ana 6243

UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIDAD: SOCIOLOGIA

TESIS 5982 MI

EL ABORTO EN VENEZUELA. ESTUDIO SOCIOLOGICO.

MARIACELINA MATHEUS T. CARMEN PRINCE DE KEW

TUTOR: RAFAEL BAQUEDANO, S.J.

MEMORIA DE GRADO PRESENTADA PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIADO EN SOCIOLOGIA CARACAS, NOVIEMBRE DE 1982 Agradecemos a nuestro tutor, Profesor Rafael Baquedano, S.J., su sabiduría, prudencia y paciencia en la dirección de esta Memoria de Grado. Y a la Profesora Elizabeth Martínez de Díaz, agradecemos su valiosa guía metodológica y sus constantes palabras de estímulo.

#### INDICE

#### INTRODUCCION

## CAPITULO I - MARCO HISTORICO

- 1.1 EL ABORTO EN LA HISTORIA
- 1.2 EL ABORTO EN EL MUNDO ACTUAL
- 1.3 EL ABORTO EN VENEZUELA

## CAPITULO II - MARCO TEORICO

- 2.1 PROPOSICIONES PARA EL ESTUDIO
- 2.2 TIPOLOGIA DE LAS MUJERES QUE ABORTAN

## CAPITULO III - DEFINICION DEL ABORTO

- 3.1 TIPOS DE ABORTO
- 3.2 METODOS DE PRACTICAR EL ABORTO
- 3.3 PLANIFICACION FAMILIAR Y ABORTO

## CAPITULO IV - METODOLOGIA

# CAPITULO V - ANALISIS DEL PROBLEMA SOCIAL DE LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO

- 5.1 MUJER MARGINAL
- 5.2 MUJER TRADICIONAL
- 5.3 MUJER LIBERADA

## CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

#### INTRODUCCION

El tema del aborto se levanta en marejadas publicitarias que suben y bajan casi a diario, manteniendo la atención del público en estado de alerta. Pero si las denuncias alertan, más preocupa la situación incierta que viven miles de cientos de mujeres que se encuentran sólas ante la responsabilidad de un embarazo. Si abortan, se enfrentarán a las lesiones físicas o psíquicas irreversibles que deja el aborto, aun en los casos de un aborto profesional, y, peor aún, en un alto porcentaje, se enfrentarán al costo de su propia vida en el caso de un aborto séptico. Por otra parte, se enfrentará también la mujer a la sanción legal y al estigma de la sociedad toda vez que el aborto no terapéutico está tipificado como delito.

El incremento del aborto que mencionan las estadísticas de los centros hospitalarios, ¿a qué se debe? ¿cómo debe interpretarse? ¿es un hecho limitado a la mujer que sólo a ella y a la familia afecta, o es un fenómeno de mayores proporciones que puede ser considerado y estudiado como un hecho social?

En Venezuela la interrupción voluntaria del embarazo se ha convertido en una práctica generalizada en la actualidad.

Un gran número de mujeres recurre a esta práctica como solución a un embarazo no deseado y, en la mayoría de los casos, la mujer ignora

las lesiones irreversibles que puede sufrir en su organismo y en su psique. La interrupción voluntaria del embarazo o aborto provocado, es el responsable de un alto número de muertes por infección y otras complicaciones, considerándose actualmente como la primera causa de muerte materna en el país.

El problema de la interrupción voluntaria del embarazo merece un estudio y análisis profundo que conforme un cuadro sistemático y claro en sus causas, sus consecuencias y su realidad, con el fin de evitar la pérdida de vidas de mujeres en edad fértil o los traumas que se ocasionan en vidas jóvenes y útiles.

Este examen objetivo de la realidad actual, serviría también para demostrar que no se trata de un fenómeno aislado, sino el resultado de un proceso social no exclusivamente médico o femenino.

El reconocer este fenómeno desde una perspectiva sociológica, nos motivó a emprender un estudio que nos aproximara a las situaciones que impulsan a la mujer a interrumpir voluntariamente su embarazo.

Nuestro trabajo como Memoria de Grado es, por lo tanto, un acercamiento sociológico a la comprensión interpretativa del problema. Sus consecuencias y una mayor profundización de su realidad podrían ser el objeto de otras investigaciones que vale la pena conducir para finalmente dejar la palabra a aquellos a quienes les toca opinar o legislar desde el punto de vista médico, legal, moral, religioso y político.

Esta investigación, aunque exploratoria por la especial dificultad del mismo objeto de estudio, trata de abordar sociológicamente el problema del aborto con el apoyo teórico de los conceptos originados por Durkheim y más tarde reinterpretados por Robert K. Merton y se circunscribió a una pequeña muestra de la población femenina en edad fértil de la ciudad de Caracas. Nuestro principal objetivo ha consistido modestamente en tratar de comprender, siguiendo la terminología mertoniana, cómo determinadas estructuras sociales pueden ejercer una presión definida sobre ciertas personas en la sociedad haciendo que éstas se dediquen a actividades no-conformistas en vez de conformistas.

No escaparon a nuestra comprensión, las limitaciones obvias de información sobre un tema controversial y de estadísticas parciales o incompletas debido a su carácter clandestino. Sin embargo, después de una exploración de las posibles fuentes de información, encontramos un número considerable de datos en el Departamento de Estadística y Archivo de la Maternidad Concepción Palacios en Caracas.

Fundamentamos principalmente nuestra investiga n en los datos de las entrevistas y testimonios que obtuvimos de las mujeres y así poder encarar la realidad con la tipología construida de mujer marginal, mujer tradicional y mujer liberada de acuerdo al grado de comformismo o no conformismo de las mismas.

Nuestro estudio comienza con el devenir del aborto en la historia hasta su realidad actual en nuestro país.

El próximo paso presenta el planteamiento del problema y las proposiciones para su estudio, basadas en la teoría de Robert K. Merton de la conducta divergente de la norma prescrita. Se hace una descripción, asimismo, de la tipología de las mujeres que abortan que fue creada como instrumento teórico-metodológico.

En el tercer capítulo se definen los tipos de aborto existentes y los métodos empleados, llegando a la conclusión de que el aborto es un grave problema de salud pública en el país.

Se señala en el cuarto capítulo la metodología utilizada para llevar a cabo nuestra investigación.

Finalmente, el quinto capítulo contiene el análisis y explicación sociológicas del problema que representa la interrupción voluntaria del embarazo en los tres tipos de mujeres categorizados como marginal, tradicional y liberada.

A través de este trabajo, hemos pretendido presentar una visión objetiva del problema social que actualmente constituye el aborto en Venezuela.

No se trata de proponer soluciones a un problema que ha existido desde la Antigüedad, y que además involucra juicios éticos y religiosos que están lejos de estar resueltos, sino el de exponer objetiva-

mente problemas que se presentan diariamente y a los cuales prestamos toda nuestra atención tratando de cumplir con nuestra tarea de investigadores sociales. Sin embargo, sería faltar a la verdad, no admitir que en algunos puntos de nuestro análisis se pudiere evidenciar algún juicio valorativo. Pero queremos dejar sentado que la intención en todo momento fue la de emitir un juicio objetivamente neutro y en aras del más puro interés científico.

CAPITULO I

7

# I. MARCO HISTORICO

# 1.1 EL ABORTO EN LA HISTORIA

El aborto siempre ha existido. Existió en las más antiguas civilizaciones de los primeros pueblos que se establecieron en las llanuras de Sumeria, existió en los albores de la Era Cristiana y sigue existiendo en este último cuarto del siglo XX.

Su trayectoria registra grandes ondas cíclicas que van de una permisividad en la Antiguedad, a un rechazo condenatorio en el Antiguo Testamento y con más énfasis en la Era Cristiana y en la Edad Media, para regresar nuevamente a una permisividad (legalidad) en el presente siglo.

Una de la más antiguas referencias escritas de un método para controlar la fecundidad fue un abortivo oral. "Esta mezcla que posiblemente contenía azogue, se encuentra en un antiguo texto chino de medicina escrita por el Emperador Shen Nung en el período 2737-2696 A.C." (1)

Para el año 2.500 A.C. el Código Hammurabi se ocupaba de los maltratos de una mujer encinta. "El hombre que golpee a una mujer libre y la haga abortar, pagará diez siclos de plata por el feto. Si muriere la mujer, entonces se dará muerte a la hija del golpeador." (2) Se consideraba delito el aborto por trauma directo, pero el Código no da cuenta de castigo por el aborto provocado por la misma mujer o por un provocador profesional de abortos.

Hipócrates, "... cuyo juramento, clásico entre la clase médica, ha sido reiteradamente repetido como inequívoco testimonio antiabortista..." (3), aconsejaba a las mujeres que dando saltos en el aire, se golpearan las caderas para abortar. (4)

Muchas referencias a la práctica del aborto se encuentran a lo largo de la Historia. "La Lex cornelia (hacia 85 A.C.) tenía en cuenta las penas de los que trataban con venenos, incluyendo las sustancias abortivas".

Leyes de los tiempos de Julio César pero promulgadas bajo Augusto (4 D.C.) promovían la familia y el aumento de los nacimientos; sin embargo, no se prohibía el aborto como tal. Posiblemente influía el pensamiento estoíco de no considerar el feto como persona humana. (5)

Adriano (117-138) prohibía la tortura a una mujer encinta. Septimio Severo (193-211) consideraba el aborto un "crimen extraordina-rio" y sometía al exilio a la mujer que lo provocaba. (6)

En Grecia el aborto no era sancionado si contaba con la aprobación de la mujer y en Roma el paterfamilia podía autorizar el aborto y en caso de ser practicado sin su consentimiento, era merecedor de una reparación. "El derecho romano: 'no acordaba protección social a la vida embrionaria; no consideraba al NASCITURUS como un ser humano, sino como una parte del cuerpo materno (...). En la época de decadencia, era una práctica normal, y cuando el legislador quiso estimular los nacimientos no se atrevió a prohibirlo. Si la mujer lo había

hecho contra la voluntad de su marido, éste podrá hacerla castigar, pero en este caso el delito co nsiste en su desobediencia". (7)

Durante siglos se discute la distinción básica entre feto animado e inanimado y hasta los cuarenta días de embarazo no se considera un ser vivo. Hipócrates considera el aborto lícito cuando se trata del segundo caso. Aristóteles también lo considera lícito sobre la base de los mismos criterios y así lo declara cuando dice, "La procreación, en efecto, debe limitarse, pero si algunos tienen hijos por continuar las relaciones más allá del término establecido, deberá practicarse el aborto antes de que se produzca en el embrión la sensación y la vida, pues la licitud o ilicitud de aquél se definirá por la sensación y la vida". (8)

El Antiguo Testamento critica el aborto, pero se condena y sanciona con más énfasis en la Era Cristiana. Llama la atención encontrar
una referencia al silencio sobre este tema en los códigos rabínicos de
la Edad Media. "Esto se debe no a que se desconociera el aborto (práctica que se prueba en la literatura pagana y en los escritores medievales) sino que nunca se practicaba en la sociedad judía." (q)

Durante la Edad Media se utilizaban todo tipo de hierbas como abortivos, pero los abortos mantenidos en el mayor secreto no permitieron la información médica necesaria para conocer sus complicaciones. Se usaba "...el cornezuelo del centeno, del hongo en las plantas cereales, se utilizaba tanto para apresurar el parto como para provocar el aborto; para el aborto se recomendaba tomar cinco a siete granos". (10)

Con la Era Cristiana cambia totalmente el criterio sobre el aborto. La Iglesia desde sus orígenes condena el aborto relacionándolo con el homicidio y es sancionado gravemente por la legislación eclesiástica desde los primeros Concilios.

Sin embargo, San Agustín no califica como homicidio el aborto de un feto inanimado, basándose en la distinción entre feto animado e inanimado, y el Papa Inocencio III en 1211 introduce esta distinción en la legislación eclesiástica hasta el siglo XIX. (71)

En 1869, el Papa Pío IX abolió la distinción entre feto animado e inanimado y desde ese entonces la Iglesia Católica no acepta la legalidad del aborto y favorece en todo momento el derecho a la vida. (72)

En el siglo XX, la Iglesia católica reitera su condena al aborto en la Encíclica Casti Connubi de Pío XI en 1930 y en la Constitución Gaudium et Spes del Concilio Vaticano II.

El deseo de las mujeres casadas de limitar el tamaño de su familia produjo en Europa y en los Estados Unidos durante el siglo XIX un auge del número de abortos. Los peligros a que se exponían las mujeres con esta práctica obligó a muchos países a restringir legalmente el aborto.

Muchos practicantes en el siglo XIX ofrecían sus servicios abiertamente a través de avisos de prensa en los Estados Unidos para efectuar abortos. "Un estudio sobre 2.000 mujeres llevado a cabo en Manchester, Inglaterra en la década de 1890 encontró una proporción de un aborto por siete nacimientos; y un estudio alemán estimó un aborto por ocho a diez partos a término." (73)

En el siglo XX el aborto entra en una etapa de menores restricciones legales en muchos países, pero continúa siendo condenado y sancionado por la Iglesia católica, principalmente por razones morales y religiosas.

En los últimos quince años, muchos países han liberalizado sus leyes sobre el aborto en diferentes grados y según Christopher Tietze dos terceras partes de la población mundial vive en países donde el aborto es permitido a petición de la mujer sin especificar razones, o es autorizado por una interpretación amplia de razones sociales, económicas y personales. (74)

Las tres grandes ondas cíclicas del aborto en la Historia, permisiva, restrictiva y luego otra vez permisiva (legalización), se prestan a una interpretación sociológica que valdría la pena intentar en un trabajo aparte.

A grandes rasgos cabría preguntarse si estas ondas cíclicas no obedecen a necesidades que ha tenido la Humanidad a través de las diferentes etapas de la historia.

Por ejemplo, razones de peso como el estado de inferioridad de la mujer, cuando se habla de "mujer libre" y "mujer esclava", y la

decisión de abortar está en manos del hombre, y es éste quien decide si acepta o no el hijo por razones económicas, entonces, el aborto es permisivo.

Por otra parte, cuando hace falta aumentar la fuerza de trabajo, o cuando la tasa de nacimientos decrece como está pasando actualmente en los países de Europa oriental, entonces, el aborto se vuelve restrictivo.

Y de nuevo regresa a la permisividad cuando los adelantos científicos alargan la esperanza de vida, se hacen experimentos de embriones
"in vitro" y el aumento de la población amenaza los cálculos malthusianos.

Asimismo, la liberación de las leyes sobre el aborto en los últimos años en muchos países, obedece también a la presión que están ejerciendo los grupos de mujeres que tienen una nueva visión del rol de la mujer. Estos grupos, con su nueva concepción del rol, están moviendo los cimientos de la sociedad y sostienen que todavía solapadamente se discrimina a la mujer, como en la antigüedad, en libre y esclava y se la mantiene frente al hombre en una posición de inferioridad.

A pesar de todos los vaivenes históricos, el aborto continúa siendo un tema delicado de abordar y de discutir sencillamente porque en él está involucrada la vida humana. Es un problema moral complejo y sobre todo es un problema humano. ¿Cuándo comienza la vida?, fue, es, y seguramente seguirá siendo siempre una discusión - medida con parámetros médicos o éticos - merecedora del mayor respeto.

# 1.2 EL ABORTO EN EL MUNDO ACTUAL

Muchas publicaciones recientes coinciden en afirmar que el aborto será el tema de discusión de la década del 80. Podemos preguntarnos si su importancia se deberá al incremento del número de abortos en los últimos años, o al hecho de que el tema está dejando de ser considerado "tabú" y se discute ahora abiertamente. Una u otra razón mueve a considerar el tema del aborto digno del más serio y responsable estudio, especialmente, en aquellos países en desarrollo donde por el peligro de los procedimientos, el aborto se ha convertido en un grave problema de salud pública.

La consideración de la salud pública justamente ha sido una de las razones de mayor peso que ha llevado a muchos países a tener legislaciones menos restrictivas sobre el aborto. Se combate de esta manera el aborto ilegal con su secuela de morbilidad y mortalidad.

La justicia social es otra de las razones que se esgrimen en esta liberalización de las leyes en el mundo actual con el fin de facilitar el aborto a la mujer de escasos recursos. Un privilegio reservado anteriormente para las clases altas únicamente.

Y como mencionábamos en el capítulo anterior, la nueva visión del rol de la mujer podría considerarse como otro de los factores que ha contribuido a rebajar la restrictividad de las leyes sobre el aborto.

Como dijimos, la nueva visión del rol de la mujer está sacudiendo principios de la sociedad. La imagen de la mujer como virgen y mártir que ha prevalecido a través de todos los siglos, está siendo cuestionada por los grupos feministas de vanguardia los cuales postulan el derecho de toda mujer a tener control sobre su propio cuerpo.

A la luz de estas nuevas consideraciones, un número considerable de países ha liberalizado sus leyes sobre el aborto. No hay que desestimar tampoco la otra razón para la liberalización de las leyes sobre el aborto con el fin de frenar el crecimiento de la población. En el mundo actual, en algunos países, el control del crecimiento poblacional para el desarrollo social y económico, ha sido una razón expresa para adoptar leyes menos restrictivas sobre el aborto.

La tendencia a la liberalización de las leyes del aborto en muchos países, ha conducido a una mayor información sobre la incidencia del aborto inducido, los métodos utilizados y las estadísticas de morbilidad y mortalidad.

La legislación sobre el aborto inducido en los diferentes países del mundo, varía desde una total prohibición, una ley moderada, o el aborto electivo a solicitud de la mujer. Las leyes restrictivas prohiben definitivamente el aborto, o lo permiten en aquellos casos cuando peligra la vida la madre. Las moderadas dan cabida al aborto por razones médicas, no tan sólo para proteger la vida sino también la salud de la mujer. También mencionan la salud mental como otra causa en algunos países, o por indicación eugenésica o fetal (malformaciones

genéticas u otras malformaciones del feto o amenazas de tales riesgos), o indicaciones jurídicas tales como la violación y el incesto. Asimismo, se admite como causa los problemas socio-económicos pero requiriéndose un proceso riguroso paralograr la autorización en estos casos. "Las leyes liberales no restringen los abortos, salvo en embarazos avanzados". (75)

Según Chistopher Tietze, el siguiente cuadro nos dará una visión objetiva del estado en que vive una buena parte de la población mundial en relación a la legislación restrictiva, moderada y liberal para mediados de 1948:

- 9% de la población mundial vivía en países donde el aborto estaba prohibido totalmente;
- 11% vivía en países donde era permitido sólo para salvar la vida de la madre;
- 14% vivía bajo una legislación que permit ia el abor por razones médicas amplias, como son, la salud de la mujer en lugar de su vida, razones psiquiátricas, indicaciones eugenésicas o fetales, indicaciones judiciales por incesto o violación;
- 25% de la población mundial vivía en países donde se tomaba en cuenta el bajo nivel de ingreso, el problema habitacional, la mujer soltera, conocidos como indicaciones socio-médicas que amenazan la salud de la mujer, u otras condiciones sociales negativas que justifican la interrupción del embarazo;

39% comprendía países donde el aborto era permitido a petición de la mujer, al menos para ciertas mujeres categorizadas sobre la base de edad, número de hijos, duración del embarazo. En estos países el aborto era permitido aún después del límite de gestación permitido para un aborto electivo;

2% de la población mundíal no se tiene información. Se cree que vivía en áreas con leyes restrictivas sobre el aborto.(76)

Estos cambios en las legislaciones liberales de muchos países del mundo, cuyas raíces se hunden en las primeras décadas del presente siglo, se debieron a las diferentes reacciones y consecuencias que la puesta en práctica de dichas leyes produjo. Por ejemplo, una de estas reacciones a la liberación de las leyes es mencionada por los doctores Oscar Agüero y J.I. Torres: "El aborto constituye un serio problema, en escala mundial y por numerosos aspectos. La literatura acumulada es realmente monstruosa y está actualmente reactivada por las legalizaciones del aborto en Inglaterra y Estados Unidos, debatiéndose al infinito los argumentos en pro y en contra de las nuevas leyes y apreciándose ya la formación de 'Ligas contra el Aborto Legal'".(77)

Christopher Tietze señala que algunos de los países del Este de Europa han promulgado más leyes restrictivas, indudablemente en respuesta a la preocupación de las bajas tasas de nacimientos. En

Rumania, donde en 1957 se promulgó una ley que permitía el aborto a elección fue revertida en octubre de 1966 mediante un decreto que permitía el aborto solamente a mujeres mayores de 45 años, rebajado a 40 años de edad en 1972, y a mujeres con cuatro o más hijos, además de las indicaciones médicas usuales de eugenesia y judiciales.

En Bulgaria, después de haber promulgado el aborto a elección en 1956 hasta 1968, el Ministerio de Salud Pública en febrero de 1968, luego en Abril de 1973 y modificado en 1974, limitó el acceso al aborto electivo a las mujeres casadas con dos o más hijos vivos, a las mujeres solteras sin límite de edad, y a las casadas mayores de 40 años y un hijo vivo.

En Checoslovaquia, las solicitudes para abortar eran adjudicadas por comisiones durante el período de la liberalización de las leyes en 1957. Luego algunas de las previsiones de esa ley fueron restringidas en 1962.

En Hungría también se mantuvieron comités durante el período del aborto a elección, pero su función era simplemente de consejeros ya que la solicitud tenía que ser aceptada si la mujer insistía. Desde el 1° de Enero de 1974 el aborto ha sido considerablemente restringido. (78)

La posición de la Iglesia, condenando y sancionando el aborto, es decir, a favor de la vida se ha mantenido igual a través de los siglos y continúa inalterable en el mundo actual. "...la postura de la Iglesia católica, expresada por medio de su jerarquía, sigue siendo absolutamente condenatoria respecto del aborto, sin admitir ninguna de las 'indicaciones' postuladas por los partidarios de una liberalización de las leyes sobre el aborto". (19)

La Iglesia aclara su posición con respecto a la defensa de la vida humana en los siguientes términos: "...la absoluta inviolabilidad de la vida humana, la inevitable devaluación de la misma como consecuencia de la legalización del aborto, son factores que pesan más en la balanza, a la hora de dar una respuesta al espinoso problema de la legalización del aborto". (20)

En Francia la ley sobre liberalización del aborto fue presentada por Simonne Veil, presidenta del Parlamento de la Comunidad Europea para 1979, y luego de muchas discusiones fue aprobada el 17 de enero de 1975. (21)

Según las estadísticas del Ministerio de la Salud de Francia en 1977 hubo 150.583 abortos y en 1976 hubo 133.926, es decir, un aumento de 16.000 abortos en un año. En París se registraron en 1976, 43 abortos por cada nacimiento registrado. Estas estadísticas más el control de la natalidad del país son responsables por el hecho de presentar Francia una población mayoritariamente vieja, considerando que los nacimientos no llegan a cubrir el total de la defunciones. (22)

Resumiendo, el aborto en el mundo actual es un problema al cual no se le ha encontrado solución ni con las leyes restrictivas, moderadas, ni liberales. Ni en los países socialistas, ni capitalistas se ha podido controlar un fenómeno que a pesar de ser tan antiguo, aparece como algo nuevo de combatir especialmente después de comprobar las estadísticas. El aborto en nuestro país refleja las características del subdesarrollo.

# 1.3 EL ABORTO EN VENEZUELA

# Disposiciones legales sobre el aborto

Las primeras sanciones penales sobre el aborto en Venezuela se remontan al Primer Código Penal Venezolano aparecido en 1863 durante el mandato del General José Antonio Páez. En ese Código ya se consideraba el aborto como un delito a las personas.

## En su Artículo 1° se establece:

"Al que intencionalmente cause aborto se castiga:

a) Con prisión mayor, si ejerce violencia en la persona de la mujer embarazada.

b) Con prisión mayor en su grado medio, si aunque no la ejerza, obra sin consentimiento de la mujer.

c) Con prisión menor, si la mujer consiente".

#### Artículo 2:

"Se castiga con prisión menor el delito de aborto ocasionado violentamente, cuando no ha habido intención de causarlo".

#### Artículo 3:

"La mujer que causa su aborto o consiente en que otra persona se lo cause, incurre en prisión menor. Si lo hace para ocultar su deshonra, incurre en la pena de prisión menor en su grado mínimo".

#### Artículo 4:

"Los abuelos maternos, que para ocultar la deshonra de la madre, cometen este delito, incurren en la pena de prisión en su grado medio".

#### Artículo 5:

"El facultativo, que abusando de su profesión causa el aborto o coopera con el, incurre respectivamen -

te en las penas señaladas en el Artículo I, pero los Tribunales deben estimar esta circunstancia como agravante para aplicar la pena". (2)

El Artículo 8 formula que: "Ninguna mujer que se halle encinta debe ser ejecutada, ni aún sentenciada a muerte, hasta que hayan transcurrido cuarenta días después del nacimiento y esté asegurada la lactancia del hijo".

Llama la atención en este Código, las disposiciones que tipifican la ejecución o la sentencia a muerte de la mujer, y, asimimo, la
que atenúa la pena de los abuelos maternos que incurren en el delito
de aborto para ocultar la deshonra de la madre. La primera disposición hace pensar en la sociedad de esa época que vive bajo sangrientas
luchas internas, con un derecho basado en la fuerza y una constante
inestabilidad política y, por lo tanto, es natural que la suspensión
de la vida fuera una práctica corriente. La segunda, nos da la idea
de una sociedad donde la familia estuvo unida por sólidos vínculos lo
cual crea un fuerte control social y una estrecha relación entre
padres e hijos.

Se emiten también en este primer Código Penal los conceptos sobre la violencia para causar el aborto, la intervención de un tercero para ejecutar el aborto y el aborto por deshonra. Estos conceptos se mantendrán vigentes hasta el presente Código Penal.

En 1873, es decir, diez años después, aparece el Código Penal redactado por el Dr. Juan Pablo Rojas Paúl y el Licenciado Cecilio Acosta. Este Código fue refrendado por el General Antonio Guzmán Blanco. Al igual que el anterior, este Código considera el aborto como delíto contra las personas.

Las disposiciones son las siguientes:

#### Artículo 363:

"La mujer que, estando grávida, emplease medios para abortar y consiguiera su objeto, será penada con reclusión penintenciaria por tiempo de dos a cuatro años. Si no lo consiguiere, incurrirá en la pena de tentativa".

### Artículo 364:

"Los que ayudaren a cometer este delito serán castigados como cómplices".

### Artículo 365:

"El facultativo que, por salvar la vida de una mujer grávida, emplease con inteligencia medios abortivos o que puedan tener ese resultado, no incurrirá en pena alguna".

#### Artículo 366:

"Los que con el fin de hacer abortar a la mujer grávida o de causar la pena de muerte del feto la violentaren o maltrataren o la hicieren tomar por la fuerza o con engaño sustancias abortivas, si consiguieren su objeto serán penados con presidio abierto por tiempo de dos a cinco años. Si no lo consiguieren, la pena será como de tentativa".

#### Artículo 367:

"Si resultare el aborto o la muerte del feto por el maltrato o violencia, sin haber tenido intención de causarlos, el maltratador sufrirá la pena correspondiente al maltrato o violencia y cuatro a seis meses más de prisión". (24)

Se tipifica por primera vez en estas disposiciones el aborto terapeútico. Se siguen tomando en cuenta los conceptos que evidencian el
maltrato físico, el uso de la fuerza y el engaño para provocar el
aborto.

En 1897, entra en vigencia un nuevo Código Penal, inspirado en el Código Italiano de Zanardelli de 1889. Igual que sus dos predecesores, este Código continúa considerando el aborto un delito contra las personas. Las disposiciones son las siguientes:

#### Artículo 388:

"La mujer que intencionalmente abortare, valiéndose para ello de medios empleados por ella misma o por un tercero con su consentimiento, será castigada con prisión de seis meses a dos años".

#### Artículo 389:

"El que hubiere provocado el aborto de una mujer con el consentimiento de ésta, será castigado con prisión de doce a treinta meses. Si, por consecuencia del aborto o de los medios empleados para ejecutarlo, sobreviene la muerte de la mujer, la pena de presidio abierto será de tres a cinco años; y será de cuatro a seis años, si la muerte sobreviene por haberse valido de medios más peligrosos que los consentidos por ella".

#### Artículo 390:

"El que haya procurado el aborto de una mujer, empleando sin su consentimiento o contra la voluntad de ella medios dirigidos a producirlo, será castigado con prisión de quince meses a tres años; si el aborto se efectuare, la prisión será de tres a cinco años. Si por causa del aborto o de los medios empleados para procurarlo sobreviniera la muerte de la mujer, la pena será de presidio abierto de cinco a diez años. Si el culpable fuere el marido, las penas establecidas en el presente artículo se aumentarán con una sexta parte".

Los Artículos 391 y 392 eximen y atenúan las penas para el facultativo y para el que provoca el aborto para ocultar su honor. (25)

Hasta ahora todos los códigos guardan entre sí una estrecha relación. En este último, aparece el nuevo concepto que evidencia la intervención del marido en la realización del aborto y para este caso la pena se aumenta en una sexta parte.

Luego entraron en vigencia los Códigos Penales de 1904, 1912, 1915, 1926, 1958, y 1964. El Código de Zanardelli de 1889 se mantiene en vigencia a través de todos estos Códigos hasta el presente.

El Código Penal vigente en su Libro Segundo (De las diversas especies de delito), Título IX (De los delitos contra las personas), Capítulo IV (Del aborto provocado) dice textualmente:

Artículo 432: "La mujer que intencionalmente abortare, valiéndose para ello de medios empleados por ella misma, o por un tercero, con su consentimiento, será castigada con prisión de seis meses a dos años".

Artículo 433: "El que hubiere provocado el aborto de una mujer, con el consentimiento de ésta, será castigado con prisión de doce a treinta meses".

"Si, por consecuencia del aborto y de los medios empleados para efectuarlo, sobreviene la muerte de la mujer, la pena será de presidio de tres a cinco años, y será de cuatro a seis años, si la muerte sobreviene por haberse valido de medios más peligrosos que los consentidos por ella".

Artículo 434: "El que haya procurado el aborto de una mujer, empleando, sin su consentimiento o contra la voluntad de ella, medios dirigidos a producirlo, será castigado con prisión de quince meses a tres años. Y si

el aborto se efectuare, la prisión será de tres a cinco años.

Si por causa del aborto o de los medios empleados para procurarlo, sobreviniera la muerte de la mujer, la pena será de presidio de seis a doce años. Si el culpable fuere el marido, las penas establecidas en el presente artículo se aumentarán en una sexta parte".

Artículo 435: "Cuando el culpable de algunos de los delitos previstos en los artículos precedentes sea una persona que ejerza el arte de curar o cualquiera otra profesión o arte reglamentados en interés de la salud pública, si dicha persona ha indicado, facilitado o empleado medios con los cuales se ha procurado el aborto en que ha sobrevenido la muerte, las penas de Ley se aplicarán con el aumento de una sexta parte.

La condenación llevará siempre como consecuencia la suspensión del ejercicio del arte o profesión del culpable, por tiempo igual al de la pena impuesta.

No incurrirá en pena alguna el facultativo que provoque el aborto como medio indispensable para salvar la vida de la parturienta".

Artículo 436: "Las penas establecidas en los artículos precedentes se disminuirán en la proporción de uno a dos tercios y el presidio se convertirá en prisión, en el caso de que el autor del aborto lo hubiere cometido por salvar su propio honor o la honra de su esposa, de su madre, de su descendiente, de su hermana o de su hija adoptiva". (26)

Como podemos observar, nuestra actual legislación penal tipifica el aborto como delito contra las personas, igual que los Códigos anteriores. Se resume la legislación penal en castigar el aborto intencional con la pena máxima de presidio, eximir de culpa al médico que provoca el aborto (Aborto Terapéutico) y atenuar la pena en el aborto que se lleva a cabo para salvar la honra (Aborto Honoris Causa).

# Anteproyecto de leyes 1957, 1961 y 1967

Comentaremos los proyectos del Código Penal de los años 1957, 1961 y 1967 para poder apreciar las modificaciones o innovaciones que se han propuesto en lo que se refiere al aborto.

El proyecto de 1957 considera el delito de aborto como: "Los delitos contra la Vida y la integridad Individual".

La innovación del Proyecto consiste, en su Artículo 219, en no considerar punible el aborto practicado por un médico en caso de violación, y en caso de "incapacidad de menores no emancipados o de incapacidad por defectos mentales, podrá prestar el consentimiento, por incapaz, su legítimo representante".

El proyecto de Código Penal de 1961 inserta el Capítulo "Del Aborto Provocado" entre los "Delitos contra las Personas" y en sus Artículos 229 y 230 rebajan las penas de prisión en comparación con el proyecto de Ley de 1957.

No es punible el aborto para salvar la vida de la madre y se atenúan las penas cuando se trate de violación o para salvar la honra.

En el ante-proyecto de 1967 se considera el aborto entre "Los Delitos contra las Personas". Los Artículos 177, 178, 179 y 181, son esencialmente iguales a los Artículos 229, 230, 231 y 233 del Proyecto de Código Penal de 1961.

La innovación se presenta en el Artículo 180 que reza: "No es punible el aborto siempre que se realice por un facultativo como medio indispensable para salvar la vida de la mujer embarazada o cuando ésta sea una enferma mental incurable". Los Artículos 182 y 183 presentan también dos nuevas modalidades al referirse al aborto por maltrato físico y al aborto "por culpa" respectivamente.

# Campañas para la liberalización del aborto

Desde hace aproximadamente una década han venido apareciendo publicaciones de prensa en pro y en contra de la liberalización de las leyes del aborto.

En el año 1974 se realizó en el país el V Congreso de Ginecología y Obstetricia y en él se planteó la necesidad de legalizar el aborto en Venezuela.

Asimismo, con cierta periodicidad se publican declaraciones de médicos, juristas y sacerdotes defendiendo o condenando la necesidad de reformar el Código Penal vigente, con el fin de adaptarlo a la nueva realidad que registra un auge del aborto provocado y un alto índice de mortalidad.

# Disposiciones eclesiásticas sobre el aborto

El Derecho Canónico en el Canon 2350, al referirse al aborto expresa: "Los que procuran el aborto, incluso la madre, incurren, si el aborto se verifica, en excomunión latae sententiae reservada al Ordinario; y, si son clérigos, deben además ser depuestos". (27)

La excomunión LATAE SENTENTIAE significa la excomunión automática.

La Conferencia Episcopal Venezolana en el año 1974, manifestó su posición en relación a la liberalización de la leyes del aborto. Esta declaración coincidió con el V Congreso de Ginecología y Obstetricia llevado a cabo en Caracas.

En la Declaración sobre el Aborto la Conferencia Episcopal Venezolana declara:

"...nosotros los Obispos de Venezuela, llamados a enseñar la Palabra de Dios, rechazamos con todas la fuerza que nos da nuestra autoridad episcopal - autoridad que es servicio - las doctrinas pseudocientíficas y antihumanas que defienden la legalización del aborto, "crimen abominable" como lo llama el Concilio (GS 51), crimen que se ensaña cruelmente con seres indefensos. Alertamos, pues, para que nadie se deje llevar de estos criterios destructores de nuestro pueblo". (28)

Por último, la Carta Pastoral del Arzobispo Coadjutor y Administrador Apostólico "sede plena" de Caracas, José Alí Lebrún, fechada en abril de 1976, fija de nuevo la posición de la Iglesia Venezolana sobre el aborto: "Hemos visto con honda preocupación en estos últimos días que vuelve aparecer de maneras diversas, valiéndose de los medios de comunicación social, estas falsas razones y urgencias que prentenden crear una opinión pública favorable a la introducción, según se dice, de un proyecto de ley a favor del aborto, ante el Congreso Nacional. Lo que más extraña en esta búsqueda legal de la aprobación del asesinato de un ser inocente en el seno de la madre es que se realicen estos esfuerzos precisamente en una época en que se multiplican las protestas contra la pena de muerte y toda forma de guerra. Ante tales hechos es nuestro deber pastoral reafirmar la universal, clara y constante doctrina de la Iglesia sobre la ilicitud del aborto provocado". (2)

# Proyecto de Ley de Ejercicio de la Medicina

En la XXXVI Reunión Ordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana efectuada en Maracaibo, Estado Zulia entre el 13 y 17 de septiembre de 1981, se nombró una Comisión de Asuntos Sociales para dirigirse al Congreso Nacional con el fin de solicitar el estudio y aprobación de un Proyecto de Ley de Ejercicio de la Medicina.

Entrevistamos a la Licenciada Elisa Giménez, uno de los miembros de esa Comisión, y ella nos informó que el Proyecto de Ley de Ejercicio de la Medicina fue pasado al Congreso para su discusión y aprobación en la Cámara de Diputados. Esta Cámara excluyó el Artículo 31 del Proyecto como condición para el estudio y la aprobación del Proyecto de Ley.

El Artículo 31 del Proyecto esencialmente autorizaba al médico para interrumpir el embarazo en cualesquiera de sus épocas con fines terapéuticos. La Comisión Parlamentaria, en su momento, modificó la redacción del referido artículo 31 en el sentido de autorizar al médico a interrumpir el embarazo en cualesquiera de sus épocas pero en todo caso deberá obtener la opinión de otro médico y observarlas normas establecidas por la ciencia. Además, en caso de emergencia deberá obtener el consentimiento por escrito de la paciente o de su representante legal.

Finalmente, la Ley de Ejercicio de la Medicina fue aprobada, excluyendo el Artículo 31, y publicada en la Gaceta Oficial de la República de Venezuela, Año CIX, Mes XI, Caracas. 23 de agosto de 1982, No. 3.002 Extraordinario.

La Licenciada Elisa Giménez plantea que "se justifica hoy nombrar una Comisión integrada por profesionales para redactar una Ley que reglamente el aborto, considerado un problema de salud pública". Las metas inmediatas de la Comisión de Asuntos Sociales de la Federación Médica a la cual pertenece la entrevistada, son las siguientes:

- a) la divulgación del problema del aborto;
- b) redacción de la ley que reglamente el aborto;
- c) buscar el apoyo popular.

Después de todo lo anteriormente expuesto, podemos concluir que el aborto en Venezuela tiene sus opositores y sus defensores. La

legislación sobre el aborto es restrictiva; por eso, Venezuela está incluída dentro del 11% de países donde el aborto es permitido sólo para salvar la vida de la madre.

El aborto es un problema delicado que merece el más serio y exhaustivo estudio sobre todo cuando se conocen las formas y el ries-go de practicarlo.

 ${\tt CAPITULO} \quad {\tt II}$ 

## II. MARCO TEORICO

## 2.1 PROPOSICIONES PARA SU ESTUDIO

La interrupción voluntaria del embarazo ha sufrido variaciones en su indice de ocurrencia en Venezuela en los últimos años. Se ha elevado hasta llegar aproximadamente a 50.000/60.000 abortos por año. (30) Este acto, por el hecho de no estar legalizado en Venezuela, se lleva a cabo en forma clandestina. Sin datos manifiestos que lo confirmen por la naturaleza misma de la clandestinidad en que se realiza, se da por supuesto entre los expertos la creencia de que una mayoria de las mujeres que interrumpen voluntariamente el embarazo, pertenece a las clases de escasos recursos de la población. Por la clandestinidad y por la limitación de recursos económicos de estos grupos, la interrupción voluntaria del embarazo se lleva a cabo con la ayuda de personas no calificadas y en lugares no adecuados para este tipo de intervención. El resultado es un alto número de muertes o de lesiones físicas en las mujeres que sobreviven la experiencia abortiva. Igualmente creen que el índice de la práctica abortiva es también alto en mujeres de clase media y alta. Los grupos a los cuales pertenecen estas mujeres poseen medios suficientes para cubrir los gastos de clinicas privadas donde el aborto es llevado a cabo en forma segura y rapida.

Este estudio interesa desde el punto de vista de la conducta divergente de la norma prescrita. ¿Por qué la interrupción voluntaria del embarazo es llevada a cabo por un número mayor cada día de mujeres a pesar de estar penada por la ley, sancionada socialmente y de ser un riesgo para su propia vida?

Si la interrupción voluntaria del embarazo es un acto penado por la ley en Venezuela, socialmente reprobado y que representa un riesgo para la vida de la mujer, se presume que las mujeres que toman la decisión de interrumpir voluntariamente su embarazo, deben estar sometidas a grandes presiones económicas, culturales y sociales que las obligan a tomar tal decisión.

Su posición dentro de la estructura social puede ser también factor contribuyente para su conducta divergente, por cuanto ello determina su adaptación o no adaptación tanto a los valores de la sociedad, como a las presiones que reciben del grupo al cual pertenecen.

Si existieran programas intensivos y extensivos, a toda la población, de educación sexual y de planificación familiar; y si existieran políticas efectivas por parte del Estado que sancionaran la paternidad irresponsable y protegieran la maternidad en forma adecuada, amplia y eficaz desde el punto de vista especialmente laboral y de cuidados al niño, el número de interrupciones voluntarias del embarazo probablemente se vería considerablemente reducido y disminuiría el índice de muertes por esta causa.

El problema del aborto es, pues, un tema delicado que merece un examen objetivo, sistemático de su realidad actual, de su encuadre histórico con fines comparativos y, asimismo, una demostración de que no se trata de un fenómeno aislado sino el resultado de un proceso social no exclusivamente médico o femenino.

El problema será abordado, tomando como referencia los estudios sobre estructura social y cultural de Robert K. Merton. El autor en su planteamiento central considera que tanto la conducta socialmente divergente, como la conducta conformista, ambas son producto de la estructura social. "Las desviaciones no son necesariamente disfuncionales para un sistema social, así como el conformismo no es necesariamente funcional." (31)

Según los planteamientos de Robert K. Merton, la conducta divergente aparece cuando los objetivos culturalmente prescritos como valores legítimos en un sistema social, no cuentan con los medios para alcanzar dichos objetivos. El acatamiento a las normas socialmente prescritas, continúa Robert K. Merton, así como los objetivos culturalmente señalados, pueden contar con la aceptación o no de todos o de algunos grupos dentro de la sociedad. Para este análisis el autor propone varios tipos de adaptación a las normas y a las metas.

Robert K. Merton afirma que las tensiones creadas dentro del sistema social por esas conductas divergentes, no deben considerarse disfunciones sino elementos de cambio dentro de la estructura social. Creemos que la conducta o forma de adaptación de la mujer que aborta podría considerarse:

- a) como una conducta socialmente divergente;
- b) una conducta que encaja dentro de la tipología propuesta por Robert K. Merton;
- c) que crea tensiones en el sistema social.

El auge de las prácticas abortivas podría interpretarse como una conducta inconforme con las normas socialmente prescritas en cuanto que las circunstancias han cambiado, pero las normas se mantienen iguales. O, también, esta conducta divergente podría explicarse por un rechazo de los valores que hasta hace poco actuaban como reguladores del sistema social. Eran normas reguladoras nacidas de las costumbres y de las instituciones.

Toda sociedad, dirá Robert Merton, tiene objetivos e intereses culturalmente dados y aceptados por todos los individuos que la componen, indistintamente de su posición. Y otro elemento de la estructura social son las normas que regulan y controlan los medios permitidos para la consecución de esos objetivos. El derecho a la vida, la glorificación del papel de la mujer como madre, son objetivos culturalmente definidos y aceptados en nuestra sociedad. Está considerada la maternidad como la meta-ideal de toda mujer.

Por otra parte, existen leyes que estipulan el derecho a recibir protección tanto la madre como el niño, en otras palabras, son normas que regulan los medios para alcanzar los objetivos fijados como metas ideales por la sociedad. La mujer embarazada, por lo tanto, debería gozar del amparo que le consagra la ley para alcanzar a través de su embarazo los objetivos culturalmente dados. Sin embargo, la realidad nos muestra que en Venezuela no se cumplen las leyes consagradas en la Constitución Nacional sobre el amparo y protección a la madre y el niño.

La mujer embarazada de estratos socio económicos inferiores sufre, por lo general, la deserción del hombre y debe enfrentarse ella sola a su embarazo, parto y crianza del hijo.

La mujer embarazada no es aceptada en los puestos de trabajo, o es despedida si queda embarazada durante su permanencia como empleada u obrera. La mujer embarazada no es rentable.

La mujer que ha tenido un número considerable de embarazos no ve su maternidad glorificada, sino sacudida por el hambre, los limitados servicios asistenciales, el problema habitacional, la falta de escuelas y su rol de figura parental dual.

La mujer embarazada soltera suele ser discriminada por su familia y se le presentan dos alternativas. O la interrupción del embarazo

para salvaguardar el buen nombre de la familia, o el abandono del hogar.

La mujer liberada recurre al aborto porque un embarazo la priva de su libertad individual, en otras palabras, libertad para ejercer su profsión, libertad económica, libertad de acción, libertad a su sexualidad.

La mujer venezolana recurre al aborto como solución a una situación que se le hace insoportable. Con esta conducta transgrede la ley que prohibe el aborto, se aleja de los objetivos culturalmente definidos y considerados legítimos por la sociedad y pone en peligro su vida por cuanto tiene que abortar en la clandestinidad.

La conducta de la mujer que aborta puede interpretarse como una conducta desviada. La conducta anómala, plantea la hipótesis mertoniana, obedece a una disociación entre los objetivos culturalmente definidos y los medios socialmente estructurados para alcanzar dichos objetivos.

En una sociedad en la que se da una importancia considerable a los objetivos y se le resta importancia a los medios institucionales, pone a muchos individuos en el caso de recurrir a otros procedimientos por los cuales orientar su conducta.

Robert K. Merton llama a estos procedimientos de "conveniencia téc nica", sean válidos o no para la cultura, y llegan a ser adaptados por los individuos por encima de las normas institucionalmente prescritas. Estas normas institucionales estaban cargadas de sentimientos y valores y han sido sustituídas. Robert K. Merton lo considera una sociedad inestable y Emile Durkheim lo llamó "anomía" o falta de norma.

Desde el punto de vista sociológico, la interrupción voluntaria del embarazo puede ser estudiada, pues, como una conducta divergente. A pesar de parecer una decisión individual, sus causas pueden ser encontradas en lo social.

Considerar el aborto un crimen y condenarlo bajo el peso de la ley, es tratar de cubrir con una sola teoría toda la diversidad de conductas y la diversidad de fuentes de esas conductas. Se trata de afinar la percepción y estudiar hasta llegar a las raíces de las conductas divergentes y mejorar las condiciones para evitarlas.

Pero antes de pretender analizar las soluciones a los conflictos que enfrentan las mujeres que abortan en su medio social, hay que explicar las diferentes frecuencias con que esos conflictos se presentan.

No hay que olvidar la crítica contradicción entre las metas culturalmente prescritas y las formas de llegar a ellas socialmente estructuradas, siguiendo la teoría mertoniana. Nuestra sociedad venezolana no escapa a esta aguda contradicción.

Como tampoco debemos olvidar el origen social y cultural de las presiones a las cuales están sometidas las mujeres que buscan interrumpir voluntariamente el embarazo.

# 2.2 TIPOLOGIA DE LAS MUJERES QUE ABORTAN

Basados en los anteriores planteamientos, se podría suponer que las mujeres abortan por razones diferentes según las restricciones sociales y las presiones culturales a las que están sometidas según sus respectivos grupos.

Presuponemos que en Venezuela se producen abortos por presiones socio-económicas y por presiones socio-culturales. Bajo estas últimas presiones, un grupo se orienta por normas y costumbres tradicionales y, otro grupo, por una nueva visión del rol de la mujer. Llevados por este criterio, hemos creado una tipología que comprende los grupos de mujeres que denominamos mujer marginal, mujer tradicional y mujer liberada. Los dos últimos tipos encajan perfectamente en el tipo de adaptación mertoniano denominados "Ritualista" y "Rebelión". Nuestro primer tipo, sin embargo, no encuentra equivalente en la tipología mertoniana, pero sus características dan pie para la creación de un nuevo tipo de adaptación a los efectos de nuestro estudio. Se le tipificó basándonos en el concepto de anomía de Robert K. Merton, determinándole un tipo de adaptación que hemos decidido llamar de "Sobrevivencia".

En una estructura social donde se glorifica la maternidad como meta-ideal de la mujer pero, por otra parte, no se dan los medios para proteger a la mujer durante el embarazo, ni después de él, se encontrará una tendencia hacia la anomía y la conducta divergente.

La maternidad se convierte en una carga por la presión de este orden socíal. Deserción del hombre, rechazo en los puestos de trabajo, rechazo por parte de la familia, carencia de protección por parte del Estado.

La maternidad culturalmente prescrita como fuente de satisfacciones se convierte, en muchos casos, en causa de frustaciones para la
mujer y el resultado es la tendencia a ignorar la estructura social
que prescribe la norma.

Se presupone que los estratos más presionados hacia la conducta divergente y la anomía son aquellos que tienen menos acceso a los medios socialmente prescritos. La educación, la protección familiar, la protección estatal, el trabajo bien remunerado o equiparable al del hombre, están fuera del alcance de los grupos que mayoritariamente recurren al aborto.

Las metas culturales que señalan la glorificación de la meternidad como meta-ideal de la mujer, no siempre son transmitidas por los canales normales de socialización, en ciertos estratos sociales, debido justamente a una ausencia de esos canales.

Estamos ahora frente a los grupos de mujeres que abortan por razones económicas y tipificadas como Mujer Marginal.

#### MUJER MARGINAL

La coordinación imperfecta de los aspectos de objetivos y medios de la estructura social lleva a la anomía. La separación de los elementos de la estructura social - lo cultural y lo social - hace más difícil la tarea de anticipar la conducta social. Esta es una de las funciones de la estructura social y si la conducta social no puede prevenirse, aparecerá la anomía. Consideramos que el estado anómico describe y explica la conducta de la mujer que interrumpe voluntariamente el embarazo por las razones que hemos llamado socio-económicas. Este es un tipo de conducta desviada que refleja un estado de ánimo como resultado de una vida sin normas y sin metas.

La mujer que confiesa el haber interrumpido voluntariamente el embarazo por falta de recursos, no está mintiendo. Estos son los casos que abundan, los denunciados y los castigados. Esta mujer carece de normas y de objetivos por la sencilla razón de que no contó con los factores socializantes por excelencia que se los transmitiera. El hogar, la escuela, el trabajo, el grupo, le fueron negados o apenas conocidos. No tiene raíces, ni pertenece a ningún lugar en particular, tampoco tiene futuro.

Es una mujer desconectada de toda cohesión social, se mueve por impulsos y no se hace responsable ante nadie, sino ante sí misma.

La regularidad con que se encuentra este tipo de mujer prueba que su conducta es el resultado del agudo desajuste que existe entre unos

valores culturalmente dados y unas normas socialmente estructuradas. Su falta de cohesión es, pues, el resultado de la falta de cohesión de la estructura social.

No son casos aislados, representan muchas veces la mayoría. Su posición en la estructura social les abrirá o cerrará las puertas para lograr las metas culturalmente aceptadas.

Si los medios socialmente institucionalizados para alcanzar los objetivos culturalmente inducidos no están a su alcance, entonces el desequilibrio entre medios y fines significa que la conducta exigida es imposible de observar. De ahí el rompimiento de la norma.

Antes veíamos la ignorancia de la norma por carencia de los factores socializantes. Como se verá, la anomía varía en grado y en clases.

Robert K. Merton distingue entre anomía "simple" y "aguda".

Describe la simple como un conflicto en un grupo o en una sociedad entre sistemas de valores hasta llegar al extrañamiento del grupo. Y la aguda como el desmoramiento de los sistemas de valores hasta llegar a situaciones de angustia o desesperación.

Asimismo, afirma R. K. Merton, que ni las tendencias a la conducta divergente, ni las tendencias a lograr el equilibrio de un sistema de interacción social, se dan al azar. Se mueven en direcciones que pueden ser reconocidas. Por lo tanto, la conducta divergente tiene sus normas.

Pareciera que la mujer que aborta ignora las fallas de la estructura social en el sentido de disociación entre las metas culturalmente prescritas de glorificación de la maternidad y los medios socialmente institucionalizados de protección a la madre y el niño y sólo se culpa a sí misma por su desviación.

La mujer que interrumpe voluntariamente el embarazo por razones socio-económicas se enfrenta al conflicto que plantea Robert K. Merton como causa de la tendencia a la anomía. Es el conflicto entre las metas culturales y la posibilidad de emplear medios institucionales para alcanzar esas metas. El rol de madre, la glorificación de la maternidad, son metas culturales que no escapan a la comprensión de la mujer que aborta por causas socio-económicas.

Estas metas le fueron transmitidas, si no por una educación formal, al menos lo fueron por una socialización informal.

Pero esa misma mujer adopta una conducta divergente a las normas institucionalizadas, primero, porque desconoce el derecho que tiene a ser protegida según reza la Constitución y las leyes y, segundo, porque acepta su desamparo como una falla producto de ella misma. Culpa la desgracia de ser pobre, ser ignorante, al hecho de no tener familia, ni compañero sexual estable que la respalde. Siendo producto del desequilibrio de la estructura social, lo ignora y se culpa a sí misma.

Pareciera que los medios socialmente institucionalizados como son el derecho a la educación, a pertenecer y a formar una familia bien

constituida, a la justa distribución de la riqueza a través de la igualdad de oportunidades, no están dados para los estratos sociales a los cuales pertenece la mujer que aborta por razones socioeconómicas.

Esta mujer podría encontrarse entre los grupos de obreras, de servicio doméstico, de la que habita en las áreas marginales a cargo de una decena de hijos propios, más también otros ajenos, en algunos casos.

Estamos en una sociedad que corona el rol de madre con los laureles más nobles para "todas" las mujeres. Pero, ¿está el camino abierto para "todas" las mujeres, tienen "todas" el mismo derecho y las
mismas oportunidades? Este rol no es solamente un deseo secreto que
"duerme en el seno de todas las mujeres", como reza el refrán popular,
es más bien una expectativa socialmente definida, como dice Robert
Merton de las metas culturalmente prescritas en una sociedad. Y,
además, "...esa expectativa normada se considera apropiada para todos,
aparte de su suerte inicial o de su situación en la vida".(32)

Estas aspiraciones serán diferentes según los distintos estratos sociales, continuará Robert Merton, pero las orientaciones culturales insistirán en el sentido de que todos luchen por alcanzarlas.

Podría afirmarse que se encuentra alejado el hecho de que todas las mujeres acepten y asimilen este criterio cultural sobre la

maternidad, pero lo que sí es cierto, es la insistencia de casi todos los medios de comunicación sobre el deber moral de la mujer y la posibilidad de luchar por la gloria de ser madre.

La prensa, la novela radial o televisada, el cine, la escuela, la publicidad, la novela escrita, el cuento y la poesía insisten fuertemente en el tema.

Este tema cultural además de ser presentado como posible a todas las mujeres, sin tomar en cuenta su situación, también se presenta como una necesidad de luchar por él como deber de todas. Asimismo, se explota el mérito de una maternidad llevada con sacrificio en la pobreza.

Cuando las metas llegan a hacerse tan importantes al punto de permitir todos los medios con tal de alcanzarlas, se llega a la "desmoralización", afirmará Robert Merton. Las normas entonces pierden su poder de reguladoras de la conducta y nos encontramos con el elemento "ausencia de normas" de la anomía. La mujer que aborta por razones socio-económicas concientiza las metas culturales de la glorificación de la maternidad, pero ante unas normas que le imposibilitan alcanzar esa maternidad, si no glorificada, al menos decente, prescinde de la norma socialmente instituida de llevar a feliz término la gestación. Su conducta presenta, pues, una ausencia de normas o anomía.

Robert Merton propone observar la manifestación y desarrollo de la anomía como proceso social y no como un estado que de pronto aparece.

Este proceso puede observarse tentativamente como la forma en que algunas mujeres tienden a reaccionar, dependiendo de su posición poco ventajosa en el grupo, ante las tensiones que se originan de la contradicción entre metas y modos de alcanzar esas metas.

Estas son las mujeres más inclinadas a la conducta divergente. Esa desviación de las normas generalmente llevan a la mujer a lograr sus metas, por ejemplo, la meta de liberación. Dentro de un sistema social, estas desviaciones no solo afectan a la mujer que lleva a cabo la conducta desviada por primera vez, sino que afecta también a muchas otras con quienes se relacionan dentro del sistema social.

Si la conducta desviada ayuda alcanzar las metas deseadas, una frecuencia de esta conducta desviada disminuirá la importancia "...de las normas institucionales para los demás individuos del sistema".(33)

Este proceso ayudará a extender la anomía y a intensificarla hasta convertirse en mecanismo multiplicador de la conducta desviada. La mujer que antes veía en el aborto un acto condenable, se acostumbrará a su frecuencia y se hará vulnerable a su práctica.

#### MUJER TRADICIONAL

Otro tipo de adaptación propuesto por Robert K. Merton que encaja en los grupos definidos por nosotros como abortos por presiones familiares o valorativas, es el "Ritualismo".

El tipo ritualista está representado por individuos que no acatan o simplifican los objetivos culturales y muestran un respeto exagerado de las normas institucionales.

Encontramos un tipo de mujer que acepta el aborto sin desearlo, como un medio propuesto por su familia, bajo las presiones de la sociedad, lo cual debe cumplir sin protestar, e ignora, o no siente aspiración hacia los objetivos culturales que promueven la maternidad como meta-ideal de toda mujer. No se trata para nuestro estudio de una conducta desviada. Es una mujer sometida a una fuerte presión para cumplir los principios morales de la sociedad y su adaptación, por lo tanto, a las costumbres se hace ritualista.

Robert Merton dice textualmente, "La severa preparación hace que muchos individuos soporten una pesada carga de ansiedad. Las normas de socialización de la clase media baja promueven, pues, la estructura de carácter más predispuesta al ritualismo..." (34)

Aunque no se trate de conducta desviada, lo preocupante en este caso es el desinterés por las metas culturalmente propuestas en las cuales la mujer debe llegar a la maternidad preferiblemente a través de los medios institucionalizados, es decir, a través del matrimonio para alcanzar su realización gloriosa de su rol de madre.

A este grupo pareciera pertenecer la adolescente o estudiante liceísta o universitaria soltera cuyo embarazo pone en evidencia los principios morales de la familia y, por ende, el buen nombre de la misma. La decisión de abortar no es suya, pero el tremendo trauma psicológico sí será suyo.

Dejando un poco de lado la teoría mertoniana, se podría dejar aquí planteado un nuevo tipo de adaptación ritualista. Este nuevo tipo de adaptación que proponemos es aquel que también se aleja de las metas y se aferra a los medios, pero no por falta de encontrar satisfacción a sus aspiraciones que, como diría Robert Merton, se debe a la fuerte competencia para alcanzarlas, sino más bien, por una fuerte socialización del individuo hacia los medios porque éstos le ofrecen seguridad como normas institucionalizadas.

Esta adaptación está muy ligada a la clase media que es donde los padres ejercen la mayor presión para respetar los principios morales de la sociedad y donde menos aspiraciones son inculcadas, como escape tal vez a las frustaciones inherentes a la imposibilidad de alcanzar las metas deseadas.

Esta adaptación ritualista a las reglas puede originarse de un sentimiento de culpa por inconformidad con las normas en el pasado, o en el otro extremo, llevar a una rebeldía por exceso de apego a las reglas institucionales en el presente. Siempre nuestro estudio estará enfocado, sin embargo, al desequilibrio entre la estructura cultural y la estructura social, fuente de la conducta divergente.

#### MUJER LIBERADA

El tipo de adpatación denominado por Robert Merton "Rebelión" es aquel en el cual el individuo no acepta los medios ni los fines prescritos por la sociedad y propone nuevos medios y metas. Esta sería la conducta adoptada por los grupos de mujeres que se orientan hacia la liberación femenina. Robert Merton propone que hay que tomar en cuenta otros aspectos de la estructura social y no solamente el de mayor importancia dado como meta culturalmente prescrita, si queremos comprender las fuentes sociales de la conducta divergente.

Lleva a este tipo de adaptación rebelde a proponer una estructura social nueva, muy modificada. Se consideran, tanto las normas como las metas, muy arbitrarias.

Creemos que entre los diferentes grupos de la mujer que aborta, específicamente, la conducta de la mujer que aborta por razones de liberación, podría considerarse que encaja perfectamente con la conducta del tipo de adaptación rebelde. Sería interesante analizar qué metas culturales ha internalizado este grupo de mujeres. Pareciera que la meta-ideal de la glorificación de la maternidad ha sido rechazada por la mujer que busca su liberación y, en cambio, se orienta hacia una meta de libertad individual, la cual no está culturalmente prescrita en nuestra sociedad. Esta libertad individual implica libertad sexual, libertad profesional, libertad económica, libertad de ejercer derechos legales sobre los hijos y otras.

La práctica del aborto sería los nuevos medios de alcanzar las nuevas metas de liberación propuestas.

Robert Merton expone, "Y el paso ocasional de la adaptación ritualista a tipos dramáticos de adaptación ilícita está bien documentado en historias de casos clínicos y se halla con frecuencia expuesto en penetrantes obras de literatura de ficción. No es raro que a prolongados períodos de extremada sumisión sigan explosiones de rebeldía." CAPITULO III

# III. DEFINICION DEL ABORTO

## 3.1 Tipos de Aborto

Para efectos de nuestra investigación se hace necesaria una clarificación de las diferentes acepciones del término aborto para llegar a definir cabalmente el tipo de aborto, objeto del presente estudio.

Según Germain Grisez (36) "La palabra aborto puede referirse al acto, al suceso (o proceso) o al resultado, por ser el aborto una situación compleja. Una persona acusada de aborto, lo es de un acto; una mujer que quiere un aborto busca un suceso o un proceso: el individuo abortado recibe a veces el nombre de 'aborto'". En este trabajo el centro de interés es la mujer que busca el aborto.

En términos generales, aborto es, "la expulsión espontánea o provocada de un embrión o de un feto no viable". (37) La expulsión puede ser espontánea o inducida. Espontánea es la que ocurre naturalmente. Inducida es la que se provoca voluntariamente, bien por razones terapeúticas o por factores de otra índole.

Tenemos, pues, tres tipos de aborto:

1) Aborto Espontáneo: "es aquel en el que la interrupción de la gestación es debida a una causa patológica (de la madre o el fruto) incompatible con la sobrevida o la permanencia del producto de la concepción en el útero". (38)

- 2) Aborto Terapéutico: Es el que se lleva a cabo por indicación médica. Bien porque el embarazo constituya un riesgo a la vida de la madre, o porque se sospeche malformación fetal (aborto eugenésico).
- 3) Aborto Voluntario: Es la interrupción voluntaria o intencional de la gestación cuando no existe razón médica. Se le denomina también provocado, intencional, inducido o criminal:

"En los casos en que no existe indicación medica, el aborto puede estar motivado por una serie de razones sociales, familiares y psicológicas, o como un medio (el más antiguo y cuestionable) de planificación familiar. No existe una denominación precisa e irreprochable para este tipo de aborto, sin duda el más frecuente. Podría llamárselo aborto por razones sociales o aborto voluntario 'stricto sensu'". (39)

El aborto espontáneo y el aborto terapeútico no serán en esta investigación tema de discusión. Nuestra atención estará centrada en el aborto voluntario que será estudiado desde el punto de vista de la conducta divergente de las normas prescritas.

Es de interés recordar que el aborto denominado voluntario es contrario a nuestro código penal y por consiguiente, es considerado también como "aborto ilegal". Actualmente el aborto terapeútico por indicación fetal no está legalizado en Venezuela, pero como ya señalamos lo excluímos de la investigación, por considerar que las causas de su práctica son eminentemente terapeúticas y carecen por tanto para nuestro estudio de interés sociológico.

Nos abocaremos, por tanto, a estudiar la interferencia deliberada de un embarazo, con la intención de terminarlo, por parte de la propia embarazada. Es decir, "interrupción voluntaria del embarazo".

Javier Gafo Fernández (40), en su trabajo sobre el aborto señala cuatro tipos de aborto:

- a) Aborto Terapeútico: realizado para salvar la vida de la madre.
- b) Aborto Eugénico: realizado cuando existe riesgo o certeza de que el niño será portador de anomalías o malformaciones congénitas. Sería un aborto terapeútico por prescripción fetal.
- c) Aborto Psicosocial: realizado ante problemas económicos, sociales, humanos (emabarazos extramatrimoniales), desequilibrio psíquico de la mujer.
- d) Aborto Etico o Humanitario: es un caso especial del anterior. Embarazo consecuencia de la acción delictiva: violación, incesto.

El aborto psicosocial principalmente es el que nos mueve a realizar la presente investigación, ya que queremos estudiar los condicionamientos y causas sociales y humanas que llevan a las mujeres a la decisión de interrumpir su embarazo.

Podemos entender que la interrupción voluntaria del embarazo se interpreta generalmente como una acción ilícita. Se considera como una acción criminal del abortista empírico o comadrona y de la mujer que aborta.

Descomponiendo la frase "interrupción voluntaria del embarazo" tenemos que interrumpir significa cortar la continuación de una acción en el lugar y en el tiempo; voluntaria, es el acto que nace de la voluntad y no por inducción ajena y la última palabra, embarazo, significa estado de la mujer producido por la fecundación del óvulo y que transcurre desde el momento en que se produce este fenómeno hasta el parto.

Tenemos, por tanto, que el significado etimológico de la interrupción voluntaria del embarazo es "cortar la continuación por propia voluntad del estado de fecundación del óvulo en la mujer". Si le agregamos el significado de aborto provocado y no terapeútico, en términos generales podemos aplicar la frase interrupción del embarazo por razones no terapeúticas a los casos de mujeres que hemos tipificado como Mujer Marginal, Mujer Tradicional y Mujer Liberada.

Después de haber referido las diferentes denominaciones del aborto, consideramos importante agregar dos más:

. <u>Aborto Séptico</u>: es aquel que se infecta. "Se considera que la mayoría de los abortos sépticos son provocados, pero se puede presentar infección después de un aborto espontáneo". (41)

Podemos entender que la interrupción voluntaria del embarazo se interpreta generalmente como una acción ilícita. Se considera como una acción criminal del abortista empírico o comadrona y de la mujer que aborta.

Descomponiendo la frase "interrupción voluntaria del embarazo" tenemos que interrumpir significa cortar la continuación de una acción en el lugar y en el tiempo; voluntaria, es el acto que nace de la voluntad y no por inducción ajena y la última palabra, embarazo, significa estado de la mujer producido por la fecundación del óvulo y que transcurre desde el momento en que se produce este fenómeno hasta el parto.

Tenemos, por tanto, que el significado etimológico de la interrupción voluntaria del embarazo es "cortar la continuación por propia voluntad del estado de fecundación del óvulo en la mujer". Si le agregamos el significado de aborto provocado y no terapeútico, en términos generales podemos aplicar la frase interrupción del embarazo por razones no terapeúticas a los casos de mujeres que hemos tipificado como Mujer Marginal, Mujer Tradicional y Mujer Liberada.

Después de haber referido las diferentes denominaciones del aborto, consideramos importante agregar dos más:

. Aborto Séptico: es aquel que se infecta. "Se considera que la mayoría de los abortos sépticos son provocados, pero se puede presentar infección después de un aborto espontáneo". (41)

. Aborto Incompleto: se refiere a la presencia de restos en el útero después de un aborto espontáneo o provocado. "El aborto incompleto es el diagnóstico más común cuando las mujeres se hospitalizan a causa de complicaciones por abortos". (42).

Ambos tipos nos interesan ya que pueden constituir casos de aborto provocado.

Como conclusión queremos expresar que en la presente investigación utilizaremos el término aborto provocado, cuando el embarazo es interrumpido por una serie de razones ajenas a la terapeútica. El análisis de estas razones constituyen el objetivo de nuestro trabajo.

Intentaremos penetrar en el contexto de significado que impulsa a las mujeres a interrumpir voluntariamente su embarazo, en el modo de su realización y las consecuencias de este hecho.

En el transcurso de la investigación procuraremos utilizar el término "interrupción voluntaria del embarazo" por considerarlo algo más neutro frente a la connotación ético-moral e ilegal que tiene la palabra aborto.

## 3.2 METODOS PARA PRACTICAR EL ABORTO

Después de definir el tipo de aborto que vamos a tomar como objeto de nuestra investigación, nos parece importante señalar cuáles son los métodos comúnmente usados para practicar el aborto, ya que el método influye sobre la intensidad y el tipo de complicaciones que pueden surgir posteriormente, las cuales nos interesan en el presente estudio.

"Las clases de drogas y técnicas utilizadas para intentar los abortos ilegales son muchas, van desde las infusiones de hierbas hasta la cirugía moderna y cada una tiene sus propios riesgos". (43) Consideramos, por tanto, que una revisión de los métodos nos conduce también a revisar los riesgos que corre la mujer cuando surgen complicaciones que en su mayoría terminan en la muerte. Y es, precisamente, la mortalidad por aborto provocado un hecho que nos produce un gran interés en nuestra investigación por la relación que podría tener con la mujer marginal.

Los riesgos de un aborto para la vida de la mujer dependen de cuatro factores: (44)

- el método del aborto;
- la habilidad de proveedor;
- la duración del embarazo;
- la facilidad de acceso y la calidad de las instalaciones médicas para tratar las complicaciones.

Es de suponer que resulta mucho más peligroso un aborto realizado por personas inexpertas en condiciones antihigiénicas, que el realizado por personas competentes en condiciones asépticas. Asimismo, es conveniente mencionar que el estado legal o no del aborto en un país, influye en gran medida sobre la técnica abortiva empleada y en los riesgos que corre la mujer. "En los lugares donde el aborto es legal se puede emplear la tecnología más segura y efectiva que haya disponible; donde es ilegal la selección del método está mucho más limitada por la capacidad que tenga la mujer para conocer a los proveedores, el tipo del mismo al que pueda tener acceso, los medios con que éste cuente y el costo del procedimiento". (#5) Sin embargo, en muchos países, a pesar de tener legislaciones moderadas o liberales, la mujer recurre al aborto clandestino.

En nuestro país vemos que diariamente ingresan a los centros hospitalarios casos de aborto sépticos o incompletos, lo cual evidencia las serias complicaciones que se presentan después del aborto provocado. "Los instrumentos no esterilizados utilizados por los proveedores sin capacitación, contribuyen a la incidencia de la infección en el aborto ilegal, aumentando así el riesgo de muerte".(46)

Existen diferentes criterios para considerar un aborto séptico, pero los más generales son: (47)

- cuando la fiebre supera los 38°C durante más de 24 horas;
- flujo vaginal o cervical purulento con olor desagradable;
- infección cervical con dolor abdominal bajo.

La complicación más seria de este tipo de aborto "es el choque séptico, una insuficiencia circulatoria relacionada con la infección a la que se atribuye la mayoría de las muertes relacionadas con el aborto". (48)

Es relevante observar que las complicaciones del aborto no sólo afectan a la mujer, sino a las intituciones médicas y a la sociedad en general. Para efectos de esta investigación resulta de importancia conocer cuáles son las consecuencias para la mujer del aborto séptico:

"Las complicaciones del aborto séptico son numerosas y graves: lesiones locales en la vagina y cérvix, necrosis y perforación uterina, peritonitis, tromboflebitis, septicemia, necrosis renal, embolias... Por otra parte, debe también indicarse la pérdida de fertilidad de la mujer como consecuencia de tales maniobras; en efecto, con bastante frecuencia, el aborto clandestino ocasiona un estado de esterilidad o subfertilidad en mujeres que recurren al mismo". (49)

Después de tener clara la relación entre el modo de practicar el aborto y los riesgos y complicaciones que pueden surgir, podemos seña-lar los métodos más usados de aborto.

Javier Gafo Fernández distingue tres grandes grupos de métodos abortivos: microabortivos, macroabortivos clínicos y macroabortivos no clínicos. (50)

# a) Métodos Microabortivos (interceptivos)

DIU: Dispositivo intrauterino (espiral, stérilet, pesario intrauterino). Son de dos tipos: inertes (de plástico) y

activos (con un filamento de cobre). Se usan como alternativas a la anticoncepción oral.

Su acción consiste en producir tales modificaciones en el endometrio que se imposibilita la anidación o implantación del blastocito (unos 7 días después de fecundación).

- Píldora del día siguiente: son dosis elevadas de estrógenos.
  Por consiguiente provocan vómitos y naúseas, no puede usarse como método habitual de control de natalidad. Es más bien un método de emergencia. (Por ejemplo, en casos de violación).
- <u>Prostaglandinas</u>: son sustancias de amplia acción terapéutica.

  Actualmente se encuentran en fase experimental. Se ha pensado en su uso como interceptivos por las contracciones que provocan sobre la musculatura uterina. Se emplea para provocar aborto muy precoz, cuando hay retraso en la regla y también se está utilizando para provocar el aborto en el segundo trimestre del embarazo.
- Regulación mestrual: consiste en aplicar el método Karman, de absorción, para provocar la mestruación cuando la mujer tiene un retraso. (En muchos casos se tratará de un aborto precoz).
- b) <u>Métodos Macroabortivos Clínicos</u>: se les denomina legales, ya que en general coinciden, pero existen situaciones en que el

aborto ilegal se realiza en condiciones clínicas o médicas. (Tal es el caso de nuestro país).

- Método Karman (de succión o vacuoextracción: se vacía el contenido uterino mediante una bomba de vacío, conectada al interior del útero. No se amerita un raspado ulterior.

  Resulta una sencilla intervención, además de rápida. Presenta muy pocas complicaciones médicas y una taza de mortalidad baja. (Sólo se puede practicar en las primeras semanas del embarazo).
- <u>Curetaje-legrado</u>: se realiza una dilatación del cuello del útero, para posteriormente introducir una especie de cucharilla con la que se raspa el contenido del útero. (Tiende a ser sustituido por el método Karman).
- Solución salina: se introduce al útero al 20%. Es letal para el feto, ya que le produce grandes quemaduras. La expulsión se produce generalmente a las 24 horas. Presenta complicaciones. La tasa de mortalidad es inferior a la del parto.
- <u>Histerotomía</u>: se realiza una césarea para extraer el feto, cuando el embarazo ya está muy avanzado. Las complicaciones pueden ser graves y la tasa de mortalidad es bastante superior a la del parto.

c) Métodos Abortivos no Clínicos (clandestinos): Mediante instrumental médico: agujas, punzones, curetas, bujías de Hegar, etc.

Se realiza la dilatación del cuello, del útero, el desprendimiento de las mebranas del huevo y la punción de éste.

Este procedimiento presenta peligro de desgarraduras, perforaciones uterinas, hemorragias y otras complicaciones.

También se provoca el aborto empleando sustancias tóxicas tanto para el feto como para la madre, como el arsénico, mercurio y plomo. Pueden ser de origen vegetal como el apiol, ruda, cornezuela de centeno o mineral.

De lo anteriormente expuesto se desprende que el aborto clandestino implica graves peligros para la madre y su futura maternidad. Es el que presenta el mayor índice de mortalidad:

"...por lo general el aborto solamente se inicia, por lo cual la aplicación de este procedimiento es típico de los abortos clandestinos, que buscan el comienzo de los síntomas para justificar luego en forma legal la terminación del mismo. La facilidad de la maniobra explica su amplia difusión, así como las características de la misma dan cuenta de la frecuente responsabilidad en las complicaciones infecciosas y hemorrágicas que luego deben ser asistidas; en los servicios hospitalarios". (5)

A las maniobras clandestinas no médicas recurre generalmente la mujer marginal. En ocasiones ella misma intenta inducirse el aborto, (auto-aborto), o bien, acude a empíricos que pueden ser personal paramédico o personas extrañas a la profesión médica.

La mujer de clase media y alta para provocarse el aborto se dirige a médicos titulares que operan en clínicas clandestinas. Lo más común es que éstos empleen el método de dilatación y curetaje o la conocida inyección salina. Si el embarazo tiene poco tiempo se extrae el feto por absorción del contenido uterino. Y si el embarazo supera los tres meses, se practica una minicesárea.

La mujer marginal, por las condiciones en que se practica el aborto, es la más expuesta a complicaciones posteriores. Mientras que la mujer clase media y alta abortan en mejores condiciones, por que tienen la posibilidad de pagar un médico, pero no obstante, existe la probabilidad de riesgo, ya que los médicos por hacer el aborto en poco tiempo y deshacerse del caso, no toman todas las medidas antisépticas requeridas, ni consideran el estado general de salud de la paciente.

# 3.3. Planificación Familiar y Aborto

Después de haber visto las múltiples complicaciones que pueden surgir como consecuencia del aborto, nos planteamos que la promoción de la planificación familiar podría constituir una alternativa frente al grave problema que representa la mortalidad por aborto. (52)

"El riesgo de morir a consecuencia de un aborto ilegal excede ampliamente al riesgo de morir a causa de cualquier método antoconceptivo". (3)

Queremos dejar por sentado que no pensamos que una adecuada planificación familiar vaya a resolver el problema, sino que podría ser
una alternativa válida. "Con la introducción de programas intensivos
de planificación familiar, las tasas de aborto pueden aumentar, permanecer iguales o disminuir según la disponibilidad relativa del aborto
y de la anticoncepción y los patrones anteriores de control de la
fecundidad". (54)

El aborto y la planificación familiar de signo contraceptivo son elementos muy relacionados, en la medida en que ambos constituyen formas de evitar un embarazo no deseado. Pero al parecer en nuestro país no existen programas ampliamente difundidos de planificación familiar y educación sexual, lo cual influye notablemente en el hecho de que el aborto se convierta en una forma de control de la natalidad:

"... es el último recurso de las mujeres a las que se les ha negado el derecho a la información sobre anticonceptivos". (55)

Actualmente existe un gran desconocimiento sobre la conducta sexual, la planificación familiar, los métodos anticonceptivos y todo lo relativo a la reproducción en la gran mayoría de nuestras mujeres. "El porcentaje de mujeres que recurren al aborto en edades muy tempranas, (en nuestro grupo 26.39% tienen entre 15 y 20 años), nos lleva a reflexionar sobre la carencia de información sexual porque sería utópico hablar de educación sexual, en un país donde aún se discute quién debe darla, cúando y cómo". (56)

Consideramos que los programas de planificación familiar y educación sexual están orientados en gran parte a mujeres casadas con hijos y no a solteras (además éstas no acuden a los centros de orientación por temor a evidenciar que tienen relaciones sexuales).

"Es difícil implantar programas abiertos de planificación familiar. Los que se han establecido son para mujeres que ya tienen hijos y en cuanto a someter a las jovencitas a estos programas, es algo muy criticado. Los centros que se abren dirigen su atención principalmente a evitar que mujeres con familias numerosas, ya casadas que no quieren procrear más, recurran a servicios de planificación. Lo saludable agrego, es iniciar una educación sexual que tienda a actitudes responsables. Se debe enseñar fisiología de la reproducción porque más de la mitad de la población joven ignora todo lo concerniente a la ovulación". (57)

La ignorancia en torno al control de la natalidad y a la sexualidad pareciese ser un problema no exclusivamente de la mujer marginal, sino de un amplio sector de la población. "¿Qué tiene de sorprendente que actualmente solamente el 10% de las mujeres conozcan los métodos contraceptivos y sepan usarlos.? Y cuando no se conocen o uno no sabe usarlos, se llega apremiada y forzada, a practicar un aborto en las peores condiciones". (52)

Nuestro interés fundamental en este trabajo es, pues, intentar interpretar sociológicamente la realidad de las mujeres que se ven obligadas a tomar la decisión de abortar. ¿Por qué toman la decisión de interrumpir su embarazo?

CAPITULO IV

### IV. METODOLOGIA

El presente estudio es eminentemente de carácter exploratorio, en vista de que el tema objeto de esta investigación constituye en nuestra sociedad un tópico controversial por ser considerado ilegal. Por consiguiente, nos encontramos con numerosas limitaciones para la obtención de la información que nos aproxime a la realidad.

En relación a este planteamiento, cabe mencionar lo que C. Selltiz propone: "En el caso de problemas acerca de los cuales existen muy poco conocimiento utilizable, parece muy adecuado un estudio exploratorio." (59) "...el énfasis mayor recae en el descubrimiento de ideas y aspectos profundos. Consecuentemente el esquema de investigación debe ser lo suficientemente flexible como para permitir la consideración de numerosos aspectos distintos de un fenómeno." (60) Es de interés señalar que nuestra investigación se circunscribe a una muestra de la población femenina en edad fértil de la ciudad de Caracas (15-44 años). Para encarar el problema recurrimos a la tipología ya mencionada de mujeres marginales, tradicionales y líberadas. Esta típología se elaboró tomando como referencía los modos de adaptación de Robert Merton.

Consideramos de gran importancia para este trabajo la creación de un tipo de adaptación que encaja con la mujer que categorizamos como "marginal". Emile Durkheim señala en su obra "El Suicidio" lo siguiente: "El científico no puede tomar como objetos de sus investigaciones

los grupos de hechos ya establecidos a los que corresponden las palabras del lenguaje corriente; al contrario se ve obligado a constituir por sí mismo los grupos que se propone a estudiar, a fin de dotarlos de la homogeneidad y de la especificidad necesarias para que puedan ser tratados científicamente." (61)

Resulta evidente la importancia de tener presente una constante en el momento de indagar sobre cada tipo de mujer. Determinamos, pues, como constante de situación las variables socio-económicas (Variables de Situación) y como elemento causal del aborto provocado, consideramos de interés indagar cuáles expectativas tenía la mujer al interrumpir el embarazo. Estas expectativas se midieron a través de las variables opináticas, tales como, expectativas de su rol de mujer y su nivel de satisfacciones.

En la medida en que definimos lo que queríamos indagar de cada tipo de mujer, seleccionamos como instrumento metodológico clave de recolección de datos la entrevista no estructurada. Asimismo, recurrimos a las estadísticas de uno de los centros de maternidad de la ciudad de Caracas, tomando en cuenta que las estadísticas, por lo general, no reflejan exactamente la realidad y en éstas en particular, además, no hay discriminación entre aborto espontáneo y provocado. Para salvar este obstáculo tomamos los abortos infectados como abortos provocados toda vez que la posibilidad de que un aborto espontáneo se infecte parece ser mínima. (2) Por otra parte, estas estadísticas sólo reflejan la realidad de la mujer marginal porque es ella

mayoritariamente quien utiliza los servicios hospitalarios públicos.

Otro recurso metodológico para la obtención de datos fue la revisión y análisis de noventa y cuatro historias de mujeres correspondientes a un día tomado al azar en la Maternidad Concepción Palacios.

Se consideró que la información científica sobre el tema podía ser obtenida de médicos ginecólogos y obstetras, y de otros especialistas familiarizados con el problema del aborto. Alusivo a "la revisión de la experiencia" planteada por C. Selltiz, cabe anotar: "...especialistas adquieren a través de la rutina de su trabajo, un acervo de experiencias que podría ser de muchísimo valor para auxiliar al científico de lo social en su intento de familiarizarse con las importantes influencias operantes en cualquier situación que quizá tenga que estudiar. El propósito de una revisión de experiencias es reunir y sintetizar tales experiencias." (3)

Asimismo, logramos entrevistar a cada uno de los tres tipos de mujeres categorizados en nuestro marco teórico.

Tanto en el caso de los especialistas como en el caso de las mujeres, la entrevista no estructurada resultó el instrumento más idóneo por su flexibilidad. Por una parte, ante nuestra ignorancia del aspecto médico del aborto era conveniente que el especialista se expresara libremente. Por la otra, en relación a la mujer, ella se sentía más confiada de relatar espontáneamente su experiencia de un hecho considerado delictivo y moralmente cuestionado, antes que responder preguntas directas de las cuales deconocía su intencionalidad. "...este tipo de entrevista es útil cuando los investigadores exploran un área nueva de investigación, o cuando quieren saber cuáles son las cuestiones básicas cómo conceptúan las personas el tema, que terminología es usada por los interrogados y cuál es su nivel de comprensión". (64)

#### Fuentes de Datos:

Para poder aproximarnos a la realidad del problema que representa el aborto provocado en nuestro país, teniendo en cuenta la dificultad existente para la obtención de información de este tipo, recurrimos a fuentes indirectas y directas.

## Fuentes Indirectas:

Comenzamos realizando entrevistas a médicos que trabajan en la Maternidad Concepción Palacios, así como a otros que trabajan en clínicas particulares y en hospitales.

Una vez obtenida esta información procedimos a realizar entrevistas no estructuradas a las fuentes directas.

## Fuentes Directas:

Se trataba ahora de entrevistar a mujeres que interrumpieron voluntariamente su embarazo. Se logró entrevistar los tres tipos, es decir, la mujer marginal, la tradicional y la liberada.

Uno de los resultados relevantes de estas entrevistas, desde el punto de vista metodológico, fue el de encontrar casos con características de uno o más tipos (según nuestra tipología), lo cual nos dió a entender que no existe el tipo "puro" en la realidad.

Posteriormente se realizó un análisis de contenido de las entrevistas tanto de las fuentes directas como de las indirectas. Las entrevistas a la mujeres fueron analizadas haciendo énfasis en su relación con los tipos categorizados, para determinar si se acercaban o alejaban al tipo propuesto por nosotros.

Por razones obvias, dado el tipo de información que se pudo obtener, el análisis es fundamentalmente cualitativo.

Como bien afirma C. Selltíz, el número de las entrevistas a los especialistas automáticamente se limitó por sí mismo, cuando se encontró que ya no ofrecían nueva información para el tema. Por otra parte, las entrevistas a las mujeres que interrumpieron voluntariamente el embarazo, se vieron limitadas por la dificultad de encontrar mujeres decididas a contar su experiencia.

Para concluir consideramos relevante mencionar una cita de C. Selltiz en función a los estudios exploratorios: "Cualquiera que sea el método escogido debe ser usado con flexibilidad". (65)

CAPITULO V

## V. ANALISIS DEL PROBLEMA SOCIAL DE LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO

Como se ha dejado planteado, nos proponemos tratar lo social, no como un factor secundario en el problema que actualmente constituye el aborto provocado en el país, sino el factor mismo de donde surge el fenómeno. Pretendemos, pues, conocer algo de esa realidad, labor difícil por la clandestinidad del hecho pero, sin embargo, nuestro trabajo nos aproximó a las condiciones sociales de la ciudad de Caracas, es decir, a conocer los hechos de la vida social.

Tratamos de conciliar nuestro fin con la limitación de los medios de la investigación y nos propusimos dar validez a la información obtenida basados en la verdad.

No se trata de proponer soluciones a un problema que ha existido desde la Antigüedad y que además involucra juicios éticos y religiosos que están lejos de estar resueltos, sino el de exponer objetivamente problemas que se presentan diariamente y a los cuales habremos de prestar toda nuestra atención, si queremos cumplir con la tarea de nuestro campo de la ciencia social.

"Creemos, efectivamente, que una ciencia experimental nunca podrá tener por tarea el establecimiento de normas e ideales, con el fin de derivar de ellos unas recetas para la PRAXIS". (%)

Junto a las ciencias sociales, es decir, "al orden racional de la realidad empírica", (67) presentaremos también los juicios valorativos

y los sentimientos de las mujeres entrevistadas. Mantendremos como norma separar la investigación científica de las manifestaciones valorativas y así conservar la imparcialidad científica. Sin embargo, sería faltar a la verdad, si no admitiéramos que en algunos puntos de nuestro análisis, al medir la realidad, se hayan podido filtrar algunos juicios de valor nacidos de los ideales que los alimentan. Al mismo tiempo podemos asegurar que la intención en todo momento fue la de emitir un juicio práctico puramente de interés científico.

#### INCIDENCIA DEL ABORTO

A pesar de existir una legislación que lo restringe desde el punto de vista legal por parte del Estado y moral por parte de la Iglesia, el aborto en Venezuela mantiene una alta incidencia en la actualidad.

Calculando la incidencia de abortos como la relación entre el número de abortos y el total de nacimientos (68), tenemos, tomando las estadísticas de la Maternidad Concepción Palacios para el año 1981, que se producen aproximadamente dos abortos por cada 1.000 nacimientos anuales.

CUADRO N° 1 Movimientos de Pacientes y Nacimientos

MOVIMIENTO DE PACIENTES		NACIMIENTOS	
Pacientes Admitidos	39.231	Nacidos en total	30.304
Pacientes Asistidas 35.379		Nacidos vivos	29.597
Partos Asistidos	26.444	Nacidos muertos	707
Cesareas	3.500	Muerte de recién	
		nacido	575
Aborto	5.311	Egresados vivos	29.022

Lograr determinar la incidencia del aborto en el país es una tarea sumamente difícil. Las cifras de que disponemos provienen de las estadísticas de la Maternidad Concepción Palacios, una de las maternidades más importantes del país y que recibe pacientes referidas de todas partes de Venezuela.

Sin embargo, estas estadísticas no incluyen, por supuesto, el número de abortos que se llevan a cabo en las clínicas privadas, ni los abortos efectuados por aborteras o por la misma mujer (autoaborto) en la clandestinidad.

Por el riesgo de la salud y muchas veces de la vida de la mujer y por el alto costo hospitalario que representa el aborto provocado, éste puede considerarse como un problema de salud pública y, como tal, podemos tratarlo.

Según los datos obtenidos en el Servicio II de la Maternidad Concepción Palacios, el aborto provocado que en la mayoría de los casos termina en lo que se conoce como aborto séptico, es responsable de aproximadamente el 70% de las causas de muerte por infección en la Maternidad. El Servicio II donde se reciben los casos de abortos cuenta con 80 camas y recibe diariamente un número aproximado de 12 a 15 mujeres presentando los síntomas de un aborto séptico. El costo de una cama por día se calcula en aproximadamente Bs. 600.00 y el costo de terapia intensiva, sin honorarios médicos, alcanza a Bs. 1.500.00.

Un parto normal sin complicaciones requiere generalmente una hospitalización de tres días y un aborto séptico exige muchas veces una terapia intensiva hasta de 15 días. Es importante destacar el hecho de que en muchas ocasiones la mujer sufre la pérdida de hasta un 85% de sus órganos internos, como consecuencia de un aborto séptico y probablemente un 95% de esterilidad generando una menopausia precoz. (©)

Otra información obtenida en la Maternidad Concepción Palacios indica que "hay seis camas en terapia intensiva y todas están ocupadas por abortos provocados". (70)

En la entrevista hecha al Dr. Paul Martínez, Jefe de Servicio II de la Maternidad Concepción Palacios, el entrevistado nos habló de su experiencia en ese Servicio enfatizando que "todo aborto infectado es provocado hasta que no se pruebe lo contrario". Nos informó que difícilmente se logra que la mujer que acude con complicaciones de aborto confiese el haberse provocado un aborto.

El Dr. Martínez se declara un "abortador en potencia" porque considera que la primera causa de mortalidad en la Maternidad Concepción Palacios es la sepsis, viniendo en segundo lugar la toxemia gravídica y en tercer lugar la hemorragia. Es un médico que con frecuencia confronta la muerte, esa triste realidad de ver morir una mujer joven, útil, generalmente madre de varios hijos, por el solo hecho de haber buscado la solución a su situación de pobreza en el aborto. Un autoaborto obligado por razones económicas. Las razones económicas

son un arma de doble filo, están presentes en la decisión para recurrir alaborto y están presentes para llevar a cabo el autoaborto. No hay medios para mantener un hijo más y no hay medios para pagar el aborto.

La mujer que cuenta con recursos econômicos "ella resuelve fácilmente su aborto", sostiene el Dr. Martínez. Las clínicas clandestinas
se han convertido en un mal necesario y son socialmente positivas, sin
embargo, el enriquecimiento de los abortadores alcanza cifras que pueden llegar a los 8s. 50.000 ó 8s. 60.000 diarios.

El Dr. Martínez toma en cuenta además el conflicto emocional en la mujer que aborta.

## 5.1 LA MUJER MARGINAL

La mujer marginal cuando aborta, y ya lo iremos comprobando a través del análisis de la realidad estudiada, es llevada por razones graves creadas por su misma posición dentro de la escala social.

No ignora las consecuencias a que se expone porque - aún sin tener acceso a una educación formal - sus vecinas y amigas le transmiten sus experiencias vividas en la maternidad. Son éstas las más afortunadas, las que lograron llegar a tiempo a la terapia intensiva, porque el 70% no regresó al hogar.

El aborto llega a ser lo que Robert Merton llama los procedimientos de "conveniencia técnica", un procedimiento que aún no siendo válido para la cultura, es adoptado por las mujeres sin tomar en cuenta las normas prescritas. Es un caso de vida o muerte, por eso es una adaptación de sobrevivencia. Y cuando la mujer actúa por encima de la norma prescrita, va conformando una sociedad inestable, anómica o falta de normas.

# NIVEL DE INGRESOS

La mujer que asiste a la Maternidad Concepción Palacios es aquella de bajos recursos, ignorante y víctima de los profundos desajustes de la sociedad. Sus ingresos, más el ingreso de su esposo o compañero de vida, no son suficientes para cubrir los gastos de una familia numerosa.

El siguiente cuadro corresponde a los resultados obenidos de una muestra de 402 mujeres entrevistadas de las cuales 72 habían abortado.

CUADRO N° 2 Ingresos de la Mujer que aborta

INGRESOS	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Ingresos propios suficientes	6	8.33
Ingresos propios insuficientes	21	29.17
Dependiente económicamente de la		
familia con ingresos suficientes	17	23.61
Dependiente económicamente de la		
familia con ingresos insuficientes	28	38.89
TOTAL	72	100.00%

Como podrá observarse, más de las dos terceras partes de la muestra (68.06%) no cuenta con los medios suficientes para sufragar sus gastos de vida.

A ese porcentaje de estrechez de los medios económicos con que cuenta la mujer, hay que agregar - como lo oímos de labios de dos mujeres marginales entrevistadas -, por una parte, la amenaza constante

del abandono por parte del hombre que puede producirse inesperadamente y, por la otra parte, el rechazo en los puestos de trabajo al descubrir el patrono o la patrona el embarazo de la mujer.

La Dra. Fanny Fleitas, del Servicio de Consulta Externa de la Maternidad Concepción Palacios, entrevistada para nuestro estudio, nos refiere que basada en su experiencia con mujeres marginales, la mujer aborta por razones económicas, laborales y por ignorancia de los métodos de planificación familiar. El hombre no está muchas veces de acuerdo con el embarazo y obliga a la mujer a abortar.

"Cuidate. Quitate eso. Y le dan dinero a la mujer para abortar". (72)

La Constitución Nacional en sus artículos 72, 73 y 74 prevé la protección a la familia como célula fundamental de la sociedad, a la maternidad sea cual fuere el estado civil de la madre y dispone que se tomarán las medidas necesarias "para asegurar a todo niño sin discriminación alguna protección integral desde su concepción hasta su completo desarrollo para que éste se realice en condiciones materiales y morales favorables".

Se pregunta, ¿se toman las medidas necesarias para la protección del niño, se protege a la familia, a la maternidad, según reza nuestra Carta Magna?

La realidad que hemos investigado nos descubre una mujer sola para enfrentarse al embarazo, parto y crianza del hijo como lo dejábamos planteado en la parte conceptual de este trabajo.

En 1939 el Dr. Leopoldo Aguerrevere, Director de la casa de Maternidad "Concepción Palacios", proponía el estudio del problema social de las mujeres que acuden al centro asistencial, "pues sospechaba que el porcentaje de madres que al salir de la Maternidad no tenían a dónde ir era bastante grande". (73)

En 1982, se sigue sospechando que en poco o nada ha cambiado la situación. Nos encontramos frente al mismo problema social: La mujer a las puertas de la Maternidad con el hijo en los brazos que tal vez se pregunta ¿qué hacer?

No hay por qué sorprenderse si después de su tercer o cuarto hijo la mujer opte por abortar.

## NIVEL DE INSTRUCCION

El analfabetismo es obvio entre las mujeres que acuden a la Maternidad. Es un analfabetismo acompañado además de una profunda ignorancia de la fisiología de su cuerpo, de la reproducción y la anticoncepción.

Para los efectos de nuestra investigación, se tomó una muestra de 94 historias clínicas al azar en el Servicio de Estadísticas y Archivo de la Maternidad Concepción Palacios. Día: 27 de septiembre de 1981. Hora: Desde las 12:05 a.m. hasta las 11:50 p.m.

Se hizo un registro de la edad, nacionalidad, domicilio, estado civil, la firma o la ausencia de ésta en la historia y la causa de ingreso a la Maternidad.

CUADRO N° 3 Nivel de Instrucción

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Sabe firmar	69	73.40
No sabe firmar	5	5.30
No pudo firmar	3	3.20
Sin firma	17	18.10
TOTAL	94	100.00%

El porcentaje más alto corresponde a las mujeres que saben firmar (73.4%). La simple observación de la firma muestra una irregularidad en los rasgos típica de un aprendizaje elemental. Las dos categorías "No pudo firmar" y "Sin firma" bien podrían ser interpretadas como una sola, es decir, como de que la mujer no sabe firmar. Cabe la duda de si "NO PUDO FIRMAR" podría indicar, o que no sabía firmar, o que su estado general no se lo permitía en el momento de tener que firmar la historia clínica. Asismimo, la categoría "SIN FIRMA" podría ser interpretada de la misma manera.

Para poder hacer una interpretación real del grado de alfabetismo de estas mujeres, haría falta saber qué criterio privó al hacer las categorías en la Maternidad y si ese criterio es uniforme o dejado a la elección de las diferentes personas que llenan la historia de las pacientes.

La ignoracia se extiende a todos los ámbitos. Mientras permanecimos en la Maternidad, tuvimos un contacto directo con la mujer que acude a ese centro. Es una mujer temerosa que pareciera haber perdido la noción del tiempo y el espacio. Se le nota insegura como si no le asistiera ningún derecho, pide con timidez la información que

necesita, ignora que ese personal está allí para atenderla. (Y valga la oportunidad para dejar sentado la paciencia y la comprensión que este personal demuestra).

Su falta de coherencia para suministrar los datos sobre sí misma, sus hijos, o sobre su familia colateral en el momento de responder las sencillas preguntas de una solicitud de admisión en la Maternidad, da una idea clara de un mundo donde las relaciones y el medio son simplemente de sobrevivencia. Sobrevivir es la meta, aspirar a una calidad de vida es algo que parece estar totalmente alejado de sus expectativas.

### ABANDONO DE LA MUJER

Se planteaba que la mujer sufre la deserción del hombre y esto se explica por el tipo de unión que se establece entre ellos. Lo que prevalece es el concubinato, una unión sin compromisos que crea una situación de inseguridad porque el hombre es un "hombre en tránsito".

CUADRO N° 4 Estado Civil de la Mujer que Aborta

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	
Casadas	26	27.68	
Concubinas	63	67.02	
Solas (presentadas por ma	dre,		
amiga, patrona)	5	5.32	
TOTAL	94	100.00%	

En el cuadro anterior la categoría de "Concubina" cubre tanto las solteras-unidas, como las casadas-unidas. El concubinato representa el porcentaje más alto (67.02%). La historia clínica no especifica el

estado civil de las mujeres que se presentaron solas o acompañadas por terceras personas, distintas del esposo o marido. No aparecen divorciadas, ni viudas.

La mujer acepta el concubinato posiblemente por ser la relación más sencilla. Vivir sin normas y sin metas significa también cohabitar sin ataduras.

La mujer comienza la vida a una edad temprana a falta de hogar, escuela o grupo social que la retenga.

Una de las historias clínicas examinadas pertenece a una mujer de 15 años, venezolana, con marido, con domicilio en Petare e ingreso a la Maternidad por parto. Nos llama la atención la juventud de la madre y nos preguntamos sobre la durabilidad de esa unión. Mientras permanezca a su lado el padre de ese hijo, habrá para la mujer y para el hijo una relativa estabilidad.

Al desaparecer el marido actual, otro le sustituirá pero el hijo, por rechazo, posiblemente dejará también el hogar y seguirá la cadena de una población joven errante, sin raíces y sin medios socializantes.

CUADRO N° 5 Edades de las Mujeres que Abortan

Edades	Frecuencia	Porcentaje
15-19	16	17.02
20-24	35	37.23
25-29	14	14.89
30-34	20	21.28
35-39	7	7.45
40 y más	2	2.13
TOTAL	94	100.00%

El porcentaje más alto de ingresos a la Maternidad Concepción Palacios corresponde a las mujeres entre las edades de 20-24 años (37.23%). Le sigue el grupo de mujeres entre 30-34 años (21.28%). Y, por último, el grupo entre las edades de 15-19 años con un porcentaje de 17.02%. El ingreso de mujeres mayores de 35 años es bajo. Se infiere por la muestra una tendencia a la gestación en mujeres jóvenes, representando estas mujeres más de un tercio de la población estudiada.

Sin querernos apartar del tema que nos ocupa, es decir, el aborto provocado, el siguiente cuadro indica la frecuencia tanto de partos como de abortos en la muestra estudiada. Ambas frecuencias respaldarán los puntos que tratamos de sustentar sobre la maternidad desamparada y sobre el aborto provocado en la mujer marginal. Se hace difícil tratar estos puntos separadamente y esto se descubre a medida que avanza la investigación.

CUADRO N° 6 Causas de Ingreso en la Maternidad

Causas de Ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Partos	76	80.85
Abortos	15	15.96
Otros	3	3.19
TOTAL	94	100.00%

Como se verá el porcentaje más alto de ingresos corresponde a partos (80.85%) y ya estamos en posición de interpretar que mayoritariamente esos partos corresponden a mujeres jóvenes. El 15.96% de los ingresos se debió a abortos. La mitad de esos abortos aparecen identificados en la historia clínica como "Sépticos" (7 en total) y la otra mitad como "Incompletos" (8 en total).

En los "Incompletos" aparecen indicaciones como fiebre (37,4° C), o "aborto hemorrágico incompleto. Temperatura 37° C." que hace presumir la presencia de infección. (Es oportuno recordar la afirmación de que "todo aborto infectado es provocado hasta que no se pruebe lo contrario"). Los tres ingresos bajo la categoría de "Otros" se debieron a crisis asmáticas, neuropatía y amenaza de parto prematuro.

Una de las historias clínicas describe los síntomas del aborto séptico, que como se recordará fue denunciado en las entrevistas hechas en el Servicio II de la Maternidad Concepción Palacios como la causa para que de cada 100 muertes maternas por infección, 70 se deban a abortos sépticos:

"Edad 38 años; nacionalidad dominicana; domicilio El Cafetal; presentada por marido; síntomas: Secreción purulenta por genitales externos, escalofríos, fiebre posterior, retención de restos. Diagnóstico: Aborto séptico Al".

A continuación, vale la pena destacar una de las historias clínicas estudiadas porque nos llevó a considerar la proposición de Robert K. Merton, mencionada en nuestro marco teórico, en el sentido de observar la manifestación y desarrollo de la anomía como proceso social y no como un estado que de pronto aparece.

"Edad 43 años; nacionalidad venezolana; domicilio Río Chico; presentada por marido; causa de ingreso parto. Observaciones: Gran multípara, desea esterilización quirúrgica. No hay firma".

Anteriormente hemos afirmado que este proceso puede observarse tentativamente como la forma en que algunas mujeres tienden a reaccionar, dependiendo de su posición poco ventajosa en el grupo, ante las tensiones que se originan de la contradicción entre metas y modos de alcanzar esas metas.

Retomando nuestro planteamiento teórico se nos ocurre que esta mujer de Río Chico es el resultado de ese proceso social que desemboca en la anomía. Su multiparidad y su circunstancia de mujer añosa, la ha llevado a desear la esterilización quirúrgica como solución a su situación. No se ha detenido a pensar en la norma que prescribe la maternidad gloriosa, ni en la ley que proscribe la esterilización quirúrgica.

La teoría mertoniana nos conduce a través de la anomía a decir que si la conducta desviada ayuda a alcanzar las metas deseadas, entonces esta conducta desviada disminuirá la importancia de las normas institucionales para los demás individuos del sistema.

Por tanto, de acuerdo a nuestro planteamiento teórico tal vez este proceso influya en la extensión de la anomía y en su intensificación hasta convertirse en mecanismo multiplicador de la conducta desviada.

Estas consideraciones precisamente fueron las que nos llevaron a interpretar la presencia de la mujer extranjera en la muestra estudiada. Es un elemento que aparece en las historias clínicas y que no fue tomado en cuenta al comienzo de la investigación.

CUADRO N° 7 Nacionalidad de la Mujer que Aborta

Nacionalidad	Frecuencia	Porcentaje
Venezolana	67	71.28
Colombiana	22	23.40
Dominicana	3	3.20
Ecuatoriana	1	1.06
Trinitaria	1	1.06
TOTAL	94	100.00%

Por el cuadro anterior se desprende que más de una quinta parte de las mujeres que ingresan a la Maternidad Concepción Palacios, según la muestra estudiada, son de nacionalidad colombiana (23.4%). Este dato corrobora el obtenido verbalmente del personal que trabaja en la Maternidad, cuando señalaban que un 20% de las mujeres asistidas en ese centro son de nacionalidad colombiana.

Por el cuadro siguiente nos daremos cuenta del número de partos y el número de abortos de estas mujeres.

CUADRO N° 8 Frecuencia del Aborto en la Mujer Colombiana

Nacionalidad Colombiana	Frecuencia	Porcentaje	
Partos	16	72.72	
Abortos	5	22.73	
Otros	1	4.55	
TOTAL	22	100.00%	

La mujer colombiana acusa una incidencia de aborto de 22.73%, en otras palabras, un poco más de la quinta parte de estas mujeres acude a la Maternidad con un aborto en evolución. El porcentaje de abortos en relación a los partos es de 31.25%.

Si se tuvieran a mano los datos de población extranjera del Censo de 1981 y los datos estadísticos de la Maternidad Concepción Palacios discriminados por nacionalidad, esta última tarea ardua pero viable, sería interesante calcular la razón de abortos por cada 1.000 mujeres colombianas en un período y lugar deteminados.

La comprobación empírica a la cual deseamos arribar nos permitiría saber si ha tenido que ver la inmigración, especialmente la colombiana por ser mayoría, en la conducta abortista de la mujer venezolana. Esta comprobación respaldaría o no el mecanismo multiplicador de la conducta desviada del que nos habla Robert K. Merton, apoyados por el efecto-demostración o transculturización que se opera en el país actualmente en tantas otras áreas. Y, por otra parte, ayudaría a sustentar una idea expresada por el Dr. Rosendo Castellanos de la Maternidad Concepción Palacios.

El entrevistado asomó la posibilidad de una influencia extranjera sobre la conducta abortista de nuestra población femenina en edad fértil. Basa su planteamiento en el hecho de que los métodos abortistas actuales son más sofisticados que los usados antiguamente y que podría pensarse que la mujer europea los trajera consigo como bagaje cultural al venir al país como inmigrante. Planteamiento que valdría la pena investigar en un trabajo por separado.

Retomando el hilo de nuestro análisis de la mujer marginal, conviene desarrollar, aunque sea imperfectamente debido a la ausencia de datos directos, lo que se ha podido investigar sobre la ignorancia de esta mujer en lo que se refiere al funcionamiento de su cuerpo, la reproducción y la anticoncepción.

Para comenzar hay que aclarar que la mujer que categorizamos como marginal - de escasos recursos, analfabeta e ignorante de sus derechos constitucionales - es una mujer difícil de abordar. El ignorante es desconfiado, dice la voz popular. Además, cuando se trata de haberse provocado un aborto, bien por terceras personas o por autoaborto, la desconfianza crece.

La mujer marginal sabe que el aborto es malo, pero no sabe por qué es malo. Cuando se le habla de aborto criminal, de respeto a la vida, de penalización legal, no comprende los planteamientos. Solo teme ser denunciada porque sus amigas o vecinas le han dicho que puede terminar en la cárcel. Según opiniones de médicos y enfermeras preguntados al respecto en la Maternidad Concepción Palacios, la mujer admite haber abortado sólo cuando está agonizando y aún así no siempre lo hace.

La información se obtuvo de una entrevista a una mujer con domicilio en el Plan de Manzano. La mujer declaró tener tres hijos, estar casada pero desea separarse por los maltratos físicos que recibe del esposo. Jura no aceptar un cuarto embarazo y no sabe qué hará si llegare a ocurrir. En los actuales momentos trata de liberarse del esposo mediante el divorcio, el cual tiene que tramitar a través de "consejeros legales públicos".

El tema de la reproducción se introduce ante una pregunta ingenua de su parte, "La doctora me dijo que tengo una infección en la vejiga, ¿usted no cree que se me pegó de un sanitario sucio? Ese día tenía fiebre. Hizo el comentario de que su vecina le había notado que tenía fiebre porque es la única persona que se preocupa por ella. La madre no la quiere en su casa por el número de hijos que ya tiene.

Ni se le negó, ni se le afirmó la pregunta sobre la infección pero sirvió para entrar en el tema de la reproducción. Ignora esta mujer totalmente la fisiología de su cuerpo. Se le habló de la ovulación pero jamás había oído hablar de ello y se mostró muy interesada en tener más información. Ha oído decir que en la Maternidad Concepción Palacios pueden ayudarla al respecto pero no sabe cómo ir y pedir ayuda. Lo único que le interesa actualmente es mantenerse alejada del esposo, pero no sabe si lo logrará. Nos pidió conseguirle un trabajo para la limpieza en la Maternidad, al saber que conocíamos gente allá. Su situación es apremiante, tiene que deshacerse del esposo porque le golpea, necesita un trabajo para mantener los tres hijos una vez separada, tiene problemas de salud, teme un nuevo embarazo y no tiene la menor idea de cómo evitarlo. Y cuando asegura que no quiere más hijos, lo dice enfáticamente. Esta mujer no escapará a un aborto provocado, por autoaborto o abortera porque no cuenta con los medios suficientes para acudir a una clínica clandestina.

Esta mujer antes de tener que enfrentarse a un nuevo hijo, ya lo dijo, dará cualquier cosa por eliminarlo. Son casos desesperados. La

mujer es joven pero ha envejecido prematuramente. Ella encaja perfectamente en la tipificación que se ha hecho de mujer marginal en este trabajo, la de escasos recursos, analfabeta e ignorante de sus derechos.

La única persona con quien cuenta, lo repite, es una vecina amiga, "me cuida los niños cuando salgo y se fija en mí cuando estoy enferma". Posiblemente la vecina esté en el mismo caso y no tiene tampoco otra persona con quien contar.

Para abundar sobre este punto, incluiremos la información que aparece en la Ponencia sobre aborto presentada en la XXXVI Reunión de la Federación Médica Venezolana.

Se estudiaron en la muestra de 72 mujeres las circunstancias en las cuales se produjo el embarazo. Las categorías utilizadas fueron el desconocimiento de cómo se produce el embarazo, el mal uso de los anticonceptivos, las fallas de los mismos, ideas erróneas de los anticonceptivos y violación.

"Entre las causas más frecuentes de estos embarazos no deseados está el desconocimiento y la información inadecuada en relación a la reproducción y a la anticoncepción. Un grupo importante, el 43.06%, no conocía exactamente como se produce la fecundación, o que mientras se amamanta ésta no se produce". (%)

CUADRO N° 9 Circunstancias que Producen el Embarazo

Circunstancias	Frecuencia	Porcentaje
Desconocimiento de la función reproductora	31	43.06
Uso incorrecto de método anticonceptivos	os 18	25.00
Fallas del método	16	22.22
Falsas creencias sobre anticonceptivos	5	6.94
Violación	2	2.78
TOTAL	72	100.0%

Continúa la Ponencia de la Federación Médica diciendo:

"El uso incorrecto de los métodos anticonceptivos es también bastante frecuente, en el grupo entrevistado los errores más frecuentes eran en relación con la administración de la pildora sólo cuando iban a tener relaciones y una las suspendía cuando su pareja estaba ausente, lo que ocurría frecuentemente por razones de trabajo. Lo que sucede en relación con las falsas creencias sobre anticoncepción, es más que ilustrativo, una de las entrevistadas que quedó embarazada a los 18 años refirió que creía que sólo se quedaba embarazada cuando se tenían relaciones tres veces seguidas o más, con intervalos no mayores de 24 horas, en consecuencia ella creía evitar el embarazo teniendo relaciones semanal o quincenalmente. Otra de las entrevistadas se cuidaba, poniéndose de pie inmediatamente después del coito y, saltando descalza so bre el piso varias veces, de esta manera, ella pensaba que "salía todo", la información se la había dado su madre, que era enfermera". (75)

Vale la pena agregar, como apoyo a lo sustentado en este trabajo como una de las causas de aborto en la mujer marginal, el siguiente cuadro de la misma Ponencia sobre el aborto, antes mencionada.

CUADRO N° 10 Causas que Originan el Aborto

Causas	Frecuencia	Porcentaje
Presión Social	19	26.39
No tenían recursos econó y no contaban con apoyo pareja		33.33
Rubeola	2	2.78
Seducción	2	2.78
Presión de la pareja	5	6.94
Violación	2	2.78
TOTAL	72	100.00%

Finalizaremos nuestro análisis de la mujer marginal, manejando algunas cifras en relación con la muerte por causa del aborto provocado, según estadísticas de la Maternidad Concepción Palacios.

Según la publicación Population Reports en su reporte sobre "La Interrupción del Embarazo" correspondiente al mes de mayo de 1981, para calcular directamente la razón de mortalidad por aborto (tasas de muerte por caso) hacen falta dos conjuntos de datos: a) el número de muertes por aborto en una zona y período determinados y b) el número total de abortos llevados a cabo en la misma zona durante el mismo período, esta cifra será el denominador. Como es difícil poder determinar con exactitud en el caso del aborto provocado, el número de abortos o el número de muertes en un área deteminada, los cálculos se derivan de aproximaciones de los abortos o de las muertes, los cuales

según el Population Reports se multiplican por tasas o razones calculados sobre muertes y abortos ilegales que provienen de otros datos, si los hubiere. Este cálculo da por resultado el número de mujeres que mueren cada año por complicaciones de los abortos provocados ilegales.(76)

Debido a la limitación de las cifras existentes, en nuestro caso, calcularemos simplemente la razón de mortalidad por aborto, a veces denominado tasas de muerte por caso. (77)

Para 1981, el número de muertes por aborto según las estadísticas de la Maternidad Concepción Palacios correspondió a 18 y el número de abortos fué de 5.311, es decir, 3,4 muertes por cada mil abortos. Pero esta tasa de muertes por caso engloba a todos los abortos tanto espontáneos como provocados, toda vez que es imposible discriminar con exactitud el número de los abortos provocados de las cifras dadas.

"En la Maternidad 'Concepción Palacios' de Caracas, en el lapso comprendido entre abril de 1977 y julio de 1980 fueron tratadas en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Institución 40 pacientes con el diagnóstico de Shock Séptico, con una mortalidad de 72%. El aborto séptico fué el responsable del 67.5% de los casos". (78)

CUADRO N° 11 Muertes Maternas por Sepsis en la Maternidad "Concepción Palacios" (79) (1939-62 - 1963-72 - 1973-74)

Lapsos	Muertes por Sepsis	N° de Muertes Maternas	Porcentajes
1939-62	182	564	32,26%
1963-72	189	348	49,21%
1973-74	59	99	59,59%

El cuadro anterior nos fue facilitado por el Dr. Lisandro Latuff del Instituto Nacional de Puericultura, División de Higiene Materna, en el "23 de Enero", Catia. Los datos que aparecen en el cuadro para los años 1973-74 no concuerdan con las estadísticas de la Maternidad Concepción Palacios en nuestro poder para esos mismos años. Las muertes en 1973 ascendieron a 72 y en el año 1974 llegaron a 57. De todas maneras, cualesquiera sean las cifras correctas, el porcentaje de muertes por sepsia (59.59%) en solo un año fue considerablemente alto en comparación con los lapsos anteriores.

Como se recordará, el año 1974 fue un año de "boom" económico debido al alza de los precios del petróleo. Generalmente el auge económico en un país trae consigo una inmigración de los países que están sufriendo una contracción económica en esos momentos hacia el país enriquecido.

Cabría preguntar, ¿hubo un aumento de la inmigración femenina durante ese período? O, ¿hubo acaso un cambio en la conducta de la mujer venezolana en relación a la maternidad durante el mismo período? En una situación de bonanza, los medios económicos no debieran ser causa para la limitación del número de hijos. ¿O es que acaso el "boom" económico sólo es para una minoría?

Continuando con nuestro análisis de los datos obtenidos de las estadísticas de la Maternidad, para el año 1981, se puede estimar que la mortalidad por aborto calculada sobre la mortalidad materna por todas las causas fue de 23,68% y sobre la mortalidad materna por causas

obstétricas fue de 31,57%. Es decir, casi un 33% de las muertes ocurridas en la Maternidad Concepción Palacios en el año 1981, obedeció al aborto infectado, clara expresión del aborto provocado por medios ilícitos.

CUADRO N° 12 Muertes Maternas por Sepsis (80)

Movimiento	de Pacientes	Muerte Materna	
Aborto	5.311	Global 76	
	3	Por causas obstétricas	57
		Por causas no obstétric	as 10
		No embarazadas	9 76
		De las obstétricas: 57 Causas:	
		Infección 31	
		La infección (31) se	
		encontró así:	
		Abortos ( tétanos) 18	

Todas las cifras utilizadas en el anterior análisis provienen de los registros hospitalarios de la Maternidad Concepción Palacios. Otra posible fuente de datos podría haber sido los Certificados de Defunción. Pero tanto éstos como los registros hospitalarios son considerablemente inexactos. No hay distinción entre los abortos espontáneos y los abortos provocados ilegalmente. La mortalidad por estos últimos no se puede determinar fácilmente, sin embargo, raras veces se producen complicaciones fatales por los abortos espontáneos. Se puede considerar que la mayoría de las muertes hospitalarias son consecuencia de abortos provocados. Estos registros, asimismo, no incluyen las mujeres que mueren fuera del hospital. Los certificados de defunciones también subestiman las cifras de mortalidad y se excluyen muchas

muertes por aborto, que son mal resgistradas o disimuladas. Estas mediciones sobre las muertes por aborto no se pueden extrapolar para un cálculo de mortalidad para una población total, pero sugieren la magnitud del riesgo. (Ver Figura N°1)

CUADRO N° 13 Defunciones por Aborto (Venezuela años 1975-1978)

	1975	1976	1977	1978
Total defunciones	61	62	60	61
Tasa mortalidad específica*	2.2	2.1	2.0	2.0
Defunciones Distrito Federal	16	13	18	12
Porcentaje Total (D.F.)	26.2%	21.0%	30.0%	19.7%

<sup>\*</sup>Por 100.00 mujeres fértiles.

<u>Fuente</u>: Anuarios de Epidemiología y Estadística Vital del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Nuestros hallazgos, por último, vendrían a confirmarse, por los resultados de la investigación efectuada en los barrios Eucaliptus, La Minas, Los Mangos y Caucaguita a 2.000 mujeres entre las edades de 15-49 años por el Equipo de Investigación de la Dirección de Bienestar Social del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social:

"Los datos sobre el aborto son realmente impactantes, los promedios observados A/NF (0.96)\* duplican los promedios obtenidos en otros países de América Latina, donde se han realizado este tipo de encuestas. Dentro de este promedio de abortos, una gran parte correspondería a abortos inducidos, lo que confirma las sospechas de que la mujer marginal recurre frecuentemente a este tipo de práctica a fin de interrumpir embarazos no deseados. Esta presunción se basa en datos obtenidos en centros hospitalarios, donde las mujeres van a recibir atención médica una

vez desencadenado el proceso. En base a este diagnóstico, podemos mantener que efectivamente un 30.52% de los embarazos de la población femenina encuestada, termina en aborto, probablemente resultado de toda la problemática que representa el medio marginal donde los hechos acontecen". (87)

Vale la pena mencionar que universalmente se acepta hasta un 10% como la incidencia normal de abortos espontáneos.

El tema de la interrupción voluntaria del embarazo con sus cifras clandestinas, mal registradas o disimuladas en las estadísticas, nos trae a la memoria las Cifras Negras que la Criminología define como las cifras de los hechos que no se denuncian.

En resumen, consideramos que la mujer marginal que vive en condiciones de hambre, analfabetismo, pobreza habitacional, desasistencia médico-hospitalaria, mortalidad infantil, desempleo e ínfimos salarios, debido a su imposibilidad de alcanzar los objetivos culturalmente planteados por carencia de medios económicos, se aleja de las normas. (82) Y como afirma Chossudovsky: "La carencia de una infraestructura sanitaria, educacional y médico asistencial en los barrios marginados es la consecuencia de las relaciones del apartheid social y la conformación de ghetos, dentro del espacio urbano". (83) De ahí que la mujer marginal se vea obligada por razones económicas de "sobrevivencia" a practicar el aborto en las peores condiciones. Ella tiene además un desconocimiento total sobre métodos de planificación familiar, no ha recibido ningún tipo de educación sexual y desconoce su organismo.

Este tipo de mujer no aborta por temor a la sanción social, ni por razones de liberación de su rol de mujer, sino que interrumpe su embarazo porque no puede soportar por más tiempo la carga económica familiar que lleva ella sola, ya que lo imperante en su medio es el concubinato y el abandono del hombre. Es decir, que el aborto en este tipo de mujer es el producto de una serie de elementos que configuran su realidad socio-económica.

La mujer marginal en su desesperación ante un embarazo no deseado, trata ella misma con frecuencia de provocar la interrupción del mismo (autoaborto) o recurre a un empírico:

"Las mujeres marginales para inducirse el aborto usan: sondas de Nélaton, enemas de jabón azul, ganchos de ropa, bujías de Hegar, Betadine, inyecciones de Quinina, Ariel, etc. De todo eso y de la falta de condiciones higiénicas se desprende el grave peligro que representa para ellas la práctica abortiva. Las mujeres que poseen medios económicos no ariesgan su vída, pues tienen la posibilidad de acudir a un médico abortero". (%)

Es un hecho sin duda relevante para nuestro análisis el modo como interrumpe la mujer marginal el embarazo lo cual hace que en los centros de maternidad se presente diariamente un gran número de casos de abortos sépticos:

"Las mujeres marginales saben que el aborto está prohibido, pero desconocen que está penado. A ellas se los practica empíricos o enfermeras que lo hacen clandestinamente para redondear sus ingresos en condiciones poco higiénicas, motivo por el cual se presentan posteriormente complicaciones y acuden a los centros de maternidad donde nunca manifiestan que se han realizado un aborto". (5)

Se observa, pues, lo dramático que puede resultar y de hecho resulta el aborto para la mujer marginal:

"En casi todos los casos se infectan las mujeres, ya que los instrumentos no han sido previamente esterilizados y los lavados se los hacen con detergentes y con jabón azul, que traen como consecuencia una necrosis que afecta los tejidos y se hace inminente la histerectomía. En otros casos, se produce una peritonitis por la perforación del útero. La mortalidad por aborto séptico es por peritonitis". (%)

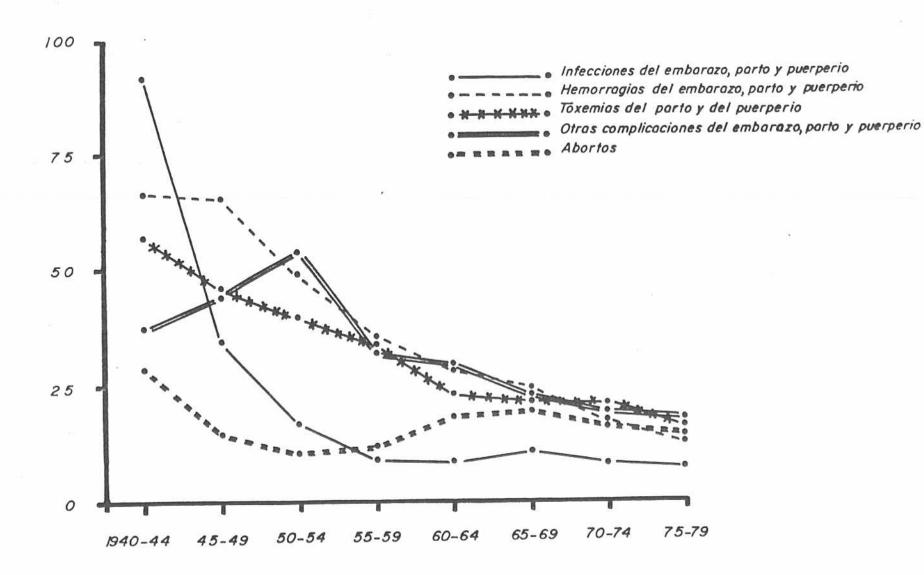
Las mujeres de origen no marginal que pueden dirigirse a médicos aborteros no corren con esa suerte.

Podemos inferir que las consecuencias del aborto en la mujer marginal, no sólo traen graves complicaciones posteriormente, sino que en muchos casos ocasionan su muerte. Y el problema no termina ahí, pues estas mujeres al morir dejan hijos que pasarán a engrosar las filas de la infancia abandonada.

Por eso el Dr. Paul Martínez es abiertamente partidario de la legalización del aborto. En su opinión, "Una de las formas que podría disminuir el aborto séptico provocado es la legalización del Aborto".(87)

El aborto provocado en esas situaciones descritas, constituye un grave problema de salud pública. Es la mujer marginal que aborta la que paga con su vida la ilegalidad del aborto. Como veremos, las mujeres tipificadas como tradicional y liberal, por su nivel de educación y por sus recursos económicos, acuden a clínicas especializadas de médicos aborteros, donde su vida corre un riesgo mínimo, sabiendo además que estas clínicas nunca serán denunciadas y, por ende, su nombre quedará en el anonimato.

# Mortalidad Materna Diagnosticada Por Causas. Tasas Por 100.000 N.V.R. Venezuela, Período 1940-1979



# MATERNIDAD CONCEPCION PALACIOS Incidencia del Aborto por Quinquenios desde su Fundación

1939	_	19	43

Pacientes asistidas	24.029
Partos asistidos	21.921
Cesáreas	209
Embarazo ectópico	17
Abortos	1.882

1944 - 1948

Pacientes asistidas	42.852
Partos asistidos	37.387
Cesáreas	845
Embarazo ectópico	44
Abortos	4.576

1949 - 1953

Pacientes asistidas	77.463
Partos asistidos	65.387
Cesáreas	1.704
Embarazo ectópico	158
Abortos	10.214

1954 - 1958

Pacientes asistidas	127.701
Partos asistidos	101.765
Cesáreas	3.220
Embarazo ectópico	273
Abortos	22.443

1959 - 1963

Pacientes asistidas	209.747
Partos asistidos	159.314
Cesáreas	8.067
Embarazo ectópico	550
Abortos	41.816

1964 – 1968

Pacientes asistidas	246.608
Partos asistidos	183.803
Cesáreas	12.502
Embarazo ectópico	651
Abortos	49.652

1969 - 1973

Pacientes asistidas	283.891
Partos asistidos	211.624
Cesáreas	17.404
Embarazo ectópico	725
Abortos	54.138

1974 - 1978

Pacientes asistidas	159.337
Partos asistidos	143.038
Cesáreas	18.055
Embarazo ectópico	516
Abortos	33.728

# MATERNIDAD CONCEPCION PALACIOS Participación del Aborto en la Mortalidad Materna Durante el Ultimo Decenio (1971-1980)

## MUERTES MATERNAS AÑO 1971

Global	71
Por causas obstétricas	52
Por causas no obstétricas	19
De las obstétricas 22 fueron por aborto.	
MUERTES MATERNAS AÑO 1972	
Global	69
Por causas obstétricas	54
Por causas no obstétricas	15
De las obstétricas 24 fueron por aborto.	
MUERTES MATERNAS AÑO 1973	
Global	72
Por causas obstétricas	59
Por causas no obstétricas	13

De las obstétricas 19 fueron por aborto.

## MUERTES MATERNAS AÑO 1974

TOTALLE PRIME AND 1914	
Global	57
Por causas obstétricas	45
Por causas no obstétricas	12
The state of the s	
De las obstétricas 19 fueron por aborto.	
MUERTES MATERNAS AÑO 1975	
Global	48
Por causas obstétricas	43
Por causas no obstétricas	5
De las obstétricas 12 fueron por aborto.	
MUERTES MATERNAS AÑO 1976	
Global	66
Por causas obstétricas	48
Por causas no obstétricas	11
De las obstétricas 21 fueron por aborto.	
(8 fueron fuera de la M.C.P.).	
MUERTES MATERNAS AÑO 1977	
Global	57
Por causas obstétricas	43
Por causas no obstétricas	8

De las obstétricas 16 fueron por aborto.

(1 fue fuera de la M.C.P.)

MUERTES MATERNAS AÑO 1978	
Global	45
Por causas obstétricas	31
Por causas no obstétricas	13
De las obstétricas 12 fueron por aborto.	
MUERTES MATERNAS AÑO 1979	
Global	56
Por causas obstétricas	37
Por causas no obstétricas	13
De las obstétricas 13 fueron por aborto.	
MUERTES MATERNAS AÑO 1980	

80

64

16

De las obstétricas 24 fueron por aborto.

Por causas obstétricas

Por causas no obstétricas

Global

# MATERNIDAD CONCEPCION PALACIOS Incidencia del Aborto desde su Fundación hasta 1980 inclusive

1939 - 1980

Pacientes asistidas 1.281.647 Abortos 229.142

#### MUERTES MATERNAS

Global	1.770
Por causas obstétricas	1.341
Por causas no obstétricas	360
Abortos	393

De las obstétricas 393 fueron por aborto.

El aborto representó el 29,31% de las muertes obstétricas durante este lapso.

#### 5.2 MUJER TRADICIONAL

En nuestro marco teórico diseñamos un tipo de mujer que denominamos tradicional basados en su comportamiento. Sin tener elementos concretos todavía que respaldaran la creación de esa tipología, suponíamos hipotéticamente que los casos "secretos" de aborto que se producían a nuestro alrededor, posiblemente obedecían a mujeres sometidas a grandes presiones socio-culturales, toda vez que la interupción voluntaria del embarazo se producía porque las circunstancias que rodeaban el embarazo no se consideraban aceptables desde el punto de vista normativo.

Sentimos curiosidad por investigar la interrupción voluntaria del embarazo en este grupo de mujeres que mos traban como común denominador unas veces un sigilo en las actuaciones de la familia y, en otros casos, un siquilo respecto de las actuaciones de la mujer misma.

Veíamos que son situaciones familiares que no se discuten abiertamente sino que quedan en suspenso, situaciones que dan mucho que pensar pero sobre las que nadie se atreve a preguntar. Son situaciones creadas por la tradición que nadie se atreve a discutir; se esté o no se estê de acuerdo con los principios de los cuales

surgen.

Interesados en este tipo de mujeres, se hizo una exploración de las causas que las conducen a la interrupción voluntaria del embarazo, de las situaciones en que las coloca un embarazo no esperado, de la ubicación de estas mujeres en la escala social, de su nivel de expectativas personales y las expectativas de su círculo familiar.

A medida que avanzaba esta primera observación, los resultados obtenidos nos acercaban más al modo de adapta ción que Robert K. Merton denominó "ritualista". Y, se creó entonces un tipo de mujer tradicional con una tenden cia a la adaptación ritualista.

Como dejábamos planteado en el respaldo teórico de este trabajo la adaptación ritualista de Robert K. Merton describe a aquellos individuos que se alejan o que disminuyen la importancia de las metas culturalmente inducidas porque los medios socialmente dados para alcanzar esas metas no le son accesibles.

Considerábamos que la mujer objeto de nuestro estudio se colocaba en la posición ritualista cuando el objetivo cultural del rol de madre iba a ser alcanzado a través de una norma no institucionalizada, es decir, a través de un embarazo no esperado que la convertiría en madre soltera.

Comenzó nuestro trabajo por encontrar este tipo de mujer ritualista en la realidad. No desestimábamos la circunstancia ya mencionada del secreto que rodea su aborto.

Así como la mujer que tipificamos como marginal termina su experiencia abortiva en un centro asistencial cuando el aborto se complica y de esta manera se descubre el aborto provocado o criminal, por otra parte, la mujer tipificada como tradicional interrumpe voluntariamente su embarazo en la más completa clandestinidad gracias a los recursos de que se vale.

Por nuestra parte, ir a una clínica abortadora era arriesgarse sin tener siquiera una idea de cómo abordar a las mujeres que allí concurren, o de poder explicar al personal de la clínica nuestra presencia allí.

Por otra parte, entrevistar a la mujer directamente significaba encontrar a una mujer dispuesta a vencer sus prejuicios morales y sus valores culturales para que con fesara lo que, por esos mismos prejuicios y valores, ella

consideraba su falta.

Optamos, entonces, por dar un rodeo y hacer la inve $\underline{s}$  tigación a través de fuentes indirectas.

Recurrimos a dos médico-ginecólogas de reconocida re putación para conocer sus experiencias en la práctica pri vada y, posteriormente, gracias a su propia iniciativa, se logró entrevistar a una joven universitaria, de 22 años, con una experiencia de aborto a los 18 años. Esta joven resultó ser un claro exponente de la mujer tipificada como tradicional.

Asimismo, utilizamos los datos de dos entrevistas he chas a otra estudiante universitaria y a una secretaria, dispuestas a ser entrevistadas por sentírse líberadas de prejuicios, toda vez que ambos casos presentan elementos tanto de la mujer tradicional como de la mujer liberada.

Otra fuente indirecta fueron los datos contenidos en la ponencia "El Aborto en Venezuela" presentada en la XXXVI Reunión Ordinaria de la Federación Médica Venezolana en la ciudad de Maracaibo, Estado Zulia, en Septiembre de 1981. Esta ponencia presenta los resultados de entrevistas hechas a un considerable número de mujeres que a-

bortaron en hospitales y en clínicas clandestinas.

¿Quién es esta mujer tipificada como tradicional que aborta movida por un tipo de adaptación ritualista?

Las informaciones recogidas la señalan como una mujer de recursos económicos suficientes como para pagar los honorarios de un médico abortador en una clínica clandestina y de una consulta privada en caso de una complicación.

#### NIVEL DE INGRESOS

El cuadro siguiente nos presenta los resultados de una muestra heterogénea de 72 mujeres entrevistadas en hospitales y clínicas clandestinas. (88)

CUADRO No. 14: FORMAS DE PROCURAR EL ABORTO

TOTAL		100.00
Autoaborto	2	2.78
Clínica Clandestina	32	44.44
Abortera	38	52.78
RECURREN A	FRECUENCIA	PORCENTAJE

Como se podrá observar el 44.44% de las mujeres entrevistadas recurre a una clínica clandestina. El alto porcentaje de mujeres que acude a una abortera (52.78%) nos revela la heterogeneidad de la muestra porque reúne tanto a mujeres de escasos ingresos como a mujeres de suficientes recursos económicos.

Esta observación la hacemos en vista de que la mujer tipificada como tradicional proviene de una clase media, tal como lo proponíamos en el marco teórico, que cuenta con los medios suficientes para sufragar los gastos de un aborto llevado a cabo en una clínica clandestina por un profesional de la medicina. Por consiguiente, esta mujer no tíene necesidad de acudir a una abortera. No le faltan recursos y además ella no desconoce las limitaciones de la abortera en el sentido de que no cuenta con la profesionalidad suficiente como para efectuar un aborto en forma rápida y segura.

Sus posibilidades económicas se comprueban desde el momento que esta mujer acude a un médico privado como lo testimonian las dos médico-ginecólogas entrevistadas.

La mujer tradicional de adaptación ritualista, por lo tanto, no aborta por razones económicas. Como lo dejan ver las entrevistas personales efectuadas, esta mujer ac $\underline{u}$  de a las clínicas clandestinas donde el costo de un aborto oscila entre la cantidad de Bs.3.000 hasta Bs.20.000.-

De la entrevista hecha a una de las estudiantes universitarias copiamos textualmente:

"Los honorarios por aborto alcanzan la cantidad de Bs.5.000.- Gracias a la amistad del médico de la familia con el médico de la clínica, el precio del aborto - dijo la declarante - se lo redujeron a Bs.4.000, pero finalmente terminaron pagando solamente Bs.3.500, que fué la cantidad que la pareja logró reunir".

Existen además clínicas clandestinas de lujo en las urbanizaciones más elegantes de la ciudad con precios al tos para la mujer también de más alta posición social.

Otro testimonio sobre el costo del aborto en las clínicas clandestinas proviene de la entrevista hecha a la secretaria:

"Dependiendo de los meses que se tienen cobran más. Para mí eran tres meses, para él (el médico) eran dos meses. Si le hubiera dicho la verdad, me hubiera 'quitado' Bs.4.000.-"

#### NIVEL DE INSTRUCCION

El nivel de instrucción de la mujer tipificada como tradicional resultó ser de, por lo menos, una primaria completa hasta un nivel técnico o universitario.

El siguiente cuadro da una idea del nivel de instrucción encontrado en la muestra de 72 mujeres que interrum-pieron voluntariamente su embarazo. (89)

CUADRO No. 15: NIVEL DE INSTRUCCION

ESTUDIOS CURSADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria Incompleta	13	18.06
Primaria Completa	17	23.61
Secundaria Incompleta	29	40.28
Secundaria Completa	7	9.72
Normal y Técnico	4	5.56
Universitaria Completa	2	2.78
TOTAL	72	100.00%

Posiblemente la razón de aparecer el mayor número de mujeres entre la Primaria y la Secundaria podría atr<u>i</u> buirse a la edad de la mujer que aborta. Generalmente se

trata de mujeres jóvenes, la mayoría todavía adolescentes.

Los casos referidos por la Dra. Elena León de Crespo, médico-ginecóloga (90), incluyen estudiantes y jóvenes profesionales que habían abortado o deseaban abortar.

Los médicos no pueden evitar ser consultados acerca de un problema de aborto, aunque ellos no sean abortadores. Los testimonios recogidos personalmente por nosotros provienen de mujeres que tenían 17 y 18 años de edad al momento de abortar.

Si la mujer tipificada como tradicional con un tipo de adaptación mertoniano ritualista, dispone de los medios económicos suficientes para satisfacer sus necesidades y posee además un nivel de instrucción que le debiera permitir conocer las implicaciones de un aborto provocado o criminal, se pregunta, ¿por qué aborta?

Antes de contestar lo que a simple vista parece una pregunta sencilla, trataremos de examinar racionalmente los hechos sobre la base de los datos obtenidos.

#### NIVEL DE EXPECTATIVAS

En la práctica privada de una de las ginecólogas e $\underline{\mathsf{n}}$ 

trevistadas, se nos informó que es común encontrar un tipo de paciente de clase media, profesional, que busca el aborto por las siguientes razones, "cree que no será feliz", "sus padres sufrirán mucho al enterarse", "miedo a la sociedad", "miedo a los compañeros de trabajo".

La entrevista hecha a la estudiante universitaria de 22 años nos muestra una muchacha soltera, de 18 años en el momento de abortar, quien llevó relaciones con su novio durante siete meses, sin usar anticonceptivos hasta que finalmente quedó embarazada.

Al notar su embarazo, su "primera reacción fué de emoción y gran ilusión, pero al pensar en sus padres, de cidió abortar". La entrevistada confiesa que tuvo sentimientos de culpa y "cuando veía niños se sentía mal".  $(g_1)$ 

Vale la pena mencionar la pregunta que la muchacha hizo al despertarse, "qué fué, doctor, niña o niño?"

Es de hacer notar que la muchacha tenía, como se lee en la entrevista anexa, aproximadamente mes y medio de e $\underline{m}$  barazo, es decir, sólo seis semanas:

"Embrión o feto: propiamente hablando, se denomina embrión 'al nuevo ser engendrado, pero sólo desde el primer momento de su concepción hasta la octava semana aproximadamente'. Feto, por el contrario, se denomina 'al individuo en gestación, pero desde la octava semana de su desarrollo hasta los siete meses'" (92)

Presumiblemente, esta joven universitaria ignoraba o todavía ignora el estadio embrionario de una gestación de sólo seis semanas, de lo contrario, no hubiera preguntado por el sexo de un embrión y, especialmente, un embrión de seis semanas extraído por una interrupción voluntaria del embarazo - por succión, dilatación o curetaje - ¿qué aspecto podrá presentar?

Su ignorancia de la reproducción - la cual en la mayoría de los casos es interpretada como virtud en nuestro sistema cultural - la lleva al extremo de consultar asus tada al médico sobre una dilatación que ella nota en sus órganos, algo muy natural después de una intervención vía vaginal como la que acababan de hacerle.

Por último, siguiendo el análisis de la misma entr<u>e</u> vistada, deseamos hacer mención al desconocimiento total de la anticoncepción cuando se atreve a tener relaciones con su novio durante siete meses sin usar anticonceptivos.

Si el embarazo no ocurrió antes, fué sólo un caso de sue<u>r</u> te.

La entrevista a la estudiante universitaria de 27 años refiere que de un "encuentro inesperado" quedó embarazada de su novio cuando tenía 17 años. El consejo que le da su hermana, 10 años mayor que ella, al conocer su embarazo fué, "bueno, ¿qué vas a hacer? Lo que tú decidas, pues, si vas a parir, seguramente mi mamá no ..., te va a decir que te vayas de la casa o, que te cases".

Abortó, con sólo 17 años, pasó por las ingratas etapas de presentarse a la clínica clandestina, de no saber cómo pedir el aborto, le facilitaron el primer paso preguntándole, "Tás preñá?", se discutió el precio, se fijó el día y fué a recuperarse a la casa de su hermana.

La entrevista termina con un "Sin ningún ..., claro, pasé un mes un poco deprimida, pero eso, era una depresión que yo misma me la imponía. Porque yo decía, yo
tengo que sufrir un poquito, porque todas las mujeres su
fren cuando se hacen un aborto, eso fué toda mi experien
cia". Hasta el sentimiento de culpa está normatizado y
dejar de sentirlo nos convierte ante la sociedad que así
instituye la norma, como seres desnaturalizados. No se

siente la culpa por desestimar los valores en los cuales creemos, sino por romper la norma que socialmente prescribe un medio el cual, por la fuerte socialización recibida en una particular escala social, ritualizamos o protestamos.

Como hemos visto, en los anteriores relatos existe una presión cultural común en todos los casos. El miedo al sufrimiento de los padres, el temor a la reacción de ellos, son razones de peso para tomar la decisión de abortar. El sufrimiento de los padres a su vez proviene de la presión que sobre ellos también ejerce la norma culturalmente instituida.

La mujer que así actúa es, sin lugar a dudas, aquella sometida a una fuerte socialización de los valores de la sociedad y priva en ella más la norma que la meta. Estas mujeres, como hemos visto, son jóvenes, solteras, estudiantes o profesionales, con medios económicos suficientes para pagar un aborto profesional.

Una de las mujeres entrevistadas sueña, pero no se atreve, con la meta culturalmente pautada "su primera reacción fué de emoción y gran ilusión"; la otra, trata de tomar racionalmente su decisión de abortar pero se sor

prende de su racionalidad, "no puede ser que a mí no me importe, eso no puede ser, es que a todas las mujeres les tiene que doler". Se ve la internalización de la norma.

En otra de las entrevistas se relata pormenorizadamente el proceso desagradable y humiliante de acudir a la
clínica clandestina. Soportar los vejámenes del médico,
del personal paramédico y administrativo, someterse a la
intervención abortiva sin ninguna preparación previa y
salír inmediatamente después que ha pasado el efecto de
la anestesia, es de por sí harto elocuente.

Gracias a la persona de esta entrevista pudimos penetrar en ese mundo desconocido del regateo lucrativo del
médico abortador, sin involucraciones ni responsabilidades de su parte, aprovechando la situación de angustia de
la mujer joven y sola:

"Entonces me dijo que eran Bs.3.000, yo le dije que no podía, que venía de Valencia y que no sé qué, que yo lo que tenía era Bs.2.000, a ver si me aceptaba y dijo que no. Mínimo Bs.2.500, lo que me podría rebajar era Bs.500.- Entonces, bueno, le dije que sí. Entonces me dió cita para que fuera dos días después. Y ya saliendo (además que la actitud de él es así, que no te ve, sino todo el tiempo así como escribiendo, ¿cuánto tiempo tiene usted?, y yo no sé qué, son tanto, como si te está vendiendo). Sí, és

te, no te deja ni hablar, sino todo muy cortante, 'no, no puedo' y ya saliendo me dijo, 'sabes que son Bs. 2.500, si me traes 2.499 no te hago nada. Fuí a los dos días, bueno, la misma actitud, todo el mundo así" (93)

#### CAUSAS DE ABORTO

A la altura del curso de esta investigación podemos decir que no hemos encontrado ni directa, ni indirectamen te una mujer que abortara por el simple hecho de abortar.

Nuestro énfasis está puesto en lo social, es decir, en los hechos sociales que rodean el problema, hechos don de creemos se asientan realmente las causas de la decisión de abortar, una experiencia donde la mujer se juega la vida y la reputación.

¿De dónde surge la desesperación de la mujer? Específica mente en este análisis de la mujer tradicional, la mujer tipificada como tal interrumpe voluntariamente su embara zo porque "su" medio social la emplaza a alcanzar unos objetivos que le son inaccesibles a través de unos medios socialmente prescritos y de los cuales ella depende totalmente debido a la fuerte socialización que recibió

dentro de su posición en la escala social.

Estos medios son como una camisa de fuerza que la inmovilizan al punto de preferir negarse a sí misma los objetivos dados, antes que desafiar las normas que controlan los medios. En la clase media baja especialmente, dirá Merton, la socialización es más fuerte, se ritualizan
los medios a manera de substitutos de las metas inalcanzables.

A la mujer clase media le está pautado el objetivo cultural del rol de madre, pero, ¿el medio socialmente instituido para alcanzarlo, el matrimonio, es accesible para ella?

¿Qué hacer cuando la mujer es burlada, abandonada y es víctima de una sociedad que le plantea simultáneamen te una sexualidad permisiva y una carencia de información sexual? ¿Qué sabe la mujer de la fisiología de su cuerpo, de la reproducción y de la anticoncepción?

Estamos frente a un medio social plagado de contradicciones. Hay libertad sexual pero el tema del sexo continúa siendo un "tabú". Las costumbres en relación a la conducta de la mujer han cambiado, pero en cambio la men

talidad para juzgar las consecuencias de esa nueva condu $\underline{c}$  ta no ha cambiado.

La conducta de la mujer ha sufrido un cambio en el sentido de tener ahora una libertad que jamás tuvo ante-

Si nos remontamos sólo unas décadas nos encontraremos con una sociedad totalmente tradicional de costumbres austeras, de un consumismo que no conocía los excedentes y en la cual los temas del divorcio y el aborto eran cues tiones que se relacionaban con el escándalo. El sexo y la sexualidad, dentro de esa sociedad, eran temas completamente prohibidos para ser tratados públicamente y aun a nivel privado estaban reservados para las personas adultas y plagado de errores por desinformación.

Nos preguntamos, ¿una era de represión no acumula unos deseos profundos de liberación?

Se apega a la norma la mujer fuertemente socializada o, explota en rebeldía la mujer que ha sido sometida a largos períodos de extrema sumisión, como plantea Robert K. Merton. Tomando una frase de Luis M. Olaso en razón de los planteamientos anteriores, diremos, "Una norma jurídica injusta 'de por sí' no obliga". (94) Aquí cabría decir, no es que la norma sea injusta sino contradictoria e internalizada a tal punto que se olvidan los objetivos y llega a producir ritualismo o rebeldía.

Y las normas a las cuales nos referimos no son las normas jurídicas, las ordenadas rectamente en un sistema racional y declarada obligatoria por la autoridad competente con el fin de solucionar "los problemas surgidos de la realidad histórica", como reza el Derecho. Las nomas a las cuales nos referimos son aquellas normas no escritas, las que son transmitidas de generación a generación, grabadas en la conciencia de cada quien, refrendadas por un cuerpo de valores y las mismas que regulan y controlan los medios permitidos para la consecución de los objetivos culturalmente dados.

Son dos tipos de normas diferentes pero igualmente importantes para el individuo, ambas le son impuestas so lamente que por diferentes canales, ambas son impero-atributivas y ambas conllevan el peso de una sanción si son quebrantadas.

La mujer tradicional cuando aborta transgrede la norma jurídica y se apega en cambio a la norma nacida de las costumbres y de la tradición. ¿Por qué?

Porque la mujer tradicional, inmersa en una sociedad de contradicciones, donde existe una permisividad sexual pero no una información sobre la fisiología de su cuerpo, ni de la reproducción, ni de la anticoncepción, al salir embarazada - consecuencia esperable después de lo anteriomente dicho - se ve obligada a abortar porque la norma que regula y controla los medios permitidos, es decir, el matrimonio, para la consecución del objetivo culturalmente dado, la glorificación del papel de la mujer como madre, esa norma no prevé la maternidad de una mujer soltera.

Las declaraciones, "al pensar en sus padres, decidió abortar", "mi mamá no ...., te va a decir que te vayas de la casa o, que te cases", "sus padres sufrirán mucho al enterarse", "miedo a la sociedad", "miedo a los compañe-ros de trabajo", son razonamientos que pesan más al tomar la decisión de abortar que la sanción impuesta por el Código Penal por el delito de aborto o, aquella otra sanción de excomunión impuesta por la Constitución Eclesiástica.

En otras palabras, ni El Derecho - que pretende adecuarse a las realidades para vincularlas y luego legitimarlas - con su ordenamiento penal sobre el aborto, ni la
Constitución Canónica con su Canon 2350 que dispone la excomunión de la o las personas que procuren el aborto, son
sanciones suficientemente importantes a la hora de abortar.

¿Por qué la sanción social domina sobre las otras sanciones? ¿Por qué la mujer arriesga su vida antes que desafiar la norma? ¿Hasta dónde puede ser arrastrada la mujer por la sanción social, por el miedo al qué dirán?

Estas son las preguntas cruciales que queremos dejar planteadas.

El problema entonces no estaría en el aborto en sí. Discutir si el aborto es crimen o si es delito, si la legislación debe ser restrictiva o liberal, si la vida comienza en el momento de la concepción o después, nos parece que es dar un salto por encima de la realidad y quedarse suspendidos sin nunca caer para poder tocar el verdadero fondo del problema.

Es preferible ver lo que se esconde detrás del acto de abortar, ver las causas que llevan a la mujer a abor-

tar. Ya expusimos las causas socio-económicas y las eminentemente sociales, siendo estas últimas para nosotras las
de transcendental importancia. No en vano nos preocupamos,
lo social para la mujer tradicional tiene más valor que
la vida.

#### LAS CLINICAS CLANDESTINAS

Siguiendo con el análisis de los datos obtenidos en la investigación, a continuación transcribimos un cuadro que agrupa a 291 mujeres que abortaron en clínicas clandestinas según el estado civil de cada una.

CUADRO No 16: ABORTOS PRACTICADOS SEGUN ESTADO CIVIL (CLINICAS) (95)

	TOTAL	PORCENTAJE
Soltera	. 114.	39.18
Casada	80	27.49
Viuda	6	2.06
Divorciada	9	3.09
Concubina	82	28.18
TOTAL	291	100.00

El mayor número de mujeres de la muestra es de solteras (39.18%). Presumiblemente encontraríamos aquí casos como los de las dos estudiantes universitarias y de la secretaria entrevistadas. A estas clínicas también acude la profesional soltera que encontramos entre los casos de las médico-ginecólogas de la práctiva privada. Le sigue el porcentaje de las concubinas, 28.18%. Ya no se trata de la mujer marginal, sóla, y sin recursos porque ésta aborta sóla o en manos de una abortera. Es un nuevo tipo que encontramos en la investigación. Estamos frente a un tipo de mujer que alcanzó un primer nivel de instrucción, que trabaja y busca el aborto con el fin de conservar su trabajo.

Específicamente tomaremos uno de los testimonios de la ponencia "El Aborto en Venezuela". Se menciona una mujer de 29 años, con un nivel de instrucción primaria, majere de tres hijos y único sostén de los hijos y su madre. Trabaja como servicio doméstico y manifiesta, "Si tenía otro hijo me despedían del trabajo, porque siempre buscan mujeres solas y ¿cómo sin trabajo iba a poder mantener a mis otros hijos y a mi madre?"

Tal vez podría también ser ésta la misma situación de muchas mujeres de escasos recursos empleadas en las más

diversas actividades en el comercio, la industria y la administración pública, y expuestas al doble riesgo del embarazo y luego también al aborto por la necesidad de retener el empleo.

Ya lo dejábamos planteado en nuestro razonamiento teórico en el sentido de que la mujer está sola ante el embarazo, el parto y la crianza del hijo. Ahora, a la luz de la investigación, podemos decir la mujer también está sola al tomar la decisión de abortar y se dirige también sola a practicárselo.

#### EL ABORTO EN LA MUJER CASADA

Las casadas que abortaron, según el cuadro anterior, alcanzan el 27.49%, un poco menos que una tercera parte de la muestra. En nuestro marco teórico no llegamos a contemplar el caso de la mujer casada que aborta, pero en nuestra investigación la mujer casada que aborta aparece en casi todas las fuentes consultadas (06).

Se presume que la mujer casada que aborta le asistirán a simple vista dos razones para interrumpir voluntariamente su embarazo, la limitación del número de hijos
cuando los métodos anticonceptivos corrientes han fracasa

do, o, la necesidad de escapar a la sanción social cuando el embarazo es producto de una relación extramatrimonial.

Vuelve sobre el tapete el enorme peso que arrastra la internalización de la norma por parte de la mujer tradicional de adaptación ritualista, si incluimos en nuestro análisis a la mujer casada tipificándola también como tradicional con rasgos de adaptación ritualista.

Es tradicional en la medida en que conserva unos principios nacidos de la tradición, los cuales no admiten la relación extramatrimonial ni una concepción fuera del matrimonio por parte de la mujer - aunque se atreve a tenerala - y es ritualista porque su apego a la norma la lleva a buscar el aborto antes de desafiar la sanción social que la etiquetaría como mujer adúltera, en caso de ser descubierta.

Si esta mujer teme a la sanción social, ¿por qué desafía la norma para luego ritualizarla, si a ella no le es inalcanzable el objetivo cultural del rol de madre? Quizás tenga otras razones para abortar además de las sociales, tales como razones económicas, o de liber tad individual si se trata de una profesional, convirtiéndose entonces en una mujer con varios tipos de adap tación. El comportamiento de esta mujer confirma la regla

metodológica la cual plantea que no existen tipos puros en la realidad.

Como dijimos anteriormente, no tomamos en cuenta a la mujer casada para los fines de nuestra investigación por no considerarla un factor importante para el estudio; sin embargo, la investigación ha demostrado todo lo contrario.

Encontramos que existe un número considerable de mu jeres casadas que interrumpen voluntariamente el embarazo por razones económicas y sociales como lo habíamos propues to para la mujer marginal y la mujer tradicional en nuestro marco teórico. Asímismo, se encontró un caso que será discutido en el análisis de la mujer liberada, que rom pe todas las expectativas que se tienen del comportamiento de la mujer en nuestra sociedad. Se trata de una profesional casada que tiene relaciones con otro hombre en un viaje de negocios al interior del país y sale embarazada. La doctora en ginecología que nos refirió el caso tenía a esta mujer como paciente por problemas de esterilidad en su matrimonio. Cuando la doctora se entera del embara zo, considera que su tratamiento ha tenido éxito y se sor prende al comunicarle la mujer su decisión de abortar. La razón para abortar es la duda que existe sobre la paternidad del hijo por nacer. Este mismo comportamiento,

la idea de abortar, se lo recomienda también como solución su esposo, ante la duda que le plantea la mujer de no saber si el padre es él o el otro hombre.

# CONCLUSIONES DEL ANALISIS

Podemos concluir entonces caracterizando a la mujer tradicional de adaptación ritualista como una mujer de suficientes ingresos para sufragar los costos de un abor to hecho por profesionales en una clínica clandestina, de un nivel de instrucción que va de primaria hasta universitaria, de estado civil mayoritariamente soltera y en algunos casos abandonada por un hombre que no asume la responsabilidad de la situación.

Ahora bien, ¿quién es esta mujer en la realidad actual?

Nos lo dicen tres testimonios que se obtuvieron d $\underline{i}$  rectamente de las entrevistas.

Estudiante universitaria de 22 años con una experiencia abortiva a los 18 años:

"La entrevistada llevó relaciones sexuales con su novio durante siete meses, sin usar anticonceptivos, antes de quedar embarazada. Al notar su embarazo, su primera reacción fué de emoción y gran ilusión, pero, al pensar en sus padres, decidió abortar. Consultó su decisión con su novio y ambos estuvieron de acuerdo. El novio ya había tenido experiencia sexual al mantener relaciones sexuales con otra muchacha con anterioridad y de esas relaciones le nació un hijo (97)."

Estudiante universitaria de 27 años con un aborto a los 17 años:

"Yo tenía 17 años, es el único dato interesante. Tenía un novio que seguramente tenía unos 25-26 años para ese momento. Bueno, yo sabía cómo evitar los embarazos, pero eso fué uno de esos encuentros inesperados y bueno, este, quedé embarazada a la primera. En el primer momento, al mes siguiente, cuando no me vino la regla, yo sospeché desde el primer momento que estaba embarazada porque, bueno, ese día yo no había evitado, no había tomado ninguna precaución (98)."

Secretaria, madre de una niña de 7 años, se hizo un aborto hace dos años:

"¿Lo que te empujó fueron problemas personales que tú tenías con la familia,
relación de pareja? Bueno, más que todo
relación de pareja, mi familia, bueno,
un poco digamos influyó no en el sentido de que lo tenía que hacer por ellos,
sino más era por la relación de pareja,
pero por el producto también de mi familia. Coincidía en que si no tenía ningún

tipo de apoyo familiar, aparte del problema de pareja, ino?, todo eso influyó para .... (95)."

Esta mujer de la realidad actual podemos describirla como una muchacha que goza de libertad sexual, con alguna información sobre la anticoncepción, generalmente soltera y con un nivel de instrucción que alcanza a la técnica o universitaria. En el primero de los tres casos arriba citados, nos encontramos que es la mujer abandonada por el hombre porque éste es incapaz de enfrentarse tanto a la situación de conflicto que crea el embarazo, como a la situación de riesgo que crea el aborto.

En uno de los casos el hombre "ofrece" el perdón a la muchacha por haber abortado, pero ella lo rechaza por que "no estaba muy enamorada de él". Podría interpretarse como un cambio en la conducta sexual de la mujer actual.

La entrevistada es una muchacha universitaria de cl<u>a</u> se media, soltera y de 27 años con un aborto a los 17 años.

Cabe traer a colación la opinión de una de nuestras entrevistadas, cuyo caso tenemos reservado para el análisis de la mujer liberada, pero en este punto del análi-

sis de la mujer tradicional, sus declaraciones cobran  ${\sf tra} \underline{\sf s}$  cendental importancia.

Se trata de una psicóloga, de larga trayectoria profesional en el campo de la docencia y de su profesión. Ella comienza señalando que "hay una contradicción entre la salud pública y el Estado y lo explica tomando como ejemplo la educación sexual actual que refuerza la moral de la sociedad". Opina que la mujer desempeña tareas sociales y las asume como tareas individuales: "Si la mujer privatiza el aborto, también privatiza la sexualidad. La mujer al abortar, no siente complejo de culpa, hay nostalgia, hay tristeza, esto no lo niega". Plantea la psicóloga que la sexualidad alienada es la responsable del sentimiento de culpa, una sexualidad alienada resultado de un sometimiento a lo establecido sin que surja un proceso crítico.

En su opinión, "el sexo es pecado, el pecado es represión del cuerpo, por eso cuando se internaliza la noción de pecado se internaliza el sexo con culpa y si bus car el placer material es pecado, hay que frenar la líbido".

La mujer, continúa nuestra entrevistada, está reprimida sexualmente por un cuerpo de ideas que ha internalizado. Moral vs. ideología del Estado. Hay un negocio de la terapia sexual, el adolescente vive la sexualidad del adulto, pero al caer, la sociedad lo sanciona".

Continúa diciendo "que existe un desequilibrio entre la naturaleza y las pautas socialmente planteadas".

Nos preguntamos, ¿guardan alguna relación estos conceptos emitidos con la norma socialmente prescrita, los objetivos culturalmente dados y los medios para alcanzarlos?

La psicóloga entrevistada por nosotros opina así como fruto de una concientización que ella ha hecho de las contradicciones sociales. Ella piensa, habla y actúa de esa manera porque está convencida de lo que dice y posiblemente está esbozando lo que será, si ya no lo es, un cambio en la conducta sexual de la mujer venezolana.

Estemos o no de acuerdo con las opiniones anteriores, proponemos que se estudie cada una de esas apreciaciones si queremos tocar el fondo del problema del aborto, tema de nuestro interés en la presente investigación.

"No es posible una comprensión del aborto a menos que su práctica se coloque dentro de un amplio contexto so cial y cultural. Como lo ha anotado sabiamente Alice S. Rossi, debemos ir más allá de un estrecho punto de vista médico-psiquiátrico del aborto para considerar su relación a tales temas como las normas que rigen las relaciones sexuales, los patrones de motivación para la reproducción, las metas de la vida y los roles sociales aprobados de la mujer, el derecho a la privacidad (intimidad) y las tendencias demográficas". (100)

Así comienza el autor Edwin M. Schur su ensayo sobre el aborto, publicado en el libro "Abortion in a Changing World".

Este autor pone todo el énfasis de su trabajo en lo que él llama "el drama humano de la búsqueda del aborto y de la obtención del aborto" por parte de los participantes claves principalmente la mujer, luego los médicos practicantes, los operadores ilegales y los encargados de hacer cumplir la ley.

El mismo autor, en otro libro suyo publicado hace algunos años, acuña la frase "crímenes sin víctimas" para referirse a las situaciones de compra-venta de servicios y mercancías que se suscitan con el aborto clandestino. Es

interesante darse cuenta cómo se asemejan estas extrañas situaciones en un país y en otro con leyes que forzosamente deben quedar como letra muerta, toda vez que es extremadamente difícil lograr su cumplimiento.

La mujer no desea, por supuesto, denunciar a los que accedieron a su petición de interrumpir su embarazo, por lo tanto, no puede obtenerse evidencia adecuada para basar un enjuiciamiento y llevar a cabo la ejecución de la ley.

También nosotras pudimos comprobar repetidas veces en el curso de la investigación que todo el mundo sabe cuáles son las clínicas clandestinas y quiénes son los médicos abortadores. Sin embargo, la denuncia no se hace porque, como en repetidas ocasiones oímos decir, los abortadores de oficio y las clínicas clandestinas son "un mal necesario", es decir, prestan un servicio a la comunidad. (El mismo argumento que tradicionalmente se ha empleado en defensa de la prostitución.)

La ley que sanciona el aborto no se hace cumplir, la dignidad de la mujer recibe una afrenta al tener que suplicar la realización de un aborto y las diferencias socioeconómicas que abren o cierran las facilidades para abortar sirven para aumentar la discriminación contra la mujer de escasos recursos porque el tipo de aborto que ésta

se hará será directamente proporcional al precio que ella puede pagar. Como evidencia de ello tenemos las estadísticas de la Maternidad Concepción Palacios.

Por otra parte, mientras la ley no se cumple sólo sirve para proporcionar a los abortadores ilegales un floreciente negocio. Mientras más restrictiva la legislación, mayor será la demanda de sus servicios. Ocasionalmente se producirá el encarcelamiento de alguno para satisfacer las exigencias periódicas de escándalo en el público.

La ley y la norma paradójicamente contribuyen a la conducta desviada de la mujer que aborta.

En resumen, podemos considerar que la mujer tradicio nal pertenece a la clase media y alta donde el logro es importante. La cual al salir embarazada se aleja del modelo cultural pautado del embarazo dentro del matrimonio, pero a la vez que se aleja de lo culturalmente prescrito se aferra de un modo muy estrecho a las seguras rutinas de las normas institucionales y decide interrumpir su embarazo por la gran conformidad que tiene con las costumbres debido a la fuerte presión de los padres para respetar los preceptos morales de la sociedad. Su actitud es pro-

ducto del proceso socializador de las normas.

Las normas en este caso se derivan de expectativas normativas estandarizadas que prevalecen en el grupo, por tanto, la mujer tradicional no puede desafiarlas ya que sería socialmente sancionada.

Esta mujer es quien después de abortar presenta problemas psicológicos y emocionales. Pues es a quien la sociedad le plantea la maternidad glorificada como un ideal y, por otra parte, la sanciona en caso de quedar embarazada estando soltera. Esto la coloca en un conflicto de valo res, por tanto ella opta por el aborto para salvar la situación pero, no obstante, tiene sentimientos de culpa ya que ha sido socializada en un mundo de valores religiosos y morales de respeto a la vida que ella ha internalizado profundamente.

# 5.3 MUJER LIBERADA

Como mujer liberada tipificamos a la mujer que aborta porque está en desacuerdo con el rol reproductor que le ha sido tradicional-mente asignado. Considera que toda mujer es dueña de su cuerpo y no una máquina reproductora.

La mujer liberada interrumpe su embarazo por razones socio-culturales al igual que la mujer tradicional, pero a diferencia de ésta su actitud no es de conformismo con las expectativas normativas estandarizadas, sino que por el contrario rechaza no sólo las normas sino los objetivos culturalmente planteados por considerarlos arbitrarios y propone una nueva estructura social en lo relativo al rol femenino.

En nuestra sociedad la mujer liberada es aquella que en el desempeño de su rol se orienta hacia la liberación femenina. Consideramos
que esta mujer encaja dentro del modo de adaptación denominado "rebelión" por Robert K. Merton, por su actitud cuestionadora frente a las
normas existentes. Los movimientos feministas en el país constituyen
grupos relativamente pequeños:

"esta adaptación lleva a los individuos que están fuera de la estructura social ambiente a pensar y tratar de poner en existencia una estructura social nueva, es decir, muy modificada. Supone el extrañamiento de las metas y las normas existentes que son consideradas como puramente arbitrarias. Y lo arbitrario es precisamente lo que no puede exigir fidelidad ni posee legitimidad, porque lo mismo podría ser de otra manera. (701)

La mujer liberada se caracteriza fundamentalmente por el hecho de rechazar la sublimización de la maternidad culturalmente
pautada, por pensar que va en detrimento del objetivo de lograr su
libertad personal y señala: "La glorificación de la maternidad es una
cosa inventada". (102)

Algunos grupos más radicales manifiestan la crítica feminista a la maternidad en los siguientes têrminos:

"En las actuales condiciones, ser madre significa perder toda libertad (física, mental y social) para depender económica, psicológica y legalmente de un 'macho' protector, quien se encarga de 'mantener' a su 'hembra' y a su 'prole', dejando a aquella las labores de aseo y cuidado de ésta y reservando para sí la autoridad sobre ambas. Para ser madre hoy en Venezuela hay que renunciar al autodesarrollo total y completo". (103)

Este planteamiento expresado en un artículo de la revista "Voz Feminista", nos resume cómo para las mujeres tipificadas, como liberadas, la maternidad pareciese constituir un medio más de reafirmación del papel hegemónico del hombre y un obstáculo para el logro de su desarrollo. Aunque no la rechazan totalmente:

"Lo que planteo no es una negación de la procrea ción en sí, como una de las tantas posibilidades que tiene la mujer. Sería absurdo decir a las mujeres que no deben ser madres". (704)

Observamos pues, que lo que se cuestiona es la maternidad como un fin en sí, la idea no es eliminar la procreación sino proponer el derecho a la libre maternidad.

La mujer liberada estima que un factor determinante para alcanzar su libertad es el control de la reproducción, lo cual implica una adecuada educación sexual y la difusión de los métodos de planificación familiar que en nuestro país da la impresión de no existir:

"En el país aun existiendo educación sexual está orientada a reforzar la moral predominante. La represión sexual se centra en la represión de la mujer y el uso de su cuerpo. Puede así mantener una serie de estructuras tales como virginidad y matrimonio monogámico". (105)

Se evidencia, por consiguiente, que la mujer liberada critica la forma como se imparte la poca educación sexual en Venezuela. La cual, lejos de ofrecer una clara información, refuerza la represión sexual de la mujer.

Cabe señalar, que la mujer liberada es ampliamente partidaria de la generalización del uso de anticonceptivos, pues le permiten elegir el número de hijos que desea tener: "La institucionalización de los métodos anti-conceptivos le da mejor situación a la mujer". (106)

Vemos cómo esta mujer preconiza una autonomía entre sexo y reproducción. Pero, a pesar de afirmar que los anticonceptivos le otorgan a la mujer una mejor situación señala que: "pese a su empleo, pueden presentarse embarazos no deseados". (100 Entonces surge el aborto, como un recurso, "un recurso al que se acude en última instancia pero al que, en cualquier caso, las mujeres deben tener acceso en condiciones óptimas". (108)

Una de nuestras entrevistadas al preguntarle su opinión sobre el aborto respondió:

"Es un problema que está planteado, hay que resolverlo. Al menos, uno tiene la plata, muchas mujeres ante la desesperación se hacen solas un aborto. Así será el grado de desesperación que utilizan hasta un palo de escoba partido. Debe ser legalizado. Si una persona tiene 5, 6, 9 hijos; con problemas económicos, sin conocimiento de anticonceptivos, no va a ningún médico, ni clínica sino al primer sitio que encuentre. Si en una clínica que cobra hay tantas mujeres y hay tantas mujeres con problemas económicos, ¿cuántas abortarán por su cuenta?" (709)

Luego al interrogarla sobre métodos anticonceptivos agregó:

"Igual que no quieren legalizar el aborto debiera haber, por lo menos, más información de anticonceptivos. Porque es muy fácil que yo te diga, bueno, y ¿por qué tú no hiciste tal o cual cosa? Pero si tú no tienes información yo no te puedo juzgar. Uno porque tiene la facilidad de saber, pero el que no tiene esa facilidad, la mayoría - no los dispositivos - las pastillas, duchas vaginales, los supositorios. Una señora de 35 años, asustada porque creía que estaba embarazada, yo le pregunté, ¿qué usas tú? 'pastillas'. Se tomaba una pastilla en la mañana y otra en la noche. Ella inventó su propio método..." (710)

### LIBRE DISFRUTE DE LA SEXUALIDAD

Como vimos anteriormente, la mujer liberada disocia el sexo de la reproducción. Lo que supone una nueva actitud cultural, una nueva forma de entender la sexualidad. Surge, pues, el aborto como una consecuencia del derecho de la mujer a la sexualidad. "Si la mujer privatiza la sexualidad, también privatiza el aborto". (1717)

Se observa cómo el planteamiento del disfrute de la sexualidad constituye un nuevo elemento dentro del contexto de las pautas sociales. Ofrecen al hombre libertad sexual, mientras que para la mujer se constituye en objeto de recriminación y crítica:

"Satisfacer la sexualidad significa asumir la vida de otra manera. Se instituye por tanto la limitación del sexo, sometimiento de la mujer y exigencia de la virginidad. La sexualidad es lícita en la medida en que se efectúe dentro del matrimonio.

La institución matrimonial es patriarcal y represiva.

La sexualidad de los genitales es una sexualidad desvirtuada. La sexualidad debe ser producto de una orientación biopsicosocial.

Los sexos no son opuestos, son complementarios. En nuestra sociedad la mujer que no es virgen se considera como mujer malograda.

El aborto clandestino es una consecuencia de la represión sexual. Existe una concepción de la sexualidad orientada hacia la procreación." (172)

Como bien expresa Julio Iglesias De Ussel (713), "la reivindicación del derecho de la mujer a la sexualidad acaso sea uno de los cambios sociales de mayor trascendencia del siglo XX". En este sentido se observa cómo la mujer liberada tiene una conducta divergente que puede ser sólo un preludio para la formulación de normas nuevas, no sólo en cuanto a lo que implica el libre disfrute de la sexualidad, sino en cuanto al nuevo rol que puede desempeñar en la sociedad:

"La actitud tan apasionada en torno al aborto procede de que, con él, se reconoce a la mujer el derecho a la sexualidad como un fin en sí mismo, sin relación con la procreación. Pero al mismo tiempo se debe a que implica el cuestionamiento de estructuras básicas de nuestra sociedad". (#4)

### RECHAZO A LAS ESTRUCTURAS SOCIOCULTURALES EXISTENTES

Por lo ya planteado, podemos señalar que la mujer liberada es acérrima cuestionadora de las estructuras existentes, ya que las considera como la causal de que se le confiera a la mujer un rol tradicional que le impide su desarrollo personal. No acepta las normas sociales establecidas: "Existe un desequilibrio entre la naturaleza y las pautas socialmente planteadas". (115)

Esta afirmación revela que considera arbitrarias las normas que plantean a la mujer una situación de inferioridad, un rol secundario que niega su realización. (116)

De lo expuesto se desprende que la mujer liberada actualmente representa un elemento de cambio social, en lo que a valores y costumbres femeninas se refiere. Hace unos pocos años no se hablaba de
sexo, mucho menos de aborto...

Hoy la mujer cuestiona la moral establecida: "El meollo del asunto es la moral que no va a cambiar porque es lo que mantienela actual estructura de nuestra sociedad" (117)

Esta afirmación se hizo en relación al aborto. La mujer liberada frente a la moral propone que la mujer es dueña de su cuerpo y tiene la libertad de decidir si quiere o no su embarazo". (118)

Y agrega: "Si la mujer se levanta y dice que es dueña de su cuerpo la sociedad se derrumba". (719)

Cabe señalar aquí un caso referido por una médico ginecólogo que anteriormente hemos mencionado. Nos contó que a una de sus consultas acudió una mujer profesional casada que quería abortar ya que en un viaje de trabajo mantuvo relaciones sexuales extramatrimoniales quedando embarazada. Consultó con su esposo el hecho y ambos estuvieron de acuerdo en que debía interrumpir su embarazo.

El caso citado evidencia los acelerados cambios que presenta nuestra sociedad actualmente en relación a normas y valores.

### AUSENCIA DE CULPABILIDAD

Otro nuevo elemento que plantea la mujer liberada lo constituye el hecho de manifestar abiertamente que ha abortado. A diferencia de la mujer tradicional que oculta celosamente el haber interrumpido su embarazo porque se siente culpable.

Una de las entrevistadas afirmó: "La mujer al abortar no siente complejo de culpa. Pero sí hay un poco de nostalgia y tristeza". (720)

Lo expresa como producto de su experiencia personal, ya que ella se hizo dos abortos. (Ver Anexo 2.1).

Opina que la culpa es fruto de vivir una sexualidad alienada: "De someterse a los establecido sin que surja un proceso crítico. Cuando se internaliza la noción de pecado se internaliza el sexo con culpa". (121)

La mujer tipificada como liberada afirma, pues, categóricamente que no existe culpabilidad después del aborto voluntario. Parecería que a su juicio la culpabilidad es consecuencia de los valores culturales dominantes como una forma de control social. Y quizás el asumir el aborto clandestino sería el producto del sentimiento de culpabilidad de la mujer tradicional.

Es evidente la ausencia de culpa en la mujer liberada, ya que confiesa sin temores su aborto y además está plenamente convencida de que era lo mejor para ella en su circunstancia:

"La verdad es que yo considero que estoy dentro de las privilegiadas porque para mí fue una experiencia que no represento ningún trauma, ni ninguna huella terrible. Porque yo, imáginate, en ningún momento pensaba tener un hijo a los 17 años..." (122)

Pensamos, por consiguiente, que la mujer liberada considera su aborto como un derecho y no como la transgresión a las normas sociales. A ella no le preocupa la sanción social informal; esto lo confirma el hecho de que manifieste sin temor que ha abortado. Pero la

nueva sociedad) y proyectarse socialmente de un modo distinto a como lo ha venido haciendo la mujer tradicionalmente.

Un aspecto que resulta de interés destacar, es que la mujer liberada en la mayoría de los casos paga ella misma su aborto y no siempre le comunica al hombre su decisión de interrumpir el embarazo:

"Yo no quise ver mãs a ese muchacho, me daba muchísima rabia. Yo empecé a hacer todo eso por mi cuenta, sin participarle nada a él".( 124)

Retomando el planteamiento central de Robert Merton de que tanto la conducta conformista como la conducta divergente son producto de la estructura social, podemos concluir que a la mujer tradicional su actitud conciliadora con lo socialmente planteado la lleva a interrumpir su embarazo, mientras que a la liberada la mueve a abortar un cuestionamiento a la estructura social establecida, no está de acuerdo con el rol que le ha sido tradicionalmente conferido y propone uno nuevo. Como dice Simone de Beauvoir:

"...es necesario estudiar con cuidado el destino tradicional de la mujer. Intentaré describir cómo hace la mujer el aprendizaje de su condición, cómo la experimenta, en qué universo se encuentra encerrada y qué evasiones le están permitidas. Sólo entonces podremos comprender qué problemas se plantean a las mujeres, que herederas de un díficil pasado, se esfuerzan en forjar un porvenir nuevo". (125)

En resumen, la sexualidad es algo inherente al hombre pero, específicamente para la mujer, la sociedad ha considerado que la virtud consiste en negarlo. La mujer que se resiste a negarlo, es etiquetada como fácil; la mujer que lo niega es considerada virtuosa.

En el análisis de la mujer tradicional encontramos un desequilibrio entre el goce de la sexualidad y el afán de aparecer virtuosa ante la sociedad. La mujer recurre al aborto para ocultar su falta y guardar las apariencias. En el análisis de la mujer liberada, la mujer se nos presenta desafiante pues disfruta de su sexualidad y se atreve a manifestarlo públicamente. Recurre al aborto como último recurso anticonceptivo. Una, acata la norma para aparentar una "virtud" que no tiene Otra, rompe la norma por arbitraria y propone una nueva concepción de la virtud en la mujer.

Haría falta una decisión salomónica para determinar cuál de los dos tipos de mujeres es la que conviene a la sociedad para mantener el orden social. Lo importante es darse cuenta que detrás de ambas conductas se encuentra una tendencia a la sexualidad que, reprimida o no por la normas, pugna por hacerse presente en la mujer.

La represión no pareciera ser la solución, lo que se trata de reprimir es como el humo que es imposible de esconder.

CONCLUSIONES

#### CONCLUSIONES

Al finalizar el estudio de las causas que llevan a la mujer a interrumpir voluntariamente el embarazo, consideramos que esta situación conforma un grave problema social.

El instrumento teórico-metodológico que utilizamos nos permitió, en términos weberianos, adentrarnos en el contexto de significado de esa realidad para llegar a obtener una comprensión interpretativa de la misma. Fue importante comprobar la existencia de varios tipos de mujer que reúnen dentro de sí, al mismo tiempo, diferentes elementos confirmando así que no existe en la realidad el tipo ideal en su estado puro. Sin embargo, los principales atributos de los tipos construidos, en mayor o menor grado, pudieron ser descubiertos en la realidad como hipotéticamente habíamos supuesto.

En el análisis de las causas encontramos que la conducta divergente al igual que la conducta conformista, son un producto de la estructura social, tal como lo planteábamos en el marco teórico. La mujer marginal estudiada interrumpe su embarazo por un desconocimiento de la norma y empujada por fuertes presiones económicas. La mujer tradicional fue encontrada con un excesivo apego a las normas

debido a la fuerte socialización recibida y su aborto responde a una conducta conformista, ritualista. En la mujer liberada, por su parte, se comprobó que es divergente también en la medida en que se aparta de las normas, pero por considerarlas arbitrarias, y propone su propio cuerpo de normas en una actitud de rebeldía.

A la luz de nuestro estudio podemos considerar el aborto como la culminación de un proceso social. Su incidencia, su mortalidad y su morbilidad se extienden a todos los estratos de la sociedad. Sus causas surgen de los hechos sociales y de la estructura social misma.

Pudimos corroborar que las cifras de la incidencia, la mortalidad y la morbilidad se mantienen en la clandes-tinidad porque son aquellas cifras que nunca se denuncian, las bien llamadas Cifras Negras en Criminología.

Por ejemplo, no encontramos ni escritas, ni verbalmente, dos cifras que coincidieran en el número de abortos
que se producen anualmente en Venezuela. En lo que se refiere a la mortalidad materna por aborto, la cifra real de
muertes fue asimismo imposible de determinar.

Encontramos que lo más grave de esa situación de clandestinidad es que, por la naturaleza misma del problema, no se denuncian los métodos, los lugares y las muertes y,

bajo la misma clandestinidad se amparan más y más mujeres que siguen abortando diariamente. Por lo tanto, no hay cifras confiables sobre el aborto y existen pocas investigaciones sobre el problema.

El problema del aborto se discute a nivel filosófico, moral, religioso, legal y médico y se olvida probablemente lo fundamental, es decir, la situación de la mujer que aborta.

Como comprobamos en la investigación, la mujer marginal embarazada, está en dicha situación cuando tiene necesidades apremiantes que atender sin contar con los recursos necesarios mínimos, cuando ya tiene un número considerable de hijos que mantener, cuando el hombre la abandona, cuando el trabajo la rechaza, y por eso aborta y en la mayoría de los casos se infecta y muere.

Asimismo, la mujer tradicional embarazada está en la misma situación cuando es soltera, cuando la rechaza la familia, cuando su medio social le propone objetivos culturales inaccesibles, cuando se enfrenta a un conflicto de valores fuertemente internalizados. Por eso aborta, y para ello recurre a las clínicas clandestinas y paga los honorarios del médico abortador y posteriormente, como resultado de su conflicto de valores, sufre un profundo complejo de culpa.

La mujer liberada está también en esa situación cuando, ante un embarazo no deseado, rechaza el rol reproductor que le ha sido culturalmente asignado por la estructura social; por eso, aborta, protesta y pide la legalización para adquirir un derecho que ella considera suyo, como es la libertad sobre su propio cuerpo.

Por las pruebas obtenidas, evidentemente, de todas las mujeres la más perjudicada es la mujer marginal. Las pésimas condiciones de su aborto desembocan en lesiones físicas o muerte.

Lo más impactante de este estudio fue el descubrir que el aborto es el método más usual de control de la natalidad.

Se encontró una ausencia de programas de educación sexual y planificación familiar a todos los niveles. La falta de información no se circunscribe a las clases marginales sino que abarca también todos los demás estratos sociales.

Otro hecho que llama poderosamente la atención es la proliferación de las clínicas clandestinas y los médicos abortadores. Tuvimos conocimiento del "Abortion Palace" para las clases privilegiadas y la construcción de una clínica clandestina en la Isla de Margarita para abortar los fines de semana. Los abortos en estos centros se

registran como extirpaciones de quistes ováricos. Ninguno de los dos lugares fueron visitados por nosotros y
nos remitimos solamente a la información verbal recibida.

Llama a reflexión la circunstancia de que, a pesar de que
tanto las clínicas clandestinas como los médicos abortadores están plenamente identificados, sin embargo, no se denuncian. Parecería que todos, ciudadanos y autoridades
estuvieran tácitamente de acuerdo con la existencia de
estos centros con el fin de resolver una necesidad social.
Es un silencio que conspira a favor de la ilegalidad.

Insistimos que el problema del aborto no sólo reside en consideraciones ético-morales y médico-legales, sino también y principalmente en la búsqueda de las causas sociales que mueven a la mujer en las diferentes posiciones dentro de la estructura social a interrumpir voluntariamente el embarazo. Encontrar esas causas, conocerlas, estudiarlas y así mejorar las condiciones en las cuales se producen, posiblemente nos pondrían en mejor camino para atacar la fuente del problema.

#### NOTAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) N. E. HIMES, Medical history of contraception, New York, Shocken Books, 1970, 521 p. tomado de Population Reports, Serie F, N° 7, Mayo 1981, The Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, U. S. A.
- (2) Joaquín DIAZ GONZALEZ, <u>Historia de la Medicina</u>
  en la Antiguedad, Universidad de Los Andes,
  Ediciones del Rectorado, Mérida Venezuela,
  1974, p. 44.
- (3) Julio IGLESIAS DE USSEL, El Aborto: Un Estudio Sociológico sobre el caso Español, Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid, 1979, p. 15.
- (4) "Complicaciones del aborto en los países en Desarrollo", <u>Population Reports</u>, Serie F, Número 7, Mayo de 1981, p. 4.
- (5) Germain G. GRISEZ, El Aborto. Mitos, realidades y argumentos, Ediciones Sígueme, 1972, p. 286.
- (6) Ibidem, p. 287.
- (7) Julio IGLESIAS DE USSEL, ob. cit., p. 15.
- (8) Ibidem, p. 15.
- (9) Germain G. GRISEZ, ob. cit., p. 200.
- (10) J. H. AVELING, English midwives: their history and prospects. London, Hugh K. Elliot, 1967, 186 p. tomado de Population Reports, art. cit., p. 4.
- (11) Julio IGLESIAS USSEL, ob. cit., p. 15.

- (12) Mariclaire ACOSTA y /otros/, El Aborto en México, Fondo de Cultura Económica, México, 1976, p. 11.
- (13) M. POTTS, P. DIGGORY and I. PEEL, Abortion, Cambridge, England, Cambridge University Press, 1977, 575 p. tomado de Population Reports, art. cit., p. 14.
- (14) Christopher TIETZE, <u>Induced Abortion</u>: 1979, 3a. edición, The Population Council, Inc., New York, 1979, p. ix.
- (15) Mariclaire ACOSTA y /otros/, ob. cit., p. 12.
- (16) Christopher TIETZE, loc. cit., p. 7.
- (17) O. AGUERO y J. I. TORRES, "Frecuencia y Letalidad del Aborto", artículo publicado en Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Vol. XXXII, N° 1, 1972, p. 3.
- (18) Christopher TIETZE, loc. cit., p. 12.
- (19) Javier GAFO FERNANDEZ, S. J., "La Moral Católica y el Aborto", Razón y Fe, Abril 1974, pp. 339-340.
- (20) Ibidem, art. cit., p. 346.
- (21) Vicente ANDRADE VALDERRAMA, S. J., "La Experiencia Francesa con la Ley del Aborto", Revista Javeriana, Nov.-Dic. 1979, p. 424.
- (22) Ibidem, Art. cit., p. 424.
- (23) Leyes y Decretos reglamentarios de los Estados Unidos de Venezuela, Tomo V, p. 562.
- (24) Ibidem, p. 624.

- (25) Ibidem, p. 686.
- (26) Código Penal Venezolano, Editorial "La Torre", Caracas, 1964, pp. 111-113.
- (27) Lorenzo MIGUELES y /otros/, Código de Derecho Canónico y Legislación Complementaria. Texto latino y versión castellana, con jurisprudencia y comentarios. Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, 1975, p. 868.
- (28) TRES DOCUMENTOS SOBRE EL ABORTO, La Iglesia y el Aborto, Ediciones Trípode, Caracas, 1976, p. 17.
- (29) Ibidem, p. 19.
- Cálculo sobre 5.311 abortos en el año 1981 como el 10% de lo que ocurre en el resto del país, más los abortos clandestinos. Datos tomados del Boletín elaborado en el Servicio de Estadística y Archivo de la Maternidad Concepción Palacios, Caracas. Boletín correspondiente al año 1981.

  Oscar AGUERO y José I. TORRES, "Frecuencia y Letalidad del Aborto", Rev. Obstet. Ginec. Venezuela, Vol. 32, N° 1, 1972, mencionan 10.000 abortos por año. Ponencia "El Aborto en Venezuela", XXXVI Reunión Ordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, Maracaibo, Septiembre, 1981, da la cifra de alredor 400.000 abortos clandestinos al año.
- (31) Robert K. Merton, Teoría y Estructura Sociales, Fondo de Cultura Económica, México 1972, p. 133.
- (32) Ibidem, p. 175.
- (33) Ibidem, p. 188.
- (34) Ibidem, p. 160.
- (35) Ibidem, p. 161.

- (36) Germain G. GRISEZ, ob. cit., p. 21.
- (37) Julio IGLESIAS DE USSEL, ob. cit. p. 13.
- (38) Dante CALANDRA y /otros/, Aborto. Estudio clínico, psicológico, social y jurídico, Editorial Médica Panamericana S. A., Buenos Aires, 1973, p. 13.
- (39) Dante CALANDRA y /otros/, ob. cit., p. 14.
- (40) Javier F. GAFO, El Aborto y el comienzo de la vida humana, Editorial Sal Terrae, Santander, 1979, pp. 33-53.
- (41) "Complicaciones del Aborto...", p. 5.
- (42) Ibidem, p. 5.
- (43) Ibidem, p. 10.
- (44) Ibidem, p. 6.
- (45) Ibidem, p. 11
- (46) Ibidem, p. 19
- (47) Ibidem, p. 19
- (48) Ibidem, p. 19
- (49) Javier GAFO FERNANDEZ, art. cit., pp. 338-339.
- (50) Javier GAFO FERNANDEZ, "El Aborto", Caracas, UCAB, 1982, mimeo.

- (51) Dante CALANDRA y /otros/, ob. cit., pp. 95-96.
- (52) "A la escasa difusión de la planificación familiar deben añadirse otros factores que, directa o indirectamente, inciden en la alta tasa de abortos. Aun en los supuestos ideales de que los métodos de planeación familiar fueran accesibles a toda la población, los recursos anticonceptivos siempre arrojan un margen de error o fracaso, incluso la píldora y los dispositivos intrauterinos (DIU), que son los más seguros. Además no todas las mujeres pueden usar anticonceptivos sin trastornos..." tomado de Mariclaire ACOSTA y /otros/, ob. cit., p. 22.
- (53) "Complicaciones del Aborto...", p. 13.
- (54) Ibidem, p. 24.
- (55) Ivette ROUDY, La Mujer: una marginada. Editorial Pluma, Bogotá, 1980, p. 118.
- (56) FEDERACION MEDICA VENEZOLANA, "El Aborto en Venezuela", XXXVI Reunión Ordinaria de la Asamblea, Maracaibo, Septiembre, 1981, p. 40.
- (57) Rosita CALDERA, "El Embarazo precoz es un grave riesgo para las adolescentes", EL NACIONAL, Sábado 2 de Octubre de 1982, Cuerpo C.
- (58) Ivette ROUDY, ob. cit., p. 118.
- (59) C. SELLTIZ y /otros/, Métodos de Investigación en las Relaciones Sociales, Ediciones Rialp, S. A., Madrid, 1965, p. 135.
- (60) Ibidem, p. 133.

- (61) Emile Durkheim, "El Suicidio", Editorial Shapire Editor, Buenos Aires, 1971, p. 11.
- (62) "Complicaciones del Aborto...", p. 7.
- (63) C. SELLTIZ y /otros/, ob. cit., p. 138.
- (64) Ibidem, p. 435.
- (65) Ibidem, p. 136.
- (66) Max WEBER, Sobre la teoría de las ciencías sociales, Ediciones Península, Barcelona, 1971, p. 9.
- (67) Ibidem, p. 7.
- (68) "Complicaciones del Aborto...", p. 6.
- (69) Anexo 1.1.
- (70) Anexo 1.8.
- (71) FEDERACION MEDICA VENEZOLANA, Ponencia citada, p. 34.
- (72) Anexo 1.2.
- (73) Oscar AGUERO y José Ignacio TORRES, <u>Maternidad</u>
  Concepción Palacios 40 años de historia, 1938-1978,
  Concejo Municipal del Distrito Federal, Caracas,
  1978, p. (sin número).
- (74) FEDERACION MEDICA VENEZOLANA, Ponencia citada, p. 38.
- (75) Ibidem, p. 38.

- (76) "Complicaciones del Aborto...", p. 6.
- (77) Ibidem, p. 6.
- (78) FEDERACION MEDICA VENEZOLANA, Ponencia citada, p. 68.
- (79) Fuente: Mortalidad Materna en Maternidad Concepción Palacios.
  Por: Dres. Oscar Aguero y J. I. Torres, 1939-1974.
- (80) Boletín elaborado en el Servicio de Estadística y Archivo de la Maternidad Concepción Palacios. Caracas (Jefe de Servicio: Dr. José Ignacio Torres) Año 1971. Boletín Correspondiente al Año 1981.
- (81) "Fecundidad Aborto y Planificación Familiar en cuatro barrios marginales del área metropolitana", Caracas, Ministerio de Sanidad y Asistencía Social, 1978, 120 p., (inédito) tomado de Giovanna MACHADO, En Defensa del Aborto en Venezuela, Editorial Ateneo de Caracas, Caracas, 1979, p. 57.
- (82) Robert K. MERTON, ob. cit..
- (83) Michel CHOSSUDOVSKY, La Miseria en Venezuela, Editorial Vadel Hermanos, Valencia, 1980, p. 120.
- (84) Anexo 1.2.
- (85) Anexo 1.1.
- (86) Idem
- (87) Anexo 1.8.
- (88) FEDERACION MEDICA VENEZOLANA, Ponencia citada, p. 35.

- (89) Ibidem, p. 35.
- (90) Anexo 1.5.
- (91) Anexo 2.2.
- (92) Oscar GARCIA VELUTINI, Sobre Derechos Personales y la Dignidad Humana, Editorial Sucre, Caracas, 1980, p. 110.
- (93) Anexo 2.3.
- (94) Luis M. OLASO, Introducción al Derecho, Cuadernos de Derecho, Tomo III, p. 40, 1972, tomado de Oscar GARCIA VELUTINI, ob. cit., p. 23.
- (95) FEDERACION MEDICA VENEZOLANA, Ponencia citada, p. 45.
- "Diariamente se producen en nuestro país seiscientos (96)(600) abortos, trescientos (300) en Caracas y trescientos en el resto del país, de los cuales dosciende los cuales doscientos (200) se realizan en clínicas (clandestinas) de este tipo. Como se verá, dicha prohibición no afecta en lo absoluto a las clases privilegiadas: esposas o amantes de políticos, militares, profesionales, hombres de negocios, etc. Esto representa, en cifras, alrededor de doscientos cincuenta mil bolívares (Bs. 250.000.) diarios sólo en Caracas y ciento cuarenta mil bolívares (Bs.140.000.) en el interior que, en total, harían la suma de alrededor quince millones de bolívares al mes y ciento cuarenta millones de bolívares anuales (según datos aportados por el Dr. Felipe Carrera Damas)." Tomado de FEDERACION MEDICA VENEZOLANA, loc. cit., p.23.
- (97) Anexo 2.2.
- (98) Anexo 2.4.

- (99) Anexo 2.3.
- (100) Alice S. ROSSI, "Social change and abortion law reform", Papel de trabajo presentado a la American Orthopsychiatric Association, Chicago, Marzo 21, 1968 (mimeografiado) tomado de Edwin M. Schur, Ph. D., LL. B., "A sociolgist's view", Abortion in a changing world, editado por Robert E. Hall, M. D., Vol. 1, Columbia University Press, New York and London, 1970, p. 197.
- (101) Robert K. MERTON, ob. cit., p. 164.
- (102) Anexo 2.1.
- (103) Beatriz RINCON, "La Maternidad en Venezuela", VOZ FEMINISTA, N° 3, p. 19.
- (104) Idem.
- (105) Anexo 2.1.
- (106) Idem.
- (107) Idem.
- (108) Julio IGLESIAS DE USSEL, ob. cit. p. 25, tomado de Giselle HALIMI, <u>La causa de las mujeres</u>, ed. Era, México, 1976, p. 98.
- (109) Anexo 2.3.
- (110) Idem
- (111) Anexo 2.1.

- (112) Idem.
- (113) Julio IGLESIAS DE USSEL, ob. cit., p. 26.
- (114) Ibidem, p. 27.
- (115) Anexo 2.1.
- (116) "No es simple romper la cadena de los condicionamientos que se transmiten casi inmutablemente de una generación a otra, pero hay momentos históricos en los cuales ciertas rupturas similares pueden resultar más fáciles que en otros. Hoy, por ejemplo, cuando todos los valores de la sociedad están en crisis, el mito de la 'natural' superioridad masculina contrapuesta a la 'natural' inferidad femenina, se ve sacudido." tomado de Elena GIANINI BELOTI, A favor de las niñas, Monte Avila Editores, Barcelona, 1978, p. 10.
- (117) Anexo 2.1.
- (118) Idem.
- (119) Idem.
- (120) Idem.
- (121) Idem.
- (122) Anexo 2.4.
- (123) Anexo 2.1.
- (124) Anexo 2.4.
- (125) Simone de BEAUVOIR, <u>El Segundo Sexo</u>, 2° Tomo, Ediciones Siglo Veinte, Buenos Aires, 1981, p. 9.

#### BIBLIOGRAFIA

ACOSTA, Mariclaire y /otros/

El aborto en México. Fondo de Cultura Económica, México, 1976.

AGUERO, Oscar

"Aborto Terapéutico en la Maternidad 'Concepción Palacios'", Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Vol. 23, 1963, 765-784.

AGUERO, Oscar y TORRES, José I.

"Frecuencia y letalidad del aborto", Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Vol. XXXII, No. 1, 1972, 3-15.

AGUERO, Oscar y TORRES, José I.

Maternidad Concepción Palacios 40 Años de Historia 1938-1978, Concejo Municipal del Distrito Federal, Caracas, 1978.

ANDRADE VALDERRAMA, Vicente

"La Experiencia Francesa con la ley del Aborto". Revista Javeriana, (s.l.), Nov.-Dic. 1979, 423-426.

BOSCH GARCIA, Carlos

La técnica de la investigación documental. Universidad Central de Venezuela, división de publicaciones, Caracas, 1972.

CALANDRA, Dante y /otros/

Aborto. Estudio clínico, psicológico, social y jurídico. Editorial Médica Panamericana, S. A., Buenos Aires, 1973.

CALDERA, Rosita

"El embarazo precoz es un grave riesgo para las adolescentes". EL NACIONAL, Cuerpo C, Sábado 2 de octubre de 1982.

CHOSSUDOVSKY, Michel

La miseria en Venezuela. Vadell hermanos Editores, Valencia, 1980.

Código Civil de Venezuela

Diseme, C. A., Caracas 1977.

Código Penal Venezolano

Editorial "La Torre", Caracas 1964.

DE BEAUVOIR, Simone

El Segundo Sexo. Ediciones Siglo Veinte, Buenos Aires, 1981.

DE BELLARD PIETRI, Eugenio

El Aborto. Una defensa de la vida. Ediciones Trípode, Caracas, 1981.

DIAZ GONZALEZ, Joaquín

Historia de la Medicina en la Antiguedad. Universidad de Los Andes, Ediciones del Rectorado, Mérida, Venezuela, 1974. DURKHEIM, Emile

El Suicidio. Shapire Editor, Buenos Aires, 1971.

EPISCOPADO VENEZOLANO COMISION CENTRAL PERMANENTE

Documentos Pontificios, N° 28. Ediciones Paulinas, Caracas, 1981.

FEDERACION MEDICA VENEZOLANA

"El Aborto en Venezuela". XXXVI Reunión Ordinaria de la Asamblea, Maracaibo, Septiembre 1981.

FORCANO, Benjamin

El aborto. Está en juego la vida del hombre. Nuevos Folletos PPC, Madrid, 1975.

GACETA OFICIAL DE LA REPUBLICA DE VENEZUELA

Ley de Ejercicio de la Medicina. Año CIX-Mes XI, Caracas, 23 de agosto de 1982, N° 3.002 Extraordinario.

GAFO, Javier

El aborto y el comienzo de la vida humana. Editorial Sal Terrae, Santander, 1979.

GAFO FERNANDEZ, Javier

"La moral católica y el aborto", Razón y Fe, Abril, 1974, 333-347.

GAJO, Javier y PRIMEAU, Pierre

"El Aborto". Jornadas Internacionales sobre Amor y Sexualidad, UCAB, mimeo, Caracas, Enero, 1982.

GARCIA QUINTERO, Diego

"El Aborto provocado y sus aspectos médico-legales". Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Vol. XXX, N° 3, Septiembre 1970, 517-523.

GARCIA-VELUTINI, Oscar

Sobre Derechos Personales y la Dignidad Humana. Editorial Sucre, Caracas, 1980.

GIANINI BELOTTI, Elena

A favor de las niñas. Monte Avila Editores, Barcelona, 1978.

GIMENEZ, Elisa

"Moral Sexual y dominación social", mimeo, Caracas, Abril de 1982.

GRISEZ, Germain G.

El Aborto. Mitos, realidades y argumentos. Ediciones Sígueme, 1972.

GUZMAN, Aquiles

"Aspectos psico-somáticos del aborto provocado", Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Vol. XXXIV, N° 1, 1974, 33-43.

GUZMAN, Aquiles

"El aborto provocado: Aspectos Legales, Religiosos y Psiquiátricos", <u>Tratado de</u> Obstetricia y Ginecología Psicosomáticas, Ediciones O.B.E., Universidad Central de Venezuela, Caracas 1980.

GUZMAN, Aquiles y MATA VALLENILLA

"Aborto terapéutico por causas psiquiátricas en la Maternidad 'Concepción Palacios'", Actualidades en reproducción humana y perinatología, Ediciones Lerner, 1982, (s.1.), 304-317.

HALL, Robert E.

Abortion in a Changing World. (Vol. I y Vol. II). Edited by Robert E. Hall, M.D., Columbia University Press 1970.

HERNANDEZ GONZALEZ, Pascual

El aborto un crimen abominable. Ediciones Trípode, Caracas. 1978.

HORTELANO, Antonio

Problemas actuales de moral. Tomo II: La violencia, el amor y la sexualidad. Ediciones Sígueme, Salamanca, 1980.

IGLESIAS DE USSEL, Julio

El Aborto: un estudio sociológico sobre el caso español. Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid, 1979.

# LEYES Y DECRETOS REGLAMENTARIOS DE LOS ESTADOS UNIDOS DE VENEZUELA

Tomo V

MACHADO, Giovanna

En Defensa de Aborto en Venezuela. Editorial Ateneo de Caracas, Caracas, 1979.

MARTINEZ, Paul

"Aborto Séptico", mimeo, 1982.

MERTON, Robert K.

Teoría y Estructura Sociales. Fondo de Cultura Económica, México, 1972.

MIGUELEZ, Lorenzo y /otros/

Código de Derecho Canónico y Legislación Complementaria. Texto latino y versión castellana, con jurisprudencia y comentarios. Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, 1975.

MONSALVE, Tulio

Guía de Metodología Operacional. Imprenta Universitaria, UCV, Caracas, 1978.

MORENO de MARTINEZ, Libia y GONZALEZ de SALAZAR, Josefina

"Planificación familiar y aborto: Un derecho de la mujer", Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Vol. XXXVI, N° 3, 1976, 541-546.

NISBET, Robert A.

Introducción a la Sociología. El vínculo social. Editorial Vincens-Vives, Barcelona, 1975.

NORIEGA, Enrique

El aborto (El derecho a la libre maternidad). Colección Testimonios. Editores Mexicanos Unidos, S. A., México, 1981.

PARSONS, Talcott y /otros/

Hacia una teoría general de la acción. Editorial Kapelusz, Buenos Aires, 1968.

PAULO VI

Humanae Vitae. Carta encíclica de Su Santidad el Papa Paulo VI sobre la regulación de la natalidad. Trípode-Documentos Pontificios, Caracas 1978.

PRADA, Paloma

"El aborto es una difundida práctica anticonceptiva", <u>EL NACIONAL</u>, Cuerpo C, Miércoles 1° de Septiembre de 1982.

RINCON, Beatriz

"La maternidad en Venezuela", <u>VOZ FEMINISTA</u>, N° 3, Noviembre, 1979, 17-19.

ROUDY, Ivette

La mujer: una marginada. Editorial Pluma, Bogotá, 1980.

SANCHEZ, Beatriz

"Aborto", Sexo y Sociedad, N° 3, Abril, 1982, 29-32.

SANCHEZ, Urbano

"Decálogo sobre el aborto", FAMILIA, N° 10, Noviembre 1982, 22-23.

SELLTIZ, C. y /otros/

Métodos de investigación en las relaciones sociales. Ediciones Rialp, S.A., Madrid, 1980.

SGAMBATTI, Sonia

"¿Qué sabe usted del aborto?", CLAVE, Suplemento de <u>EL NACIONAL</u>, 5 de Septiembre de 1982.

SPEV

¡Sí a la vida! ¡No al aborto!. Ediciones Trípode, Caracas, 1981.

TIETZE, Christopher

Induced Abortion: 1979. A Population Council Fact Book. The Population Council, New York, 1979.

TRES DOCUMENTOS SOBRE EL ABORTO

La Iglesia y el Aborto, Ediciones Trípode, Caracas, 1976.

WEBER, Max

Sobre la teoría de las ciencias sociales, Ediciones Península, Barcelona, 1971.

WILLKE, J. C. y esposa

Manual sobre el aborto. Ediciones Universidad de Navarra, S. A. (EUNSA), Pamplona, España, 1975.

XX

"El Aborto ilegal en América Latina", Boletín Médico de IPPF (International Planned Parenthood Federation), Vol. 16, Número 4, Londres, Agosto, 1982.

XX

"Complicaciones del Aborto en los Países en Desarrollo", <u>Population Reports</u>, Serie F, Número 7, <u>Population Information Program</u>, The Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, Mayo 1981. A N E X O S

#### ANEXO I: ENTREVISTAS

### 1.1 ENTREVISTA AL BR. HORACIO CHURION (1)

El objetivo primordial de la entrevista fue conocer sobre las experiencias hospitalarias del Br. Churión con mujeres que acuden a los centros de maternidad de quienes se sospecha haberse practicado un aborto:

"Es de suma importancia darle prioridad al enfoque de la problemática del aborto de la mujer marginal, ya que se diferencia radicalmente del aborto de la mujer clase media y clase alta, en cuanto a sus causas y al modo de practicarlo."

"En la mujer clase media y alta que interrumpe su embarazo, el aborto constituye generalmente su primera maternidad, mientras que la mujer marginal recurre al aborto
después que tiene tres hijos, o quizás más, por razones
fundamentalmente de tipo económico."

"En las clases marginales como causal de aborto impera lo económico, en tanto, que en el resto impera más que todo la normativa social."

"Pareciese que la mujer marginal, además de su desconocimiento sobre métodos anticonceptivos, se dedica a tener

Bachiller Interno en la asignatura Obstetricia y Ginecología II, Maternidad Concepción Palacios, Caracas.

hijos como un modo de retener a su pareja, pero esto en la mayoría de los casos no da resultado."

"Es relevante el hecho de cómo se interrumpe el embarazo la mujer marginal y cómo lo hace la mujer clase media y alta. El costo de un aborto para la mujer clase media y alta puede ser de Bs. 5.000. a Bs. 7.000., cantidad que ella puede pagar. El aborto practicado por un empírico puede costar de Bs. 500. a Bs. 1.000., precio muy elevado para una mujer marginal."

"La mujer puede abortar varias veces, claro está, que eso representa un riesgo en la medida en que tenga mayor o menor tiempo de embarazo; si tiene por ejemplo quince días, el aborto puede ser por aspiración, pero si el embarazo está avanzado, se amerita incluso una mini-cesárea."

"Es paradójico el hecho de que la religión rechaza rotundamente el aborto pero también prohibe los anticonceptivos."

"En los centros de maternidad se presenta diariamente un gran número de abortos sépticos."

"Las mujeres marginales saben que el aborto está prohibido, pero desconocen que está penado. A ellas se lo practica un empírico o enfermeras que lo hacen clandestinamente para redondear sus ingresos, en condiciones poco higiénicas, motivo por el cual se presentan posteriormente complicaciones y acuden a los centros de maternidad donde nunca manifiestan que se ha realizado un aborto."

"Los abortos sépticos resultan sumamente costosos a la maternidad de Bs. 1.000. a 1.500. diarios (terapia intensiva), mientras que un parto normal Bs. 600. diarios. Además el personal paramédico que se requiere en los casos de aborto séptico es mayor que en los partos normales. (La cesárea es la tercera parte, en tiempo, que un aborto séptico)."

"Los abortadores más famosos de Caracas, no aceptan embarazos de más de tres meses y como son médicos tienen los conocimientos y la experiencia que garantiza poco riesgo a la mujer clase media y alta; en tanto, que los empíricos para practicar el aborto utilizan alambres, ganchos, velas, etc., es decir, que recurren a todo instrumento que les permita la dilatación del cuello del útero; luego introducen sustancias que les faciliten el lavado de la cavidad. En casi todos los casos se infectan las mujeres, ya que los instrumentos no han sido previamente esterilizados y los lavados se los hacen con detergentes y con jabón azul que traen, como consecuencia, una necrosis de los tejidos y se hace inminente la histerectomía. En otros casos se produce una peritonitis por la perforación del útero. (La mortalidad por aborto séptico es por peritonitis entre otras causas)."

"Todo aborto séptico es provocado, dado que muy eventualmente un aborto espontáneo se infecta. (Diariamente ingresan a la maternidad un promedio de 12 a 15 casos de aborto séptico)."

"La mortalidad por aborto séptico es aproximadamente de un 60%. Las pacientes que se han inducido aborto y se infectan, ingresan a los hospitales con un "toque al estado general", fiebre y decaimiento. (Presentan generalmente necrosis, es decir, destrucción del tejido por elementos irritantes).

El aborto séptico tiene un índice de mortalidad de 60 a 75% y un 85% de pérdida de órganos internos y probablemente un 95% de esterilidad (esto genera una menopausia precoz)."

Caracas, 11 de agosto de 1982

### ANEXO 1.2 ENTREVISTA A LA DRA. FANNY FLEITAS (2)

Inicialmente la doctora nos sugirió acudir al Servicio de Estadística y Archivo de la Maternidad Concepción Palacios, donde aparecen los datos de aborto séptico por años.

"La primera causa de muerte materna es el aborto séptico."

"Se puede decir que el aborto es el producto de una serie de elementos que configuran la realidad de la mujer marginal, tales como:

- a) Ignorancia de los métodos de planificación familiar y ausencia total de educación sexual (y de educación en otros aspectos);
- b) Presión del hombre que no quiere tener más hijos porque ya tiene varios que mantener;
- c) Abandono del hombre. La mujer no puede ya con la carga econômica de la familia;
- d) Rechazo de la familia en el caso de que no esté casada la mujer;
- e) Razones económicas, ya que la mujer tiene una pesada carga, como se señaló anterior-mente.

El hecho de que el aborto no está legalizado, hace que exista un elevado índice de mortalidad femenina en las

<sup>(2)</sup> Médico Obstetra-Ginecóloga, Servicio de Consulta Externa y Residente de 2º Año de Post-Grado de Obstetricia y Ginecología en la Maternidad Concepción Palacios, Caracas.

clases marginales, ya que éstas acuden a empíricos y a enfermeras para interrumpir su embarazo, o se practican el aborto ellas mismas.

Las mujeres marginales para inducirse el aborto usan: sondas de Nélaton, enemas de jabón azul, ganchos de ropa, bujías de Hegar, Betadine, inyecciones de quinina, Ariel (jabón detergente), etc.

De todo eso y de la falta de condiciones higiénicas, se desprende el grave peligro que representa para ellas la práctica abortiva."

"Las mujeres que poseen medios económicos no arriesgan su vida, pues, tienen la posibilidad de acudir a un médico abortador."

Caracas, 26 de agosto de 1982

### ANEXO 1.3 ENTREVISTA AL DR. ALFREDO PLANCHART (3)

El Dr. Alfredo Planchart considera que la mujer que aborta está adoptando una actitud anti-natural. El afirma que en la mujer, desde el momento de la concepción, comienza un proceso que se lleva a cabo a nivel cerebral el cual la condiciona para ser madre, por lo tanto, su deseo o decisión de abortar es anti-biológica.

"El rechazo anti-natural de la concepción podría explicarse posiblemente por una situación de angustia que está viviendo la mujer. Por una parte, la mujer está siendo condicionada biológicamente para ser madre y, por otra parte, el medio social al cual pertenece la mujer la está condicionando para rechazar la concepción.

Estos condicionamientos contradictorios son suficientes para crear una situación de angustia, la cual se canaliza a través de la interrupción del embarazo.

En el caso del aborto en particular, de los dos condicionamientos - el biológico y el social - este último pareciera ser el que cobra más fuerza, si nos guiamos por el auge que ha experimentado el número de abortos en los últimos años."

<sup>(3)</sup> Médico Endocrinólogo, Ex-Jefe de Cátedra de Farmacología y Toxicología, Escuela de Medicina Luis Razzeti y Ex-Director del Instituto de Medicina Experimental

El Dr. Alfredo Planchart se extendió en una disertación sobre el reflejo hipo-talámico, el ritmo circadiano y los circuitos cerebrales que funcionan por la secreción hormonal que se produce desde el momento mismo de la concepción. Habló de experimentos con ratas preñadas a las cuales se les inyectó hormonas masculinas y al nacer los hijos se les hizo un corte longitudinal del cerebro para medir a través de instrumentos especializados las sustancias químicas que producía el hipotálamo de estos ratones. Se descubrieron sustancias inhibidoras.

Para profundizar un poco sobre la materia nos remitió el Dr. Planchart a la Dra. Lesbia Zchaeck, en la Cátedra de Farmacología y Neurofarmacología de la Universidad Central de Venezuela. Asimismo, nos indicó la siguiente bibliografía:

Revista Científica, Septiembre de 1978 ó 1979.

Handbook of Physiology (American Physiological Society), Volumen sobre Endocrinología, artículo por Víctor Ramírez sobre "Adolescencia".

The First Three Minutes, Stephen Weinberg.

El Dr. Alfredo Planchart hace una crítica a la Sociología por no haber tomado suficientemente en cuenta lo biológico y nosotras le devolvimos su crítica invirtiendo los
términos, pues, de la misma manera, la medicina no ha dado
la debida importancia a lo social.

- El Dr. Planchart considera que el aborto refleja:
- a) la situación de angustia de la mujer;
- b) un nuevo tipo de liberación;
- c) la nueva forma de presentarse la mujer;
- d) la mujer no-madre.
- Y, finalmente, "la mujer tiene que gritar para hacerse presente".

Caracas, 27 de agosto de 1982

# ANEXO 1.4 ENTREVISTA AL DR. RAUL MARTINEZ VERA (4)

El Dr. Raúl Martínez Vera se mostró muy interesado en el trabajo que se lleva a cabo sobre el aborto y nos proporcionó lo que en su opinión son las causas principales de aborto en el país en los momentos actuales:

CAUSAS MENTALES: La mujer presenta psicosis por el embarazo, especialmente, en aquellos casos cuando se trata de gente joven que reacciona de esta manera por inmadurez. Se crea una problemática alrededor del hijo y se considera como única solución la interrupción del embarazo.

CAUSAS EDUCACIONALES: Se encuentra una gran ignorancia en todas las áreas, desde el funcionamiento del cuerpo hasta de los métodos anticonceptivos para ser usados en la vida sexual.

<u>CAUSAS DE LIBERACION</u>: La mujer liberada desafía las presiones sociales y aborta libremente.

El Dr. Martínez Vera también mencionó las presiones sociales pero no las especificó. Asimismo, mencionó la hormona Prostoglandina la cual detiene el proceso de evolución hormonalmente. "Los ingleses retienen esta hormona como fuente de ingresos", comentó y añadió que la mujer española utiliza a

<sup>(4)</sup> Médico, Asesor del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en el área de medicina familiar.

Inglaterra como país donde puede abortar libremente.

Caracas, 2 de Septiembre de 1982.

# ANEXO 1.5 ENTREVISTA A LA DRA. ELENA LEON DE CRESPO (5)

La primera observación que nos hace la Dra. Crespo es la de "tener cuidado con los datos verbales, ceñirse a lo que está escrito", refiriéndose a nuestro trabajo sobre el aborto.

Para mejor destacar los hechos relatados por la Dra.

Crespo, resultado de su experiencia ginecológica en Caracas,
los hemos denominado "casos" enumerándolos del 1 al 10.

ler caso: Se comenta como un hecho insólito, el caso de un médico que recoge a la paciente en su casa para hacerle el aborto en su clínica.

2°caso: Hay una doctora que aconseja el aborto por falta de madurez de la mujer y las refiere a un abortador. También hizo lo mismo con su hija.

3er. caso: Muchacha violada por seis hombres. Fue dejada sin conocimiento. Por miedo al padre, no confesó su embarazo producto de la violación. Fue al consultorio a los seis meses de embarazo y se le aconsejó no abortar. Asimismo, se le aconsejó ir donde la madre quien vive en el interior del país y dar el niño en adopción.

4ºcaso: Una paciente embarazada de su novio se hizo

<sup>(5)</sup> Médico Cirujano y Doctor en Ciencias Médicas, Cirugía y Ginecología en ejercicio privado, Ex-Primer Adjunto de Cirugía General del Hospital San Juan de Dios, Ex-Segundo Adjunto de Cirugía 4 de la Cruz Roja Venezolana, Ex-Médico Jefe del Dispensario Municipal "Las Casitas" Barrio El Carpintero, Petare.

abortar. Fué a una clínica abortadora y esta es su experiencia: No la rasuraron. La anestesiaron y abortó en la mañana al llegar. Le dieron un vaso de jugo de naranja a las 3 p.m., le preguntaron cómo se sentía, contestó "bien", y la enviaron a su casa, temblorosa y casi sin poder manejar.

5° caso: Una paciente con casi dos meses de embarazo, fué al consultorio y solicitó el aborto. Se le negó. Buscó otro médico y se hizo abortar. Regresó a la consulta pero no fué atendida porque hizo caso omiso de los consejos médicos en el sentido de que no abortara.

6° caso: En una clínica abortadora, después de un aborto, la paciente sufrió una hemorragia profusa y ante la emergencia fué enviada al Centro Médico. La muchacha murió en el
Centro Médico y éste denunció a la clínica.

7° caso: Una muchacha interna en un Colegio de Los Teques, al cuidado de dos tías solteras, fué traída al consultorio y al ser examinada se encontró que estaba embarazada de casi siete meses. La doctora le dió un Fisiol a cada tía antes de darles la noticia. Se impresionaron mucho, pero el niño nació y fué la alegría de la casa.

8° caso: Una muchacha, bastante obesa, con casi nueve meses de embarazo, de 14 años, fué llevada al consultorio

por la madre, quien sospechaba el embarazo. Tuvo el niño y no se supo más del caso.

El próximo caso trata de un paciente de clase media, profesional. Este tipo de pacientes dan las siguientes razones para abortar: "Cree que no será feliz, sus padres sufrirán mucho al enterarse, miedo a la sociedad, miedo a los compañeros de trabajo".

9° caso: Una socióloga tuvo una hija de su amante, es soltera. A los 4 años la hija le pedía un hermanito. Se decidió a tenerlo de otro porque ya el amante se había ido. Lo buscaba alto, rubio, atlético, etc.

La Dra. Crespo comenta que se ha dado el caso de mujeres que sospechan un embarazo, lo rechazan, se dirigen a una clínica abortadora, se las examina y SIN estar embarazadas, se les hace una prueba de laboratorio falsa. Se les informa que sí están embarazadas, se les hace el supuesto curetaje y se les cobra.

"Los abortos realmente son pocos dentro de la clase marginal. No les importa el número de hijos. Entre ellos se cuidan los hijos recíprocamente, se prestan la leche si les llegare a faltar." 10° caso: Un hombre en el Barrio El Carpintero fué abando por la mujer y quedó con siete hijos. Al poco tiempo, todos los hijos fueron recogidos por los vecinos y el padre visitaba a los hijos en diferentes sitios.

La Dra. Crespo está de acuerdo con lo planteado por el Dr. Alfredo Planchart sobre un condicionamiento en la mujer hacia la maternidad, el cual se hace a nivel del hipotálamo como un funcionamiento fisiológico.

Caracas, 7 de Setiembre de 1982.

(La actitud del médico que recoge a la paciente que va a abortar en su propia casa, denota la generalización a la cual está llegando esta práctica. Estamos lejos de pensar que el médico lo hace por razones económicas o por interés profesional en el caso. Es interesante también saber sobre qué principios o razones se apoya la doctora que juzga un grado de madurez en una mujer y la aconseja abortar. El resto de los casos puede dividirse en dos tipos: la mujer que teme el quebranta miento de las normas y aquella que las desafía).

### ANEXO 1.6 ENTREVISTA AL DR. AQUILES GUZMAN (6)

Destacó que "el aborto provocado o ilegal representa un grave problema para la mujer!"

Nos sugirió investigar sobre el Servicio II de la Maternidad que atiende los casos de aborto (Dr. Paul Martínez).

Opina que existe un desfase entre la realidad social y la ley que sanciona el aborto:

"Antiguamente las mujeres para abortar se inyectaban fós foro blanco (saltaperico), actualmente el método más común que emplean las mujeres de bajos recursos económicos es el enema de jabón azul".

El Dr. Guzmán se refirió a un estudio sobre el aborto séptico que actualmente se está realizando en el Servicio II. Pero sólo han logrado estudiar diez casos debido a que la mujer niega rotundamente haberse practicado un aborto.

Destacó que ellos practican aborto por razones psiquiátricas.

Al hablarse de anticoncepción, dijo: "La planificación familiar está muy relacionada con el aborto pues se realiza

<sup>(6)</sup> Médico Psiquiatra, Jefe del Servicio de Psiquiatría de la Maternidad Concepción Palacios, Caracas.

para evitarlo".

Su posición como médico psiquiatra es la siguiente frente al aborto inducido: "No creo mucho en sentimientos de culpa, al contrario, la mujer se siente aliviada y tranquila por que sale del problema".

Para finalizar expresó que "el auto-aborto es menos pel<u>i</u> groso que el realizado por manos empíricas. Este último es el que generalmente trae las más graves consecuencias":

Caracas, 9 de Setiembre de 1982.

### ANEXO 1.7 ENTREVISTA AL DR. FRANKLIN MENDOZA (7)

El Dr. Franklin Mendoza señala que "el aborto es una costumbre reciente en las venezolanas, comienza con la inmigración europea, con un aumento en las zonas urbanas".

Considera que "existe una relación directa del aborto criminal con la guerra y la inmigración de mujeres europeas".

"Hay países donde se ha legalizado el aborto por petición ("aborto electivo") y, sin embargo, ha ocurrido que, a pesar de eso, la incidencia del aborto clandestino continúa. Hay un problema sociológico".

"La mujer por ignorancia sabe que tiene la posibilidad de practicarse un aborto libremente, pero sigue prefiriendo la clandestinidad. En Rusia ocurre ese fenómeno y en Hungría. Desde que se aprobó en Hungría, ha habido una disminución de la población".

"La Maternidad Concepción Palacios tiene una de las cifras más altas de mortalidad. La solución jabonosa resulta el procedimiento más usado para abortar y trae terribles consecuencias".

"Existen dos formas de aborto clandestino: cuando lo

<sup>(7)</sup> Director del Curso de Post-Grado de Obstetricia y Ginecología, Maternidad Concepción Palacios, Caracas.

practica una persona entrenada y no repercute negativamente en la salud de la mujer y, el aborto clandestino no profesional, sin condiciones de antisepsia".

"La mujer que se hace un aborto clandestino lo niega, si lo admite puede ser denunciada y si sobrevive ella puede ir presa. A pesar de toda la evidencia del aborto criminal, la mujer lo niega aun en caso de suma gravedad".

"En los Estados Unidos, en el Estado de Florida, los periódicos publican avisos ofreciendo abortos a \$70 y \$200".

"La mujer clase media acude a clinicas privadas".

Otro aspecto interesante, en opinión del entrevistado,

"la incidencia del aborto ha aumentado y se ha incrementado

la mortalidad materna por aborto, pero ¿existe la madurez

necesaria para opinar sobre el aborto electivo en ésta socie

dad? No estamos, ni tenemos un nivel de concientización sufi

ciente para el aborto electivo como salida demográfica, legal.

Pero sí se debe extender un poco la permisividad del aborto

aunque también traería una desmoralización".

"La Federación Médica aprobó por mayoría someter al Congreso Nacional la inclusión del aborto terapeútico por indicación fetal en el artículo respectivo del Código Penal y no

fué aprobado".

"En la nueva Ley de Ejercicio de la Medicina no viene incluído el aborto terapeútico".

"Estoy de acuerdo con el aborto terapeútico, ante una malformación fetal incompatible con la vida y una carga para la familia, más no con el aborto electivo".

"La incidencia del aborto ha aumentado más que todo en las áreas urbanas".

Caracas, 20 de Setiembre de 1982.

# ANEXO 1.8 ENTREVISTA AL DR. PAUL MARTINEZ (8)

Comenzó el entrevistado señalando los diferentes tipos de aborto.

Indicó que "existe el aborto espontáneo y el provocado, el cual a su vez puede ser terapeútico o criminal. El terapeútico se realiza por implicación materna o por implicación fetal. El fetal no es aceptado legalmente".

"Si todavía no se ha aprobado ese ¿qué podamos esperar en relación al aborto provocado?"

El Dr. Martínez al hablarnos de su experiencia en el Servicio II expresó: "Todo aborto infectado es provocado has ta que no se pruebe lo contrario".

Manifestó también, que, "La mujer que acude con complicaciones de aborto inducido a la Maternidad, muy difícilmen te confiesa que se provocó la interrupción del embarazo".

Es abiertamente partidario de la legalización del aborto: "Yo soy abortador en potencia, ya que la primera causa de mortalidad en la Maternidad es la sepsis, en segundo lugar, la toxemia gravídica y, en el tercer lugar, la hemorra gia".

<sup>(8)</sup> Médico Jefe del Servicio de Medicina II, Maternidad Concepción Palacios, Caracas.

"La causa de la muerte por infección de la mujer en la Maternidad, queda explicada en un 70% por el aborto séptico".

Nos explicó que además en términos económicos "el abor to séptico resulta bastante costoso, Bs. 2.000 diarios la terapia intensiva, sin honorarios médicos".

"Hay seis camas en terapia intensiva y todas están ocupadas por abortos provocados".

"Ese es el servicio que tiene más camas y más médicos.

El servicio atiende fundamentalmente casos de abortos sépticos".

"De cien mujeres el setenta por ciento de los casos son abortos provocados, es un problema de salud pública".

"La mujer que tiene dinero no tiene problemas, ella resuelve fácil su aborto".

En relación a la existencia de clínicas clandestinas dijo, "que el aborto es un mal necesario, por tanto, esas clínicas son socialmente positivas. Pero también representan un desmedido enriquecimiento para los aborteros, Bs.50.000 y Bs.80.000 diarios". Piensa que es terrible para la mujer la sepsis, además del problema que ya representa el conflicto emocional.

"Una de las formas que podría disminuir el aborto séptico provocado, es la legalización del aborto".

Caracas, 5 de Octubre de 1982.

### ANEXO II: TESTIMONIOS

### Anexo 2.1 ENTREVISTA A UNA PSICOLOGA

La entrevista con esta psicóloga aporta valiosos elementos a nuestro trabajo. Es una mujer de ideas claras, inteligente, trabajadora e infatigable luchadora por los derechos de la mujer y por la legislación del aborto. Está realizando una excelente labor de información y orientación a las mujeres, la gran mayoría de clase marginal.

Comienza señalando que "existe un desequilibrio entre la naturaleza y las pautas socialmente planteadas".

En relación con el problema del aborto cree que "el meollo del asunto es la moral, que no va a cambiar porque es lo que mantiene la actual estructura de nuestra sociedad".

"El aborto es fundamentalmente un grave problema de salud pública y, por ende, corresponde al Estado su solución. Pero el Estado no prevé, no toma decisiones sobre eso, es más, existen sectores que consideran que ni siguiera debe existir el aborto terapeútico".

Destaca que "en el país aun existiendo educación sexual, ésta está orientada a reforzar la moral predominante".

"La represión sexual se centra en la represión de la mujer y el uso de su cuerpo, puede así mantener una serie de estructuras tales como virginidad y matrimonio monogámico".

Considera la gran importancia del aborto como problema femenino, ya que la mujer es dueña de su cuerpo.

Opina que "la socialización es un proceso muy fuerte, la glorificación de la maternidad es una cosa inventada, como también lo es la pretendida culpa."

"La mujer desempeña tareas sociales y las asume como tareas individuales. Al asumir el rol de ama de casa realiza un trabajo que ella no cobra."

"Si la mujer privatiza la sexualidad, también privatiza el aborto".

Afirma que la mujer al abortar no siente complejo de culpa, pero sí hay un poco de nostalgia y tristeza." Lo expresa como producto de su experiencia personal, ya que ella se hizo dos abortos, el primero a la edad de 21 años. Su si-

tuación la describe así:

Su marido estaba exilado con ella y una niña de un mes, sin recursos, ella es una pequeña burguesa acomodada. Estaban en un país con un clima y cultura diferentes a los suyos. Se hizo acompañar por una amiga para ir a abortar en una clínica, después se lo dijo a su marido, quien estuvo de acuerdo con su decisión.

Su segundo aborto fué a los 34 años, en su segundo matrimonio. Ella ya tenía dos hijos del anterior, y el esposo, seis. En esta ocasión fué acompañada de su marido médico. Cuenta, como anécdota, que el anestesista le pidió que reconsiderara su decisión de abortar, ella, a su vez, le contestó que procediera a hacer su trabajo, pues era su decisión y la de su esposo.

No hubo más objeciones. Al regresar a su casa reunió a los hijos de ambos y les explicó sobre su aborto. La primera reacción fué una lamentación porque "hubiera sido 'chévere' tener aquí un carricito, pero mejor estamos, después de todo, sin una complicación más."

El anestesista representaba una fuerza contra la cual ella luchaba.

Opina que "la culpa es fruto de vivir una sexualidad alienada, de someterse a lo establecido sin que surja un proceso crítico. El sexo es pecado, el pecado es la represión del cuerpo. Cuando se internaliza la noción de pecado se internaliza el sexo con culpa, el resto de los pecados son los que atentan contra la propiedad privada".

"El surgimiento del cristianismo irrumpe contra la ética imperante, surge como una corriente progresista, como una lucha contra el privilegio, pero luego todo varía. Entonces el capitalismo asume los principios del cristianismo que plantea una ética diferente y propone la noción de pecado. Y si buscar el placer material es pecado, hay que frenar la líbido. El cuerpo en el capitalismo es un cuerpo para la producción."

"Satisfacer la sexualidad significa asumir la vida de otra manera."

"El sistema instituye la limitación del sexo, el sometimiento de la mujer y la exigencia de la virginidad. La sexualidad es lícita en la medida en que se efectúe dentro del matrimonio. La institución matrimonial es patriarcal y represiva. La sexualidad de los genitales es una sexualidad desvirtuada. La sexualidad debe ser producto de una orientación biopsicosocial. Los sexos no son opuestos, son complementa-

rios."

"En nuestra sociedad la mujer que no es virgen se considera una mujer malograda".

"El aborto clandestino es una consecuencia de la represión sexual. Existe una concepción de la sexualidad orientada hacia la procreación".

"Hay movimientos en Italia, Francia y Argentina y en Cuba, por mejorar el sistema de salud. La medicina ha BIOLO-GIZADO la enfermedad, es decir, las estadísticas médicas no muestran la manera de enfermarse y morirse. Se ignoran las causas sociales. Lo social es un factor más. En el aborto ES el factor social lo que lo determina. La mujer está reprimida sexualmente por un cuerpo de ideas que ha internalizado. Moral vs. ideología del Estado. Hay un negocio de la terapia sexual, el adolescente vive la sexualidad del adulto, pero al caer, la sociedad lo sanciona."

"El cuerpo ideológico sustenta la represión sexual: si la mujer se levanta y dice que es dueña de su cuerpo la sociedad se derrumba. El aborto clandestino es un problema de salud pública. La institucionalización de los métodos anticonceptivos le da mejor situación a la mujer. ¿Por qué no lega

lizar el aborto? La relación entre esa moral y la ideología es muy estrecha:

"Actualmente se promueve el sexo de consumo (erotización del ambiente) y surge el negocio de la terapia sexual".

Tiene un pesimismo frente a la actitud que se asume ante la sexualidad pues, el socialismo, que lo considera como una buena opción política, no está resolviendo esos problemas. "Los pasos que se han dado ¿han cuestionado realmente la moral sexual? Hay que percatarse de todo el conflicto de la realidad".

Nos sugirió entrevistar mujeres que han abortado y posteriormente realizar un análisis de contenido de las entrevistas efectuadas.

Expresa que la conducta pasiva de la mujer privatiza la cuestión del aborto.

"Sería interesante ver cómo la mujer internaliza la moral sexual y la lleva a asumir el aborto clandestino. ¿Cúal sería la solución sana? Conquistar la legalización del aborto".

Esta psicóloga no acepta la tesis de la función fisiológica del hipotálamo en el condicionamiento de la mujer hacia la maternidad.

Caracas, 9 de Setiembre de 1982.

## ANEXO 2.2 ENTREVISTA A ROSA (10)

La entrevistada llevó relaciones sexuales con su novio durante siete meses, sin usar anticonceptivos, antes de quedar embarazada. Al notar su embarazo, "su primera reacción fué de emoción y gran ilusión, pero, al pensar en sus padres, decidió abortar". Consultó su decisión con su novio y ambos estuvieron de acuerdo. El novio ya había tenido experiencia sexual al mantener relaciones con otra muchacha con anterioridad y de esas relaciones nació un hijo.

El muchacho recordó entonces el consejo que en aquella oportunidad le dió un médico amigo de su familia en el sentido de por qué no había solucionado aquel embarazo con un aborto. Por lo tanto, recurrieron los dos a este médico para solicitar su ayuda (el nombre del médico fué dado por la entrevistada, pero por razones de ética no lo mencionaremos).

El médico sugirió el nombre de otro médico amigo suyo quien trabaja en una clínica en Caracas (el nombre y la ubicación de la clínica también fueron dados por la entrevistada, pero preferimos mantenerlo en reserva). Allí acudió la muchacha acompañada de una amiga, toda vez que el novio se quejó de una crisis de asma que lo imposibilitaba acompañarla a la clínica en esos momentos.

<sup>(10)</sup> Estudiante de Ingeniería de 22 años de edad, con una experiencia de aborto a los 18 años.

La versión de la muchacha en relación a sus impresiones dentro de la clínica fué la siguiente: "La clínica estaba lle na de gente, eran parejas con niños y muchachas acompañadas de otras muchachas".

Al examinarla, el médico le preguntó si se trataba de su primer aborto, cuánto tiempo de embarazo llevaba y procedió entonces a hacerle un tacto. Era su primer aborto y tenía aproximadamente mes y medio de embarazo. Después de este primer examen le cobraron la cantidad de Bs.3.500,00 en ese mismo momento, antes de practicársele el aborto. Los honorarios por aborto alcanzan a la cantidad de Bs.5.000,00. "Gracias a la amistad del médico de la familia con el médico de la clínica, el precio del aborto - dijo la declarante- nos lo redujeron a Bs.4.000,00, pero finalmente terminamos pagan do solamente Bs.3.500,00 que fué la cantidad que logramos reunir".

"Yo tenía para ese entonces 18 años, por cumplir 19 años en el mes de mayo", el aborto se presume entonces debe
haberse efectuado en el primer semestre del año 1978.

La mandaron a esperar afuera hasta el momento en que la llamaran. Por fin, la llamó la enfermera, le dió una bata, la rasuró y la llevaron a una antesala donde había una

cesta llena de batas usadas. La condujeron a otra sala y la acostaron en una mesa bajo una lámpara de operaciones. La muchacha dice, "me inyectaron un suero (posiblemente se trataba de la anestesia), antes de colocarme una mascarilla". Se durmió y no sintió dolor alguno, sin embargo, en su sueño "sentía algo que le sacaban".

La operación fué a las siete de la noche y despertó a las 10 p.m. Al despertar, sintió un ardor y un mareo y a su lado vió la cara del médico amigo de la familia del novio. Le preguntó, "¿qué fué, doctor, niño o niña?".

Volvió a su casa con la amiga que la había acompañado y no contó, por supuesto, nada a sus padres de lo que había acontecido. La entrevistada informa que "cuando quise hacer me el aseo personal, noté algo raro y asustada llamé al médico amigo de la familia, para consultarle. Me contestó que eso era normal y me preguntó si el médico que me había hecho el aborto me había prescrito antibióticos. Le contesté que no y él me los indicó".

La entrevistada confiesa que tuvo sentimientos de culpa y "cuando veía niños me sentía mal". Caracas, 11 de Setiembre de 1982.

La anterior entrevista fué obtenida directamente con la persona que se hizo practicar un aborto en una clínica privada. La muchacha pidió que se ocultara su nombre, más no tuvo reparo en dar el nombre del médico amigo de la familia y el nombre y ubicación de la clínica donde le practicaron el aborto. Preferimos mantener esta información en reserva.

## ANEXO 2.3 ENTREVISTA A LUISA (11)

Conversación informal con Luisa sobre el tema que nos ocupa:

Luisa comentó que en su barrio una muchacha se hizo un aborto después de quedar embarazada de su novio. La madre de la muchacha propuso el aborto para que la muchacha pudiera casarse de "velo y corona", unos meses más tarde, como se había planeado con anticipación. Luisa cuestiona este aborto, ella no le ve sentido y considera que no habían razones de peso para hacerlo.

También informó Luisa que una psicóloga está haciendo su tesis de doctorado sobre Embarazos no Deseados y ha asistido a los Talleres de un Centro de Orientación para hacer sus entrevistas. Cuando preguntaba a las mujeres embarazadas que se levantara aquella que no deseaba su embarazo, se levantaban todas ...

Grabación del aborto de Luisa:

"Se cree que son pocas las personas que acuden a esos lugares pero es mucho mayor de las que uno cree, yo calculo - yo he tenido que ir dos veces - más o menos 50 personas en el

<sup>(11)</sup> Secretaria

momento en que yo estuve, o de repente menos, 35 6 40, y uno se imagina que serían 10 6 12 personas."

"La segunda vez que estuve allí había una señora que se iba a controlar el embarazo, pero ella no sabía, y cuando ve tanta gente se asustó y creyó que estaba pasando algo. Comenzó a preguntar a cada mujer si iban para el mismo médico y todas dijeron sí, sí y entonces se asustó. Una le dijo, "aquí no vienen a lo que tú vienes, aquí abortan", entonces tuvo que salir y se fué a otro sitio. Ella se asustó."

"Lo que no me gustó porque le impresiona mucho es el trato que tienen esas personas hacia las que van, es un trato co como que tú le tienes que soportar porque a tí es a la que te interesa, como cuando le hacen a uno un favor, tú te arrepentiste, que claro te tienes que quedar callada y peor porque saben que si tú vas es porque tienes problemas. Además, que piensan que tú no estás muy decidida del todo, que no sé, que tienes tus sentimientos de culpa, entonces todo contribuye a que tú te sientas como chiquitica, que te sientas muy mal y ellos se aprovechan de eso."

"Porque tanto la que te atiende, como de ahí para aden tro, todo el mundo es igual. Parece que los escogieron a todos, el médico, las enfermeras, las camareras, las recepcio-

nistas, todo el mundo está en lo mismo".

"Bueno, mira, la primera vez que tú vas te dan una tarjetica de consulta, la tipa te pregunta, 'tú vienes a consulta o a hospitalización?'. 'Bueno, a consulta'. Te dan una tarjetica con un número y de diferentes colores. Cuando es hospitalización es un color y consulta es otro. Entonces, bueno, te llaman, y entras donde el médico y él ya sabe a que vas tú y luego, bueno, mi experiencia fué bastante desagradable porque yo me imaginaba al principio que ese mismo día iba a ser. Entonces, resulta que no, porque llevaba Bs.2.000,00 que, supuestamente, era lo que él cobraba, pero cuando llegué allí no (porque él había aumentado porque todo había aumentado)".

"Entonces, me dijo que eran Bs.3.000,00, yo le dije que no podía, que venía de Valencia y que no sé qué, que yo lo que tenía eran Bs.2.000,00, a ver si me aceptaba y dijo que no. Mínimo Bs.2.500,00, lo que me podría rebajar era Bs.500.-Entonces, bueno, le dije que sí. Entonces me dió una cita para que fuera dos días después. Y ya saliendo (además que la actitud de él es así, que no te vé, sino todo el tiempo así como escribiendo, ¿cuánto tiempo tiene usted?, y yo no sé qué, son tanto, como que si te está vendiendo)".

"Sí, éste, no te deja ni hablar, si no todo muy cortante, 'no, no puedo' y ya saliendo me dijo, 'sabes que son Bs.2.500,oo, si me traes 2.499 no te hago nada'. Fuí a los dos días, bueno, la misma actitud, todo el mundo así".

"Te llaman, tu pasas primero por donde está él, él no te dice ni buenos días, ni buenas tardes, ni buenas noches, ni buenas nada, sino 'los reales'. Si acaso así como, 'dame acá los reales' y tu pasas por otra puerta. Entonces, ahí tienes que esperar tu turno y cuando te pasan, no sé que, el único sitio donde me sentí un poquito mejor fué el momen to que los médicos ..... (no que en ese momento no fueron tan desgraciados, este, pero no te hablan ni nada). ¿Cuándo fué tu última regla? Inmediatamente te meten la anestesia. Pero después cuando me desperté, sí me sentí mal porque, o sea, yo me sentía bien, pero había una señora que estaba al lado mío que se sentía mal, que tenía vómitos y no se, que tenía mucho dolor. Yo traté de pararme para ver en qué la podía ayudar, ¿no?, en ese momento. Cuando yo me estaba parando, pasó una enfermera y vió que ya yo estaba despierta, 'vistanse para que se vayan'. Entonces, yo le dije que, 'mira que ella se siente mal', a ver si le daba algo, 'no, no, no, que se vista y se vaya, que se vista así'".

"Entonces, en el momento en que yo le andaba buscando

el pato y todo eso para que pudiera vomitar, este, llegó una, la que venía acompañándola a ella, y bueno, la tuvo que vestir entre vómitos, y no sé qué, y le subió el pantalón - entonces la muchacha vomitaba - y terminaba de ponerle la blusa - y volvía a vomitar - o sea, que la reacción de la anestesia fué muy fuerte y sobre el dolor que tenía muy grande según ella, hasta lloraba y todo. No hubo nadie que le diera ni siquiera una pastilla. O sea, que ella se tuvo que ir así, entre vómitos, y con su dolor, y con todo".

Afortunadamente, yo no tuve nada, lo que sí me sentía era un poco mareada, todavía estaba con el efecto de la anestesia. Pero, o sea, ahí tú no puedes ir sola porque - yo estaba medio mareada y claro andaba acompañada pero - si no, tú tienes que tirarte al medio de la calle y ver cómo haces, porque tú estás toda mareada ahí, pero tú tienes que salir porque eso es así, entran y salen, tú no te puedes dar el lujo de quedarte cinco minutos porque te sientes mal, ni nada".

"El trato de ellas fué muy agresivo sobre todo hacia la señora. Hacia mí yo no lo sentí tanto porque claro yo no necesité ningún servicio extra, porque yo no necesité ninguna pastilla, porque no sentía ningún dolor, pero me sentí mal por la forma como tratan a la gente. Porque tú no vas ahí a que te hagan un favor, solamente a ellos lo que les interesa

es la plata, lo que te pasa a tí después ellos no corren con nada".

"Es un comercio totalmente, fíjate, que es así cuando tú hablas con el médico la primera vez, es como un comercio, como que tú estás arreglando un negocio. Te conviene sí, bueno, si no, no, te vas, o tú eres la que decide. Porque no hay en ningún momento ningún detalle de que de verdad si tú estás desesperada, o si tienes menos cantidad, bueno, vamos a hacértelo. Ninguna parte humana, sino negocio y que tú lo tienes que aceptar porque se agarran de la situación en que tú te encuentras".

-Y qué te motivó a tí en ese momento a hacerte el aborto?

"Bueno, porque tenía problemas personales, no eran económicos, y necesariamente tenía que hacerlo. Estaba decidida. En mí no había ningún sentimiento de culpa en absoluto, pero sí me sentí mal después de la experiencia que viví, sí me sentí mal. No mal porque me sentía culpable sino de ver que no hay en ningún momento ninguna calidad humana por algunos lados. Porque hasta la recepcionista te grita, te llama y si tu por casualidad estás hablando, o te fuiste a tomar un café, o estás pensando en tu problema que estás viviendo en

```
esos momentos, el grito que te pega es pavoroso".
    -Cuando eso, ya tú tenías la niña?
    "La niña tenía 4-5 años. De eso hace dos años".
    -Donde era esa clinica?
    "En .....".
    -La .....?
    "Exactamente".
    -El médico?
    -Habían allí otros médicos?
    "Sí".
    -Casi todos son abortadores, no?
```

"La mayoría, pero hay algunos que yo me imaginé que por cuestión de fama, él es el que tiene copada la gran mayoría. Pero hay como unos dos o tres que tienen como su consulta ahí, que tienen poca gente".

-Para ir allī tenīas que ir recomendada por alguien?

"No, tu podías ir así, o sea, recomendada en el sentido de que tú ibas porque sabías que ahí estaba él, pero en ningún momento te preguntan si tu fuiste recomendada, ni quien te mandó. A él no le importa sino que tú estás ahí y que pagues".

-Lo que te empujó, fueron problemas personales que tú tenías con la familia, relación de pareja?

"Bueno, más que todo, relación de pareja, mi familia, bueno, un poco digamos influyó no en el sentido de que lo tenía que hacer por ellos, sino más era por la relación de pareja, pero por el producto también de mi familia. Coincidía en que si no tenía ningún tipo de apoyo familiar, aparte del problema de pareja, ¿no?, todo eso influyó para ...".

-No se trataba de nada económica porque tú trabajas?

"Pero la verdad de la situación, lo más incómodo, es la experiencia que tú vives en el trato porque aunque tú vayas decidida y muy clara de lo que vas a hacer se te cae todo. Lo económico, los Bs.2.000.— Correr para conseguir los Bs.500.— Cuando uno necesita, nadie tiene. Se cerraban las puertas. Lo que más me preocupaba era mi hija, lo que podía pasarme. Por lo demás, estaba muy tranquila. Uno no sabe lo que le puede pasar, estaba tan pequeña. Le entregan a uno un papelito, lo imprimen para todo el mundo igual, te lo entregan como un volante como la gente que pasa por la calle y te da la oferta del día".

"Compré unas pastillas, en total Bs.140,00 aparte de los Bs.2.500,00, más taxi. Para todos es igual, si se tiene o no hemorragia. A todo el mundo se le entrega el mismo papel con el mismo tratamiento. Impresiona la actitud de la gente. Lloran, sienten miedo como si las van a matar. A las 7.30 a.m. ya hay 20-25 personas en un pasillo. Dependiendo de los meses que se tienen, cobran más. Para mí eran tres meses, para él eran dos meses. Si le hubiera dicho la verdad, me hubiera 'quitado' Bs.4.000.-".

Es tan impresionante que no se consigue con quien hablar, es como si se estuviera en la silla eléctrica. Muchachas jó-venes con acompañantes, por lo general, hombres o amigas. No

es como cualquier consulta donde uno habla con el vecino.

Desde que se entra allí uno se descompone. Hay miedo hasta

de hablar, de estar frente a un periodista o policía. Aunque

no debiera ser así porque todos estamos en lo mismo. Cuando

la señora embarazada preguntó qué pasaba, nadie le contesta
ba. Yo le aconsejé que se fuera porque lo que interesaba ahí

era hacer abortos, a ella sólo le cobraría Bs.200,00 por un

chequeo".

-Qué opinas del aborto?

"Es un problema que se está pasando, hay que resolverlo. Al menos, uno tiene la plata, muchas mujeres ante la desesperación se hacen solas un aborto. Así será el grado de desesperación que utilizan un palo de escoba partido. Debe ser legalizado. Si una persona tiene 5, 6, 9 hijos, con problemas económicos, sin conocimiento de anticonceptivos, no va a ningún médico ni clínica sino al primer sitio que encuentra. Si en una clínica que cobra hay tantas mujeres y hay tantas mujeres con problemas económicos, ¿cuántas abortarán por su cuenta?".

"Esperé tres meses porque el primer mes se va en dudas, el segundo mes se pregunta dónde ir y mientras se reune el dinero, llega el tercer mes. No me sentí mal después ni físi-

camente, ni psiquícamente. A los dos meses fuí a un chequeo ginecológico y me encontraron muy bien. Si no puedes porque las circunstancias no te lo permiten no hay otra alternativa (el aborto)!

"Qué iba a hacer yo con un niñito pasando trabajo y yo saltando por toda Caracas, pidiendo aquí, pidiendo allá, era imposible. Y la gente dice, ¿porqué no lo pensaste antes? Y no es cuestión de que tú lo pienses antes, ni después, es cuestión de muchas cosas, por ejemplo, eso que yo te digo de que los métodos de repente no te sirven, no es que tú no lo pensaste porque tú estás confiada. Si tú estás tomando pastilas, o tienes algún dispositivo, o algo, ' y te salga ', ¿qué puedes pensar tú antes?. Corres la misma situación que pueda correr cualquier persona".

-Entonces, tú consideras que hay muchos problemas con los anticonceptivos?

"Igual que no quieren legalizar el aborto debiera haber, por lo menos, más información de anticonceptivos. Porque es muy fácil que yo te diga, bueno, y por qué tú no hiciste tal o cual cosa? Pero si tu no tienes información yo no te puedo juzgar. Porque uno porque tiene la facilidad de que está aquí, pero el que no tiene esa facilidad, la mayoría - no

los dispositivos - las pastillas, duchas vaginales, los supositorios. Una señora de 35 años, asustada porque creía que estaba embarazada, yo le pregunté ¿qué usas tú? 'Pastillas'. Se tomaba una pastilla en la mañana y otra en la noche. Ella inventó su propio método".

Caracas, 16 de Setiembre de 1982.

## ANEXO 2.4 ENTREVISTA A MARIA (12)

"La verdad es que yo considero que estoy dentro de las privilegiadas porque para mí fué una experiencia que no representó ningún trauma, ni ninguna huella terrible".

"Yo tenía 17 años, es el único dato interesante. Tenía un novio que seguramente tenía unos 25-26 años para ese momento. Bueno, yo sabía cómo evitar los embarazos, pero eso fué uno de esos encuentros inesperados y bueno, este, quedé embarazada a la primera. En el primer momento, al mes siguiente, cuando no me vino la regla, yo sospeché desde el primer momento que estaba embarazada, porque, bueno, ese día yo no había evitado, no había tomado ninguna precaución. Me hice la prueba de la orina por iniciativa propia y salió positiva. Me dió mucha rabia, por supuesto, como uno siempre necesita hacer responsable a alquien de lo que le pasa, lo hice responsable a él. Yo no estaba muy enamorada de él, qui zás por eso reaccioné de esa manera y medió mucha rabia con él. Porque como él quería casarse y yo no quería casarme, yo sentí que eso había sido como una maniobra de él para agarrarme. El pensaba que con eso yo me iba a casar. Pero, afortunadamente, yo contaba, cuento, con una hermana mía que es mucho mayor que yo, me lleva 10 años exactamente. Yo tenía 17 y ella 27. Yo llegué allá, le planté el problema

<sup>(12)</sup> Estudiante universitaria de 27 años, con una experiencia de aborto a los 17 años.

y le dije: 'mira, estoy embarazada'. Me dijo, 'bueno, ¿qué vas a hacer?. Lo que tú decidas, pues, si vas a parir, seguramente mi mamá no ...., te va a decir que te vayas de la casa, o, que te cases. Si tu quieres parir y no te quieres casar, te puedes venir a vivir conmigo, que yo te mantengo a tí y al carajito. Y si decides abortar, yo te consigo dónde abortar y yo te pago el aborto'. O sea, yo creo que eso no le pasa a nadie, a muy poca gente".

"Eso fué como el día lunes que yo hablé con ella. Yo lo pensé porque realmente yo no tenía ninguna duda, o sea, sinceramente, yo no tenía ninguna duda. Porque yo, imaginate, en ningún momento pensaba tener un hijo a los 17 años enton ces. Pero, sin embargo, yo decía: 'será que soy desnaturalizada? será que yo soy maluca? cómo no me va a doler? a mi me tiene que doler'. Lo único que me pasó, fué que yo de verdad como que me imponía, por un problema racional, que me tenía que doler y que me tenía que traumatizar. Pero era por imposición. Yo decía, 'no puede ser que a mí no me importe, eso no puede ser, es que a todas las mujeres les tie ne que doler'. Entonces fuí, recuerdo, con una amiga mía que tendría 16 años, y yo, que tenía 17".

"Fuimos las dos a una clínica hartamente conocida como abortera, fuimos y no hallábamos cómo plantear que yo que-

ría abortar. Pero como ellos están muy acostumbrados, en lo que llegamos aquel par de carajitas con el uniforme puesto del liceo y las medias tobilleras.Llegamos y yo toda nerviosa, 'mire señor, que yo bueno ... este, yo quería, pues'. ¿Tás preñá?, dijo el hombre. 'Bueno, yo creo'. Dijo, 'bueno, ponte una inyección'. Una inyección a ver si es un atra so que tenía. 'No, ya me la puse'. 'Cuándo te la pusistes?' 'Hace seis días'. Me dice, 'Ay, mijita! y qué crees tú? Tás preñá. Quieres abortar?' 'Sí". 'Cuánto es?'"

"Bueno, para ese momento eran Bs.1.500,00. Eso hace ya diez años, este, me dijo, 'vente el sábado'. Bueno, me fuí yo. Fué un miércoles".

"Yo no quise ver más a ese muchacho, me daba muchísima rabia. Yo empecé a hacer todo eso por mi cuenta, sin participarle nada a él. El me iba a buscar, yo me escondía, hasta que un día mi hermana dijo: 'Bueno chica, si no hablas tú con él, yo voy a hablar con él; me parece que él tiene todo el derecho'. Ella le dijo: 'mira N... está embarazada y de cidió abortar'. El se puso a llorar y tal, 'que cómo era po sible que yo iba a abortar un hijo de él'. Así que entonces me mandó a decir" 'dile a N ... que yo la perdono, que yo no hubiera querido que ella abortara, pero si ella lo quiere, pues qué remedio. Dile que yo la perdono y que estoy

dispuesto a seguir con ella'. Como si yo quisiera, estuviera pidiendo su perdón. Entonces, yo no quise verlo más nunca. Cada vez que lo veía me da así como asco".

"Bueno, fuí ese sábado en la mañana a la clínica. Llegué como a las 7.30, las 8, con mi hermana y otra amiga".

"Llegué y cuando me preguntaron la edad dije, por supuesto, que 19 años y ellos en la historia me pusieron 21 y yo tenía 17, y eso fué todo".

"Bueno, me hice mi aborto. Fuí al mediodía para casa de mi hermana a recuperarme allá. Ella misma me puso las inyecciones o un novio de ella que era médico me puso las inyecciones, y eso fué todo".

"Sin ningún ..., claro, pasé un mes un poco deprimida, pero eso, una depresión que yo misma me la imponía. Por que yo decía: 'yo tengo que sufrir un poquito, porque todas las mujeres sufren cuando se hacen un aborto'. Eso fué toda mi experiencia".

Caracas, 16 de Setiembre de 1982.

## ANEXO 2.5 TESTIMONIO DE UNA MUJER MARGINAL

A fin de percibir de un modo directo la realidad de la mujer marginal que aborta, efectuamos numerosas visitas al Servicio II de Aborto de la Maternidad Concepción Palacios. Tuvimos la oportunidad de observar que la mayor parte del Servicio atiende casos de aborto séptico, los cuales son en su mayoría provocados.

En una de nuestras visitas cuando observábamos una habitación, vimos por casualidad un rostro conocido. Era una muchacha de 17 años, hija de una señora que lavaba y planchaba en la casa de una de nosotros. Al verla, nos acercamos y le preguntamos cuál era la razón de su hospitalización y respondió: 'Es que me vino la regla con una hemorragia grande'. Al nosotros indicarle que el piso donde se encontraba era para abortos solamente dijo apenada: 'Bueno, sí, es que tuve un aborto y me hicieron un curetaje, pero no vas a pensar que me practiqué un aborto', e hizo mucho énfasis en esto ....

Nos contó que tenía tres días hospitalizada y casualmente en el momento en que estábamos con ella, vino el médico a examinarla y le dijo que ya estaba bien, que lo que había tenido era un aborto incompleto. Más tarde, nosotras preguntamos al Jefe del Servicio, Dr. Paul Martínez, sobre su caso. Dijo que, 'existía un 99% de probabilidad de que fuera un aborto provocado, pero que sus pacientes nunca lo admitían, ni que se estuvieran muriendo.

De la historia familiar de esta muchacha sabemos que tiene 17 años, proviene de una humilde familia del Barrio Brisas del Paraíso. Su madre es una mujer que trabaja como bedel en el Inos y de vez en cuando lava y plancha a domicilio. Hace poco tiempo se separó de su segundo marido (estaba casada).

Mary es la hija mayor del segundo matrimonio, son cínco hijos, además hay cuatro del primer marido de los cuales tres son mujeres y todas están casadas con hijos.

Recientemente Mary tuvo un novio y nos enteramos por su hermana, que días antes de su ingreso a la Maternidad, la abandono.

Este aborto era su primera gestación.

Realmente el conocer el caso del aborto de Mary fué producto de la casualidad, pues, es difícil que las mujeres mar ginales que ingresan a la Maternidad con complicaciones de aborto provocado, confiesen que han tratado de interrumpir el embarazo. Esta es la experiencia del Dr. Paul Martínez, Jefe del Servicio II y del Dr. Aquiles Guzmán, Jefe del Servidio de Psiquiatría. Mucho menos se ofrece la posibilidad de interrogarlas.

Ellas, por su ignorancia, en su mayoría desconocen la sanción legal que existe para el aborto inducido, pero sí tienen una idea de que es algo prohibido, que no está bien. Lo niegan a pesar de que la sepsia evidencia generalmente el aborto provocado (auto-aborto o aborto practicado por manos empíricas en deplorables condiciones higiénicas).

Sabemos que lo más frecuente es que el aborto realizado por los empíricos es el que trae más graves consecuencias.

La mujer que ella misma lo intenta, no logra introducir profundamente el instrumento que emplea. Si recurre al enema de
jabón azul u otro detergente, es probable que se le presente
una necrosis de los tejidos.

Suponemos que el caso antes referido pudiera ser autoaborto.