

## **AUTONOMIA Y SUBORDINACION EN EL TRANSITO DE LAS MUJERES POR EL ABORTO CLANDESTINO**

**Susana Rostagnol**

Programa Género, Cuerpo, Sexualidad,  
Instituto de Ciencias Antropológicas (FHCE), Universidad de la República, Uruguay

**Correo electrónico:** [susanar@internet.com.uy](mailto:susanar@internet.com.uy)

### **CONTENIDO**

- Resumen/Abstract
- Términos claves/Key terms
- Introducción
- Su momento vital
- Ausencia de apoyo por parte de su pareja para compartir la crianza del hijo
- Momento interior/emocional que está viviendo
- Situación económica que no la habilita a criar un hijo/a
- Presión y/o censura social por el ejercicio “libre” de su sexualidad, de lo cual el embarazo fue el resultado
- Autonomía con dolor
- Ante la concreción del aborto
- El acto médico
- El lugar de la vulnerabilidad en el proceso del aborto
- Consideraciones finales
- Bibliografía

### **RESUMEN**

El trabajo está enmarcado en la investigación “Condena, tolerancia, negación. El aborto en Uruguay”, aquí se centra en las mujeres, su decisión de abortar, algunos elementos de la concreción del aborto y del silencio posterior.

A partir de entrevistas se definen las principales razones consideradas por las mujeres al tomar sus decisiones de interrumpir su embarazo. En relación a esto se discute el lugar de la autonomía en un marco de relaciones de dominación, donde el cuerpo y la sexualidad de las mujeres parecen ocupar un lugar central, y donde las tradiciones y la doxa asignan roles y prácticas a hombres y mujeres. De modo que tomar la decisión de abortar implica subvertir un cierto orden social. Esta decisión generalmente tomada en soledad es el inicio de un camino también transitado en soledad: la concreción del aborto. Las políticas públicas (por ausencia) y las tradiciones culturales se aúnan en la constitución de la situación de vulnerabilidad en que se encuentran las mujeres.

Las mujeres callan sus abortos, los callan por múltiples motivos: culpa, censura social, miedo. Este silencio no les permite compartir sus experiencias, unirse en construcciones colectivas, sino que por el contrario, las mantiene aisladas y refuerza la subordinación.

### **TÉRMINOS CLAVES**

Autonomía, subordinación, aborto clandestino, Uruguay

## ABSTRACT

The paper is based on an investigation *Condemnation, tolerance and negation: abortion in Uruguay* which concerns the women's decision to have an abortion, its obtention, and the resultant secret. By means of interviews the main reasons are revealed which women give for abortion. Autonomy, despite male domination, is discussed in respect to the female body and the sexual roles performed by men and women in a given ethical context. Abortion is viewed negatively in these contexts, and the decision to abort is usually an individual one as is also the obtention itself. Political rights (notoriously non-existent) and cultural tradition leave women vulnerable. The abortion is clandestine because of guilt, social censure and fear, so that there is no sharing of experience nor is there a collective approach to the problems involved. This brings about increasing alienation and resultant repression of the woman.

## KEY TERMS

Autonomy, subordination, secret abortion, Uruguay

## INTRODUCCIÓN

En este trabajo me detengo en un aspecto tratado en el marco de una investigación mayor (Sanseviero, 2003), en cuyo equipo interdisciplinario participé<sup>1</sup>. La investigación en su conjunto articuló material proveniente de estadísticas oficiales, otros datos cuantitativos elaborados por el propio equipo, información cualitativa relevada a través de entrevistas a mujeres que habían abortado, familiares y amigos de mujeres muertas como consecuencia de un aborto, médicos gineco-obstetras, practicantes de aborto, jueces, otros miembros del Poder Judicial, policía, entre otros; abarcando todo el territorio uruguayo. Las mujeres entrevistadas cubren una amplia gama social: mujeres muy pobres viviendo en asentamientos, con una escolaridad baja de primaria incompleta, mujeres profesionales, mujeres de la capital, mujeres del interior; muy jóvenes, otras ya terminando su ciclo reproductivo; con pareja y sin pareja. Esto se corresponde a un abanico de variantes culturales, reflejadas en sus prácticas y en los significados de las mismas. Sobre la diversidad, observamos una serie de constantes cuyo análisis contribuye al conocimiento del ensamblaje de las relaciones de género con otras relaciones de dominación presentes en nuestras sociedades.

En esta ocasión quiero centrarme en las mujeres, su decisión de abortar, algunos elementos del hecho concreto del aborto y del silencio posterior. En casi todos los casos<sup>2</sup>, tomar la decisión de abortar fue muy difícil para nuestras entrevistadas. En mayor o menor medida, todos los relatos presentan el dilema al que se refería Vaz Ferreira al decir que hay momentos en que es necesario optar entre dos cosas, ninguna de las cuales es moralmente correcta, ninguna nos conforma. Frente a un embarazo no viable siempre hay que tomar una decisión, asumir una maternidad forzada, continuar y dar en adopción a la criatura, abortar o cometer infanticidio.<sup>3</sup> Ninguna es deseable.

<sup>1</sup> La mayor parte de este artículo está contenido en el capítulo 4 del libro "Condena, Tolerancia, Negación. El aborto en Uruguay".

<sup>2</sup> Relevamos 38 casos de aborto a través de entrevistas a mujeres que lo habían llevado a cabo.

<sup>3</sup> La inclusión del infanticidio dentro de las opciones que algunas mujeres pueden manejar frente a un embarazo no viable nos fue sugerida por un Juez Penal con una amplia experiencia a nivel nacional. La historiadora Joana Pedro en sus investigaciones en Florianópolis (Brasil), enlaza la práctica del aborto, con el infanticidio y el abandono de niños. Ver: Joana Pedro (2000) y (2003).

Son ciertas circunstancias específicas de sus vidas las que las llevan a tomar una decisión u otra. En cada caso particular, existen determinadas situaciones vitales que inciden en que una mujer no se vea a sí misma como madre en ese momento y en esa circunstancia. Hemos considerado las aludidas por nuestras entrevistadas en los relatos de cada uno de sus abortos, de modo que las más frecuentes son:

### **SU MOMENTO VITAL (EDAD, PROYECTO DE VIDA)**

*“..tengo 18 años, no terminé el liceo. (...) estoy haciendo sexto de liceo, estoy haciendo una escuela de teatro, trato de trabajar en el tiempo que me queda (...) Quiero ser actriz, y quiero estudiar cine, y quiero estudiar todo ese tipo de cosas (...) Quiero tener hijos ¡¡¡sí, quiero tener 15 hijos!!! No me importa, pero para tener 15 hijos tengo que tener la posibilidad de hacerlos felices a los 15.*

- *Querés tener 15 hijos de verdad?*

- *Tres, dos varones y una nena. Pero me parece que para tener un hijo no solamente tenés que darle comida y techo, tenés que dar otras cosas. Y yo sí, se lo doy a mis hermanos, y a los niños que tengo alrededor, pero para un hijo no.” (Marisa)<sup>4</sup>*

### **AUSENCIA DE APOYO POR PARTE DE SU PAREJA PARA COMPARTIR LA CRIANZA DEL HIJO**

*“A mi me pesaron muchísimo, muchísimo [los factores económicos], porque yo no vivía con mi pareja (...) pero hace mucho tiempo que estaba diciendo que tenía ganas de volver a tener otro hijo; porque a mi me gusta criar ... (...) Y sin embargo, sentí que no... que no, que no me daba... sentí mucha inseguridad por, por el otro lado también, no?*

- *¿De la pareja?*

- *De la pareja. Y eso también me pesó muchísimo... la inseguridad, no? La.. el no saber si estaba tirando para el mismo lado ... más allá de que el día de mañana no siguiéramos juntos. Pero, como la, cuando ví, apareció la duda y dije.. ¿otra vez sola con dos? Sola con una es una cosa, pero con dos... (Florencia)*

### **MOMENTO INTERIOR/EMOCIONAL QUE ESTÁ VIVIENDO.**

*““Y aparte estaba justo en un momento que estaba mal en la pareja, muy mal, estaba como que me iba a separar, mi hermana estaba muy... ella tenía una enfermedad, ahora falleció, todo eso me presionaba, digo ‘pá, traigo otro niño ahora y estoy mal’ ” (Diana)*

### **SITUACIÓN ECONÓMICA QUE NO LA HABILITA A CRIAR UN HIJO/A.**

*“Mi situación era muy mala, entonces no podía tener a la criatura, no tenía recursos, mi esposo estaba sin trabajo, yo estaba sin trabajo...” (Jacinta)*

*[Lourdes decía] “no tenemos con que hacer [rancho] más grande, porque yo no voy a meter a este chico de 15 años junto con la nena”. Y ahí se armó todo el despiole, y al*

---

<sup>4</sup> Como es habitual en estos casos, todos los nombres han sido cambiados.

*estar embarazada y él falta de plata, fue todo lo que la llevó a tomarse el barco para allá [y abortar]....” (Familiar de Lourdes)<sup>5</sup>*

### **PRESIÓN Y/O CENSURA SOCIAL POR EL EJERCICIO “LIBRE” DE SU SEXUALIDAD, DE LO CUAL EL EMBARAZO FUE EL RESULTADO.**

*“... [Cuando quedaba embarazada, el novio] siempre estaba asustado de mi papá “¿qué va a decir tu papá?” (Blanca)*

La decisión de abortar es compleja porque todo es relativo (al momento vital, a la relación de pareja, a la situación económica, y podemos continuar), porque no existen universales en relación a la maternidad, ni al embarazo, ni al aborto. Los significados y sentidos en torno a estos tres hechos están mediados por las circunstancias específicas presentes cada vez que se producen. “(...) el embarazo, el aborto y el parto son diferentes en circunstancias sociales diferentes y la conciencia refleja esas diferencias (...) dependiendo del hecho de ya haber tenido hijos o no, de su edad, de la cualidad de sus relaciones sexuales, de su clase social o grupo étnico, de su compromiso con el trabajo y en los estudios, el significado para las mujeres de sus abortos y embarazos puede variar. (...) En las mismas circunstancias para la misma mujer, la conciencia sobre el aborto es multifacética y contradictoria” (Petchesky, 1986: 365)

Pocas veces las causas se presentan puras. Podemos aventurarnos a plantear como hipótesis que cuando más nítidamente sobresale una de estas causas como único elemento a considerar, más agudos los dilemas que afronta la mujer. Cuando existe una combinación de varios motivos que la mujer considera valiosos para no continuar ese embarazo, más firme es su decisión. Por supuesto que no se trata de fórmulas mecánicas, la sensibilidad y la historia personal de las mujeres constituyen aspectos fundamentales a la hora de tomar la decisión. Es necesario localizar el aborto en la circunstancia específica en que se realiza, dicho de otra manera, es necesario localizar ese embarazo no viable en la circunstancia específica de vida de esa mujer que la lleva o le permite tomar la decisión de abortar, a esta circunstancialidad Petchesky (1986) denomina moralidad de la praxis (“estoy diciendo que el aborto es moralmente malo, pero la situación es correcta y lo voy a hacer”). Petchesky (1986) habla de moralidad de la situación para marcar que la decisión de abortar es siempre el resultado de negociaciones entre ideología, realidad social y deseo. Por ello no es una decisión fácil, y no es poco frecuente que en el proceso de tomar la decisión las mujeres cambien, argumenten en una dirección y al día siguiente en la otra. No se trata de una decisión que aluda a esencialismos, excepto en aquellos casos en que la negación a abortar se deba a una creencia religiosa o filosófica muy firme, no cuestionada bajo ninguna circunstancia. En esos casos, no se toma una decisión, se sigue un precepto.

La decisión tiene lugar cuando se abren dos opciones o más, cuando se hace necesario evaluar las distintas posibilidades y se opta. ¿Qué cosas toman en cuenta las mujeres para tomar su decisión? ¿Cuáles son los criterios que eligen para evaluar las distintas opciones, para analizar su circunstancialidad? A fin de aproximarnos a un análisis de la toma de decisión, tomamos en cuenta el grado de autonomía/heteronomía con que se

---

<sup>5</sup> Lourdes vivía en un asentamiento en el provincia de Buenos Aires, cruza a Uruguay para practicarse un aborto y muere como consecuencia del mismo.

movían las mujeres. Construimos un continuum entre ambos, adaptando sus definiciones para nuestra finalidad.

**Autonomía:** La creencia por parte de la mujer que la autoridad para tomar la decisión estaba en sí misma. Estos elementos internos son falibles, relativos y cambiantes, por lo que una decisión “autónoma” puede implicar dudas e incertidumbres, idas y vueltas, angustias.

**Heteronomía:** La fuente de autoridad para decidir sobre su aborto está ubicada fuera. Esta “autoridad” representa una “justificación” para el aborto sobre la cual existe cierto grado de consenso social. Un ejemplo podría ser el aborto que pone fin a un embarazo resultante de una violación. Algunas “justificaciones” que concitan grados de consensos son razones económicas, riesgos para la salud física y edad de la mujer.

Considerando las razones aludidas por nuestras entrevistadas con el lugar en el continuum permite encontrar (en términos de hipótesis a ser trabajadas más adelante) que esto mantiene una relación unívoca con la vivencia de las “culpas”. Existen obviamente ciertas “interferencias” derivadas de las mismas historias individuales. Hay más visibilidad de culpas cuanto más débil fue la decisión.

### **AUTONOMÍA CON DOLOR**

La autonomía significa la toma de decisiones en base a las propias convicciones sin mantener lazos de dependencia con personas o instituciones. Siempre van a existir lazos de interdependencia entre las personas, pero más allá de éstos que no necesariamente se oponen a la autonomía, existen ejes de poder que ubican a las mujeres en lugares de subordinación lo cual dificulta su autonomía. Esta situación de dominación/subordinación refiere a una construcción cultural, a un orden social que va mucho más allá de lo que pueden ser las experiencias interpersonales. Al respecto señala Pierre Bourdieu (2000:22) que este orden social “funciona como una inmensa máquina simbólica que tiende a ratificar la dominación masculina en la que se apoya”. De modo que las mujeres –como cualquier grupo dominado- aplican en su vida cotidiana esquemas de acción y pensamiento que son producto de la dominación, constituyen el *habitus*, es decir que “sus pensamientos y percepciones están estructuradas de acuerdo con las propias estructuras de la relación de dominación que se les ha impuesto” (Bourdieu, 2000:26). Más adelante el mismo autor señala “Y las mismas mujeres aplican a cualquier realidad y, en especial, a las relaciones de poder en las que están atrapadas, unos esquemas mentales que son el producto de la asimilación de estas relaciones de poder”. Es decir que “[l]os dominados aplican a las relaciones de dominación unas categorías construidas desde el punto de vista de los dominadores, haciéndolas aparecer de ese modo como naturales...(..) La violencia simbólica se instituye a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador (...) cuando los esquemas que pone en práctica para percibirse y apreciarse, o para percibir y apreciar a los dominadores son el producto de la asimilación de las clasificaciones, de ese modo naturalizadas, de las que su ser social es el producto” (Bourdieu, 2000:49-51). Estas clasificaciones de la realidad circundante son las que privilegian lo público sobre lo privado, la razón sobre la emotividad, la fuerza física sobre la resistencia física, entre muchas, todas ellas consideradas en un plano simbólico de sentido, configuran la dominación de lo masculino sobre lo femenino. Esta dominación se encarna en algunos varones concretos, pero sobre todo en instituciones (el estado, la

familia) que refuerzan las asimetrías, en las normas y reglas que definen y regulan la vida en sociedad (desde los modos en la mesa a las leyes laborales y obviamente la regulación social de la sexualidad) de modo que la sociedad en su totalidad está impregnada y atravesada por las relaciones de género.<sup>6</sup>

Esta dominación ha tomado el cuerpo de la mujer como eje de accionar. Teresita De Barbieri (1991) propone abordar la categoría género como sistema que expresa un conflicto social en torno al dominio de la capacidad reproductiva del cuerpo de las mujeres. Como parte de ese sistema, los hombres (ellos mismos o las instituciones que los representan, como el Estado) ejercen relaciones de poder para controlar tal capacidad. Recordemos que en el contexto de la Revolución Francesa, Olympe de Gouges junto a otras mujeres querían incluir en los Derechos del Hombre y Ciudadano el reconocimiento del derecho de las mujeres a decidir con quien y cuando establecer una pareja. Esto llevó a Olympe de Gouge a la guillotina acusada de pretender alterar el orden natural. Reconocer el derecho al propio cuerpo de las mujeres implica establecer límites a la acción patrimonial sobre la sexualidad y la reproducción (Tamayo, 2000), ergo, es una acción subversiva. Y esto, justamente es lo que está en juego cuando se habla del aborto. Cuando una mujer piensa en interrumpir voluntariamente su embarazo, está ejerciendo un derecho sobre su propio cuerpo. En la situación actual, ésto constituye un acto de trastrocamiento de un orden social que precisamente atribuye un poder patrimonial sobre la sexualidad y la reproducción.

Partir de la conceptualización de Bourdieu para analizar el proceso de desarrollo de la autonomía, permite desentrañar como las mujeres al tomar sus decisiones lo hacen usando un esquema de percepciones, representaciones y pensamiento que obedece a un orden social signado por la dominación masculina.

Las mujeres –tomadas en su conjunto y más allá de la heterogeneidad del grupo-, además de compartir con los hombres una percepción androcéntrica del mundo que toman como dada –es decir incambiable y naturalizada-, desarrollan estrategias que les permiten vivir en su lugar de subordinación. Desde el inicio del proceso de socialización y a través de los múltiples reforzamientos del mismo (tanto en el ámbito laboral como el doméstico), las mujeres desarrollan estrategias que no sólo les permiten hacer tolerable la dominación de que son objeto, sino que bajo ciertas circunstancias muchas sacan una aparente ventaja, las cuales siempre reafirman y refuerzan la relación de subordinación –y por consiguiente, de falta de autonomía. Estas estrategias se corresponden a unos ciertos escenarios conocidos, donde las reglas de juego son claras, todos saben las acciones que le corresponde al rol que desempeñan.

Este orden social dado establece una homologación de la mujer con la madre, presentando la maternidad como algo natural, instintivo; invisibilizando la idea de la maternidad como fenómeno histórico<sup>7</sup>, afectivo y volitivo. Esto es lo que está presente en

<sup>6</sup> Sobre este punto puede verse Marta Lamas, Joan Scott y Teresita de Barbieri entre otros.

<sup>7</sup> Al respecto muchos autores han desarrollado argumentaciones para demostrar que la maternidad es una construcción cultural, entre ellos probablemente la más conocida sea Elizabeth Badinter, “¿Existe el instinto materno?”, 1980. Ver también Rostagnol, S. 2002.

una de nuestras entrevistadas cuando, hablando de la decisión de abortar, dice: “Difícil de tomar porque se va en contra de un *“mandato de la naturaleza”* (Florencia)

Abortar es decidir no ser madre en ese momento. Por lo que en este camino que estamos analizando la autonomía, la primera estructura que una mujer que decide abortar deber derribar es saber que ella en tanto persona puede decidir sobre su maternidad. Sin embargo, la maternidad continúa siendo “un mandato” para miles de mujeres, aún cuando se enfrentan a embarazos no viables. La tradición judeo-cristiana define a la mujer como madre y la culpan y/o castigan si se aparta de ese mandato.

Otro plano en el que debe moverse la mujer que está considerando abortar refiere a tomar decisiones sobre la vida y la muerte. Al respecto, Ma. Consuelo Mejía (2001) señala el lugar central que ocupa el dilema teológico a la hora de tomar una decisión sobre el aborto. La teología católica tradicional afirma que Dios es el único que puede dar y quitar la vida; al decidir sobre una vida, las mujeres se están igualando a Dios. Dado el lugar de subordinación que la sociedad les ha conferido, este dilema dificulta la toma de decisiones. “Merece resaltarse, señala Mejía, el hecho de que, desde una situación de absoluta falta de poder, se produce una transformación que les permite ejercer el poder de decidir sobre la vida misma. Y es dramático que sea precisamente la resolución del dilema de esta envergadura el que brinde a muchas mujeres la posibilidad de convertirse en personas; en agentes morales capaces de tomar decisiones sobre sus vidas” (2001:314)

Traspasar ambos umbrales para muchas mujeres significa modificar las estrategias que habían venido desarrollando a lo largo de todas sus vidas, quedarse sin libreto. Una vez más, solas. P. Bourdieu sostiene que por entre “los procesos del mundo natural y los principios de visión y división que se les aplican siempre queda lugar para una lucha cognitiva a propósito del sentido de las cosas del mundo y en especial de las relaciones sexuales” (Bourdieu, 2000: 26) Para aquellas mujeres la disyuntiva de abortar o no es la situación que les permite avanzar en esa ‘lucha cognitiva’ que cambia el sentido que algunas cosas cotidianas tenían, para darle otro sentido. En la mayoría de las mujeres entrevistadas este proceso implica dolores fuertes porque incluye pérdidas, pérdidas del sentido, pérdidas en la manera en que habían organizado su mundo, con sus divisiones y clasificaciones. La decisión de abortar para muchas significa posicionarse de una manera distinta frente a su propia vida, a sus vínculos, a sus ideas sobre como es la sociedad, el mundo. Del análisis de nuestras entrevistas se percibe que también por esto, el aborto es una decisión, la mayoría de las veces, tomada en soledad.

También en soledad, las mujeres se practican los abortos: algunas en clínicas clandestinas, otras con conocedoras, otras ellas mismas.

## ANTE LA CONCRECIÓN DEL ABORTO

Un momento donde la vulnerabilidad de las mujeres parece potenciarse es cuando entra a la clínica, acude a una 'conocedora' o va a autoadministrarse el aborto. En ocasiones la tensión y el miedo son tales que desiste de realizarlo en esas circunstancias:

*"Entró, no le gustó el lugar. (...) Ya estaba en la camilla, estaba en la camilla, estaba ahí. (...) Se levantó y se vino. (Amigas de Hortensia)<sup>8</sup>*

*"... llegó un momento y no pude/m, que no pude más/ no pude, no pude, no pude, no pude ... era...¿sabés que me empezó a pasar? Empecé a pensar que me podía morir (...) y que al día siguiente, Lucía [su hija] no iba a tener mamá.."* (Florencia)

En ambos casos el aborto se llevó a cabo muy poco después. En el primero de los casos, Hortensia muere como consecuencia del mismo.

A veces un llamado telefónico alcanza para descartar una clínica:

*"...parece analfabeto: otra inseguridad eh, ah, eh, oh, ... un horror... ¿dónde estoy llamando, no?..."* (Florencia)

En otras oportunidades, las mujeres están dispuestas a todo con tal de llevar adelante el aborto, lo cual no significa que no tengan total conciencia de lo que están arriesgando.

*"¡me lo sacaba o me lo sacaba!, estaba metido acá." (Diana)*

*"Ah!, si usted no me atendía me tiraba debajo de un tren! Me dijo una [mujer] una vez"* (Practicante A)

Esto muestra que en algunas circunstancias la idea de tener un hijo es desesperante y desestabilizadora. De acuerdo a la postura que indica (Sanseviero, 2003, Leal y Lewgoy, 1995) que es el deseo de tener un hijo lo que convierte el embrión en hijo y a la mujer en madre, estamos aquí frente a un cuadro donde claramente no existe una madre ni un hijo, sino una situación intolerable cuyo único desenlace posible es el aborto.

## EL ACTO MÉDICO

La práctica del aborto es un acto médico, no obstante puede ser un acto de cualquier índole, ya que no sólo los profesionales de la salud practican abortos; y no necesariamente sólo los profesionales de la salud pueden hacerlo exitosamente. Sanseviero distingue entre abortos medicalizados y prácticas populares, todos ellos practicados en clandestinidad<sup>9</sup>. Esos mismos actos desde la experiencia de nuestras entrevistadas que han recurrido a ellos para interrumpir embarazos, muestran matices diferentes.

---

<sup>8</sup> Hortensia era una profesional del interior, se practica un aborto en una clínica en manos de un profesional de la salud, luego muero por sepsis obstétrica.

<sup>9</sup> En Uruguay, donde el aborto es ilegal, aproximadamente 80% de los abortos clandestinos están realizados por profesionales de la salud (Sanseviero, 2003)

*“Las mujeres no preguntan si es médico” (Practicante B)*

El signo de esta etapa del proceso del aborto es la soledad y la sordidez. Este aspecto aparece especialmente aumentado en los momentos en que se producen actos de represión a las clínicas, porque al tomar medidas de seguridad, frecuentemente las mujeres deben ir solas, son recogidas en una esquina y no saben la dirección a la que serán conducidas.

Mientras están en la clínica, según las circunstancias y la forma en que se realiza el aborto, así como los cuidados en los momentos previos, las mujeres tienen más o menos miedo.

*“... vi a esta muchacha que estaba medio dormida, medio despierta, y hablaba... y ahí fue cuando me vino un ataque de desesperación, que me vino miedo... ¡real miedo! Sobre todo porque no sabés, quiénes son, qué te van a hacer...” (Marisa)*

*“...ahí fue cuando me di cuenta de que [Acarreador/la A] seguía laburando, que era la anestesista. Pasa que se te empiezan a sumar miedos, se te empiezan a sumar miedos, de que estás en un lugar que no se sabe dónde está, que nadie sabe donde estás, que se supone que un lugar donde debe estar aséptico, vos estás entregando tu dinero; que las toallas que te ponés, no sabés dónde fueron lavadas, si fueron lavadas, bien lavadas; que la que te está dando la anestesia, que sabés que es una cosa muy delicada, fue la que te trajo, que pasó un stress del carajo, porque estaba llegando tarde, que pasó la discusión que yo había tenido con mi novio, te está dando la anestesia, viene de un estado alteradísimo... es mucho, es mucho, pero tá, te dormís” (Florencia)*

Nuestras entrevistadas tenían plena conciencia del grado de riesgo al que estaban expuestas, aún aquellas que pagaron varios cientos de dólares:

*“... preguntan, ¿tenés hijos? Uno, ¿parto natural o cesárea? Parto natural, ¿es tu primer aborto? No ¿Cuánto hace que te hiciste el otro? Tanto. Bueno, ¿sés alérgica?... creo que ni me preguntaron si tenía vacunas.*

*- Y el grupo sanguíneo?*

*- No.. Bueno, vamos a hacer una cosa, tú tenés que tomar el medicamento este que te voy a dar, un día antes creo que tenés que empezar a tomarlo y, nos encontramos el viernes a las 8 de la noche/ en tal esquina (...) Llévate 200 gramos de algodón y el costo/ que en ese momento era/me cobraron/ 500 dólares” (Florencia)*

*“A mí él no me hizo ningún tipo de análisis” (Jacinta)*

Sus recuerdo sobre las maniobras abortivas propiamente dichas varían según el/la practicante de aborto con quien se lo hicieron.

En la frontera, Aurora que se hizo un aborto con dilatación y cureta relata lo siguiente:

*“... me dolió, me dolió la puesta de la sonda... me quería... desmayar. Cuando me paré dije, bueno tierra trágame y tá. Respiraba hondo y... yo no entendía que esa cosa puesta ahí, tus rutinas continuaban. Al otro día sacarte la sonda antes de entrar con (...) entonces él [el médico que le practicaba el aborto], ‘si viene alguien, dice que estás en un legrado porque entré con hemorragia (...) En mi casa, le pegué un tirón y me la saqué (...)*

*Ah, me senté y dije: lo que Dios quiera (...) Me entrás [al hospital] sin sonda ... no te olvides.. SIN SONDA... Y ¿cómo me la saco? La tironeás hasta que sale...” Una vez en el hospital, sigue recordando: “No era un block quirúrgico, era una sala de intermedios y nunca me saqué los zapatos ... fue un tris, estar sentada y vamo’ arriba ché, que tengo otro...(…) Me encajó un alucinógeno que está prohibido en Uruguay... para sacarme de ambiente... intentó maniobrar sin anestesia (...) alucina: empecé a ver regalitos y regalitos, así...” (Aurora)*

Por su parte el médico practicante del aborto de Aurora que se lo hizo en el hospital, presentaba así su práctica:

*“...cuando veo que es un caso así que no hay otra, yo hago también, es muy simple, usted viene pone una sonda, un hilo dentro del útero, con un comprimido de cytotec que hay en Uruguay, que hay en Brasil también, abre todo el útero, suelta todo..” (Practicante H)*

La experiencia de Diana es diferente. Vive en un asentamiento, su aborto es practicado por una “concedora”.

*“Por intermedio de una muchacha amiga, que ya se había hecho, se había hecho con ella, por intermedio de sondas, y ella me dijo, y fue por ella, ella me llevó hasta ahí.*

*- Esta mujer te decía que te ponía la sonda, te sacaba la sonda, y después ..?*

*- Y que después venía el trabajo de parto y que lo tenía.*

*- ¿Y te recomendaba ir a algún hospital?*

*- No, no.*

*- ¿Y te dijo que tomaras antibióticos?*

*- Nada. Ella acostumbra a trabajar con mucha gente que trabaja en la calle. Porque esta muchacha trabajaba en la calle, y había otras más, y las ayudaba. Siempre con sonda. Pero a esta hora se iban a ahí, porque la mujer tiene una pieza, viste, una piecita con una cama, una mesita, todo muy limpio, muy arregladito, y van ahí y se quedan ahí, y después se van de noche a trabajar.*

*- ¿Y la casa cómo es?*

*- No, la casa no sé porque esta piecita viene a dar al fondo. Está conectada a la casa pero vos dentro de la casa no ves, tenés esa piecita que entrás por atrás por el fondo de la casa.*

*- ¿Y el suelo?*

*- De material, rústico pero de material. Si, si si. La pared no estaba revocada ni nada, eran de bloques, todo muy limpio por ahí. Ella en el momento de entrar dijo, ‘entrá, dejá cerrado todo, y te puedo pasar una sonda” (Diana)*

El “momento” del aborto propiamente dicho, tal como se produce en algunas clínicas, está pautado por la prisa de los practicantes, por su necesidad de seguridad y de rentabilidad empresarial. Para las mujeres ese momento y esa prisa representa un momento de desempoderamiento radical, de despojo, de cosificación, de ausencia de derechos. Blanca menciona esto recordando su primer aborto, practicado hace ya muchos años y cuando ella tenía sólo 15:

*“Sacáte la bombacha y subíte la pollera” (Blanca)*

La experiencia de Florencia es reciente:

*“En Maldonado, era de noche, yo había ido con mi hermano... sacan a las mujeres hechas unas bolsas de papa, ‘otra, dale, andáte, vamos, vamos!’ ‘Vamos, vamos que nos tenemos que ir’ (Florencia)*

Algo que a la luz de los relatos resulta tremendamente sórdido, es el lugar que ocupaba “el pago” en este proceso del aborto. Forma parte del acto médico. En las clínicas las mujeres deben pagar al entrar a hacerse el aborto, dentro de la misma habitación donde unos minutos más tarde la anestesiarán. Dejan el dinero en una mesita ubicada cerca de la cama o camilla, o directamente se la dan al profesional que efectuará el aborto.

## **EL LUGAR DE LA VULNERABILIDAD EN EL PROCESO DEL ABORTO**

La literatura médica, especialmente la epidemiológica, con frecuencia hace referencias a las situaciones de riesgo (población de riesgo, situación de riesgo, “aborto en condiciones de riesgo”). Nos parece más útil para entender la experiencia del aborto, la noción de vulnerabilidad, tal como se la ha desarrollado en el análisis del VIH SIDA (Mann y cols. 1992; Ayres y cols. 1994). Con referencia al aborto, una conducta de riesgo consiste en tener relaciones sexuales sin utilizar MAC. El análisis de la información relevada muestra que esa línea de pensamiento es muy simplista. Ella ha dado origen a muchas políticas de planificación familiar en distintos países, basándose en el supuesto que las decisiones reproductivas de las mujeres reflejan exclusivamente intereses personales muy limitados. En realidad los comportamientos reproductivos obedecen más a mandatos sociales, presiones familiares y de la comunidad que han sido interanlizados y vividos como propios, es poco frecuente que se trate de una decisión que siga un patrón de racionalidad, al modo de la racionalidad económica. Estos campos de acción social constituyen áreas donde es posible encontrar formas de la vulnerabilidad.

De acuerdo a la conceptualización desarrollada por Mann (1992) se distinguen tres planos de vulnerabilidad: individual, social y programática. La situación de ilegalidad del aborto, así como la ausencia de políticas públicas, programas o planes en materias de salud sexual y reproductiva<sup>10</sup>, coloca a todas las mujeres uruguayas en una situación de vulnerabilidad programática. Carecen de medios eficientes para prevenir embarazos no viables y de marcos sanitarios (legales) para interrumpirlos. La vulnerabilidad social hace referencia al contexto social. Aplicando esta conceptualización a las experiencias del aborto, se percibe que un contexto social de pobreza no necesariamente implica una situación de vulnerabilidad social, ya que existen mujeres que ellas mismas cuentan con determinado capital social que las habilita a acceder a otros recursos en el caso del aborto. Del mismo modo, mujeres cuyo contexto socio-económico y capital cultural permite suponer que están en condiciones de acceder a abortos “sin riesgos”, pueden estar en una situación de vulnerabilidad individual que junto a la vulnerabilidad programática desencadene su muerte.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

<sup>10</sup> Desde agosto 2004 existe la Ordenanza 369 que indica implementa la normativa de atención pre y pos aborto. Hasta el momento (marzo 2005) solo se la implementó en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (hospital de referencia) con éxito.

En Uruguay el aborto es considerado un crimen de acuerdo a la legislación vigente, no obstante su práctica es ampliamente tolerada por la población -prueba de ellos es la casi ausencia de demandas-. Esta *contradicción* se resuelve mediante su negación. Este es el marco general en que se mueven las mujeres independientemente de sus contextos socioculturales. Esta situación hace que la mayoría de las mujeres silencien sus abortos. Al hablar se logra historiar –en el sentido de ubicar dentro de la historia personal de cada una- la experiencia vivida. Se saca del entre-paréntesis en que había permanecido y se lo ubica en el torrente de sentido que tiene la vida propia. Aún entre amigas que mantienen fuertes lazos de confianza mutua difícilmente se hable de los abortos que se hicieron, especialmente si pertenecen a sectores medios y medios altos, donde la medicalización es mayor. Entre las mujeres de sectores pobres, hablar de las prácticas de aborto es bastante más usual, lo que de acuerdo a nuestras hipótesis de trabajo representa, aun parcialmente, formas de empoderamiento diferenciales. Aquello que las mujeres de sectores más altos encuentran en el mercado -en este caso el mercado de la medicina ilegal-, las mujeres de estratos más bajos lo encuentran a través de las redes de solidaridad femenina, o redes informales de ayuda mutua<sup>11</sup>. Pero siempre es algo doloroso que la mayoría prefiere olvidar, la censura social es muy fuerte; y sin embargo forma parte de su historia personal y de la historia colectiva de las mujeres.

El silencio se constituye en un indicio de subordinación. Las mujeres hacen algo en secreto/en privado –eso les está permitido- deben guardarlo en la intimidad; no debe tomar estado público. La división público/privado que ha sido uno de los pilares que sustenta la organización social, especialmente en la modernidad, refuerza las relaciones de género que colocan a las mujeres en un el lugar de la subordinación. La culpa –cuya contracara puede ser la censura social- se erige como el instrumento para evitar que tome estado público. La culpa es entonces el instrumento de poder que mantiene a las mujeres aisladas –cada una con su(s) propio(s) aborto(s)- y sometidas: hicieron algo malo y deben pagarlo, ocultándolo.

### **Bibliografía.**

- AYRES, José y cols. (1994) Epidemiología sem números; outras reflexoes sobre a ciencia eipidemiológica, a propósito da Aids. En: *Seminario epidemiología social da Aids. Anais ABIA:IMSU/UERJ*, Río de Janeiro, pp. 8-18.
- BOURDIEU, Pierre (2000) *La dominación masculina*. Barcelona.
- DE BARBIERI, Teresita (1996) Certezas y malos entendidos sobre la categoría género. En: L. Guamán Stein, G. Pacheco (comp.) *Estudios básicos de derechos humanos IV*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José, pp.47-84.
- LEAL, Ondina, LEWGOY, Bernardo (1995) Pessoa, aborto e contracepção. En: O.F. Leal (org.) *Corpo e significado. Ensaio de agropologia social*. Ed. Universidade, UFRGS, Porto Alegre.
- MANN, Jonathan y cols. (1992) *Aids in the world*. Cambridge, Harvard University Press.

---

<sup>11</sup> Sobre el funcionamiento de redes de ayuda mutua entre mujeres, puede consultarse Lomnitz (1975); Ramos (1981).

- MEJÍA, Ma. Consuelo (2001) El aborto inducido: un dilema ético. En: J:G: Figueroa, *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. PUEG, México, pp.311-323.
- PEDRO, Joana (2003) *Prácticas prohibidas, Prácticas costumeiras de aborto e infanticidio no século XX*. Florianópolis.
- PETCHESKI, Rosalynd (1986) *Abortion and woman's choice*. London, Verso.
- ROSTAGNOL, Susana (2002) Cuerpo, mujer, concepción: superposiciones y contraposiciones entre el cuerpo físico y el cuerpo cultural. En:APU, *El cuerpo en el psicoanálisis. Diálogos con la biología y la cultura*. Central Papelera, Uruguay pp.329-336.
- SANSEVIERO, Rafael (2003) *Condena, tolerancia, negación. El aborto en el Uruguay*. Montevideo, Frontera. <[www.upaz.edu.uy/ges/libros/online/ctn/paprel.htm](http://www.upaz.edu.uy/ges/libros/online/ctn/paprel.htm)>
- TAMAYO, Giulia (2001) *Bajo la piel. Derechos sexuales, derechos reproductivos*. Centro de la Mujer Peruana "Flora Tristán", Lima.

Revista Otras Miradas  
Grupo de Investigación en Género y  
Sexualidad  
GIGESSEX

Facultad de Humanidades y Educación  
Universidad de Los Andes  
Mérida-Venezuela  
<http://www.saber.ula.ve/gigesex/>  
[gigesex@ula.ve](mailto:gigesex@ula.ve)