

EL ACCESO A LA TECNOLOGÍA EN LA POLÍTICA PÚBLICA

María José de Oliveira Araújo

CONFERENCIA LATINOAMERICANA:
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL ABORTO INSEGURO
Lima, Perú, junio de 2009

Presentación

En este artículo se discute el acceso a la tecnología en la política pública, con énfasis en la práctica del aborto con medicamentos, o aborto médico, como es llamado por algunos autores, en la prevención del aborto inseguro desde la perspectiva de las mujeres y del movimiento de mujeres. Daremos prioridad a la experiencia de Brasil, país que desde el inicio de los años ochenta tiene esta discusión en su agenda pública.

El aborto con medicamentos es el uso de drogas para inducir el aborto, en la mayoría de los casos sin ayuda de profesionales de salud, sobre todo en los países en donde la legislación es restrictiva o el aborto es ilegal en cualquier circunstancia. Existe un juicio común, en el sentido de que las mujeres en los países en vías de desarrollo – la mayoría de ellos con legislación punitiva- utilizan sustancias destinadas oficialmente a otros fines para interrumpir un embarazo no deseado.

Diversos estudios confirman las impresiones de las mujeres sobre el tema y el relato de los profesionales de la salud en su práctica cotidiana en los hospitales públicos de los países de América Latina.

La droga más difundida y usada para inducir el aborto es el misoprostol, mejor conocido como Cytotec®. En el mundo entero, las mujeres con embarazos no deseados descubren medios para su interrupción, independientemente de los proveedores de salud, debiendo rebelarse que lo impiden y que estimulan la práctica del aborto clandestino en condiciones inseguras.

El misoprostol está ampliamente divulgado, es conocido y utilizado en los países latinoamericanos, en detrimento de otras drogas que vienen siendo estudiadas y usadas en otros países, como la mifepristona y el metotrexate. La primera, aprobada hace ya algún tiempo para uso aislado o conjuntamente con el misoprostol en países desarrollados y en algunos países en desarrollo, no está aprobada en la mayoría de los países de nuestra región, como es el caso de Brasil. Por iniciativa de varias universidades, surgió la tentativa de realizar estudios sobre esa droga; sin embargo, problemas de cesión de derechos de investigación, impidieron que tal iniciativa tuviera éxito, a pesar de haber tenido la aprobación previa de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, ANVISA, órgano del Ministerio de la Salud. En cuanto al metotrexate, los protocolos indican que su uso debe limitarse a casos de gravidez ectópica íntegra. No existen estudios que informen sobre su uso en casos de gravidez no deseada.

El desconocimiento de la utilización de estas dos drogas en los abortos inducidos es una de las razones que motivan este artículo, de tratar apenas el misoprostol como

droga de elección de las mujeres y de los profesionales de la salud para la inducción del aborto.

Este texto no tiene la pretensión de analizar exhaustivamente toda la literatura que existe sobre el tema, sino de poner a la disposición del público una visión amplia de la situación del aborto inseguro, sus consecuencias para la salud de las mujeres, y cómo es que ellas recurren a métodos de medicamentos u otros para enfrentar la ilegalidad en la cual deciden su vida reproductiva.

Estudios más actuales que apunten a la magnitud real de esta práctica entre las mujeres del continente, son importantes para que podamos entender mejor el papel del aborto con medicamentos en la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas.

Introducción

El aborto realizado en condiciones inseguras representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo, involucrando cuestiones complejas referentes a aspectos legales, religiosos, morales, sociales y culturales. Tan complejas cuestiones se vuelven más evidentes cuando consideramos que en un número importante de países el aborto es considerado un crimen, llevando a millares de mujeres y adolescentes a arriesgar su salud y su vida en clínicas clandestinas, engrosando las estadísticas de mortalidad materna¹.

Para un gran número de mujeres en países pobres, el aborto resulta de necesidades no satisfechas de planeación reproductiva, incluyendo la falta de información sobre métodos anticonceptivos, el acceso limitado a ellos, posibles fallas en su uso, e igualmente dificultades de acceso a los servicios de salud. Destacamos también que la gravidez no deseada es el resultado de relaciones impuestas o de situaciones de violencia sexual, sobre todo entre mujeres adolescentes y jóvenes².

Aspectos legales, religiosos y culturales inhiben a las mujeres a declarar los abortos, dificultando medir su dimensión real en los países en donde esa práctica es ilegal, con consecuencias negativas para la implementación de políticas públicas que garanticen la autodeterminación de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Independientemente de la ilegalidad del aborto, las estadísticas mundiales dan cuenta de que su práctica es extensa, con el uso de medios y métodos diversos, inducidos por la propia mujer o realizado por profesionales en condiciones a menudo inseguras, que pueden acarrear graves riesgos a la salud de la mujer y llevarla incluso a la muerte.

Cálculos de la Organización Mundial de la Salud³ (OMS), señalan que casi 50 por ciento de las gestaciones son no deseadas, y que una de cada nueve mujeres recurre a prácticas de aborto para interrumpir su embarazo. Cada año, cerca de 19 millones de abortos inseguros son realizados en el mundo; de ellos, 96 por ciento ocurre en los países pobres.

Se estima que en América Latina y en el Caribe ocurren 18 millones de gestaciones por año, y que de ellas 52 por ciento fue no planeada, terminando en aborto 23 por ciento⁴. Para Brasil, los datos revelan que su incidencia ha disminuido en el período de 1992 a 2007, si bien los números permanecen todavía en niveles elevados, demostrando que por cada tres nacidos vivos existe un aborto inducido⁵, con un cálculo de una razón de 29 por ciento en 2005.

Datos de la literatura^{6,7} señalan que en aquellos países en donde las mujeres tienen acceso a servicios seguros, sus probabilidades de morir en el transcurso del aborto realizado con métodos modernos están en torno de una muerte por cada 100,000 procedimientos. En los países en desarrollo, el riesgo de muerte por complicaciones de abortos inseguros es tres veces más alto que los realizados por profesionales en condiciones seguras³.

La OMS (2004)³ señala que, de todas las estadísticas que dicha organización monitorea, las de la mortalidad materna son las que demuestran diferencias más profundas entre los países desarrollados y en vías de desarrollo, representando la mayor razón de inequidad en salud que las mujeres enfrentan, a pesar de que en los años más recientes se haya incrementado el conocimiento sobre sus principales causas, y se tengan identificadas las intervenciones apropiadas para combatirla. La magnitud de la inequidad de la muerte materna en América Latina se refleja en el hecho que en el 20 por ciento de la población más pobre se concentra el 50 por ciento de las muertes maternas; mientras que en el quintil más rico ocurre 5 por ciento de tales muertes. Según la OMS (2004), muchas mujeres no tienen acceso al control del embarazo, a la atención al parto y a las complicaciones del aborto por personal calificado.

El aborto inseguro representa una de las principales causas de mortalidad materna en los países latinoamericanos, siendo responsable del 12.9 por ciento de esas muertes. En Brasil, un estudio de la mortalidad de mujeres de 10 a 49 años, con énfasis en la mortalidad materna⁸ revela que el aborto fue responsable de 11.4 por ciento del total de las muertes maternas y de 17 por ciento de las causas obstétricas directas, siendo que la investigación permitió suponer que una parcela significativa correspondió al aborto inseguro. Mientras tanto, estos datos no pueden medirse con un cien por ciento de certeza – si se trataba de aborto espontáneo o inseguro- pues esta información no siempre aparecía en los historiales médicos y los familiares de las mujeres tampoco lo informaban.

Las muertes maternas por aborto varían también por región en los países: las regiones más pobres presentan las mayores tasas. Un estudio hecho por Ipas⁵ reveló que el Nordeste de Brasil presenta el mayor riesgo para la realización de abortos, con una tasa de 2,73 para cada 100 mujeres. La menor tasa corresponde a una de las regiones más desarrolladas de Brasil, la región Sur, con 1,28 abortos para cada cien mujeres.

En el caso brasileño, las mujeres negras, que forman parte del grupo con menores ingresos, están expuestas a una proporción mayor de muertes maternas por dos causas específicas: trastornos de hipertensión en la gravidez y el aborto inseguro².

Las mujeres jóvenes y adolescentes son también parte importante de las estadísticas de abortos inseguros. Los datos nacionales revelan que estas jóvenes y adolescentes se embarazan cada vez más tempranamente, y que en el año 2005 fueron atendidas en la red pública de salud 2,781 casos de niñas de entre 10 y 14 años que acudieron a tratamientos post aborto, mientras 46.504 jóvenes de 15 a 19 años acudieron por tratamientos similares⁹. Cruzando estos datos de internamiento por abortos inseguros con los datos del Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE)¹⁰ sobre el número de adolescentes que Brasil tenía en 2005, se calcula que ocurrió un caso de aborto para cada grupo de 138 adolescentes en la Región Norte en contraposición con un aborto por cada 318 adolescentes en la Región Sur.

Datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS,1998)¹¹ refieren que en América Latina las complicaciones resultantes de la gravidez, incluyendo el aborto inseguro, parto y puerperio, son la cuarta causa de mortalidad entre jóvenes de 10 a

19 años. Estos datos confirman la vulnerabilidad de las adolescentes, sobre todo de aquellas menores de 15 años, que acusan una mortalidad materna 2,5 veces mayor que las jóvenes de 20 años y más¹¹.

Evidentemente que estos datos resultan de una serie de factores tales como las condiciones socio-económicas y el apoyo social del que carecen muchas adolescentes de clases populares durante su vida reproductiva.

La ilegalidad del aborto y las muertes maternas

En la gran mayoría de los países del continente, el aborto es considerado un crimen, salvo excepciones en los casos de riesgo de vida para la mujer (aborto terapéutico) y gravidez resultante de violencia sexual (aborto sentimental) en algunos de ellos. En Brasil, el aborto es permitido también bajo estas dos circunstancias. La pena para las mujeres que se someten a un aborto de forma ilegal varía de uno a diez años de prisión, siendo la pena aumentada para aquellas personas que lo practican o auxilian (Código Penal Brasileño, artículos 128 y 129 de 1940). Viene creciendo la discusión sobre la realización del aborto por decisión de la mujer, en los casos de anencefalia, aunque no existe todavía ningún dispositivo legal que permita la realización de este procedimiento sin la autorización judicial. Desde el inicio de los años noventa, se concedieron más de 3,000 autorizaciones judiciales para mujeres que decidieron interrumpir la gestación en los casos de feto anencéfalo¹².

La ilegalidad del aborto no ha conseguido impedir que las mujeres recurran a él en los casos de gravidez no deseada. A pesar de la dificultad de obtener datos más precisos sobre el número de abortos realizados anualmente, se puede afirmar que gran parte de los abortos sucedieron en situación de ilegalidad. La mayoría de las mujeres recurren a clínicas clandestinas o usan recursos inadecuados, tales como la introducción en el interior del útero de sondas, sustancias corrosivas, agujas de tejer, o la ingestión de té u otras sustancias conocidas como abortivas. Sólo las mujeres de las clases más favorecidas consiguen realizarse abortos en condiciones técnicas consideradas seguras, aun si experimentan trastornos morales y temor de ser descubiertas transgrediendo un precepto legal¹.

Las estadísticas mundiales sobre el aborto inseguro revelan su relación directa con los índices de mortalidad materna por esta causa. La experiencia de varios países viene demostrando que, cuando el aborto es legal, fundamentado en motivos socio-económicos amplios y practicado a solicitud de la mujer, y cuando existen servicios disponibles y de buena calidad, el aborto inseguro se reduce drásticamente y, como consecuencia también, hay una reducción de la mortalidad y morbilidad maternas^{13,14}.

Diversas investigaciones han demostrado ya que restringir el derecho al aborto no lo elimina, colocando en evidencia las desigualdades sociales, de género y de acceso a los servicios de salud. Las complicaciones del aborto inseguro pueden llevar a la muerte a mujeres por no tener acceso a un tratamiento calificado y oportuno; además de que la criminalización crea una barrera que les impide la búsqueda de ayuda.

El miedo a ser maltratadas y/o a ser denunciadas por los profesionales de la salud, impide a las mujeres acudir tempranamente a los servicios de salud. La situación de ilegalidad del aborto hace también que las mujeres que llegan a los servicios de salud en proceso de aborto o demandando la realización de un aborto permitido por la ley, vivan un momento difícil, con sentimientos de soledad, angustia, ansiedad, culpa, autocensura, miedo de hablar, de ser castigadas o humillada y la sensación de no poder quedar embarazada de nuevo². Se suma a lo antes expuesto que muchas

mujeres no saben reconocer los síntomas que indican la existencia de complicaciones resultantes de un aborto inseguro¹.

A pesar de que el Código Penal Brasileño de 1940, en su artículo 128, inciso II, permite el aborto cuando existen riesgos para la vida de la mujer y en la gravidez resultante de violencia sexual, los primeros servicios para atender a las mujeres comenzaron a ser creados apenas al finalizar la década de los ochenta, principalmente en la ciudad de Sao Paulo.

Desde la creación del primer servicio, muchos otros servicios de atención para mujeres víctimas de violencia sexual y doméstica se implantaron en Brasil. Datos del área Técnica de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud¹⁵ demuestran que el número actual de esos servicios es de alrededor de 70 en todo el país. Los datos de intervención en los hospitales públicos, de abortos por razones médicas y legales, vienen creciendo desde fines de los años noventa, a pesar de representar aún una pequeña parte de las gestaciones indeseadas resultantes de violencia sexual¹⁵.

Los casos de aborto por riesgo para la vida de la mujer realizados en hospitales públicos son objeto de poco debate en la sociedad brasileña. Para la realización de ese procedimiento, el Ministerio de Salud¹⁶ recomienda la evaluación de la gestante por parte de dos obstetras y por un especialista en la patología que está motivando la interrupción del embarazo. El riesgo materno debe ser evaluado a partir de las probabilidades de repercusiones irreversibles que el organismo de la mujer pueda tener como consecuencia de las condiciones y patologías identificadas; el riesgo fetal es evaluado a partir de las condiciones maternas y de la vitalidad y crecimiento fetal¹⁷.

También se exige el consentimiento de la mujer, o de algún familiar en caso de que ella no esté en condiciones de decidir sola. Las indicaciones para la anticipación electiva del parto incluyen indicaciones maternas e indicaciones fetales; las medidas a ser adoptadas se deben discutir siempre con la mujer, a quien le cabe la decisión final sobre la interrupción o no del embarazo.

El que exista en los países permisos legales para realizar el aborto en los casos en que exista riesgo para la vida para la mujer, o cuando haya ocurrido violencia sexual, no es aún garantía de que los derechos sexuales y reproductivos de la mujer serán respetados. Existe una fuerte resistencia por parte del sector salud para comprometerse con las necesidades de las mujeres que sufrieron violencia sexual y que desean interrumpir un embarazo no deseado. En Brasil, si bien algunos servicios que realizan el llamado aborto legal, su existencia se niega. Una investigación de la ONG Católicas por el Derecho de Decidir, publicada en 2005, demuestra claramente la dificultad de los profesionales de la salud, aun con el recurso de un amparo legal, encaran para reconocer los derechos humanos de las mujeres en el área de la salud y realizar un aborto permitido por ley en el país desde 1942.

La experiencia de las mujeres con el uso de misoprostol

El acceso a un aborto legal y seguro es un derecho de las mujeres, y para que esa premisa de los derechos sexuales y reproductivos se torne realidad, es necesario que las mujeres tengan el poder de elegir y los recursos necesarios; para ello, el Estado debe ofrecer servicios de salud universales, integrales y que respeten las decisiones de las mujeres.

Las mujeres encuentran en su cotidianeidad medios denominados “no científicos” y métodos no reconocidos oficialmente para evitar una gravidez indeseada. Lo mismo ocurre con la realización del aborto, que es ampliamente utilizado, aun considerando

los riesgos que de él se originan cuando se le realiza en condiciones inseguras y por parte de profesionales no capacitados para efectuar tal procedimiento.

El uso del misoprostol es una de las prácticas a las que las mujeres acuden “clandestinamente” para provocar un aborto en los casos de embarazos no deseados, sea por no usar un anticonceptivo, por usarlo de forma incorrecta, por una falla del mismo, o en los casos de gravidez resultante de violencia sexual, situación vivida por número importante de mujeres, adolescentes y niñas de nuestros países¹⁸.

El misoprostol, derivado de la prostaglandina E1, se vende en las farmacias de nuestros países desde fines de los ochenta, con el nombre comercial de Cytotec®, para tratamiento de úlcera péptica. Los empleados de las farmacias descubrieron rápidamente que entre los efectos secundarios de este medicamento, estaba el de hacer descender la menstruación de forma más rápida y efectiva en los casos de retraso en el sangrado menstrual. Este conocimiento fue ampliamente divulgado entre la población y actualmente es considerado como una “salvación” para aquellas mujeres que necesita interrumpir una gestación y que carecen de los medios para acceder a las clínicas clandestinas que existen en todos los países donde el aborto es ilegal.

Según la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, FLASOG (2007), el Misoprostol es en la actualidad un medicamento de uso frecuente en América Latina en el área de gineco-obstétrica, aunque todavía no está aprobado en la mayoría de nuestros países para estas indicaciones. Este hecho hace que su uso sea realizado de forma aleatoria y distinta en los distintos servicios, pudiendo acarrear, de ser usado en forma inapropiada, serias consecuencias para la vida de la mujer y del feto.

El producto fue introducido y comercializado en Brasil en 1986, y fue aprobado por el Ministerio de Salud. En 1998, se lanzó una nueva marca del producto misoprostol 25 microgramos, el Prostokos® de uso intra vaginal, que tiene en la recomendación del fabricante la indicación de uso para maduración del cuello del útero e inducción de trabajo de parto. Este nuevo producto fue aprobado por el Ministerio de Salud para uso exclusivo en hospitales.

El Ministerio de Salud de Brasil posee normas técnicas con indicaciones claras del uso de Misoprostol²⁻¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸, que incluye las indicaciones ya referidas –maduración del cuello uterino e inducción del trabajo de parto- además de su uso hasta 12 semanas para la interrupción del embarazo resultante de violencia sexual y en los casos de mujeres que llegan a los hospitales en proceso de aborto buscando abreviarlo.

Desde fines de los años ochenta muchos países aprobaron el uso de misoprostol para el tratamiento de úlcera gástrica aunque, según Arilha y Barbosa (1992)¹⁹, hasta el inicio de los años noventa su utilización como abortivo solamente en Brasil ganó visibilidad, en función de la magnitud del uso y de los debates ocurridos en torno a esa nueva práctica de interrupción de una gravidez indeseada por las mujeres, sobre todo en el período inicial de la gestación. Esa fue una de las principales razones para la dificultad de su comercialización en el país, estando restringida y suspendida su venta por diversos períodos.

Acompañada de una gran polémica, la discusión iniciada en 1988 en Brasil sobre el uso de misoprostol como inductor de aborto ocupó, por largos períodos, las páginas de los periódicos y coberturas televisivas como consecuencia de los cambios en la reglamentación de su comercialización; inicialmente vendido sin restricciones en farmacias y droguerías de la capital del país y del interior, pasó a ser prohibido en

algunos estados, mientras en otros el uso se limitaba a hospitales y la venta en farmacias estaba condicionada a la tenencia de receta. Actores importantes en el cambio de la reglamentación fueron los profesionales de la salud contrarios al aborto, la Iglesia católica y las instituciones responsables de la vigilancia de medicamentos en el país, que consideraban que la sustancia estaba siendo utilizada en función de sus efectos secundarios¹⁹.

Aun considerando las restricciones que fueron impuestas y todavía existen respecto del uso de misoprostol en Brasil, varios estudios demuestran que viene siendo largamente utilizado por las mujeres desde finales de los años ochenta, y que una proporción importante de abortos clandestinos continúan siendo realizados con este medicamento^{19,20}. A pesar que algunos estudios sugieren una relación entre la reducción de la mortalidad y morbilidad materna por aborto inseguro y el uso de misoprostol^{21,28}, las cuestiones legales hicieron que se presentara una reducción de su uso en diversos momentos surgiendo, a partir de esa situación, un mercado clandestino con precios inaccesibles para las mujeres pobres.

Investigaciones realizadas en países de América Latina -Brasil, Colombia, Ecuador, México y Perú-^{19,22,23} revelan que la opinión de las mujeres que participaron en los estudios es que el aborto con medicamentos es menos doloroso, más simple de realizarse, menos arriesgado y más barato comparado con otras formas de inducción. Sobre la autodeterminación para realizar el aborto, las mujeres sostuvieron que este método facilita la decisión, por el hecho de no ser un procedimiento quirúrgico, dejando la impresión de ser una menstruación normal. Se estudio también se estudió el conocimiento de los profesionales de la salud y de las mujeres sobre el uso correcto del método en la inducción del aborto. Los autores concluyeron que se debería incorporar más información en las capacitaciones y materiales educativos dirigidos a los profesionales de la salud, lo que coincide con otros estudios sobre el uso a menudo inadecuado del misoprostol.

El dossier elaborado por el IMAIS y el grupo CURUMIM (2008) intitulado “A realidade do aborto inseguro na Bahia”, confirma estos datos. Los testimonios de mujeres entrevistadas, revelan que ellas adquieren el medicamento en locales no siempre confiables y a precios elevados, y también que en algunos casos la prescripción del medicamento la hacen médicos en consultorios privados, para ser aplicado por las propias mujeres en sus domicilios. Esta “nueva forma” de uso del misoprostol, ya revelada a través de datos empíricos, alcanzó a las mujeres de las clases medias y altas, que recurren al medicamento por sentirse “más tranquila en relación al aborto”, según lo señaló una participante en la investigación.

Un proyecto apoyado por Ipas y desarrollado en el 2008 por parte de grupos de mujeres con comadronas empíricas en el interior del estado de Bahía, en Brasil, confirma los hallazgos de la mayoría de los trabajos de uso diseminado del misoprostol para inducir el aborto. Todas las participantes, incluyendo agentes comunitarias de salud y mujeres de la comunidad, la mayoría con un bajo nivel de escolaridad, conocían el medicamento; algunas comadronas indicaban a sus clientes con embarazos indeseados el uso de Cytotec®, traído de otra ciudad por personas que adquieren otro tipo de medicamentos para la población.

Datos que demuestran la amplia utilización del producto con fines abortivos los ofrecen algunos estudios que analizan los internamientos por complicaciones debidas al aborto en las maternidades y los hospitales públicos brasileros. Investigaciones realizadas en Fortaleza, región Nordeste, revelan que la gran mayoría de las mujeres internadas en los hospitales investigados habían hecho uso de esa sustancia^{24,25}.

- El primer estudio revisó los prontuarios de 1,916 pacientes que experimentaron raspado uterino; de ellas, 593 (31%) fueron clasificadas como teniendo aborto provocado y, de estas últimas, 444 (75%) quedaron relacionadas con el uso de misoprostol.
- En el segundo estudio se entrevistaron a 4,359 mujeres internadas en los dos principales hospitales-maternidades de la ciudad, encontrándose que, de esa cifra 2,084 (48%) mujeres admitieron haberse inducido el aborto. El uso de misoprostol aislado fue relatado por 607 mujeres (29%); de misoprostol asociado a otros métodos por 762 (36,7%) y de otros métodos por 705 (34%) de ellas. Luego, del total de las 2,084 entrevistadas que admitieron haberse inducido el aborto, 66 por ciento lo hizo usando ese producto. Es importante observar que el estudio clasificó a apenas 10 pacientes (0.5%) como casos de aborto provocado, con señales clínicas de manipulación de la cavidad uterina. El porcentaje (9,3%) de mujeres que padeció infección en el momento de la admisión fue también reducido, al igual que el de quienes requirieron transfusión sanguínea (2,9%). Los autores llaman la atención a la posibilidad de que los abortos clasificados como “espontáneos” hayan sido en realidad “provocados”.

Una investigación realizada en 1991 en Río de Janeiro²⁰, con 1,603 mujeres internadas en siete hospitales-maternidades públicos por complicaciones de aborto, encontró que 50 por ciento de ellas habían sido clasificadas como habiéndose inducido la interrupción de la gestación. De ese total, 45 por ciento hizo referencia al uso aislado de Misoprostol, y 11,6 por ciento asociados a otros métodos. La condición marital y la edad aparecen como características importantes el grupo estudiado: más de la mitad de las mujeres eran solteras o no tenían pareja estable, sus edades eran de menos de 23 años, y casi 20 por ciento era adolescentes, o sea que tenían entre 10 y 18 años. Esos datos coinciden con otras investigaciones realizadas después y también con datos del Área Técnica de la Salud de la Mujer del Ministerio de Salud² sobre el número de abortos inducidos en esa faja etaria, indicando la vulnerabilidad de las mujeres adolescentes en relación con la gravidez indeseada^{24.25}.

Un estudio realizado entre fines de los ochenta y principios de los noventa en Goiania, en la región centro-este de Brasil, evaluó la disponibilidad del misoprostol y las complicaciones de aborto inducido en algunos hospitales²⁶. Se estudiaron los prontuarios de cinco hospitales buscando verificar los internamientos derivados de complicaciones de aborto, así como el número de curaciones y de partos realizados, y se hicieron entrevistas a todas las mujeres con diagnóstico de aborto incompleto en dos hospitales. La investigación demostró que en un período de tres años, las ventas de misoprostol en las farmacias y droguerías aumentaron tres veces, y que en el año de la segunda mayor venta del producto, las hospitalizaciones por complicaciones de aborto se redujeron.

Un dato significativo para la salud reproductiva de las mujeres fue la reducción de los casos de muerte materna por aborto, que disminuyeron de seis en los dos primeros años del estudio, a apenas una en el período final estudiado. Otros factores pueden haber contribuido a esta reducción, aunque los datos del estudio nos llevan a creer que este método debe haber influido en dicha caída.

Los autores concluyen que las complicaciones graves fueron menores en el grupo de mujeres que usaran el misoprostol para interrumpir el embarazo no deseado, que en aquellas mujeres que usaran otros medios, como sondas, agujas u otros métodos inseguros, que son todavía de uso común entre las mujeres de clases menos favorecidas.

En el Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), un estudio retrospectivo realizado entre enero de 1988 y diciembre de 1992, analizó los casos de 1,840 mujeres internadas con complicaciones de aborto²⁷. La incidencia de infección fue menor en las mujeres que usaron misoprostol (4.2%) comparada con el uso de otros métodos (49.4%), o sea, 12 veces mayor. La inducción del aborto con otros métodos fue la única variable encontrada en este estudio asociada con infección grave. Otro estudio realizado en la capital de ese estado, Recife, con 8,744 mujeres internadas por complicaciones de aborto, reveló que 34 por ciento de ellas había usado misoprostol para interrumpir el embarazo no deseado²⁸.

Los estudios^{19,20,25} coinciden con que el misoprostol es usado de forma aleatoria por las mujeres, tanto en lo que se refiere a la dosificación como a la vía de uso. Esta constatación está relacionada con el modo como es adquirido y la forma como viene siendo divulgado por las propias usuarias del método, las y los empleados de las farmacias y droguerías, las “curiosas” y hasta por las y los profesionales de la salud, que pueden desconocer las indicaciones para su uso correcto o por temor a comprometerse con un procedimiento ilegal. Una investigación realizada con médicos gineco-obstetras afiliados a la Federación Brasileira de Ginecología y Obstetricia (FEBRASGO), encontró que apenas 15.8 por ciento de ellos había orientado a las mujeres con embarazos no deseados a usar el misoprostol³⁰. Solamente 1.6 por ciento refirió haberse realizado el aborto ella misma. Las mujeres reciben distintas informaciones y comúnmente la dosis puede variar de 4 a 16 comprimidos o más^{19,20,25}.

Los datos de grupos focales sobre el uso de misoprostol realizados en la ciudad de Sao Paulo¹⁹ con ginecólogas/os y usuarias del producto confirman los datos citados anteriormente. En cuanto a la vía de uso, los trabajos relatan que se emplea tanto por vía oral, como vaginal o ambas por las dos al mismo tiempo. Los resultados de algunas investigaciones indican que en mayor frecuencia es de uso combinado, vaginal y oral; las mujeres internadas por complicaciones de aborto inseguro en Goiania²⁶ y en Fortaleza²⁵ referían haber usado las vías vaginal y oral simultáneamente, en 82 por ciento y 89 por ciento de los casos, respectivamente.

Las mujeres de América Latina continúan recurriendo al aborto con medicamentos en los casos de gravidez no deseada, y muchas de ellas compran el fármaco en locales no calificados. El hecho de haber acudido a un mercado clandestino para adquirir medicamentos no seguros puede ser una de las explicaciones de que las mujeres usen decenas de comprimidos sin obtener el efecto deseado. Además, es una situación que puede enfrentar a estas mujeres a serios problemas para la salud física, por el riesgo de ingerir o colocar en la vagina productos peligrosos.

En una investigación reciente sobre anticoncepción y planeación reproductiva realizada en cinco estados brasileros, con mujeres que viven en el medio urbano (66%) y en el medio rural (34%), 203 de ellas (66%) relataron haber experimentado al menos un embarazo no deseado²⁹. De ellas mismas, 15.2 por ciento informó haberse inducido el aborto y cinco haberlo hecho con misoprostol. Datos preliminares de ese estudio no nos permiten afirmar si las mujeres que usaron este medicamento viven más en el medio urbano o rural; dos de ellas buscaron los servicios de salud para realizarse curaciones, generalmente localizadas en municipios de mayor complejidad. En los otros casos (3), las mujeres usaron de forma simultánea con el misoprostol, hierbas y una inyección comprada en la farmacia. La gran mayoría de las mujeres entrevistadas se declaró católica, lo que confirma la experiencia empírica de profesionales de la salud y activistas de los derechos reproductivos, que demuestra que la religiosidad no impide la decisión de interrumpir los embarazos no deseados entre las mujeres de todas las clases sociales.

Parece también que entre los gineco-obstetras brasileños la cuestión religiosa se vuelve irrelevante cuando se trata de apoyar a sus esposas en la realización del aborto. El estudio sobre conocimientos y actitudes de los médicos frente a un embarazo no deseado demuestra que la proporción de médicos que se enfrentaron a situaciones de aborto fue la misma entre los que consideraban importante la religión (80%), y aquellos que no poseían creencias religiosas (83%)³⁰.

Es importante destacar en este artículo, el relevante papel que las redes y grupos de mujeres organizadas en torno al derecho a la salud vienen jugando en las tres últimas décadas en América Latina y el Caribe, para garantizar los derechos humanos de las mujeres. Parte importante de los avances que se han logrado en las políticas públicas relativas a los derechos sexuales y reproductivos en el continente se debe a la lucha en la que se han empeñado las mujeres en algunos países, aliadas a quienes toman decisiones en torno a las políticas, a los profesionales de la salud y del derecho, así como a entidades representativas de esos profesionales, pues han conseguido introducir las cuestiones de género, raza y orientación sexual en la formulación e implementación de las políticas públicas de gobierno y del Estado.

Estas activistas cuestionan los modelos de atención que se centran en la medicalización del cuerpo de las mujeres y en su falta de autonomía, de donde derivan aumentos en los costos de los servicios de salud y no siempre mejoran la asistencia. El uso abusivo, discriminatorio y muchas veces incorrecto de las tecnologías, como por ejemplo el exceso de partos quirúrgicos sin indicación precisa, esto es, fuera de los criterios de la medicina basada en la evidencia, ya han sido prescritos y difundidos por la Organización Mundial de la Salud.

La cruel realidad en la cual las mujeres ejercen sus derechos sexuales y reproductivos, enfrentándose a la falta de acceso a servicios de planeación familiar y de tecnologías que contribuyan para prevenir los embarazos no deseados –como la anticoncepción de emergencia- cuestionan las condiciones bajo las cuales los abortos clandestinos se realizan en el continente, arriesgando la vida y la salud de las mujeres y el papel de los profesionales de la salud y sus razones para negar el ejercicio de ese derecho por parte de las mujeres, la mayoría de las veces argumentando la objeción de conciencia, sin considerar la posibilidad de aplicar métodos seguros que pueden reducir tales riesgos y garantizar la vida y la salud de un gran número de mujeres.

El movimiento feminista viene participando activamente en las discusiones sobre el derecho de la población femenina al acceso a tecnologías que reduzcan los daños a la salud, como es el caso del misoprostol usado correctamente, que sigue siendo una opción más segura que otros métodos peligrosos e invasivos del aborto, cuando no están disponibles servicios de aborto seguro. Además, desde los años ochenta existen en América Latina grupos de mujeres que brindan servicios de salud integral para otras mujeres, que incluyen atención al aborto quirúrgico y al aborto con medicamentos. Muchos de esos grupos sufren ataques de la policía y de grupos conservadores que actúan en nuestros países. Estos grupos realizan trabajo de formación para las mismas mujeres e inciden en la formación de los profesionales de la salud sobre los temas de los derechos sexuales y reproductivos.

En su trayectoria política, el movimiento de mujeres tiene también una importante participación en los parlamentos, para sensibilizar a sus integrantes hacia el cumplimiento de las leyes y garantizar el no retroceso de los derechos ya conquistados.

La situación de ilegalidad e inseguridad bajo la cual las mujeres interrumpen un embarazo no deseado se ve agravada por la pobreza, dificultando su acceso a servicios de salud para planear la reproducción y para atender el aborto incompleto. Eso se traduce en el retraso en la atención, resultando en que una parte importante de las mujeres con complicaciones de aborto tengan que ser atendidas con carácter urgente al presentar hemorragias y otras complicaciones que podrían ser evitadas. A ese cuadro se suma la falta de formación de profesionales de salud, que frecuentemente discriminan a las mujeres de forma explícita, con palabras y actitudes que las condenan y culpan. Los embarazos no deseados y el aborto inseguro representan la negación de la autodeterminación reproductiva de las mujeres, de su no concretización en el cotidiano, acarreándoles problemas de salud que pueden llegar a resultar en morbilidad severa e incluso mortalidad prematura.

El aborto no es un problema que atañe sólo a las mujeres. Es una cuestión social que debe ser resuelta con políticas públicas que reconozcan sus derechos.

Conclusiones

La práctica de aborto con medicamentos se volvió una realidad para las mujeres latinoamericanas. A fines del año 1980, el Cytotec, nombre comercial para el misoprostol, era ampliamente conocido entre la población, sobre todo la femenina, como un método abortivo posible para las mujeres de todas las clases sociales. Inicialmente disponible en las farmacias y droguerías, vendido a precios accesibles, se volvió casi una poción mágica para resolver un “problema”, y al que solamente las mujeres con poder adquisitivo podían tener acceso de forma segura.

El uso masivo del misoprostol puso en evidencia los conflictos sociales existentes sobre el derecho al aborto legal y seguro; los sistemas de salud y justicia fueron “obligados” a pronunciarse sobre esa nueva trasgresión de las mujeres, ese ejercicio clandestino de los derechos sexuales y reproductivos tan ampliamente discutidos en las conferencias convocadas por las Naciones Unidas y tan distantes de lo cotidiano de las mujeres pobres, negras, indígenas, adolescentes y rurales.

La experiencia brasileña con el uso de misoprostol a través de la medicación o por indicación de empleados de farmacias y de médicos viene desempeñando un importante papel en la regulación de la fertilidad de las mujeres, sobre todo para quienes no tienen acceso a los servicios sanitarios para la atención de su salud reproductiva contribuyendo, conforme datos de la literatura, a reducir los abortos infectados y, consecuentemente, a reducir la mortalidad y morbilidad maternas. Esa discusión se enfrenta aún a una resistencia importante por parte de algunos sectores de la sociedad, como el religioso y el de los médicos y médicas, que temen posibles repercusiones de sus opiniones sobre el derecho al aborto y aún de la práctica del aborto en los casos previstos en las normativas legales. Ejemplo de esto es la dificultad de implantar servicios permitidos por la ley en algunos países, que a pesar del avance de los últimos años es aún uno de los impedimentos para las políticas de atención a la violencia sexual.

La población de nuestra región suele auto medicarse y adquirir medicamentos en las farmacias sin receta ni orientación médica. El misoprostol encontró, así, un terreno fértil para ser aceptado y vendido a la población femenina, de forma clandestina pero con el aval del farmacéutico, que normalmente aconseja el uso de otros medicamentos y que puede tener relaciones más próximas con las personas de las comunidades en los barrios con mayores carencias. Esta práctica por parte de los empleados de las farmacias, de indicar medicamentos para provocar la menstruación, ha sido utilizada por largo tiempo, y tal vez el misoprostol sea el mejor ejemplo de éxito de tales

indicaciones paralelas de medicamentos practicadas por los empleados de las farmacias en ausencia de servicios de salud.

El uso aleatorio del producto ha dificultado que se pueda evaluar su efectividad y seguridad; en el momento, parece que la experiencia de tantos años de uso por parte de las mujeres viene creando formas más correctas de utilizarlo. Iniciar el proceso de aborto a través del uso de misoprostol es una estrategia de las mujeres para ser atendidas en los servicios de urgencia de los hospitales públicos. Según las normas de conducta de los profesionales de la salud, todas las personas que buscan los servicios, sin importar la razón, deben ser atendidas. Las mujeres saben que si llegan a un hospital con un aborto en proceso y con complicaciones serán atendidas con carácter de urgencia. No todas las mujeres que inducen el aborto, sea con misoprostol o con otros métodos, recurren a los servicios de salud. La ilegalidad hace que una parte de ellas intente resolver las complicaciones con otras mujeres que ya pasaron por la misma experiencia, con las “curiosas” o en las farmacias. No siempre esa estrategia tiene éxito y las mujeres terminan procurando los servicios de salud, muchas de ellas padeciendo ya graves condiciones físicas. La muerte materna por aborto cierra una cadena de eventos que atañen sobre todo a las mujeres de bajos ingresos, a las negras y aquéllas excluidas socialmente. Las complicaciones que no llevan a la muerte dejan secuelas permanentes y no son aún visibilizadas, pero afectan a un número importante de mujeres, pudiendo inclusive complicar sus futuras gestaciones.

Para las mujeres que pueden pagar por un aborto en condiciones técnicas seguras, existen los agravantes psicológicos y emocionales que no pueden ser minimizados. La clandestinidad crea un ambiente amenazador, de violencia psicológica y de culpabilidad que lleva a muchas de ellas a presentar síntomas de depresión, ansiedad, insomnio y arrepentimiento por lo que escogieron hacer.

Las mujeres, ricas o pobres, eligen de acuerdo con sus posibilidades económicas y sociales. El ejercicio de la maternidad presupone libertad de decidir y condiciones materiales para ejercerla. La interrupción del embarazo no deseado es una forma de decidir. Una parte de las mujeres encuentran en el aborto con medicamentos un aliado para esquivar los impedimentos legales y económicos a los cuales son sometidas a lo largo de su vida reproductiva.

Garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos debe ser una meta de las políticas públicas en los países democráticos.

Referencias bibliográficas

1. Araujo MJ, Viola R. Impacto da gravidez não desejada na saúde da mulher. Seminario “Os novos desafios da responsabilidade política” CEPIA / Fórum da Sociedade Civil nas Américas. Rio de Janeiro, setembro/2003.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento (2005).
3. Organização Mundial da Saúde. Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2004.
4. The Alan Guttmacher Institute. Aborto clandestino: uma realidade latino-americana. Nueva York, 1994.
5. Monteiro, MFG; Adesse, L. “Estimativas do Aborto induzido no Brasil e grandes regiões (1996-2005) “ Instituto de Medicina Social da UERPJ. Ipas Brasil.

- Trabajo presentado em el XV Encontro Nacional de estudos populacionais da ABEP, Caxambu, MG. Set/2004.
6. The Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibility: Women, society and abortion worldwide. [S.l]: Special Report, 57 p.,1999.
 7. IPPF. Morte e Negação: Abortamento Inseguro e Pobreza. 2006.
 8. Laurenti, R; Jorge,M.H.P.M;Gotlieb,SLD. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna.[S.l]: Relatório de Pesquisa apresentado no V Fórum Nacional de Mortalidade Materna. 102p., 2003.
 9. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher/ Sistema de Informação Hospitalar (SIH) SUS. Brasil/ 2005.
 10. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística - IBGE Pesquisa nacional por Amostra de Domicílios 2004-2005. Brasil.
 11. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Plan de Acción de Desarrollo y Salud de Adolescentes y Jóvenes en las Américas. 1998-2001.
 12. Cates, W The first decada of legal abortion in the United States: effects on maternal health.In: Douglas Butter J, Walbert DF, editors. Abortion, Medicine and the Law. New York. Facts on File Publications,1986. P 307-21
 13. Reproductive Rights Alliance. Fine year review of the implemenattion of de Choice on Termination of Pregnanuy Act 92 of 1996. Johanesburg: Progress Press, 2002.
 14. Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde. “A Autorização do Supremo Tribunal Federal para Antecipação Terapêutica de Parto em caso de anencefalia”. Disponible en:
[http:// www.ents.org.br/anencefalia/antecipaçãoterapeutica.htm,acesso](http://www.ents.org.br/anencefalia/antecipaçãoterapeutica.htm,acesso) en: 26/06/2007.
 15. Ministério da Saúde – Área Técnica de Saúde da Mulher. “ Relatório de gestão: 2003-2007. Apresentado no Seminário Nacional “Saúde da Mulher: Avanços e Desafios” Brasília. Dez/2006.
 16. Ministério da Saúde/FEBRASGO/ABENFO. Parto Aborto Purpureio – Assistência Humanizada à mulher Brasil/ 2001.
 17. Ministério da Saúde. Gestação de Alto Riso – Manila Técnico 3ª Edição. Brasília 2000.
 18. Ministério da Saúde. Norma Técnica- Prevenção e Tratamento dos agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Serie ^a Normas e Manuais Técnicos, Serie Direitos Sexuais Reprodutivos. Caderno nº 6 2ª Edição atual. ampl. Brasília : Ministério da Saúde, 2005.
 19. Barbosa RM, Arieha M. The Brazilian experience with Cytotec. Stud Fam Plann 1993; 24 (4) : 236-40.
 20. Costa SH, Vessey MP. Misoprostal amd illegal abortion in Rio de Janeiro Brazil. Lancet. 1993 May 15; 341 (8855): 1258-61.
 21. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetrícia y Ginecología-FLASOG. Uso de Misoprostol en Obstetrícia y ginecologia. Segunda edición – marzo, 2007.
 22. Leaufaurie MM, Grossman D, Troncoso E, Billings DL, Chavez S. Women’s Perspectives on Medical Abortion in México, Colombia, Ecuador and Perú: A Qualitative Study. Reproductive Helath Matters 2005; 13(26):83-75.
 23. Cohen J, Ortiz O, Llaguno SE, Goodyear L, Billings D, Martinez I. Reaching Women with Instructions on Misoprostol. Use in Latin American Country. Reproductive Helath Matters 2005; 13 (26): 92 –84.
 24. Coelho HLL et al. Misoprostol and illegal abortion in Fortaleza, Brazil. Lancet, 341:1261-6,1995.
 25. Fonseca W, Misago C, Carreia LL, Parente JAM, Oliveira FC. Determinantes do aborto provocado entre mulheres admitidas em hospitais em localidades da região Nordeste do Brasil. Ver Saúde Pública v.30 n. 1 São Paulo fev. 1996.

26. Viggiano MGC, Faúndes A, Borges AL, Viggiano ABF, Goianice RS, Rebello I. Disponibilidade de Misoprostol e complicações de aborto provocado em Goiânia. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*. 1996; 106 (3): 55-61.
27. Faundes. A, Santos LC, Carvalho M, Gras C,. Post abortion complications afyter interruption of pregnancy with Misoprostol. *Advances in Contraception* 1996; 12: 1-9.
28. Barros JACB. A medicalização da mulher no Brasil. In Woffers at al. *O marketing da Fertilidade*. São Paulo, Editora Huatec, 1991.
29. SOS Corpo Gênero e Cidadania. *Percepção das Usuárias sobre Contracepção e Planejamento Reprodutivo*. Recife, 2007 (versão preliminar).
30. Faundes A, Duarte GA, Neto JÁ, Sousa MH. Mientras más cerca estás, entiendes mejor: la reacción ante embarazos no deseados. In: *Aborto: perspectivas globales Temas de Salud Reproductiva*. *Reproductive Helath Matters*. 2006; (3): 44-54.
31. Simonetti C, Souza L, Araújo MJO. Dossiê A Realidade do Aborto Inseguro na Bahia: a Ilegalidade da Prática e seus Efeitos na Saúde das Mulheres em Salvador e Feira de Santana. 2008. Salvador/Bahia