



Aumenta la mortalidad materna: el impacto silencioso de la Covid-19 en América Latina

PANDEMIA. La magnitud de la emergencia sanitaria provocó restricciones y cierres de los servicios de salud reproductiva durante meses.

Con los sistemas sanitarios enfocados en contener al virus, las mujeres experimentaron severas dificultades para acceder a los servicios de salud reproductiva, como atención perinatal, métodos anticonceptivos y aborto seguro. Un monitoreo realizado en nueve países de la región permitió comprobar que estas limitaciones han ocasionado un incremento de la mortalidad materna. Solo en Perú fallecieron 433 gestantes entre enero y diciembre de 2020, un número que no se alcanzaba desde hace una década. Este año, se han reportado más de 90 defunciones hasta el 9 de marzo. De seguir así, advierten las especialistas consultadas, los indicadores podrían ser peores a los registrados en los primeros meses de la pandemia.

Por:

Agustina Ramón Michel: rmichelagus@gmail.com

Mirelis Morales: moralesmirelis@gmail.com

Sonia Ariza: soniaarizanavarrete@gmail.com

En Perú, una gestante primeriza de 25 años dejó de recibir atención prenatal en marzo del año pasado. Estaba en su séptimo mes de embarazo y la incertidumbre de no saber el estado de su bebé le generó una crisis de ansiedad. En Ecuador, una joven quiteña necesitaba una consulta para acceder a un método anticonceptivo y, pese a sus esfuerzos, no logró obtener siquiera una cita. En Colombia, una mujer que requería una interrupción del embarazo, fue remitida a un centro de salud que quedaba a 12 horas de su residencia y se le negó el uso de ambulancia u otro tipo de transporte.

En América Latina, se replican testimonios que evidencian cómo la emergencia asociada al nuevo coronavirus ha vulnerado el derecho de las mujeres a acceder a los servicios de salud reproductiva de manera oportuna, a pesar de ser considerados esenciales por la [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#) y por la [Comisión Interamericana de Derechos Humanos \(CIDH\)](#). Esto ha provocado serias consecuencias en la salud de las mujeres, jóvenes y niñas; que han pasado desapercibidas.

El informe "[La Salud Reproductiva es Vital](#)", realizado por el Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (Clacai) entre marzo y agosto de 2020, comprobó una tendencia al alza en los indicadores de mortalidad materna en la región con respecto al año anterior, como consecuencias de las restricciones en los servicios de salud reproductiva durante la pandemia. Esta iniciativa –suscrita por más de 80 organizaciones de América Latina– recogió datos en Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia (el único que no registra un incremento en las cifras oficiales), Ecuador, Perú, Uruguay, El Salvador y dejó entrever que el efecto de la pandemia en la salud reproductiva de las mujeres sería incluso mayor que el número de muertos directos por la Covid-19.

“EL MONITOREO “LA SALUD REPRODUCTIVA ES VITAL” RECOGIÓ DATOS EN ARGENTINA, BRASIL, BOLIVIA, CHILE, COLOMBIA, ECUADOR, PERÚ, URUGUAY Y EL SALVADOR.

Las cifras de Perú saltan a la vista. Durante 2020, el Ministerio de Salud (Minsa) registró 433 defunciones maternas, lo que representó un incremento de 42% en relación con el período anterior. “Esos números nos hablan de un retroceso de diez años en el esfuerzo que se había hecho para bajar la mortalidad materna”, lamenta Margarita Pérez, decana del Colegio de Obstetras del Perú. “Lo más preocupante es que llevábamos 92 fallecidas hasta el 9 de marzo de 2021, lo que demuestra que no se aprendió nada de la primera ola y, de seguir así, podríamos cerrar con cifras peores a las del año pasado”, agregó.

[De acuerdo con la OMS](#), entre 88% y 98% de las muertes maternas son evitables. Las defunciones por causas asociadas al embarazo no son eventos de la naturaleza frente a los cuales el sistema de salud no pueda responder y las estrategias para reducirlos tampoco son una incógnita. Evitar la mayoría de estas muertes es técnica, económica y políticamente factible. Por eso, además de ser una de las más rotundas violaciones del derecho a la vida, la defunción materna es un [indicador confiable](#) para medir las desigualdades, el nivel de desarrollo, la calidad y el acceso a los servicios de salud y apoyos sociales.

En Perú, las muertes maternas históricamente han estado asociadas a causas directas, que corresponden a temas propios del embarazo como trastornos hipertensivos, hemorragia obstétrica y otras menos comunes como sepsis. Durante 2019, al menos 62,3% de las gestantes fallecieron por esos motivos. Pero al año siguiente la balanza se inclinó

e hizo que las muertes por causas indirectas pasaran de 37,7% a 43,7%.

RETROCESO. En Perú, la mortalidad materna creció a niveles que no se registraban desde hace una década, de acuerdo a información del Minsa.

Ilustración: Leila Arenas.

“La pandemia obligó a priorizar las áreas Covid. Los demás servicios, como atención prenatal, quedaron invisibilizados”, afirma la decana del Colegio de Obstetras del Perú. “Las causas de muerte materna, tanto directas como indirectas, pueden ser prevenibles con un adecuado control, donde se identifican las complicaciones, y la referencia oportuna a un establecimiento de mayor nivel de resolución. Pero en este contexto, no ha sido posible”, acotó.

La Covid-19 llegó a encabezar la lista de causas indirectas de defunción en gestantes, con 15,3%, y desplazó a la enfermedad cerebrovascular, que cayó de 7,8% a 4,6%. Los números del Minsa revelan que, al menos, 63 gestantes o puérperas murieron a causa del nuevo coronavirus durante el año pasado. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Perú se convirtió en el país latinoamericano con más gestantes contagiadas por millón de habitantes. El informe epidemiológico, con fecha del 15 de enero de 2021, reporta que 40.648 embarazadas dieron positivo a la Covid-19, lo que significa 49% de las infectadas en la región.

Rafaela de Silva de Jesús falleció una semana después de dar a luz a su única hija. La suya fue la primera muerte materna registrada oficialmente por el nuevo coronavirus en Brasil. La joven de 28 años era residente del estado de Bahía, mujer afrodescendiente y maestra en una escuela en el interior del estado. Su sueño era ser madre y, tras cinco años de tratamientos de fertilidad, había logrado concebir a Alice. Pero su esposo prestó sus servicios de transporte para una boda, donde asistieron más de 280 invitados, y la pareja se contagió.

Días después del parto, Rafaela mostró síntomas asociados a la Covid-19 y tuvo que ser internada. Sin embargo, el hospital de su ciudad no contaba con una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Antes de ser trasladada a otro centro de salud, falleció. Era marzo de 2020. Lo que vendría después ubicaría a Brasil como el epicentro latinoamericano de la pandemia, en razón de la tasa de mortalidad e incidencia por cada 100 mil habitantes. Un hecho que se vio reflejado en los indicadores de mortalidad materna: tan solo en el primer semestre de 2020, ya se habían registrados 926 gestantes fallecidas, de las cuales 124 se debieron al nuevo coronavirus, según reportó Anis – Instituto de Bioética, Derechos Humanos y Género, organización encargada del monitoreo [en este país](#).

Es cierto que la Covid-19 ha generado una crisis sin precedentes. No obstante, la epidemia del Ébola en Sierra Leona, ocurrida entre 2014 y 2015, ya había dejado algunas lecciones que las autoridades sanitarias pudieron emplear en esta pandemia. La crisis sanitaria del país africano, así como lo ocurrido con el Zika y la influenza N1H1, demostró que la restricción extrema de los servicios de salud sexual y reproductiva terminó en un aumento de las muertes maternas y neonatales. Hubo cuatro años para corregir las decisiones que se tomaron en aquel momento, a fin de garantizar los derechos de las mujeres. Pero no fue así.

La magnitud de la actual emergencia sanitaria condujo a cerrar o restringir los horarios de los centros de atención primaria, donde se presta la mayoría de los servicios de salud reproductiva; se redujo el personal sanitario por reasignación de funciones para atender la Covid-19; se exigió el cumplimiento de medidas de bioseguridad para acceder a estas atenciones y se negó el ejercicio de ciertos derechos conquistados en el último tiempo, como el acompañamiento en el parto y las cesáreas innecesarias, lo cual desestimó el llamado de la Oficina de la Alta Comisionada para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de atender no solo las dimensiones médicas de la pandemia, sino también los aspectos de derechos humanos y sus consecuencias en las brechas de género.

Lorena*, una mujer de 39 años que vive en una zona rural de Quito, es solo un ejemplo. Ella se dio cuenta de que estaba embarazada a finales de abril de 2020. Afrontaba una situación complicada: no tenía trabajo, debía mantener a su hija de 13 años y su pareja carecía de recursos para apoyarla. Semanas después, sufrió un aborto espontáneo. Tuvo sangrados leves y mucho dolor, pero sentía miedo de salir de casa, pues Ecuador registraba una de las etapas más duras de la pandemia. Aun así, el malestar la obligó a acercarse a un centro de salud, donde le negaron la atención porque no presentaba “un cuadro grave”. A los pocos días, acudió a la maternidad de su localidad. Allí, le explicaron que debía pedir cita por teléfono y, aunque lo intentó de manera reiterada, no consiguió que le agendaran un turno. Al final, logró que un familiar le prestara dinero para acudir a un servicio privado, donde comprobaron que no se había completado el aborto y tenía una infección.

LECCIONES. La pandemia del Ébola ya había demostrado que la restricción extrema en los servicios de salud reproductiva ocasionan graves problemas en la salud de las mujeres.

Ilustración: Leila Arenas.

Antes, durante y después del parto

Perú decretó su emergencia sanitaria el 16 de marzo de 2020. Desde entonces, se implementaron medidas de aislamiento y otras restricciones destinadas a reducir la transmisión del virus. Ello incluyó limitaciones para acceder a los servicios de salud reproductiva, que alejó de esa atención a los sectores más vulnerables.

Por más de tres meses, quedaron suspendidas las consultas externas en las 8 mil postas y centros de salud de menor rango en el país. Una decisión que dejó a la gran mayoría de las gestantes sin atención, pues 80% de los controles prenatales se realiza en esos establecimientos y al menos 15% resulta ser casos de alto riesgo, que debe derivarse a un hospital. A la fecha, están prestando servicios, aunque no al 100% de su capacidad por la ausencia de personal.

Sandra*, una gestante que se atendía en el Hospital Sabogal de EsSalud, en El Callao, tuvo su último control en febrero de 2020. En ese entonces, se le notificó que su bebé tenía un quiste plexo coroideo en la cabeza que, aunque no suele poner en riesgo la vida del feto requiere hacerse unas ecografías de seguimiento. Pero al iniciarse la cuarentena, se cancelaron sus chequeos, controles y exámenes programados. Cada vez que se comunicaba con el hospital, le respondían: "al terminar la cuarentena todo volverá a la normalidad".

Las atenciones prenatales en Perú disminuyeron alrededor de 40% durante marzo y agosto de 2020. Lo mismo ocurrió en Bolivia. También en Ecuador, donde las gestantes quedaron a la deriva ante las restricciones de los servicios. Nada más se concedieron consultas presenciales para los embarazos de alto riesgo. “Yo solo tuve dos controles hasta el momento del parto”, cuenta Ana*, una mujer afroecuatoriana, de 29 años. “Tenía una cita para abril y no fui porque me daba miedo el contagio, pero nunca me avisaron para reprogramarla”.

“OTRAS EPIDEMIAS YA HABÍAN DEMOSTRADO QUE RESTRINGIR LA ATENCIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA INCREMENTA LA MUERTE MATERNA Y NEONATAL”.

Marlene*, quien se encontraba en el sexto mes de embarazo al momento de la entrevista, no había conseguido recibir ningún control prenatal, debido a la falta de citas en los hospitales de Quito. Esta migrante venezolana presentaba dolor en el vientre, pero en el centro de salud más cercano no tenían área de obstetricia. Tuvo que peregrinar para tratar de acceder a un control médico. Ni siquiera le dieron la opción de una consulta por telemedicina. Al final, tuvo que acudir a un servicio de emergencia y pagar para hacerse una ecografía en una clínica privada, pese a su precaria situación económica.

Perú también llama la atención por registrar un incremento de 40% en los partos domiciliarios, según [datos levantados](#) por el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (Promsex), organización que formó parte del informe de Clacai. Al respecto, Margarita Pérez, decana del Colegio de Obstetras, aseguró que el miedo a contagiarse y las limitaciones de movilidad llevaron a más de 6.268 mujeres a dar a luz en su casa. Incluso, se registraron siete veces más alumbramientos en los lugares de trabajo que en el año anterior.

Estos partos, conocidos como extrainstitucionales no planificados, suelen tener complicaciones, que luego pueden reflejarse en las cifras de gestantes fallecidas. En Perú, las muertes maternas extrainstitucionales, que ocurrieron en el domicilio o en el trayecto al centro de salud, representaron 24,5% en 2020. Si bien el informe del Minsa no revela una

variación importante de ese porcentaje con respecto al periodo anterior, la decana del Colegio de Obstetras no duda de que pueda haber un subregistro, debido a la cantidad de alumbramientos que se realizaron en casa desde el comienzo de la pandemia.

“Estos partos fuera de la institución –explicó Pérez– se producen porque tenemos muchos hospitales que han tenido que ampliar su atención para los casos de Covid-19, a costa de los servicios de obstetricia. Ello sin contar que tenemos una reducción del 40% del número de obstetras, que debieron pasar a hacer trabajo remoto por su edad o por una condición preexistente”.

Bolivia, por su parte, exige una prueba Covid negativa para recibir atención al momento de parir. Este requisito, cuyo gasto no es cubierto por el Estado, desencadenó un aumento en los partos extrainstitucionales no planificados y de alto riesgo. Incluso, se presentaron alumbramientos a las puertas de los centros de salud, ante la imposibilidad de contar con 150 dólares para realizarse el análisis que confirmara que no estaban contagiadas, tal como reveló Católicas por el Derecho a Decidir, organización encargada del monitoreo [en este país](#).

En Cochabamba, por ejemplo, se reportó el caso de una mujer que tardó nueve horas para encontrar un hospital donde la admitieran, porque no contaba con una prueba Covid. Marina* salió de su casa a las 8 de la noche y terminó dando a luz a las 5:20 de la mañana, en un auto estacionado frente a un centro de salud, con ayuda de su cuñada. Tras el parto, el personal médico salió a atenderla, pero le hicieron firmar un documento para dejar constancia que el niño había nacido dentro de la institución y no en el vehículo.

Argentina, en cambio, estableció lineamientos para facilitar el acceso a la atención prenatal durante la pandemia, que pueden considerarse buenas prácticas a tener en cuenta para la segunda o tercera ola de la pandemia, como reveló el Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), organización a cargo del [monitoreo local](#). En este caso, el personal entregó el informe médico a cada gestante en la primera consulta y se hizo una actualización inmediata de los registros, para que pudieran atenderse en cualquier centro. Se les garantizó el envío de resultados por correo electrónico y se les hizo seguimiento por telemedicina.

Colombia también aplicó medidas que resultaron positivas, como limitar los tiempos de espera en los servicios de atención, agilizar los turnos y utilizar la telemedicina para darle seguimientos a los controles de embarazos de bajo riesgo. Mientras que Uruguay, Brasil, Chile y El Salvador establecieron un triage telefónico para identificar si se requería o no la consulta presencial. En este último país, se implementó la consejería telefónica en servicios de anticoncepción, [como reportó](#) la Agrupación Ciudadana por la Despenalización del Aborto.

ALTO RIESGO. En varios países de la región creció la cantidad de partos extrainstitucionales no planificados, durante la pandemia. Estos suelen tener complicaciones.

Ilustración: Leila Arenas.

Confinadas sin anticonceptivos

La pandemia también significó la interrupción del acceso a los anticonceptivos para muchas personas, por las dificultades para retirarlos en los centros de salud o por la falta de reposición de los inventarios. En Chile, por citar un caso, los controles y las atenciones para temas de anticoncepción se redujeron en 43% entre marzo y agosto de 2020. Tampoco hubo entrega gratuita de preservativos y se denunciaron partidas defectuosas de anticonceptivos distribuidas por el sistema de salud pública, que tuvieron que ser retiradas. Incluso, alrededor de 140 mujeres resultaron embarazadas forzosamente por causa del anticonceptivo defectuoso, de acuerdo con el [informe](#) del Movimiento por la Interrupción Legal del Embarazo (MILES).

Entretanto, la encuesta virtual "Acceso y atención en servicios de salud sexual y reproductiva en Ecuador durante la pandemia por Covid-19" registró que, de un total de 244 personas entrevistadas por la organización Surkuna, al menos 37,68% afirmó que faltaban métodos anticonceptivos en los centros de salud, otro 31,8% especificó que no lo atendieron o le indicaron que se dirigiera a otro establecimiento y casi 26% no sabía dónde acudir o a dónde llamar en el contexto de la emergencia sanitaria para obtener métodos anticonceptivos.

“Cuando fui por mis pastillas con mi carnet, no me las quisieron entregar”, denunció Eugenia*, una joven de Quito. “Todo porque yo estaba viviendo en otro domicilio durante la pandemia. Insistí y logré que me dieran para tres meses, casi como si fuera un favor. Incluso, puse una reclamación. Regresé en junio y me volvieron a negar la entrega, porque ya estábamos en semáforo amarillo y supuestamente podía movilizarme. Pero yo vivía con mi abuela, que era población de riesgo. Intenté cambiar de domicilio. No lo logré y tuve que suspender el tratamiento”, comentó al equipo del Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos Surkuna, a cargo del [monitoreo en Ecuador](#).

“EL EFECTO DE LA PANDEMIA EN LA SALUD REPRODUCTIVA PODRÍA SER INCLUSO MAYOR QUE EL NÚMERO DE MUERTOS DIRECTOS POR LA COVID-19”.

Un estudio del Instituto Guttmacher (2020) quiso mostrar desde muy temprano el impacto que traería para los países de bajo y mediano ingreso una reducción de 10% en la provisión de insumos anticonceptivos reversibles y los resultados no fueron demasiado alentadores. Su evaluación determinó que habría por lo menos 49 millones de mujeres adicionales con necesidades insatisfechas de anticonceptivos modernos y 15 millones de embarazos no deseados.

Los métodos de larga duración ni siquiera fueron una opción viable para las mujeres de la región, porque la anticoncepción quirúrgica se suspendió durante la pandemia, a menos que se realizara en el marco de una cesárea. En Argentina, el Plan Nacional de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia (ENIA) también reportó una disminución de 40% en la entrega de anticonceptivos de larga duración en el primer cuatrimestre del año.

Sin embargo, algunos países aplicaron prácticas para facilitar el acceso, que bien podrían replicarse en esta segunda ola. Uruguay, por ejemplo, prolongó el vencimiento de las tarjetas de tratamiento para que las beneficiarias pudieran recibir los insumos durante la emergencia sanitaria, sin necesidad de hacer trámites administrativos para la renovación. Argentina, por su parte, diseñó puntos de entrega sin contacto, amplió el periodo mínimo de tres meses de insumos, activó la emisión de recetas electrónicas y, al igual que Colombia, implementó la entrega a domicilio.

Truncado camino hacia al aborto

El aislamiento social obligatorio puso a las mujeres de la región en una situación de mayor vulnerabilidad. Muchas terminaron confinadas con sus agresores y quedaron expuestas a ser abusadas, sin tener siquiera la posibilidad de refugiarse en otro lugar o salir a pedir ayuda. En Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia y Uruguay existe la opción de un aborto legal en casos de violación. Pero, en tiempos de pandemia, el acceso a este procedimiento para las mujeres, adolescentes y niñas fue casi imposible.

En este contexto, las mujeres estuvieron más propensas a ser víctimas de servicios engañosos, realizados por personas no capacitadas, y a prácticas poco seguras. Más de una terminó estafada con medicamentos adulterados que estaban a la venta por internet. La línea de Aborto Información Segura, que funciona en Perú, registró un aumento de 400% en llamadas de mujeres buscando asesoría confiable. Mientras que el colectivo “Decido Yo” asistió en abril a 2.063 usuarias, tres veces más de lo que solían atender antes de la emergencia. Lo mismo ocurrió con otras líneas que brindan información sobre aborto seguro en otros países, como Argentina, Ecuador y Chile.

Las barreras que existen en la región para acceder a un aborto seguro –a excepción de algunos estados de México, Uruguay y, desde finales de 2020, Argentina, donde la legislación contempla la interrupción legal del embarazo– relega a las mujeres a prácticas clandestinas y riesgosas. Durante la pandemia, no fue distinto. En Brasil, donde el aborto está

contemplado para casos de violación o riesgo de vida, el sistema de salud público reportó 1.040 interrupciones de embarazos entre enero y julio de 2020. Pero en ese mismo periodo, se registraron 83.099 hospitalizaciones relacionadas con complicaciones de abortos practicados fuera de la red sanitaria.

Ese dato no termina de dar cuenta de la magnitud del problema, porque no contempla el subregistro de mujeres que no llegan a los servicios de salud en Brasil, como apunta la organización Anis. La ciudad de Bom Jesus do Norte, del estado de Espírito Santo, por ejemplo, reportó el caso de una joven de 28 años, quien murió a causa de complicaciones por un aborto. Flavia* intentó interrumpir su embarazo con una jeringa, sonda y permanganato de potasio; una técnica insegura. La mujer murió tras hacerse una herida en el útero, que le provocó un sangrado abundante y, en consecuencia, un paro cardíaco.

El informe concluyó que el servicio de abortos fue uno de los más afectados durante la pandemia. Ecuador, Perú, Chile y Uruguay no flexibilizaron ningún requisito para facilitar las interrupciones de embarazos por violación o riesgo de vida. Incluso, Brasil mantuvo la exigencia de la presentación de la denuncia en los casos de abuso sexual. En consecuencia, estos países registraron un descenso de hasta 86% en la cantidad de procedimientos realizados en 2020.

No ocurrió igual en Colombia ni en Argentina. Ambos países permitieron la consulta remota con las pacientes que buscaron abortos durante la pandemia. Lo que constituye una práctica alineada con lo recomendado por la OMS desde 2012, que confirma que el aborto autogestionado es seguro si las mujeres embarazadas tienen información sobre protocolos efectivos, la medicación correcta y en dosis adecuadas; y acceso a seguimiento médico, de ser necesario.

Teresa*, una joven bogotana, lo experimentó en carne propia. Ella consiguió una cita para practicarse una interrupción en una clínica de Bogotá. Pero ese día, cuando llegó al centro médico, le informaron que su temperatura era muy alta y que no podían dejarla entrar. De regreso a casa, un hombre le ofreció un panfleto de un servicio de aborto clandestino. Ella lo rechazó y, afortunadamente, encontró en internet el servicio de “aborto en casa por telemedicina” de Oriéntame.

Reservó una cita esa misma tarde y tuvo una consulta online de una hora con un médico que le informó sobre el procedimiento. Al día siguiente, llegó a su casa una caja con misoprostol, medicamento con el que realizó el tratamiento. Tiempo después, tuvo una cita de chequeo con Oriéntame. “¿Por qué no se difunde más esta alternativa?”, comentó Teresa*. “Otras mujeres podrían acceder a un aborto seguro, desde su casa. Así no correríamos tantos riesgos”.

“EN 2020, ECUADOR, PERÚ, CHILE Y URUGUAY REGISTRARON UN DESCENSO DE HASTA 86% EN LA CANTIDAD DE INTERRUPCIONES LEGALES DE EMBARAZO REALIZADAS”.

Esta pandemia abre muchas preguntas acerca de la efectividad de las medidas adoptadas y la profundización de las barreras para el acceso a los servicios de salud reproductiva. Sobre todo, se cuestiona la falta de atención en barrios marginales urbanos, el impacto del aislamiento en las violencias dentro del hogar y el olvido en que quedaron las poblaciones vulnerables como las migrantes e indígenas.

Los indicadores de salud reproductiva en el contexto de esta emergencia sanitaria dejan en evidencia la necesidad de que los Estados garanticen el funcionamiento de los servicios de salud reproductiva en el tiempo de pandemia que aún queda por delante. Y, a la par, demuestran la necesidad de actualizar los protocolos de aborto legal, para evitar la continuación forzosa de embarazos; situación reconocida como una violación de los derechos humanos. Sobre todo, cuando hay impactos previsibles en la salud física o mental de las gestantes.

ABORTO. Durante la pandemia, el acceso a la interrupción del embarazo para las víctimas de violación fue casi imposible.

Ilustración: Leila Arenas.

Ello evitaría que se repliquen casos como el de una niña de 10 años en el estado de Espírito Santo (Brasil), que quedó embarazada luego de ser violada por un familiar y encontró diversos obstáculos para acceder a un aborto legal. Sus familiares la llevaron al hospital de su ciudad, pero los médicos se negaron a practicar la interrupción. Ni siquiera respondieron al llamado de la justicia local, que ordenó el aborto. La niña y su mamá tuvieron que viajar más de 1.400 kilómetros, hasta Recife (estado de Pernambuco), para que pudiera ser atendida en otro centro de salud público.

Un caso similar ocurrió en Ayacucho, Perú, donde una niña de 12 años quedó embarazada producto de una violación por no recibir a tiempo el kit de emergencia. Su familia solicitó la aplicación del protocolo para un aborto terapéutico, por las repercusiones físicas y mentales sobre la menor. Pero el personal del hospital se negó a practicar la interrupción. De paso, un sacerdote y una monja acudieron al centro para convencerla de no proceder con el aborto. Al final, algunos testimonios terminaron por desvirtuar la acusación de la niña, quien quedó como responsable de su violación.

“Esto lo que demuestra es que estamos teniendo serios problemas de garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres”, afirmó Gladys Vía Huerta, coordinadora de Católicas con Derecho a Decidir-Perú, quien prevé que se produzca un repunte en los embarazos de niñas y adolescentes. “Ahora, veremos más embarazos forzados en niñas por

la violencia sexual, porque, en este contexto, casi no se están haciendo abortos terapéuticos. De paso, estamos viendo que las enfermedades crónicas no están siendo atendidas, porque el sistema de salud está colapsado y la mortalidad materna se ha incrementado (...) Lo más lamentable es que muchas de estas muertes pudieron haberse evitado”.

Este artículo fue publicado el 25 de marzo de 2021 en el portal web del medio periodístico [Ojo Público](#) Accede a su publicación [aquí](#).

PREV POST

Monitoreo de la sociedad civil revela las consecuencias de la pandemia sobre la salud reproductiva en América Latina

El Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI) es una articulación integrada por personas activistas, investigadoras, proveedoras de servicios de salud y profesionales que contribuye a la disminución del aborto inseguro en América Latina. CLACAI busca promover el acceso a información y a mecanismos modernos y seguros que garanticen los derechos sexuales y reproductivos de las personas.

clacai.org

Manténte informadx

Déjanos tu correo electrónico y suscríbete a nuestro newsletter para que puedas estar enterado de todos los avances.

[SUBSCRÍBETE ACÁ](#)