

Aborto clandestino, una forma de inequidad y exclusión

Por Delicia Ferrando

El deseo de las mujeres y parejas de tener cada vez menos hijos se traduce en una disminución paulatina y sostenida de la fecundidad en toda América Latina como lo revela el hecho que en la segunda mitad del siglo XX el promedio de hijos por mujer se redujo a menos de la mitad (de 6.0 en 1950 a 2.7 en el 2000¹). Esa es la tendencia general en todos los países de la región aun cuando el ritmo y la velocidad del cambio son diferentes entre países.

En la materialización del deseo de una familia pequeña el uso de métodos anticonceptivos juega un rol principal. Como se sabe, esta práctica comenzó en las ciudades grandes y entre las parejas y mujeres más pudientes. Más tarde y en forma progresiva se ha expandido a otros sectores de la población aunque todavía se está muy lejos de llegar a satisfacer toda la demanda.

En efecto, hay diferencias notables en la práctica anticonceptiva por sub grupos de la población debido a barreras individuales, familiares y sociales, entre las cuales la principal y de mayor peso es el desigual acceso a fuentes de información y suministro que es escaso en las zonas periféricas y pobres de las áreas urbanas así como en las áreas rurales. Como resultado, miles de mujeres se embarazan sin desearlo y muchas de ellas optan por interrumpir voluntariamente el embarazo.

También la forma en que las mujeres terminan un embarazo no deseado es diferente, lo cual pone de manifiesto una forma de inequidad y exclusión en el acceso a servicios para el cuidado de la salud. Dos variables clave ilustran la situación: a) El nivel socioeconómico (clasificando gruesamente a las mujeres en pobres y no pobres) que representa la capacidad de pagar con dinero atención profesional especializada; y b) la residencia urbana o rural de la mujer que implica la disponibilidad geográfica de establecimientos de salud de diferente capacidad resolutive; así como de profesionales de salud.

En general, se puede afirmar que como en América Latina el aborto es ilegal, excepto en Cuba y Puerto Rico, sólo las mujeres con mayores recursos económicos, educativos y de información tienen un aborto practicado en condiciones seguras, mientras que la inmensa mayoría va a personal menos calificado, a personas empíricas o se manipulan ellas mismas poniendo en peligro su salud y su vida.

Un estudio publicado por Alan Guttmacher Institute² (AGI) examina la experiencia del aborto provocado en seis países de América Latina revelando que su magnitud, unos cuatro millones por año en la región, es mucho mayor que el que reconocen las estadísticas oficiales (que no llegan a 500 mil).

Documento Ciudadanía Sexual

La mayoría de abortos inducidos tiene como protagonista a mujeres urbanas de escasos recursos porque las mujeres rurales lo practican menos y las mujeres urbanas con recursos tienen más fácil acceso a métodos anticonceptivos temporales o definitivos que les permiten prevenir un embarazo no deseado disminuyendo en ellas la necesidad de recurrir a interrumpirla voluntariamente. En otras palabras, estos dos grupos de mujeres tienen menos probabilidad de provocarse un aborto inducido. Las mujeres pudientes porque lo necesitan menos y las mujeres rurales porque entre sus patrones reproductivos no **tienen** mucho espacio **para** la práctica del aborto. Los proveedores de servicios de salud e investigadores que conocen el tema opinan que ellas no se hacen abortos: *“Aceptan su realidad y aunque el hijo sea del hermano de su marido, de su propio padre, de su propio hermano o de su padrastro, lo tienen nomás”; “son muy estoicas (las mujeres rurales), están preparadas para sufrir y se llenan de hijos”³.*

La desigualdad en la disponibilidad de medios económicos y en el acceso geográfico a proveedores de servicios y establecimientos de salud marca la diferencia en la práctica del aborto inducido. De acuerdo a datos recopilados por investigadores de América Latina y que fueron la base para la publicación del Instituto AGI, entre las mujeres pobres en áreas urbanas y rurales, personas no calificadas, incluyendo a las propias mujeres, realizan más de la mitad del total de abortos inducidos (algo más de la mitad en Brasil, Perú y Chile y un poco menos en Colombia, México y República Dominicana). En contraste, más de tres cuartas partes de mujeres con recursos económicos; es decir no pobres en las áreas urbanas (y más de la mitad de las no pobres rurales en Brasil México, Chile y Colombia), son atendidas por médicos. La excepción se da en el Perú donde las mujeres rurales no pobres tienen más posibilidad de ir a un proveedor no capacitado que a un médico, básicamente por la dificultad de acceso a información y servicios de salud, así como a profesionales de la salud.

Debido a que los proveedores que atienden a los diferentes grupos de mujeres tienen distintos niveles de calificación y algunos no tienen capacitación ninguna, el costo del procedimiento difiere entre mujeres urbanas y rurales y entre pobres y no pobres. Se afirma que lo que se paga está en directa relación con la seguridad médica del procedimiento. Mientras menor el costo tanto más la inseguridad a la cual las mujeres están expuestas. Las mujeres pudientes pueden pagar cifras exorbitantes que puede superar los mil dólares; mientras que las mujeres pobres invierten un máximo de 50 dólares (cuando van a un profesional), tres dólares si compran yerbas y entre 20 y 30 dólares si acuden a un empírico.

En realidad, cuando se habla del aborto médico, entre las mujeres pudientes hay básicamente dos procedimientos modernos básicos y seguros que se emplean para interrumpir un embarazo: La aspiración manual endouterina (AMEU) y la dilatación quirúrgica y curetaje (D&C). Ambas deben realizarse en consultorios médicos o en clínicas convenientemente equipadas. En cambio, las mujeres pobres utilizan una extensa variedad de métodos, formas y procedimientos. Sólo una pequeña proporción tiene acceso a técnicas seguras siendo más frecuente que usen métodos populares o que acudan a personal empírico o se manipulen

Documento Ciudadanía Sexual

ellas mismas. Entre los métodos que usan las mujeres pobres de la ciudad y el campo figuran la introducción vaginal de sondas o catéteres con soluciones (caústicas, agua salada, con detergentes, lejía, alcohol o cualquier infusión de hierbas) o sin soluciones y de objetos sólidos diversos (como palitos de tejer, tallos, pequeñas ramas de plantas que se piensa tienen propiedades abortivas).

Según los datos básicos del estudio de AGI, las obstetrices y enfermeras cobran menos que los médicos, pero no hay forma de saber si esto significa menor seguridad en el procedimiento en comparación con la que ofrecen los médicos. Como quiera que ellas hacen menos abortos, se podría pensar que tienen menos experiencia, pero también existe el prejuicio que las obstetrices tienen un nivel profesional inferior al de los médicos por lo que sus honorarios deben ser menores. Sin embargo, en el Perú se encontró que las mujeres de escasos recursos, e inclusive las de clase media prefieren atenderse con una obstetrix por el mayor tiempo que les ofrecen y por la calidad y calidez de la atención que les brindan⁴.

En años recientes, las técnicas para provocar un aborto inducido han variado de menos seguras y peligrosas a más eficientes. Se practica más la aspiración por vacío, pero también se ha expandido a todos los sectores de la población la práctica del aborto no médico mediante el uso vaginal u oral, o combinado de prostaglandinas (medicamento desarrollado para curar la úlcera gástrica pero que tiene como efecto secundario el producir contracción uterina). De acuerdo a los expertos, este producto utilizado bajo un protocolo adecuado tiene una tasa de éxito relativamente alta. En Brasil y Colombia ya se usaba en 1990, pero en el Perú se difundió en 1998⁵ y ahora es común en todo el país. Puede ser autoadministrado o aplicado por profesionales de la salud y por personas empíricas. La gran mayoría de proveedores y mujeres, sin embargo, no conoce la dosis exacta que eliminaría la necesidad de recurrir a la utilización de un procedimiento para completar la evacuación de restos ovulares.

Las complicaciones dependen de quién realiza el procedimiento. En ese sentido, la probabilidad se consideró mucho más elevada si la mujer se provoca el aborto ella misma o acude a una persona empírica sin capacitación, que si es atendida por un médico por una obstetrix o una enfermera. El estudio de AGI muestra que entre un 50% y un 60% de las mujeres que se inducen el aborto ellas mismas o con personas no calificadas sufrirán alguna complicación, versus un riesgo de complicación estimado entre 20% y 30% para las mujeres atendidas por obstetrix y uno muchísimo menor (7% a 14%) para quienes son atendidas por médico.

El mismo estudio señala que según estimaciones del riesgo general de complicaciones para los tres grupos de población, las mujeres pobres tienen más problemas. Se cree que más de cinco de cada 10 mujeres rurales pobres y cerca de cuatro de cada 10 mujeres urbanas pobres, comparadas con poco más de una de cada 10 mujeres urbanas de altos ingresos tiene complicaciones por un aborto inducido. Este mayor riesgo se debe a que reciben atención de personas no calificadas, a que son tratadas con métodos menos eficaces o a que se

Documento Ciudadanía Sexual

manipulan ellas mismas. La alta tasa de complicación entre las mujeres pobres urbanas o rurales se traduce también en una mayor tasa de mortalidad materna por aborto en estos grupos de mujeres mientras que dichas muertes por causas prevenibles no se dan entre mujeres con recursos económicos.

Para el tratamiento de complicaciones, por lo general las mujeres pobres casi exclusivamente van a hospitales públicos (entre 93% y 100%), aún cuando antes de llegar al hospital intentan resolver (exitosamente o no) la complicación por otros medios. Es improbable que las mujeres pudientes vayan a hospital público. Ellas van a médicos privados o a clínicas privadas. La situación en las áreas rurales es difícil por la ausencia de establecimientos y de profesionales de salud capacitados.

Conclusión

A pesar de ser ilegal, la práctica del aborto inducido es común en la región no así las condiciones en las que se produce que difieren según el nivel socioeconómico de la mujer y su lugar de residencia urbana o rural. Los hechos muestran formas abiertas de inequidad en el acceso a servicios de salud de calidad y a personal calificado para la terminación de un embarazo no deseado. Para las mujeres pudientes de la ciudad, el aborto es un evento que ocurre en la mayor privacidad con atención calificada y en ausencia de dolor físico; mientras que para las mujeres pobres la terminación voluntaria del embarazo está cargada de sufrimiento físico y psicológico dado que es un proceso largo que involucra a más de una persona e implica, por lo general, varios intentos que van desde el uso de yerbas hasta terminar con un empírico o técnico en salud. Se sabe que las mujeres pobres son víctimas de abusos por parte de personas inescrupulosas que exigen favores sexuales a cambio de atención. Y todo ello en su afán desesperado por poner término a un embarazo no deseado.

Los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos y son para todas las personas. Y esta situación de inequidad revela que en este aspecto los derechos mencionados y suscritos por todos los países de la región son letra muerta. Información y servicios en planificación familiar son imprescindibles para evitar embarazos no deseados. Información y atención adecuadas atendiendo al marco legal vigente en cada país debe ser provista **cuando la mujer** se enfrente a un embarazo no deseado, siempre respetando sus derechos sexuales y reproductivos, **sus derechos humanos**.

¹ CEPAL, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Naciones Unidas (2001) América Latina: Fecundidad 1950-2050, Julio 2001.

² The Alan Guttmacher Institute, (1994), Aborto Clandestino: Una realidad latinoamericana (Nueva York: The Alan Guttmacher Institute)

³ Ferrando, D. (2002) El aborto Clandestino en el Perú. Hechos y cifras. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristan y Pathfinder International,

⁴ *ibid*

⁵ Ferrando, D. (2004) El aborto Clandestino en el Perú. Nuevas evidencias. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristan y Pathfinder International, (en prensa).

.....

Sobre la autora

Delicia Ferrando es Antropóloga y demógrafa. Investigadora de temas de población y salud reproductiva. Trabaja para Pathfinder International y es docente universitaria.