



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

www.bioeticayderecho.ub.edu - ISSN 1886-5887

ARTÍCULO

Discursos de profesionales de la salud y de mujeres sobre el aborto voluntario

Discourses of health professionals and voluntary women about abortion

MARIA JOSE MIRANDA LUCAS*

DOLORS COMAS D'ARGEMIR*

OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA

La Revista de Bioética y Derecho se creó en 2004 a iniciativa del Observatorio de Bioética y Derecho (OBD), con el soporte del Máster en Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona: www.bioeticayderecho.ub.edu/master. En 2016 la revista Perspectivas Bioéticas del Programa de Bioética de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) se ha incorporado a la Revista de Bioética y Derecho.

Esta es una revista electrónica de acceso abierto, lo que significa que todo el contenido es de libre acceso sin coste alguno para el usuario o su institución. Los usuarios pueden leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir o enlazar los textos completos de los artículos en esta revista sin pedir permiso previo del editor o del autor, siempre que no medie lucro en dichas operaciones y siempre que se citen las fuentes. Esto está de acuerdo con la definición BOAI de acceso abierto.

* Maria Jose Miranda Lucas. Profesora Asociada Grado de Medicina y Cirugía, Universidad Rovira i Virgili, Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII. E-mail: mjmirandalucas@hotmail.com

* Dolors Comas d'Argemir. Catedrática de Antropología Social de la Universidad Rovira y Virgili. E-mail: dolors.comasdargemir@urv.cat

Resumen

El presente artículo indaga los significados del aborto voluntario desde el discurso de los profesionales sanitarios involucrados en ello y de mujeres que han experimentado una interrupción voluntaria del embarazo. Se toma como referencia la ley aprobada en España en el año 2010 y el objetivo es conocer como los sujetos implicados en este proceso social y de salud resignifican la ley con sus propios discursos en función de sus parámetros culturales y su rol en dicho proceso. Surgen así nomenclaturas, adjetivos y condicionantes sociales variados a pesar de encontrarnos ante un proceso que parece estar unificado, consensuado y aceptado ante la legislación, la sociedad y el modelo médico hegemónico.

Palabras clave: aborto voluntario; discursos; modelo médico hegemónico; legislación aborto.

Abstract

This article examines the different meanings of voluntary abortion which are given not only by the health professionals but also by women who have been involved in this situation. In this way, the last law approved in Spain in 2010 is taken as a reference. The aim is to know how the subjects involved in this social and health process resignify the law via their own point of view related to their cultural parameters and their role in the abortion process. For instance, it seems to be unified and approved by consensus with the legislation, society and the hegemonic medical model. However, although this matter is involved in a standard process, this issue arises many nomenclatures, adjectives and varied social conditions.

Keywords: voluntary abortion; discourses; hegemonic medical model; abortion legislation.

Introducción

La palabra aborto proviene del latín "arborior" que significa morir antes del nacimiento (Jiménez Garrote, 2006: 1). Desde la perspectiva biomédica es la interrupción de la gestación a la que según la participación de los profesionales, de la mujer o el embrión se le atribuye un determinado adjetivo: así hablamos de aborto espontáneo cuando se interrumpe la gestación de forma natural, clínicamente se puede manifestar como aborto completo o incompleto en función de si se expulsa de forma total o parcial el contenido de la cavidad uterina.¹ Cuando el aborto es inducido como consecuencia de la voluntariedad de la mujer se habla de aborto voluntario, con lo cual el aborto espontáneo sería equiparable a involuntario. No obstante, en términos jurídicos, el aborto voluntario se denomina interrupción voluntaria del embarazo, es decir, por voluntad expresa de la mujer.

Tratar sobre el aborto voluntario es bastante complejo puesto que este proceso está sometido a criterios médicos, datos científicos, aspectos éticos, análisis sociológicos, valoraciones religiosas, interpretaciones jurídicas e intereses políticos que son variables en el espacio y en el tiempo y que afectan a ciertos valores del sujeto, lo que genera cierta dificultad de realizar una interpretación que resulte rigurosamente exacta y uniforme. Nuestra perspectiva es la de entender el significado del proceso del aborto voluntario tanto para los profesionales de la salud como para las mujeres teniendo en cuenta el contexto social y político existente.

En la lógica del modelo médico hegemónico, el hecho de tratar el aborto voluntario como un acto médico lo sitúa en algo equivalente a una enfermedad o a una patología que requiere diagnóstico y tratamiento, lo que contribuye a su legitimación. Con connotaciones muy distintas, es algo parecido a lo que ha sucedido con los partos y su medicalización. Se trata sin embargo de un proceso social de salud vinculado a las políticas de salud sexual y reproductiva, con fuertes componentes culturales, sociales y políticos. La mirada antropológica nos permitirá explorar las percepciones sobre el aborto desde la observación y la comprensión de las experiencias de los profesionales sanitarios y de las mujeres implicadas en este proceso.

El marco legal vigente en España hace posible la realización de abortos voluntarios y es en este contexto que se realiza la práctica médica. Este marco jurídico es resignificado en

¹ Protocolo Aborto Espontáneo de la SEGO 2010. <http://blog.utp.edu.co/maternoinfantil/files/2012/04/Aborto-espontaneo-1-trimestre.pdf> (consultado 02/02/2014).

su aplicación y en las experiencias directas de los actores implicados. Nuestra hipótesis es que las situaciones que en el marco legal se consideran como abortos voluntarios son objeto de diferenciación en terminología, conceptualización y legitimidad en los actos médicos. Estas diferencias son las que queremos explorar en este artículo a partir de las estrategias discursivas de los profesionales sanitarios y de las mujeres que han practicado un aborto, en las que influyen las dimensiones legales pero también las religiosas o morales.

Este artículo forma parte de una investigación sobre el aborto voluntario. Los datos que contiene están basados en la búsqueda bibliográfica, la observación participante y las entrevistas en profundidad realizadas a mujeres que han pasado por la experiencia del aborto (6 mujeres: 3 interrupciones por diagnósticos médicos y las otras tres bajo otro supuesto) y a profesionales sanitarios (5 profesionales: tres comadronas y dos ginecólogas). Para poder ser entrevistados se precisó de la conformidad de un comité de ética e investigación clínica del Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona, así como del consentimiento informado de las personas participantes. La muestra de la que se ha partido no pretende ser representativa, sino que desde una metodología cualitativa se aportan elementos de comprensión acerca del significado del aborto voluntario por parte de los actores directamente implicados.

Estado actual legal y ético-religioso

En España el aborto inducido estuvo penalizado durante la dictadura franquista y años posteriores². En 1985 se aprobó una ley que permitía abortar en determinados supuestos.³ Fue sustituida por la ley 2/2010, que es la actualmente vigente, y que permite el aborto libre en ciertos plazos.⁴ La diferencia fundamental entre ambas leyes, cuya distancia en el tiempo

² En 1937, el gobierno de la República aprobó una ley que despenalizaba el aborto, aunque tuvo una vigencia muy corta pues fue derogada por el régimen franquista. Catalunya se había adelantado a esta iniciativa con la aprobación del aborto libre en el año 1936, ley que también fue derogada.

³ *Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 147bis del Código Penal*. URL: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-14138>.

⁴ *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*. URL: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-3514>. Esta ley fue parcialmente modificada en el año 2015 por la *Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo*. URL: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/09/22/pdfs/BOE-A-2015-10141.pdf>.

es nada menos que de 25 años, está en el reconocimiento del derecho a planificar la gestación y la libre elección de la maternidad por parte de las mujeres. La Ley Orgánica 9/1985 no reconocía este derecho, pero otorgaba cierta permisividad al aborto en ciertos supuestos, teniendo en cuenta que el aborto se consideraba un acto penado tanto para la mujeres como para la persona que lo realizara, fuera profesional sanitario o no. Los tres supuestos que contemplaba son: grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada, violación denunciada hasta las doce semanas de gestación y feto con graves taras físicas o psíquicas. De forma aclaratoria podríamos decir que en esta ley del año 1985 el aborto voluntario quedó despenalizado en el caso de un aborto terapéutico (en cuyo caso y según la urgencia no se establecían límites de semanas de gestación), embarazo por violación (se establece el límite en 12 semanas) y aborto eugenésico (dentro de las primeras 22 semanas de embarazo).

La Ley Orgánica 2/2010, que es la ley vigente en materia de aborto, permite abortar según plazos de gestación. Se puede así abortar libremente hasta las 14 semanas de gestación y pasadas dichas semanas se daría la posibilidad de abortar bajo un diagnóstico médico, en caso de existir grave riesgo para la salud o vida de la embarazada o graves anomalías en el feto, sin que se superen las 22 semanas de gestación. Más allá de dichas semanas de gestación, la ley considera además dos supuestos excepcionales para la interrupción del embarazo: anomalías fetales incompatibles con la vida o una enfermedad extremadamente grave e incurable que se detecte en el momento del diagnóstico y se confirme por un comité clínico.

Si se comparan ambas leyes llama la atención que aunque el aborto se despenaliza y es reconocido en la práctica como un derecho, sigue estando sujeto a ciertas restricciones, tanto desde el punto de vista legal como cultural, ya que no es totalmente libre, aunque sí esté cubierto desde el punto de vista médico (Rubio, 2005). Independientemente de los juicios morales, la regulación tendría como objetivo atender a razones de sanidad pública y ofertar los recursos pertinentes para ello.

La interrupción del embarazo, de acuerdo con la ley, debe realizarse en centros acreditados ya sean públicos o privados. La Tabla 1 muestra la evolución del número de centros que notifican Interrupciones Voluntarias del Embarazo y los abortos realizados. Destacamos de estas cifras que el número de abortos se mantiene relativamente estable en los últimos diez años y que la aprobación de la Ley 2/2010, que amplió los supuestos de despenalización, no significó un incremento del número de abortos como predecían quienes se oponían a la reforma legal, e incluso tienden a disminuir.

| Año de la intervención | | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2006 | 2008 | 2010 | 2012 | 2014 |
| Nº de centros que han notificado IVE | 135 | 137 | 146 | 189 | 191 |
| Nº de abortos realizados | 101.592 | 115.812 | 113.031 | 113.419 | 94.796 |
| Tasas por 1.000 mujeres de 15 a 44 años | 10,62 | 11,78 | 11,71 | 12,12 | 10,46 |

Tabla 1. Centros que han notificado, abortos realizados y tasas de abortos. España.
 Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014).

En cuanto al tipo de centro en que se realizan las interrupciones llama la atención la existencia de un gran desequilibrio numérico a expensas de los centros privados, tal como puede comprobarse en la tabla 2. En el año 2014, un 89,91% de los abortos se realizan en centros privados, pero antes de la aprobación de la Ley 2/2010, el porcentaje se eleva hasta el 98,16%, y el escaso 1,84% que se realizaban en centros públicos eran en su totalidad de carácter hospitalario. Los centros privados, en cambio, acumulan las intervenciones extrahospitalarias, asociadas a las interrupciones hechas a petición de la mujer, que son las mayoritarias. Cabe señalar que la ley vigente establece la garantía de acceso a la prestación, lo que contribuye a reconocer el aborto como algo aceptado y normal, alejándolo de la penalización: el hecho de darle visibilidad, aunque sea desde el ámbito médico, ya es una forma de acercamiento social, pasando de ser un delito a un diagnóstico.

| Tipo de centro | 2010 | | 2014 | |
|-----------------------|----------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|
| | Núm. interrupciones | Porcentaje | Núm. interrupciones | Porcentaje |
| PÚBLICO | 2.080 | 1,84 | 9.565 | 10,09 |
| Hospitalario | 2.080 | 1,84 | 4.379 | 4,62 |
| Extrahospitalario | 0 | 0 | 5.185 | 5,47 |
| PRIVADO | 110.951 | 98,16 | 85.231 | 89,91 |
| Hospitalario | 10.862 | 9,61 | 7.432 | 7,84 |
| Extrahospitalario | 100.089 | 88,55 | 77.799 | 82,07 |

Tabla 2. IVE. Distribución según tipo de centro. España.
 Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En la tabla número 3 incluimos los datos correspondientes a las semanas de gestación en que se interrumpe el embarazo y los motivos. Destaca claramente la voluntariedad del proceso, ya que en el año 2014 un 88,91% de los abortos se hacen a petición de la mujer, y solo un 11,09% responden a causas relacionadas con el riesgo de la mujer o las anomalías fetales. Esto se relaciona a su vez con el predominio de las fases tempranas en que se efectúan las interrupciones (70,18% antes de las 8 semanas; 19,20% entre las 9 y las 12 semanas).

| Semanas de gestación | Nº interrupciones | Porcentaje |
|---|-------------------|------------|
| 8 ó menos semanas | 66.528 | 70,18 |
| 9-12 semanas | 18.201 | 19,20 |
| 13-16 semanas | 5.924 | 6,25 |
| 17-20 semanas | 2.721 | 2,87 |
| 21 ó más semanas | 1.422 | 1,50 |
| Motivos de la interrupción | | |
| Petición de la mujer | 84.283 | 88,91 |
| Grave riesgo para la vida o salud de la embarazada | 6.778 | 7,15 |
| Riesgo de graves anomalías fetales | 3.422 | 3,61 |
| Anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable | 303 | 0,32 |
| Varios motivos | 10 | 0,01 |
| Total | 94.796 | 100 |

Tabla 3. IVE. Semanas de gestación y motivo de la interrupción. España. Año 2014.
 Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014).

Resulta prácticamente imposible tratar el tema del aborto sin hacer mención a la religión y, aunque no queremos extendernos en esta cuestión, sí hay que resaltar la influencia de la doctrina católica en España, por lo que respecta al menos a las concepciones morales sobre el aborto y su influencia, que van en la línea pro-vida (Dworkin, 1994), pues se reconoce el derecho fundamental a la vida del no nacido ya de forma completa desde el momento de su concepción. Tres elementos fundamentan la postura cristiana frente al *nasciturus*: la consideración del aborto como un asesinato; el culpable o el cómplice tendrá que rendir cuentas a Dios, y el feto es un ser vivo del que Dios se cuida (Burgués, Bedouelle y Becquart, 2007: 120). Así, en contextos distintos, ideologías diferentes y cronologías variadas el hecho de abortar no es algo libre, no lo decide el sujeto, siempre está ceñido a condicionantes morales o sociales. Y siempre es punible, ya sea desde el cielo o desde la tierra.

Este substrato religioso está fuertemente arraigado en el imaginario social y ha influido en la regulación existente, de manera que las leyes sobre el aborto que se han aprobado en España no lo hacen reconociendo un derecho de las mujeres, sino que despenalizan ciertos supuestos y el aborto sigue siendo punible y bajo la vía penal.⁵ Sigue sin reconocerse la desvinculación de la mujer a la obligación de la maternidad, en lugar de considerar el derecho a la elección de la maternidad como una opción (Campos, 2009; Tietjens, 2001). La mujer no tiene pues derecho a decidir sobre sí misma y sobre su propio cuerpo. Estas convicciones han generado durante años un conjunto de prejuicios y leyes moldeadas en base a dicho adoctrinamiento, influyen en la percepción social del aborto y generan sentido de culpa en las mujeres que han tenido que recurrir a él. El aborto es aún hoy un tema en disputa, con intentos de contrarreforma impulsados por la Iglesia católica, sectores políticos conservadores y las organizaciones pro-vida (Casado, 2014).⁶

El aborto desde el paradigma corporal

El aborto puede ser analizado desde la biopolítica de Foucault ([1976] 2005), como la capacidad del poder de incidir sobre la vida, administrarla, regularla e inhibirla. También forma parte de lo que Ginzburg y Rapp (1991) denominan como “política de la reproducción”, o de lo que más recientemente Morgan y Roberts (2012) consideran como “gobernanza reproductiva”, entendida como los mecanismos a través de los cuales distintos actores (como gobiernos, iglesias, organizaciones, etc.) utilizan instrumentos legislativos, incentivos económicos, principios morales o éticos, y/o coerción directa, para orientar y controlar el comportamiento y prácticas reproductivas. En este contexto, nos interesa analizar cómo los sujetos sociales implicados en el proceso del aborto y, más en concreto, los profesionales sanitarios y las mujeres, generan unas estrategias discursivas propias, que asumen, negocian o combaten los principios hegemónicos existentes. A su vez, estos principios no son homogéneos, sino que se hallan en disputa, confrontando visiones contrapuestas.

Desde el punto de vista médico, el aborto se trata como una entidad ligada al cuerpo de los sujetos, y a pesar de los tratamientos que se realizan desde la biomedicina sobre los cuerpos como ocurre en este caso, el aborto nos oferta la posibilidad de ser analizado desde el cuerpo como

⁵ En Latinoamérica la regulación es mucho más restrictiva, aunque esto no impide que cada año haya más de 4 millones de abortos ilegales (Piekarewicz, 2015).

⁶ También la ley vigente sufrió un fuerte debate antes de ser aprobada, como reseñan el artículo de Casado (2008) y el de Atienza y González-Meneses (2009).

fenómeno cultural. La dialéctica entre las percepciones sociales y los instrumentos de la biopolítica se hallan bien reflejados en la teoría del cuerpo descrita por Scheper-Hughes y Lock (1987): las autoras proponen que desde las experiencias de enfermedad, dolor y salud emergen características culturales que muestran formas de ordenamiento social.

Según esta teoría, el concepto de *cuerpo político* englobaría las políticas sobre sexualidad y planificación familiar referentes al aborto. La legislación vigente que permite abortar sin incurrir en un delito condicionada a ciertas semanas de gestación y ciertos supuestos, los recursos establecidos por las políticas sanitarias y las opciones que ello ofrece quedarían circunscritos en realidad bajo la normativa. El acceso de las mujeres al sistema sanitario para satisfacer su demanda bajo la legislación sin incurrir en un delito y en condiciones seguras quedaría definido bajo el cuerpo político.

No obstante el análisis del aborto como proceso sociocultural no sólo precisa de unas normas y una mujer con test de embarazo positivo que decide abortar, también hay que tener en cuenta el contexto en el que se va a desarrollar. Es aquí donde el *cuerpo social* tiene su significado. El aborto se representa y se narra desde diferentes perspectivas en función de los actores implicados. Esta variabilidad que se da en la realidad, en cuanto a legitimar el aborto voluntario en base a las causas de la interrupción es la que nos permite tratar el aborto como un proceso social además de precisar de un tratamiento médico. Esta dimensión no solo incluye a las mujeres que deciden abortar por las diferentes causas que se puedan dar, personales o sociales o causas médicas, también incluye a los profesionales sanitarios con sus nomenclaturas propias. Y también es importante la red social más cercana y cotidiana de las mujeres. Hay que resaltar que la mujer para legitimar su decisión no sólo precisa de una ley y de un sistema sanitario, resulta de gran relevancia la aceptación y la conformidad por parte de su entorno más cercano, ya sea familiar o cotidiano.

Por último el *cuerpo individual* nos aportaría la representación del aborto desde la parte más corporalizada del sujeto, descripciones como dolor, culpa, estigma, miedo son reproducidas por las mujeres para definir sus experiencias, producidos por el propio modelo médico hegemónico que es la vez el que trata el aborto, constituyendo la herramienta elegida y formando parte del *cuerpo político*. Es decir es una decisión que acaba por recordarse bajo vocablos que denotan estar ante una experiencia negativa que podríamos explicar el tomar el aborto como un acto contranatura en contraposición a la maternidad naturalizada tanto desde perspectivas socioculturales, religiosas o éticas y económicas (Martínez, 2013).

El aborto desde el paradigma médico

En el contexto actual el aborto es tratado como un acto médico, y así lo podemos considerar al centrarnos en los sujetos que se hallan directamente implicados en el proceso, como son las propias mujeres y los profesionales sanitarios. El aborto es cuantificado y tratado desde las instituciones y las políticas sanitarias bajo un diagnóstico y como un procedimiento médico. El propio itinerario a seguir ante la decisión por parte de la mujer queda circunscrito al sistema sanitario independientemente de las causas o motivos de la decisión, por lo que se establece una relación con los profesionales de la salud que a la vez forman parte del sistema biomédico. Cuando una mujer decide abortar debe acudir a su centro de salud, allí será informada por el profesional sanitario y después de un periodo de reflexión de tres días se establecerá el tratamiento más adecuado para la interrupción en función de las semanas de gestación. Lo anteriormente referido estaría en consonancia con gestaciones de hasta 14 semanas, pero cuando se toma la decisión en base a un diagnóstico de enfermedad materna o fetal, entonces se incrementa el plazo en que se puede realizar hasta las 22 semanas o incluso en un plazo superior cuando se trata de enfermedades graves e incompatibles con la vida, consensuados por un comité clínico.

En nuestra investigación hemos querido conocer justamente cómo los distintos supuestos que reconoce la ley son percibidos por los profesionales de la salud y también por las mujeres que experimentan directamente el aborto en sus cuerpos, y a ello nos referiremos en el próximo apartado. Queremos constatar a través de las entrevistas realizadas que la medicalización del aborto influye en su legitimación social, pues lo deriva hacia un campo que se aleja de dimensiones morales o religiosas.

Para explicar la consideración jurídica, política y social del aborto como una cuestión médica, nos parece útil recurrir a los modelos explicativos de Kleiman (1980): patología (*disease*), padecimiento (*illness*) y enfermedad (*sickness*). Estos términos distinguen respectivamente la dimensión biológica y psicológica de la enfermedad, la dimensión cultural y la social. Aplicados al aborto, la patología (*disease*) es el diagnóstico médico necesario para incluir el aborto bajo los supuestos o los plazos de la ley vigente, quedando inscrito en los antecedentes médicos de la mujer que ha pasado por el proceso. A la vez es necesario un sistema de salud que lleve a cabo dicha acción, así como una legislación que lo haga posible, y que sitúa al Estado como un actor decisivo como hacedor de políticas públicas. Cómo gestionar este proceso es lo que nos lleva a hablar de la enfermedad (*sickness*), y entonces hay que hacer referencia a ciertos supuestos (que se pueden considerar metafóricamente como enfermedad) para llevar a cabo el aborto, puesto que la carga cultural, política e ideológica que envuelve el procedimiento es de difícil consenso. El sistema médico en este caso sería la herramienta tanto para categorizarlo como para

materializarlo, pues es la medicina la que, en cierta manera y amparada por la legislación vigente, legítima el aborto voluntario, le otorga cierta visibilidad desde la categoría de enfermedad y disuade la carga de culpabilidad que pesa sobre él. Esta transferencia del aborto al campo médico, tanto por parte de las mujeres, los profesionales sanitarios y los políticos, hace que el significado del aborto se despoje de su clandestinidad, ilegalidad, inmoralidad y vergüenza, para ser resignificado metafóricamente como enfermedad. Finalmente está la mujer con su experiencia y su padecimiento individual ante el acontecimiento, la carga tanto física como emocional que vive ella en primera persona (*illnes*) y esta última dimensión es quizás la que ha podido variar más en el tiempo a causa de la evolución cultural. Esta resignificación del aborto supone cambios importantes en la vivencia del proceso por parte de las afectadas, pues podríamos suponer que lo que en tiempos de ilegalidad se sufriría y viviría con cierto remordimiento, en épocas actuales de legalidad se padecerá de una forma más tranquila y sosegada; lo que antaño sería un sufrimiento individual por un delito, en la actualidad se transformaría en una decisión legitimada, lo que permitiría restarle dramatismo y compartir el padecimiento.

Kleinman, en sus conceptos, se refiere a enfermedades y el aborto voluntario no es realmente una enfermedad. Pero sí es un acto médico reconocido como tal, un procedimiento que permite interrumpir una gestación, independientemente de las causas que lleven a ello y por ello consideramos que el poder de los conceptos de Kleinman es el de su paralelismo con la significación que se otorga al aborto, tanto por parte de las políticas sanitarias, modelo médico hegemónico y mujeres.

Por otra parte, cuando se habla de aborto surge el aspecto del derecho, es decir el aborto no como algo médico, sino como un derecho de las mujeres. El derecho a elegir no procrear (contracepción y aborto libres) ha sido una de las reivindicaciones feministas, ampliamente asumida en la práctica cotidiana de las mujeres. Consideramos sin embargo que el derecho al aborto actualmente se encuentra bajo el amparo de la medicina. Esto se evidencia cuando existe la amenaza de la falta de tratamiento médico o el intento de penalizar nuevamente el aborto, resurgiendo el activismo que defiende el derecho de las mujeres a su propio cuerpo. Y es que el aborto, como un aspecto esencial de la gobernanza reproductiva o de la biopolítica, es un terreno en disputa que se encuentra en permanente dialéctica entre el estado, el mercado, las instituciones médicas, las organizaciones religiosas y las demandas de derechos.

Discursos de las mujeres y de los profesionales

En este apartado queremos analizar hasta qué punto el aborto concebido como un acto médico impregna los discursos de los profesionales y de las mujeres que experimentan el aborto directamente en sus cuerpos.

Dentro del ámbito médico hemos observado dos denominaciones y discursos informales, pero estandarizados en la práctica médica, en que se utilizan acrónimos (IVE e ILE) para distinguir dos tipos de aborto. El IVE (interrupción voluntaria del embarazo) designa el aborto realizado sin ningún diagnóstico médico, mientras que el ILE (interrupción legal del embarazo) se refiere a los abortos realizados según criterios diagnósticos. Debemos aclarar que todos los abortos inducidos se realizan según el marco legislativo actual que establece la interrupción del embarazo de forma voluntaria, según el artículo 14 a petición de la mujer y según el artículo 15 por causas médicas.

Así, dentro de los modelos explicativos profesionales se establecen dos categorías muy diferenciadas en base a la causa que motive la toma de decisión del aborto. Mientras la legislación actual considera todos los casos de aborto inducido como abortos voluntarios, los profesionales de la medicina distinguen dos modalidades y aplican el término “legal” solo a una de ellas, la que se realiza por causas médicas. Esta diferenciación jerarquiza las dos modalidades en la medida en que una de ellas (la que se realiza a petición de la mujer) es sospechosa de contener componentes arbitrarios que la convierten en menos legítima aunque sea legal. Hay que tener en cuenta además, los propios objetivos de un acto médico, que son indiscutibles cuando existe un diagnóstico de malformación o peligro para la salud de la madre o del feto, pero que en cambio no aparecen cuando es la propia mujer quien decide por distintas razones si puede llevar adelante un embarazo o no. Al diagnóstico médico, como criterio profesional, se le otorga más valor que a la decisión de la mujer sobre su cuerpo. Efectivamente, las entrevistas realizadas muestran que los profesionales sanitarios valoran más su labor profesional en las interrupciones bajo un diagnóstico que en los casos en que el aborto se solicitó por causas personales o sociales, en que se sienten meramente facilitadores de algo que está legislado. Entraría en este apartado el diagnóstico prenatal dentro de la práctica especializada de la Obstetricia, que incluye programas de screening de detección de ciertas enfermedades, controles y seguimientos durante la gestación que están inscritos en las políticas sanitarias. Uno de los informantes dentro del grupo de sanitarios lo explicaba de esta manera:

“Tú, medicamente, no puedes decir nada, no hay ningún factor médico que influya en nada. Una paciente que está embarazada decide voluntariamente interrumpir aquel embarazo por el motivo que sea y no hay ningún factor médico, ni ningún diagnóstico,

ni nada. Quiero decir, es una paciente que no tiene nada que ver con nada médico. Y yo creo que aunque sea voluntario, que evidentemente lo es, y aunque que sea legal, que evidentemente lo es, yo creo que hay un diagnóstico por medio, una implicación médica por medio, es más, quizás una recomendación médica. Después la paciente a lo mejor te dirá que sí o te dirá que no, lo hará o no lo hará o lo que sea pero yo creo que hay una implicación médica que en la otra no existe”.

Las mujeres que hemos entrevistado desconocían esta diferenciación entre el IVE y el ILE, pero ahondando en sus discursos acababan por expresar sentimientos y sensaciones diferenciadas según la causa que motivó la interrupción de su embarazo. Las mujeres que interrumpieron por causas personales y/o sociales destacaban el dolor como término común entre ellas. Dolor que en su discurso se reflejaba no solo en el plano biológico, es decir dolor abdominal como eje corporal en el caso del aborto, sino que se representa más allá de lo biológico implicando el plano corporal en toda su extensión (Csordas, 2002). Así es como definía el dolor una de las informantes que abortó por motivos personales:

“Como una regla muy fuerte... además yo no soy de tener reglas dolorosas. Mucho, mucho dolor... Me agarraba a la enfermera y, nada, dolía mucho y cuando se acabó me seguía doliendo mucho, yo estaba como encogida y me dieron un ibuprofeno me parece y poquito a poco se me fue pasando. Yo lloraba un montón, lloraba mucho porque no me explicaba ese dolor... En ese momento por el dolor, luego pude llorar por sí,...en ese momento el dolor. Me asusté un montón también pensaba que me podía pasar algo”.

Y añade más adelante:

“Y también me daba cierta vergüenza por haberme quedado embarazada, sin haberlo planificado; tenía cierta sensación de no haber hecho bien las cosas. Y a día de hoy no lo saben (se refiere a sus padres) y espero que no se enteren”.

No sólo se refleja el dolor entendido y cuantificado desde el plano más biológico, el que se trata habitualmente desde la farmacología, también nos refleja como ese dolor se amplía al plano más cultural según el propio simbolismo que tendría en este caso para la mujer el hecho de interrumpir un embarazo para ella y para su entorno familiar.

En el caso de los abortos cuya causa se remitía a un diagnóstico médico, es decir una enfermedad fetal, las mujeres describían la culpa como elemento común en sus discursos. Culpa centrada en su propia decisión individual de tener que elegir, y a pesar de estar legitimada por un diagnóstico médico y por la legalidad, les resulta difícil redimirse de ese sentimiento de culpa. Es más, estas mujeres a la hora de tomar la decisión y firmar el consentimiento informado tal y como marca la ley, lo hacen arropadas por su pareja y familiares más cercanos, especialmente por la

madre que es un legitimador de primer orden. Sin embargo, el sentimiento de culpa resulta imborrable.

Las mujeres entrevistadas que abortaron bajo un supuesto eugenésico (dos de las informantes bajo el diagnóstico de síndrome de Down y otra con el síndrome de Edwards) tomaron su decisión en base a evitarle un futuro padecimiento a su hijo. Reproducimos dos fragmentos de entrevistas que expresan este sentimiento de culpa:

"...lo razonamos los dos pero yo me sentía más culpable. Lo sientes, lo notas... es que eres tú, es tu cuerpo, es que no sé cómo explicarlo y es que es involucrar y padecer igualmente y llorar igualmente, pero pienso que aquí el quebradero de cabeza y lo fuerte es per la que lo tiene que hacer, porque, si no hubiese querido, pues no lo hago, evidentemente".

"Y piensa que también es la mujer la que lo lleva dentro y al final la mujer es la que lo está matando".

Al preguntar a los profesionales por las causas que motivan estas decisiones en los diagnósticos de malformaciones, ellos defienden que dichas decisiones se basan en estándares preconcebidos, es decir, pesa más el hecho de ajustarse a un estándar preconfigurado de normalidad, que plantearse el padecimiento del futuro hijo. En los casos de abortos por causas personales y/o sociales los profesionales pensaban que podría darse un uso alternativo a la contracepción, idea que no fue constatada en ningún discurso por parte de las mujeres debido a la dureza de la decisión de abortar. Esta diferencia descrita nos permitiría recurrir a los conceptos de *emic* y *etic* (Harris [1981] 2000). Incluso entre los actores involucrados en el mismo acto del aborto, se dan puntos de vista e interpretaciones diferentes respecto a un mismo suceso. Desde el rol de profesional se daría una explicación que busca más la objetividad desde su observación (*etic*) y las mujeres en su rol de pacientes representarían la subjetividad desde la parte más vivencial (*emic*). Estas ideas en cierto modo contrapuestas nos llevarían a hablar de estigma, estigma tanto para la mujer que decide en base a diagnósticos aunque sea a partir de criterios definidos por la propia sociedad y legitimados por una ley y sus políticas sanitarias consecuentes; pero estigma también para la que decide interrumpir en base a su propio derecho de determinar si desea o no ser madre. Estigma que podríamos atribuir en buena parte a la moralidad y la culpa que la Iglesia Católica ha inculcado desde una estructura patriarcal (Gudiño 2012). Promoviendo la maternidad como obligación y no como derecho, con los valores implícitos que ello lleva al respecto de políticas educativas, sanitarias, sociales y de dependencia por citar algunas. Junto con los sentimientos, sensaciones y discursos de dolor previamente citados por parte de las mujeres y la influencia que estas ideas generan en los profesionales, incluso en algunos casos podría

generar un dilema entre profesión y cumplimiento de la ley, es por ello que se contempla la objeción de conciencia como mecanismo de protección⁷.

Conclusión

Tratar el aborto voluntario exclusivamente como un acto legal, con significados definidos y homogéneos es algo irreal, puesto que los actores directos que son mujeres y profesionales de la salud presentan su propio discurso el cual engloba otros caracteres más amplios y no sólo el marco legislativo. Tratarlo como una patología médica legitima el hecho del abortar independientemente de sus causas puesto que ofrece garantías de salud, sin incurrir en el riesgo de los abortos inseguros; no obstante, no acaba de darle la visibilidad universal ni la aceptación individual que se esperaría por el hecho de ser un acto legal.

Resulta complejo separar los tres ejes que hemos mencionado previamente, el legal y ético-religioso, el corporal y el médico al tratar el tema del aborto voluntario, por ello el resultado de esta conclusión será fruto de la relación entre los tres.

Si nos centramos en la *mujer* y su significado corporal nos encontramos con un tratamiento médico que produce de forma paradójica cierto “malestar” debido al significado social que tiene el aborto. El *contexto ético-religioso* que se inculca desde las agencias y en este caso una legislación que incluye todavía el aborto en el Código Penal determinan el discurso de la mujer, estigmatizando el aborto a pesar de estar legitimado por la medicina. Desde una perspectiva *médica*, y teniendo en cuenta los discursos de los profesionales, se plantean ciertas diferenciaciones respecto al aborto en función de las causas que lo provoquen, incluso utilizando nomenclaturas diferenciadas fruto de las mismas agencias que son las que construyen los discursos de las mujeres. Se reproducen dos discursos con ciertos paralelismos entre las mujeres y los profesionales de la salud en función de la causa del aborto, según exista o no diagnóstico médico. No obstante los profesionales forman parte del modelo médico hegemónico que es el que a su vez queda incluido como herramienta subordinada a las políticas y las leyes prescritas por los gobiernos, es el *biopoder*. Este biopoder producirá diferentes políticas sanitarias y legislaciones en materia de aborto cambiantes según ideologías, así gobiernos más conservadores proponen políticas dirigidas a la protección del no nacido y gobiernos más liberales

⁷ Comité de Bioética de España. Opinión del Comité de Bioética de España sobre la Objeción de Conciencia en Sanidad. Octubre de 2011. <http://www.comitedebioetica.es/documentacion/docs/es/La%20objecion%20de%20conciencia%20en%20sanidad.pdf> (consultado 07/06/2014).

interrupciones del embarazo en base a la decisión de la mujer. No obstante, y como reflexión final, constantemente se pone en tela de juicio quién tiene que decidir sobre la capacidad de abortar, interviniendo las instituciones religiosas, médicas y políticas. Pero hay que reconocer que el aborto existe en la realidad, que las mujeres necesitan garantías de seguridad a todos los niveles frente a este hecho y que ello forma parte de los derechos de las mujeres.

Bibliografía

- ◆ ATIENZA, MANUEL Y GONZÁLEZ-MENESES, MANUEL: "Debate sobre el proyecto de nueva regulación del aborto", Revista de Bioética y Derecho, Núm. 16. 2009. Pp. 2-25. DOI: 10.1344/rdb2009.16.7961.
- ◆ BURGUÉS, JEAN-LOUIS; BEDOUELLE, GUY Y BECQUART, PHILIPPE: "La iglesia y la sexualidad. Huellas históricas y miradas actuales". Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, 2007.
- ◆ CAMPOS, JEANNETTE: "Argumentos y dilemas éticos en torno al aborto". Rev. Reflexiones. Vol. 33, 2009. Pp.157-173.
- ◆ CASADO, MARÍA: "A propósito del aborto", Revista de Bioética y Derecho, Núm. 12, 2008, p. 17-18. DOI: 10.1244/rdb2008.12.7822.
- ◆ CASADO, MARÍA: "Contra la llamada 'propuesta Gallardón' para cambiar la regulación del aborto en España", Revista de Bioética y Derecho, Núm. 32, 2014. Pp. 4-19. DOI: 10.1344/rdb2014.32.10681.
- ◆ CSORDAS, THOMAS. J.: "Body/Meaning/Healing". London, Palgrave Mcmillan, 2002.
- ◆ DWORKIN, RONALD: "El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual". Barcelona, Ariel, 1994.
- ◆ FOUCAULT, MICHEL: "Historia de la sexualidad, 1. La voluntad de saber". Madrid, Siglo XXI [2005 (ed. Original, 1976)].
- ◆ GINZBURG, FAYE Y RAPP, RAYNA: "The Politics of Reproduction". Annual Review of Anthropology. Vol. 20, 1991. Pp. 311-43. DOI: 10.1146/annurev.an.20.1000191.001523.
- ◆ GUDIÑO, PABLO: "Experiencia, aborto y maternidad en las católicas feministas". Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas, Vol. 34, Núm. 2, 2012. Pp. 149-162. DOI: 10.5209/rev_NOMA.2012.v34.n2.40737.

- ◆ HARRIS, MARVIN: "Introducción a la antropología general". Madrid. Alianza editorial ([1981] 2000).
- ◆ JIMÉNEZ GARROTE, JOSÉ LUIS: "Aborto", Bioética, suplemento, vol. 6, Núm. 5: 1-8.
- ◆ KLEINMAN, ARTHUR: "Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry". Berkeley. University of California Press 1980.
- ◆ MARTÍNEZ MORANT, MARA: "Experimentar el embarazo y el aborto". En: LÓPEZ, CARMEN; MARRE, DIANA Y BESTARD, JOAN (Eds.): Maternidades, procreación y crianza en transformación. Barcelona. Edicions Bellaterra, 2013.
- ◆ MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD: "Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2014". URL: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2014.pdf (último acceso: 016/09/2016).
- ◆ MORGAN, LYNN M. Y ROBERTS, ELIZABETH F.S.: "Reproductive governance in Latin America", Anthropology and Medicine, Vol.19, Núm. 2, 2012. Pp. 241-254. DOI: 10.1080/13648470.2012.675046.
- ◆ PIEKAREWICZ SIGAL, MINA "Bioética, aborto y políticas públicas en América Latina", Revista de Bioética y Derecho, núm. 33, 2015, p. 3-13. DOI: 10.1344/rbd2015.33.11560.
- ◆ RUBIO, JOSÉ: "Algunas precisiones sobre la argumentación a favor y en contra del aborto". Contrastes: Revista Internacional de Filosofía. Vol. X, 2005. Pp.1136-4076.
- ◆ SCHEPER-HUGHES, NANCY Y LOCK, MARGARETH: "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology". Medical Anthropology Quarterly. Vol 1, Núm.1, 1987. Pp. 6-41. Doi: 10.1525/maq.1987.1.1.02a00020.
- ◆ TIETJENS, Diana: "The Rush to Motherhood: Pronatalist Discourse and Women's Autonomy", Signs, Vol. 26, Núm. 3, 2001. Pp. 735-773. URL: <http://www.jstor.org/stable/3175538?origin=JSTOR-pdf> (último acceso: 09/05/2015).

Fecha de recepción: 16 de junio de 2015

Fecha de aceptación: 3 de marzo de 2016