

por **DÉBORA TAJER**. Licenciada y Doctora en Psicología (UBA), Magister en Ciencias Sociales y Salud (FLACSO/CEDES), Profesora Adjunta a cargo Cátedra Introducción a los Estudios de Género y Profesora Adjunta Regular Cátedra Salud Pública/Salud Mental II de la Facultad de Psicología UBA. Fue Coordinadora General de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social-ALAMES (2001/02). Ha realizado consultorías para la OPS, OMS, RSMLAC, UNFPA, CNM, DGMuj del GCBA, entre otros. Participó como Experta en la Red de Conocimiento sobre Equidad de Género de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud de la OMS



**MUERTA POR  
ABORTO  
CLANDESTINO  
LUISA**



EN EL MARCO DEL ACTUAL DEBATE, SE PROPONE AQUÍ UNA REFLEXIÓN A PARTIR DE UNA CERTEZA: LA ILEGALIDAD DEL ABORTO VOLUNTARIO ES UNA CUESTIÓN DE FALTA DE DERECHOS PROPIA DEL SUBDESARROLLO E IMPACTA EN LA SUBJETIVIDAD DE LAS MUJERES.

## EL ABORTO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

## Contexto político

Nuestra sociedad se encuentra en pleno debate en la actualidad acerca de la despenalización y legalización del aborto. Surgen muchas preguntas y debates acerca de su razón política. Porque el gobierno “de ahora” lo promueve, porque el gobierno de “antes” no. ¿Es una cortina de humo? ¿Es un reclamo legítimo del movimiento de mujeres? ¿Es una deuda de la democracia hacia las mujeres? ¿Podemos tomar aprendizajes de cómo han sido estos procesos de legalización en otros países del mundo, en especial de los más cercanos en geografía, cultura y tiempo, como Uruguay y México DF?

## Situación sanitaria

Desde el punto de vista sanitario, podemos decir que el gobierno “de antes” promovió un escenario de avances de leyes que aumentaron la calidad ciudadana en salud en términos de la agenda de género, entre las cuales podemos enumerar por su cercanía al tema en discusión: ley 26.618/10 - Matrimonio igualitario; ley 26.485/09 para Prevenir, asistir y eliminar todas las violencias contra las mujeres; ley 26.743/12 - Identidad de Género; ley 26.862/13 - Reproducción asistida; ley 26.657/10 - Salud Mental, y la Guía técnica para el aborto no punible (2010), que es la recomendación para el sector salud para implementar el campo que se abre luego del fallo FAL de la Corte Suprema de Justicia que interpreta el artículo 86 del Código Penal como causal legal a toda violación.

De hecho, todo este avance legal generó un cambio muy importante en relación a la realización de abortos legales por tres causales desde el sistema sanitario, aun cuando el aborto voluntario todavía no es legal en nuestro país.

En el primer nivel de atención pública, se implementaron en principio consejerías pre y post aborto que luego cambiaron su nombre por consejería en opciones, siguiendo el modelo de reducción de daño. Luego los equipos interdisciplinarios que incluían Medicina General comenzaron a asistir abortos legales con medicación (Misoprostol) y, en algunos casos, con el método de aspiración (AMEU). Estxs profesionales se agruparon progresivamente en la Red de profesionales por el derecho a decidir. El problema empezó a acontecer –y continúa aconteciendo– en la dificultad de contar con prestaciones del segundo nivel de atención, en el cual los servicios hospitalarios de ginecología y obstetricia se encuentran abarrotados de objetorxs de conciencia. Salvo algunas experiencias aisladas como la Maternidad Carlotto de Moreno, en provincia de Buenos Aires, algunxs efectores de Rosario y Santa Fe y provincia de Chubut, el panorama sigue siendo de ampliación de derechos desde el primer nivel y vulneración de los mismos por el segundo nivel, con el cuerpo de las mujeres como escenario del conflicto.

*En la Argentina –y en la mayoría de los países de la región, con excepción de Cuba, Costa Rica, Uruguay y una ciudad como México DF– hablar de aborto y subjetividad es hacerlo en contextos de ilegalidad.*

*Abortar en circuitos clandestinos genera efectos psíquicos terribles, no por la práctica, sino por la clandestinidad.*

## Aborto y campo de la salud mental

En la Argentina –y en la mayoría de los países de la región, con excepción de Cuba, Costa Rica, Uruguay y una ciudad como México DF– hablar de aborto y subjetividad es hacerlo en contextos de ilegalidad. Esto implica decir que no hay una sola relación entre aborto y subjetividad, y este texto se referirá a lo que acontece en países como el nuestro, donde el aborto voluntario es ilegal y solo es legal por tres causales, que son: 1) la violación de la gestante; 2) el riesgo de vida de la misma, y 3) el riesgo para su salud.

Uno de los problemas que tenemos es que incluso para las causales de aborto legal o ILE, existen diversos modos de vulneración de ese derecho. Uno de ellos es la objeción de conciencia de lxs profesionales de la salud y otro, la judicialización. Este último obstáculo consiste en hacer ingresar al circuito de la Justicia lo que es una práctica médica legal que no necesita ningún permiso adicional. Judicializar en una gestación equivale a complicar la posibilidad de la intervención en estadios en los cuales el riesgo de vida y salud de la gestante aumentan.

Estas causales legales, sin bien inscriben a la práctica como un problema de salud pública, excluyen una variable de alta importancia para el campo de la salud mental, que es la autonomía. Por lo tanto, en nuestro país, cuando se sortean los obstáculos señalados se puede abortar legalmente, pero nunca porque una mujer quiera hacerlo.

Es desde este escenario que hablo en el campo de la subjetividad, no en cualquier otro escenario. No estoy hablando de Canadá, no estoy hablando de Cuba, no estoy hablando de Inglaterra. Estoy hablando de Argentina en estas condiciones.

¿Cuáles son los impactos en la subjetividad de vivir en un país en el cual el aborto es ilegal o legal solamente por estas causas? Yo voy a dividir en dos lo que les quiero contar. En la primera parte, voy a presentar mi postura personal frente a la situación y cómo cambió, y en segundo lugar, cuál es el impacto en la subjetividad en general de los contextos de ilegalidad/ clandestinidad y qué pasa con lxs profesionales de la psicología en relación con esta problemática.

En relación con mi postura personal, claramente percibo que, hace unos quince años, experimenté un viraje con respecto a cómo yo miraba esta cuestión. Desde que tengo memoria, siempre estuve a favor del aborto legal y voluntario, pero hace un tiempo me di cuenta de que yo tenía “colonizada” mi cabeza, incluso cuando estaba a favor. ¿Cómo me di cuenta? Precisamente, porque cuando hablaba de este tema tenía mucho cuidado de no herir susceptibilidades y creencias. Entonces decía: “Bueno, no sé qué van a pensar ustedes”, que “según la creencia”, y todo este tipo de cosas. Pero me pasó algo que me demostró que estaba bastante errada y que mi cabeza estaba convencida y colonizada al mismo tiempo. Me invitaron a una reunión en un lugar bonitísimo en un palacio en Italia, que pertenecía a la Fundación Rockefeller, en Bellagio, frente al Lago Di Cuomo. El encuentro había sido organizado por la revista *Reproductive Health*

*Matters* y versaba sobre la articulación entre las Reformas Sectoriales en Salud y la Salud Sexual y Reproductiva. Una de las exposiciones –había gente de todo el mundo– fue realizada por una abogada irlandesa. En Irlanda, un país católico en el que el aborto fue ilegal hasta el histórico referendo de fines de mayo pasado, el seguro nacional de salud irlandés pagaba las prácticas de aborto en Inglaterra a todas las ciudadanas irlandesas que quisieran practicárselo. Luego de varias intervenciones quedó clara para mí una realidad: hoy, todos los países desarrollados tienen aborto legal. Me di cuenta de que la ilegalidad es una situación de los países periféricos, entre los cuales nosotrxs nos encontramos, en los cuales la ciudadanía femenina es aún de baja intensidad. Es un problema básicamente de falta de derechos para el subdesarrollo, no es un problema moral. Me di cuenta, entonces, de que vivía en un país en el cual había aprendido a identificar como problema moral lo que es en realidad una falta de derechos. Esa percepción descolonizó mi cabeza. Entendí que la ilegalidad del aborto voluntario es una biopolítica del control del cuerpo de las mujeres de los países periféricos. Y así lo entiendo desde entonces.

La segunda parte de lo que les quiero contar es cómo impacta en general a nivel de las subjetividades y qué pasa con los dispositivos psicológicos en nuestro país en relación con las prácticas ilegales. Cómo se significa una práctica. En un texto que escribimos con Ana Fernández hace diez años –“Los abortos y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos de las mujeres”–, señalamos la diferencia que hay, por ejemplo, en cómo se nominan las prácticas de aborto voluntarias en los dos primeros meses de embarazo en Cuba: “Regulación de la menstruación”. Esto es muy diferente a denominar a la misma práctica clínica quirúrgica como “matar una vida”. La intervención sobre el cuerpo es la misma, la significación es diferente; por lo tanto, son diferentes las implicancias emocionales y morales.

Ahí vemos claramente cuál es el impacto, en un país donde el aborto es legal, en la subjetividad, y cuál es el impacto en un país donde el aborto no es legal. Entonces, ¿cuáles son los recaudos que tenemos que tener desde el campo de la psicología?

- ▶ No psicologizar el análisis de la problemática, suponiendo que los procesos subjetivos que una mujer puede desplegar frente a un aborto están referidos estrictamente a sus posicionamientos intrapsíquicos.
- ▶ No naturalizar los sentimientos de culpa como inherentes a toda práctica abortiva.
- ▶ No confundir el nivel de los derechos que deben garantizar las políticas públicas con los dilemas éticos que muchas mujeres pueden tener que dirimir frente a su decisión personal de abortar o no.

Es muy importante no “psicologizar”, esto es, no pensar que todo lo que le pase a una mujer en condiciones de decidir si va a abor-

tar o no va a abortar tiene que ver con lo intrapsíquico. Tampoco debemos naturalizar los sentimientos de culpa, inherentes a una práctica de aborto. En los relatos de las mujeres que abortaron con Misoprostol con ayuda de las Socorristas en Red (del libro *Código Rosa. Relatos sobre abortos*, de Dahiana Belfiori), vemos que muchas veces lo que se siente es alivio. No siempre hay que interpretar que existe una deuda con la madre que nos dio la vida y, por lo tanto, vamos a tener culpa necesariamente cuando abortamos. Mucha de la culpa, cuando la hay, es consecuencia de la ilegalidad de esta práctica y por toda la condena social y familiar que hay en relación a esta libre decisión.

Otro de los recaudos que debemos asumir y que mucha gente no tiene –muchos colegas, lo que es peor– es no confundir derechos ciudadanos con el dilema que cada mujer tiene frente a la decisión. Es decir, que haya un aborto legal, libre y gratuito no quiere decir que yo tenga que abortar. Yo puedo decidir si quiero o no y qué valor tiene esa vida o no, si yo la significo para mí. Y eso no quiere decir que no tenga que existir el derecho. Son dos cuestiones totalmente diferentes.

Retomando, abortar en circuitos clandestinos genera efectos psíquicos terribles, no por la práctica, sino por la clandestinidad. La ilegalidad del aborto es un indicador grave de violación de los derechos humanos y la vulneración de derechos genera sufrimiento psíquico. Además de ser **un marcador del margen real que hay en la sociedad para que una mujer elija**; por lo tanto, mide el grado de autonomía que las mujeres tienen en la sociedad.

Y aquí hay algunos puntos en los que quiero detenerme también, vinculados a los deslizamientos disciplinadores de las prácticas psicológicas.

Algunas concepciones psicológicas identifican que siempre que hay fecundación hay deseo de hijo, consciente o inconsciente. Desde esta concepción, se desconoce la realidad material de que hasta los mejores anticonceptivos no son 100% seguros, siempre hay un margen.

El hecho de que un preservativo se rompa no puede ser confundido con un deseo inconsciente de tener un hijo. No se puede interpretar desde una omnipotencia de lo subjetivo y lo deseante. De ahí la importancia del acceso a una práctica que pueda reparar ese margen de inseguridad cuando no hay deseo o no hay un vínculo que dé marco de viabilidad a una crianza.

Otro aspecto a desmitificar es la idea de que toda interrupción de una gestación tiene efectos traumáticos *per se*. Muchas veces, más de las que se quiere identificar, produce alivio y baja del malestar psíquico.

Hay también diferencias de clase y de generación en relación con los imaginarios respecto del aborto. Es muy importante **desarticular la idea de que es un problema solo de las mujeres pobres que no pueden pagar abortos clandestinos**. Si el aborto es clandestino es un problema de todas las mujeres, no solamente de las que no pueden pagar. Aun la que puede pagar lo hace en condiciones de clandestinidad, poniendo en riesgo su salud por la dificultad de la derivación al sistema formal de

atención médica incluso teniendo una buena cobertura. Muchas veces la práctica se realiza sin anestesia y, por supuesto, sin contar a nadie y “sin visitas”, a lo que se suman múltiples maltratos y violencias que ocurren en el circuito ilegal.

Con respecto a la clase –empezando primero por las adolescentes–, hay diferencias entre adolescentes pobres y adolescentes no pobres. En adolescentes pobres, las prácticas abortivas las exponen a riesgos de muerte y desamparo; a las adolescentes no pobres que pueden pagarlas, pero en circuitos de clandestinidad, las formas de disciplinamiento son los miedos y las culpas. ¿Cuál es la diferencia entre generaciones de mujeres que pueden pagar el aborto? Por ejemplo, la significación en una misma familia, donde puede estar muy aceptado para la pareja de padres después de dos o tres hijos y es condenado y culpabilizado en el caso de la adolescente. ¿Por qué? Porque de nuevo lo castigado es la autonomía, en este caso, la autonomía de la adolescente en relación a estos padres.

En relación a lo dicho, hay otro tema que me parece muy importante de señalar: la asimetría que se da en las adolescentes, en relación a con quién acontecen estas prácticas sexuales que des-



*Otro aspecto a desmitificar es la idea de que toda interrupción de una gestación tiene efectos traumáticos per se. Muchas veces, más de las que se quiere identificar, produce alivio y baja del malestar psíquico.*

pués pueden terminar en embarazos no deseados. Lo que nos muestra la práctica es que en las chicas pobres hay más asimetría de edad y cuanto más temprana es la edad de la chica que queda embarazada es más probable que se deba a una situación de abuso. Por lo tanto, ya estamos en un escenario con una complejidad muy específica. De las chicas no pobres, por lo general, acontece en parejas más parejas, y cuando hay abuso –porque el abuso no es solamente hacia las chicas pobres–, muchos de los abusadores lo hacen con protección. Por lo tanto, hay marcas psíquicas pero probablemente no haya aborto, no haya embarazo no deseado. Y ahí tenemos otro tema con respecto a cuál es la concepción que los dispositivos psicológicos tienen sobre las prácticas de abuso.

Se da un tema terrible con las concepciones y las **confusiones que hay entre lo que podría ser “la función paterna” y los padres reales existentes.** ¿Qué pasa cuando un familiar cercano, que a veces es la pareja de la madre o a veces es el padre biológico, abusa de esa niña o de otra adolescente? ¿Y qué pasa si a eso lo confundimos con el ejercicio de la función paterna? En vez de pensar que, precisamente, lo que no está haciendo es ejercer la función paterna, sino utilizando el cuerpo de la niña para jugar la sexualidad que a él le interesa. Es decir, no cumpliendo con la función paterna que implicaría el traspaso de una regulación basada en una legalidad a la cual él también se atiene y somete, sino diciendo: “Yo soy la ley y hago lo que se me da la gana”.

En estos casos es muy importante distinguir los efectos diferentes que estas cuestiones tienen sobre la subjetividad de las niñas. Debemos hacerlo, precisamente, para no generar condiciones de iatrogenia desde la práctica psicológica cuando nos enfrentamos con este tipo de situaciones.

Por supuesto, estas situaciones tienen efectos subjetivos tremendos, que se agravan cuando el abuso se transforma en un hijo y las chicas son, por lo tanto, consideradas como un receptáculo, pero no como personas. Cuando estamos en un país en el que las chicas violadas no pueden abortar legalmente, lo que realmente acontece es que la subjetividad de esa niña no le importa a nadie, y si la subjetividad de la niña no le importa a nadie es porque esa niña no importa. Hay que decirlo con todas las letras.

Una última reflexión apunta al valor de la salud mental dentro de una de las causales de aborto legal (ILE), que es el riesgo de la salud de la mujer. Si pensamos a la salud como integral, llevar adelante un embarazo no deseado, sea por la causa que fuere, genera impacto sobre la salud mental de una mujer. Por lo tanto, no querer continuar un embarazo es una causal válida desde una perspectiva de salud mental.

En la otra punta del espectro del campo de la salud mental, es importante considerar que un diagnóstico psiquiátrico no debe ser causal *per se* de aborto legal si la gestante desea el embarazo y puede llevarlo a cabo, así como la crianza, si tiene capacidad subjetiva y red de apoyo. Lejos de las tentaciones eugenésicas, la psicología debe prestar su mejor saber para garantizar derechos, deseos, responsabilidades y autonomía.

