

El Aborto Clandestino en América Latina: Perfil de una Clínica

Por Jennifer Strickler, Angela Heimbürger y Karen Rodríguez

Contexto: La mayoría de los trabajos de investigación sobre el aborto inducido en América Latina se han centrado en los casos de mujeres hospitalizadas debido a complicaciones causadas por el aborto. Sin embargo, se conocen poco sobre las características de las mujeres que pueden obtener este procedimiento realizado por personal capacitado que trabaja en condiciones sanitarias adecuadas.

Métodos: Los análisis de los registros médicos de 808 pacientes de un servicio urbano de aborto clandestino en América del Sur fueron complementados con observaciones clínicas realizadas durante seis semanas en 1995.

Resultados: Casi nueve de 10 pacientes habían cursado por lo menos enseñanza secundaria, cerca del 75% tenían menos de 30 años y un porcentaje similar no estaban casadas. El 54% nunca había dado a luz y el 13% había tenido anteriormente por lo menos un aborto inducido. Tres quintos de las mujeres no se encontraban usando anticonceptivos en el momento de quedar embarazadas; entre las usuarias de un método, tres quintos habían estado usando un método tradicional. El 3% tuvo complicaciones leves causadas por el procedimiento (por ejemplo, sangrado profuso o dolor pélvico), y otro 2% presentó complicaciones severas (por ejemplo, infección pélvica, hemorragias o sospecha de perforación uterina).

Conclusiones: Para reducir la necesidad de tener que recurrir a un aborto, es importante que los programas de planificación familiar incluyan en sus esfuerzos de extensión las mujeres jóvenes, las no casadas y las de un alto nivel de educación.

Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, número especial de 2001, 24–27

La mayoría de los estudios publicados sobre el aborto en América Latina están basados en información recibida de mujeres que han sido hospitalizadas debido a complicaciones causadas por el procedimiento.¹ Teniendo en cuenta la preocupación que existe con la morbilidad y mortalidad relacionadas con el aborto, este enfoque hace mucho sentido. No obstante, dicho enfoque excluye a las mujeres que no han sufrido complicaciones, y por lo tanto puede crear impresiones inexactas sobre las características de las mujeres que se someten a abortos. En particular, los estudios realizados en base de datos hospitalarios probablemente no son representativos de las mujeres de condiciones socioeconómicas relativamente elevadas que pueden obtener un aborto efectuado por personal médico en condiciones sanitarias adecuadas—un grupo poblacional considerado prioritario para los estudios de

investigación sobre el aborto en América Latina.² La aparente ausencia de abortos entre las mujeres de niveles de educación y de ingresos moderados y elevados podría inclinar a los encargados de formular políticas a la conclusión de que el uso de anticonceptivos ha eliminado la necesidad de abortos entre la clase media.

En esta nota de investigación, describimos a un grupo de mujeres que terminaron sus embarazos en un servicio de aborto clandestino relativamente seguro en una pequeña ciudad de América del Sur. Para proteger la identidad de los proveedores de este procedimiento, no hemos revelado detalles específicos sobre la clínica o país en el cual está ubicado.

Datos y métodos

Nuestros análisis incluyen datos cuantitativos y cualitativos. Los datos cuantitativos fueron obtenidos de los registros de todas las mujeres atendidas entre enero de

1992 y junio de 1995. (Las pacientes fueron identificadas solamente con un número, para proteger su privacidad). Recopilamos información sobre las características socioeconómicas de las pacientes, sus antecedentes de embarazo y de uso de anticonceptivos, puntos de apoyo psicológico, y complicaciones ocurridas durante o después del procedimiento, así como sobre la duración de la gestación. El total de pacientes atendidas durante el periodo de estudio fue de 873; sin embargo, se perdieron los registros médicos de 65 pacientes, lo cual dejó a la muestra un total de 808 mujeres.

Para complementar los datos de los registros médicos, el personal de la clínica nos invitó observar el funcionamiento de la misma por un periodo de seis semanas durante el verano de 1995. Entre las actividades observadas se encuentran la programación de citas para las pacientes, la prestación de consejería, la realización de terminaciones de embarazos, el manejo de los registros, el mantenimiento del equipo, y el traslado de la clínica; además, con el permiso de las mujeres, observamos 15 entrevistas con las probables candidatas de aborto. También realizamos entrevistas detalladas con los proveedores; los datos obtenidos en estas entrevistas se detallan por separado.³ En esta nota de investigación, se presentan las distribuciones simples y tabulaciones de múltiples entradas de características selectas de las pacientes, complementadas por información cualitativa obtenida de la observación de varias actividades.

Jennifer Strickler es profesora asistente de sociología, en la Universidad de Vermont, Burlington, Vermont, EE.UU. Angela Heimbürger es consultora independiente en la Ciudad de México; Karen Rodríguez es funcionaria del servicio de conferencias de las Naciones Unidas en Nueva York. Este trabajo de investigación fue apoyado con una donación del Center for Latin American Studies, Tulane University, Nueva Orleans, LA, EE.UU.

Estos datos son muy singulares y ofrecen una perspectiva directa sobre los servicios del aborto clandestino. Sin embargo, describen sólo a este grupo de mujeres y no refieren en forma generalizada a todas las mujeres que se someten a abortos clandestinos.

La clínica

Esta clínica ha estado prestando servicios de aborto clandestino desde 1990, cuando amenazas de violencia forzaron a otro proveedor de abortos a clausurar su clínica en la ciudad. Para proteger su identidad, la clínica se ve obligada a cambiar de local regularmente. El personal está compuesto por dos médicos, quienes realizan los abortos, y tres consejeras-instructoras. Los médicos recibieron adiestramiento en técnicas de aborto de parte de un colega que había sido capacitado en los Estados Unidos. Ambos médicos, además de este trabajo, practican la medicina familiar a tiempo completo; en consecuencia, no dependen económicamente de la realización de abortos. Las consejeras-instructoras son graduadas universitarias, aunque no tienen formación en medicina; las tres se autodescriben como feministas.

Cada semana se realizan en la clínica unos 5–10 abortos entre mujeres cuyo último período menstrual haya ocurrido 6–15 semanas antes. A las mujeres que se encuentran en el primer trimestre de embarazo (menos de 12 semanas), se les hace el aborto mediante la aspiración por vacío manual. Las mujeres cuyo embarazo tiene 12–15 semanas reciben un supositorio cervical de prostaglandina, y se les indica que deben procurar atención hospitalaria cuando comience el sangrado. Todo el equipo es esterilizado y se lo saca de la clínica todos los días.

Procura de un aborto

En un país donde el aborto es ilegal o muy restringido, una mujer que tiene un embarazo no deseado o fuera del tiempo deseado se encuentra en una situación muy precaria. Algunas mujeres recurren al aborto autoinducido y muchos proveedores de abortos clandestinos utilizan técnicas ineficaces o inseguras. Para terminar un embarazo es necesario disponer de dos cosas: dinero y contactos personales.

La clínica que estudiamos utiliza una amplia red de referencias: personas conocidas, psicólogos, profesores, médicos y otros proveedores de servicios de salud, quienes se ponen en contacto con la clínica y refieren el nombre y número telefónico de la mujer interesada por someterse a un aborto. Para proteger a la clínica,

nunca se les da el número telefónico de la clínica a las probables pacientes. Cuando la clínica recibe la información sobre una paciente, una consejera llama a la mujer interesada para reunirse en un local neutral, por lo general un parque público o una cafetería con mucho movimiento.

En la primera reunión, la consejera entrevista a la candidata y la instruye sobre el tema. Durante esta entrevista, la consejera se asegura que la mujer está totalmente convencida de la decisión que ha tomado de terminar su embarazo; toma datos sobre su historial clínico y reproductivo; y le pregunta si tiene apoyo psicológico por parte de su pareja o de otra persona. Esta entrevista sirve para eliminar los casos de personas que no están completamente convencidas de que quieren someterse a un aborto, y para establecer con toda seguridad que la mujer está decidida a hacerlo y que no hay contraindicaciones médicas que puedan poner en peligro su salud.

Después de la entrevista, la consejera explica el procedimiento que se utiliza para realizar el aborto, describe los instrumentos que se utilizan para ello (espéculo, tenaculum y cánula) y habla sobre el uso de la anestesia local. Habla brevemente sobre la situación legal del aborto y de la importancia que tiene el aborto para una mujer como una opción en casos de un embarazo no deseado. El objetivo de este tipo de consejería es capacitar a la mujer para que asuma la responsabilidad de su decisión; ofrecerle información sobre su cuerpo y sobre el procedimiento; y explorar si la mujer percibe el aborto como un acto moralmente erróneo o pecaminoso, de modo de asegurarse que ella se siente cómoda con su decisión de terminar el embarazo.

Asimismo, la consejera se indica a la mujer que es necesario mantener total confidencialidad sobre los proveedores y la paciente debe acordar que no revelará a nadie la ubicación de la clínica. Finalmente, se establece una fecha para realizar el aborto, se fija un lugar cercano a la clínica para reunirse y se acuerda sobre el precio del procedimiento. La clínica tiene un sistema móvil de honorarios, que varía desde US\$20 a \$200; la mujer paga a la consejera en efectivo en el momento de realizarse la intervención.

El día en que se realiza el procedimiento, la consejera se encuentra con la paciente y la acompaña hasta la oficina. Si ésta prefiere, puede ser acompañada por su pareja o por un familiar. En ese momento, conoce al médico, quien le hace un examen ginecológico y toma nota de su historial clínico. Con la consejera acom-

Cuadro 1. Distribución porcentual de pacientes de aborto, según ciertas características

Característica	%
ANTECEDENTES	
Educación (N=771)	
primaria	13,2
Secundaria	48,9
Post-secundaria	37,9
Actualmente estudia (N=793)	
Sí	28,8
No	71,2
Grupo de edad (N=788)	
<20	13,3
20–24	30,7
25–29	28,6
30–34	15,1
35	12,3
Estado civil (N=774)	
No casada	77,9
Casada	22,1
HISTORIAL DE EMBARAZOS	
Embarazos previos (N=783)	
0	45,6
1–2	41,6
3	12,8
Nacimientos previos (N=800)	
0	54,1
1–2	37,3
3	8,6
Abortos inducidos previos (N=361)	
0	87,5
1	12,5
CIRCUNSTANCIAS DE EMBARAZO/ABORTO	
Semanas transcurridas desde el último período menstrual (N=792)	
6–8	64,1
9–12	30,3
>12	5,6
Usaria de un método en el momento de la concepción (N=442)	
Sí	38,7
No	61,3
Actitud del compañero (N=733)	
Apoya	53,3
No apoya	9,4
Compañero no sabe	35,2
Otro	2,0
Total	100,0

pañándola a su lado, el embarazo se termina en menos de 20 minutos. Luego la mujer permanece en reposo hasta que se controla el sangrado y se siente bien, generalmente media hora. A todas las mujeres se las refiere al programa local de planificación familiar para que obtengan información sobre la anticoncepción. El personal de la clínica no presta servicios de consejería sobre anticonceptivos en el momento en que se realiza un aborto porque consideran que en esa situación, la mujer se encuentra demasiado preocupada para absorber información y la mayoría de las pacientes saben dónde recurrir para obtener anticonceptivos.

Cuadro 2. Porcentaje de pacientes que experimentaron complicaciones causadas por el aborto, según la duración del embarazo (en semanas a partir del último período menstrual), por la severidad de la complicación

Duración	N	Total	Leve	Severa
Total	792	4,6	2,6	2,0
6–8	508	3,6	2,2	1,4
9–12	240	5,4	2,5	2,9
>12	44	11,4	9,1	2,3

Antes de que la mujer abandone la clínica, se le entrega instrucciones escritas explicando la necesidad de tomar antibióticos profilácticos para prevenir una infección pélvica e instrucciones de cómo ponerse en contacto con la clínica (a través de la persona que estableció el contacto originalmente) si tuviera síntomas de infección (por ejemplo, fiebre, dolor abdominal o sangrado profuso) o hemorragia. Todas las mujeres reciben llamadas de las consejeras para asegurar que no hay complicaciones; en caso que sospeche que hay alguna complicación, regresan a la clínica para una visita médica de seguimiento. Los proveedores han indicado que durante todos los años de práctica en esta clínica ocurrió un solo caso que requería que la paciente sea hospitalizada de emergencia.

Características de las pacientes

El 87% de las mujeres que obtuvieron un aborto en la clínica habían cursado por lo menos enseñanza secundaria y el 29% actualmente estaban inscrita en la escuela (Cuadro 1, página 25). De acuerdo con estos resultados, las pacientes de la clínica presentaban un nivel educativo superior y eran más propensas a estar estudiando en la actualidad que las mujeres de la población en general.⁴ Aproximadamente tres de cada cuatro pacientes tenían menos de 30 años y la misma proporción no estaban casadas.

Aproximadamente el 46% de las pacientes nunca habían estado embarazadas y el 54% no tenía hijos. Solamente el 9% había tenido tres o más nacimientos, en un país donde la tasa global de fecundidad es de aproximadamente tres nacidos vivos por mujer. La baja fecundidad de estas mujeres se debe, al menos en parte, al hecho de que generalmente son jóvenes y no están casadas; asimismo, esto sugiere que recurren al aborto para espaciar o postergar los nacimientos. El 13% de las mujeres que asistieron a la clínica se habían sometido anteriormente a un aborto inducido.

Habíamos pensado que la dificultad de encontrar dónde acudir para un aborto re-

sultaría en una postergación del procedimiento. Sin embargo, el 64% de las mujeres presentaban embarazos de 6–8 semanas (medidas desde la fecha de su último período menstrual), el 30% habían estado embarazadas durante 9–12 semanas, y sólo el 6% tenían embarazos de más de 12 semanas. Las adolescentes eran más propensas a presentar embarazos de más de 12 semanas que las mujeres de 20 o más años de edad—12% contra 5% (no indicado).

Casi las tres quintas partes de las mujeres indicaron que no usaban anticonceptivos en el momento de la concepción. Esta proporción también varió con relación a la edad de la mujer: el 73% de las adolescentes no practicaban la anticoncepción cuando concibieron, en comparación con el 59% de las mujeres mayores. De aquellas que habían estado practicando la anticoncepción, el 60% usaban métodos tradicionales y el 40% métodos modernos (no indicado).

Casi dos tercios de las mujeres le habían comentado a su pareja acerca del aborto y un tercio había ocultado el embarazo o el aborto. Entre las mujeres que habían informado al respecto a su pareja (N=460), la gran mayoría (85%, no indicado) señalaron que él las “apoyaba”. Tomando en cuenta este elevado nivel de apoyo, es importante destacar que durante nuestras seis semanas de observación, nunca vimos que un hombre acompañara a una mujer a la clínica.

Complicaciones del aborto

Evaluamos la incidencia de las complicaciones leves y severas. Entre las complicaciones leves se encuentran el sangrado profuso; el dolor pélvico; la reacción vagal (caída de la presión arterial, sentirse mareada); irregularidad menstrual subsiguiente; y un profundo sentido de culpa, ansiedad o depresión. Estas complicaciones pueden requerir de atención médica, pero no constituyen una amenaza de vida o de problemas de salud a largo plazo. Se consideran complicaciones serias a la infección pélvica, hemorragias, retención de tejido fetal, fiebre y sospecha de perforación del útero.

La gran mayoría de las mujeres no tuvieron complicaciones causadas por el aborto. Sin embargo, el 3% sufrió complicaciones leves y el 2% complicaciones severas (Cuadro 2). Las mujeres que tenían embarazos superiores a las 12 semanas de gestación presentaron la tasa más alta de complicaciones leves (9%), probablemente debido a la duración del embarazo. Sin embargo, la experiencia de estas mujeres no se puede comparar estrictamente con la de las mujeres que habían

terminado un embarazo más breve, porque en casos de gestación más prolongada, la clínica ofrece únicamente el método abortífero de la inserción del supositorio de prostaglandina, y luego las mujeres acuden al hospital para someterse a una evacuación uterina. La atención médica de seguimiento incluía el tratamiento farmacéutico (antibióticos o metergina, un producto utilizado para contener el sangrado profuso) y reevacuación uterina. Ninguna mujer debió ser hospitalizada debido a complicaciones causadas por el procedimiento del aborto.

Discusión

Evidentemente, nuestros resultados son sugerentes en vez de concluyentes. No obstante, tomando en cuenta la escasa información que existe sobre el aborto en América Latina, este estudio ofrece una perspectiva directa sobre varios aspectos del aborto clandestino en esa región.

El perfil de las pacientes del aborto que aquí se presenta es muy diferente del que se identificó a fines de los años 1970 entre las mujeres hospitalizadas debido a complicaciones causadas por el aborto,⁵ la mayoría de las cuales eran mujeres casadas, y tenían dos o más hijos y un nivel educativo de menos de ocho años de escolaridad. Estas diferencias se pueden deber, en parte, a los cambios ocurridos a través del tiempo en el tipo de mujer que se somete a un aborto (por ejemplo, en la actualidad, las pacientes del aborto son más jóvenes y mejor instruidas de lo que fueron en el pasado). Asimismo, dichas diferencias también pueden reflejar la variación inherente—sin ninguna relación al período de tiempo—en el acceso a servicios de aborto en condiciones adecuadas (por ejemplo, los datos basados en la admisión hospitalaria siempre representarán en forma exagerada a las mujeres que no pueden obtener servicios clandestinos en condiciones sanitarias adecuadas). Sin embargo, trabajos de investigación recientes en varios países de América Latina sugieren que la probabilidad de un aborto es particularmente elevada entre las mujeres jóvenes y las mujeres no casadas.⁶

Nuestros resultados aclaran varias de las dificultades que se enfrentan para recopilar información sobre un acto ilegal y clandestino. No podemos sacar conclusiones acerca de los factores determinantes del aborto, o calcular las tasas de aborto con base en la población. No obstante, parece que los embarazos no deseados ocurren entre mujeres que son jóvenes, de elevado nivel educativo y que no están casadas.

Es probable que América Latina esté siguiendo el precedente establecido por los Estados Unidos (y la mayoría de los países desarrollados) donde ha aumentado la actividad sexual prematrimonial. Es evidente que los programas de planificación familiar deberían centrar la atención en este grupo de mujeres con el fin de reducir la necesidad de recurrir al aborto.

Referencias

1. Núñez L, Rutas del aborto, ponencia presentada en el Encuentro de Investigadores Sobre Aborto Inducido

en América Latina y el Caribe, Bogotá, Colombia, 15-18 de noviembre, 1994; y Fonseca W et al., Características médicas do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais de Fortaleza, *Revista Maternidade Escola Assis Chateaubriand*, 1996, 2(1):9-12.

2. Llovet JJ y S Ramos, Induced abortion in Latin America: strategies for future social research, *Reproductive Health Matters*, 1998, 6(11):55-63.

3. Rodríguez K y Strickler J, Clandestine abortion in Latin America: provider perspectives, *Women and Health*, 1999, 28(3):59-76.

4. Naciones Unidas, *The World's Women, 1995: Trends and Statistics*, Social Statistics and Indicators Series, Nueva

York: Naciones Unidas, 1995, Series K, No. 11.

5. Paxman J et al., The clandestine epidemic: the practice of unsafe abortion in Latin America, *Studies in Family Planning*, 1993, 24(4):205-226; e International Fertility Research Program (IFRP), *Abortion in Latin America*, Research Triangle Park, NC, EE.UU.: IFRP, 1980.

6. Misago C y Fonseca W, Determinants and medical characteristics of induced abortion among poor urban women in north-east Brazil, en: Mundigo A y Indriso C, eds., *Abortion in the Developing World*, Londres: Zed Books, 1999, págs. 217-227; y Zamudio L et al., The incidence and social and demographic characteristics of abortion in Colombia, en: *ibid.*, págs. 407-446.