

Autonomía y toma de decisiones en torno al aborto: un estudio sociológico del este de Delhi, India

Autonomy and Decision-Making Regarding Abortion: A Sociological Study of East Delhi, India

Ehtesham Akhtar. Facultad de Contratos, Departamento de Sociología, Universidad Nacional Urdu de Maulana Azad, Hyderabad, India

Email: ehteshamsociology@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2223-5797>

Recibido: 21 de abril de 2025.

Aceptado: 6 de mayo de 2026.

Conflictos de intereses: Ninguno.

DOI: <https://doi.org/10.71164/socialmedicine.v19i3.2026.2143>

Resumen

El aborto sigue siendo un tema en debate, animado por diversas perspectivas éticas, legales, médicas y socioculturales. Este estudio, centrado en Delhi Oriental, examina los factores que influyen sobre las decisiones en torno al aborto, con un énfasis en la influencia del estatus socioeconómico, la educación y las dinámicas de género. Utilizando un enfoque de método mixto, la investigación integra tanto datos cualitativos como cuantitativos recopilados a través de cuestionarios estructurados de diversos grupos de mujeres, incluidas profesionales, amas de casa y trabajadoras. Los hallazgos indican que la independencia económica desempeña un papel crucial en la toma de decisiones sobre el aborto. Las mujeres con trabajos en el sector privado y aquellas auto-empleadas demostraron mayor autonomía en la autosugestión del aborto en comparación con las amas de casa y empleadas gubernamentales, que fueron más propensas a ser influenciadas por sus maridos. El estudio también destaca que la educación afecta significativamente las decisiones reproductivas, las mujeres altamente educadas demostraron mayor control sobre sus decisiones sobre el aborto. Sin embargo, incluso entre mujeres educadas y trabajadoras, las normas patriarcales persisten con muchos maridos que continuaban ejerciendo influencia significativa sobre las decisiones reproductivas de sus esposas. La investigación revela además que los miembros de la familia extendida, como suegras, amigos y hermanas, tienen una influencia mínima en las decisiones de aborto, enfatizando la naturaleza privada y a menudo estigmatizada del problema. Las barreras estructurales, incluida la dependencia financiera, las normas sociales y falta de conciencia sobre la salud reproductiva, afectan desproporcionadamente a las mujeres menos educadas y económicamente desfavorecidas, limitando su capacidad de acción. Este estudio está enmarcado dentro de teorías sociológicas como la teoría feminista, la teoría del conflicto y el funcionalismo estructural. Subraya cómo el empoderamiento económico y la educación mejoran la autonomía reproductiva mientras destacan la persistencia de estructuras patriarcales en la toma de decisiones. Las recomendaciones en torno a política pública incluyen fortalecer la educación en salud reproductiva, promover la independencia financiera de las mujeres y desafiar las normas de género para garantizar mayor autonomía en las elecciones reproductivas. Abordar estos factores es esencial para promover un enfoque más equitativo e informado sobre los derechos reproductivos en la India.

Palabra clave: polarización, aborto terapéutico, aborto quirúrgico

Abstract

Abortion remains a highly debated topic, influenced by ethical, legal, medical, and sociocultural perspectives. This study, focusing on East Delhi, examines the factors influencing abortion decisions, with an emphasis on the role of socio-economic status, education, and gender dynamics. Using a mixed-method approach, the research integrates both qualitative and quantitative data collected through structured questionnaires from diverse groups of women, including professionals, housewives, and laborers. Findings indicate that economic independence plays a crucial role in abortion decision-making. Women in private-sector jobs and self-employed women demonstrated greater autonomy in self-suggesting abortion compared to housewives and government employees, who were more likely to be influenced by their husbands. The study also highlights that education significantly impacts reproductive choices, with highly educated women displaying greater control over abortion decisions. However, even among educated and working women, patriarchal norms persist, with husbands continuing to exert influence over reproductive decisions. The research further reveals that extended family members, such as mothers-in-law, friends, and sisters, have minimal influence on abortion decisions, emphasizing the private and often stigmatized nature of the issue. Structural barriers, including financial dependence, social norms, and lack of reproductive health awareness, disproportionately affect less-educated and economically disadvantaged women, limiting their agency. The study is framed within sociological theories such as feminist theory, conflict theory, and structural functionalism. It underscores how economic empowerment and education enhance reproductive autonomy while highlighting the persistence of patriarchal structures in decision-making. Policy recommendations include strengthening reproductive health education, promoting financial independence for women, and challenging gender norms to ensure greater autonomy in reproductive choices. Addressing these factors is essential for fostering a more equitable and informed approach to reproductive rights in India.

Keyword: Polarizing, therapeutic abortion, surgical abortion



Introducción

La historia del aborto corre paralela a la historia humana. Hay veces en que el propio cuerpo aborta por razones biológicas y hay veces en que es inducido. El aborto, en palabras simples, significa terminar con un embarazo. También se le denomina aborto *terapéutico* o *quirúrgico*. Es una opción que las mujeres consideran para un embarazo no planeado o no deseado. Las razones para optar por el aborto son variadas y comprenderlas requiere un enfoque multifacético. La opción del aborto tiene tanto aspectos positivos como negativos asociados a ella, y genera debate en todas las secciones de la sociedad en todo el mundo. En tiempos modernos, a pesar del debate sobre su uso o abuso, el aborto se ha convertido en un derecho legal con ciertas condiciones en muchos países. El aborto no es exclusivo de ninguna región o comunidad en particular. Las mujeres de todo el mundo tienen diferentes razones para el aborto. En los países en desarrollo, especialmente dentro de las sociedades patriarcales, las mujeres a menudo sostienen el peso de las presiones sociales y sistémicas operantes en torno a eventos en su salud reproductiva. En tales coyunturas cruciales, una mujer puede experimentar una grave angustia psicológica si carece de una sólida red de apoyo de compañeros, amigos, familia o proveedores de atención médica, o si enfrenta presiones externas para someterse al procedimiento.

El aborto sigue siendo uno de los temas más controvertidos y polarizadores de la sociedad contemporánea, invocando debates éticos, legales, religiosos y médicos profundamente arraigados. Como procedimiento que pone fin a un embarazo, el aborto se cruza con cuestiones críticas de autonomía, moralidad y política pública. El discurso a menudo está dominado por puntos de vista rivales sobre cuándo comienza la vida, los derechos de la persona embarazada y las obligaciones sociales hacia la vida potencial. Estos debates están aún más influenciados por las normas culturales, avances tecnológicos y los marcos legales que rigen el acceso a los servicios de aborto.

Las discusiones teóricas sobre el aborto a menudo exploran las dimensiones éticas, incluida la tensión entre el derecho a la autonomía corporal y las consideraciones morales sobre el feto. Filósofos

como Judith Jarvis Thomson y Don Marquis han contribuido con argumentos fundamentales, que van desde la defensa de los derechos al aborto hasta las críticas a su permisibilidad moral. La analogía de Thomson con el “violinista” subraya la importancia del consentimiento individual y la integridad corporal, mientras que el argumento de Marquis sobre el “futuro como el nuestro” enfatiza el valor de la vida potencial. Estos marcos proporcionan una base para comprender las posiciones matizadas que dan forma a los debates públicos y académicos.

La importancia de esta cuestión se extiende más allá de la ética, siendo relevante para la salud pública y afectada por factores socioeconómicos y la (des)igualdad de género. El acceso al aborto seguro y legal es reconocido por las organizaciones de salud líderes como un componente crucial de la salud reproductiva, con influencia sobre las tasas de mortalidad materna y el estado de salud de una forma más amplia. Por el contrario, las políticas restrictivas a menudo exacerban las disparidades en acceso a cuidados de salud y limitan la agencia individual. Este artículo busca examinar el aborto a través de una lente multidisciplinar, sintetizando conocimientos teórico-éticos, precedentes legales y datos empíricos para procurar una comprensión integral de la cuestión.

Métodos utilizados para este estudio

El presente estudio es exploratorio por naturaleza e incluye tanto la recopilación como la interpretación de datos cualitativos y cuantitativos. Comprende una exploración en profundidad de casos de aborto en Delhi Oriental. Este estudio tiene como objetivo comprender la naturaleza de las representaciones internas del aborto en distintas categorías de mujeres: mujeres profesionales, mujeres educadas y no educadas.

Acerca del área de estudio

Históricamente, los primeros asentamientos en Delhi se concentraron principalmente en la orilla occidental del río Yamuna debido a las preocupaciones defensivas respecto a posibles invasores. Sin embargo, la construcción de puentes que cruzaban el río facilitó la expansión hacia la orilla oriental, dando lugar a la región designada

geográficamente como Delhi Oriental, conocida coloquialmente como *Trans-Yamuna*. Tras la reubicación de la capital nacional, una migración significativa hacia el interior desde diversas partes del país aceleró el desarrollo residencial en este sector, con un crecimiento demográfico máximo que se produjo entre 1980 y 1990. Según el Censo de la India de 2001, la población de Delhi Oriental alcanzó aproximadamente 1.45 millones.

Aunque geográficamente separada de otros sectores de la ciudad por el río, Delhi Oriental comparte una cultura, tradición y estilo de vida contiguos con el resto del área metropolitana. La región posee un tejido demográfico claramente cosmopolita caracterizado por diversas comunidades religiosas y regionales. Por ejemplo, Mayur Vihar Fase III presenta una concentración significativa de residentes de la India del Sur; Mayur Vihar Fases I y II alberga notablemente comunidades bengalíes y cristianas; y áreas como Geeta Colony están predominantemente pobladas por demografías sijs y punyabíes.

La infraestructura de transporte conecta sólidamente Delhi Oriental con la red metropolitana más amplia a través de una variedad de opciones de transporte, incluidos *autorickshaws*, *ciclorickshaws*, autobuses municipales, vehículos compartidos locales (*phat-phat sewa*) y el sistema de metro de Delhi. Dentro de áreas de vivienda informal, como los *J.J. Clusters*, los residentes dependen principalmente de bicicletas, motonetas o motocicletas. Como una de las zonas más densamente pobladas de la capital, las principales rutas arteriales —incluidas Vikas Marg, Preet Vihar, Laxmi Nagar y Shahdara— a menudo experimentan graves congestiones de tráfico. Administrativamente, las subdivisiones principales de Delhi Oriental incluyen Preet Vihar, Vivek Vihar, Shahdara, Mayur Vihar, Patparganj y Laxmi Nagar.

Tamaño de la muestra y procedimiento de muestreo

En vista de la naturaleza profunda y exploratoria del estudio, el tamaño de la muestra se limitó a 230 encuestadas de Delhi Oriental. Se seleccionó un número uniforme de encuestadas de cada categoría para garantizar que la muestra fuera completamente representativa de todas las profesiones. La muestra total incluye abogadas, médicas, maestras, mujeres trabajadoras de diversas profesiones y amas de casa.

De una población total de 1,448.770 en Delhi Oriental, se seleccionó una muestra de 230 encuestados. Aunque las tasas de aborto son altas en la región, los servicios de salud reproductiva siguen siendo en gran medida inaccesibles. A lo largo de un trabajo de campo de dos años, se llevaron a cabo entrevistas con estas 230 participantes, todas las cuales habían experimentado uno o más casos de aborto. Las encuestadas seleccionadas representaron diversos orígenes educativos y profesionales.

Se utilizó un procedimiento simple de muestreo aleatorio para la recopilación de datos. El estudio abarcó toda el área seleccionada, encuestadas de varias categorías profesionales y educativas.

Delhi Oriental está dividida en grandes subdivisiones: Preet Vihar, Vivek Vihar, Shahdara, Mayur Vihar, Patparganj y Lakshmi Nagar. Todas estas áreas fueron cubiertas en diferentes fases del estudio. Se seleccionaron mujeres de diversos orígenes para la investigación, incluidas mujeres alfabetizadas y analfabetas, empleadas gubernamentales, trabajadoras del sector privado, autoempleadas y residentes, tanto de los clústeres J.J. como de las localidades elegantes.

Cuadro 1. Demografía de Delhi Oriental (censo de 2001)

Población	Densidad de población	Proporción de género	Área (km ²)	Alfabetismo femenino	Alfabetismo masculino
1,44, 770	22,638	868	64	84.5%	92.5%

Fuente: elaboración propia con el censo 2001

Selección de encuestadas

Las encuestadas fueron seleccionadas mediante un método de muestreo aleatorio. Se les contactó con la ayuda de trabajadores de Anganwadi y voluntarios de campo de la OMS-NPSP, que también ayudaron a programar los horarios de las reuniones. Después de presentar al investigador y explicar claramente el propósito del estudio, se obtuvo el consentimiento informado de las encuestadas. Una vez que accedieron a participar, se realizaron entrevistas detalladas y se completaron los cuestionarios.

La mayoría de los cuestionarios se completaron en el Centro para el Bienestar de Madres e Hijos (MCWC), mientras que algunos se realizaron en los hogares de las encuestadas.

Fuentes de información

Para el propósito de la recopilación de datos, se dio preferencia inicial a las trabajadoras de Anganwadi que servían en las áreas seleccionadas del estudio. Se solicitó su apoyo debido a su familiaridad con las condiciones locales. Durante las salidas de campo, se observó que los trabajadores de Anganwadi estaban bien conscientes de los problemas relacionados con el aborto. A menudo ayudan a las mujeres que enfrentan complicaciones relacionadas con el tema. Incluso los trabajadores del RCH (Centro de Salud Reproductiva e Infantil), los médicos del MCWC (Centro de Bienestar de Madres e Hijos) y los ANM (Enfermeras Comadronas Auxiliares) confían en la ayuda de los trabajadores de Anganwadi, ya que tienen un conocimiento exhaustivo de sus áreas designadas y de las familias que residen allí.

La segunda preferencia se dio a las voluntarias de campo de la OMS-NPSP (Proyecto Nacional de Supervisión de la Polio) que trabajan en la zona. Estas trabajadoras están involucradas en la microplanificación y tienen un conocimiento detallado de la localidad. Por lo tanto, tanto estas fuentes, trabajadores de Anganwadi como

voluntarios de campo de la OMS-NPSP, fueron utilizados para el estudio.

Lenguaje utilizado para la recopilación de datos

El lenguaje es una herramienta crucial en el proceso de recopilación de datos. Sirve como medio para expresar pensamientos, percepciones, sentimientos y valores que caracterizan a una comunidad. El lenguaje también desempeña un papel fundamental en la formación y expresión de la identidad social. Como se suele decir, el lenguaje es la luz de la mente.

Para el estudio, se utilizaron el inglés, el hindi y el urdu como medios de comunicación durante la recopilación de datos. El cuestionario se desarrolló originalmente en inglés, utilizando un lenguaje simple y claro para garantizar la comprensión de los encuestados de diversos orígenes.

Herramientas utilizadas, codificación y análisis de datos

Se pueden utilizar varios métodos para recopilar datos primarios. La elección del método depende del propósito del estudio y de los recursos disponibles. Para el estudio actual, se utilizaron tanto los métodos de cuestionario como los de programación de entrevistas para la recopilación de datos.

Después del proceso de recopilación de datos, el siguiente paso crítico fue su codificación. Para la investigación, la codificación es esencial, ya que transforma los datos cualitativos en un formato estructurado y analizable, lo que permite un análisis e interpretación sistemáticos. Para el estudio, los datos recopilados se codificaron utilizando *Microsoft Excel*. Se asignaron valores numéricos a las variables independientes para facilitar su análisis. Para las variables dependientes, los datos se analizaron primero y luego se convirtieron en códigos numéricos. Se asignaron códigos diferentes a diferentes variables para mantener la claridad y la coherencia. Además, se realizó la recodificación

donde fuera necesario para minimizar sesgos potenciales y garantizar la fiabilidad de los resultados.

Al final, los datos se presentaron temáticamente en forma tabular y se analizaron de acuerdo con ello. Basándose en la investigación primaria, se ha

documentado un informe detallado. Se han aplicado técnicas de correlación para determinar las relaciones entre las variables. Los datos se analizaron utilizando técnicas estadísticas, incluyendo tabulación cruzada y análisis de correlación. Las herramientas utilizadas para este propósito incluyeron *SPSS* y *Microsoft Excel*.

Cuadro 2. Ocupación materna y fuentes de influencia sobre el aborto entre los encuestados en el este de Delhi

Profesión de la mujer		Sugerida por sí misma	Sugerido por marido	Suegra	Amigo	Madre	Hermana	Cuñada	Total
Ama de casa	n	74	55	14	2	2	1	1	149
	% dentro de la categoría	49.7%	36.9%	9.4%	1.3%	1.3%	0.7%	.7%	100.0%
	% del total	32.2%	23.9%	6.1%	0.9%	0.9%	0.4%	0.4%	64.8%
Autoempleada	n	15	4	1	0	1	0	0	21
	% dentro de la categoría	71.4%	19.0%	4.8%	0.0%	4.8%	0.0%	0.0%	100.0%
	% del total	6.5%	1.7%	0.4%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	9.1%
Sector privado	n	34	9	2	1	1	0	0	47
	% dentro de la categoría	72.3%	19.1%	4.3%	2.1%	2.1%	0.0%	.0%	100.0%
	% del total	14.8%	3.9%	0.9%	0.4%	0.4%	0.0%	0.0%	20.4%
Sector gubernamental	n	5	6	0	0	0	0	0	11
	% dentro de la categoría	45.5%	54.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	% del total	2.2%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	4.8%
Obreras	n	0	2	0	0	0	0	0	2
	% dentro de la categoría	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	% del total	0.0%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%
Total	n	128	76	17	3	4	1	1	230
	% dentro de las categorías	55.7%	33.0%	7.4%	1.3%	1.7%	0.4%	0.4%	100.0%
	% del total	55.7%	33.0%	7.4%	1.3%	1.7%	0.4%	0.4%	100.0%

Fuente: elaboración propia en todos los casos

El cuadro anterior presenta datos sobre las fuentes de sugerencias de aborto entre mujeres de diferentes profesiones en Delhi Oriental. Un análisis sociológico revela información clave sobre la independencia económica, la dinámica de género y el poder en la toma de decisiones sobre las decisiones reproductivas.

1. La profesión y la autonomía de las mujeres en las decisiones de aborto

Las mujeres en el sector privado y las mujeres autoempleadas son más propensas a auto sugerirse el aborto, en comparación con las amas de casa y las empleadas gubernamentales.

Mujeres autoempleadas: 71.4% se auto sugieren para el aborto.

Empleadas privadas: 72.3% se sugieren a sí mismas el aborto.

Damas de casa: 49.7% se sugieren a sí mismas el aborto.

Empleadas gubernamentales: Solo 45.5% se auto sugirió para el aborto.

Esto sugiere que la independencia financiera aumenta significativamente la autonomía reproductiva. Las mujeres que ganan su propio ingreso son más propensas a tomar decisiones independientes sobre el aborto.

2. Los maridos como decisores clave para las amas de casa y los empleados del gobierno

Las amas de casa tenían el segundo mayor porcentaje de abortos sugeridos por el marido (36.9%), poniendo en manifiesto los efectos de la dependencia económica hacia sus maridos y de los roles tradicionales de género en la toma de decisiones.

Las jornaleras pagadas por día reportaron en un 100% que sus maridos les sugirieron el aborto, subrayando un control patriarcal profundamente arraigado sobre las mujeres económicamente desfavorecidas. Excluyendo esta categoría, debido a su tamaño de muestra mínimo (n=2), fueron las empleadas del sector gubernamental quienes,

sorprendentemente, reportaron la mayor proporción de abortos sugeridos por el marido (54.5%, n=6) entre las cohortes profesionales restantes. Esto sugiere que ni siquiera un empleo profesional elimina la intrusión de la influencia masculina sobre las decisiones reproductivas.

3. Influencia mínima de la familia extendida y las redes sociales

Las suegras tuvieron una influencia limitada (7.4% en total), lo que sugiere que el aborto es una decisión tomada principalmente dentro de la familia nuclear en lugar de ser un asunto familiar extendido. Los amigos (1.3%) y las hermanas (0.4%) tuvieron casi ninguna influencia, reiterando que el aborto sigue siendo un asunto privado y estigmatizado que no se discute abiertamente en muchos círculos sociales.

4. Independencia económica y barreras estructurales

- Las amas de casa, las jornaleras y las empleadas gubernamentales mostraron tasas más bajas de abortos auto sugeridos, lo que podría deberse a:
- Mayor dependencia financiera de los maridos.
- Expectativas culturales de las mujeres como cuidadoras y madres.
- Conocimiento limitado sobre salud reproductiva o acceso a servicios.

En contraste, las trabajadoras autónomas y privadas tenían mayor autonomía, lo que sugiere que el empoderamiento económico se correlaciona con un mayor control sobre las decisiones reproductivas.

5. Perspectivas teóricas

Los hallazgos del cuadro pueden entenderse mejor a través de una aplicación integrada de la Teoría Feminista, la Teoría del Conflicto y el Funcionalismo Estructural. Cada uno de estos marcos proporciona conocimientos críticos sobre la intersección de género, clase, estructuras económicas y roles familiares en la formación de la autonomía reproductiva de las mujeres.

5.1 Teoría feminista: género, poder y autonomía reproductiva

La teoría feminista proporciona una lente fundamental para analizar la naturaleza de género del poder y la autonomía en la salud reproductiva. Basándose tanto en perspectivas feministas liberales como radicales, esta teoría critica las estructuras patriarcales que continúan limitando la capacidad de acción de las mujeres.

Los datos muestran que la dependencia económica es una barrera clave para la autonomía reproductiva. Las mujeres de los estratos socioeconómicos inferiores, especialmente amas de casa y jornaleras mostraron los niveles más bajos de decisiones autodeterminadas sobre el aborto. En contraste, las mujeres autónomas y aquellas en trabajos privados demostraron mayor autonomía, reflejada en tasas significativamente más altas de autosugestión para el aborto. Sin embargo, incluso entre las mujeres empleadas por el gobierno, donde uno podría esperar mayor autonomía debido al empleo formal, las normas patriarcales siguen dominando. Esto subraya que el empleo por sí solo no es suficiente, la internalización de los roles de género y el sexismo institucional dentro de la familia y el lugar de trabajo pueden continuar suprimiendo la agencia femenina.

Las teóricas feministas argumentan que los derechos reproductivos no son solo cuestión de acceso a servicios, sino de poder, agencia y libertad respecto a la coerción. La disparidad en la toma de decisiones entre profesiones ilustra cómo el empoderamiento económico es una condición necesaria pero insuficiente para la plena autonomía reproductiva. Este estudio reafirma que, aunque el empoderamiento económico es necesario, es insuficiente en ausencia de un cambio cultural e institucional más amplio.

5.2 Teoría del conflicto de clase: desigualdad económica y control sobre los cuerpos.

La teoría del conflicto, basada en la obra de Karl Marx y posteriormente ampliada por teóricos como Friedrich Engels, enfatiza el papel de las estructuras

económicas en la creación y sostenimiento de las desigualdades sociales. Es particularmente útil para explicar cómo la clase socioeconómica influye en el acceso a las opciones reproductivas.

En este estudio, el nivel de control que las mujeres tenían sobre sus decisiones de aborto estuvo fuertemente correlacionado con su estatus económico. Esto apoya la afirmación de la teoría del conflicto de clases en el sentido de que el poder está distribuido de manera desigual, y aquellas con menos recursos están más sujetas al control externo, incluso en asuntos tan íntimos como las decisiones reproductivas.

Los teóricos del conflicto argumentan que los cuerpos de las mujeres se convierten en lugares de control dentro del sistema capitalista y patriarcal, y que el acceso a la autonomía reproductiva está mediado por la posición de una persona en la jerarquía de clases.

5.3 Funcionalismo estructural: instituciones sociales y normas reproductivas.

El funcionalismo estructural ve la sociedad como un sistema complejo cuyas partes trabajan juntas para promover la solidaridad y la estabilidad. Dentro de este marco, instituciones como la familia, la religión y la sanidad se consideran integrales para mantener el orden social.

Desde esta perspectiva, el papel dominante del marido en las decisiones de aborto —especialmente entre amas de casa y empleados gubernamentales— refleja la división tradicional del trabajo por género, en la que los hombres actúan como proveedores y tomadores de decisiones. La mínima influencia de los miembros de la familia extendida (suegras, amigos, hermanas) también indica que el aborto sigue siendo un asunto privado, firmemente situado dentro de la unidad familiar nuclear.

Mientras que el funcionalismo estructural enfatiza el papel de las instituciones para garantizar la estabilidad social, las críticas feministas argumentan que a menudo pasa por alto los desequilibrios de poder y las desigualdades

integradas en estas mismas instituciones. En el contexto de este estudio, la unidad familiar continúa reproduciendo normas patriarcales que limitan la autonomía reproductiva femenina.

Las teorías mencionadas proporcionan una comprensión integral de cómo la autonomía reproductiva de las mujeres se moldea no sólo por características individuales como la profesión y la educación, sino también por estructuras sociales profundamente integradas.

Cuadro 3. Educación materna e influencias en torno al aborto entre las encuestados en Delhi Oriental

Nivel educativo	Métrica	Sugerida por sí misma	Sugerido por marido	Suegra	Amigo	Madre	Hermana	Cuñada	Total
Sin educación formal	n	14	11	3	0	1	0	0	29
	% dentro de este nivel educativo	48.3%	37.9%	10.3%	0.0%	3.4%	0.0%	0.0%	100.0%
	% del total	6.1%	4.8%	1.3%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	12.6%
Cursos 1-4	n	1	0	0	0	0	0	0	1
	% dentro de este nivel educativo	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	% del total	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%
Grado 5	n	12	8	2	0	0	0	0	22
	% dentro de este nivel educativo	54.5%	36.4%	9.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	% del total	5.2%	3.5%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	9.6%
Grado 6	n	1	0	0	0	0	0	0	1
	% dentro de este nivel educativo	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	% del total	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%
Grado 8	n	12	9	0	0	0	0	0	21
	% dentro de este nivel educativo	57.1%	42.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	% del total	5.2%	3.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	9.1%
Grado 9	n	2	2	0	0	0	0	0	4
	% dentro de este nivel educativo	50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	% del total	0.9%	0.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.7%
Grado 10	n	28	17	5	1	2	1	0	54
	% dentro de este nivel educativo	51.9%	31.5%	9.3%	1.9%	3.7%	1.9%	0.0%	100.0%
	% del total	12.2%	7.4%	2.2%	0.4%	0.9%	0.4%	0.0%	23.5%
Grado	n	33	17	4	1	0	0	1	56

Nivel educativo	Métrica	Sugerida por sí misma	Sugerido por marido	Suegra	Amigo	Madre	Hermana	Cuñada	Total
	% dentro de este nivel educativo	58.9%	30.4%	7.1%	1.8%	0.0%	0.0%	1.8%	100.0%
	% del total	14.3%	7.4%	1.7%	0.4%	0.0%	0.0%	0.4%	24.3%
B.A.	n	18	10	3	0	1	0	0	32
	% dentro de este nivel educativo	56.2%	31.2%	9.4%	0.0%	3.1%	0.0%	0.0%	100.0%
	% del total	7.8%	4.3%	1.3%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	13.9%
MA.	n	3	1	0	1	0	0	0	5
	% dentro de este nivel educativo	60.0%	20.0%	0.0%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	% del total	1.3%	0.4%	0.0%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	2.2%
Poseedores de títulos profesionales	n	4	1	0	0	0	0	0	5
	% dentro de este nivel educativo	80.0%	20.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	% del total	1.7%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.2%
Total	n	128	76	17	3	4	1	1	230
	% dentro de este nivel educativo	55.7%	33.0%	7.4%	1.3%	1.7%	0.4%	0.4%	100.0%
	% del total	55.7%	33.0%	7.4%	1.3%	1.7%	0.4%	0.4%	100.0%

Análisis sociológico del Cuadro 3. Influencias en torno al aborto (Delhi Oriental)

El cuadro presenta datos sobre las fuentes de sugerencias para el aborto entre mujeres de diferentes niveles educativos en Delhi Oriental. Un análisis sociológico ayuda a comprender el papel de la educación, las normas de género, las dinámicas de poder y las estructuras sociales en la toma de decisiones sobre el aborto.

1. Educación y autonomía reproductiva de las mujeres

Los abortos auto sugeridos aumentan con la educación:

Mujeres sin educación: 48.3% se auto sugieren el aborto.

Clase 10: 51.9% se sugieren a sí mismas el aborto.

Clase 12: 58.9% se sugieren a sí mismas el aborto.
Poseedores de un máster: 60% se sugieren a sí mismos el aborto.

Mujeres profesionales: 80% se sugieren a sí mismas el aborto.

Esto indica que una educación superior se correlaciona con una mayor autonomía reproductiva, ya que las mujeres educadas tienen más probabilidades de tomar decisiones independientes sobre el aborto.

2. Influencia patriarcal: el marido como principal tomador de decisiones

Los maridos son la influencia externa más significativa en todos los niveles de educación (33% en total).

Entre las mujeres sin educación, el 37.9% reportó que su marido había sugerido un aborto, reflejando la dominación masculina sobre las decisiones reproductivas.

Incluso para las mujeres educadas (poseedoras de licenciaturas y másteres), los maridos seguían influyendo en el 20-31.2% de las decisiones de aborto, lo que sugiere que los roles de género tradicionales persisten a pesar de la educación.

3. El papel mínimo de la familia extendida y los amigos

Las suegras sugerían el aborto en solo el 7.4% de los casos, principalmente entre mujeres sin educación y de baja educación.

Los amigos, las madres, las hermanas y las cuñadas tenían poca influencia, reforzando lo siguiente:

- El aborto es una decisión privada dentro de la familia nuclear.
- Puede haber estigma social asociado a discutir el aborto abiertamente.
- Las mujeres pueden carecer de fuertes redes de apoyo entre iguales en lo que respecta a las opciones reproductivas.

4. Obstáculos de clase y estructurales

- Las mujeres menos educadas dependen más de sus maridos para la toma de decisiones.
- Acceso limitado a información sobre salud reproductiva.
- Dependencia financiera de sus cónyuges.
- Normas sociales que restringen la autonomía de las mujeres.
- Las mujeres educadas y profesionales, por otro lado, tienen mejor acceso a la atención sanitaria, a la independencia financiera y el poder de tomar decisiones.

5. Perspectivas teóricas: Interpretación sociológica

El cuadro que se está analizando ofrece conocimientos empíricos sobre cómo los diferentes niveles educativos entre las mujeres de Delhi Oriental moldean las fuentes de sugerencias de

aborto. Para interpretar estos hallazgos sociológicamente, nos basamos en perspectivas teóricas clave, como la Teoría Feminista, la Teoría del Conflicto y el Funcionalismo Estructural, cada una de las cuales ofrece una perspectiva única para comprender las intersecciones de la educación, el género, el poder y la autonomía reproductiva.

5.1 Teoría feminista: género, patriarcado y autonomía reproductiva

La teoría feminista centra fundamentalmente las experiencias de las mujeres y desafía las estructuras patriarcales que gobiernan los cuerpos y las elecciones de las mujeres. En este contexto, las decisiones sobre el aborto se convierten en un lugar crítico donde se revela la autonomía de las mujeres, o su falta de ella.

Los datos muestran una correlación positiva entre educación y agencia reproductiva, ya que la proporción de abortos autosugeridos aumenta bruscamente con la educación superior, alcanzando un pico de 80% entre mujeres profesionales. Esto confirma las afirmaciones feministas liberales de que la educación empodera a las mujeres mediante conocimiento, confianza y las herramientas socioeconómicas necesarias para tomar decisiones reproductivas autónomas.

Sin embargo, la persistente influencia de los maridos como principales tomadores de decisiones —en particular incluso entre las tituladas con licenciaturas y maestrías— indica el arraigo de las normas patriarcales, apoyando argumentos feministas radicales sobre la naturaleza profundamente arraigada del control masculino en las esferas reproductivas, independientemente del logro educativo formal de las mujeres.

El papel mínimo de parientes femeninos (madres, hermanas, suegras) en el proceso de toma de decisiones también refleja el aislamiento de género en cuestiones reproductivas, alineándose con las críticas feministas de cómo las elecciones de las mujeres a menudo se limitan a la esfera privada, donde la autoridad masculina sigue siendo dominante.

5.2 Teoría del conflicto: clase, poder y desigualdad estructural

Desde la perspectiva de la teoría del conflicto, especialmente tal como la articularon teóricos como Karl Marx y feministas contemporáneas como Sylvia Walby, los datos reflejan desigualdades estructurales en el acceso al poder y al control reproductivo. La teoría del conflicto enfatiza cómo la estratificación social, especialmente en torno a la educación y la clase, moldea el acceso de los individuos a la autonomía en la toma de decisiones.

Las mujeres menos educadas son más propensas a confiar en las sugerencias de sus maridos, lo que indica cómo la dependencia económica y el acceso limitado a la información sobre salud reproductiva refuerzan los desequilibrios de poder por género. Esto se alinea con la visión de la teoría del conflicto de que el poder se concentra en los grupos dominantes —en este caso, los hombres dentro de los hogares y las clases educadas dentro de la sociedad—.

A medida que la educación de las mujeres aumenta, su capacidad de auto direccionar sus elecciones reproductivas crece, ilustrando cómo el capital de clase y educativo funcionan como herramientas de emancipación. Sin embargo, la influencia residual de los maridos incluso entre las mujeres educadas refleja la naturaleza incompleta del empoderamiento bajo las estructuras sociales actuales.

Los hallazgos subrayan cómo la autonomía reproductiva está distribuida de manera desigual, una característica distintiva de la teoría del conflicto, destacando que la toma de decisiones sobre el aborto no solo es personal, sino que está estructurada por desigualdades sistémicas a través de la educación, los ingresos y el género.

5.3 Funcionalismo estructural: familia, normas y estabilidad social

Teóricos funcionalistas estructurales como Talcott Parsons interpretarían la toma de decisiones sobre el aborto dentro de la función más amplia de la familia y la estabilidad social. Según esta

perspectiva, cada parte de la sociedad —incluidos la familia, el sistema educativo y los roles de género— tiene un papel en el mantenimiento del equilibrio social.

La dominación de los maridos en las sugerencias de aborto, especialmente entre grupos menos educados, se alinea con el modelo funcionalista tradicional de la familia nuclear, donde los hombres son vistos como tomadores de decisiones autoritarios y las mujeres como cuidadoras. Esta división de roles garantiza la previsibilidad y el orden social, incluso si restringe la autonomía individual.

Sin embargo, el cambio visto en los datos —donde mujeres más educadas toman cada vez más decisiones autónomas— refleja una adaptación funcional del sistema familiar a cambios sociales más amplios, como el aumento de la participación femenina en la educación y la fuerza laboral. Esta evolución apoya la creencia del funcionalismo estructural en el cambio institucional gradual en respuesta a la modernización.

La baja influencia de la familia extensa o de sus pares (por ejemplo, suegras o amigas) puede reflejar la privatización de las decisiones reproductivas, donde la familia nuclear sigue siendo la unidad dominante de toma de decisiones. Esto apoya la idea funcionalista de que la familia se adapta internamente para mantener la cohesión en medio de las cambiantes normas sociales.

Esta interpretación sociológica demuestra que la toma de decisiones sobre el aborto entre las mujeres de Delhi Oriental está profundamente arraigada en fuerzas estructurales, incluidas las normas patriarcales de género, el acceso basado en la clase a la educación y la salud, y la persistencia de los roles familiares tradicionales.

6. Implicaciones políticas

Educación en salud reproductiva dirigida

Hay una necesidad urgente de ampliar la educación en salud reproductiva basada en la comunidad, con un enfoque intencional en las mujeres con menor

nivel educativo, amas de casa y jornaleras. Las intervenciones deben diseñarse estructuralmente para desmitificar el papel de la legislación en materia de salud y promover la toma de decisiones independiente e informada. Al ampliar los marcos de asesoramiento especializados dentro de los sistemas de salud de base, las iniciativas de salud pública pueden proporcionar a las cohortes vulnerables la conciencia básica necesaria para navegar de forma segura sus opciones reproductivas.

Empoderamiento socioeconómico y agencia financiera

Los hallazgos empíricos subrayan que las intervenciones estructurales destinadas a mejorar las oportunidades de empleo formal y la autosuficiencia financiera para mujeres se traducen directamente en una mayor autonomía reproductiva. Proporcionarles vías para la generación independiente de ingresos reduce eficazmente la dependencia sistemática en el hogar de los socios masculinos para las decisiones críticas, incluso para su propia salud. En consecuencia, las políticas económicas estatales que apoyan la participación de fuerza laboral femenina actúan como catalizadores indirectos para mejorar los derechos de salud materna y minimizar la coerción doméstica.

Desestigmatización y deconstrucción de las normas patriarcales

Las estrategias de salud pública deben dirigirse explícitamente a las estructuras patriarcales profundamente arraigadas y las dinámicas matrimoniales que comprometen la autonomía corporal, incluso entre mujeres altamente educadas y profesionalmente empleadas. Al mismo tiempo, se requiere una defensa comunitaria sistemática para desestigmatizar el cuidado a la salud implícito en el aborto. Mitigar el silencio social en torno a la terminación del embarazo fomentará un diálogo doméstico abierto, cultivará marcos de apoyo entre iguales más saludables y permitirá a las mujeres buscar apoyo médico sin miedo al aislamiento o a las represalias.

Conclusiones

Este estudio demuestra que la autonomía reproductiva entre las mujeres en Delhi Oriental está profundamente entrelazada con la estratificación socioeconómica, específicamente con el nivel educativo materno y su estatus laboral formal. Las pruebas empíricas confirman que la educación superior y la agencia financiera independiente —particularmente visibles entre autoempleadas y trabajadoras del sector privado— sirven como potentes impulsores de la toma de decisiones individual, correlacionándose con tasas significativamente más altas de consideración auto sugerida relativas al cuidado a la salud que representa el aborto. Por el contrario, las mujeres y amas de casa menos educadas permanecen altamente dependientes de sus parejas matrimoniales, reforzando modelos de dependencia institucionalizada dentro de la unidad doméstica.

De manera crítica, los hallazgos revelan que el empleo estable por sí solo no aísla completamente a las mujeres de la influencia patriarcal doméstica, como lo demuestra la alta tasa de insistencia para abortar proveniente del marido observadas entre las empleadas del sector gubernamental. En todos los niveles demográficos estudiados, la influencia de las estructuras de parentesco extendido (como las suegras) y las redes sociales informales (como las amigas o las hermanas) permaneció notablemente mínima. Esta insularidad sistémica destaca que el aborto sigue siendo una experiencia profundamente privada, aislada y altamente estigmatizada, rara vez integrada a conversaciones comunitarias más amplias o en estructuras de apoyo mutuo.

En última instancia, estas barreras estructurales enfatizan que la libertad reproductiva no se puede lograr sólo a través de mejoras socioeconómicas únicas. El progreso integral requiere de intervenciones políticas multisectoriales que al mismo tiempo promuevan el empoderamiento financiero de las mujeres, amplíen la alfabetización accesible de la salud reproductiva y apunten a las desigualdades de género arraigadas dentro de las dinámicas matrimoniales y familiares. Desestigmatizar el cuidado a la salud inherente al

aborto dentro del panorama de la salud pública es vital para la transición de estas decisiones de salud críticas, lejos de la coerción patriarcal y hacia una autonomía corporal sin concesiones.

Referencias

1. **Thomson, J. J.** (1971). *A Defense of Abortion*. Philosophy & Public Affairs, 1(1), 47-66.
2. **Marquis, D.** (1989). *Why Abortion is Immoral*. The Journal of Philosophy, 86(4), 183-202.
3. **Census of India (2001)**. *Demographic Data on East Delhi*. Government of India.
4. **Planned Parenthood**. (n.d.). *Counseling Services for Women Considering Abortion*. Retrieved from <https://www.plannedparenthood.org>
5. **World Health Organization (WHO)**. (2012). *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. Geneva: WHO.
6. **Government of India**. (1971). *The Medical Termination of Pregnancy Act*. Ministry of Health and Family Welfare.
7. **National Family Health Survey (NFHS)**. (2015-16). *Abortion and Family Planning Trends in India*. International Institute for Population Sciences.
8. **Guttmacher Institute**. (2020). *Abortion Worldwide: Uneven Progress and Unequal Access*. Retrieved from <https://www.guttmacher.org>
9. **Feminist Theories on Abortion Rights**. (n.d.). Various sources discussing gender roles and reproductive rights.
10. **Structural Functionalist Perspectives on Family and Reproduction**. (n.d.). Sociological literature on decision-making in reproductive health.



Social Medicine
Health For All

ISSN: 1557-7112