un montón. Primero tomé pastillas para que me bajara, después me di inyecciones, pero nada pasó...pero tuve hemorragias muy fuertes, no tomé otro "ergotrate", entonces cuando me paró la hemorragia fue al consultorio particular, pero no me dijo nada, se lavó medio las manos, le dije que yo me iba a ir a internar en la Santa Rosa y cuando le dije eso me atendió. Tuve pérdidas como dos meses, todos me aconsejaban que vaya a verla de nuevo pero yo no quería porque solo estaba muy fresquito. Entonces fui al médico de la familia y me dijo que no volviera más a esa doctora"*

En el segundo testimonio presentado más arriba aparece desplegada una de las estrategias que las mujeres de los sectores populares siguen -deliberadamente o no- para conseguir la interrupción de un embarazo. No es la primera vez que registramos este relato: la mujer comienza un aborto por propia cuenta o por cuenta de alguna persona no profesional, y termina acudiendo al hospital público para que allí lo completen.<sup>21</sup> Este es uno de los efectos perversos de la prohibición del aborto en nuestro país: más que desalentar la práctica del mismo, reproduce y acentúa una desigual distribución de los costos sociales, emocionales y en salud del aborto.

### **Anticoncepción y aborto**

El análisis de los patrones de práctica del aborto no parece estar completo si no se los analiza en conjunto con la anticoncepción. Y esto no sólo para conocer las modalidades de regulación de la fecundidad de una población, sino también para poder evaluar en qué medida la anticoncepción resulta un método preventivo que ayuda a reducir el problema público y social del aborto.

<sup>21</sup> Véase Ramos, S., 1983.

La anticoncepción y el aborto no sólo se diferencian por el hecho de implicar conductas preventivas o post-fácticas respectivamente,<sup>25</sup> sino también en virtud de los costos y beneficios que supone el uso de uno u otro método de regulación. Según David (1983), *"la anticoncepción requiere un considerable esfuerzo y una permanente vigilancia, con una recompensa a largo plazo que se percibe solamente como la ausencia de un evento. En contraste, el aborto requiere un exiguo esfuerzo previo de aprendizaje; además, el atraso de un período y la ansiedad en torno a un embarazo no querido son en general motivaciones suficientes. A diferencia de la mayoría de los anticonceptivos, el aborto es 100% eficaz, se realiza en una única acción en el tiempo y constituye una operación independiente del coito basada en la certeza antes que en la probabilidad. El aborto también evita interferencias con la actividad sexual y libera a la mujer de los peligros en cuanto a la salud que algunos creen que se asocian a los anticonceptivos mi demos"*. Respecto a los costos emocionales de ambos métodos el mismo autor observa que *"Mientras la culpa es asociada al aborto, por lo menos una cuota de culpa también puede ser asociada con la anticoncepción, que exige a menudo una continua, y no una única y singular, violación de un sistema de valores"* (David, 1983, p. 208, nuestra traducción).

Las evidencias recogidas señalan que la coexistencia de las prácticas anticonceptivas y el aborto es una constante en la mayor parte de las poblaciones. Ahora bien, el signo de su relación, esto es, sus respectivas incidencias relativas y el grado de complementación o exclusión con el cual estos métodos son usados por una población, dependen en buena medida de su disponibilidad y accesibilidad. Y esto a su vez se halla fuertemente condicionado por el contexto legal y cultural dentro del cual las conductas reguladoras de la fecundidad deben voluntariamente llevarse adelante.

En las primeras líneas de este trabajo hicimos referencia al marco legal y normativo dentro de los cuales se toman las decisiones reguladoras de la fecundidad: las prácticas anticonceptivas y el aborto, son obstaculizados, cuando no directamente prohibidos. Empero, el clima cultural en nuestro país no se compadece con este marco, sobre todo en el caso de la anticoncepción que es ampliamente aceptada y consumida. A estos deslises se agrega la paradoja de que ciertos métodos no encuentran ningún escollo formal o sustantivo en lo que hace a su venta, compra y producción. En suma, la Argentina presentaría una característica mixta que impediría a priori una ubiación clara en alguno de los dos modelos contextuales de los que hablamos recién.

<sup>25</sup> Para un análisis de las diferencias entre las conductas preventivas y post-fácticas en la atención de la salud, véase Linzer, J. J., 1984



Dada esta situación parece interesante indagar acerca de las modalidades de regulación de la fecundidad. Así cobran particular significación preguntas tales como ¿cuál es la incidencia relativa de la anticoncepción y del aborto en la población del estudio?; ¿cuál es la relación entre estas prácticas?; ¿en qué medida se complementan o se excluyen como alternativas de regulación de la fecundidad? Si bien es cierto que el impacto del uso de anticonceptivos sobre la incidencia del aborto puede ser exclusivamente medido a través de comparaciones entre categorías de mujeres que tienen una actividad sexual regular y cuyas condiciones (edad y paridez) son las mismas -y éstas no son estrictamente las condiciones de las mujeres de este estudio- algún análisis sobre la relación entre estas dos modalidades de regulación de la fecundidad puede ser encarado con la información disponible.

En la población del estudio, la incidencia de las prácticas anticonceptivas es mucho mayor que la del aborto: hasta el último embarazo, un 77% de la población de la muestra había usado alguna vez un método anticonceptivo, y un 29,7% de la misma había abortado al menos una vez. De esto se desprenden básicamente dos cosas. En primer lugar, que las mujeres de este estudio, en su gran mayoría han ejercido alguna forma de regulación de la fecundidad, ya sea para demorar el nacimiento de su primer hijo, para espaciar la crianza de los hijos o para limitar el número: ocho de cada diez mujeres han preferido la acción preventiva a la estrategia de última instancia que implica la interrupción voluntaria de un embarazo.<sup>26</sup>

En cuanto al segundo de los interrogantes planteados, esto es, la relación entre ambas modalidades de regulación de la fecundidad, en el siguiente cuadro se observa que las mujeres usuarias de anticonceptivos abortaron más que las mujeres no usuarias: mientras tres de cada diez mujeres usuarias de anticonceptivos abortaron alguna vez, sólo una y media de cada diez no usuarias tuvo un aborto.

*Cuadro 1. Distribución porcentual de las entrevistadas según condición de abortante o no abortante por condición de usuaria o no usuaria de anticonceptivos hasta el último embarazo.*

|                   | <i>Abortante</i> | <i>No abortante</i> |          |
|-------------------|------------------|---------------------|----------|
| <i>Usuaria</i>    | 34               | 66                  | 100 (93) |
| <i>No usuaria</i> | 14,2             | 85,7                | 100 (28) |

<sup>26</sup> Para un análisis del aborto como estrategia de última instancia en los sectores populares urbanos, véase Ramos, S., 1983.

Al igual que en otros estudios en los que se analizó la relación entre la anticoncepción y el aborto, las mujeres que han recurrido a la anticoncepción se mostraron más propensas a recurrir al aborto (David et al, 1978). Esto nos lleva a pensar en la existencia de una relación predominantemente complementaria entre ambos métodos de regulación de la fecundidad. Si esto es así cabe preguntarse acerca del impacto que tiene la calidad de uso de los métodos anticonceptivos sobre la incidencia del aborto. Para esto analizamos el comportamiento de dos indicadores. Por un lado, dentro del grupo de las usuarias comparamos la intensidad de uso de anticonceptivos entre las que abortaron y las que no. Dicha comparación mostró que las mujeres abortantes tienen una media de intensidad de uso de anticonceptivos a lo largo de su vida sexual sensiblemente menor que las mujeres no abortantes. Mientras que las usuarias y abortantes tienen una media del 58,6% de su período de exposición al riesgo de quedar embarazadas bajo anticonceptivos, las mujeres usuarias y no abortantes tienen una media del 70,6% de su tiempo de exposición al riesgo, bajo anticonceptivos.

En segundo lugar, comparamos la variabilidad del método anticonceptivo usado por las mujeres abortantes y por las no abortantes: las primeras mostraron tener una variabilidad mayor que las segundas. Mientras el 60% de las usuarias y abortantes usaron más de un método anticonceptivo, el 40% de las usuarias y no abortantes usaron más de un método. Visto de otra manera, mientras el 28% de las mujeres que usaron un solo anticonceptivo recurrieron al aborto, el 40% de las mujeres que usaron más de uno tuvieron un aborto. A partir de estos datos podemos plantear que las mujeres usuarias y abortantes se diferencian de las usuarias y no abortantes en dos atributos: en el hecho de ser más discontinuas en el uso de anticonceptivos, y en el hecho de tener una variabilidad mayor, o sea, una intercambiabilidad de anticonceptivos mayor.

Pero la condición de abortante o no abortante está definida según un criterio acumulativo, lo mismo que el atributo de usuaria o no usuaria. Esto es, el hecho de haber usado alguna vez un anticonceptivo o de haber abortado por lo menos una vez son suficientes para definir estos atributos. Ahora bien, así definidos, estas cualidades nada nos dicen acerca del orden en el que las mujeres las adquirieron. Un aborto puede constituir una experiencia traumática de tal índole que sirva de estímulo para la adopción de alguna otra forma de regulación de la fecundidad, o bien el aborto puede ser expresión de una voluntad firme de regular la fecundidad frente a la falla de algún método anticonceptivo en uso.

Para despejar este interrogante analizamos el orden en el cual las 32 mujeres usuarias y abortantes adquirieron cada uno de estos atributos. De este análisis surgió que el 75% de estas mujeres (24 mujeres) fueron primero usuarias y después abortantes, esto es, la decisión

de abortar fue tomada después de haber usado algún método anticonceptivo. Sólo 8 de las 32 mujeres usuarias y abortantes (25%) decidieron un aborto antes de adoptar alguna conducta anticonceptiva preventiva. Estos datos nos permiten conjeturar que entre las mujeres que usan complementariamente la anticoncepción y el aborto, éste aparece para la mayor parte de estas mujeres como refuerzo de una conducta anticonceptiva.

Ahora bien, en tanto el aborto y los anticonceptivos constituyen métodos alternativos para la regulación de la fecundidad, su uso o no uso, su complementación o su exclusión resultan estrategias posibles. Para analizar las modalidades de regulación de la fecundidad de las mujeres del estudio hemos ponderado el peso de cada uno de los subgrupos definidos según el cruce de los atributos de abortante o no abortante y de usuaria y no usuaria de anticonceptivos, en el total de mujeres de la muestra. Esto es, hemos reagrupado las mujeres según su conducta preventiva y/o post-fáctica frente a la regulación de la fecundidad.

**Cuadro 2.** *Distribución de las entrevistadas según hayan abortado o no y usado o no algún método anticonceptivo, hasta el último embarazo.*

|  |                           |
|--|---------------------------|
| <i>Mujeres usuarias y abortantes</i>       | <i>26,4% (32 mujeres)</i> |
| <i>Mujeres usuarias y no abortantes</i>    | <i>50,4% (61 mujeres)</i> |
| <i>Mujeres no usuarias y abortantes</i>    | <i>3,3% (4 mujeres)</i>   |
| <i>Mujeres no usuarias y no abortantes</i> | <i>19,8% (24 mujeres)</i> |

Podemos distinguir cuatro subgrupos de mujeres definidas según sus conductas frente a la regulación de la fecundidad. El grupo de mayor peso es el de las mujeres usuarias y no abortantes, representando la mitad de las mujeres del estudio. En segundo lugar, el subgrupo de mujeres usuarias y abortantes, las que representan un poco más de la cuarta parte de la población de la muestra. En tercer lugar, se ubica el subgrupo de las mujeres que no han abortado y que tampoco han utilizado ningún método anticonceptivo, representando un 20% de la muestra. Por último, casi sin ningún peso significativo está el subgrupo que sólo han abortado, un 3,3% del total.

### Algunas reflexiones

Al trabajar sobre el aborto debimos enfrentar gran parte de los mismos escollos que han debido sortear otros investigadores. Problemas en la confiabilidad de la información, en el cuidado ético de las respuestas, en la construcción de un encuadre facilitador en la entrevista, en la medición de la incidencia, entre algunos de los más difíciles.

En cuanto al primero de ellos, la contrastación de las dos fuentes de información disponibles (las historias clínicas de los establecimientos de salud y las historias de vida especialmente relevadas por la investigación) mostró una alta congruencia entre los datos; sobre todo en el número de mujeres que han abortado. Aunque este recurso metodológico no sepulte las dudas acerca de la confiabilidad de la información, es por lo menos un primer reaseguro.

Las tasas y proporciones que pudieron calcularse no parecen ser ni exageradamente altas ni exageradamente bajas. De todos modos, no resulta imprescindible una justeza absoluta en las mediciones para saber -y convencerse- que el aborto es hoy día un problema agudo de la salud de nuestra población. Las últimas estimaciones sobre mortalidad materna muestran que el aborto provocado es causa de más de un tercio de las muertes derivadas de complicaciones del embarazo, parto y puerperio (Argentina, MSAS, DNMI, Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Serie 8 N° 4, 1987). Y sabemos que estas defunciones son en una abrumadora mayoría de los casos, absolutamente evitables. Por otra parte, si estuviéramos intentando evaluar el impacto de algún programa de planificación familiar en la prevención del aborto, las mediciones deberían ser entonces inexcusablemente ajustadas. No es ésa la situación que enfrentamos actualmente.

En consonancia con la literatura, la inclinación y la apelación efectiva a la anticoncepción tienden a asociarse positivamente con el aborto, lo cual nos habla de la coexistencia y el refuerzo recíproco de ambos procedimientos de control de la natalidad en la población. Esta asociación entre los dos comportamientos (uno preventivo y otro post-fáctico) tiene a nuestro entender una clara lectura: la voluntad de regular la fecundidad es firme, y el recurso de la anticoncepción -obviamente mucho más inocuo que el aborto provocado- está siendo mal utilizado. Esta interpretación está sostenida por otros datos construidos en esta misma investigación: una alta discontinuidad en el uso de métodos anticonceptivos, una alta prevalencia de métodos tradicionales (como el coitus interruptus), una alta rotación en el uso de métodos, una ausencia muy significativa de la palabra médica para la orientación,

información y prescripción de anticonceptivos, y una gama amplia de equívocos acerca de modalidades de uso, entre los más significativos.

Por último, las descripciones de orden más cualitativo nos han mostrado que el aborto es una experiencia ambigua en las emociones que la acompañan, controvertida en los juicios éticos que despierta, contradictoria en el reconocimiento social que despierta, pero fundamentalmente **dura de sobrellevar**.

## BIBLIOGRAFIA

- ARGENTINA. CODIGOS. *Código Penal de la República Argentina*. Buenos Aires, Abeledo-Perrot, 1968.
- ARGENTINA. MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL. DIRECCION DE ESTADISTICAS DE SALUD. *Estadísticas vitales. Información básica 1980-1981*. Buenos Aires, Programa Nacional de Estadísticas de Salud, 1984.
- ARGENTINA. MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL. DIRECCION DE ESTADISTICAS DE SALUD. Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Serie 8, N° 4, 1987.
- BECKMAN, Linda J. "Communication, power, and the influence of social networks in couple decisions on fertility", en R. Bulatao y R. Lee (eds) *Determinants of fertility in developing Countries*. New York, Academic Press, 1983, v. 2: Fertility regulations and institutional influences, pp. 415-443.
- BROWNER, Carole. "Toma de decisiones sobre el aborto: algunos hallazgos en Colombia", *Estudios de Población*. Bogotá, v. 4, Nros. 1-6, En-Jun. 1979, pp. 16-29.
- CALANDRA, Dante y otros. *Aborto. Estudio clínico, psicológico, social y jurídico*. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1973.
- CARVALHO, José Alberto M. de, Pablo de T. Almeida Paiva y Donald R. Sawyer. *The recent sharp decline in fertility in Brazil: economic boom, social inequality and baby bust*. México. The Population Council, 1981 (Working paper, N° 8).
- CHI I-CHIENG, Chow, L.P. y Rider, Rowland, V. "La técnica de respuesta aleatoria utilizada en el estudio sobre los resultados del embarazo llevado a cabo en Taiwan", *Estudios de Población*. Bogotá, v. 4, Nros. 7-11, Jul-Dic, 1979, pp. 30-40.
- DAVID, Henry P. "Abortion: its prevalence, correlates, and costs", en R. Bulatao y R. Lee (eds.) *Determinants of fertility in developing countries*. New York, Academic Press, 1983, v. 2: Fertility regulation and institutional influences, pp. 195-244.
- DAVID, Henry P. "Incentives, reproductive behavior, and integrated community development in Asia", *Studies in Family Planning*, 13, 1982, pp. 159-173.
- DAVID, Henry P. "Psychological studies of abortion in the United States", H.P. David, H.L. Friedman, J. van der Tak, y M. Sevilla (eds.) *Abortion in psychological perspective. Trends in transnational research*. New York, Springer, 1978, pp. 77-115.
- DAVID, Henry P. y McIntyre, R.L. *Reproductive behavior: Central and Eastern European experience*. New York, Springer, 1981.

GASLONDE, Santiago. *Análisis preliminar de algunos datos sobre aborto provenientes de encuestas en América Latina*. Santiago de Chile, CELADE, 1973 (Serie A, N° 118).

GASLONDE, Santiago. "Studies in fertility and abortion in Asunción, Bogotá, Buenos Aires, Lima, and Panamá City", en Organización Panamericana de la Salud y Transnational Family Research Institute. *Epidemiology and practices of fertility regulation in Latin America: selected reports*. Washington, Pan American Health Organization, 1975, pp. 9-25.

GASLONDE, Santiago. "Investigación sobre el aborto en América Latina", *Estudios de Población*, Bogotá, v. 1, tomo II, 1976, pp. 439-449.

GOMEZ, N. y otros. "Investigación sobre aborto ilegal y planificación de familia en el Centro Municipal de Sexología (Hospital Rawson, Buenos Aires)". Documento presentado a la 4a. Conferencia de la IPPF, San Juan, Puerto Rico, 19-27 de abril 1984.

HILL, R., Stycos, J.M. y Pack, K.W. *The family and population control*. Chapel Hill, N.C., University of North Carolina Press, 1959.

JORDAN, Brigitte. *Birth in four cultures, a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Montreal, Eden Press, 1980.

LISKIN, L.S. "Complications of abortions in developing countries", *Population Reports*, Serie F, N° 7, 1980.

LEWIS, O. "Urbanization without breakdown: a case study", *Scientific Monthly*, 73, 1952, pp. 31-41.

LEWIS, O. "Some perspectives on urbanization with special reference to Mexico City", A. Southall (ed.) *Urban anthropology: cross cultural studies of urbanization*. New York, Oxford University Press, 1973.

LOMNITZ, Larissa. *Networks and marginality: Life in Mexican Shantytown*. New York, Academic Press, 1977.

LLOVET, Juan José. *Servicios de Salud y sectores populares. Los años del Proceso*. Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 1984. (Estudios CEDES).

MEXICO. PROGRAMA NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR. *Encuesta Nacional de Prevalencia en el Uso de Métodos Anticonceptivos como Módulo Fecundidad/Mortalidad. Documento Metodológico. Septiembre a Diciembre de 1979*. México, 1980.

MIRO, Carmen A. "Las tendencias recientes de la fecundidad en América Latina y sus implicaciones", en Neide Lopes Patarra (comp.) *Reproducción de la población y desarrollo* 5,

- CLACSO. Comisión de Población y Desarrollo. Grupo de Trabajo sobre el Proceso de Reproducción de la Población. São Paulo, 1985, pp. 3-31.
- OAKLEY, Ann. *Reconciling a mother*. New York, Schocken Books, 1979.
- OAKLEY, Ann. "A case of maternity: paradigms of women as maternity cases", *SIGNS*, 1979, v. 4, N° 4.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *La mujer en la salud y el desarrollo*. Washington, 1983. (Publicación científica 448).
- PANTELIDES, Alejandra E. *Evolución de la fecundidad en la Argentina*. Santiago de Chile, Centro de Estudios de Población, Centro Latinoamericano de Demografía, 1979 (Cuadernos del CENEP-CELADE, 2).
- PEATTIE, Lisa R. *The view from the Barrio*. Ann Arbor, MI, University of Michigan Press, 1968.
- PLAZA, S. y Briones, H. "El aborto como un problema de asistencia", *Revista Médica de Chile*, 91, 1965, pp. 294-297.
- POTTS, M. "Perspectives on fertility control", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 16, 1979, pp. 449-455.
- POTTS, M., Diggory, P. y Peel, L. *Abortion*. Cambridge, MA, Cambridge University Press, 1977.
- PROFAM-PIACT, MEXICO. *Family planning in Mexico*. New York, Population Council, 1979.
- RAMOS, Silvina E. *Maternidad en Buenos Aires: la experiencia popular*. Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 1983. (Estudios CEDES).
- STYKOS, J.M. *Human fertility in Latin America*. Ithaca, N.Y., Cornell University Press, 1968.
- TIETZE, C. y M.C. Murstein. "El aborto inducido, compendio de datos, 1975", *Informes sobre Población/Planificación familiar*, N° 14, 1975.
- WARNER, S.L. "Randomized response: a survey techniques for eliminating evasive answer bias", *Journal, American Statistical Association*, 60, 1965, p. 63-69.
- WELTI CHANES, Carlos. "Algunos factores asociados al descenso de la fecundidad, analizados a partir de la información de la encuesta mexicana de fecundidad de 1976", en Naida López Patarra (comp.) *Reproducción de la población y desarrollo* 5, CLACSO, Comisión de Población y Desarrollo, Grupo de Trabajo sobre el Proceso de Reproducción de la Población. São Paulo, 1985.