

3

TRES  
ESTUDIOS  
SOBRE  
EL ABORTO  
EN LIMA





3

---

TRES  
ESTUDIOS  
SOBRE  
EL ABORTO  
EN LIMA

**PROMSEX**

Centro de Promoción y Defensa de los  
Derechos Sexuales y Reproductivos

---

*Tres estudios sobre el aborto en Lima*

© Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos  
(PROMSEX)  
Av. José Pardo 601, Oficina 604,  
Miraflores, Lima 18 - Perú  
Teléfono: (511) 447 8668 Fax: (511) 243 0460  
[www.promsex.org](http://www.promsex.org)

**Autores:**

**Primer estudio:**

Dr. Luis Távara Orozco, Obst. Luis Orderique, Dr. Pedro Mascaro, Dr. Santiago Cabrera,  
Dr. Miguel Gutiérrez Ramos, Obst. Juana Paiva, Dr. Ysoé Ramírez Jiménez, Dr. Carlos Silva  
Benavides

**Segundo estudio:**

Yoel Chlimper Celis, Diego Rehder Normand

**Tercer estudio:**

Susana Chavez Alvarado con los aportes de Soledad Arriagada Barrera

**Corrección de estilo:**

Soledad Cevallos

**Diseño y diagramación:**

Julissa Soriano

Primera edición, julio 2013

Lima - Perú

Derechos reservados

Impreso en el Perú

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de IPPF SAAF y PPFA Global

---

# ÍNDICE

## **Primer estudio**

Costos de la atención postaborto en hospitales de Lima, Perú 5

## **Segundo estudio**

El costo de abortar: estudio de caso en la Maternidad de Lima 35

## **Tercer estudio**

Historias de vida de mujeres que abortaron por violación sexual 75

## **Bibliografía**

115

---



# 1

PRIMER ESTUDIO

## **COSTOS DE LA ATENCIÓN POSTABORTO EN HOSPITALES DE LIMA, PERÚ**





## PRIMER ESTUDIO

---

# COSTOS DE LA ATENCIÓN POSTABORTO EN HOSPITALES DE LIMA, PERÚ

Dr. Luis Távara Orozco (1), Obst. Luis Orderique, Dr. Pedro Mascaró, Dr. Santiago Cabrera, Dr. Miguel Gutiérrez Ramos, Obst. Juana Paiva, Dr. Ysoé Ramírez Jiménez, Dr. Carlos Silva Benavides

(1) Director Ejecutivo de FLASOG. Integrante del Grupo de Trabajo FIGO “Prevención del Aborto Inseguro”

Participaron activamente en la ejecución de la investigación:

Obst. Gladys Burga, Dr. Víctor Flores, Lic. Marilú Huamán, Obst. Vivianne López, Dr. José Mauricio, Lic. Norma Méndez, Obst. Simeón Quispe, Dra. Giovanna Ramírez, Dr. Manuel Rueda, Obst. Carmen Sayers, Dr. Wilber Serpa, Obst. Sarita Tipiani, Dra. Daysy Torraka, Obst. Yessenia Vela, Obst. Ada Villarreal.

## RESUMEN

**Objetivo.** Determinar el costo de atención de los abortos incompletos en los hospitales públicos y de abortos electivos en una institución privada.

**Metodología.** Investigación prospectiva con un total de 120 mujeres con aborto incompleto complicado o no complicado en 4 hospitales públicos de Lima y 40 mujeres en una clínica privada. Todas firmaron un consentimiento informado. Se estableció el tiempo que demandó la atención, costo de personal, medicamentos, insumos, equipos y funcionamiento del hospital. Igualmente, el costo de bolsillo, transporte, cuidado de los niños y del hogar y el ingreso dejado de percibir.

**Resultados:** La permanencia en tres hospitales hasta el alta por aborto incompleto no complicado fue alrededor de 6 horas, siendo mayor en uno de ellos por la normativa interna. En los 4 hospitales, las complicaciones del aborto ameritaron una permanencia mayor. Las mujeres de aborto electivo requirieron la mitad del tiempo que aquellas con aborto incompleto no complicado en los hospitales. El costo total para la atención de abortos incompletos no complicados fue similar en los 4 hospitales, entre 110 y 150 US\$; y para abortos complicados varió entre 376 y 858 US \$. El costo total de atención de los abortos electivos fue similar a la atención del aborto no complicado en los hospitales.

**Conclusión.** La permanencia de las mujeres con aborto no complicado fue relativamente corta en los hospitales. El costo de atención de los abortos complicados y no complicados demandó un monto importante para los hospitales y las propias mujeres. Los costos del aborto electivo estuvieron al alcance de las mujeres y ninguno de ellos evidenció complicación alguna.

**Palabras clave:** Costos de atención del aborto. Aborto inseguro. Aborto seguro

## INTRODUCCIÓN

No obstante la disponibilidad de métodos seguros y altamente eficaces de anticoncepción y de aborto, los abortos inseguros (AI) continúan siendo muy frecuentes, casi todos ellos en los países en desarrollo. La OMS estima una cifra de 21.6 millones de AI en todo el mundo en el año 2008, un poco más de los 19.7 millones estimados en 2003, elevación debida casi enteramente al incremento en el número de mujeres en edad reproductiva (1). Ninguna reducción sustancial fue encontrada en la tasa de AI que permaneció igual que en 2003 a nivel global, 14 por 1000 MEF. Modestas reducciones en las tasas de AI fueron encontradas en 2008, cuando son comparadas con las tasas de 2003 en la mayoría de subregiones. Los cambios hacia arriba de las tasas en África Central, Asia Occidental y Centroamérica son debidos a una mejor cobertura y una información más creíble en 2008 que en 2003. África Oriental y Central y América del Sur mostraron las tasas más altas de AI entre todas las subregiones (2).

En el año 2008, la OMS calculó que más o menos 47 000 mujeres murieron anualmente por complicaciones de AI y casi todas estas muertes pudieron haber sido evitadas a través de un mejor acceso a educación sexual, anticoncepción y aborto seguro (3).

En los países en donde el aborto está legalmente prohibido, las mujeres vienen utilizando medicamentos para inducirse ellas mismas un aborto. En estas circunstancias, el AI típicamente ocurre cuando las mujeres usan estos medicamentos en pequeñas dosis o en dosis elevadas o cuando el producto utilizado es de dudosa procedencia. Sin embargo, el aborto médico ha contribuido a reducir las complicaciones severas y las muertes maternas (MM) en los países en donde los medicamentos son accesibles (2, 4-7).

El aborto provocado en forma insegura, utilizando diferentes métodos, es un tema en donde se refleja de manera dramática la vulnerabilidad de las mujeres y la violencia ejercida sobre ellas desde su entorno y desde toda la sociedad. Es el último eslabón de una cadena

de carencias y fallas desde lo educativo, pasando por el acceso a los servicios sanitarios de calidad y las presiones culturales en cuanto al rol de la mujer en la sociedad (8).

Sin importar qué método de aborto haya sido utilizado, el aborto puede ser incompleto con o sin complicaciones, para las cuales será necesario un adecuado cuidado postaborto (CPA). Si las mujeres buscan ayuda debido a sus complicaciones y existe insuficiente capacidad para manejarlas, o las mujeres retrasan la búsqueda de ayuda médica por las restricciones legales, el estigma o las limitaciones financieras, las complicaciones pueden empeorar y constituirse en emergencias médicas que representan riesgo contra la salud y la vida de las mujeres (2, 9-12).

Es importante reconocer que no todos los AI conducen a complicaciones. Se estima que aproximadamente 1 de 4 mujeres que ha tenido un AI necesitará atención médica. Según los nuevos estimados de la OMS, ocurrieron 358 000 MM en el año 2008, de las cuales 47 000 se debieron a complicaciones de AI. Algunas de las mujeres que sobreviven sufrirán consecuencias de largo plazo que incluyen infertilidad (2).

Los abortos inseguros son también económicamente costosos para las mujeres, las familias y la sociedad. Con frecuencia, los sistemas gubernamentales de salud se encuentran sobrecargados por el alto costo que representa el CPA (10). Sin embargo, paradójicamente existen pocas investigaciones sobre el impacto económico del AI (9).

La frecuencia real del aborto en el Perú no es conocida con precisión, por la naturaleza clandestina que tiene y la poca confiabilidad de los registros; pero de acuerdo a estimaciones y siguiendo metodologías probadas en su eficacia, se calcula que hoy en día tenemos una cifra superior a 350 000 abortos por año. Es más, este problema es causa de morbilidad y mortalidad en mujeres jóvenes (13).

La atención del aborto significa la realización de un gasto que debe enfrentar la persona, la familia y el establecimiento de salud, gasto que muchas veces es difícil de calcular. Muy pocos son los trabajos nacionales publicados que abordan los costos que representa la

prestación del servicio para el manejo del aborto. En 1994 y luego en 1996, nosotros hicimos dos aproximaciones en el costo de la atención del aborto incompleto no complicado, estableciendo las diferencias existentes entre el costo del aborto atendido ambulatoriamente y el costo del aborto atendido mediante hospitalización, diferencias obviamente notorias a favor de la atención ambulatoria (14, 15). Igualmente, una investigación nacional aproximó los costos a las mujeres atendidas en servicios privados (16) y otra en dos hospitales públicos (17).

Se han publicado trabajos en diferentes partes del mundo que asignan ventajas técnicas a la atención ambulatoria del aborto, a lo que se suma la reducción importante en los costos. En 1999 y más recientemente, se han publicado tres investigaciones procedentes de México en las que se calculan costos directos e indirectos de la atención y, evidentemente, cuando el aborto es atendido en condiciones seguras, no solo se obtienen mejores resultados en la salud y la vida de las mujeres, sino que existe además un ahorro de recursos económicos, que pueden ser destinados a otro tipo de atenciones obstétricas (9, 18, 19).

Con estos antecedentes, se realizó el presente estudio prospectivo para examinar, mediante una rigurosa metodología, la calidad y los costos de la atención del aborto. Los resultados de esta investigación pretenden también acercarnos a un mayor conocimiento sobre el manejo de un viejo problema, que no solo causa morbilidad en la mujer latinoamericana, sino que se mantiene dentro de las cuatro primeras causas de muerte materna (20). De otro lado, de probarse que la atención del aborto seguro significa menos riesgos y menos recursos, será un argumento por entregar a quienes toman las decisiones para escoger la opción que se ajuste más a las necesidades de las mujeres y, de este modo, contribuir a reducir los sufrimientos y defunciones innecesarias (21).

El objetivo de la investigación es evaluar la calidad y los costos directos e indirectos de la atención de las mujeres que concurren a un establecimiento de salud por aborto incompleto no complicado, aborto incompleto complicado y aborto electivo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio ha sido planeado para realizar un seguimiento prospectivo de cada caso de aborto admitido en el establecimiento de salud mediante formularios previamente diseñados y probados.

**1.- Tamaño de la muestra.** De acuerdo a la literatura consultada y a nuestra propia experiencia se estableció la siguiente muestra:

- 80 casos de aborto incompleto no complicado
- 40 casos de aborto incompleto complicado
- 40 casos de aborto electivo

Los casos proceden de 4 hospitales públicos de nivel terciario en la capital de la República y una clínica privada de nivel secundario en un área urbano-marginal.

**2.- Selección de pacientes.** Las mujeres con aborto incompleto fueron incorporadas al estudio conforme fueron atendidas en los establecimientos. Todas las mujeres fueron informadas de la investigación y consultadas si aceptaban voluntariamente participar en la misma.

**3.- Criterios de inclusión.** Mujeres de 18 años de edad o más, con embarazo igual o menor de 20 semanas, con diagnóstico clínico de aborto incompleto sin complicaciones, aborto incompleto con complicaciones o un aborto electivo y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

**4.- Criterios de exclusión.** Mujeres que presentaron embarazo mayor de 20 semanas, sospecha de embarazo ectópico, sospecha de mola hidatiforme o mujeres que no aceptaron participar voluntariamente en esta investigación.

## 5.- Variables independientes. Tipos de aborto:

- Aborto incompleto sin complicaciones
- Aborto incompleto con complicaciones
- Aborto electivo

## 6.- Variables dependientes:

- Tiempo transcurrido desde la atención inicial de la mujer al establecimiento de salud hasta el momento del alta
- Sueldos de personal que interviene en la atención
- Costos de medicamentos, suministros e instrumentos utilizados
- Costos de funcionamiento del hospital
- Costos de hospitalización
- Costos de bolsillo de las mujeres o familiares
- Costos indirectos

7.- **Variables de control:** Edad, gestas, paridad, nivel de educación, religión, nivel de ingreso familiar, ocupación, tipo de unión marital, edad gestacional, uso de anticonceptivos.

8.- **Definiciones operacionales.** Para efectos de la presente investigación se han usado las siguientes definiciones:

- *Aborto incompleto no complicado.* Interrupción del embarazo hasta las 20 semanas y presencia de sangrado, dolor pélvico, eliminación de tejido por vía vaginal, presencia de cuello uterino abierto y útero aumentado de tamaño, blando y sensible a la movilización; sin hacer distinción si el aborto fue espontáneo o provocado.
- *Aborto incompleto complicado.* A la definición anterior se agrega cualesquiera de las siguientes condiciones: sangrado

mayor de 500 ml, sangrado que obligue a transfusión de sangre, presencia de infección, shock hemorrágico, shock séptico, desgarro en el canal del parto, perforación uterina.

- *Aborto electivo.* Embarazo hasta de 20 semanas en el cual la mujer solicitó una interrupción por causa legalmente establecida.

**9.- Técnicas para el recojo de la información.** El recojo de la información se hizo utilizando formularios previamente elaborados y probados por IPAS (22) y luego por nosotros (15), en donde se establecen entrevistas con el personal hospitalario que proporciona el servicio y con las mujeres que reciben el tratamiento, la observación de las mujeres en todas las etapas de su atención desde la admisión hasta el egreso, cálculo y documentación de todos los costos y recursos usados en el tratamiento. El recojo de datos, que duró desde febrero a mayo de 2012, tuvo tres momentos:

- Un primer momento en que se recogieron datos acerca del número de abortos atendidos, número de abortos complicados, número de muertes maternas, número de muertes maternas por aborto. Así mismo, las prácticas de registro de admisión, descripción de la sala de espera, práctica del examen preliminar, prácticas de preparación y evacuación, lugares para los procedimientos, prácticas de recuperación y orientación de pacientes, notas misceláneas.
- Un segundo momento en que se hicieron entrevistas con el personal de logística, laboratorio y oficina de recursos humanos con el propósito de obtener información de sueldos y salarios, costos de material, equipos e insumos y funcionamiento del hospital.
- Un tercer momento en que se hizo el seguimiento detallado de cada caso de aborto en su recorrido por el



hospital, anotando tiempos, personal que interviene, medicamentos, suministros y equipos utilizados. Se indagó también por los costos de bolsillo y por los costos indirectos.

**10.- Procesamiento de datos.** Cada uno de los formularios correspondiente a cada caso fue ingresado a una base de datos en programa de Excel en la que se registran tiempos utilizados en la atención, costos de personal y recursos materiales en cada uno de los tres grupos de casos: aborto incompleto no complicado, aborto incompleto complicado y aborto electivo. Los datos individuales fueron procesados luego en el programa SPS, a través del cual se obtuvo un promedio de cada una de las variables dependientes para proceder a su presentación. Los costos correspondientes a sueldos de personal, medicamentos, material, equipo, insumos, funcionamiento del hospital y a la atención total de casos, fueron calculados en soles y luego, usando el tipo de cambio por cada dólar (2.67 nuevos soles), se presentan finalmente en dólares americanos.

## Aspectos éticos

El presente estudio tuvo la aprobación del Comité de Ética institucional correspondiente a cada establecimiento de salud o de la autoridad hospitalaria.

Cada participante en el estudio recibió consejería pre y post-tratamiento, que incluyó información amplia sobre anticonceptivos. En todo caso, cada una de ellas fue informada de la investigación y se le pidió su ingreso voluntario a la misma a través de la firma de un consentimiento informado. En todos los casos, se le aseguró a cada una de las mujeres que la información obtenida era estrictamente confidencial y que su nombre no aparecería para nada. Ninguna participante en esta investigación recibió estímulo alguno por su aceptación.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos provienen de 4 hospitales públicos de la ciudad de Lima, que tienen una alta proporción de atenciones de partos y abortos y proporcionan enseñanza universitaria de Pre Grado y Post Grado. Además, se hizo el recojo de la información de una clínica privada ubicada en un área urbano marginal y que presta atención de salud reproductiva a mujeres de bajos ingresos económicos.

En la tabla 1 se resumen las características de las atenciones durante el año anterior (2011) en los establecimientos en donde se hizo el estudio.

Puede objetivarse que las atenciones de aborto en todos estos establecimientos ocurren en un número importante y todas las complicaciones se encuentran en una proporción que va desde menos del 5% hasta cerca del 20% (promedio 12.2%). Esta última cifra se encontró en el hospital más complejo, tal vez porque concentra patología referida de otros establecimientos. Solo ocurrieron dos muertes maternas por aborto en el año 2011, una en cada uno de dos hospitales. En la clínica privada no se registraron abortos complicados ni muertes maternas. Los abortos incompletos son resueltos predominantemente por aspiración manual endouterina (AMEU) en tres hospitales, y en uno de ellos predomina el legrado uterino (D+C). Solo en la clínica privada se usa medicamentos para el manejo del aborto. Es necesario precisar que no fue fácil recopilar información de abortos complicados, por cuanto se observa una frecuencia escasa de los mismos.

**TABLA 1.****Características generales de las atenciones en los hospitales que realizan atención post aborto (APA). Año 2011**

Característica	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3	Hospital 4	Clínica privada
# Abortos atendidos	539	1444	2146	5200	450
# Abortos complicados	66	44	120	910	0
# de Muertes Maternas	1	5	7	9	0
MM por Aborto	0	1	0	1	0
Atención del aborto (%):					
-D+C	93%	8.8%	4.94%	17.8%	0
-AMEU	7%	91.4%	93.8%	82.5	60%
-AE (aspiración eléctrica)	0	0	1.26%	0	0
-A con medicamentos	0	0	0	0	40%

En cuanto a las características de las mujeres que acudieron para la atención del aborto en los 5 establecimientos de salud, se puede destacar: el promedio de edad varió de 25.7 a 30 años, el número de gestaciones previas fue de 2.5, el promedio de edad gestacional fue de 7 a 9 semanas, el ingreso promedio mensual estuvo entre 585 a 717 soles (US\$ 219.1 a 268.5), la gran mayoría fue ama de casa y de religión católica, entre 15 y 75% de las mujeres no usaban métodos anticonceptivos antes de la gestación actual.

En la tabla 2 puede observarse el tiempo promedio que las mujeres con aborto incompleto requirieron para ser atendidas en cada uno de los cuatro hospitales públicos desde que se inició su atención hasta el alta. En la misma tabla, se puede observar el tiempo de permanencia de cada mujer en la clínica privada. Es claro que el tiempo de permanencia de las mujeres por aborto incompleto no complicado fue casi el mismo en tres hospitales públicos, siendo notoriamente más extenso en uno

de ellos, porque a pesar del predominio del AMEU con anestesia local, por política institucional las mujeres deben permanecer hasta el día siguiente para ser dadas de alta. Es igualmente notorio que los dos hospitales a la derecha de la tabla tuvieron la permanencia mayor de las mujeres con complicaciones post aborto, explicable por la mayor morbilidad que debieron atender. Los casos de aborto electivo que fueron atendidos en la clínica privada tuvieron una permanencia muy corta después del procedimiento.

**TABLA 2.**

**Tiempo promedio en minutos usado para la atención por aborto**

TIPO ABORTO (tiempo promedio minutos)	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3	Hospital 4	Clínica privada
Incompleto no complicado	342.5	730.95	311.4	350.1	0
Incompleto Complicado	3015	3914	4833	6039	0
Aborto electivo	0	0	0	0	160

La tabla 3 muestra el costo promedio del sueldo del personal asignado al cuidado de cada mujer. El aborto incompleto fue más caro de atender por el personal en el hospital 4, probablemente por la mayor cantidad de personal que interviene, el tipo de tecnología utilizada para la atención y el tiempo prolongado de permanencia.

TABLA 3.

## Sueldo promedio del personal por hospitales según tipo de aborto

Sueldo del Personal (sueldo promedio en US\$)	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3	Hospital 4	Clínica privada
Incompleto no complicado	19.3	29.9	24.6	50.00	
Incompleto Complicado	44.8	62.00	43.7	536.2	
Aborto electivo	0	0	0	0	Está incluido en el costo total

Se repite la situación en el caso del aborto complicado por las mismas causas y, además, por ser más complejas las complicaciones que se atienden en ese nosocomio.

La tabla 4 presenta el costo promedio dependiente del uso de medicamentos, material, equipo, insumos y reactivos de laboratorio.

TABLA 4.

## Costo promedio de medicamentos, insumos e instrumental (incluye reactivos de laboratorio)

Medicamentos, insumos e instrumental (Promedio en US\$)	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3	Hospital 4	Clínica privada
Incompleto no complicado	21.5	21.3	13.0	16.1	
Incompleto Complicado	108.2	51.3	59.00	63.2	
Aborto electivo	0	0	0	0	Está incluido en el costo total

En los 4 establecimientos públicos, el costo en la atención del aborto incompleto no complicado fue alrededor de 20 dólares o menos. Sin embargo, llama la atención que en el primer hospital, la atención de los casos de complicaciones post aborto es significativamente más cara que en los otros tres, en los cuales el monto fue muy semejante, diferencia explicable por los exámenes auxiliares y medicamentos utilizados.

En la tabla 5 se puede apreciar que el costo de funcionamiento del hospital en la atención del aborto incompleto fue notoriamente mayor en el hospital 2, debido a la política institucional de mantener a las mujeres hasta el día siguiente y al mayor gasto burocrático y de servicios generales. En la atención de los casos complicados, los hospitales 2, 3 y 4 exhiben costos más altos que el hospital 1 debido a la estancia mayor de las mujeres.

**TABLA 5.**  
**Costo promedio de funcionamiento del hospital según tipo de aborto**

Costos de Funcionamiento (promedio por caso en US\$)	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3	Hospital 4	Clínica privada
Incompleto no complicado	4.49	31.76	7.11	4.19	
Incompleto Complicado	39.5	170	110.41	72.38	
Aborto electivo	0	0	0	0	Está incluido en el costo total

En la tabla 6 vamos a verificar que en los abortos no complicados el gasto de bolsillo fue casi el doble en el hospital 4 que en los otros tres, debido a que la factura a pagar fue sensiblemente mayor. En el manejo de los abortos complicados, los gastos de bolsillo fueron mayores que los anteriores, debido a que debieron adquirir medicamentos e

insumos a un costo mayor que los no complicados y porque tuvieron que pagar una factura de un mayor monto. Los gastos de bolsillo que las mujeres y familiares debieron afrontar en la clínica representan casi el gasto total que debieron desembolsar, por tratarse de la atención en un centro privado.

**TABLA 6.**  
**Gasto de bolsillo promedio según tipo de aborto**

Promedio de Gastos de bolsillo (En US\$)	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3	Hospital 4	Clínica privada
Incompleto no complicado	48.9	56.5	37.8	72.1	
Medicamentos e insumos	11.5	27.9	24.5	5.5	
Factura pagada al alta	37.4	28.6	13.4	66.6	
Incompleto Complicado	221.3	61.7	485.0	149.7	
Medicamentos e insumos	51.2	38.6	373.1	54.5	
Factura pagada al alta	170.1	23.1	111.9	95.2	
Aborto electivo	0/0	0/0	0/0	0/0	117.20
Medicamentos e insumos	0	0	0	0	1.10
Factura pagada al alta	0	0	0	0	116.10

En la tabla 7 aparecen registrados los costos indirectos en promedio por mujer atendida y se muestra claramente cómo estos costos, en promedio, son mayores en los hospitales públicos.

TABLA 7.

## Costos indirectos promedio según tipo de aborto

Promedio de Costos Indirectos (En US\$)	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3	Hospital 4	Clínica privada
Incompleto no complicado	30.5	8.3	27.9	14.55	
Transporte y alimentación	9.14	2.62	11.61	1.86	
Cuidado del hogar y niños	6.61	1.31	2.77	1.47	
Ingresos dejados de percibir	16.89	4.41	13.67	11.23	
Incompleto Complicado	74.6	31.71	67.2	37.1	
Transporte y alimentación	17.79	5.62	29.96	5.62	
Cuidado del hogar y niños	15.92	18.72	12.47	10.86	
Ingresos dejados de percibir	41.15	7.49	24.98	20.97	
Aborto electivo					14.99
Transporte y alimentación	0	0	0	0	3.75
Cuidado del hogar y niños	0	0	0	0	0
Ingresos dejados de percibir	0	0	0	0	11.24

La tabla 8 resume el total de costos de atención del post aborto y del aborto electivo. En relación al costo total de atención del aborto incompleto no complicado, este fue similar en los 4 hospitales y en promedio se obtiene 123.7 US\$. El costo total de la atención del aborto incompleto complicado sí fue más variable, porque dependió de la gravedad de cada caso, del tipo de tecnología utilizada en el manejo, de la estancia hospitalaria y del número de profesionales y no profesionales que se involucraron en la atención. El costo varió entre US\$ 376.71 y 858.58, lo que significó un promedio de US\$ 613.31.

El costo total para la atención del aborto electivo en la clínica privada fue de US 132.19, cifra muy cercana al costo del aborto



incompleto no complicado en los hospitales públicos. En este total se incluyen los costos asignados a personal, medicamentos e insumos y funcionamiento de la clínica.

**TABLA 8.**

**Resumen final costos promedios según tipo de aborto**

Promedio de Costos (En US \$)	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3	Hospital 4	Clínica privada
<b>Incompleto no complicado</b>	<b>124.69</b>	<b>147.76</b>	<b>110.41</b>	<b>111.94</b>	<b>----</b>
Personal	19.3	29.9	24.6	5.00	
Medicamentos, insumos y equipos	21.5	21.3	13.0	16.1	
Funcionamiento Hospital	4.49	31.76	7.11	4.19	
Gasto de bolsillo	48.9	56.5	37.8	72.1	
Costos Indirectos	30.5	8.3	27.9	14.55	
<b>Incompleto Complicado</b>	<b>488.40</b>	<b>376.71</b>	<b>765.31</b>	<b>858.58</b>	<b>----</b>
Personal	44.8	62	43.7	536.2	
Medicamentos, insumos y equipos	108.2	51.3	59	63.2	
Funcionamiento Hospital	39.5	170.0	110.41	72.38	
Gasto de bolsillo	221.3	61.7	485	149.7	
Costos Indirectos	74.6	31.71	67.2	37.1	
<b>Aborto electivo</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>132.19</b>
Personal					0
Medicamentos, insumos y equipos					0
Funcionamiento Hospital					0
Gasto de bolsillo					117.20
Costos Indirectos					14.99

## DISCUSIÓN

El presente trabajo es un estudio prospectivo llevado a cabo en 4 hospitales públicos en donde se atienden abortos incompletos no complicados y complicados, y una clínica privada en donde además se atienden abortos electivos por causas médicas. Partimos de la afirmación de que una parte importante de los abortos que concurren a los hospitales públicos son abortos inseguros que se han iniciado antes de su atención en el establecimiento de salud.

Mediante formularios previamente diseñados y probados, se investigó la permanencia de las mujeres en el establecimiento de salud desde que empezó la atención hasta el momento del alta. Además, se examinaron los costos dependientes del sueldo del personal, medicamentos, material, equipo y suministros (material de laboratorio incluido), funcionamiento del hospital, gastos de bolsillo y costos indirectos en que incurrieron las mujeres o sus familiares.

Es importante comprobar que la estancia promedio de las mujeres de aborto incompleto no complicado, así como en los casos de aborto electivo en todos los establecimientos es de pocas horas, dado que el uso predominante de la AMEU condiciona una recuperación rápida y, como consecuencia, un alta temprana. Dentro de este comentario debemos decir que si estandarizamos la atención postaborto en todos los establecimientos de salud, no solo reduciremos la estancia hospitalaria, sino que, además, se reducirán los costos y las complicaciones (9, 10, 11, 14, 15, 23).

Los costos totales derivados de los sueldos del personal, uso de medicamentos, equipos e insumos, funcionamiento del hospital, gastos de bolsillo y costos indirectos fueron muy similares para la atención del aborto incompleto no complicado en los cuatro hospitales y, en promedio, significó US \$ 124 utilizando nuestra metodología; cifra que en algunos casos se asemeja a lo encontrado por otros autores y en otros es francamente discrepante. En México, se reporta que la atención de un aborto incompleto mediante D+C representa un costo de US\$

143; si se utiliza AMEU el costo baja a 111 en hospitales públicos y a US \$ 53 en el manejo ambulatorio con AMEU; en cambio, cuando se utilizan medicamentos el costo asciende a US \$ 79 (9). Otro estudio revela que el costo promedio de atención de un aborto, calculado para el año 2006, es de US\$ 114 en África y US\$ 130 en América Latina (24); el mismo autor, en otro estudio encuentra un costo de US\$ 83 para África y de US\$ 94 para América Latina (25). En Uganda, se estima que la atención del AI representa un costo de US\$ 177, que es bastante alto para ese medio, pero las mujeres están dispuestas a afrontarlo para terminar con un embarazo no deseado (26). Un nuevo estudio en México encuentra que la atención del aborto inseguro representa un costo de US\$ 90 (19), cifra no muy distante a la encontrada por nosotros, y en USA se reporta que el manejo quirúrgico del aborto incompleto representa un costo de US\$ 336 (27).

El costo total para la atención del aborto con complicaciones fue variable en nuestros hospitales y dependió del tipo de complicación, el tiempo de estancia hospitalaria, los procedimientos utilizados que representaron el uso de antibióticos, mayor número de exámenes auxiliares, transfusión de sangre y aun la necesidad de histerectomía. El costo varió desde US\$ 377 a 860, que se encuentra un poco distante de los US\$ 601 – 2100 evidenciados en los hospitales públicos de México, que a las claras es un monto mayor (9,19). En Pakistán, se encuentra que el costo de atención en los abortos complicados varía de US\$ 20 hasta 580 (28). Es evidente que las complicaciones del aborto elevan sustancialmente los costos de atención, que representan una carga económica importante tanto para los establecimientos públicos como para las mujeres y sus familias.

La atención del aborto electivo, que claramente es un aborto seguro, en una clínica privada, representó en este estudio un costo total de US\$ 132, cifra muy cercana a la obtenida para la atención del aborto incompleto sin complicaciones en los hospitales públicos.

Debemos subrayar que no fue posible obtener el tiempo exacto que demandó a las mujeres desde su llegada al hospital y el inicio de

su atención; así mismo, no se pudo determinar el costo de la probable intervención inicial que condujo al aborto incompleto, el costo de algún abortifaciente utilizado y el pago al proveedor que suministró algún procedimiento médico y/o quirúrgico, lo que necesariamente al final elevará los costos totales que podrían ser más altos que la atención electiva (9). El estudio mexicano referido anteriormente (19) establece que el aborto seguro atendido mediante D+C tiene un costo de US 143; si se trata con AMEU en base al hospital es de US\$ 107; si se realiza con AMEU ambulatorio el costo baja a US\$ 53, y cuando se usa misoprostol por vía vaginal el costo es US\$ 69. Un estudio chino recientemente publicado afirma que el costo del manejo quirúrgico del aborto electivo no dista mucho del costo con el uso de medicamentos, por cuanto en este último se debe hacer uso de una consulta médica previa, una consulta médica a las dos semanas y eventualmente el uso de ecografía (29).

El acceso al cuidado post aborto (CPA) de calidad permanece aún pobre en muchos países menos desarrollados, y el Perú no es la excepción. Aun cuando tales cuidados están disponibles, las distancias, el costo y el estigma, a menudo asociado al aborto, pueden afectar a las mujeres para buscar tratamiento. Persisten aún muchos obstáculos para el aborto seguro y legal y para el adecuado CPA y uso de anticonceptivos. Aquí debemos considerar que cuando las leyes del aborto son restrictivas, las mujeres están en riesgo de aborto inseguro (10).

Cuando verificamos que el SIS (Seguro Integral de Salud), que es la entidad encargada de afrontar los gastos de atención médica desde el Estado Peruano, destina en promedio 105 soles (casi 40 US\$) para la atención del aborto; y lo que realmente consume el establecimiento público de salud en la atención de un aborto incompleto no complicado (en promedio un poco más de 40 US\$), resulta que ni siquiera se cubre por el seguro el monto gastado por el hospital. Es más, en promedio, las mujeres y sus familias deben afrontar un gasto de bolsillo y un costo indirecto, en promedio superior a 80 US\$, lo que hace aparecer como insuficiente lo previsto por el SIS. En el extremo de que se trate de

un aborto con algún tipo de complicación, el hospital público debe subsidiar en buena cuenta los gastos de atención, con el agravante de que son la mujer y su familia las que deben enfrentar lo más pesado del gasto. Esta evidencia debe obligar a los tomadores de decisiones a reexaminar los costos reales que deben ser recalculados por el SIS para no gravar aún más a este tipo de usuarias, que desafortunadamente son las más vulnerables.

De otro lado, mientras que las estrategias para reducir los costos en los sistemas de salud que proveen abortos y el cuidado post aborto que mejoran la calidad del cuidado están bien documentadas, desafortunadamente se ven infrecuentemente aplicadas (23).

Conforme hemos evidenciado, los AI son económicamente costosos para los individuos, las familias y la sociedad. Los sistemas gubernamentales de salud están sobrecargados por el alto costo del CPA. Por ello, debemos procurar la reducción de los AI, para lo cual es fundamental la prevención del embarazo no deseado. Muchas mujeres se embarazan antes de que lo hubieran planeado. En efecto, la causa más importante de los abortos son los embarazos que las mujeres o sus parejas no querían que ocurrieran (10).

Alcanzar el 5° Objetivo de Desarrollo del Milenio, que es disminuir al año 2015 en 75% la muerte materna, no será posible si no se enfrenta exitosamente los AI. Por ello, es urgente focalizarse en el aborto. Será preciso el mejoramiento de la educación sexual y el acceso a métodos anticonceptivos efectivos que pueden reducir la tasa de embarazos no deseados y, por tanto, la necesidad de AI. Expandir los servicios de SR puede extender la cobertura de salud y la calidad del CPA. Abolir las restricciones legales sobre el aborto puede no solo hacer el procedimiento más accesible, sino también menos costoso y más seguro; y, sobre todo, un mayor apego a los DH (11, 30), conforme lo estableció la Asamblea General de Naciones Unidas a fines del año 2011 (31).

En conclusión, podemos decir que, a pesar de los escasos estudios que sobre costos de la atención del aborto existen publicados

(32), en este estudio nos hemos acercado a lo que ocurre en la realidad de nuestro medio. Alentamos a emprender otros estudios similares en diferentes realidades del país, puesto que lo encontrado por nosotros de ninguna manera se puede hacer extensivo a otras regiones. Igualmente, afirmamos que si se quiere humanizar la atención del aborto, mejorando el acceso de las mujeres a los servicios seguros, sin estigmatizarlas y despenalizando el aborto por lo menos en lo que a salud física y mental de las mujeres se refiere, podemos estar hablando de una franca reducción de complicaciones y muertes totalmente evitables y de reducción de costos de atención para el Estado y para los hogares peruanos.

## REFERENCIAS

- 1.- WHO. Unsafe abortion. *Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. Geneva: WHO, 2010
- 2.- Shah I, Ahman E. *Unsafe Abortion in 2008: global and regional levels and trends*. Reproductive Health Matters 2010; 18: 90-101
- 3.- WHO, UNICEF, UNFPA, WB. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008*. Geneva: WHO 2010; pp 55
- 4.- Faundes A, Santos LC, Carvalho M et al. *Post abortion complications after interruption of pregnancies with misoprostol*. Advances in Contraception 1996; 12(1): 1-9
- 5.- Walker D, Campero L, Espinoza H et al. *Deaths from complications of unsafe abortion: misclassified second trimester deaths*. Reproduction Health Matters 2004; 12 (24 suppl): 27-38
- 6.- Juarez F, Sigh S, Garcia SG et al. *Estimates of induced abortion in Mexico. What's changed between 1990 and 2006?. International Family Planning Perspectives 2008; 34 (4):158-168*.
- 7.- Gimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE et al. *Unsafe abortion: the preventable pandemic*. Lancet 2006; 368: 1908-1919
- 8.- Briozzo L. *Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis. Estrategias para su reducción*. Revista Médica, Uruguay, 2003; 19: 188-208.
- 9.- Levin C, Grossman D, Berdichevsky K, Diaz C, Aracena B, Garcia S, Goodyear L. *Exploring the costs and economic*

- consequences of unsafe abortion in Mexico city before legalization.* Reproductive Health Matters 2009; 16(33): 1-13
- 10.- Singh S, Wulf D, Hussain R, Bankole A, Sedgh G. *Abortion worldwide: A decade of uneven progress.* New York: The Alan Guttmacher Institute 2009; pp. 67
- 11.- Editorial The Lancet. *Unsafe Abortion: eight maternal deaths every hour.* The Lancet 2009; 374: 1301
- 12.- Guttmacher Institute. *Datos sobre el aborto y el embarazo no planeado en América Latina y El Caribe. En resumen.* New York: AGI 2009; pág. 4.
- 13.- Ferrando D. *El Aborto Clandestino en el Perú,* Lima: Pathfinder CMP Flora Tristán, 2002.
- 14.- Távara L. *Manejo ambulatorio del aborto como estrategia para aumentar la cobertura y reducir los costos. Encuentro de investigadores sobre aborto inducido en América Latina y El Caribe: servicios y práctica del aborto.* Universidad Externado de Colombia, Santa Fe de Bogotá, noviembre de 1994, pág. 50-57.
- 15.- Távara L, Bazán D, Delgado A, et al. *Costos de la atención ambulatoria del aborto incompleto con tres métodos de evacuación uterina.* En: Távara L, Ramírez Y. *Atención del aborto incompleto no complicado,* Lima: INPPARES 1996, pág. 37-66.
- 16.- González-Enders R. *Costos del tratamiento hospitalario del aborto.* En: *Consideraciones médico-sociales para el tratamiento del aborto incompleto.* Lima: Ed. Manuela Ramos 1993, pág. 85-89.
- 17.- Li D, Ramos V. *Estimación de costos del aborto en condiciones de riesgo en dos hospitales de Lima.* En: *Consideraciones médico-*



- sociales para el tratamiento del aborto incompleto. Lima: Ed. Manuela Ramos, 1993, pág. 90-107.
- 18.- Brambila C, Langer A, Garcia Barrios C, et al. *Estimating costs of postabortion services at Dr. Aurelio Valdivieso General Hospital, Oaxaca, Mexico*. In: Huntington D, Piet-Pelon NJ, editors. *Postabortion Care: Lessons from Operations Research*. New York: Population Council, 1999. p. 108–24
  - 19.- Hu D, Grossman D, Levin C, Blanchard K, Goldie S. *Cost-effectiveness analysis of alternative first-trimester pregnancy termination strategies in Mexico City*. BJOG 2009; 116: 768–779
  - 20.- Khan KS, Wojdila D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. *WHO analysis of causes of maternal deaths: a systematic review*. Lancet 2006; 367: 1066-1074
  - 21.- WHO.- *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Second edition. Geneva: WHO 2012, pp. 134
  - 22.- Albernathy M, Hord C, Nicholson L, Benson J, Johnson B. *Guía para evaluar el uso de recursos para el tratamiento del aborto incompleto*. Carrboro, NC: IPAS 1993, pp. 75
  - 23.- Johnston HB, Gallo MF, Benson J. *Recording the costs to health systems of unsafe abortion: a comparison of four strategies*. J Fam Plann Reprod Health Care 2007; 33(4): 250-257
  - 24.- Vlassoff M et al. *Economic impact of unsafe abortion related morbidity and mortality: evidences and estimated challenges*. Brighton Institute of Development Studies, 2008
  - 25.- Vlasoff M, Walker D, Shearer J, Newlands D, Singh S. *Estimates of health care systems costs of unsafe abortion in Africa and Latin America*. Int Perspect Sex Reprod Health 2009; 35(3): 114-121

- 26.- Babigumira JB, Stergachis A, Veenstra DL, Gardener JS, Ngonzi J, Mukasa-Kivunike P, Garrison LP. *Estimating the costs of induced abortion in Uganda: a model – based analysis*. BMC Public Health 2011; 11: 904.
- 27.- Rausch M, Lorch S, Chung K, Frederick M, Zhang J, Barnhart K. *A cost-effectiveness analysis of surgical vs medical management of early pregnancy loss*. Fertil Steril 2012; 97: 355-360
- 28.- Naghma-e-Rehan. *Costs of the treatment of complications of unsafe abortion in public hospitals*. J Pak Med Assoc 2011; 61 (2): 169-172
- 29.- Xia W, She S, Lam TH. *Medical versus surgical abortion methods for pregnancy in China: a cost-minimization analysis*. Gynecol Obstet Invest 2011; 72(4): 257-263
- 30.- Sedgh G, Singh S, Henshaw SK, Bankole A, Shah IH. *Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008*. Lancet web site DOI: 10-10161S0140-6736(11)61786-8, Jan 19 th 2012
- 31.- ONU. Asamblea General. *Informe del Relator Especial sobre el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. New York: ONU 02-08-2011
- 32.- Shearer JC, Walker DG, Vlasoff M. *Costs of postabortion care in low a middle income countries*. Int J Gynecol Obstet 2010; 108(2): 165-169





# 2

---

SEGUNDO ESTUDIO

## EL COSTO DE ABORTAR: ESTUDIO DE CASO EN LA MATERNIDAD DE LIMA

---

# 2

---

---

## SEGUNDO ESTUDIO

---

# EL COSTO DE ABORTAR: ESTUDIO DE CASO EN LA MATERNIDAD DE LIMA

Autores: Yoel Chlimper Celis y Diego Rehder Normand<sup>1</sup>

Investigación realizada para el curso Investigación Económica II, facultad de Economía de la Universidad del Pacífico. Noviembre de 2012

Esta investigación busca contribuir con la discusión del aborto desde una perspectiva académica y comprender mejor, desde la disciplina económica, la realidad de este fenómeno en el Perú.

No se han analizado las aristas morales y se manifiesta ex-ante el respeto de los autores por las opiniones diversas alrededor de este tema.

---

<sup>1</sup> Este trabajo de investigación debe su realización al aporte de los siguientes colaboradores: Susana Chávez; María Sánchez; Dr. Luis Távora; Karina Bellido; Pilar Rodríguez; Carito Camango; Jeaneth Pariona; Guisel Cusi.

## RESUMEN EJECUTIVO

Pese a estar tipificado como un delito, se producen al menos 450 000 abortos todos los años en el Perú, la mayoría de ellos en condiciones de riesgo. Con el objetivo central de estimar los costos agregados a los que se enfrenta una mujer que se practica un aborto en Lima, se ha realizado un estudio de caso en el Instituto Nacional Materno Perinatal (de ahora en adelante: La Maternidad). A partir de una muestra de 106 entrevistas realizadas a mujeres ingresadas a dicho hospital por aborto, se han estimado por separado los siguientes aspectos:

- i. Los costos por aborto inducido asociados a la práctica en sí.
- ii. Los desembolsos posteriores a la práctica producto de malestares y complicaciones.
- iii. Los costos de oportunidad producto de los días que el individuo dejó de trabajar.
- iv. Las cargas de enfermedad vinculadas a los riesgos de haber practicado un aborto clandestino.

La hipótesis central de la presente investigación es que los costos directos vinculados al aborto en sí (i) son inferiores al agregado de todos los demás (ii, iii, iv). Asimismo, se plantea la hipótesis de que los desembolsos posteriores a la práctica (ii) dependen negativamente del nivel de ingresos del individuo que se induce un aborto.

Los resultados obtenidos comprueban las hipótesis planteadas. Los costos por aborto inducido (i) apenas suponen un 33.56% del agregado al que se enfrentó cada individuo de la muestra. Asimismo, se encontró una correlación negativa entre los desembolsos posteriores (ii) y el nivel de ingreso familiar, lo cual es concordante con la literatura académica.



Este trabajo de investigación se ha realizado con el apoyo del Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX), institución que funge de cliente de los resultados.

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo con información de la ONU, la mortalidad materna en el Perú se ubica entre las más altas del mundo (Peralta, et al., 2009). Asimismo, el aborto auto-inducido es el principal determinante de mortalidad materna en América Latina (Organización Mundial de la Salud, 2004)<sup>2</sup> y, de acuerdo con información del Ministerio de Salud, durante el año 2010 los embarazos terminados en aborto fueron el principal motivo de morbilidad en hospitalización en el Perú, alcanzando un 6.68% de todas las categorías a nivel nacional (MINSa, 2011).

No obstante la ilegalidad de la práctica, se ha mencionado en el primer acápite que se producen cerca de 450 mil abortos en el Perú cada año. Eso significa que se produce un aborto por cada 2 nacimientos (Ferrando, 2002). Esta información da cuentas del nivel de complejidad que la decisión de abortar supone en una mujer peruana, por cuanto se ignora de esa manera que dicha práctica sea o no penalizada.

Estudios recientes han concluido que la seguridad de la mujer que desea abortar es inversamente proporcional a las rigideces y barreras legales (Guttmacher Institute, 2012), lo cual se ha expuesto ya para la realidad nacional: en el Perú, el 27.9% de los abortos inducidos se producen de manera tan riesgosa como mediante “introducción vaginal de sustancias diversas como lejía, agua jabonosa, agua con sal, detergentes, bencina, etcétera”, y el 29% utiliza medios como presión en el estómago y maltratos como coito intensivo o golpes intencionales por parte de la pareja (Ferrando, 2006).

---

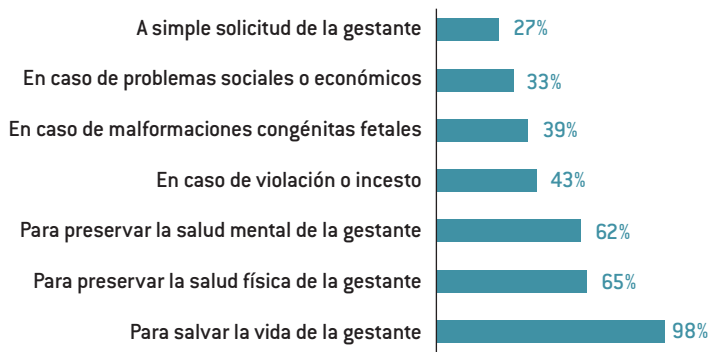
<sup>2</sup> De acuerdo con este estudio, 13% de la mortalidad materna en Latinoamérica está vinculada con abortos mal practicados.

El aborto ha sido común en la historia del hombre como regulador de la fecundidad; de hecho, diversas investigaciones plantean que su práctica tiene cerca de 4 mil años de antigüedad (Hurst & Hurst, 1992). Hoy en día, el aborto es un fenómeno frecuente y transversal en el mundo: se ha calculado que todos los años se practican al menos 46 millones de abortos, de los cuales apenas 27 millones se producen en condiciones de legalidad (Organización Mundial de la Salud, 2003).

El que una proporción cercana al 60% del total de abortos se produzca de espaldas a la ley se basa en una gran variabilidad jurídica en los diferentes sistemas legales alrededor del mundo. Como se evidencia en el gráfico presentado a continuación, apenas en el 27% de países el aborto se encuentra despenalizado y puede realizarse libremente a solicitud de la gestante:

### GRÁFICO 1.

#### Motivos por los cuales es legal abortar alrededor del mundo



Fuente: Organización Mundial de la Salud. (2003)

*Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems.* Ginebra, Suiza: OMS

Elaboración propia.

El caso peruano, por su parte, presenta uno de los marcos más rígidos del mundo, de cara a la legalidad del aborto (Ferrando, 2002): solo es permisible el aborto terapéutico<sup>3</sup>. No obstante, como se mencionó antes, se calcula que se producen cerca de 450 mil abortos todos los años en el Perú<sup>4</sup>.

## OBJETIVOS E HIPÓTESIS

La presente investigación tiene un objetivo central: estimar de manera efectiva todos los costos asociados con la práctica del aborto. Esta estimación incluye, además de los costos directos y observables, los costos económicos de oportunidad y la carga de enfermedad. A partir de esta estimación, se espera contribuir con la discusión académica sobre el aborto en el Perú.

Específicamente, la estimación de los costos totales estará desagregada en cuatro elementos:

### Costo por aborto inducido

Estos costos son aquellos vinculados única y directamente al método que la mujer haya utilizado para poder practicarse el aborto. En las discusiones académicas se suele hacer alusión a este elemento como *el costo de abortar*. No obstante, este elemento no considera una serie de costos relacionados posteriores, los mismos que son descritos a continuación.

---

<sup>3</sup> Específicamente, el Código Penal Peruano dispone en el artículo 119: “No es punible el aborto cuando es realizado por un médico (...) cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o evitar daño grave y permanente para su salud”.

<sup>4</sup> El autor calcula 400 000 abortos para el 2006. Se ha aplicado un múltiplo natural acorde con el crecimiento poblacional peruano 2007-2011.

## Los desembolsos posteriores a la práctica producto de malestares y complicaciones

Estos desembolsos ocurren luego de que la mujer ya se ha practicado el aborto: gastos en transporte, consultas, medicamentos y otros gastos anexos.

## Los costos de oportunidad producto de los días que se dejó de trabajar.

La naturaleza clandestina del aborto en el Perú hace que surjan complicaciones que necesariamente requieren atención posterior. A partir de la medición del ingreso de cada individuo, se ha estimado el ingreso que se ha dejado de percibir durante todo el proceso de atención y recuperación.

## Las cargas de enfermedad vinculadas a los riesgos de la práctica

Este elemento valoriza de manera monetaria los años perdidos en la calidad de vida, utilizando como base el índice AVISA cuya composición se explicará posteriormente.

A partir de la estimación anterior, la investigación plantea dos hipótesis:

- a) Los costos directos asociados a la práctica en sí (i) son inferiores al agregado de todos los demás (ii, iii, iv). Lo que se busca probar con esta hipótesis es que el grueso de los costos a los que se enfrenta un agente que quiere abortar ocurre de manera posterior a la práctica en sí. La discusión académica suele no considerar los costos posteriores.
- b)

- c) Los desembolsos posteriores a la práctica (ii) dependen negativamente del nivel de ingreso familiar de la mujer que se practica un aborto. Esta hipótesis está basada en la premisa de que niveles mayores de ingresos suponen un aborto más seguro y con menos complicaciones que atender posteriormente (Guttmacher Institute, 2012).

## REVISIÓN DE LA LITERATURA

La literatura existente relacionada con el aborto es muy diversa y sus diferentes aproximaciones al análisis económico del aborto han sido auscultadas para enriquecer esta investigación. Un resumen de la bibliografía revisada se adjunta en el **Anexo 1**.

Específicamente para la estimación de los costos vinculados al aborto, a continuación se presenta un resumen de la literatura directamente asociada con la presente investigación.

Un artículo publicado por el *Guttmacher Institute* en 2009 (Vlassoff, Walker, Shearer, & Newlands, 2009) describe los resultados de un estudio empírico que busca calcular los costos posteriores a abortar de manera inducida alrededor del mundo, discriminando los resultados por región. En él, se concluye que el costo promedio de atención post-aborto al que se enfrenta una mujer en América Latina asciende a US\$93.92 (alrededor de S/. 270 al tipo de cambio respectivo). Los investigadores llegan a ese número utilizando mecanismos de costos agregados similares a los que se utilizan en esta investigación.

Por otro lado, una investigación publicada por *Harvard School for Public Health* (Hu, Grossman, & Levin, 2010) estudia las implicancias de la política del acceso a abortos seguros en el tercer mundo. Utilizando un modelo de toma de decisión, la investigación concluye que los métodos clínicos asociados a abortos seguros son el principal factor para salvar vidas y reducir costos agregados a la sociedad.

Finalmente, se ha analizado una investigación que cuenta con una metodología bastante similar a la presente. Dicha investigación analiza el costo de distintos métodos de aborto para el primer trimestre de embarazo en Ciudad de México (Hu, Grossman, Levin, Blanchard, & Goldie, Cost-effectiveness analysis of alternative first-trimester pregnancy termination strategies in Mexico City, 2009). El estudio toma los costos directos del proceso (similar al costo (i) planteado en esta investigación), los costos de transporte y los costos de salarios perdidos. Para los costos directos, se divide entre costos del servicio y costos personales. Los del servicio en sí se realizan por medio de un estudio empírico en hospitales de Ciudad de México, mientras los personales se obtienen de la literatura existente. A partir de esto, el estudio presenta los costos *de por vida* o *lifetime costs* para los distintos métodos de aborto, discriminando entre métodos seguros y no seguros. El resultado para métodos no seguros es de US\$ 365 mientras que para distintos métodos seguros como Misoprostol y AMEU (ambos en clínicas) varía entre US\$ 89 y US\$ 174. Los autores concluyen que el aborto seguro está asociado a beneficios tanto de salud como de ahorro en costos.

Los resultados de esa investigación son fundamentales para la presente, puesto que permiten una comparación directa en relación a los resultados obtenidos y el marco analítico presentado.

## MARCO ANALÍTICO Y METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio de caso para, de esta manera, poder concentrar el análisis de las variables dentro de un universo controlado.

Como se ha descrito antes, la clandestinidad genera un gran riesgo de complicaciones para las mujeres que realizan abortos inducidos. Esto hace que muchas de las mujeres que sufren complicaciones durante el aborto tengan que acudir a hospitales, clínicas u otros centros de salud para poder lidiar con los problemas que hubieran surgido.

Entre los hospitales que han podido servir de base para realizar este estudio, la Maternidad de Lima presenta un caso propicio para la investigación. En Lima se concentra un tercio de la población del país y la Maternidad de Lima es uno de los hospitales más importantes de la capital, al recibir alrededor de 20 casos de aborto diariamente (Sanchez, 2012; Távara, 2012). Esto significa que al menos una de cada cien mujeres peruanas que decide abortar atiende sus complicaciones, si las hubiera, en la Maternidad de Lima.

Como e describió anteriormente, para poder realizar la estimación de los costos de abortar se han contemplado cuatro componentes:

- i. Los costos por aborto inducido asociados a la práctica en sí.
- ii. Los desembolsos posteriores a la práctica producto de malestares y complicaciones.
- iii. Los costos de oportunidad producto de los días que el individuo dejó de trabajar.
- iv. Las cargas de enfermedad vinculadas a los riesgos de haber practicado un aborto clandestino.

El primer componente (i) lo componen los costos vinculados única y directamente al método que la mujer haya utilizado para poder practicarse el aborto. La complejidad de este componente radica en la estimación del costo de inducción: esta se da producto de que, por ser una actividad ilegal, no es viable preguntar a las pacientes abiertamente sobre el método utilizado.

Ahora bien, existe un mercado negro con un precio *de mercado*. Este precio varía dependiendo de la etapa de gestación en la cual se practica el aborto y del tipo de persona o entidad que realice el servicio. Se han identificado cuatro tipos de inducciones de aborto<sup>5</sup>:

---

<sup>5</sup> Esta información fue proporcionada por María Sánchez, jefa de las internas y obstetra de La Maternidad de Lima (Sánchez, 2012). Además fue confirmada por las 5 internas que realizaron las entrevistas posteriores.

1. Inducción en clínica de primer nivel. Es el mecanismo más costoso y, por ende, menos riesgoso: las probabilidades de complicaciones son mínimas. En promedio, este procedimiento tiene un costo de 1000 soles, pero puede incrementarse o disminuir dependiendo de la etapa en la que se practica el aborto.
2. Inducción en clínica pequeña. Este procedimiento es realizado por un médico o un obstetra en clínicas pequeñas donde las complicaciones son improbables, pero existen. En el caso de que las hubieran, la mayoría de veces se manejan en el mismo lugar y no suelen recurrir a la necesidad de un hospital. En promedio, este procedimiento tiene un costo de 500 soles.
3. Inducción sub-calificada. Este método es administrado por personas no calificadas (ver *Imagen 1*) o sub-calificadas y se realiza en condiciones de riesgo. Por lo general, utiliza los mismos mecanismos que emplean los médicos u obstetras preparados, pero los realizan sin los conocimientos y preparación necesarios. En promedio, este procedimiento también tiene un costo de 500 soles; esto producto de que quienes administran inescrupulosamente estas soluciones suelen aprovecharse de la falta de conocimientos y poca capacidad de negociación de su contraparte.



## IMAGEN 1.

### Inducción sub-calificada

---



---

Desde los errores ortográficos puede intuirse la calidad de los mecanismos administrados.

4. Inducción precaria. Este procedimiento es muy riesgoso y ocurre producto de la ignorancia con la que se recomienda métodos inapropiados al paciente. El costo asociado a este tipo de aborto oscila entre los 100 y 500 soles.

Para calcular el gasto post-aborto (ii) se ha realizado una serie de entrevistas en La Maternidad. La metodología de dichas entrevistas será revisada luego detalladamente.

Para calcular el costo de oportunidad (iii), se obtiene de las entrevistas el número total de días que la mujer estuvo comprometida por el proceso de abortar y, por ende, dejó de trabajar. Luego, a partir del ingreso diario de la persona<sup>6</sup>, se calcula el costo de oportunidad.

Para el cuarto componente (iv), se utiliza el índice AVISA (o DALY por sus siglas en inglés) que representa los años de vida perdidos ajustados por discapacidad. Este índice es luego usado para determinar cuál es el agregado monetario que representarían los ingresos del individuo en ese periodo.

---

<sup>6</sup> Este cálculo se basa en una aproximación. En vista a que es muy difícil encontrar el ingreso exacto, se generaliza en rangos a partir de los cuales la paciente puede sentirse más cómoda respondiendo (Revisar **Anexo 2: Instrumento para realizar las entrevistas**).

El índice AVISA (creado por la Organización Mundial de la Salud) es utilizado para calcular la carga de distintas enfermedades. Esto está representado por la suma de dos componentes: el primero lo componen los años de vida perdidos (AVP) y el segundo, los años perdidos por discapacidad (APD). El AVP se calcula al multiplicar el número de muertes por la expectativa estándar de vida a la edad en que ocurre la muerte. El APD se calcula al multiplicar el número de casos incidentes por el peso de la discapacidad por la duración promedio del caso.

El AVISA resulta, entonces, en el número de años perdidos producto de la carga de una determinada enfermedad. En este sentido, se podría entender como la brecha entre la situación actual de la salud y la situación ideal, donde la población vive hasta una edad avanzada: sin enfermedades ni discapacidades.

$$\mathbf{AVISA = AVP + APD}$$

Donde:

**AVP** = (número de muertes)\*(expectativa de vida a la edad de la muerte)

**APD** = (número de incidentes)\*(peso de la discapacidad)\*(duración promedio)

Este índice ha sido trabajado por diversas instituciones tanto para el caso peruano como a nivel mundial. Para efectos de esta investigación, se tomó el índice del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, 2008). El AVISA, calculado para el 2008<sup>7</sup>, resulta en 19,272 años. En el 2008, se estima que hubo 394,039 abortos<sup>8</sup>; esto quiere decir que los 19,272 años perdidos en el 2008 producto de los abortos practicados estuvieron divididos entre esos 394,039 abortos. Asumiendo una división equitativa de la carga enfermedad, se ha podido calcular un AVISA promedio personal

<sup>7</sup> Lamentablemente, no existen estudios posteriores de este tipo.

<sup>8</sup> Dato obtenido de Aborto Clandestino en el Perú (Ferrando, 2006) ajustado por crecimiento poblacional.

al dividir ambos datos, teniendo como resultado un índice promedio de 0.0489 años perdidos por aborto. A partir de este dato, se ha utilizado la siguiente fórmula para calcular el AVISA para cada individuo.

$$AVISA_i = \alpha Y_i$$

Donde:

$\alpha$ : Índice AVISA personal anual

$Y_i$ : Ingreso personal anual

Si bien la fórmula mostrada para el AVISA es una simplificación de la original, es importante mencionar que la original incluye una tasa de descuento que trae a valor presente los años futuros perdidos por los distintos motivos mencionados. Esto beneficia al cálculo del AVISA personal llevado a términos económicos ya que la tasa de descuento contabiliza el costo de oportunidad en el tiempo.

A partir de la información descrita anteriormente, se calculan los costos totales de abortar. A continuación se muestra la ecuación que los determina:

$$C_j = GA + GP_j + d_j \frac{Y_i}{360} + \alpha Y_i$$

Donde:

$C_j$ : Costo de abortar para una persona específica.

GA: Costo por aborto inducido (i).

$GP_j$ : Desembolso posterior a la práctica (ii).

$d_j$ : Total de días que una persona específica dejó de trabajar por el proceso del aborto.

$\alpha$ : Índice AVISA promedio individual.

$Y_i$ : Ingreso personal anual.

El modelo toma como elemento el ingreso y esto debe servir para evaluar la segunda hipótesis de la presente investigación.

## RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El proceso de recolección de información se llevó a cabo mediante entrevistas. A continuación, se detalla las especificaciones del proceso y los supuestos que implican.

### Tamaño de muestra

Dado que el estudio se ha basado en el caso de la Maternidad de Lima, es importante calcular el tamaño de la muestra para hacer un análisis concluyente. A continuación, se muestra la fórmula para el cálculo del tamaño de muestra.

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2}{e^2}$$

Donde:

n : Tamaño de muestra requerida

Z : Valor Z asociado al nivel de confianza (95%)

$\sigma^2$  : Varianza de población

e: Tamaño de población

La recolección de información se realizó en un periodo de una semana, del 24 al 30 de setiembre de 2012. La elección de este periodo no perjudica los resultados ya que el ingreso de pacientes es homogéneo

durante todo el año<sup>9</sup>. Dado este período, la población semanal se estima en 140 mujeres. El tamaño de muestra mínimo resultante es de 103 mujeres, asociado a un nivel de confianza de 95% y una varianza de 50%<sup>10</sup>.

## Supuestos de la muestra

1. Supuestos vinculados con la inducción del aborto:
  - i. Todas las pacientes entrevistadas indujeron su aborto.
  - ii. Todas las pacientes gastaron el mismo monto en inducirlo.

Dada la ilegalidad del aborto, no es posible realizar preguntas abiertas sobre el tipo de aborto que se practicó. Por este motivo, es necesario realizar supuestos sobre el componente del costo que le corresponde a este elemento. Sobre el primer supuesto, se sabe que de las 20 mujeres que entran diariamente en promedio, entre 90% y 95% han tenido un aborto inducido<sup>11</sup>. Esto justifica el cálculo por dos motivos: el primero es que el porcentaje de mujeres con abortos espontáneos es muy pequeño y no influye gravemente en el resultado. El segundo es que los tratamientos para una mujer con complicaciones, tanto por aborto inducido como por aborto espontáneo, son muy similares (Chavez, 2012) (Sanchez, 2012).

El segundo supuesto viene de un análisis de los tipos de aborto mencionados anteriormente<sup>12</sup>. Sobre el primer tipo, se ha definido como muy poco probable que las mujeres que hayan realizado ese tipo de aborto lleguen a La Maternidad. Sobre la segunda y tercera opción,

---

<sup>9</sup> La constancia de ingresos fue constatada por la Dra. María Sánchez y el Dr. Luis Távara (Távara, 2012) (Sánchez, 2012).

<sup>10</sup> Se toma 50% como un parámetro estandarizado.

<sup>11</sup> Actualmente, este dato es obtenido por la entrevista realizada a expertos (Chávez, 2012) (Távara, 2012) (Sánchez, 2012).

<sup>12</sup> Ver páginas 8 y 9.

se ha definido un costo estándar de 500 soles que es el que se utiliza para el presente estudio. Este costo solo se incrementa cuando los abortos se realizan pasada la sexta semana de embarazo. Sin embargo, el porcentaje de mujeres que abortan pasadas las 6 semanas es muy pequeño y el costo tampoco se eleva considerablemente (Sanchez, 2012).

El cuarto tipo de aborto es común también, pero no es posible diferenciar qué pacientes realizaron cada práctica. Sin embargo, esto no invalida el estudio ya que la hipótesis referente a este costo indica que los costos posteriores deben ser mayores que el costo de la práctica del aborto. Por lo tanto, el hecho de que haya abortos que cuesten menos y el costo promedio no sea 500 soles sino un poco menor, no invalida la prueba de hipótesis<sup>13</sup>.

## 2. Supuestos vinculados con el índice AVISA.

La forma en la que se ha empleado el índice AVISA requiere realizar supuestos teóricos. Dado que el índice AVISA se refiere a los años perdidos por calidad de vida, su conversión a un elemento monetario requiere asumir qué determina esa calidad de vida. El presente estudio ha tomado los ingresos que la paciente dejará de generar por esos años perdidos.

Además, se ha asumido que el índice AVISA está igualmente distribuido entre todas las mujeres que hayan abortado, lo cual debería depender del tipo de aborto que se realizó y sus complicaciones.

---

<sup>13</sup> Este dato es luego comprobado en los resultados de las entrevistas y puede ser revisado posteriormente.

## METODOLOGÍA DE ENTREVISTAS

Las entrevistas fueron realizadas a mujeres que hayan abortado y se encuentren en la Maternidad de Lima como parte de su proceso de recuperación. De esta manera, se ha podido tener información detallada sobre los costos en los que han incurrido estas mujeres. La metodología para la recolección de data es la de entrevistas largas y abiertas (McCracken, 1988). Esta metodología de entrevistas fue utilizada también por Matterson, Hill y Maloy (1995) para su estudio sobre el aborto desde una perspectiva de comportamiento del consumidor. En su metodología, los autores explican cómo al ser mujeres las entrevistadas, este tipo de entrevistas es la que mejor se adapta a su manera de comunicación (Edelsky, 1981).

### *Entrevistas piloto (20-26 agosto de 2012)*

Dada la sensibilidad del tema en cuestión, se realizó un programa piloto de entrevistas. Este programa piloto constó de entrevistas a 12 pacientes y, si bien no presenta resultados estadísticamente rigurosos, sirvió para otros efectos.

En primer lugar, permitió perfeccionar el instrumento utilizado para las encuestas. Se realizaron varios cambios en la formulación de preguntas y en el orden para optimizar los resultados.

También sirvió para comprender mejor el tipo de resultados que se obtienen. Algunos de los sesgos como los horarios de trabajo y la subjetividad de las entrevistadoras fueron corregidos. Además, ha permitido evaluar la labor de las internas en cuanto al levantamiento de información.

Como resultados preliminares, se obtuvo un costo total promedio de 1,333.40 soles.

Se contó con un equipo de cinco internas de obstetricia liderado por la Dra. María Sánchez, coordinadora de las internas en la Maternidad de Lima. Luego de una capacitación, este equipo fue el encargado de realizar las entrevistas. La sensibilidad del tema en cuestión sugiere que sean personas cercanas o afines a las pacientes las que realicen el trabajo de levantar la información, ya que podrían mostrarse adversas a contestar asuntos personales a desconocidos. Por lo tanto, se buscó contar con un equipo de internas que conocieran de cerca los asuntos en cuestión. La Dra. María Sánchez fue la encargada de seleccionar este equipo a su criterio ya que ella cuenta con experiencia trabajando con las internas y sabe cuáles son las mejor preparadas para realizar el trabajo ideal.

Como parte del proceso de entrevistas es importante mencionar el uso de un documento de *Consentimiento Informado*<sup>14</sup> previo a la realización de las entrevistas. Es esencial para la confianza de las pacientes que se lleve a cabo un acuerdo de este tipo (Távora, 2012).

Las entrevistadoras contaron con una guía de entrevista,<sup>15</sup> la cual debían llenar conforme fueran desarrollando la entrevista. Cabe mencionar que el proceso de una entrevista intensiva es libre y se rige según lo que la entrevistadora crea conveniente para adaptarse a las pacientes.

Para seleccionar a las pacientes entrevistadas, el proceso fue aleatorio y el único requisito fue que las pacientes hubieran ingresado por motivo de aborto. El ingreso por aborto implica que la paciente haya llegado con un malestar y que, luego de auscultarla, los doctores hayan determinado que se tratara de un caso de aborto incompleto. Esto garantiza que la muestra sea relevante.

Además, es importante mencionar que al contar con cinco entrevistadoras, se redujo el sesgo por el momento del día en el que se realizaron las entrevistas. Dado que las internas hicieron las encuestas según su disponibilidad de tiempo, la variabilidad de sus horarios permitió una distribución homogénea en los tiempos de recolección

---

<sup>14</sup> Ver Anexo 3: Declaración de Consentimiento Informado.

<sup>15</sup> Ver Anexo 2: Instrumento para realizar las entrevistas.



de información. Por otro lado, la subjetividad al momento de levantar la información que pueda surgir de cada una de las internas también genera un sesgo, el mismo que fue minimizado por el mismo motivo.

Todo el proceso de recopilación de información fue supervisado y monitoreado por los investigadores, quienes hicieron visitas al hospital para revisar los avances.

Estas entrevistas fueron tabuladas<sup>16</sup> y los resultados se muestran a continuación.

# ANÁLISIS DE RESULTADOS

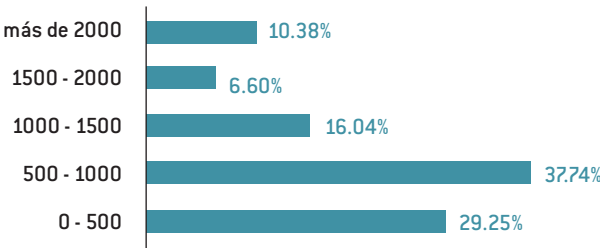
## Descripción de la muestra

### a. Ingresos

El perfil de la paciente que va a ser atendida a la Maternidad de Lima, es por lo general, de escasos recursos. Esto se puede ver claramente en el siguiente gráfico:

### GRÁFICO 2.

Distribución de la muestra según ingreso familiar mensual (S/.)



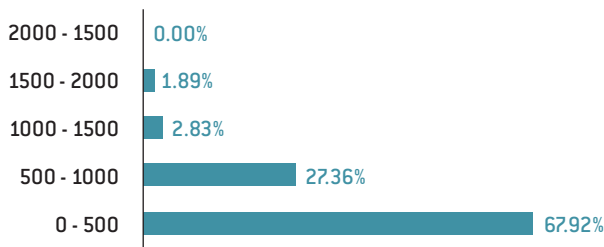
<sup>16</sup> Revisar Anexo 4: Resultados de la tabulación.

La moda tiene ingresos familiares mensuales entre 500 y 1000 soles. El ingreso promedio es de 905.66 soles por familia. Se puede ver que los ingresos para el rango mayor a 2000 soles se incrementan a 10% escapando el patrón. Esto puede deberse a un sesgo ya que, al tratarse de ingresos, podría ser que las entrevistadas hayan optado por incrementar ligeramente sus respuestas.

En lo concerniente al ingreso personal de las pacientes, puede apreciarse que es considerablemente menor: la moda se encuentra en el rango de 0 a 500 soles y el promedio se ubica en 349.06 soles. Otro resultado importante de la muestra es la correlación muy baja entre ingreso personal y edad, alcanzando apenas 0.11. Esto quiere decir que la edad de las mujeres no tiene una relación estrecha con los ingresos que perciben.

### GRÁFICO 3.

#### Distribución pacientes según ingreso personal mensual (S/.)

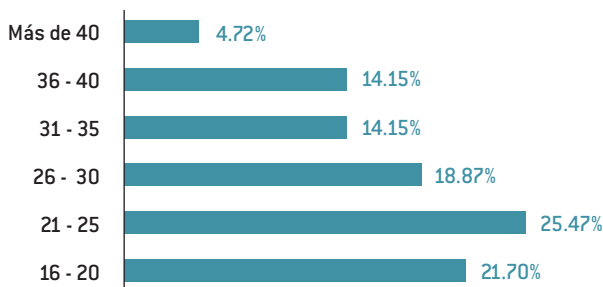


#### b. Edad

La moda se ubica en 19, el promedio en 27.44 y la mediana en 26.5 años. Es una distribución que presenta valores extremos a la derecha.

#### GRÁFICO 4.

##### Distribución de la muestra según edades

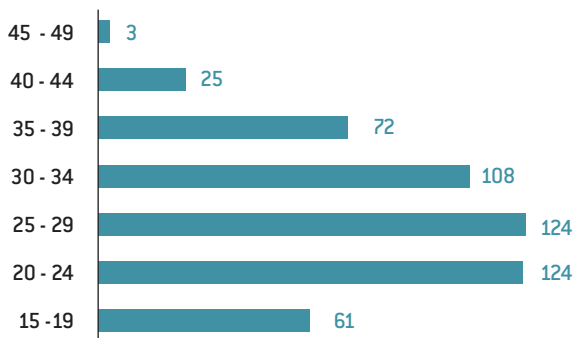


Como se puede ver en el *Gráfico 5*, este patrón es similar al del universo de madres en el Perú. Se puede ver que la distribución es similar a la tasa de fecundidad en el Perú, lo cual nos dice que es una muestra bastante representativa.

#### GRÁFICO 5.

##### Distribución de tasa de fecundidad en el Perú según edad

■ Fecundidad (Nacimientos por cada 1000 mujeres)



Elaboración propia. Fuente: ENDES 2011.

### c. Estado conyugal

En relación al estado conyugal de las mujeres entrevistadas, se obtuvo el resultado de que el 71.7% de las mujeres tiene una pareja<sup>17</sup>.

### d. Hijos

El 66.68% de las mujeres entrevistadas tiene hijos. El promedio fue de 1.26 hijos por mujer. Esta es una tasa mucho menor de fecundidad que la tasa de fecundidad de áreas urbanas en el Perú, que es de 2.3 hijos por mujer (INEI, 2011).

La interna de obstetricia y entrevistadora Karina Bellido sobre el resultado:

*“Esto tiene sentido porque las mujeres que tienen hijos saben lo que significa económicamente tener otro. La motivación del aborto debe haber sido económica.”*

### e. Situación laboral

El 62.26% de las mujeres entrevistadas tiene un trabajo. Este dato es importante para el cálculo del costo de oportunidad.

### f. Días con malestares previos

Si bien este dato no contribuye de manera directa al estudio, se cree que podría ser un indicador aproximado del momento en el que se realizó el aborto (Chavez, 2012). Esto contribuiría entonces a saber los días que toma una mujer con un aborto incompleto en acudir a un establecimiento por ayuda. El resultado final fue que la mayor cantidad

<sup>17</sup> No se especificó el tipo de pareja.

de mujeres acude luego de 2 a 4 días, con un 43.40% de la muestra mientras que la media estuvo en 4.03 días.

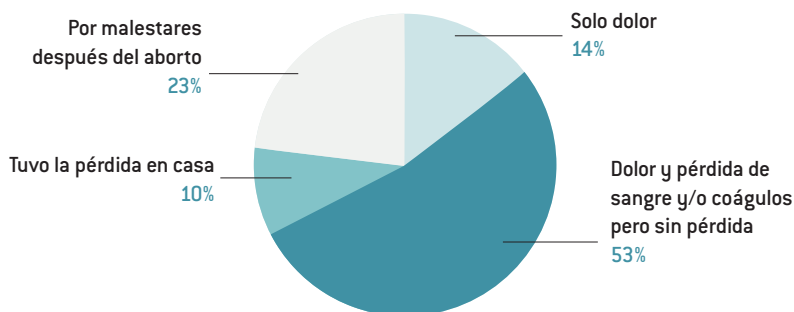
Inicio de síntomas	Número de pacientes
Día anterior o mismo día	25
De 2 a 4 días	46
De 4 a 7 días	18
Entre 1 y 2 semanas	17

### g. Tipo de malestar

En relación al tipo de malestar por el cual las mujeres se acercan al hospital, se presentan resultados mixtos. En general, se puede ver que el motivo que reconoce como dolor, coágulos y sangrado, pero sin pérdida del embarazo tiene una mucho mayor presencia, llegando al 53% de las entrevistadas. Sin embargo, lo importante de este resultado es que, si bien las opciones son variadas, todas las mujeres entrevistadas fueron elegidas con un ingreso registrado *por aborto*. Por lo tanto, esto permite confirmar que el calificativo *aborto* fue dado por un doctor y no por las mismas pacientes.

### GRÁFICO 6.

Distribución de muestra según motivo de ingreso al hospital



## Pruebas de hipótesis

### a. Primera hipótesis: componentes del costo.

Al realizar un análisis del *Gráfico 7*, donde se muestran los componentes del costo que determina este estudio, se puede observar que los costos posteriores al aborto son significativamente mayores que el costo de realizar un aborto en sí. Esto quiere decir que las consecuencias de la práctica actual del aborto son vertiginosamente costosas en relación con su causa.

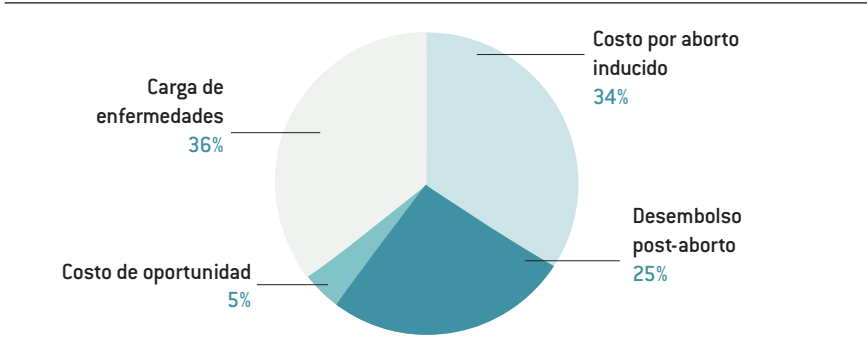
Si bien el costo de la práctica del aborto deja aún un rango de incertidumbre, el costo presenta una tendencia a ser menor que el especulado para las pacientes de La Maternidad y, en ese sentido, la prueba de hipótesis no estaría perdiendo validez. Las entrevistas permitieron ilustrar mejor este costo ya que, por más que este costo no estaba directamente presente en las preguntas, lo estaba indirectamente y esto permitió que algunas de las pacientes nos dieran mejor luz sobre él.

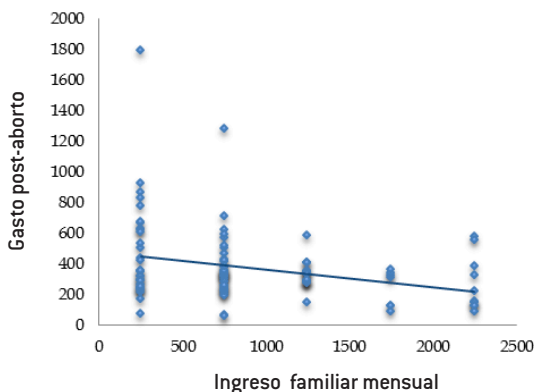
Motivo	Promedio [S/.]	Porcentaje del total
Costo por aborto inducido	500.00	33.56%
Desembolso post-aborto	375.41	25.20%
Costo de oportunidad	82.76	5.56%
Carga de enfermedad	531.54	35.68%
Total post-aborto	989.71	66.44%
Total	1489.71	100.00%

La entrevista trataba los costos previos a la llegada al hospital y, por lo general, las pacientes mencionaron alguna ecografía o pastillas contra el dolor. Sin embargo, 30 pacientes (28.3% de la muestra) determinó específicamente el costo de la práctica de su aborto. El promedio de estas 30 pacientes fue de 449.33 soles y la moda fue de 500 soles, el precio estipulado como *estándar* en la presente investigación.

Un resultado interesante es que la carga de enfermedad ha representado el componente más importante del costo total, ocupando el 35.68% del total.

**GRÁFICO 7.**  
**Componentes del Costo Total (promedios)**



**GRÁFICO 8.****Relación entre gasto post-aborto e ingreso familiar mensual****b. Segunda hipótesis: relación entre variables**

Los resultados de la investigación permiten observar una clara relación negativa entre los ingresos familiares de las pacientes y el gasto post-aborto que realizan. Esta relación puede ser vista en el *Gráfico 8*, donde se ilustran todos los casos ordenados según el rango de ingresos familiares al que pertenecen y el gasto post-aborto declarado en la entrevista. La pendiente de la línea de tendencia muestra la relación.

El promedio de gasto de cada grupo puede ser visto en la tabla posterior donde se muestra que el gasto cae en más de 45% del grupo de menos ingresos al de mayores ingresos. La correlación entre ambas variables es de -0.30.

Rango de ingreso familiar mensual (S/.)	Gasto promedio post-aborto
0 - 500	477.95
500 - 1000	367.17
1000 - 1500	337.82
1500 - 2000	240.06
2000 - más	260.56



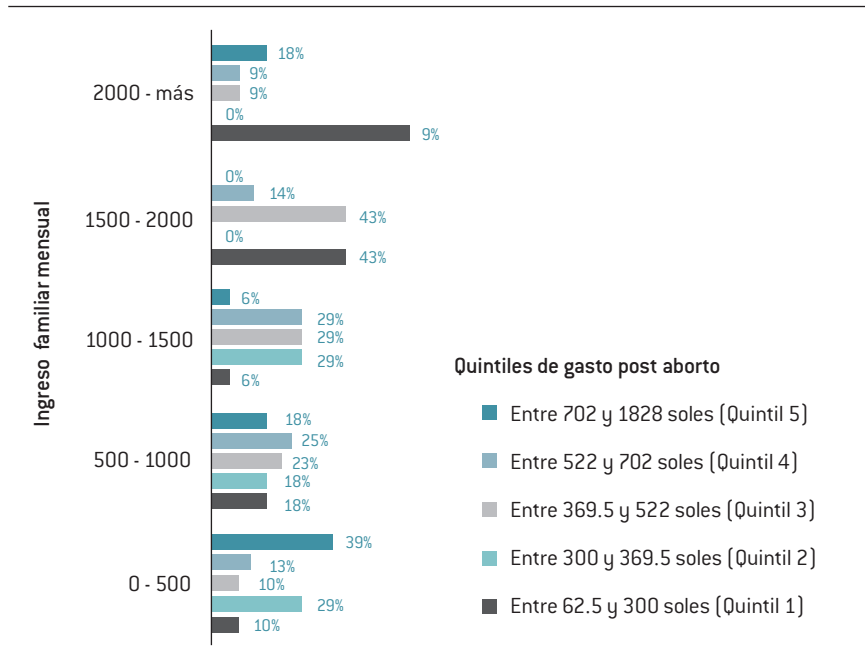
Además, realizando un estudio detallado dividido entre rangos de ingreso familiar (ver *Gráfico 9*) se puede ver la distribución de cada segmento según el nivel de gasto post-aborto ordenado en quintiles. El primer grupo (entre 0 y 500 soles de ingreso familiar mensual) tiene una tendencia hacia un mayor gasto: el 39% del segmento pertenece al quintil superior de gasto.

El segundo (ingreso familiar mensual entre 500 y 1000 soles) y tercer grupo (ingreso familiar mensual entre 1000 y 1500 soles) tienen distribuciones bastante homogéneas, con picos en los quintiles medios de gasto.

Finalmente, el cuarto (ingreso familiar mensual entre 1500 y 2000 soles) y quinto grupo (ingreso familiar mensual de 2000 soles a más) tienen distribuciones que tienden hacia los quintiles más bajos de gasto post-aborto. El quinto grupo, de mayores ingresos, tiene inclusive el 64% de su segmento perteneciendo al quintil de gastos post-aborto más bajo.

### GRÁFICO 9.

Gasto post-aborto según ingreso familiar mensual



Interna de obstetricia y entrevistadora Pilar Rodríguez sobre el resultado:

*“Lo que ocurre es que las pacientes de menores recursos no tienen conocimientos. Muchas son analfabetas. Van a un lugar malo y les hacen ecografías y análisis caros que no les sirven para nada y luego recién vienen a La Maternidad. Acaban haciendo un doble gasto.”*

Coordinadora de internas María Sánchez sobre el resultado:

*“Las pacientes de menores recursos realizan abortos en lugares de muy mala calidad. Por eso, muchas veces tienen que ser internadas y les cuesta más”.*

## CONCLUSIONES

Probadas las hipótesis planteadas, el estudio de caso es concluyente sobre el peso principal de los desembolsos posteriores a la práctica y la relación negativa entre el ingreso familiar y el desembolso generado por las complicaciones.

A partir de lo anterior, se concluye que los componentes de costo menos revisados en la discusión académica sobre el aborto (ii, iii, iv) son los que más ponderación tienen en promedio. Esto último se espera sirva para enriquecer el análisis y la discusión alrededor del aborto en Lima y en el Perú. Es imperante que tanto los académicos como los decisores de políticas públicas adopten la conceptualización global de los costos agregados que se plantean en esta investigación, pues asumir que *los costos de abortar* se reducen únicamente a aquellos vinculados con la inducción en sí es impreciso y puede llevar a conclusiones y políticas erradas.

Asimismo, en línea con las pruebas de hipótesis y acotado al universo estudiado, se ha podido apreciar un efecto redistributivo de la riqueza inverso. Esto a la luz de que son las mujeres de recursos más escasos las que cargan con costos agregados más elevados, producto posiblemente de la precariedad de los procedimientos que utilizan y de la gravedad de las complicaciones con la que se enfrentan. Con cargo a comprobar su *extrapolación*, estos resultados aplicados a la realidad peruana podrían suponer un efecto significativo sobre la distribución de ingresos.

Las condiciones actuales alrededor del aborto en el Perú (que afectan a la población estudiada) en términos de penalización, falta de promoción de anticonceptivos, ignorancia generalizada y mercado negro de servicios de aborto, suponen una serie significativa de costos y complicaciones para las cerca de 450 000 mujeres peruanas que deciden abortar cada año. Estos costos terminan siendo una carga social (pérdida de productividad laboral, incrementos en los subsidios y en las partidas del presupuesto público para atender dichas complicaciones)

innecesaria, pues no se está reduciendo el número de abortos.

Tal como se ha revisado en la literatura, la política pública adecuada para disminuir el número de abortos no es una que penalice su práctica y oculte toda la información pertinente, sino todo lo contrario: se debe disminuir la cantidad de embarazos no deseados mediante la promoción de los anticonceptivos y campañas informativas asociadas a subsidios preventivos.

## RECOMENDACIONES

Se plantea el siguiente set de recomendaciones para futuras investigaciones complementarias.

Con respecto al índice AVISA utilizado, será debatible el mecanismo empleado en esta investigación para realizar la conversión de *años perdidos en calidad de vida* a un plano monetario. Futuras investigaciones complementarias podrían plantear una alternativa, a lo mejor tomando indicadores subjetivos de bienestar para medir con mayor precisión la carga de enfermedad. En línea con lo anterior, sería interesante discriminar en qué medida el tipo de aborto inducido afecta la carga de enfermedad.

En relación al cálculo de la inducción por aborto, en la presente investigación se ha fijado un promedio a partir de entrevistas con expertos. No obstante ello, los resultados planteados podrían sofisticarse en gran medida si hubiera un estudio que determinara con mayor precisión el costo de inducción de abortos en Lima, y vincularlo con variables económicas y demográficas.

Con respecto a la relación negativa hallada entre el ingreso familiar mensual y el desembolso post-aborto, sería adecuado complementar el análisis de quintiles y la correlación con un modelo econométrico que pudiera sofisticar más la prueba de hipótesis realizada.

En relación a las conclusiones alcanzadas, sería interesante estudiar hasta qué punto el estudio de caso es extrapolable al resto de la realidad peruana. De este modo, podría inferirse en qué medida las condiciones actuales del aborto están teniendo efectos sobre los ingresos y la desigualdad en el Perú.

Finalmente, la última recomendación planteada transita por estudiar y medir hasta qué punto una despenalización del aborto en el Perú impactaría la estructura de costos. Así, se podría demostrar o descartar lo revisado en la literatura académica: la despenalización en otros países ha generado que las mujeres que deciden abortar se enfrenten a condiciones menos costosas y más seguras.



# BIBLIOGRAFÍA

1. APEIM. (2005). *Niveles socioeconómicos en Lima Metropolitana y Callao*. Miraflores, Lima.
2. Becker, G. (1968). Crime and Punishment: An Economic Approach. *Journal of Political Economy* , 76, 175-209.
3. Bitler, M., & Zavodny, M. (2002). Did Abortion Legalization Reduce the Number of Unwanted Children? Evidence from Adoptions'. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* , 34 (1), 25-33.
4. Chavez, D. S. (11 de 05 de 2012). Aborto en el Perú. (D. R. Yoel Chlimper, Interviewer) Lima, Lima, Peru.
5. Donohue, J., & Levitt, S. (2001). The impact of legalized abortion on crime. *The Quarterly Journal of Economics* , 141 (2).
6. Economic Inquiry. (1988). An Economic Analysis Of The Demand For Abortions. *ProQuest Central* , 26 (2), 353.
7. Edelsky, C. (1981). "Who's Got the Floor?" *Language in Society* (Vol. 10).
8. Ferrando, D. (2002). *El aborto clandestino en el Perú. Hechos y cifras*. Lima, Perú: Flora Tristán/Pathfinder Internacional.
9. Ferrando, D. (2006). *El aborto clandestino en el Perú. Hechos y cifras. Revisión*. Lima, Perú: Flora Tristán / Pathfinder International.

10. Gober, P. (1994). Why Abortion Rates Vary: A Geographical Examination of the Supply and Demand for Abortion Services in the United States in 1988. *Annals of the Association of American Geographers* , 84 (2).
11. Guttmacher Institute. (01 de 2012). *Hechos sobre el aborto en América Latina y El Caribe*. Retrieved 14 de 05 de 2012 from [http://www.guttmacher.org/pubs/IB\\_AWW-Latin-America-ES.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/IB_AWW-Latin-America-ES.pdf)
12. Hu, D., Grossman, D., & Levin, C. (2010). *Cost-effectiveness analysis of unsafe abortion and alternative first-trimester pregnancy termination strategies in Nigeria and Ghana*. Boston: Center for Health Decision Science, Department of Health Policy and Management, Harvard School of Public Health.
13. Hu, D., Grossman, D., Levin, C., Blanchard, K., & Goldie, S. (2009). Cost-effectiveness analysis of alternative first-trimester pregnancy termination strategies in Mexico City. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* , 116 (6), 768-779.
14. Hurst, & Hurst, J. (1992). *La historia de las ideas sobre el aborto*. Montevideo: Católicas por el derecho a decidir.
15. INEI. (2011). *ENDES*.
16. Joyce, T. (10 de 2001). The Supply-Side Economics of Abortion. *The New England Journal of Medicine* .
17. King, R. H., Myers, S. C., & Byrne, D. M. (1992). The Demand for Abortion by Unmarried Teenagers: Economic Factors, Age, Ethnicity and Religiosity Matter. *American Journal of Economics and Sociology* , 51 (2).
18. Levine, P. B. (2004). Abortion policy and the Economics of Fertility. *Society* .



19. Levine, P. B. (2001). The sexual activity and birth control use of American teenagers. In J. Gruber, *An Economic Analysis of Risky Behavior Among Youths* (pp. 167-218). Chicago: University of Chicago Press.
20. Matterson, M. J., Hill, R. P., & Maloy, K. (03 de 1995). Abortion in America: A Consumer-Behaviour Perspective. *Journal of Consumer Research* , 677-694.
21. McCracken, G. (1988). *The Long Interview*. Newbury Park, California, Estados Unidos: Sage.
22. Medoff, M. H. (2008). The Response of Abortion Demand to Changes in Abortion Costs. *Social Indicators Research* , 87 (2), 329-346.
23. Medoff, M. (12 de 05 de 2009). The Impact of State Abortion Policies on Teen Pregnancy Rates. *Springer Science+Business Media* .
24. Meier, J. K., Haider-Markel, D. P., Stanislawski, A., & McFarlane, D. R. (1996). The Impact of State-Level Restrictions on Abortion. *Demography* , 33 (3), 307-312.
25. Ministerio de Salud. (2008). *La carga de Enfermedad y Lesiones en el Perú*.
26. Ministerio de Salud. Oficina General de Estadística e Informática. Oficina de Estadística. (2011). *Compendio estadístico de salud 2010*. Lima, Perú: Ministerio de Salud.
27. Organización Mundial de la Salud. (2004). *Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000* (4th Edition ed.). Organización Mundial de la Salud.

28. Organización Mundial de la Salud. (2003). *Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems*. Ginebra, Suiza: OMS.
29. Organización Mundial de la Salud. (2004). *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*. Ginebra, Suiza: OMS.
30. Organización Mundial de Salud. (2004). *Global Burden of Disease 2004 Update: Disability Weights for Diseases and Conditions*.
31. Peralta, F. A., Cabrera Ramos, S., Chumbe Ruiz, O., Mascaro Sánchez, P., Silva Benavides, C., Távora Orosco, L., et al. (2009). *Interrupción terapéutica del embarazo por causas de salud*. Lima, Perú: Promsex.
32. Pritchard, A., & Parsons, S. K. (1999). The Effects of State Abortion Policies on States' Abortion Rates. *State & Local Government Review* , 31 (1).
33. Sánchez, D. M. (01 de 08 de 2012). Aborto en el Perú. (D. Rehder, Interviewer) Lima, Lima, Peru.
34. Singh, W. (1999). *The incidence of abortion worldwide*. International Planning Perspectives.
35. Távora, D. L. (13 de 07 de 2012). Aborto en el Perú. (D. Rehder, Interviewer) Lima, Lima, Peru.
36. Vlassoff, M., Walker, D., Shearer, J., & Newlands, D. (2009). Estimates of Health Care System Costs of Unsafe Abortion In Africa and Latin America. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* , 114-121.

37. World Health Organization. (n.d.). *Metrics: Disability-Adjusted Life Year (DALY)*. Retrieved 01 de 07 de 2012 from [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/metrics\\_daly/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/)



# 3

---

TERCER ESTUDIO

## HISTORIAS DE VIDA DE MUJERES QUE ABORTARON POR VIOLACIÓN SEXUAL

---

# 3

---

---

## TERCER ESTUDIO

# HISTORIAS DE VIDA DE MUJERES QUE ABORTARON POR VIOLACIÓN SEXUAL

# 3

Susana Chavez Alvarado  
Con los aportes de Soledad Arriagada Barrera

## INTRODUCCIÓN

La violencia es parte de nuestra vida cotidianamente, la violencia sexual también es parte de la vida cotidiana de muchas mujeres. En ese contexto, los embarazos producto de violaciones sexuales deben ser más comunes de lo que imaginamos. Sin embargo, en muchos países (incluido el nuestro) la ley penaliza la interrupción del embarazo por causa de una violación sexual.

El presente estudio pretende ser un primer vistazo a una realidad que no ha sido descrita suficientemente: mujeres que decidieron interrumpir sus embarazos producto de una violación sexual. Tomando en consideración estos complejos aspectos, buscamos comprender la manera cómo la mujer ha procesado esas dos situaciones extremas y cómo ha construido su discurso a partir de esta experiencia, de tal manera que pueda ser entendido por otros y otras. En este sentido, lo que nos interesa es describir las decisiones que la mujer toma comprendiendo el conjunto de razonamientos que se encuentren a la base. Estos incluirán decisiones éticas, recursos reales, itinerarios para llegar a los mismos, reglas de apoyo, redes sociales y familiares, entre

muchos otros elementos. Deseamos, al finalizar, poder comprender cómo a partir de sus experiencias valoran temas como la maternidad o las decisiones que han tomado, en sus contextos actuales.

Como estas experiencias tampoco están en el aire sino que se componen de una serie de hechos que se concatenan, especialmente con relación a la violencia, será importante identificar, de la manera más clara, las diversas situaciones de vulnerabilidad que enfrentan las mujeres que implican: la propia comprensión del problema, el acceso a información adecuada para la toma de decisiones, su capacidad de resiliencia, sus soportes reales y objetivos (seguridad, acceso a servicios, recursos propios, etc.) y, en este sentido, la presentación complementaria de cinco historias de vida que reflejen una diversidad de contextos de estas mujeres tan reales. Buscamos, a fin de cuentas, humanizar los hallazgos que del análisis de la data podamos tener, buscamos generar una mayor empatía con las mujeres que abortan.

Este pequeño estudio es subjetivo desde su concepción, de allí la decisión de trabajar con historias de vida. Desde la selección de la muestra al tamaño de la misma, hemos sido conscientes del sesgo muestral, reforzado por el nivel socioeconómico de las mujeres participantes del estudio, ya que no se logró contactar con víctimas de nivel socioeconómico medio ni medio alto. De este modo, esta investigación plantea límites en cuanto a las afirmaciones que del análisis de los datos de las entrevistas puedan realizarse, sin embargo, se trata de un relato que permite conocer una forma concreta y real de vivir esta situación, de allí su importancia y riqueza.

Finalmente, es relevante señalar que se consideraron cinco historias de las doce recogidas para el desarrollo del texto final, esto porque al desarrollar la entrevista no aplicaban al criterio establecido: que la propia participante se reconociera a sí misma como víctima de violación, que identificara al embarazo como el resultado de una relación sexual no consentida, y que al menos una de las razones para interrumpir dicho embarazo haya estado vinculada con este tipo de violencia. Todas las mujeres fueron previamente identificadas por profesionales obstetras, a quienes se les pidió apoyo para el desarrollo de esta investigación. El momento de la identificación fue realizado en el momento de la consulta post aborto, cuando acudieron a su cita



de planificación familiar o para acudir a controles periódicos de salud sexual y reproductiva. Así, todos los casos elegidos poseen características fundamentales que configuran los criterios de selección. Se cuenta con consentimiento informado de las mujeres, a quienes se les explicó el objetivo de la investigación, consultando su deseo de conversar sobre su experiencia y se les garantizó confidencialidad respecto de su identidad.

## LA VIOLENCIA SEXUAL

La violencia basada en género es un problema de salud pública y una violación de derechos humanos. Está definida como: “cualquier acción o conducta que, basada en su condición de género, cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (Convención Belem do Para, artículo 1). La violencia sexual es un componente más de la violencia basada en género (VBG). Aunque la violencia sexual no está circunscrita a la victimización solo de mujeres, se trata de un fenómeno íntimamente relacionado con la condición femenina en un contexto hetero-normativo<sup>1</sup> (Guerra, 2009: 4). En efecto, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, estableció que tanto la violencia basada en género, la violencia sexual y la violación sexual, son formas de discriminación, puesto que las víctimas son principalmente mujeres (CEDAW, 1992: 1). Desde esta perspectiva, ser mujer, se constituye en el primer factor de riesgo condición a la que se pueden sumar otro tipo de vulnerabilidades tales como: la pobreza, las edades extremas, la discapacidad y la exclusión social.

La violencia sexual está definida como “todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción

---

<sup>1</sup> Se refiere la autora al orden social construido a partir de un sistema sexual binario y jerárquico que identifica a las mujeres con lo femenino y lo inferior, mientras que los hombres son masculinos y superiores. Subsiste gracias a un contrato sexual, donde uno de los componentes es el sometimiento de las mujeres por los hombres a través de diversas conductas, dentro de las que se incluye la violencia sexual, incluida la violación dentro de la pareja.

por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”. (Organización Panamericana de la Salud 2002:161)

La violación sexual es un tipo de violencia sexual que el Código Penal Peruano ha tipificado de la siguiente forma: “El que con violencia o grave amenaza, obliga a una persona a tener acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o realiza otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías” (Código Penal de 1991: Artículo 170). Así, el delito de violación sexual está caracterizado por: la ausencia de consentimiento de la víctima, la penetración y el uso de la fuerza.

El problema de esta definición del sistema penal peruano radica en que todos los actos que no incluyen fuerza o grave amenaza quedan fuera de la definición del tipo penal, por lo tanto, no serían considerados como violación. Sin embargo, existe acuerdo en torno a la figura del consentimiento viciado que implica el aprovechamiento de cualquier posición de poder (Ramírez en Mujica, 2011:25). Al hablar del consentimiento hablamos de autonomía sexual. Esta debe expresar activamente el deseo de ser parte de una relación sexual. (Amnistía Internacional, 2011:5)

La autonomía, desde el ámbito sexual, se define como el “espacio vital” que ofrece “autoridad y libertad de disponer de las propias decisiones”, de tener el control sobre el propio cuerpo y sobre su propia sexualidad, lo que sólo es posible si las mujeres se aceptan a sí mismas y si gozan del respeto y reconocimiento de los demás como personas iguales. (CEPAL, 1996: 37)

Otro elemento que complejiza de tipificación de la violación sexual, es que estas no siempre ocurren de manera aislada y abrupta. Por lo general los hechos van presentándose progresivamente: de apenas indicios a manifestaciones sexuales explícitas. En un estudio realizado en Washington en un servicio para adolescentes abusadas sexualmente que ya son madres o están embarazadas, se señala que el promedio de edad de la primera violación fue 13.3 años, pero que el primer indicio de abuso que hicieron referencia estas adolescentes fue cuando tenían alrededor de 9 años. Este dato da cuenta de dos aspectos claves: el largo sufrimiento a la que son sometidas las víctimas y la indiferencia que enfrentan ante este tipo de amenazas. (Boyer, Fine, 1993)

## Magnitud de la violación sexual: quiénes y cuántas son las víctimas de violación sexual.

No es sencillo asumir la condición de víctima de violación sexual, según el British Crime Survey (citado en Bergallo y González, 2012) sólo el 60% de las mujeres víctimas de violación estuvieron preparadas para autoclasificar su experiencia como “violación sexual” y aquellas que sufrieron abuso sexual por parte de su pareja actual o en una cita, son aún menos propensas a identificarse como víctimas de un crimen.

Sin embargo, a pesar del subregistro hay evidencia de que la violencia sexual es uno de los crímenes más extensivos. El estudio multicéntrico de violencia física y sexual, realizado en 10 países, incluyendo el Perú se encontró que entre el 15 y el 71% de mujeres entre 15 y 49 años, declaraban haber sufrido violencia física o sexual por parte de sus parejas en algún momento de sus vidas (OMS, 2005). Según este estudio, Perú, junto con Etiopía, aparecen como los países con mayor prevalencia de violencia. La ENDES también corrobora este dato, al encontrar que el 12,4% de las mujeres que han estado unidas alguna vez fue obligada por sus parejas a tener relaciones sexuales.

En una serie de estudios realizados en Centro América y que fueron recogidos en un reporte sobre violencia, se señala que entre el 11 y el 13% de mujeres han sufrido violencia sexual por parte de su pareja a lo largo de su vida y durante el último año, habrían sido afectadas entre el 3 y 4.5% de mujeres (Luciano, Dinyis y Padilla: 2012). También se estima que en los Estados Unidos de Norteamérica, entre el 7% y 17% de las mujeres, sufrirán alguna vez abuso sexual, de las cuales, entre el 3% y 15%, corresponderán a una violación sexual (Rodgers CS, Lang Aj, Twamley EW y Stein MB: 2003).

La enorme brecha existente, es un problema global que no sólo corresponde a la baja tasa de denuncias sino a los procedimientos de acceso a la justicia que enfrentan quienes se atreven a denunciar. En el análisis realizado en Centro América en el estudio ya citado de Luciano y col. (2012) se señala que si se hubiese incluido en los reportes a los peritajes clínicos, se estaría hablando de una cifra que incrementaría en 61% el total de denuncias.

## 3

En el Perú cada día se registren al menos 19 denuncias de violaciones sexuales, ocho denuncias más de lo que se tenía en el año 1995 (Mujica: 2011). Tacna, Ucayali, Arequipa e Ica son los lugares en donde hay más denuncias (Entre 35 y 45 x 100,000 habitantes). Huancavelica, Pasco, Puno y Madre de Dios, solo presentan 1.48 y 8.48 lo que no necesariamente es indicador de una menor prevalencia de violaciones sexuales, sino más bien de problemas de acceso a la justicia.

En el Perú el 78% de las víctimas que han denunciado son menores de 18 años, 25% tienen entre 10 y 13 años, 45% están entre 13 y 17 años. Los espacios donde suelen ocurrir los actos de violación suelen ser conocidos como el hogar, vecindario o escuela. En el caso de las mujeres, adolescentes o adultas, los principales perpetradores son las parejas. Según la data de las denuncias de violaciones de la Policía Nacional del Perú el 24% de los perpetradores tenían algún vínculo con las víctimas, sin embargo, es necesario precisar que esta clasificación de denuncias, realizada por la Policía Nacional del Perú, sólo incluye a los cuidadores del menor afectado/a; si es hijo/a, hijastro/a o hijo adoptivo, si es profesor/a o alguien encargado de su adiestramiento. No se incluye en esta categoría a las parejas sentimentales que no están oficialmente reconocidas (enamorado, novio, etc.), tampoco a los amigos, compañeros de clases, o conocidos. (Mujica: 2011)

En términos de edad, la tendencia es que los perpetradores sean personas adultas, mucho mayores que sus víctimas. En estudio realizado en USA, el promedio de edad de los perpetradores fue 22.6 años, mientras que las víctimas correspondían a 13.3 años y, al menos, en el 50% de los casos las jóvenes fueron violadas más de una vez<sup>2</sup>.

## Impacto y costos de la Violación Sexual

La violencia sexual no sólo impacta a las personas que han sido ultrajadas, sino también a sus familias y entornos, dado que acarrea gravísimas consecuencias tanto a corto, mediano y largo plazo, e

<sup>2</sup> Boyer, d. 1998, Who pays the price?, Assessment of Youth Involvement in Prostitution in Seattle. City of Seattle Human Services Department Domestic Violence and Sexual Assault Prevention Division

impone gastos sociales y económicos muy altos que pueden expresarse en discapacidad o reducción de capacidades laborales, costos sanitarios y gastos en servicios de soporte. También se incluyen otros elementos, como el embarazo no deseado y maternidades forzadas. En efecto, se considera que la principal causa de los embarazos adolescentes de menores de 15 años tienen origen en violación e incesto (Tavara: 2010)

En cuanto a los efectos en la salud, se estima que el 50% de las sobrevivientes de la violación sexual, desarrollan “trastorno de estrés postraumático” que incluye depresión que pueden perdurar por varios meses, el 69% presentan ataques de pánico y hay una mayor incidencia de trastornos de ansiedad (pánico, fobia social y trastorno obsesivo-compulsivo)<sup>3</sup>. Está reportado también que mujeres que han sufrido violación sexual tendrá cuatro a cinco veces más posibilidades de presentar desórdenes alimenticios durante la adolescencia y necesitar de tratamiento psiquiátrico (Rodgers CS, Lang AJ, Twamley EW, Stein MB: 2003).

## Violación sexual, embarazo no deseado y aborto inducido

Una de las consecuencias probables de la violencia sexual es el embarazo y dadas las condiciones de sometimiento en que este se origina, es considerado una forma de embarazo forzado (Gupta *et al.*, 2007; Londoño, 2000; Chiarotti *et al.*, 1997, en Mujica, Jaris; Vizcarra, Sofía & Zevallos Nicolás, 2103). Los investigadores han convenido en establecer un promedio en las probabilidades de embarazo en una violación en torno al 8%<sup>4</sup>. Por otro lado, los estudios realizados estarían indicando que entre el 50% y 60% de las adolescentes embarazadas, especialmente menores de 14 años, tenían como antecedentes de haber sido abusadas física o sexualmente” (Klein y the Committee on Adolescence, 2005; Bruyn, 2003; Olukoya *et al.*, 2001). Esta información es consistente con lo encontrado por

<sup>3</sup> Rodgers CS, Lang AJ, Twamley EW, Stein MB. Sexual Trauma and Pregnancy, *Journal Womens Health*. 2003 dec 12 (10 961-70

<sup>4</sup> <http://www.clae.info>

## 3

Mujica Mujica, Vizcarra & Zevallos (2013) en una investigación realizada en Mazan (Iquitos, Perú) donde el 56% de los embarazos adolescentes habían tenido origen en algún tipo de violencia sexual. Asimismo, Pathfinder International en un estudio basado en grupos focales aplicado en zonas periurbanas de Lima en niñas gestantes entre 12 y 16 años, encontró que en gran parte de los embarazos fueron el resultado de una relación sexual no consentida y la mayoría de los casos, ocurrieron en el ambiente intrafamiliar, tal como lo confirman otros estudios (Boyer & Fine, 1995, Olsson A, Ellsberg M, Berglund S, Herrera A, Zelaya E, Peña R, Zelaya F, Persson LA; 2000).

La escasa información que existe respecto a la verdadera extensión de la violación sexual también afecta la cuantificación de los efectos, tanto en términos de embarazos, número de hijos/as producto de relaciones sexuales forzadas, así como de abortos, sobre todo, cuando estos se producen en contextos de clandestinidad y de rechazo social.

En los estudios que han descrito las características de mujeres que solicitan servicios de aborto se confirma la existencia de mujeres cuyos embarazos son el resultado de violaciones. En el Hospital General de la Ciudad de México, previo a despenalización del aborto entre los años 1991 y 2001, se identificaron 218 expedientes de mujeres que solicitaron la interrupción del embarazo por violación sexual.<sup>5</sup> Otro estudio realizado entre el 2002-2005, también en la Ciudad de México se encontró 49 solicitudes de interrupción del embarazo a causa de una violación. Más de la mitad de correspondieron a adolescentes y jóvenes y 8 tenían menos de 15 años. (Ubaldi N y Winocur M, 2005)<sup>6</sup>.

Aunque en estos casos, la probabilidad de desear un aborto es altamente comprensible, su acceso no es muy sencillo, por lo que hay muchas mujeres se ven obligadas a continuar con un embarazo aunque no lo deseen incluso cuando la ley si considera la causal de aborto legal en casos de violación. Así por ejemplo, en el Estudio del Hospital General de la Ciudad de México, solo pudieron interrumpir el 22% de las mujeres solicitantes, pese a su legalidad, igualmente en el segundo

---

<sup>5</sup> (Lara *et al.*, 2003)

<sup>6</sup> <http://www.debatefeminista.com/PDF/Articulos/elacce153.pdf>

estudio sobre el acceso en el mismo hospital, 5 años después, de las 49 solicitudes solo 33 fueron autorizadas.

En un estudio realizado en Cali, Colombia, cuando el aborto no estaba permitido bajo ninguna causal, se hizo un estudio que incluyó a 121 mujeres que se habían embarazado víctimas de violación: el 62.8% de mujeres de estas mujeres interrumpieron el embarazo, 18% se quedó con sus hijos y sólo el 6.6% lo entregó en adopción. Sin embargo, todas aquellas que continuaron con sus embarazos desearon interrumpirlo, pero desistieron debido a la dificultad de acceso a servicios o porque se dieron cuenta del embarazo muy tardíamente<sup>7</sup>.

## Las mujeres participantes en el estudio, sus historias de vida

### Ana, 35 años<sup>8</sup>

*Aunque solo tiene 35, Ana pareciera tener 40 años. Hace año y medio, que está separada del marido, aunque ella considera que hace cuatro años empezó a sentir el martirio de vivir con él. Tiene dos hijos: de 5 y de 10 años. Trabaja como asistente contable en una pequeña empresa de su familia. Es muy comunicativa y se expresa correctamente. Se observa que es una mujer muy clara en sus ideas. Sueña con tener su negocio propio y así criar sola a sus hijos.*

*Al hablar de su experiencia con relación a la violencia sufrida por parte de su pareja, fluye de manera muy natural, pero también con muchísimo dolor. En varios momentos de la entrevista, no puede contener las lágrimas se le escapan y se requieren varias pausas durante la entrevista. Cuenta que la relación con su marido siempre fue muy violenta, lo describe como “un hombre machista”*

<sup>7</sup> [http://fundacionsimujer.org/wp/wp-content/themes/Aggregate/images/Res\\_Embarazo%20por%20violacion.pdf](http://fundacionsimujer.org/wp/wp-content/themes/Aggregate/images/Res_Embarazo%20por%20violacion.pdf)

<sup>8</sup> Todos los nombres empleados han sido cambiados, para proteger la identidad de las personas.

3 *y que muchísimas veces la maltrató físicamente delante de sus hijos y que la obligaba a tener relaciones sexuales, simplemente para asegurarse que ella no lo estaba engañando. Ahora que el ya no vive en la casa y finalmente ha aceptado la separación. Tiene temor que alguna cosa lo haga retornar y que todo se termine en una desgracia, pues el ex marido es policía y no han quedado bien, pues ni siquiera se dirigen la palabra. Según ella, él no le perdonará nunca que haya logrado sacarlo de la casa.*

*Ella dice que haber salido de la violencia, del riesgo que estaba corriendo de morir en cualquier momento la acercado a Dios y ella considera que el (Dios) no la juzgará por las decisiones que ha tomado: de separarse de su marido violento y de terminar con el embarazo, porque según ella, Dios sabe lo mucho que estaba sufriendo y que de haber continuado con el embarazo, habría tenido también que continuar con su relación y así condenar a tres niños vivir en violencia. También la consuela el hecho de haber interrumpido su embarazo tempranamente, pues considera que en realidad no se trataba de un ser humano, sin embargo, a pesar que Ana se siente tranquila y aliviada luego del aborto, toda la violencia vivida y el haber sido obligada a pasar por toda esa situación en completa soledad (porque no quería involucrar a nadie en lo que estaba haciendo) es un recuerdo que aún vive con mucho rencor y dolor.*

*Ahora, se siente mejor, que si bien enfrenta más privaciones económicas que antes, han terminado los gritos, los insultos, las peleas, los golpes, los celos y las persecuciones, tanto en su casa y en el trabajo y esa tranquilidad es la que le da más ánimos a seguir adelante.*

### **Rebeca (23 años)**

*Trabaja como cajera en un restaurant en una playa del sur de Lima. Es soltera, no tiene hijos y vive con sus padres. Considera que su trabajo es solo temporal, pues lo que a ella le gustaría ser en realidad es una secretaria ejecutiva y como parte de lograr esa meta, también ha estudiado computación. Ella solo quiere ahorrar para pagarse una buena academia*



*Su familia es pobre, pero ella considera que le han dado una buena vida y señala que en su casa hay mucha unión, dialogo y cariño. Siente que sus padres siempre han confiado en ella, motivo por el cual también le han dado muchas responsabilidades, especialmente la de cuidarse a sí misma.*

*Hace 9 meses que empezó una relación amorosa con un muchacho llamado Ricardo, quien va a la universidad. Se siente muy bien con él, tienen muchos proyectos, es una persona que la anima a estudiar y su familia lo ha aceptado como su novio oficial. Ella solo espera ser secretaria y encontrar trabajo para casarse con él. Actualmente ha comenzado a usar anticonceptivos, pues de ninguna manera quiere salir embarazada antes de tiempo. Su novio está totalmente de acuerdo con ella y él también toma sus propias medidas usando condones en todas sus relaciones sexuales.*

*Sin embargo, no siempre en su vida todo es bueno. Hace dos años ella conoció a un hombre un poco mayor que ella, era taxista y lo llamaremos Juan. Lo conoció en su barrio. Al principio Juan se mostraba muy amable y conquistador: la invitaba a salir, le llevaba regalos, o la invitaba a comer. Algunas veces aceptaba y otras veces no, pues no quería que el pensase que habría algo especial entre ellos. Además le parecía un poco mayor para ser soltero.*

*Después de un tiempo conoció a Ricardo y empezó su relación. Una vez cuando estaba con Ricardo, se encontraron con Juan, ella trató de presentarles, pero el taxista, siguió su camino. Decidió no darle importancia y no le contó a Ricardo acerca de este hombre.*

*Un día, al salir de su casa, Juan pasó cerca de ella y le propuso acercarla a su trabajo. Ella pensó que esa era la oportunidad para contarle de Ricardo y así quedar tranquila, sin embargo, el desvió el camino diciéndole que solo tenía que recoger un paquete. Llegaron a una casa, abrió la cochera y metió el taxi. Recién allí se dio cuenta lo que estaba pasando, cuando con insultos y totalmente transformado le decía que de él no se burla nadie. Ella*

*no supo que responder, pues se sintió culpable de haber aceptado sus invitaciones, que ahora él se la estaba cobrando.*

*Juan estaba tan fuera de sí. La presionó tanto que sintió que allí mismo iba a morir y se dio cuenta que ya no había retorno por parte de él y que él de todas maneras la iba a violar. Cerro lo ojos y pidió a Dios que todo termine y así poder salir de ese lugar lo más pronto posible y así fue, él la dejó ir, no sin antes darle una patada en el estómago.*

*Deambuló muchas horas, estaba perdida, lejos de su casa y de su trabajo, sin poder siquiera ir a un baño donde asearse. Llegó a su trabajo tarde y sólo dijo que la habían “secuestrado al paso”. No le contó a nadie de la violación y así hubiese continuado si no se hubiese embarazado, pues se hizo un examen de laboratorio y dio positivo para el embarazo.*

*Decidió no hablar con Ricardo sobre este tema, pues ya no sería nada sería igual y todos le echarían la culpa, pues varias personas los habían visto conversar con el taxista en varias oportunidades. Sus hermanos no la creerían y sus padres dirían que ella no se supo cuidar. Ella no quería tener este hijo, no quería volver al sujeto. Ella solo quiere juntar su plata e irse de este barrio con o sin Ricardo.*

### ***Elvira (41 años)***

*Nació en Huancayo, es trabajadora del hogar. Vive en Lima desde hace 15 años y cuida a una niña de 3 años. Considera que su empleadora es una buena persona y ya lleva trabajando tres años con esa familia. Elvira tiene dos hijos; el mayor tiene 22 años y la pequeña 8 años. Ya no vive con su esposo hace tres años. Elvira es una mujer vivaz, sonriente, bonita.*

*Elvira nunca se había llevado bien con su madre, sin embargo, luego de casarse tuvo que regresar a los pocos años a su casa debido*

*a problemas económicos. Ella les arrendaba una pequeña pieza en una zona de la casa y es por eso que apenas la dejó el marido, su madre le dijo que desocupara la pieza para rentarla a un mejor precio. Ella tuvo que salir esa misma semana, un familiar la alojó hasta que pudiera encontrar un lugar en donde vivir y así lo hizo.*

*La relación con su marido nunca fue buena. El no quería que ella trabajara, pero también le sacaba en cara que no aportara dinero. Ella misma considera que hacía poco y eso le ponía descontenta consigo misma. Fue una época muy difícil, de mucha depresión. Todos en su casa sabían que él era muy mujeriego y los 15 años que vivieron juntos, siempre fue de mucho sufrimiento que ella lo grafica de la siguiente manera; “de 7 días de la semana, al menos 5, me la pasaba llorando y todo a causa de sus malhumores, sus insultos, su maltrato”.*

*A pesar de los problemas, de ella nunca salió la idea de la separación, así que cuando el desapareció, hace como 3 años, la dejó muy desconcertada. Como todos los días le dijo que se estaba saliendo a trabajar, y no volvió a verlo nunca más. Varias horas después de la desaparición se dio cuenta que se había llevado todas sus cosas*

*El marido no había sido el primer hombre con quien había tenido relaciones, pues cuando tenía 16 años fue atacada por un primo, y cuando ella le contó a su familia dijeron que ella lo había provocado y que era su responsabilidad por andar sola en esos caminos. En ese mismo tiempo, el padrastro también la acosaba. El la cogía de la cintura, le decía que se estaba engordando y volviendo mujercita y se reía feo. Cuando le dijo a su madre, sólo le dijo que su marido no podría tener tan malos gustos que meterse con una mantequilla”. Ella cree que su madre no la hizo valer.*

*Fue en esta etapa que conoció a su marido y lo aceptó muy rápido, pues lo que más quería era salir de esa casa en donde había sido tan maltratada. Tuvo su primer hijo, y por mucho tiempo no volvió a*

*salir embarazada. El marido estaba cada vez más molesto por esto, pero ella trato de llevar la fiesta en paz*

*Cuando su hijo cumplió 14 años, salió embarazada. Ella pensó que las cosas se arreglarían, pero no fue así. Hasta ese momento nunca le había puesto la mano, pero ese día llegó furioso preguntándome quién es el padre y ella le contestó que era de él. Fue así cuando él se le fue encima; cachetadas, rodillazos, de todo hubo. Elvira salió despavorida y presentó la denuncia y fue cuando llegaron sus compadres quien los hizo amistar. El prometió que nunca más le volvería a pasar.*

*Estuvieron bien por un tiempo. Ella encontró trabajo, con la finalidad de ahorrar para comprar la casa. Empezó a sentirse malhumorado y a hacerle problemas cada vez que Elvira salía. Un día, desde que llegó comenzó a buscarla, a jalarla a la cama, pero ese día ella no quería nada así que se fue a dormir asumiendo que su marido estaba dormido, pero no fue así, estaba despierto y decidido a tener relaciones sexuales.*

*Ella está firmemente convencida de que el embarazo fue de esa relación. Cuando le dijeron que estaba embarazada, ella no sabía que decir, pues que podría hacer con un hijo de 21 años, una hija de 7 años y otro más. Ella estaba convencida que no podría hacer nada, así que después de decirle a su marido que estaba embarazada, el simplemente se fue de la casa como cualquier día de trabajo, para no volver hasta el día de hoy.*

*Elvira entró en desesperación, no precisamente por la pena de la partida, sino, por estar embarazada y sin lugar en donde vivir y fue así que se animó a preguntar a una amiga donde obtener un aborto que no fuera peligroso*

*Después de seis meses de este hecho, sin marido, no puede imaginarse que hubiese sido de su vida con el embarazo. Ella siente que las cosas han cambiado mucho, ha encontrado un pequeño sitio en*

*donde vivir con sus hijos y con su trabajo, apenas le alcanza para pagar el instituto a su hijo mayor. De su madre no sabe nada, pero ella se siente más tranquila y dice que si tiene esperanzas de que las cosas se mejoren en algún momento.*

### **Alina (18 años)**

*Alina ha nacido en Caraz y hace 2 años que ha dejado su tierra natal. Vive hace 9 meses en Lima, trabaja en una fábrica de exportación de espárragos, actualmente vive con su madre y sus dos hermanos. Ella es la segunda.*

*Es muy tímida, hablar con ella resulta difícil y las palabras salen a cuenta gotas. Dice que su familia es “dispareja”, pues su padre y su madre están separados desde hace buen tiempo, desde que vivían en Caraz. Ella dice que su padre siempre ha sido un hombre muy violento y golpeaba a su madre de manera constante, muchas veces delante de ellos. Antes de llegar a Lima, fueron a Huaral, pues allí su madre encontró trabajo y también conoció a otro hombre con quién al poco tiempo formaron una nueva familia.*

*Estuvieron haciendo una nueva vida durante algunos meses y fue cuando su madre decidió venir a Lima y buscar otros horizontes, dejando por un tiempo a Alina con el padrastro. Apenas se quedaron solos, el empezó a acecharla, primero pidiéndole que le tenga confianza para contarle sus cosas, y luego tocándola. A Alina le desconcertaba su comportamiento tan contradictorio, a veces haciendo de padre, otra de galán.*

*En estas circunstancias la madre de Alina reunió nuevamente a su familia en Lima. Alina se sintió tranquila de estar nuevamente junto a su madre; se matriculó en un colegio nocturno y durante día trabaja en una fábrica. Un día que ella regresaba a su casa en compañía de un amigo de su colegio, después de despedirse de este, entró a su casa pensando que no había nadie, sin embargo, su padre la esperaba detrás de la puerta, esperándola. Sin mediar palabra, la atacó y la violó en el suelo.*

3

*Ella no le contó nada a su madre, pero sí a su padre quien justamente llegó a visitarla día siguiente. No le contó sobre la violación, pero sí sobre el acoso, por temor a cómo reaccionaría su padre y así fue, el padre agarró a golpes al padrastro y hasta lo amenazó con un cuchillo. El padrastro huyó para no volver más. La madre nunca reprochó a Alina, pero sí se resintió con ella por no haberle hablado primero con ella. Alina siempre tuvo miedo de que no se le creyera, pues todos, incluyendo sus hermanos tenían una imagen muy positiva de este.*

*Alina se deprimió muchísimo, dejó de ir al colegio y luego de unos días, empezó a sentir náuseas y la sospecha del embarazo. Consultó en el Centro de Salud y la noticia fue confirmada. No se atrevió a decirle a la profesional que su embarazo era producto de una violación. Al salir de la consulta solo pensó en quitarse la vida; Se cortó los brazos y las piernas, cuyas cicatrices aún se pueden observar y tomó un insecticida mezclado con gaseosa, pues quería que todo fuese lo más rápido posible. Después de vómitos y los cólicos intensos, perdió el conocimiento. Despertó en el hospital creyendo que estaba muerta. No dijo a nadie que estaba embarazada y después de un lavado gástrico y curar sus heridas le dieron de alta.*

*Ya fuera del hospital habló con su tía, quién le ofreció su apoyo y le hicieron el aborto. No ha quedado bien, le duele aun el estómago y tiene constantes dolores de cabeza. Va al Hospital de la Solidaridad y una vez a la semana conversa con la psicóloga. No tiene buena cicatrización y sus muñecas y muslos están marcados por trazos irregulares amarrotados, como si fueran una marca indeleble del terrible dolor que también lleva dentro.*

### **Rosario (44 años)**

*Rosario nació en Chiclayo, pero vino a Lima, apenas nacida. Casada hace más de 20 años, conoce a su esposo desde que eran niños y empezaron su relación a los 13 años. Prácticamente crecieron juntos, pues fueron al mismo colegio.*

*A los 20 años se casaron, pues ella se embarazó. Ambos querían ir a la Universidad, pero tuvieron que trabajar. El comenzó a trabajar como taxista con el carro que le dio su padre y ella fue trabajando en lo que se presentaba. Cuando se casaron no tenían donde vivir y su suegro les ofreció su casa, pues este solo hacía un año que se había quedado viudo de su segunda esposa y tenía un pequeño de 4 años.*

*Parecía una idea conveniente para todos, ella hacía la labor de ama de casa y atendía al suegro y a su hijo. Desde un principio el suegro dejó claro que la casa era de él, dispuso las tareas que debía asumir Rosario. La nueva pareja invirtió algo de dinero para arreglar las piezas que el suegro había dispuesto para la nueva familia, por lo que allí gastaron buena parte de sus ahorros.*

*El suegro ocupó un lugar central en la casa y su hijo siempre lo escuchaba. Rosario pasaba muchas horas sola, incluso cuando su marido estaba en casa, pues siempre estaba hablando con el padre; haciendo cuentas de la ganancia del día con el taxi, los arreglos que necesitaría el carro, por lo que muchas veces las conversaciones solían terminar en discusiones que siempre ponían a su esposo de mal humor.*

*Esto fue que a los pocos meses ella le pidiera que se mudaran para hacer su propia vida, a lo que él le contestaba que eso solo podría ser en unos dos años, pues tenían que recuperar el gasto realizado. Mientras tanto, la relación con el suegro cada vez se hacía más difícil. Pues este aparecía cuando estaba sola y cuando se suponía que debería estar trabajando. Él le trataba de hacer conversaciones, bromas en doble sentido y ofrecimientos extraños de hacerla dueña de la casa si es que ella así lo quisiera. Su incomodidad era evidente y no sabía cómo reaccionar.*

*Una vez intentó decirle al esposo lo que estaba pasando, quién soslayo el hecho diciendo que su padre era bromista y ella tonta por sentirse mal. Nunca más volvió a hablar del tema, pues pensaba que su marido podría tener razón. El marido continuaba llegando*

*tarde, muy rara vez estaban juntos y fue por ello que decidió sacarse la t de cobre para tratase la infección que la aquejaba.*

*Un día, mientras estaba limpiando el cuarto del suegro, este llegó. Pero a diferencia de otras veces, fue mucho más allá al tratar de besarla, pero como ella lo empujó, él se enfureció y se le fue encima y la violó. Cuando todo terminó, él le advirtió que no le dijera a su marido, si no quiere ocasionar una desgracia, culpándola a ella por provocarlo. Ella huyó del lugar, sin saber qué hacer ni a quien pedir ayuda, enterándose luego que su suegro había viajado al interior a ver a su hermana.*

*Unas semanas más tarde, sintió a sus senos hinchados, no se había dado cuenta que su menstruación se había suspendido y cuando fue a la posta, le dijeron que tenía 9 semanas de embarazo. En realidad ella nunca estuvo segura si el embarazo fue de su suegro o de su marido, pero en cualquiera de los casos, no era lo que ella quería y le desesperaba no saber quién sería es verdadero padre, lo que le originaba un gran rechazo al embarazo. Le comentó a una amiga que estaba embarazada y que no quería continuar con este, quién le aconsejó usar unas pastillas que vendían en la farmacia.*

*Después de tomar las pastillas, empezó a sangrar y el marido asustado, la llevó al hospital, donde le hicieron un legrado. Ahora solo quiere olvidar, quiere salir de esa casa antes de que el suegro regrese. Nunca le dijo nada a su marido, pues ella misma se decía; si no le dije en el momento que pasó, menos se lo voy a decir ahora.*

### **La violación sexual no se denuncia.**

Existe hoy de parte de los países el reconocimiento del derecho de las mujeres a vivir libres de violencia y discriminación, sin embargo, como ya se mencionó en la primera parte, existe evidencia contundente respecto al subregistro de la denuncia de la violencia sexual ante el sistema de justicia (Mujica, Vizcarra, & Zevallos, 2013; Mujica,



2011), esta evidencia es consistente con los casos de las mujeres entrevistada, ya que ninguna denunció la violación sexual. A pesar que las realidades de acceso a la justicia puedan variar de país a país, hay acuerdo en torno a que sólo el 5% de los casos de violaciones (1 de cada 20) se denuncian ante las autoridades policiales y del sistema de justicia (UNFPA en Mujica, Vizcarra, & Zevallos, 2013). La falta de denuncia esta relacionada, según los discursos de las propias mujeres, con la vergüenza de pasar por un proceso de este tipo, el miedo al victimario y la propia carencia de herramientas personales para hacer frente a una denuncia policial y el posterior proceso penal.

“No hice una denuncia por que tenía miedo [...] mi amiga me dijo que ponga la denuncia, pero yo le dije que iban a llegar documentos a mi casa y todo esto se va a hacer un pleito y yo no quiero porque es vergüenza que la gente se entere que sufrí violación”

(Rebeca, 23)

**¿Le contaste a la psicóloga lo que te había pasado?** Sí. P: ¿Y ellos hicieron alguna denuncia? Yo no quise [...] porque el señor se fue. No sabemos dónde está tampoco”

(Alina, 18)

**Y usted, cuando este hombre la atacó. ¿Qué hizo? ¿Fue a la policía al médico, hizo algo?**

Nada. Solamente esa ropa la destruí, la corté en mil pedazos, la boté a la basura. No quería ni saber nada. Y trataba de que cada vez que pueda, bañarme [...] ¿Entonces usted nunca lo denunció? No, no ...

(Rosario, 44)

Esta evidencia contrasta con el discurso no sólo del Perú, sino de la mayoría de los países de América. En efecto, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (conocida como “Convención de Belém do Pará”)

es el instrumento que tiene mayor número de adhesiones en sistema interamericano. Otros instrumentos como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y su protocolo facultativo, ha sido también ratificado por un alto número de países americanos. Todo esto refleja el consenso regional de que la violencia contra las mujeres es un “problema público y prevalente” que requiere acciones concretas desde el Estado para lograr su “prevención, investigación, sanción y reparación”. (CIDH, 2007)

Sin embargo, a pesar de la adhesión a los tratados y convenciones internacionales, las campañas públicas puestas en marcha y otras iniciativas que desde diversos sectores de la sociedad se vienen impulsando no han logrado impactar en la prevención de la violencia y menos en el acceso a la justicia de las víctimas. En efecto, durante la década pasada se produjeron 63,545 denuncias por violación en el Perú (cifra que incluye sólo las recibidas por la Policía Nacional). De estas, sólo el 76.2% llegaron ante el Ministerio Público y de éstas sólo el 62% implicó detención del supuesto perpetrador (Mujica, 2011:69). Es decir, de las más de 60 mil denuncias presentadas menos de la mitad de los procesados fueron detenidos. Para el 2011 sólo había 4,944 internos en los penales del Perú por el delito contra el honor sexual (violaciones sexuales).

La experiencia de estas mujeres es coherente con la realidad generalizada respecto del acceso a la justicia en los casos de violencia. Según la relatoría de la Mujer de la CIDH “en varios países existe un patrón de impunidad sistemática en el procesamiento judicial y en las actuaciones en torno a casos de violencia contra las mujeres debido al hecho de que la gran mayoría de estos casos carece de una investigación, sanción y reparación efectiva. La impunidad de estas violaciones de derechos perpetúa la aceptación social del fenómeno de la violencia contra las mujeres, el sentimiento y la sensación de inseguridad en las mujeres, así como una persistente desconfianza de éstas en el sistema de administración de la justicia. Estas deficiencias se traducen en un número aún ínfimo de juicios orales y sentencias condenatorias que no corresponden a la prevalencia del problema” (CIDH, 2007)

Una de las mujeres entrevistadas denunció la violencia física. En

este caso la denuncia es usada como mecanismo de defensa hacia los golpes y malos tratos recibidos de parte de la pareja. Sin embargo, la pobre respuesta de parte del sistema de justicia no facilita que el proceso pueda seguir permitiendo que la víctima alcance un resarcimiento o reparación, es decir, alcance justicia. Las etapas del proceso (como la constatación de lesiones en el médico legista) son poco claras respecto sus objetivos y, al menos en este caso, adolece de un acompañamiento adecuado que aliente a la mujer a seguir con el proceso penal, percibiéndose como una acción inútil.

“Me puse a pensar en mí misma, que no era justo que yo tenga que soportar todas esas cosas, que ya era tiempo de que haga un alto a los maltratos que me hacía él. Ahí fue donde yo le dije que si me volvía a tocar, lo iba a denunciar, y una de esas me pegó cuando yo no quise estar con él y lo denuncié”. ¿Nunca denunció las violaciones? “No, yo creo que si hubiera tenido más valor hace mucho tiempo debería haber denunciado las violaciones porque me hubiera evitado tantas cosas, no hubiera pasado tantos maltratos, pero tenía mucho miedo”

(Ana, 35)

[Denuncia por violencia familiar posterior a violación y aborto]  
“el médico legista me revisó, vio los moretones, lo anotó en el atestado pero no me tomaron ni siquiera una declaración, no me dijeron nada. Solamente revisaron los moretones para ver si eran o no golpes”

(Ana, 35)

### **Mujeres sin acceso a derechos sexuales y reproductivos.**

Las historias de vida que han servido de marco al presente estudio están señaladas por una afectación seria de derechos que, generalmente, se caracteriza (entre otras) por un escaso nivel de acceso a salud sexual y reproductiva en general. Se trata de mujeres expuestas a la violencia que no han recibido adecuada orientación en los centros de salud para

prever un método anticonceptivo de larga duración. En general la información que manejan es pobre y no les permitió tomar decisiones adecuadas respecto al uso de métodos. En efecto, a pesar de que todas provienen de estratos socioeconómicos bajos o medios bajos, muchas de ellas accedían a anticoncepción a través de medios privados.

E01: “solamente cuando eran ampollas [las comparaba en la farmacia], porque cuando eran pastillas me iba a las postas y en las postas nos daban en el centro de salud”

E02: “yo me vengo a atender acá [clínica privada] **P: ¿acá te lo ponen [ampolla]? E02: Sí, antes no me cuidaba. Cuando tuve un problema ahí empecé a cuidarme”**

E03: “ [...] solamente una orientación para cuidarme [acceso en centros de salud públicos] y aparte mi pareja. Él sí se cuidaba, usaba condones [...] los compraba en la farmacia”

E05: [conocía] la T de cobre y las ampollas. Mi esposo decía: “Nosotros sabemos cómo nos cuidamos. No te preocupes. ¿Para qué vas a ir al doctor?”. Y si iba, tenía que ser mujer [la médica]

Esto resulta coherente con las estadísticas nacionales de acceso a la salud sexual y reproductiva, que señalan que el acceso entre las mujeres más pobres disminuyó en 33% entre los años 1996 y el 2007, la evidencia señala que cuando los servicios de salud no brindan métodos anticonceptivos de manera amplia y oportuna las mujeres que tienen mayor poder adquisitivo acuden al sector privado, mientras las más pobres quedan expuestas a embarazos no deseados e ITS (PROMSEX, 2010:3). La situación resulta preocupante al analizar que la gama de oferta anticonceptiva que ofrece el Estado peruano es la misma que hace 30 años, esto excluye actualmente a los nuevos compuestos de las nuevas generaciones de anticonceptivos hormonales que sí existen en el mercado privado, como los implantes, por ejemplo (PROMSEX, 2010: 3). Todo ello, junto al desabastecimiento de algunos insumos por periodos en algunos centros de salud (PROMSEX, 2010:2), construye una realidad donde para las mujeres de menores recursos es difícil contar con métodos de su elección y con los que se sienta cómoda por

largos periodos. Esta realidad en una sociedad con tan altos índices de violencia (como hemos visto en el primer capítulo) configura una realidad donde el Estado no ha previsto ninguna forma de mitigación de los embarazos no deseados para las mujeres más vulnerables a la violencia (pobres, adolescentes, rurales, sin educación). De allí que incluso en el caso de la mujeres unidas se encuentren con mediana facilidad casos de violación seguida de embarazo.

E01: Me cuidaba por el método del ritmo [...] y cuando él venía por las noches, él me decía que quería estar conmigo y yo le decía que no, porque podía salir embarazada, entonces ahí venía la violencia y me agarraba a la fuerza y yo no quería estar y a la fuerza estaba con él. Al día siguiente iba a la farmacia, me aplicaba una ampolla o tomaba algo.

También el desconocimiento de las medidas de protección a víctimas de violencia es un elemento que agrava la situación de las mujeres, pues se desconoce la obligatoriedad de entregar anticoncepción oral de emergencia ante un caso de violación sexual (lo que costa en las guías de atención del Ministerio de Salud) aunque sea con el método Yuzpe (MINSA 2004). En el único caso que una de las víctimas busco anticoncepción oral de emergencia, su reacción fue acudir al sistema privado donde finalmente fue timada. Lo anterior revela la magnitud del problema asociado a la no entrega de anticoncepción oral de emergencia en los centros de salud públicos con lo que las mujeres están expuestas a circuitos de informalidad (PROMSEX, 2011: 20).

E01: “[después de la violación] me fui a la farmacia y hablé con una farmacéutica”

E01: “[en la farmacia luego de la violación le recomendaron] una ampolla [...] y me cobró 75 soles porque me dijo que eran dos ampollas en una. Me dio una pastilla [...] y me dijo que tomara en la noche y en la mañana para luego aplicarme la ampolla y yo pensé que con eso ya me iba a venir un sangrado, como una hemorragia”

**P:** ¿pensaste en tomar la píldora de emergencia o pastilla del día siguiente o algo?

E02: “Sí, pero como no tenía dinero y tampoco le comenté a mi papá. Yo pensé que era irregular, pensé que me iba a venir”

**P:** ¿tú sabías algo de la píldora de emergencia o pastilla del día siguiente?

E04: No. No sabía nada.

**P:** ¿No pensó tomar la pastilla del Día siguiente?

E05: No la conocía. Yo no había escuchado. Qué raro. Pero en ese momento no sabía nada de nada. Conforme iban pasando las semanas, sin querer me doy cuenta de que no me venía mi regla

Un elemento que agrega barreras en esta situación límite es la pobre respuesta de parte de las instituciones o funcionarios/as de salud. Si una mujer acude a un centro de salud con un embarazo producto de una violación el sistema de salud público no tiene nada para ofrecer. La pregunta que queda en este contexto es ¿se puede pensar que una mujer no considerará el aborto como una opción bajo estas circunstancias?

E01: me fui a la posta y me dijeron que estaba embarazada. Yo le dije a la doctora que no lo quería tener, hablé con ella y le conté mi caso... y me dijo que no me podía ayudar...

### La toma de decisión de las mujeres

Todas las mujeres que participaron en este estudio, tuvieron embarazos producto de las violaciones de las que fueron víctimas. En todos los casos, la viabilidad de un embarazo no estaba prevista para ellas. Enterarse del embarazo fue, para todas, una situación que añadió angustia y desesperación. En ninguno de los casos pensaron en la más mínima posibilidad de continuar con el mismo.

Para todas las mujeres que participaron en este estudio la primera reacción fue de desesperación. El embarazo no es aceptado y se tienen pensamientos de negación y depresión. En uno de los casos se llega incluso al intento de suicidio.

E04: “No me venía mi regla, después de un mes y medio. Como toda señorita que nunca había tenido relaciones... pero yo había sido violada [...] Nunca me ha gustado contarle mis cosas a mi mamá, siempre se lo contaba a mis amigas. [...] Pero yo no creo [la posibilidad del embarazo], yo no quiero. Me puse a llorar, me puse como loca. Entonces un día fui para allá [clínica privada]”

E02: “Cuando me fui a ver y me salió en el análisis que era positivo, me quería morir porque no quería tenerlo, no estaba preparada y no era la persona con quien quería”

E04: “intenté suicidarme. Me corté los brazos, las piernas. Tengo cortes en los brazos, en las piernas”

E05: Quería morirme. ¿Cómo iba a estar embarazada del padre de mi esposo? ¿Cómo iba a tener un hijo? Mi esposo se hubiera dado cuenta también.

Estos sentimientos de angustia y tristeza son comprensibles en el contexto peruano, considerando que no existe la opción de una interrupción legal del embarazo en casos de violación sexual, lo que agrava los sentimientos de desesperación por parte de las mujeres. Es por ello que, de modo específico, durante el 42° periodo de sesiones (2009) el Comité contra la Tortura de la NNUU se pronunció respecto de Nicaragua, señalando que la penalización de toda forma de aborto en un país es una medida que violenta derechos humanos fundamentales. El Comité citó en su informe sobre la nación centroamericana que la prohibición del aborto para las víctimas de agresiones sexuales significa “una constante exposición a las violaciones cometidas contra ellas” y supone “un grave estrés traumático con el riesgo de padecer prolongados problemas psicológicos, tales como ansiedad y depresión”.

E05: Tenía información de que llevaban presas a las personas que practicaban el aborto. O que las mujeres morían.

E02: “[el aborto] en el Perú no lo aceptan, pero si es de una violación no pueden obligar a tener un hijo producto de una violación”

### 3

La penalización del aborto por violación lleva a las mujeres a buscar vías clandestinas, con mayor o menor éxito. Se trata de mujeres pobres que optan por abortos no seguros o esperan que la suerte les permita acceder a un centro de salud que les brinde medidas de seguridad. En definitiva las mujeres dependen de sus redes sociales para acceder a un sitio que no suponga un tratamiento fraudulento o ponga en riesgo su vida, pero ello no siempre es una opción.

E04: “lo primero que hice cuando me enteré que estaba embarazada, fui, hice mis pruebas. De ahí, yo agarré me fui a una farmacia y mis amigas me dijeron: ‘hay pastillas citotex’. Me puse en la boca y en la vagina. Dos por la boca, y tres por la vagina. Y no se me vino [...] en una farmacia] me pusieron una ampolla. Y no sé ni qué ampolla. La chica me dijo que si me ponía la ampolla se me iba a corregir la regla”

Sin embargo, en la búsqueda del aborto, las mujeres que han sido violadas no siempre cuentan con compañía, en muchos de los casos se trata de mujeres que deciden actuar solas. En efecto, en todos los casos, la decisión de interrumpir el embarazo fue el de las propias mujeres y llama la atención cómo algunas de ellas se protegen al no incorporar a nadie más en la toma de decisiones, aquí entramos en el campo de la especulación, puede deberse justamente para evitar interferencias que ellas mismas podrían considerar innecesarias, puede deberse a la vergüenza ante la agresión sexual o simplemente a la relación de las mujeres con el aborto y la situación legal.



**P: ¿Usted le contó a alguien?**

E01: “No, no le conté a nadie porque lo que yo quería era no tener el bebé y no quería que nadie se comprometiera en la decisión que iba a tomar y [por eso] pasé eso sola. ... yo creo bastante en Dios y yo sé que al no querer tener a mi hijo, estaba yendo contra las leyes de Dios. Yo sabía que sin contaba a alguien, ese alguien también se iba a comprometer. Por eso no quise decirle nada a nadie”

E03: “como ella tenía que trabajar [prima médica], yo estaba sola”

E04: “Sola. Vino [la amiga], pero se fue. Le entró un poco de pánico. Y se fue. Yo le dije: ‘Es hoy, o nunca’. Y seguí para adelante, como hasta hoy. Trabajar y tener mi mente ocupada”

Al preguntarles que hubiese pasado con ellas de haber continuado con el embarazo, todas señalan su total incapacidad para tener otro hijo. Ellas consideran que haber interrumpido el embarazo fue una decisión necesaria en ese momento y contexto. Efectivamente, podemos pensar que en estas situaciones la continuación del embarazo puede ser un riesgo, tal como lo señala Martha Rondón (2006:13) “las repercusiones emocionales sobre las mujeres, de continuar un embarazo forzadas por las circunstancias (es decir la falta de recursos económicos para costear un aborto clandestino pero seguro), incluyen resentimiento y hostilidad hacia el niño o niña, que pueden durar hasta tres años; y dificultades en la adaptación, que afectan hasta a una cuarta parte de las mujeres”.

E01: “[de seguir adelante con el embarazo] quizá no hubiese podido salir adelante como lo he estado haciendo últimamente por que serían 3 hijos y yo sé que el papá de mis hijos hubiese venido más seguido y, con el pretexto que son 3, no hubiese querido irse de la casa”

E02: “Todo hubiera cambiado. Ya no iba a poner estudiar porque sabía que tenía que hacerme controles y yo no cuento con dinero. Ya no hubiera estado con mi pareja actual y mis papá hubiera sido lo peor porque sabían que no estaba con él [el agresor, ex pareja].

E03: “no sé cómo estuviera ahora porque un niño tierno tienes que cuidarlo hasta los 5 ó 6 años para que se sepa valer”

Para ninguna de las participantes estuvo ajeno el problema económico que les implicó el acceso al aborto, que no sólo está referido a la atención en si misma o a la compra de los medicamentos en caso hayan optado por dicho método, sino también otros anexos como, por ejemplo, costos en transporte. El tema del costo es un problema central para estas mujeres que no cuentan con recursos propios, pues hasta ese momento ninguna contaban con remuneraciones fijas y una de ellas era aún una adolescente de 16 años. Una vez más las redes sociales de las mujeres son puestas en marcha para hacer frente a la decisión de un aborto clandestino.

P: ¿Y de dónde sacaste dinero? E04: De mis amistades. Mi mejor amiga me ayuda.

E01: “En ese momento me tuve que prestar el dinero porque yo no tenía la plata. No contaba con el dinero, pero era la única alternativa que tenía para salir de este problema. Me presté de una amiga

En relación al gasto concreto para el acceso al aborto, este es diferente dependiendo de los accesos que la mujer haya tenido. Por un lado, se encuentran las que acudieron directamente a un centro de salud privado que les brindó el servicio con seguridad y a costos variables (que pueden ir desde los 300 soles a los 20 soles). Por otro lado, se encuentran las personas que primero acuden a una farmacia

donde les indican generalmente inyecciones de anticonceptivos que, evidentemente, no funcionan el gasto va desde los 25 a los 155 soles.

E01: “La verdad es que gasté bastante porque la ampolla me costó como 75 soles y después me aplicaron otra ampolla que me costó 25 soles. Los pasajes que gastaba al ir de un sitio a otro  
**P: ¿Y en la clínica cuánto le cobraron?** E01:300 soles”

E02: “En la campaña no me cobraron. Aquí [clínica] no me cobraron como debería ser. **P: ¿Cuánto pagaste por todo?** E02: 20 soles”

E03: Hablando con la señora, por mi situación, me cobraron 160 [...] con todo.

E04: “Cada pastilla me costó 35 soles. De ahí me puso una ampolla. **P: ¿Una ampolla de cuánto?** E04: De cincuenta soles [...] [la limpieza] me costó como 250”

Como podemos ver la decisión del aborto para estas mujeres se da como un desenlace lógico de una serie de situaciones fallidas que impidieron la protección y la prevención del embarazo, ya fuera a través del adecuado acceso a la justicia y la prevención de la violencia, como el adecuado acceso a la salud sexual y reproductiva y la atención de la mujer como víctima de la violencia en los centros de salud. Ningún mecanismo de tamizaje o prevención fue aplicado en ellas, tampoco accedieron a la anticoncepción oral de emergencia. El aborto es una decisión personal y solitaria para estas mujeres, que han actuado de acuerdo a las opciones vitales que el contexto puso. Las acciones desarrolladas dependen de sus redes sociales y recursos personales (en términos de decisión, economía y acceso).

### **Mecanismos de apoyo y redes de protección posterior**

Posteriormente a la decisión del aborto las mujeres deciden continuar con su vida. En este sentido, todas las mujeres entrevistadas, al

margen de sus propias creencias y concepciones, vieron en la interrupción del embarazo una salida, una liberación de una carga pesada.

Esta actitud es coherente con algunos estudios recopilados en el libro “Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido” (Rondón, 2009: 22) que señala que “la ansiedad situacional disminuyó significativamente luego del aborto, según los resultados de Wells (1991). Esto sería lógico si, como se postula, la ansiedad estaba relacionada al miedo y al dolor. Major (Major et al, 2000) evaluó la depresión, usando el Inventario Breve de Depresión, inmediatamente luego del aborto y un mes después, en 882 mujeres. Los niveles de depresión eran menores que antes de la intervención”

E01: Me sentí bien, me sentí feliz [...] alivio porque sabía que ya no iba a traer un hijo al mundo para que sufra y eso era para mí lo más importante [...] Entonces me sentí contenta de lo que había hecho, no me sentí culpable, aunque a veces me digo que hubiera tenido 3 hijos”

E02: “Me sentí más tranquila porque era algo que yo no quería, no deseaba y que no estaba en mis planes. Era de la persona que yo odiaba porque me había forzado”

E03: “sentí alivio porque cuando me enteré que estaba gestando, mi vida se complicó un montón porque no sabía qué hacer. Vivía llorando, porque decía: ‘Dios mío, ¿qué hago? ¿Voy a tener un hijo en mi situación?’. Cuando pasó lo que pasó, me sentí muy aliviada, aunque suene duro, porque sabía que a esa criatura no iba a vivir bien conmigo”

Hay quienes incluso refieren una percepción positiva que ha contribuido a su propio cambio. En este sentido la situación de llegar a abortar a causa de una violación es un hecho límite para las mujeres que marcan un antes y un después. Dentro de los casos recopilados para este estudio es sintomático que la mayoría terminaron las relaciones de violencia que vivían, separándose de sus parejas o agresores y cortando los vínculos. Aunque esta situación es solo válida para las historias

de las personas que participaron de este estudio y no se pretende generalizar al resto de las mujeres que abortan por una violación, lo cierto es que, en estos casos, la vida posterior al aborto es diferente para ellas. Las mujeres buscaron sus propias explicaciones, coherentemente con su vida y experiencia.

E01: “[con el aborto] estaba evitando que el padre de mis hijos pueda maltratar más a un niño [...] Bueno, para mí fue una felicidad y desde ahí me puse más fuerte con él

**P: O sea, ese tránsito le ayudó a ser más fuerte...**

Más fuerte y a tomar más decisiones. Desde ahí le dije que si me volvía a tomar a la fuerza, lo iba a denunciar y que no me importaba lo que pasara, pero lo iba a denunciar [...] mi segundo embarazo fue porque él me tomó a la fuerza y el tercero también fue por lo mismo, entonces no era justo que siguiera callando. Tomé más valor por que no era justo que siguiera sufriendo, no era justo”

E03: “Ahora sé quererme, sé valorarme como persona porque antes que dependía de mi esposo, aguantaba tantas tonterías, pero aprendí a trabajar y a ganarme el pan del día. Ahora no hay nadie que me doblegue, que tengo que humillarme ante un hombre o aguantar tonterías”

E04: “Paz. Paz. Pero un poco de remordimiento, también. Culpa. **P: ¿Cuál fue el sentimiento más fuerte, la culpa o la paz?** E04: La paz. No es fácil tener una persona dentro de tu persona... bueno, a las seis semanas no es tan persona, ¿no?”

Sin embargo, prevalece una fuerte crítica y una evaluación negativa de los sistemas de protección y apoyo estatal inexistentes para ellas. En general, no han recibido ningún tipo de apoyo, salvo por el tratamiento psicológico de la adolescente con sintomatología depresiva y de autoagresión que, de todas las mujeres entrevistadas es la que mayor daño aparente ha sufrido a causa de la experiencia de violencia y aborto posterior.

E04: “He recibido ayuda psicológica del hospital por intentar suicidarme. Por cortarme. Bueno, aquí están mis piernas y mis brazos con algunos cortes de Gillette, de vidrio... con lo que encontrara. Y bueno, cuando me cortaba y ya veía la sangre... ya no sentía asco, ya no sentía esa desesperación.

### 3

En general las mujeres demandan mayores apoyos al sistema de salud, judicial, etc., y consideran que la penalización es una barrera en el caso de las víctimas de violencia sexual, una barrera que debería desaparecer pues consideran legítima la posibilidad de abortar en los casos de violencia sexual.

E01: “hay personas que no ayudan porque simplemente dicen: ‘no quiero meterme en problemas’, y no es meterse en problemas, es ayudar a alguien a tomar una decisión después de tantas cosas que está pasando”

E03: “Pienso que debería haber una oportunidad para aquellas personas que por un descuido o error o por problemas con la pareja, salen gestando, y que por falta de dinero lo tienen [...] se dan casos de violaciones”

E04: Que cambien la ley. Y que no puedan juzgar el aborto. Porque una persona violada no es como una persona que quiere concebir un hijo. Porque esa persona violada, como yo o como otras personas, no es fácil. No es nada fácil. No es como una persona que escoge a su pareja y quiere tener un hijo. Es una persona que no quiere tener hijo. Encima, menor de edad. No está preparada para tener familia”

Hay una mala evaluación de los centros de salud públicos, la realidad es que se trata de mujeres con nulo acceso a servicios (justicia o salud) que han recurrido al sector privado a falta de opciones reales de atención. La percepción del servicio de salud pública es sumamente negativa, llegando a evaluarse como un espacio completamente hostil para las mujeres.

E02: “Que haya apoyo [...] porque en algunos centros de salud no están de acuerdo y hacen sentir mal a la persona y al no saber dónde acudir se van a la farmacia y compran cualquier medicamento y no les ayuda en nada. No tienen dinero y gastan para no traer a esa criatura porque es de una persona que no se quiere. Ese es el maltrato que dan en los centros de salud a los pacientes.”

E05: No hay [centros de atención públicos que atiendan abortos]. Me gustaría que haya. No hay una posta médica ni un hospital. Si hasta para cuando das a luz, te dicen ‘¡por qué abriste las piernas si no sabes pujar!’. Te maltratan feo.

Las mujeres que participaron de este estudio tienen expectativas de futuro, coincidiendo en la necesidad de proyectarse laboral o académicamente para progresar. En general su situación económica es precaria y necesitan, a través del trabajo, la autonomía que les permite mantener a sus hijos o ayudar a su familia económicamente. Se trata de proyectos de vida que han sido reinventados luego de la situación de violencia vivida.

E01: “Como yo trabajo como auxiliar contable lo que a mí me gustaría es, aparte de eso, tener un negocio propio para poder tener más ingresos y sacar adelante a mis hijos porque tengo dos hijos”

E02: “[en el futuro me gustaría] trabajar en una empresa y contar con un trabajo más seguro, de secretaria [...] P: ¿te gustaría estudiar en el futuro? Si, psicología”

E03: “Sabes, yo quiero y lucho porque quiero tener una casita. P: Ese es tu anhelo... E03: Sí, trabajo duro porque logré darle la carrera a mi hijo. Tengo una niña por la cual estoy luchando y falta mucho porque recién cursa el segundo año”

E04: “Ser profesional, ¿no? Seguir para adelante, ver por mi familia”

De este modo, las rutas posteriores de las mujeres que formaron parte de este estudio, son igualmente solitarias y exentas de acceso a la salud, justicia o información, no han existido para ellas redes de atención de la salud mental, bolsas de trabajo o capacitación para mejorar sus capacidades laborales. La soledad de las rutas de estas mujeres contrastan con las prohibiciones y barreras que tienen que sortear y con las decisiones que han tomado y seguirán tomando día a día.

3



## CONCLUSIONES

1. Todas las mujeres del estudio estuvieron expuestas a situaciones de violencia sexual y, en algunos casos, física y psicológica. Ninguna acudió a denunciar el hecho de la violación sexual. En los casos revisados resultó una opción negada. Esta actitud de las víctimas es coherente con la estadística nacional que indica que más del 60% de las denuncias no culminan con castigos reales para los victimarios. En este sentido, existe una percepción generalizada de injusticia y de impunidad que equivale a no activar ningún mecanismo de acceso a la justicia. Las mujeres que participaron del estudio refirieron miedo o simplemente desinformación. La ausencia de denuncia es lo “normal” en nuestra sociedad, en efecto, la data revisada nos permite concluir que estas mujeres están dentro del promedio de víctimas de violencia sexual que no denuncian por diversos motivos, lo cierto es que la no activación de los mecanismos también impide otros accesos como la derivación a un centro de salud para la atención de emergencia que, probablemente, evitaría el embarazo no deseado a consecuencia. Pero este escenario ideal no es la pauta, es la excepción, es una ruta no difundida, no asimilada por las mujeres más vulnerables, que, por lo tanto, desconocen que tienen derechos que exigir, siendo uno de ellos el acceso a la justicia. El hecho que la designación de defensores públicos para las víctimas sea una medida que recién se comienza a implementar desde el año pasado, marca la realidad del tipo de justicia a la que pueden acceder las víctimas de la violencia. Un elemento a agregar es que en todos los casos de trató de un victimario parte del entorno familiar, lo que dificulta aún más el proceso de denuncia, juicio y finalmente, castigo.

2. Las mujeres que participaron del estudio tuvieron accesos deficientes a la salud sexual y reproductiva. Ninguna se encontraba adecuadamente protegida al momento de la violación (y solo una de ellas no tenía vida sexual activa). Esta situación se relaciona con la deficiente cobertura de métodos del sector público, con el desabastecimiento y la desinformación. De otro lado, ninguna de ellas paso por procesos de tamizaje contra la violencia de género y otros que permitieran activar las redes dispuestas por el Ministerio de Salud con el fin de atender los problemas de salud (mental y física) derivados de la violencia. En general las mujeres buscaron soluciones en el sector privado lo que implicó, en ocasiones, el abuso y el engaño con tratamientos inadecuados. De otro lado, ninguna sabía que podía acudir al servicio de salud pública para obtener atención de emergencia luego de la situación de violencia, y en general ellas desconocían ampliamente la anticoncepción de emergencia (ya fuese su adecuado uso como su existencia). Las mujeres evalúan mal la atención y accesos del sector salud, se trata de un espacio que no es visto como una solución real para el cuidado de la salud sexual y reproductiva, lo que se agrava por la percepción respecto de los y las proveedores/as de salud.
3. La continuación del embarazo no es un desenlace lógico para estas mujeres. Contrario a lo que pueda suceder a otras que acepten los embarazos y los lleven adelante (o a las mismas mujeres en otro momento de su vida, como en el caso 01), para las entrevistadas un futuro de vida con un hijo en esas condiciones fue una situación negada. La decisión de la interrupción del aborto en todos los casos fue personal y se vivió en soledad. El acceso a un servicio de aborto seguro fue, en algunos casos, accidentalado, pues la situación normativa del aborto en el país permite el surgimiento de circuitos informales que timan a las mujeres, generando más gastos, riesgos de salud y dificultades de acceso. La posibilidad de encontrar un servicio de aborto seguro que se ajuste a sus posibilidades económicas son mínimas, y depende de la suerte o el azar y

las redes sociales que ellas tengan. El conocimiento que ellas tenían previamente acerca del aborto era escaso y vago, razón por la que el proceso puede volverse aún más riesgoso. Los costos del aborto son altos considerando el poder adquisitivo de estas mujeres, todo ello confluye en hacer que la decisión del aborto una vez tomada, sea difícil y llena de barreras.

4. Posteriormente al aborto las mujeres entrevistadas, todas víctimas de violencia, no han contado con soportes adecuados que les permitan superar los traumas, mejorar su calidad de vida, etc. Los caminos de recomposición del proyecto de vida dependen de su fortaleza personal, las redes familiares y sociales, etc. Las posibilidades de capacitarse y así facilitar su inserción en el mundo laboral han sido inexistentes para ellas. Sin embargo, la situación límite del aborto ha implicado una sucesiva toma de decisiones, que han incluido el rompimiento con el agresor. En este contexto, las mujeres demandan tanto la ayuda a las mujeres que sufren de violencia como la despenalización del aborto por violación, pues consideran ilógico que se mantenga la penalización. En el caso de estas mujeres la vivencia de todo el círculo de la violencia, posteriormente el embarazo forzado y finalmente el aborto clandestino implica un fuerte sentimiento de “que no vuelva a ocurrir” señalando que es sumamente necesario que se generen estas reformas legales para que otras no vivan lo que ellas.



# BIBLIOGRAFÍA

1. Amnistía Internacional  
2011: Violación y Violencia Sexual Leyes y Normas de Derechos Humanos en la Corte Penal Internacional, disponible en: <http://www.amnesty.org/en/library/asset/IOR53/001/2011/en/b82aaa3e-f7e0-46bc-97bd-1c6c4f1cbc49/ior530012011es.pdf>
2. Boyer D, Fine D.  
1993: Sexual abuse and factor in adolescent pregnancy and child maltreatment. Family Planning Perspective Vol. 24, Nro 1. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1601126>
3. Boyer, D  
1998: Who pays the price?. Assessment of Youth Involvement in Prostitution in Seattle. City of Seattle Human Services Department Domestic Violence and Sexual Assault Prevention Division. Disponible en [http://www.seattle.gov/humanservices/domesticviolence/report\\_youthinprostitution.pdf](http://www.seattle.gov/humanservices/domesticviolence/report_youthinprostitution.pdf)
4. Bergallo, Paola; González, Ana Cristina  
2012: “Interrupción legal del embarazo por la causal violación: enfoques de salud y jurídico”, Foro Virtual Causal Violación, documento en edición. P: 10-103
5. Dinys, Luciano y Padilla, Karen  
2012: Violencia sexual en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua: Análisis de datos primarios y secundarios. IPAS y UNFPA, disponible en: <http://www.ipas.org/-/media/Files/Ipas%20Publications/VSANALISIS.aspx>

6. Guerra, Luciana  
2009: “Familia y heteronormatividad”, Revista Argentina de Estudios de Juventud, Vol 1, No 1, disponible en: <http://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/revistadejuventud/article/viewArticle/1477>
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática.  
2011: “Encuesta demográfica y de salud familiar: Informe principal”, INEI. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2011/>
8. Ministerio de Salud  
2004: Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva., disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/Guias%20Nacionales%20de%20Atencion%20Integral%20de%20la%20SSR.pdf>
9. Mujica Pujazón, Jaris  
2011: “Violaciones sexuales en el Perú 2000 – 2009: Un informe sobre el estado de la situación”, Lima: PROMSEX. Disponible en: <http://www.promsex.org/publicaciones/2320-violaciones-sexuales-en-el-peru-2000-2009-un-informe-sobre-el-estado-de-la-situacion>
10. Mujica, Jaris,; Vizcarra, Sofía & Zevallos Nicolás  
2013: Estudio de estimación del impacto y prevalencia de la violencia sexual contra mujeres adolescentes en un distrito de la Amazonía peruana. Lima, PROMSEX.
11. Naciones Unidas  
1992: Asamblea General de la CEDAW, Recomendación General Nro 19, disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>
12. Organización Mundial de la Salud  
2002: “Informe mundial sobre la violencia y la salud” editado por Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy,

- Anthony B. Zwi y Rafael Lozano, disponible en: [http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo\\_6.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_6.pdf)
13. 2005: Estudio multi país de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer, primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe. Disponible en: [http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/summaryreportSpanishlow.pdf](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf)
  14. Rodgers CS, Lang Aj, Twamley EW y Stein MB. 2003: Sexual Trauma and Pregnancy; A conceptual framework Journal of Women Health 12 (10) 961-969
  15. Rondón Rondón, Martha B. 2006: Salud Mental y Aborto terapéutico, CIES, Lima, disponible en: [http://cies.org.pe/files/Libros-web/Salud-mental-y-aborto-terapeutico\(Martha-Rondon\).pdf](http://cies.org.pe/files/Libros-web/Salud-mental-y-aborto-terapeutico(Martha-Rondon).pdf)
  16. Van Der Aa, Pauline 1996: “Poder y autonomía, roles cambiantes de las mujeres del Caribe”, Serie Mujer y Desarrollo Nro. 14, Unidad de Desarrollo. CEPAL. Disponible en: [http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/28759/Serie\\_14.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/28759/Serie_14.pdf) }

# PROMSEX

Centro de Promoción y Defensa de los  
Derechos Sexuales y Reproductivos

[www.promsex.org](http://www.promsex.org)







# PROMSEX

Centro de Promoción y Defensa de los  
Derechos Sexuales y Reproductivos

