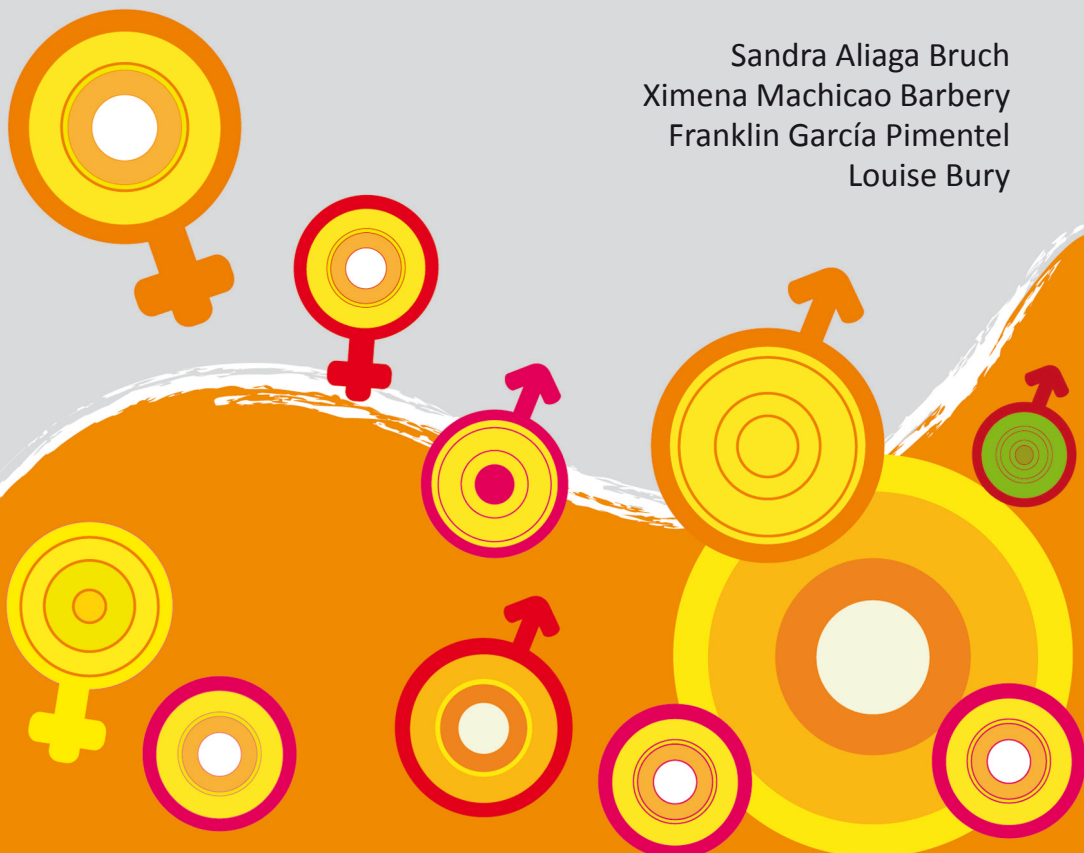




Situaciones evitables:

EMBARAZOS NO DESEADOS Y ABORTOS INSEGUROS EN CINCO CIUDADES DE BOLIVIA

Sandra Aliaga Bruch
Ximena Machicao Barberly
Franklin García Pimentel
Louise Bury



Dirección general y edición:	Sandra Aliaga Bruch
Investigadores:	Ximena Machicao Barbero Franklin García Pimentel Louise Bury
Coordinadoras locales:	Verónica Barroso (Cochabamba) Patricia Brañez (El Alto) Amparo Aliaga (La Paz) Guadalupe Pérez (Santa Cruz) Ivonné Choque (Sucre)
Encuestadoras y observadoras de grupos focales:	Claudia Arce Gabriela Condori Rosario Chuquimia Eliana Aracena Adela Zamora Magenta Murillo Lorena Alarcón Gladys Achá Rosario Mamani Viviana Rodríguez Consuelo Camacho María Terceros Marisol Guzmán Mirtha Gómez
Diseño Muestral:	Blanca Franco
Base de Datos:	Rolando Justiniano
Análisis estadístico:	Ronald Condori
Diseño y Diagramación:	José Oña Leaño
Impresión:	SCORPION 2460067
Institución responsable del proyecto de investigación:	Marie Stopes International Bolivia
Institución de apoyo:	Centro de Información y Desarrollo de la Mujer

Esta investigación y publicación fue posible gracias al apoyo financiero de la Organización Mundial de la Salud - Ginebra, Suiza



Organización Mundial
de la Salud



PRESENTACIÓN

Situaciones evitables...es una investigación que reúne una serie de historias de vida y diversas experiencias que las mujeres tuvieron que pasar en relación a su sexualidad, reproducción y ejercicio de derechos.

La investigación se presenta en un lenguaje, claro, sencillo y accesible que no hace otra cosa que reflejar la experiencia cotidiana de nuestro entorno.

Sabemos que es muy difícil hablar sobre el aborto porque cuando lo hacemos nos referimos a nuestras creencias más profundas. Implica mucho de lo que pensamos sobre la sexualidad, reproducción, la relación entre la moral y la política, la libertad personal y la autonomía de las mujeres.

El aborto es un tema que nos pone en contacto no sólo con lo que de verdad creemos, pensamos y sentimos, sino con puntos de vista diferentes de los nuestros. Implica una multiplicidad de dimensiones (filosóficas, políticas, sociales, éticas, religiosas, de salud, etc.), que lo vuelven un tema complejo pero que a nadie le resulta ajeno.

El aborto es, sin lugar a dudas, un tema “difícil” y complejo. Sólo con información amplia, basada en la evidencia, podremos tomar las decisiones más oportunas en torno a la problemática que encierra este asunto de salud pública.

Esta investigación no pretende decirle al país lo que tiene que hacer sino que brinda más elementos, basados en la evidencia, para contribuir al análisis y a la política pública. Es urgente allanar las barreras legales, culturales y económicas que están generando situaciones de inseguridad para las mujeres. Es una cuestión nacional, de salud pública y de justicia social.

Asimismo, estoy seguro que realizar las inversiones que requiere atender adecuadamente estas áreas, implicará una contribución sustancial en la transformación de los significados de la vida de las personas y el ejercicio pleno de derechos.

No puedo concluir esta presentación sin agradecer la alianza realizada con CIDEM y resaltar el fundamental trabajo desarrollado por todo el equipo de investigación. Muy especialmente resalto el compromiso y excelente trabajo desplegado por nuestra investigadora principal Sandra Aliaga B., del impecable asesoramiento técnico de Louise Bury, y del aporte profesional y técnico de Ximena Machicao B. y Franklin García P. que contribuyó de manera fundamental al éxito del estudio. Además del brillante trabajo realizado por las investigadoras de campo que contribuyó a que el estudio refleje la realidad que viven muchas mujeres bolivianas.

Quiero también agradecer a las autoridades de salud, directores de hospitales y personas que apoyaron el desarrollo de la investigación. Al mismo tiempo, deseo expresar mi más profundo reconocimiento a la Organización Mundial de la Salud por su valioso aporte técnico y financiero.

Ramiro Claire M.


SITUACIONES EVITABLES:


Embarazos no deseados y abortos inseguros en cinco ciudades de Bolivia

Sandra Aliaga Bruch, Ximena Machicao Barbery, Franklin García Pimentel, Louise Bury

Una de cada dos mujeres afirma haber enfrentado al menos un embarazo no deseado en su vida. Más de una de cada diez revela haberse realizado un aborto inducido. No estamos hablando de casos excepcionales, estamos hablando de la vida cotidiana de miles de mujeres en Bolivia.

Así lo confirma una reciente encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas en torno a anticoncepción, embarazo no deseado y aborto. Recorrimos las zonas periurbanas que configuran el mapa de pobreza de Cochabamba, El Alto, La Paz, Santa Cruz y Sucre con un cuestionario en la mano y el firme propósito de entender cuáles son los factores que mayormente contribuyen a que las mujeres no usen métodos anticonceptivos modernos, tengan embarazos no deseados y se practiquen abortos. Durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2010 conversamos con 1.386 mujeres entre 15 y 49 años a lo largo de 101 preguntas que indagaron vida. Nos permitimos penetrar en su intimidad con el consentimiento de cada una de ellas: *“La información que vamos a recolectar con esta encuesta será utilizada para orientar a las autoridades bolivianas a que hagan mejores políticas de salud sexual y reproductiva y se esfuercen por garantizar un amplio acceso a servicios de calidad para todas las mujeres en el país”*. Así lo entendieron y así accedieron a participar en la investigación. (Ver Anexo Metodológico)

No sólo hicimos la encuesta. Fuera de la constancia de los números para cuantificar el impacto, necesitábamos comprender los porqués, las historias de vida, los relatos y los miedos, los silencios y las contradicciones. Por ello, abrimos espacios de conversación en torno a estos temas a 115 mujeres repartidas en 20 grupos focales -4 por ciudad-. Además, sostuvimos entrevistas en profundidad con 10 mujeres en cada una de estas ciudades. Las buscamos en salas de atención post aborto en hospitales públicos, donde llegaron tras experimentar un aborto realizado en condiciones inseguras, cargadas de la incertidumbre y la angustia que genera una profusa hemorragia o el insoportable dolor de abortos incompletos y de complicaciones. (Ver Anexo Metodológico)

De las 1.386 mujeres encuestadas, 211 (15.2%) no habían iniciado su vida sexual, por lo que no forman parte del análisis que realizamos en torno a mujeres en riesgo de experimentar un embarazo no deseado o un aborto, aunque sí se las tomó en cuenta en relación a sus conocimientos y

actitudes sobre estos temas. Entre las 1.175 mujeres sexualmente activas¹ (84.8%), el estudio muestra claramente tres aristas de gran preocupación:

- ♀ El 61% no usa métodos anticonceptivos modernos.
- ♀ El 48% tuvo al menos un embarazo no deseado en su vida.
- ♀ El 13% tuvo al menos un aborto inducido.

Los datos responden a quienes quisieron, pudieron, decidieron hablar sobre estos temas. Imposible establecer cuántas prefirieron guardar su vida ante las investigadoras. Ejercieron su derecho a la privacidad. Ello significa que las cifras en torno al embarazo no deseado y al aborto pueden ser mayores. El abordaje de estos temas aún se mueve significativamente entre miedos, dudas, vergüenzas. Hay que sortear las contradicciones para interpretar la realidad que desnudan.

El desafío es entender por qué se da esta situación que afecta tan severamente la salud, el bienestar y la vida de las mujeres bolivianas. El estudio revela cómo la esencia patriarcal de la sociedad impone múltiples barreras al libre desarrollo de la sexualidad de las mujeres, atrapadas en el “deber ser” de preceptos religiosos y morales conservadores y por el machismo que las sojuzga. La falta de autonomía sexual y de autonomía reproductiva cobra centralidad en esta discusión, e influye significativamente en los tres resultados alcanzados por el estudio².

El embarazo no deseado es el punto neurálgico. A través de las entrevistas en profundidad, intentamos conocer lo que viven las mujeres en ese proceso: desde que descubren el embarazo, sienten que no lo desean, normalmente enfrentan miedos y contradicciones... y finalmente toman una decisión. Es importante entender que independientemente de la decisión que tomen, si realmente no desean ese embarazo, ese hecho puede trastornar sus vidas, así sea momentáneamente.

1 Definimos “sexualmente activas” en términos generales a las mujeres que han reportado haber tenido relaciones sexuales alguna vez. Ello no necesariamente está referido a mujeres que en el periodo de la encuesta estaban sexualmente activas. Para fines del análisis simplemente diferencia la muestra entre mujeres que tuvieron o tienen relaciones sexuales y por lo tanto, estuvieron o están potencialmente “en riesgo”, de aquellas que nunca tuvieron una relación sexual.

2 “Autonomía sexual y reproductiva es práctica y conciencia libre de culpa, de temores inhibiciones, de sometimientos que llevan a soportar opresión, violencia sexual y de género. Los derechos sexuales y reproductivos son derechos comprometidos que toman partido por la vida. Los cuerpos que juntan el deseo, el amor o la atracción mutua y voluntaria es un asunto privado. La libertad para vivir una sexualidad consentida, responsable, emancipada, solo debe limitarla el respeto por otras/os y por sus efectos”. Derechos Sexuales y Reproductivos. Si Mujer, Plan. Colombia, 2007.

En muchos casos, ni siquiera son ellas las que toman la decisión. Su entorno y sus condiciones de vida se encargan de hacerlo. Si “deciden” continuar con el embarazo, se exponen a posibles dificultades y frustraciones. Si “deciden” interrumpir el embarazo, dependiendo de los recursos materiales y espirituales que tengan para encarar adecuadamente su “decisión”, se exponen a vivir procesos que pueden afectar su salud, su bienestar, o su proyecto de vida. ¿Qué respuestas les da el Estado y la propia sociedad para no salir lastimadas de estas experiencias? Estamos hablando de por lo menos una de cada dos mujeres.

Cuadro 1: Características socio demográficas de mujeres entre 15-49 años, 5 ciudades, Bolivia 2010

Características socio demográficas	Número de mujeres (n)	%
Ciudad de residencia		
Cochabamba	280	20.2
El Alto	271	19.6
La Paz	330	23.8
Santa Cruz	384	27.7
Sucre	121	8.7
Grupo etáreo (mediana:/SD: 28 ±9.5)		
15-24	498	35.9
25-39	631	45.5
40-49	257	18.5
Estado civil		
Soltera / nunca casada	385	27.8
Casada / concubina	846	61.0
Separada /divorciada / viuda	155	11.2
Grupo étnico		
Mestiza	646	46.6
Quechua	291	21.0
Aymara	433	31.2
Guaraní / chiquitana	16	1.2
Paridad		
Sin hijos/as	402	29.0
1-3 hijos/as	783	56.5
4-6 hijos/as	176	12.7
7+ hijos/as	25	1.8
Nivel de instrucción		
Sin instrucción	38	2.7
Primaria	360	26.0
Secundaria	705	50.9
Más que secundaria	283	20.4
Ocupación		
Trabajadora manual/del hogar	81	5.8
Empleada asalariada	206	14.9
Trabajadora por cuenta propia	423	30.5
Ama de casa	403	29.1
Estudiante	229	16.5
Profesional/otro	44	3.2
Sexualmente activas	1175	84.8
Edad de la primera relación sexual		
≤ 15	205	17.4
16-18	472	40.2
19- 21	302	25.7
22 +	196	16.7
Número total de mujeres	1386	100.0

Fuente.- Elaboración propia

Nota.- Estos datos muestran una población representativa de mujeres urbanas de acuerdo a lo registrado en la ENDSA 2008.

GIROS DE LA INVESTIGACIÓN

Se investiga para conocer la realidad y se procura conocer la realidad, para poder interpretarla y actuar acertadamente sobre ella.

De acuerdo a datos recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tomados en un contexto global per cápita, América Latina y el Caribe muestran las incidencias más altas de aborto inseguro del mundo (32 por 100 nacidos vivos)³. Bolivia es parte de esta realidad. “No hay cifras oficiales sobre el número de abortos que reflejen la realidad del aborto en el país. Se cuenta, sin embargo, con investigaciones particulares que señalan que se producen en el país 100 abortos clandestinos cada día, en condiciones que ponen en grave riesgo la salud de las mujeres en todo el país. La principal causa es el embarazo no deseado.”⁴

Los servicios de aborto con medicamentos (misoprostol) han revolucionado el acceso a un procedimiento seguro de aborto en las etapas iniciales del embarazo a nivel mundial. En los últimos años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha impulsado investigaciones en más de una veintena de países en el mundo en torno al conocimiento y la práctica de abortos con medicamentos con el propósito de contribuir al desarrollo de políticas de salud y atención de servicios que impidan poner en riesgo a las mujeres, haciendo accesible el uso correcto de este procedimiento.

El presente estudio es parte de esta iniciativa. Partimos de la evidencia de la disponibilidad de misoprostol⁵ en farmacias al estar registrada para el tratamiento de úlceras estomacales. Partimos también de la evidencia de su uso con fines abortivos en Bolivia. Sin embargo, necesitábamos conocer cómo lo están utilizando, bajo la presunción de que su uso fuera del plazo apropiado (en periodos de gestación más avanzados de lo recomendado) y en dosis incorrectas, estaba contribuyendo a incrementar el riesgo de complicaciones y abortos incompletos, especialmente entre mujeres pobres de zonas periurbanas.

3 David A. Grimes, Janie Benson, Susheela Singh, Mariana Romero, Bela Ganatra, Friday E. Okonofua, and Iqbal H. Shah, “Unsafe abortion: the preventable pandemic,” *Lancet Sexual and Reproductive Health Series*, (October 2006).

Guttmacher Institute, “Facts on Induced Abortion Worldwide,” October 2007, http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html

4 Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bolivia, 2009 – 2015. Ministerio de Salud y Deportes.

5 Es importante destacar que en Bolivia a través del Decreto Supremo No. 29894 de 7 de febrero de 2009, “Protocolos y Procedimientos Técnicos para los usos del Misoprostol en Ginecología y Obstetricia”, se aprobó la inclusión del misoprostol dentro de la lista de insumos básicos del Seguro Universal Materno Infantil, para todos los usos gineco-obstétricos de conformidad a dichos protocolos y procedimientos (Ministerio de Salud y Deportes, 2009).

Debido a las restricciones legales⁶ en torno al aborto, únicamente contamos con estimaciones sobre esta realidad. Se estima la realización de 80.000 abortos cada año en Bolivia⁷. Se estima también que en áreas peri-urbanas de bajo nivel socio-económico con una significativa población indígena, frecuentemente se utiliza procedimientos inseguros, siendo responsables de un tercio de las muertes maternas⁸ en un país que tiene la segunda razón de mortalidad materna más alta del continente. Lo que no se estima, lo que se ha comprobado, es que son los abortos inseguros los que terminan frecuentemente en úteros perforados, infecciones, hemorragias, cuando no en muerte. Lo que no se estima, lo que se ha comprobado, es que el aborto inseguro es un problema de pobreza, de inobservancia de derechos humanos y de injusticia social.

El propio Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia así lo describe en su Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2009 – 2015: *“El aborto tiene consecuencias discriminatorias en las mujeres que se someten a ellos, dado que se trata de un procedimiento más o menos seguro dependiendo de la capacidad económica de la mujer, estableciéndose una relación directa entre el mayor riesgo de mortalidad y los recursos económicos con los que se cuenta. De esta manera, quienes tienen mayores recursos pueden acceder a procedimientos más seguros para practicarse un aborto, a diferencia de aquellas personas que no tienen recursos económicos”*.

El aborto inseguro se produce cuando la interrupción de un embarazo se lleva a cabo por personas que carecen del entrenamiento necesario y en condiciones no sanitarias. No sólo incide en las cifras de la mortalidad materna, sino que por cada mujer que muere a causa de un aborto inseguro, varias otras sobrevivientes sufren consecuencias de discapacidad y dolor permanente o de embarazos futuros complicados.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las complicaciones por aborto inseguro son responsables del 9.1% de las muertes maternas en Bolivia. La mortalidad materna representa una de las mayores disparidades relativas a la salud entre los países ricos y los países pobres y entre la población rica y la población pobre dentro de cada país. Claramente, se trata de un problema de salud pública. Por ello, los Objetivos de

6 En Bolivia, de acuerdo al artículo 266 del Código Penal (1973), el aborto es impune – previa autorización judicial- sólo cuando el embarazo es resultado de una violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro o incesto; y cuando la salud o vida de una mujer están en peligro.

7 Espinoza, H., K. Abuabara, and C. Ellertson, *Physicians' knowledge and opinions about medication abortion in four Latin American and Caribbean region countries*. Contraception, 2004. **70**(2): p. 127-33.

8 Billings, D.L., et al., *Scaling-up a public health innovation: a comparative study of post-abortion care in Bolivia and Mexico*. Soc Sci Med, 2007. **64**(11): p. 2210-22.
Encuesta Post Censal de Mortalidad Materna, Bolivia 2003

Desarrollo del Milenio fijan la meta de reducir la mortalidad materna en tres cuartos para 2015 e incluyen el aborto seguro como una estrategia que contribuye a su logro.

Al intentar comprender los conocimientos, actitudes y percepciones de las mujeres en relación a los servicios de aborto y al uso de los diferentes procedimientos de aborto –con énfasis en el aborto con medicamentos–, al mapear el proceso de toma de decisiones de las mujeres cuando buscan atención para complicaciones post aborto en los hospitales públicos; confirmamos la lógica perversa de una estructura social y política que consiente la ocurrencia cotidiana de abortos en las peores condiciones. Y cuando llegan mujeres dobladas por el dolor o desangrándose a los servicios de atención post aborto con complicaciones y abortos incompletos, esta estructura condesciende en que es preciso darles un tratamiento “humanizado”⁹ (lo cual no siempre ocurre); sin tomar en cuenta el daño físico, mental y emocional inferido a esas alturas del partido, a miles de vidas humanas. Es decir, lastímense y si llegan a sobrevivir, las vamos a curar. Y así ocurre.

“El aborto no es legal, es sancionado. Por eso las personas vamos a buscar un lugar ilegal e inseguro.” (Grupo focal)

“La parte legal influye porque como es ilegal, eso da lugar a que la gente no informe, digamos dónde hay esos centros y clínicas o el médico que hace el aborto. Eso es un impedimento, es un obstáculo”. (Entrevista en profundidad)

“No hay información. Es arriesgado. No sabes si vas a morir o vivir. Nadie te da la seguridad que todo va a estar bien”. (Entrevista en profundidad)

La ilegalidad del aborto no impidió en el pasado, no impide en el presente ni impedirá en el futuro que haya mujeres que se practiquen abortos. Mientras haya embarazos no deseados, habrá abortos inducidos. Los datos de este estudio y de tantos otros son claros. Más de una de cada diez mujeres; sean aymaras, quechuas o mestizas con o sin instrucción; casadas, concubinas, solteras; con o sin hijos; cuando enfrentan un embarazo que no desean, toman una decisión sobre su cuerpo y viven la experiencia por diversas razones.

“No es tanto una decisión mía o de mi pareja, es más que todo por la decisión de la familia misma, de tu papá, de tus hermanos. ¿Qué van a decir? La sociedad misma.” (Entrevista en profundidad)

⁹ La Resolución Ministerial No. 133 del 1º de marzo de 1999 introduce el Modelo de Atención Postaborto (APA) en los servicios de salud, en el marco del Seguro Básico de Salud (SBS), que permite el acceso de las mujeres en edad reproductiva a recibir atención gratuita. Desde 1994, ya se había considerado la necesidad de “humanizar” el tratamiento de abortos incompletos y complicaciones derivadas de abortos en los servicios de salud reproductiva del Estado.

“Cuando comprobé que estaba embarazada, me sentí muy atormentada. No tengo quién cuide a mis hijas. Le comenté a mi prima, ella me avisó de las tabletas. Yo había oído, ya conocía a chicas y a mujeres que las han usado. Pensé que iba a ser mejor para mí.” (Entrevista en profundidad)

“Yo aborté porque estaba segura que no quería tener ese hijo. Casi me muero.” (Entrevista en profundidad)

A otras, las obligan.

“A mí me ha obligado a abortar. He abortado de 4 meses. No me han dejado ver, no le he visto. Me ha llevado a un lugar. Ya había hablado con el doctor. ‘Espérame en la camilla’ me ha dicho y yo me he sentado esperando sobre la camilla, asustada ¿no? De repente ha venido, un puñetazo me ha dado y ya no me recuerdo. El doctor me había puesto inyección y me ha hecho dormir. Al levantarme, todo me giraba. Decía ‘¿qué ha pasado, ¿qué me has hecho?’” (Entrevista en profundidad)

Al ser un problema de salud pública, es imperioso desarrollar políticas públicas que garanticen el acceso a servicios de aborto seguro, entre los cuales, el aborto con medicamentos debidamente administrado es una opción recomendada por la propia Organización Mundial de la Salud. Ello por supuesto significa que el Estado boliviano debe asumir su responsabilidad en relación a despenalizar el aborto, cumpliendo el mandato constitucional de proteger la salud de la población, de garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, y de respetar -en particular en el caso de las mujeres- el derecho a no sufrir violencia física, sexual o psicológica, tanto en la familia como en la sociedad; entre otros.

El Estado boliviano y la propia sociedad deben concentrar esfuerzos en garantizar las condiciones necesarias para prevenir los embarazos no deseados. No es posible continuar reproduciendo una estructura social y política de negación a esta realidad. Se trata de las historias, las ilusiones, las carencias, los derechos, la salud y la vida de miles de mujeres. Eso tiene que movernos como seres humanos. Eso nos enseñó la investigación. Es preciso humanizar la investigación. Entregar únicamente números, cuadros, estadísticas, gráficos, hallazgos, evidencias puede resultar muy frío, muy académico. Por eso, queremos relatar lo que vimos y lo que sentimos frente a lo que nos fue dicho. Estuvimos en contacto con rostros humanos que reflejaron miedos, frustraciones, incertidumbres, desinformación, desconfianza, mal trato, pesar, dolor... y un mar de contradicciones.

A estas mujeres, les pedimos permiso para remover quizá dolores profundos arrumbados en el olvido; para indagar sobre heridas y temores frescos, aún irresueltos; para enfrentarlas a temas que generan inseguridad, ansiedad. En ese sentido, tenemos la obligación de hacer honor al tiempo que nos brindaron y a la generosidad con la que compartieron sus historias; poniendo éstas en consideración de quienes

formulan leyes y políticas y de quienes gobiernan, para intentar hacerles comprender su responsabilidad histórica de generar condiciones sociales, políticas, culturales, legales e institucionales que garanticen a la población boliviana sin discriminación alguna, el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos en obediencia estricta al mandato constitucional.

La investigación también nos enseñó que si bien esto es de vital importancia, no basta. Hay que trabajar el tejido social. Los valores patriarcales están profundamente enraizados en el imaginario social, y derivan en comportamientos machistas. Según la encuesta, el 78.4% de las mujeres opina que el aborto es un pecado y más de un tercio afirma que no se debería hablar de este tema. Hay avances importantes en esta materia a no dudarlo, pero las fuerzas conservadoras no dan tregua. Es menester urdir nuevas estrategias para profundizar el cambio en la mentalidad colectiva, en la estructura social, en las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres.

“...muchas veces como el hombre ya está andando mal, ellos ya se vuelven animales, ya no razonan, ya no te quieren como mujer, como una esposa sino que te tienen como un objeto. Debes de complacer y debes de complacer, caso contrario eres mujer infiel. Entonces ya no había, tampoco quería que usara sal, ¡tienes que embarazarte!, si por él cien hijos vienen nomás.” (Grupo focal)

Conquistar una normativa nacional que incluso llegó a constitucionalizar los derechos sexuales y derechos reproductivos¹⁰ es un gran paso, pero si no logramos ampliar la base social de legitimación en esta dirección, ésta quedará en el discurso. Es el conjunto de ciudadanas y ciudadanos quienes también tienen la responsabilidad de desmontar los valores patriarcales que niegan el ejercicio autónomo de la sexualidad y refuerzan la subordinación de las mujeres en relaciones humanas inequitativas de poder. Sólo con su competencia será posible la transformación social. La exigibilidad ciudadana para el ejercicio de los derechos es la única fuerza que podrá garantizar su ocurrencia.

POR QUÉ UNA DE CADA DOS MUJERES SE EMBARAZA SIN DESEARLO?

Creemos que ésta es la pregunta central para entender el aborto.

La actividad sexual comienza a partir de 15 años para casi una quinta parte de las mujeres. Ésta es la realidad. De las 1.175 mujeres sexualmente activas, 205 (17.4%) reportaron haber tenido su primera relación sexual a

¹⁰ **Artículo 66.** Se garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. 2009

los 15 años. Es más frecuente el inicio de las relaciones sexuales entre 16 y 18 años (40.2%) y luego, entre 19 y 21 (25.7%). El 12.6% tuvo su primera relación sexual entre los 22 y 25 años, y el 4.1% se inició después de los 26 años.

Ante esta realidad, si fuera por falta de conocimiento de los métodos anticonceptivos¹¹, sería relativamente fácil resolver el asunto del embarazo no deseado. Es cuestión de desarrollar estrategias locales, departamentales y nacionales eficientes de información integral y comunicación diferenciadas para cada población.

Sin embargo, la presente investigación ratifica los resultados de la ENDSA 2008 en sentido de que más del 90% de las mujeres conocen al menos un método anticonceptivo. Más aún, confirmamos que el 66.6% de las mujeres conoce al menos tres métodos anticonceptivos modernos. Éste es un parámetro de conocimiento más sólido. Es posible conocer un método por azar pero conocer al menos tres indica tener una exposición más amplia al tema de la anticoncepción. (Ver Cuadro N° 2) Los métodos anticonceptivos modernos más conocidos son la píldora anticonceptiva, el DIU y el condón, seguido de los inyectables.

“Conozco sobre anticonceptivos, las tabletas, inyecciones píldoras... Con lo que más nos cuidamos es con los días porque es el más económico y más fácil. Hay que saber calcular los días. Elegimos este método también porque buscar otro nos da vergüenza.” (Grupo focal)

¹¹ En la presente investigación nos referimos a métodos anticonceptivos. Entendemos que el término de “métodos de planificación familiar” es insuficiente para abordar el tema de la anticoncepción en términos generales. No se trata de métodos dirigidos exclusivamente a planificar una familia sino que representan una opción para decidir sobre la vida reproductiva en cualquier circunstancia de vida.

Cuadro N° 2 Conocimiento de métodos anticonceptivos

		Recuento	%
Conocimiento de métodos anticonceptivos	ESTERILIZACIÓN FEMENINA	1.052	75,9%
	ESTERILIZACIÓN MASCULINA	774	55,8%
	PÍLDORA	1.272	91,8%
	DIU	1.248	90,0%
	INYECTABLES	1.210	87,3%
	IMPLANTES (NORPLANTS)	368	26,6%
	CONDÓN MASCULINO	1.280	92,4%
	CONDÓN FEMENINO	815	58,8%
	MÉTODO RITMO	1.118	80,7%
	RETIRO	595	42,9%
	MELA	720	51,9%
CONOCE AL MENOS 3 MÉTODOS MODERNOS	923	66,6%	

Fuente.- Elaboración propia

Si fuera por la falta de acceso o disponibilidad de los métodos anticonceptivos, también sería relativamente fácil resolver el asunto. Es cuestión de desarrollar estrategias locales, departamentales y nacionales eficientes de distribución y comercialización de los mismos.

El problema no radica entonces primordialmente ni en la falta de conocimiento de métodos anticonceptivos, ni en la falta de acceso o disponibilidad de los mismos en la sociedad boliviana. El problema central es otro, y es que a pesar de las iniciativas gubernamentales desarrolladas en Bolivia a favor de la salud sexual y la salud reproductiva desde los años 90 que han contribuido a incrementar tanto el conocimiento como la disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos, las mujeres continúan enfrentando barreras sociales y culturales para acceder y usar métodos confiables de anticoncepción para prevenir embarazos no deseados.

“Ir a preguntar es como declarar que se es activa sexualmente y se pierde la privacidad. Los comentarios de los proveedores influyen negativamente para no acudir en búsqueda de información o servicios de anticoncepción.” (Grupo focal)

“Para acceder a métodos, hay problemas económicos y vergüenza. Los maridos no ayudan, las suegras dicen ‘antes no era así, yo no me cuidaba’. No hay apoyo para la mujer.” (Grupo focal)

“Éste es un hospital católico, aquí no hay esas cosas.” (Grupo focal)

Estas barreras sociales y culturales operan en desmedro de mujeres y hombres de todas las edades, etnias, orientaciones sexuales, estado civil. La falta de educación sexual se respira en el colegio, en los medios de comunicación, en la Iglesia, en los tribunales, en los establecimientos de salud y por supuesto, en el hogar. Nos negamos a abordar el tema con amplitud y transparencia. Así construimos la sociedad. Por esa razón, no hay que olvidar que son personas quienes tienen que hacer funcionar las iniciativas gubernamentales.

Buena parte de la normativa queda en el discurso; en la letra muerta de leyes, resoluciones, protocolos y otras normas; porque las barreras sociales y culturales siguen operando desde las y los encargados de las farmacias, centros de salud, establecimientos educativos, estrados judiciales, desde el Estado, desde la sociedad. Son estas barreras sociales y culturales las responsables de obstaculizar el acceso a una información completa y oportuna, a una orientación seria y responsable tanto en el ámbito público como privado. Entonces no sólo no facilitan, sino que impiden que las mujeres puedan tomar decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos, sobre un embarazo no deseado y fundamentalmente, sobre procedimientos para realizarse un aborto en condiciones seguras.

Y después nos preguntamos por qué no logramos revertir la situación. ¿Cómo hacerlo si desde todos estos espacios continúan limitando la libertad de las personas –especialmente de las mujeres- para vivir una sexualidad informada, consentida y responsable?

“...en el colegio tenía un profesor que era demasiado abierto, que nos enseñó todo se podría decir, o sea nos decía el profesor ‘si se enamoran y no quieren quedar embarazadas pueden hacer esto, esto y esto’. Tuvo serios problemas, los papás lo sacaron a golpes.” (Grupo focal)

“Si la mujer tiene pareja, casi nunca los maridos quieren que se cuide. Casi siempre las mujeres por debajito tienen que cuidarse, a ocultas.” (Grupo focal)

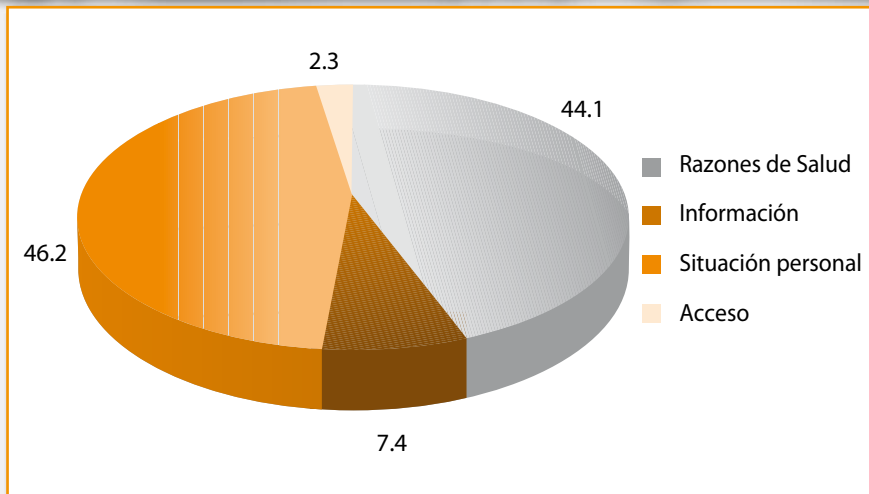
¿Por qué no usan métodos anticonceptivos modernos?

Se comienza a entender mejor el embarazo no deseado cuando indagamos por qué las mujeres no practican la anticoncepción segura¹². De las 1.175 mujeres sexualmente activas, 99 estaban embarazadas el momento de la encuesta, lo que nos deja con 1.076 que respondieron a estas preguntas. La presente investigación nos indica que la mitad de las mujeres sexualmente activas no usan ningún método y un 10.6% usa métodos

¹² A pesar de que los métodos anticonceptivos modernos temporales y/o definitivos presentan porcentajes de falla, éstos son mínimos por lo que se considera una práctica segura, aunque no infalible.

tradicionales¹³. Estamos hablando de un 61.3% (n = 660) de mujeres que no usan métodos anticonceptivos modernos. ¿Por qué? Quince mujeres indican que no lo hacen por falta de acceso a éstos o porque no están disponibles y 49, porque no conocen o no saben dónde conseguir un método. Las otras 596 mujeres (90.3%, n=660) explican razones de salud o de situación personal. (Ver Gráfico 1)

Gráfico 1: Categoría de razones para no usar métodos anticonceptivos modernos (n=660)



Fuente.- Elaboración propia

Entre los aspectos que tienen que ver con su situación personal, dos tercios están referidos al hecho de tener relaciones sexuales esporádicas ya sea porque no tienen una pareja estable, porque su pareja está ausente o directamente porque no tienen pareja. Por lo tanto, no consideran necesario protegerse. Treinta y seis mujeres (5.5%) no se estaban protegiendo al momento de la encuesta porque querían embarazarse. Otras dicen que la pareja se opone al uso de métodos modernos o aducen motivos religiosos. *“No puedo (usar) porque soy cristiana, así dicen que tengo que tener los hijos que Dios me dé...”* (Grupo focal)

En las entrevistas, muchas mujeres expresan su impotencia frente al comportamiento de sus parejas: dicen que están presentes para oponerse a que ellas usen algún método anticonceptivo moderno además

¹³ Los métodos tradicionales están referidos a aquéllos que no recurren al uso de fármacos, procedimientos mecánicos ni quirúrgicos; y que tienen un bajo nivel de eficacia. Entre los más comúnmente utilizados están el método del ritmo o el coitus interruptus. Se los conoce también como métodos “naturales”, término que nos parece inadecuado porque no es “natural” que una mujer deba abstenerse de tener una relación sexual precisamente cuando hormonalmente está más dispuesta para ello o que se produzca el retiro en el momento del coito.

de ellos resistirse a usar el condón, pero están ausentes para tomar responsabilidad frente a un embarazo no deseado y para compartir la decisión de interrumpirlo o no. Si bien la encuesta registra que el uso de anticonceptivos es mayormente producto de una decisión conjunta en la pareja (59.1%), una de cada tres mujeres (34.1%) responde que en su caso, esa decisión fue tomada unilateralmente por su pareja (marido/concubino/enamorado).

Entre las razones de salud que indica el 44.1% de las mujeres sexualmente activas que no estaban embarazadas (n=1.076); más de la mitad expresa alguna preocupación sobre cómo los métodos afectan su salud o interfieren con el proceso normal del cuerpo, además del miedo a los efectos secundarios. Las otras mencionan situaciones de infertilidad, menopausia, histerectomía o lactancia materna.

Cuadro N° 3 Uso de métodos anticonceptivos

CARACTERÍSTICAS	NO USA NINGÚN MÉTODO	USA ALGÚN MÉTODO	USA MÉTODOS MODERNOS MUJERES			USA MÉTODOS TRADICIONALES	No. TOTAL
	%	%	TOTAL MODERNOS	Plazo Largo	Plazo Corto	TOTAL	
				TOTAL	TOTAL		
Edad							
15 - 24	48,1	51,9	40,7	0,7	40,0	11,1	270
25 - 39	45,6	54,4	42,7	5,6	37,1	11,7	555
40 - 49	64,9	35,1	27,5	7,6	19,9	7,6	251
Estado Civil							
Soltera/nunca casada	63,9	36,1	27,2	0,6	26,6	8,9	169
Concubina/casada	42,0	58,0	45,7	6,3	39,4	12,3	762
Separada/divorciada/viuda	81,4	18,6	15,2	2,1	13,1	3,4	145
Departamento							
Cochabamba	61,9	38,1	32,2	5,0	27,2	5,9	202
El Alto	45,0	55,0	43,2	3,6	39,6	11,7	222
La Paz	54,3	45,7	31,6	2,0	29,7	14,1	256
Santa Cruz	47,3	52,7	47,0	8,0	39,0	5,7	300
Sucre	41,7	58,3	34,4	5,2	29,2	24,0	96
Etnia							
Mestiza	48,6	51,4	43,8	6,8	37,0	7,6	484
Quechua	55,2	44,8	30,4	3,9	26,5	14,3	230
Aymara	50,4	49,6	37,2	2,9	34,3	12,4	347
Otro	60,0	40,0	33,3	-	33,3	6,7	15
Cantidad de hijos							
Sin hijos(as)	55,6	44,4	36,9	-	36,9	7,5	160
1 a 3 hijos(as)	48,8	51,2	38,8	3,6	35,3	12,4	726
4 a 6 hijos(as)	53,3	46,7	40,6	14,5	26,1	6,1	165
7 y + hijos(as)	60,0	40,0	32,0	8,0	24,0	8,0	25
Nivel de instrucción							
Sin instrucción	75,8	24,2	12,1	-	12,1	12,1	33
Primaria	54,8	45,2	34,0	6,2	27,7	11,2	321
Secundaria	49,9	50,1	40,5	4,4	36,1	9,6	499
Más de secundaria	43,0	57,0	45,3	4,5	40,8	11,7	223
Actividad principal							
Trabajadora anual	40,7	59,3	37,0	11,1	25,9	22,2	27
Empleada	44,9	55,1	46,7	3,0	43,7	8,4	167
Trabajadora cuenta propia	52,2	47,8	35,2	4,7	30,5	12,5	383
Profesional/Independiente	53,1	46,9	37,5	3,1	34,4	9,4	32
Trabajadora del hogar	51,4	48,6	35,1	8,1	27,0	13,5	37
Labores de Casa	53,2	46,8	39,3	6,4	32,9	7,5	346
Estudiante	49,4	50,6	38,0	-	38,0	12,7	79
Otro	20,0	80,0	40,0	-	40,0	40,0	5
Total	50,7	49,3	38,7	4,8	33,8	10,6	1.076

No es complicado por ende, entender por qué una de cada dos mujeres se enfrenta a por lo menos un embarazo no deseado en su vida: el 61.3% de las mujeres sexualmente activas tienen relaciones sexuales sin protección segura. Así queda claro el riesgo. Y el riesgo va más allá: el 43.5% de las mujeres dicen haber experimentado más de un embarazo no deseado en su vida.

Un dato más: del 38.7% de mujeres (n=416) que usan métodos modernos, el 87.5% usa anticoncepción temporal de plazo corto, es decir; condones, píldoras anticonceptivas, inyectables. Mientras que la efectividad de estos métodos está sujeta a su uso correcto y disciplinado; el reporte de “olvidos” y “no uso” por diversos tipos de situaciones es frecuente. Una vez más, el riesgo está presente.

Con los datos cuantitativos, se realizó un análisis multivariable¹⁴ que permitió identificar los factores de riesgo asociados con el no uso de métodos anticonceptivos modernos. Éste indica que a medida que aumenta el nivel de instrucción, la probabilidad de no usar un método anticonceptivo moderno disminuye de manera significativa. Concretamente, las mujeres sin instrucción tienen 5 veces más probabilidades de no usar métodos anticonceptivos modernos comparadas a las bachilleres que han proseguido sus estudios.

Por otro lado; el análisis multivariable muestra que las mujeres solteras, separadas, divorciadas o viudas tienen 4 veces más probabilidades de no usar métodos anticonceptivos modernos en comparación con las casadas o concubinas. También es más probable que las mujeres entre 40-49 años no los usen en comparación con las más jóvenes. Asimismo, se verificó una mayor tendencia a usar estos métodos entre las mujeres que reportan haber iniciado su vida sexual a edad más temprana.

En los grupos focales, las asistentes explicaron que el uso de los métodos anticonceptivos modernos no es común por prejuicios, por descuido o porque hacen daño¹⁵. *“La T de cobre lastima cuando tienes relaciones sexuales. Eso sé escuchar”*. Muchas mujeres mayores expresaron su rechazo a que las jóvenes tengan acceso a éstos porque les facilita tener relaciones sexuales a muy temprana edad. También se dijo que según los hombres, los métodos modernos inducen a la infidelidad de las mujeres y/o que les hace engordar y las vuelve feas. Y en una sociedad donde la “belleza femenina” es un valor supremo, ¿quién está dispuesta a perderla?

14 En el análisis multivariable, se utilizó el modelo de regresión logística que es un procedimiento estadístico que permite establecer el riesgo de algún fenómeno, en este caso, la probabilidad de riesgo que ocurra el no uso de métodos anticonceptivos modernos, un embarazo no deseado o un aborto inducido de acuerdo a perfiles de mujeres en atención a sus características socio demográficas.

15 Estas expresiones dan cuenta de la existencia de mitos y creencias que circulan socialmente en torno a efectos negativos que tendrían los métodos anticonceptivos y que influyen en que las mujeres se inhiban de usarlos.

“Lo que pasa es que estos métodos actúan en tu cuerpo de diferente manera. Con excepción de la T de cobre, puede que engordes, te sale acné o no te ayuda físicamente.” (Grupo focal)

“A unas tres señoras las llevé de ocultas. Los esposos no querían que se pongan la T. Ellos decían ‘No, tu vas a ser calentona y te vas a meter con otros hombres’.” (Grupo focal)

Si bien quedó claro en los grupos focales que las mujeres en general conocen la existencia de métodos modernos, también se comprobó que no existe suficiente y/o adecuada información sobre su uso correcto, y las ventajas y desventajas que cada uno tiene. *“Antes de usar, he reconsultado con una doctora y ella me ha dicho todos los métodos como eran las pastillas, la T de cobre y no sé qué cosas más había. Me ha dicho que la pastilla hace doler la cabeza, la inyección tiene riesgos que como mujer puede paralizar el cuerpo...”* Es común la percepción masculina de que el preservativo les quita sensibilidad y placer. En fin, hay un conjunto de sesgos, prejuicios y mitos que circulan en torno al funcionamiento de métodos y sus efectos que infunde desconfianza hacia su efectividad y/o temor al daño a la salud, a la matriz. Dicen que pueden producir cáncer o que finalmente les puede costar la vida.

La otra cara de la medalla es que recurrentemente confiesan sentir vergüenza de ser juzgadas. No se sienten cómodas con decidir el uso de métodos anticonceptivos modernos porque *“está mal visto”*.

“Nuestra sociedad sigue siendo machista...dicen que la infidelidad de los hombres es pasable ‘somos hombres y al final no nos perjudicamos’. Las mujeres son las que pierden porque aparte van a ser tratadas como putas, van a ser reprochadas por la sociedad. Además, fácilmente las podemos botar de patitas a la calle.” (Grupo focal)

A todo ello, se suma el maltrato en los servicios de salud y del personal en las farmacias. *“A parte de la vergüenza, es la mirada de discriminación en las farmacias. ¿Cómo es posible que tú tan chiquita, tan joven? Creo que debería haber una orientación en vez de esa mirada.” (Grupo focal)* ¿Y la escuela? *“En el colegio jamás nos enseñan. Los mismos profesores tienen vergüenza para hablar de sexualidad.” (Grupo focal)* *“Nunca he tenido información sobre estos temas ni en el colegio ni en la universidad”.* (Entrevista en profundidad)

Esta situación revela la fragilidad de las mujeres frente al ejercicio de su sexualidad. Las mujeres no sólo necesitan saber que tienen derechos sexuales y derechos reproductivos que pueden ejercer y un Estado que les garantice condiciones para su ejercicio. Necesitan sentir que ello no les costará *“su reputación”, el “abandono” de su pareja, el desprecio de sus padres, la sanción de su Iglesia.* Hay que transformar el tejido social.

“Mi familia es bien cerrada, es cristiana. Mi colegio bien cerrado, cristiano. O sea que no te hablan para nada de eso. Lo consideraban algo que tenías que hablarlo dentro del matrimonio”. (Grupo focal)

“Para elegir un método el marido es un obstáculo, los vecinos que comentan, los médicos que uno no sabe cómo van a reaccionar...” (Grupo focal)

En ese contexto, más allá de la accesibilidad a los servicios en términos de calidad y competencia técnica; resulta imprescindible articular nuevas estrategias para asegurar que los servicios de anticoncepción y aborto sean social y moralmente accesibles a las mujeres que los requieran.

“Si para ir a parir las tratan mal, ¿cómo será llegar con un aborto a un hospital?” (Grupo focal)

“Hay miedo de ir al médico. Prefiero no ir. Dicen ‘Si tú has tenido la libertad de abrir tus piernas, ahora aguántese’. Ha habido médicos así. Son cosas que lastiman espiritualmente y psicológicamente.” (Grupo focal)

Cambiar la mentalidad

Si bien es muy importante contar con políticas públicas que aseguren servicios de salud sexual y salud reproductiva que respondan a las necesidades de las mujeres en esta materia y garantizar que las existentes sean cumplidas; es vital trabajar la transformación de la mentalidad y el comportamiento social y cultural en torno a estos aspectos. La población y –dentro de ella- las y los operadores políticos y técnicos de las instancias oficiales de educación, salud y justicia del Estado debe cambiar su mirada personal. Sólo con plena convicción de parte de ellos y ellas, se podrá contribuir a desmontar las profundas inequidades sociales de la estructura patriarcal que operan en desmedro de la calidad de vida de las mujeres.

“La anticoncepción son medidas que tomamos para no quedar embarazadas, sobre todo las mujeres que empiezan su práctica sexual tienen muchos métodos para cuidarse. Lastimosamente en nuestra sociedad no es un tema abierto. Tenemos vergüenza hablar con libertad de los órganos sexuales” (Grupo focal)

“Es el poder sobre nuestro cuerpo. Nuestra sexualidad es pública, objeto de todo. Todo el mundo habla de nuestra sexualidad. No es así en el caso de los varones. Si haces esto, eres pecadora. Las personas muy devotas no usan métodos anticonceptivos porque los consideran como un tipo de aborto. Creo en parte que debemos apropiarnos de nuestro cuerpo, nuestras posiciones. Son nuestro espacio.” (Grupo focal)

Las entrevistas en profundidad corroboraron la realidad constatada en la encuesta y los grupos focales. De las 50 mujeres entrevistadas que se habían practicado un aborto, 27 afirmaron no haber utilizado un método y 12 habían recurrido a métodos tradicionales como el ritmo o el coito interrumpido. En 7 casos que comentaron haber usado métodos modernos (inyecciones, condón y pastillas anticonceptivas), no los usaron correctamente e incluso a una mujer le falló la T de Cobre. Muchas

admitieron tener miedo a los efectos secundarios sobre su salud. Seis comentaron que sí usaron alguno y les hizo mal.

Las vidas de estas mujeres transcurren marcadas por problemas y dificultades. La pobreza se convierte en un factor decisivo para asumir un embarazo o un nuevo embarazo cuando ya existe la responsabilidad de uno o más hijos o hijas. La inestabilidad con la pareja, las situaciones de violencia doméstica que viven y/o los desencuentros afectivos permanentes que tienen hacen que el anuncio de un embarazo sea todo menos que una buena noticia. Por otro lado, hay muchas mujeres para las cuales –en determinado momento de sus vidas- un hijo o una hija resulta ser un impedimento para realizar su proyecto de vida ya sea de estudios, de trabajo, de viajes o de estabilidad familiar o económica.

Las situaciones familiares y sociales que comentaron están signadas por el temor a los padres, al marido o concubino, al enamorado o a la pareja casual. Se percibe soledad y poca solidaridad de sus parejas. Incluso, en algunos casos, son las parejas o los padres quienes presionan a las mujeres a tomar la decisión de interrumpir el embarazo.

“Mi mamá me llevó a hacerme un prueba de embarazo y salió positivo. Me dijo ‘lo vas a abortar sí o sí’. Yo le dije ‘¿por qué mami?’ ‘Porque sino ¿qué va a decir la gente, mis parientes, mis colegas?’ Me puse a llorar, le avisé a mi novio y él me dijo ‘no abortes, te voy a apoyar’. Fuimos al centro de salud y la doctora me dijo ‘para que no te duela mucho, tomá estas pastillas’. Le dije que prefería no tomar. Él se puso contento, me volví a escapar de casa pero regresé y mi papá me dijo ‘tienes que abortar’. Y entonces aborté.” (Entrevista en profundidad)

Culpa, miedo, vergüenza del qué dirán en el entorno familiar, social y comunitario son temas que vuelven una y otra vez. Les hacen sentir que el embarazo es una “responsabilidad” casi exclusiva de las mujeres, los hombres por lo general no lo asumen. Siempre existe la posibilidad del “abandono”, del “desentendimiento”, de la acusación facilona e hiriente de que “no es mío”.

Existen sentimientos encontrados entre miedo, sorpresa, frustración y fuertes contradicciones sobre qué decisión tomar frente a un embarazo no planificado. En la gran mayoría de los casos, expresan abiertamente que no querían el embarazo por distintos motivos lo que convierte a éstos irremediabilmente en embarazos no deseados.

- ♀ *“No quiero más wawas, apenas estoy con mis 8 hijos”* (Entrevista en profundidad)
- ♀ *“Recién estoy empezando a trabajar, me costó mucho conseguir este trabajo”* (Entrevista en profundidad)
- ♀ *“Pensé en mi futuro ¿con qué iba a mantener a mi hijo”* (Entrevista en profundidad)

- ♀ *“Analizamos la situación con mi pareja y vimos que no era conveniente”* (Entrevista en profundidad)
- ♀ *“La verdad, no sé. Es que estaba tan desesperada que no quería continuar con mi embarazo”* (Entrevista en profundidad)
- ♀ *“Yo pienso que una mujer tiene que ser propietaria de su cuerpo. Es decir, decidir cuándo una quiere tener un hijo y cuándo no. Y si no quiere tener un hijo, es una decisión propia de la mujer.”* (Grupo focal)

¿CALLEJÓN SIN SALIDA?

¿Qué hacer frente a un embarazo no deseado?

Si bien el 86.3% (1.196) de las mujeres encuestadas afirmó conocer procedimientos quirúrgicos de aborto y el 56.8% (787) se refirió al aborto con medicamentos, sólo un tercio manifiesta abiertamente que frente a esta situación, una mujer puede optar por interrumpir el embarazo. Más de la mitad responde que se debe continuar con el embarazo. Ése es el dato, así responden y muchas así lo asumen. Habría que investigar qué significa continuar con un embarazo no deseado, qué hace con la vida de las mujeres que así lo deciden y qué hace con la vida de quienes llegan en esas circunstancias.

“Cuando son violadas y si tienen al niño, lo rechazan, lo odian y por eso es preferible no tener porque lo va a tratar mal. Ahí tienes el rencor y con él, le haces pagar.” (Grupo focal)

“La mujer tiene que decidir para no quedar embarazada, para que no haya aborto, porque si ella va a quedar embarazada, va a arruinar su vida. El hombre no va a arruinar nada. Se puede ir. Mientras, si estás embarazada, te quedas así soltera, sino abortas, o también puedes abandonar al niño.” (Grupo focal)

“Hemos visto casos de chicas que están embarazadas, quieren quitarse la vida. Una amiga que ha sido violada y estaba embarazada se aplazó un año. En su casa, su familia no es abierta. Su mamá es muy mala. No tenía a quién recurrir, salía a fiestas, buscaba algo más quizás que no encontraba en su casa y se quitó la vida”. (Grupo focal)

En los grupos focales, surgieron múltiples voces frente al embarazo no deseado. Hay que continuar con el embarazo, algunas dicen que se lo debe hacer con resignación y otras, que se puede aceptarlo asertivamente. Otras afirmaron que se debe recurrir al aborto tomando en cuenta edad, estado civil, violencia sexual y/o situación sociocultural. También hablaron sobre la doble moral de la sociedad,

sobre la hipocresía de las personas que dicen una cosa pero que hacen otra.

“Para mí está mal, pero si estuviera en una situación así, yo iría inmediatamente a sacármelo.” (Grupo focal)

Indagamos en mayor profundidad sobre casos concretos en los que se decidió interrumpir el embarazo a través de las entrevistas realizadas en su mayoría, en salas de atención post aborto de hospitales públicos en las cinco ciudades estudiadas¹⁶. Al inicio de las entrevistas, la mayoría de estas mujeres hablaron de abortos espontáneos. No fue fácil ganar su confianza, sin embargo lo logramos. En el transcurso de la conversación, fueron dando mayor información y aceptando paulatinamente que en realidad habían sido abortos provocados. Al final, 45 de las 50 admitieron haberse realizado un aborto provocado; la mayoría por decisión propia. En algunos casos, tomaron la decisión en pareja; en otros, las obligaron sus parejas.

¿Qué motivos tenían para optar por un aborto? Diversos. *“Decidí no tenerlo, no estoy lista”*.

Recurrentemente explicaron que no tenía sentido seguir con su embarazo por la mala relación con sus parejas: *“Mi matrimonio no andaba bien siempre, rapidito he tomado la decisión”* o porque ya tenían varios hijos: *“No quiero más guaguas, apenas estoy con mis 8 hijos”*

Varias adujeron problemas económicos *“Pensé en mi futuro, ¿con qué iba a mantener a mi hijo”* y falta de trabajo: *“Recién estoy empezando a trabajar, me costó mucho conseguir este trabajo”*. Las más jóvenes expresaron miedo a ser madres solteras y temor a la reacción de su familia.

A pesar de sus decisiones; los valores sociales, culturales y sobre todo religiosos tienen un peso fundamental y muchas veces determinante en sus percepciones y actitudes. El arrepentimiento que sienten después de practicado el aborto también es una constante difícil de enfrentar.

“Llegó un momento que tenía ganas de matarme porque me había convertido en asesina, era un pedacito de mí. Era cobarde mi decisión, ha sido muy cobarde.” (Entrevista en profundidad)

“Muchas mujeres realmente se ven obligadas a abortar, pero el sentimiento de culpa, a muchas les persigue de forma tal que destruye su calidad de vida. Se sienten culpables, pueden llegar hasta estados de depresión muy fuertes.” (Grupo focal)

¹⁶ Cochabamba: Maternidad “Germán Urquidí”, El Alto: Hospital Materno Infantil, La Paz: Hospital de la Mujer, Santa Cruz: Hospital “Percy Boland”, Sucre: Hospital de la Mujer “Jaime Sánchez”

La culpa las persigue persistentemente, más allá de su propia decisión o de aceptar la ajena ... “Yo tomé la decisión de abortar *porque mi papá era muy estricto y no nos permitía esas cosas. Tuve que decidir. La decisión ha sido bien fuerte para mí porque cuando tuve ya el aborto, he comenzado a sufrir. Siempre cuando veía a un señora con su wawita, me ponía a llorar*”. (Entrevista en profundidad) “*El aborto es quitarle la vida a una persona*”... “*Hay todo un sistema que sataniza que una mujer aborte, dicen que es asesinato, crimen*”. (Grupos focales) “*Es un trauma por el que pasas porque siempre nos han dicho que es malo, malo, malo... Entonces tú te culpas y llevas ese trauma encima*.” (Entrevista en profundidad) “*Sigo arrepentida, muy arrepentida. Me duele harto, yo tengo la culpa. Yo me culpo porque yo podía decir ‘no’. Igual no he pensado que me iba a afectar hasta este momento. Me afecta. Es un peso que llevo en mi corazón*.” (Entrevista en profundidad) Culpas, culpas, culpas... construidas por el contexto de clandestinidad y criminalización en el que se ven obligadas a tomar sus decisiones, que dañan su esperanza. Culpas que podrían ser evitadas si entendieran que el aborto es una opción y un derecho.

Historia tras historia, se evidenció los riesgos que estas mujeres están dispuestas a vivir en silencio, confrontadas a la ilegalidad del aborto y a valores sociales fuertemente arraigados que criminalizan el hecho. Muchas veces no hay caso de preguntar, es mejor no exigir, no importa la forma. Lo único que importa es interrumpir el embarazo lo más rápido posible. Y si eso pone en riesgo tu vida, tampoco importa, hay que intentarlo sin ser sorprendidas en el intento:

“Hice el intento de terminar con el embarazo. No quería mi marido que me embarace, me dijo que no era de él. Tomé hierbas que me recomendaron las vecinas, donde vivo en mi cuarto. Me puse unas jeringas con agua con jabón.” (Entrevista en profundidad)

“Escogí las tabletas porque los productos naturales son más riesgosos. Cuando una no puede pagar las tabletas, toma semilla de palta, pero eso pone en riesgo la vida. Las mujeres se turban, se marean, les da todo tipo de malestares. Hay otras como la raíz del algodón y otras hierbas más.” (Entrevista en profundidad)

“Dije no quiero este bebé, no quiero un problema más en mi vida. ¿Cómo voy a salir adelante con los tres, y uno más, ¿qué voy a hacer? Él no me va a dar, él se va a ir y se fue definitivamente. Entonces yo dije como mis anteriores embarazos eran así, yo estaba internada, pucha me ha costado un montonazo de dinero. He manejado bici, he empezado a trotar, he empezado a bajar las gradas así como tobogán y nada”. (Entrevista en profundidad)

“Los médicos están más capacitados, incluso su higiene, todo eso... pero por miedo a las cosas legales no hacen, y por eso las chicas van a lugares cochinos y se mueren” (Grupo focal)

¿Motivos? Diversos. Ni buenos ni malos...propios.

“No tuve opción, fue una decisión dolorosa. Mi esposo no quería porque tenemos una situación económica precaria. Me presionó.” (Entrevista en profundidad)

“Se recurre a un aborto porque si estás estudiando, tus padres no te ayudan y el que te lo hizo, te deja o se niega a que es suyo, esto produce mucha humillación y tristeza. Son dos penas. Descubrir que era mentira que te quería y además quedarse con un embarazo que tus padres te van a culpar, y sentirte traicionada.” (Entrevista en profundidad)

“Más que todo, yo creo que te sientes frustrada porque has confiado en ese método. Has dado un paso como persona para cuidar tu cuerpo para no lastimar a un ser que no tiene la culpa y cuando ya te resulta mal, entonces, está la frustración, la rabia...¿no?” (Entrevista en profundidad)

¿Violencia? Mucha...

“Si quiere abortar que lo enoje al marido para que le dé una paliza y la haga abortar.” (Grupo focal)

“Mis tres hijos son producto de violaciones de mi marido. Al final, lo puedo dejar, pero tengo muchos problemas con mis hijos varones. No quieren hacerme caso.” (Entrevista en profundidad)

“Conozco un caso de violación. La violó el jefe de su papá. El papá estaba más a favor de su jefe que de su hija. ‘Vos lo has provocado a él’. Tuvo el bebé. Desde esa vez se siente sucia. Piensa que nadie la va a querer y a su hijita no la trata bien. Sólo la mira nomás...” (Grupo focal)

También hay quienes deciden en ejercicio de su derecho...

“La decisión de abortar fue muy pensada. Lo discutió mucho con su pareja e inclusive buscó el apoyo de sus padres. Sin embargo, una vez tomada la decisión, no tuvo dudas.” (Grupo focal)

“Que se respete la decisión de cada mujer porque lo que están haciendo, nos están criminalizando.” (Entrevista en profundidad)

“El temor, el miedo... ¿Qué te va a decir tu familia, tus amigas. No querías embarazarte. No querías tener aún un bebé. Entonces piensas en abortar.” (Grupo focal)

“El aborto debería ser legal. Así se podría prevenir la muerte de las mujeres.” (Grupo focal)

Si bien la mayoría de las mujeres encuestadas tienen conocimiento sobre la legalidad del aborto en caso de que la salud de la mujer está en peligro debido al embarazo (74.1%) y cuando el embarazo es el resultado de una violación o incesto (68.5%); más de la mitad expresa incorrectamente que también es permitido cuando existe la posibilidad de que el bebé tenga una malformación y cuando la mujer es VIH positiva. Más aún, una quinta

parte afirma que el aborto es permitido en otras circunstancias: cuando el embarazo es el resultado de la falla de un anticonceptivo, cuando la mujer no desea continuar con el embarazo o no tiene recursos económicos para tener un bebé o cuando es adolescente.

Y DESPUÉS, ¿QUÉ?

La mayor parte de las mujeres que experimentan un embarazo no deseado deciden continuar con el mismo (Ver Cuadro N° 4).

Cuadro N° 4 Embarazo no deseado y aborto inducido

Embarazo no deseado /aborto inducido	Número de mujeres	%
MUJERES QUE EXPERIMENTARON POR LO MENOS UN EMBARAZO NO DESEADO	566	48.2
MUJERES QUE EXPERIMENTARON MÁS DE UN EMBARAZO NO DESEADO	511	43.5
Resultado del último embarazo no deseado (n=566)		
Continuó con el embarazo	340	60.1
Intentó interrumpirlo pero no lo logró	33	5.8
Tuvo un aborto inducido	144	25.4
Tuvo un aborto espontáneo	37	6.5
Otro	11	1.9
NÚMERO TOTAL DE MUJERES	1175	100.0
MUJERES QUE TUVIERON AL MENOS UN ABORTO INDUCIDO	152	12.9
Mujeres que usaban un método anticonceptivo en el periodo en el que se embarazaron (último aborto) (n=152)	49	32.2
Las que usaban un método moderno (n=49)	30	61.2
Las que usaban un método tradicional (n=49)	19	38.8

Fuente.- Elaboración propia

Queda claro que la información construida a partir de los datos proporcionados por las mujeres no responde con absoluta precisión al cuadro total de la realidad justamente debido a que muchas prefieren no hablar del tema por estar éste penalizado legal y socialmente. De cualquier forma, esta información parcial nos permite inferir que las características socio demográficas de pertenencia étnica, estado civil, nivel de instrucción, ocupación y paridad no influyen significativamente en relación a la probabilidad de que las mujeres se hagan un aborto inducido. Lo que sí influye es la edad en la que inician su actividad sexual. Quienes inician a más temprana edad, tienen mayor probabilidad de experimentar

un aborto inducido. (Ver Cuadro 3). El 89.5% (n=152) de las mujeres que dicen haberse hecho un aborto, iniciaron su vida sexual antes de los 21 años.

Cuadro Nº 5: Factores comportamentales de riesgo para experimentar un aborto inducido entre 1.175 mujeres

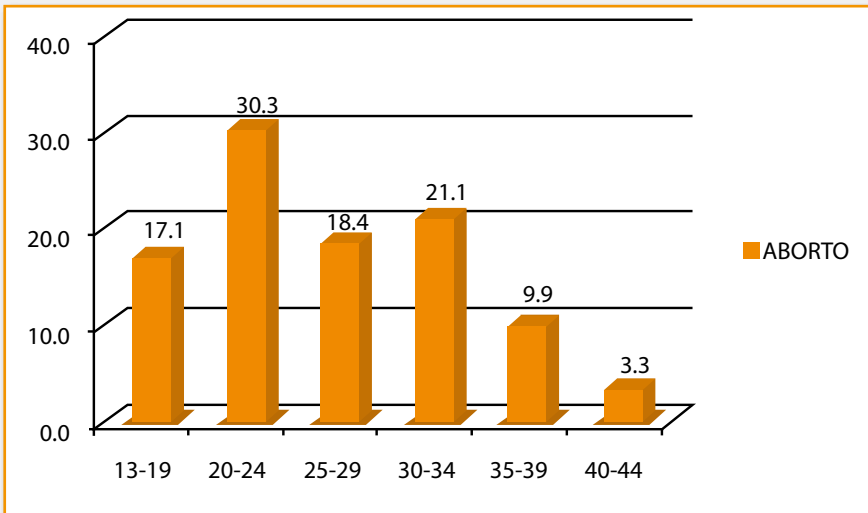
Factores comportamentales	Número de mujeres	Aborto inducido % (N)	
Edad de la primera relación sexual			
≤ 15 años	205	18.0	37
16-18 años	472	13.1	62
19-21 años	302	12.3	37
≥22 años	196	8.2	16
Número total de mujeres	1175	12.9	152

Fuente.- Elaboración propia

El análisis multivariable también nos permitió evidenciar que es menos probable que las mujeres que expresan que no contarían con el apoyo de su pareja tengan un aborto en comparación con las que sienten que contarían con éste si decidieran hacerse un aborto. De la misma manera, aquéllas que manifestaron sentir que contarían con el apoyo de su entorno significativo tienden en mayor proporción a realizarse un aborto.

No hay edad para el aborto. De las 152 mujeres que reportaron haberse interrumpido un embarazo, el 17.1% lo hizo entre sus 13 a 19 años, la mitad lo hizo entre sus 20 a 29 años y un tercio, entre los 30 a 39 años. Estamos hablando de mujeres –en la mayoría de los casos- casadas o viviendo en concubinato. No estamos hablando mayoritariamente de adolescentes “desorientadas” o “permisivas”. La necesidad de recurrir al aborto permea todos los grupos etáreos por diferentes o similares razones. Las apreciaciones vertidas en los grupos focales y los relatos de las entrevistas en profundidad nos permiten entender mejor lo que viven las mujeres que finalmente optan por interrumpir un embarazo, independientemente de la edad que tengan o de su estado civil.

Gráfico Nº 2 Edad en que se hizo un aborto



Fuente.- Elaboración propia

¿Quién decide abortar? Según la encuesta, fundamentalmente las mujeres. El 39% de las 152 mujeres que indicaron haberse realizado un aborto indica haber tomado la decisión por cuenta propia mientras que el 40.2% lo hizo en consulta con su pareja. Sin embargo, una de cada cinco mujeres reportó que fue su pareja quien tomó la decisión de interrumpir el embarazo y con qué método hacerlo. De las mujeres que revelaron esta situación, más de la mitad expresan haber experimentado violencia física de su pareja en este proceso.

En los grupos focales, muchas expresaron que la decisión de interrumpir un embarazo no deseado está intermediada o presionada por la familia, la situación económica, la edad, el nivel de instrucción, por la cantidad de hijos existente... Dijeron que es frecuente que los hombres obliguen a sus parejas a abortar y en el caso de las más jóvenes (menores de 20 años), se refirieron a que los padres son quienes las presionan. Surgieron también voces explícitas sobre que es una decisión propia, que las mujeres tienen el derecho a decidir sobre su cuerpo y su vida.

Cuadro N° 6 Aborto quirúrgico y aborto con medicamentos

PREGUNTAS	TIPO DE RESPUESTAS	ABORTO QUIRURGICO	%	ABORTO CON MEDICAMENTO	%
¿POR QUÉ OPTÓ POR UN ABORTO QUIRURGICO O CON MEDICAMENTOS? *	Razones Personales	16	14,4	4	7,4
	Razones de Salud	4	3,6	9	16,7
	Procedimiento	46	41,4	17	31,5
	Información	67	60,4	19	35,2
	Acceso	3	2,7	5	9,3
EL SANGRADO QUE EXPERIMENTÓ, ¿ERA EL QUE ESPERABA?	Peor de lo esperado	31	27,9	0	0,0
	Como lo esperaba	44	39,6	12	36,4
	No tan malo como lo esperaba	23	20,7	10	30,3
	No sabía que esperar	13	11,7	11	33,3
	Total	111	100,0	33	100,0
LOS DOLORES Y CALAMBRES QUE EXPERIMENTÓ, ¿ERAN LOS QUE ESPERABA?	No responde	7	6,3	0	0,0
	Peor de lo esperado	37	33,3	14	42,4
	Como lo esperaba	28	25,2	9	27,3
	No tan malo como lo esperaba	18	16,2	2	6,1
	No sabía que esperar	21	18,9	8	24,2
	Total	111	100,0	33	100,0
¿CUÁNTO LE COSTÓ?	Menos de 250	28	25,2	16	48,5
	Entre 250 y 500	23	20,7	7	21,2
	Entre 500 y 1000	43	38,7	6	18,2
	Más de 1000	17	15,3	4	12,1
	Total**	111	100,0	33	100,0

(*) Preguntas múltiples, no suma 100%

(**) De los 152 casos de aborto reportado, 111 fueron quirúrgicos; 33, aborto con medicamentos y 8 recurrieron a otros procedimientos.

Las mujeres utilizan diferentes procedimientos para interrumpir un embarazo no deseado. En los grupos focales comentaron que la elección del tipo de aborto está relacionada con la situación emocional de la mujer. Según la encuesta, el procedimiento más común es el aborto quirúrgico (56.6%, n=152), seguido del aborto con medicamentos (21.7%, n= 152). En el restante 21.7% de los casos, las mujeres recurren a infusiones de hierbas o raíces, inyecciones, caídas, carga de objetos pesados e introducción de objetos en la vagina. Todos –sin excepción- tienen un porcentaje de falla como se puede observar en el Cuadro N° 4. Uno de cada tres primeros intentos falla. Una de cada tres mujeres que optan por abortar, experimentan abortos incompletos. Falla el primer paso, proceden al paso 2. Una vez más, el 30% de los procedimientos utilizados en el segundo

paso falla. El resultado es que una de cada diez mujeres intenta un tercer paso¹⁷. Estos son relatos de sobrevivientes. En el cuadro se muestra el patrón del proceso de toma de decisiones en relación a los procedimientos de aborto, se cuantifica los procedimientos utilizados, se calcula porcentajes... pero no se cuantifica el daño infligido a la vida de esas mujeres.

¹⁷ El cuestionario incluyó sólo hasta 3 pasos. Se desconoce si hubo mujeres que continuaron utilizando métodos adicionales después del tercero. Si la mujer reportó un segundo o tercer paso, se presumió que el método utilizado previamente había fallado en terminar el embarazo desde su perspectiva.

Cuadro N° 7 Análisis del proceso de toma de decisión de los diferentes procedimientos utilizados para interrumpir un embarazo

¿Qué procedimiento de aborto utilizan las mujeres en primera instancia, cuando intentan interrumpir su embarazo? (Paso 1). Si éste falla, ¿qué procedimiento eligen en el segundo intento? (Paso 2). Si el Paso 2 falla, ¿qué hacen en un tercer intento para completar el aborto? (Paso 3)

Procedimiento Paso 1				Procedimiento Paso 2			Procedimiento Paso 3	
	%	No.	Falla el procedimiento		No.	Falla el procedimiento		No.
Aborto quirúrgico	56.6	86	13	Quirúrgico	11	3	Quirúrgico	3
				Inyección	2	-		
Aborto médico (oral)	19.7	30	12	Quirúrgico	6	1	Quirúrgico	1
				Aborto médico (oral)	3	3	Quirúrgico	2
							Inyección	1
				Aborto médico (vaginal)	2	-		
Infusión de hierbas o raíces	7.2	11	9	Infusión de hierbas o raíces	1	1	Aborto médico (oral)	1
				Quirúrgico	5	-		
				Caídas/ carga de objetos pesados	3	3	Quirúrgico	2
Inyección	5.3	8	5	Otro	1	-	Inyección	1
				Quirúrgico	2	-		
				Aborto médico (vaginal)	1	-		
Caídas/ carga de objetos pesados	4.6	7	5	Infusión de hierbas o raíces	2	1	Quirúrgico	1
				Quirúrgico	4	-		
Aborto médico (vaginal)	2.0	3	1	Inyección	1	1	Quirúrgico	1
				Inyección	1	1		
Objetos introducidos en la vagina	2.0	3	1	Quirúrgico	1	-		
				Quirúrgico	1	-		
Otro	2.6	4	4	Quirúrgico	3	-		
				Otro	1	1	Otro	1
TOTAL	100%	152	32.9% (50)		50	30.0% (15)		15

Fuente: Elaboración propia

Nota: Se registra los pasos 2 y 3 en números y no en porcentajes en vista de que los valores son bajos y podría conducir a conclusiones equivocadas.

El estudio proporciona evidencias sobre lo que las mujeres están dispuestas a hacer para interrumpir un embarazo. La información sobre la ruta que siguen en procura de lograr este cometido permite comprender que el aborto —en muchos casos— no es sólo la decisión y el procedimiento de un momento. Nos lo muestra como un proceso de incertidumbres, de dolores repetidos, de frustraciones recurrentes de exponerse a uno, dos y hasta tres intentos sin resultados, de un miedo interminable de no salir vivas y/o sanas de la experiencia. Procesos signados por la fiebre, hemorragias excesivas y prolongadas, infecciones, procedimientos incompletos y dolor, mucho dolor físico y espiritual. Lo señalan en la encuesta, pero lo relatan en las entrevistas. Y pensar que son procesos que pueden ser evitados.

De las mujeres que reportaron haberse practicado un aborto, una en diez había realizado por lo menos tres intentos para terminar con su embarazo (n=15; 9.9%). La prevalencia y severidad de las consecuencias de estos esfuerzos repetidos para inducir un aborto son desconocidas, sin embargo los testimonios de las mujeres entrevistadas en los servicios de atención post aborto sobre la extensión del daño tiene que hacernos reflexionar como sociedad. El dolor y malestar de abortos que fallaron se multiplica frente a sentimientos de culpa y vergüenza y el estigma en torno a los abortos inducidos.

“Llegué a la maternidad y expliqué que había abortado porque me caí. Me daba vergüenza. Había más gente adelante así que tenía miedo decir que había tomado las píldoras. Cuando me revisaron, dijeron ‘otra más con tabletas y se creen que nos pueden engañar’. No contesté nada porque me hice la que no entendía nada. No sentí que me apoyaran, pero traté de no decir nada. Lo que quería era que me ayudaran para que se me calmaran los dolores.” (Entrevista en profundidad)

“No sé, no pensé en otra posibilidad que abortar. Eso está en mi cabeza no más. El personal, deberían ser buenos, entender a una, no decirte las cosas que me dijeron, que llamarían a la policía.” (Entrevista en profundidad)

“No deben reñirnos. Mi doctorita es buena. Ella me ha explicado de las pastillas blanquitas, con cariño me ha atendido. Así deben ser todos. Un poco deben entendernos. ¿Acaso una hace porque quiere?” (Entrevista en profundidad)

“Apenas he llegado, me han hecho análisis de sangre en emergencia. Harto sangrado tenía. Sentía que me iba a desmayar. Me han dicho que estaba embarazada y me preguntaron qué me puse o qué he tomado. Les he dicho que me he caído. Una enfermera me ha dicho ‘¿Para qué haces sonseras?, ahora tienes que aguantar’. Mi amiga es la única que sabe que estoy aquí”. (Entrevista en profundidad)

Sobresale el hecho de que el aborto con medicamentos es uno de los procedimientos principales que terminó en complicaciones (18 de 33 casos), al igual que los intentos de abortar a través de caídas y esfuerzos físicos levantando objetos pesados u otros (5 de 7 casos).

La ilegalidad del aborto combinado con la situación de pobreza a la luz de una sociedad penalizadora es insensible con la vida de las mujeres. Estamos hablando de intervenciones clandestinas, realizadas mayormente en condiciones inseguras, insalubres, con alta probabilidad de consecuencias dañinas para la salud física, mental y emocional de las mujeres. ¿Cómo se interpreta un 15% de falla en abortos quirúrgicos? Cuánto pagas, qué consigues. “Depende de las condiciones económicas que tengas para acceder a un método efectivo”. (Grupo focal) Se confirma el uso incorrecto del misoprostol, 54.5% de los abortos con medicamentos reportados no resultan en primera instancia. Quienes ofrecen estos servicios o productos lucran pero no rinden cuentas. Ni a quién reclamar. La ley es implacable. La justicia, ¿existe? Todo queda en silencio.

En los grupos focales, se sostuvo que si el aborto se lo realiza en condiciones seguras, no hay riesgos para la salud y la vida de las mujeres. En cambio, cuando éstos son realizados en condiciones inseguras mencionan consecuencias de todo tipo:

- ♀ *psicológicas* (frigidez, pérdida del orgasmo y satisfacción sexual, traumas, culpa, arrepentimiento, inseguridad, sufrimiento, pérdida de autoestima, auto-castigo)
- ♀ *físicas* (esterilidad, daño a órganos vitales, úlceras, cáncer o quistes, malestar, vómitos, fracasos espontáneos)
- ♀ *familiares* (pérdida confianza de los padres y madres, expulsión de las hijas de su casa, ruptura con la pareja)
- ♀ *sociales* (sensación de haber cometido delito, de haber causado una muerte, de sentirse objeto de crítica y sentencia social).

Frente a ello, expresan una gran impotencia ante las injusticias que viven las mujeres. Las discusiones sostenidas en los grupos focales en torno al aborto develaron la pasión que levanta el tema. Hay mujeres totalmente a favor del derecho que tienen de interrumpir un embarazo no deseado y otras totalmente en contra. Muchas justifican el aborto en caso de que el embarazo sea producto de una violación. En ello coinciden con el Código Penal en Bolivia. Y en ese caso, nos asalta una duda: en términos legales, el hecho de que el embarazo sea producto de una violación ¿borra la figura delictiva? La contradicción es flagrante. Si se parte de la convicción de que el aborto es un delito porque está terminando con una vida, ¿el hecho de que esa “vida” haya sido generada por un acto de violencia o porque el hombre no acceda a casarse, le anula la cualidad de “vida”?

Otras voces consideran que no se justifica el aborto si el embarazo es producto de un descuido o de la falla de algún método. ¿Se trata de castigar a la mujer? Las contradicciones suman. Una y otra vez se cuestiona

la doble moral de una sociedad que penaliza el aborto y sin embargo, no garantiza el uso de métodos anticonceptivos seguros.

“Cuando una mujer utiliza un insumo artificial para abortar, es pecado; pero si utiliza hierbas, es una práctica normal para que no se retrase la menstruación”. (Grupo focal)

“Yo me haría un aborto sin pensarlo, pero para botar sangre. Nosotras sólo pedimos que nos baje.” (Grupo focal)

Éstos son giros que aparecen para huir del pecado. De ahí en más, mencionaron en las cinco ciudades una interminable lista de procedimientos “naturales” para interrumpir un embarazo. Entre las hierbas: chewenca, orégano, papusa, tártago, paraíso, tocotoco, amarguillo, floripondio, apio, coas, calabaza, hojas de higo, it’apallu, uña de gato... Entre otro tipo de procedimientos: lavarse con it’apallu, tomar mates o pastillas de hierbas, levantar pesos, realizar fuerza física, provocar caídas, introducirse objetos o ganchos, inyectarse sal en el vientre, la manguerita, cuchillos y cortes, tomar café o nescafé, no consumir antojos, golpearse o hacerse golpear... Fuera de los citados, también mencionaron el aborto quirúrgico y el aborto con medicamentos utilizando diferentes y variados términos. Se registró de manera reiterada, especialmente en los grupos focales de mujeres de 15 a 24 años, la asociación de la pastilla de un día después con un procedimiento abortivo y efectivo.

ABORTO CON MEDICAMENTOS

La investigación evidencia que si bien existe conocimiento y uso del aborto con medicamentos en Bolivia, la confusión sobre el procedimiento conduce a frecuentes complicaciones por el uso incorrecto. La fuente de información sobre este procedimiento es en el 72.4% de los casos, vía amistades, familiares o pareja; por lo que se infiere que es frecuentemente incompleta e imprecisa.

“No se puede hacer preguntas para abortar. Seguro le van a decir ‘Usted sabe que es prohibido, es delito’. Por eso estoy aquí con miedo. Yo no sé qué me puso tan mal. Al final me tomé 4 tabletas de cytotec. Me las trajo mi marido. No me avisó cuánto le costaron, sólo me dijo tomá estas 4 tabletas juntas y ya estaba botando un líquido que olía mal. Lo único que quiero es salir de aquí (hospital público) y ver a mi hija. El aborto es pecado. Yo lo sé. Me siento muy mal por esto. Aquí no me han dicho nada. Sólo escuché decir ‘otra más con aborto incompleto’” (Entrevista en profundidad)

Dado el contexto de ilegalidad, es lógico pensar que el uso de misoprostol para interrumpir un embarazo vaya progresivamente en aumento, especialmente porque resulta más fácil que las mujeres procuren atención

médica en los servicios de atención post aborto para completar el procedimiento, ya que éste tiene síntomas similares a aquéllos producidos por un aborto espontáneo.

El misoprostol, medicamento registrado para la prevención y tratamiento de úlceras gástricas, es posible encontrarlo en farmacias. El uso combinado de misoprostol y mifepristone es el régimen médico recomendado por la OMS para el aborto con medicamentos en una etapa gestacional temprana (menor a 12 semanas). Sin embargo, el mifepristone no está disponible en Bolivia por ser de uso abortivo exclusivamente.

“El cytotec¹⁸ lo consiguen en las farmacias. Dicen que está prohibido vender pero cuando lo charlan, seguramente consiguen. Los que más consiguen son varones porque ellos son los más interesados en hacer abortar, van y lo consiguen.” (Grupo focal)

“Al ser restringida su comercialización, especulan en los precios, pues según señalan el precio del cytotec en una farmacia es de Bs. 6 y los estudiantes lo venden entre Bs.400 a Bs. 600.” (Grupo focal)

Si se usa correctamente, el misoprostol puede garantizar abortos completos sin complicación alguna. Más de la mitad de las mujeres encuestadas indicaron conocer el aborto con medicamentos (n=787; 56.8%). El 42.7% de éstas opinó que es un método efectivo para abortar, sin embargo quedó claro que el conocimiento sobre cómo administrar las pastillas es extremadamente vago. Una de cada 7 simplemente mencionó que eran pastillas orales y vaginales, sólo una se refirió al procedimiento bucal. Entre las otras respuestas, encontramos más de 40 diferentes formas equivocadas de administrar el producto. Incluso una indica que se debe tomar 8 pastillas antes de una relación sexual. El 88.6% de las mujeres que manifestaron conocer las pastillas abortivas, indicaron que el producto se puede encontrar en farmacias (79%) o en el mercado negro (15.6%). A pesar de ello, comentaron que no es fácil adquirirlo.

La desinformación evidenciada da cuenta de cómo un procedimiento que ha reportado un nivel de efectividad entre 87%-97%¹⁹ para interrumpir un embarazo, al ser incorrectamente utilizado se convierte en una opción riesgosa para la salud y la vida de las mujeres.

Esta realidad se confirma a través de las entrevistas en profundidad. De las 50 mujeres entrevistadas, 20 usaron “pastillas abortivas”. Según ellas, no sólo es más barato y más fácil usarlo comparado al aborto quirúrgico, sino que no es invasivo. Además, permite hacerse un aborto “sin que nadie se entere”.

¹⁸ Cytotec es un nombre comercial para misoprostol.

¹⁹ Blanchard, K.W.,B; Ellerston, C., *Misoprostol used alone for the termination of early pregnancy: A review of the evidence*. Contraception, 1999. **59**: p. 209-217.

“No hay cómo escoger, las tabletas es lo que una más puede elegir, son efectivas, más baratas y privadas. No quería que nadie en mi familia se entere. Además –como es prohibido- nadie te delata”. (Entrevista en profundidad)

El problema es que muchas de ellas tampoco se enteran de cómo usar las pastillas correctamente y el temor a exponerse públicamente les impide intentar informarse apropiadamente. El miedo tiene fundamento, el maltrato es frecuente:

“Tomé 3 pastillas y cuatro por abajo. Me excedí. Me empezó a doler y se salió el bebé. Perdí demasiada sangre. Así que vine aquí (hospital). Me internaron. Al principio me dijeron qué había pasado y les dije que me metí pastillas. Me trataron bien, me pusieron suero, etc. Una vez que me trasladaron a la sala de dilatación, ahí sí fue diferente. El doctor me dijo que iba a dar parte a la policía. Yo le dije que no era problema que yo no iba a mentir, que eso es pecar y que no iba a pecar. Me hicieron el raspaje y me limpiaron. Pienso que los doctores se ponen nerviosos, se estresan cuando las mujeres gritan, lloran por dolor. Entonces te empiezan a reñir y te dicen ‘¿por qué te embarazas entonces, si sabías cómo iba a ser?, ¿por qué no te cuidas?, aguantá, ¿qué quieres que hagamos?, ¿de qué que gritas?’ te dicen.” (Entrevista en profundidad)

“Yo sólo dudé por la plata, porque la otra vez que me hice un aborto en una clínica no la pasé tan bien. Me dolió cuando me lo estaban haciendo. Me dieron en una bolsa lo que me sacaron. No quería pasar por lo mismo. Además tampoco tenía plata. Me dijeron que las tabletas no hay que esperar que en cuanto una descubre que no le baja la regla hay que tomar las tabletas y así lo hice” (Entrevista en profundidad)

El resultado es que la mitad de estas mujeres enfrentó complicaciones o abortos incompletos. De haber contado con la información correcta, esta situación podría haberse evitado. Sin embargo, utilizaron las pastillas de 9 diferentes maneras, de manera equivocada, la mayor parte sin seguimiento médico y en situaciones diversas. Los costos también varían de 60 a 500 bolivianos. No hay certeza de qué les están vendiendo en nombre del misoprostol. Cada relato es único, cada relato conduce a entender por qué el procedimiento falla tanto:

“Hice el intento de terminar con el embarazo, tomé hierbas que me recomendaron, me puse unas jeringas con agua y jabón. No sé qué me puso tan mal. Al final tomé 4 tabletas de cytotec, mi marido me dijo que me las tomara todas juntas. Las tomé porque estaba desesperada, no sabía qué hacer. Pensé que iba a solucionarse el problema pero me dio mucho dolor de barriga, escalofríos y salió un liquido hediondo, no paró. Me puse mal y decidí venir a la maternidad, sudando porque me dolía mucho, después de un día que tomé las tabletas. No me acompañó nadie.” (Entrevista en profundidad)

“Mi pareja se ocupó de todo, me llevó a una casa y allí una señora me abrió las piernas y me metió 6 tabletas en la vagina. Yo no sabía de esas tabletas en la vagina, ni sé cómo se llaman. Todo el tiempo dudé, estaba contra mi voluntad. No me dieron ninguna para tomar. El servicio era pésimo, horrible. Después tuve sangrado, fiebre y dolores muy fuertes. Mi padre me trajo al hospital, aquí me han dicho que me metieron demasiadas tabletas, dicen que lo máximo son 4. Mi pareja después de eso se borró, no lo quiero ver más.” (Entrevista en profundidad)

“Me hice en mi cuarto. Primero tomé café tinto varias veces al día, luego tomé mate de orégano, y no pude abortar. Finalmente opté por las píldoras abortivas. Una amiga fue a la farmacia y las compró. Tomé en la noche 2 vía oral y tres me puse vía vaginal. Terminé de colocarme una, inmediatamente me ponía la otra. Me costó 150 Bs. Luego de unas dos horas me retorció el estómago, los brazos se me encogían y me vino abundante sangrado con coágulos, estaba sola. Cuando me sentí mal, grité, pedí auxilio.” (Entrevista en profundidad)

“Lo primero que hice fue utilizar pastillas (cytotec) como me indicaron: tres por arriba y cuatro por abajo. Me empezó a doler y se salió el bebé, perdí mucha sangre. Fui al hospital, si me quedaba me iba a morir.” (Entrevista en profundidad)

En los grupos focales, muchas indicaron conocer las pastillas, pocas sabían el nombre y la forma de usarlas. Se registró frecuentemente la confusión con la píldora de anticoncepción de emergencia. La “pastilla abortiva” fue grandemente asociada con hemorragias e intenso dolor. Muchas expresaron desconfianza en torno a la efectividad del procedimiento porque es vendido clandestinamente en el mercado negro, por estudiantes de medicina o en los domicilios de algún personal médico. Varias comentaron que cuando las pastillas no logran terminar con el embarazo, pueden producir malformación fetal.

PARA PROSEGUIR CON EL DEBATE...

Estamos frente a un escenario en el que las mujeres son juzgadas, descalificadas cuando no penalizadas en las diversas instancias que encierra este tema. Se trata de una violencia estructural, cotidiana contra la posibilidad de que las mujeres ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

Se las juzga por tener relaciones sexuales, se las juzga por embarazarse, se las juzga por proseguir con el embarazo si son solteras, se las juzga por realizarse un aborto. Se las juzga desde la sociedad, desde la familia, desde la religión, desde el Estado. Se las juzga, y no se genera condiciones para desmontar las barreras institucionales, legales, sociales y culturales que les impide vivir libre y responsablemente su sexualidad y tomar las

decisiones más apropiadas para su salud y bienestar que en definitiva, significaría evitar embarazos no deseados, y por ende, abortos inducidos.

La criminalización del aborto no impide su práctica. La base de evidencias recogidas sobre el conocimiento, las actitudes y las prácticas en relación a la anticoncepción moderna, el embarazo no deseado y el aborto, entre las mujeres de las zonas periurbanas de cinco ciudades de Bolivia (Cochabamba, El Alto, La Paz, Santa Cruz y Sucre) lo demuestra; pero además nos enfrenta a lo que viven, sienten y sufren las mujeres desde lo más íntimo. Nos interpela. La responsabilidad es colectiva. Las ansiedades, tristezas, incertidumbres y profundos dolores descrito a lo largo de los relatos y los números aquí demostradas no son inevitables. Está en nuestras manos transformar las condiciones sociales, políticas, culturales, económicas para que las mujeres junto a los hombres – en relaciones de equidad- puedan priorizar la salud y el bienestar por encima de valores patriarcales morales que inhiben el desarrollo de una sexualidad plena y una reproducción responsable. Sólo el ejercicio en libertad de los derechos sexuales y derechos reproductivos de hombres y mujeres de todas las edades, etnias y orientaciones sexuales puede conquistar avances en esta materia, esta materia que se llama vida.

Las relaciones sexuales desprotegidas constituyen el antecedente inmediato a un embarazo no deseado y el embarazo no deseado es el antecedente inmediato de un aborto. A pesar de los avances significativos en relación al acceso a la anticoncepción moderna, una de cada dos mujeres dice haber experimentado al menos un embarazo no deseado en su vida y más de una de cada 10, un aborto inducido.

Si bien es de primera importancia atender la alta incidencia del aborto, especialmente del aborto inseguro, con los consecuentes efectos adversos para la salud de miles de mujeres; es impostergable desplegar todos los esfuerzos desde los ámbitos oficiales primordialmente de la educación, la justicia y la salud para prevenir su ocurrencia. Una de las posibilidades ciertas para hacerlo es garantizar relaciones sexuales debidamente protegidas.

El estudio muestra cómo las barreras sociales y culturales operan en dirección contraria. Lejos de garantizar relaciones sexuales debidamente protegidas, se empeñan en poner todo tipo de trabas a que ello suceda. Los mecanismos inadecuados de distribución de anticonceptivos, las infraestructuras débiles de salud, las leyes restrictivas, las prácticas y creencias culturales y religiosas conspiran cotidianamente contra la posibilidad de que las mujeres tengan relaciones sexuales con protección segura. De placer, ni hablar. Y frente a las consecuencias, no asumen responsabilidad, se ensañan contra ellas. No se busca entender la posición de las mujeres que enfrentan un embarazo no deseado y mucho menos, de las que procuran un aborto.

Y luego, los documentos oficiales de salud registran el aborto inseguro como la tercera causa de muerte materna en el país²⁰ y lo califican como un problema de salud pública. ¿Y las políticas públicas para responder a este problema? Siguen entrampadas en el Código Penal. Son muertes de la clandestinidad. No hay nada que hacer. Las que sobreviven, sobreviven también a la complicidad social que tolera abusos y persecuciones en el proceso sin el mínimo respeto a la decisión de las mujeres sobre su fecundidad. Las recrimina, enjuician su libertad, las descalifican, denigran la calidad “moral” de las mujeres.

Si tuviéramos que convenir que se trata de unas cuantas mujeres inmorales, tendríamos que ocultar el dato de que el 48% de las mujeres jóvenes y adultas mestizas e indígenas enfrentan por lo menos un embarazo no deseado dentro o fuera del matrimonio, y que el 13% se realizó un aborto. Y si hablamos en términos de inmoralidad, ¿no es inmoral que los hombres, la sociedad, el Estado no asuman su responsabilidad en este problema? Las iglesias en general desalientan e incluso prohíben el uso de métodos anticonceptivos modernos y criminalizan el aborto. En ello, son coherentes con sus concepciones contrarias a la autonomía de las mujeres y a los derechos sexuales y derechos reproductivos. El problema radica en que la cotidianidad descrita en esta investigación es una realidad, no una concepción; y frente a ella, no dan opciones a las mujeres. Las culpabilizan y recriminan sin tomar responsabilidad por el daño emocional que infligen a una gran cantidad de creyentes y no creyentes. Son las iglesias las que crean y refuerzan muchas de las barreras sociales y culturales en esta materia; llegando a presionar a autoridades locales, departamentales y nacionales a que no atiendan este problema de salud pública en estricta observancia de la Constitución Política del Estado Plurinacional que “respeta y garantiza la libertad de religión y de creencias espirituales”²¹ y ratifica los compromisos internacionales correspondientes.

Requerimos políticas públicas que garanticen de verdad que se cumpla la resolución de humanizar el servicio de atención post aborto, eliminando las actitudes penalizadoras en el trato a las mujeres, y que las y los proveedores sean capacitados para brindar orientación completa sobre anticoncepción moderna en estos servicios para prevenir los embarazos no deseados.

Requerimos que las recomendaciones internacionales que la CEDAW hiciera al Estado boliviano el 2008 relacionadas al ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos sean cumplidas a cabalidad. Recomendaciones referidas al fortalecimiento de programas y políticas de salud reproductiva encaminadas a brindar información y acceso efectivo

20 Plan Nacional de Maternidad Segura 2009 – 2013. MSD, 2009.

21 **Artículo 4.-** El Estado respeta y garantiza la libertad de religión y de creencias espirituales, de acuerdo con sus cosmovisiones. El Estado es independiente de la religión. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. 2009

a las mujeres y a las adolescentes, siguiendo la línea de la Plataforma de Acción de Beijing y el Programa de Acción de El Cairo.

Recomendaciones que instan al Estado a intensificar “sus esfuerzos por incorporar la educación sexual en función de la edad en los planes de estudios y organice campañas de información para prevenir los embarazos entre las adolescentes” y a garantizar el acceso de las mujeres a servicios de calidad para la atención de las complicaciones derivadas de los abortos practicados en condiciones de riesgo de cara a reducir las tasas de mortalidad materna.²²

Es preciso profundizar el entendimiento democrático en esta materia. Para ello, tórnase imprescindible desarrollar relaciones interpersonales y sexuales democráticas. Ello no es posible en una sociedad que reproduce patrones patriarcales, sexistas y homofóbicos estructuralmente establecidos, que inhiben, prohíben y controlan el ejercicio pleno de todos los derechos sexuales y los derechos reproductivos incluido el aborto legal y seguro.

La responsabilidad de ciudadanos y ciudadanas es cambiar estos patrones y la responsabilidad del Estado es acompañar dicha transformación desde su propia estructura y normativa, con mecanismos claros para que las y los operadores sean las y los actores fundamentales en el nuevo andamiaje institucional.

La causal salud “es uno de los supuestos de permisión legal para la interrupción del embarazo consagrados en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Esta causal se refiere a la posibilidad de la interrupción del embarazo cuando éste pone en riesgo la salud de la mujer”²³. Este concepto ha sido ampliamente trabajado en los últimos años por un sinnúmero de organizaciones internacionales de defensa de los derechos sexuales y derechos reproductivos buscando comprender de manera holística el derecho a la salud en consonancia con los instrumentos internacionales de derechos humanos.

Parte de factores socioeconómicos que hacen posible llevar una vida sana; entendiendo el derecho a la salud como interdependiente de los derechos a la vida, dignidad, autonomía, libertad, libre desarrollo de la personalidad, información, no discriminación, igualdad, intimidad, privacidad y el derecho a estar libres de violencia. Las personas tienen derecho a tomar decisiones sobre su salud libres de interferencias arbitrarias contra el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos. En este sentido, el estado laico -al diferenciar la esfera pública de la esfera privada,

22 Documento CEDAW / Bolivia, 2008. Recomendaciones Internacionales al Estado Boliviano de la CEDAW relacionados con los derechos sexuales y los derechos reproductivos (2008)

23 Causal Salud: Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos. Coordinación general Ana Cristina González Vélez. FLASOG, ANDAR, Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (Colombia). Producción Cotidiano Mujeres, Uruguay 2008.

en la cual las decisiones son adoptadas con base en la propia moralidad-debe adoptar las medidas necesarias para que las decisiones individuales sobre la salud puedan hacerse efectivas.

La conceptualización del derecho a la protección de la salud trasciende el ámbito de la mera ausencia de enfermedad, para reconocer que todas las personas tienen derecho a un nivel de vida con calidad que les asegure tener salud, bienestar y posibilidades ciertas de realizar sus proyectos de vida.

Estamos en pleno proceso de construir colectivamente una Ley sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en Bolivia que guarde coherencia con la Constitución Política del Estado, las Reformas del Código Penal, el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, la Ley contra el Racismo y todo forma de Discriminación y con los tratados y convenciones internacionales sobre derechos humanos. Nuestro compromiso como Estado en el cumplimiento de los Objetivos del Milenio, el Programa de Acción de El Cairo, la Plataforma de Acción de Beijing entre tanto otros, debe ser honrado.

No es que no exista una normativa que busque atender esta problemática. Valga la aclaración. Una breve revisión de los planes y políticas aprobadas por el Estado boliviano da cuenta de valiosos documentos que de ser implementados eficientemente, contribuirían significativamente a mejorar los niveles de ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Entre ellos, contamos con el Plan Estratégico Nacional para mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009 – 2015 cuyo objetivo es reducir muertes maternas y de recién nacidos/as, promoviendo la aplicación de la política de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI); el Plan Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud Boliviana 2009 – 2013 que encara el problema del embarazo adolescente a través de acciones de prevención mediante orientación y educación en salud sexual y salud reproductiva, y el fortalecimiento de los servicios integrales de apoyo (psicológico, social y laboral) para adolescentes que van a ser o son madres (solteras) o que abortaron por diferentes razones; la Norma Nacional, Reglas, Protocolos y Procedimientos en Anticoncepción – 2010 que busca contribuir a mejorar la salud sexual y la salud reproductiva de hombres y mujeres, adultos y adolescentes de Bolivia ampliando las diferentes opciones anticonceptivas y las recomendaciones técnicas y clínicas para que las y los proveedores de los servicios de salud proporcionen servicios de calidad con un enfoque intercultural y de derechos; el Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009 – 2015 que identifica el aborto como una de las causas importantes de muerte e incluye propuestas concretas para encarar este problema, en el marco de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, la adecuación intercultural de los servicios de SSSR, la promoción de la demanda de servicios de calidad, el desarrollo de servicios diferenciados para grupos vulnerables y el mejoramiento de la logística de medicamentos e insumos²⁴.

²⁴ Boletín de la Mesa por una Maternidad y Nacimiento Seguros, Boletín 4 - Bolivia, Octubre de 2010

Es decir, no es que estemos planteando comenzar de cero. Estamos proponiendo trabajar sobre bases sólidas, aprovechar las conquistas que están sobre la mesa, hacer cumplir lo establecido, y sobre este punto de partida, seguir avanzando.

Sería largo de enumerar las resoluciones adoptadas en lo que va del Siglo XXI por las distintas expresiones y redes de mujeres y feministas de América Latina y el Caribe y otras organizaciones de la sociedad civil y de los movimientos sociales en el proceso de evaluación de Cairo + 15²⁵ que instan a los Estados a cumplir sus compromisos para atender la realidad descrita por esta investigación. El estudio aportó nuevos hallazgos y datos actualizados a viejos problemas.

En ese sentido, habrá que seguir insistiendo en todas las resoluciones cuya búsqueda irrenunciable gira en torno a promover políticas integrales para reducir la mortalidad y morbilidad de mujeres por razones de embarazo, parto, puerperio y aborto inseguro, reconocer a las y los adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos, en especial en la toma de decisiones sobre su cuerpo, su sexualidad y reproducción.

La promoción del acceso universal a una educación laica y de calidad que incluya la educación integral en sexualidad basada en evidencia científica es básica en estos menesteres de querer cambiar nuestras formas de mirar y vivir la vida. Así lo establece la Ley Avelino Siñani. Sólo así desarrollaremos colectivamente la capacidad de implementar medidas eficaces para erradicar la violencia contra las mujeres en todas sus manifestaciones, entre las que se encuentran los tres grandes temas del estudio: la falta de acceso social y cultural a métodos anticonceptivos modernos, la incertidumbre y desesperanza frente a embarazos no deseados y las trabas para acceder a abortos legales y seguros.

Con este compromiso y asegurando asignaciones presupuestarias que permitan la implementación de políticas de bienestar social holísticas dirigidas a toda la población, y en particular a las mujeres de todas las edades y condiciones, podremos cumplir con el mandato constitucional para vivir bien, pero sobre todo con el mandato humano de ser cada vez más humanos y humanas, más solidarios y solidarias, más libres para desarrollar nuestras potencialidades a plenitud.

25 Nirvana González Rosa: El consenso de El Cairo en la agenda de las mujeres latinoamericanas y caribeñas. En *Conciencia Latinoamericana*, Vol. XVIII N° 17, diciembre 2009.



AGRADECIMIENTOS

Este estudio no hubiera sido posible sin la participación de cientos de mujeres que compartieron con nosotras de manera generosa sus experiencias y percepciones íntimas de vida sexual y reproductiva, y sus vivencias de embarazos no deseados y abortos. Para ellas nuestro más profundo reconocimiento.

Las autoras de la investigación agradecen la posibilidad brindada por la Organización Mundial de la Salud²⁶ (WHO/HRP/RHR) que financió este estudio; a Ramiro Clauere Morales, Gerardo Callisaya, Enrique Durana y Yalile Blanco de Marie Stopes Internacional Bolivia por su apoyo invaluable en materia logística y administrativa, al Centro de Información y Desarrollo de la Mujer (CIDEM) por sus aportes y la movilización de mujeres y organizaciones participantes en el trabajo de campo.

Va nuestro especial reconocimiento a los equipos de investigación en las cinco ciudades que demostraron compromiso, talento y sensibilidad en el trabajo desplegado con logros extraordinarios para destapar un tema tan íntimo con las mujeres. En cada ciudad, se contó con el aporte de una coordinadora encargada de conducir los grupos focales, realizar las entrevistas en profundidad y dirigir localmente los equipos de encuestadoras y observadoras de grupos focales. **La Paz:** Amparo Aliaga (Coordinadora), Rosario Chuquimia, Eliana Aracena, Adela Zamora, Magenta Murillo, Lorena Alarcón. **El Alto:** Patricia Brañez (Coordinadora), Gladys Achá, Rosario Mamani. **Cochabamba:** Verónica Barroso (Coordinadora), Ana M Ballesteros, Claudia Arce, Gabriela Condori. **Sucre:** Ivonné Choque (Coordinadora), Mirtha Gomez. **Santa Cruz:** Guadalupe Pérez (Coordinadora), Isabel Peredo, Viviana Rodríguez, Consuelo Camacho, María Terceros, Marisol Guzmán.

Agradecemos sinceramente a Rolando por su aporte en la construcción de la base de datos y a Blanca Franco por su apoyo en el diseño muestral de la encuesta.

Agradecemos de manera particular a las autoridades de los servicios departamentales de salud (SEDES) de Cochabamba, El Alto, La Paz, Santa Cruz y Sucre; a los directores y el personal de salud de los hospitales públicos donde fueron realizadas las entrevistas en profundidad: Maternidad “Germán Urquidí”, Hospital Materno Infantil, Hospital de la Mujer, Hospital “Percy Boland” y Hospital de la Mujer “Jaime Sánchez”; así como a las instituciones que facilitaron condiciones para realizar los grupos focales.

²⁶ Programa Especial de Investigación, Capacitación en Desarrollo e Investigación en Reproducción Humana, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Deborah L. Billings, Barbara B. Crane, Janie Benson, Julie Solo, Tamara Feters, "Scaling-up a public health Innovation: a comparative study of post-abortion Care in Bolivia and Mexico," *Social Science and Medicine*, vol. 64, (2007): 2210 – 2222.
- 2) H. Espinoza, K. Abuabara, and C. Ellerston, "Physician's knowledge and opinions about medication abortion in four Latin American and Caribbean region countries," *Contraception*, vol. 70, no. 2 (August 2004): pp. 127 – 33.
- 3) J. Cohen, O. Ortiz, S.E. Llaguno, L. Goodyear, D. Bilings, and I. Martinez, "Reaching women with instructions on misoprostol use in a Latin American country," *Reproductive Health Matters*, vol. 13, no. 26 (November 2005): pp. 84 – 92.
- 4) David A. Grimes, Janie Benson, Susheela Singh, Mariana Romero, Bela Ganatra, Friday E. Okonofua, and Iqbal H. Shah, "Unsafe abortion: the preventable pandemic," *Lancet Sexual and Reproductive Health Series*, (October 2006).
- 5) Guttmacher Institute, "Facts on Induced Abortion Worldwide," October 2007, http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html
- 6) Susheela Singh, "Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries," *The Lancet*, vol. 368, no. 9550. (November 2006): pp. 1887 – 1892
- 7) Susheela Singh and Deirdre Wulf, "Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries," *International Family Planning Perspectives*, vol. 20 (1), March 1994: pp. 4 – 13
- 8) Friday E. Okonofua, "Abortion and maternal mortality in the developing World," *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 28, no. 11, (November 2006): pp. 974 – 979.
- 9) G. Sedgh, S. Henshaw, S. Singh, E. Ahman, IH Shah, "Inducted abortion: rates and trends worldwide," *Lancet*, vol. 370, (2007): pp. 1338 – 1345, taken from the Guttmacher Institute, "Facts on Induced Abortion Worldwide," op. cit.
- 10) Sandra Aliaga, *No fue fácil para nadie*, (La Paz: UNFPA-Bolivia and CIDEM, 2004).
- 11) Centro de Estudios de Población y Familia, *Condicionamientos socioculturales de la fecundidad en Bolivia*, (La Paz: CEP, 1969).

- 12) Antonio J. Cisneros C. and Gasto R. Maure V., *El uso y consumo de anticonceptivos en Bolivia*, Estudios de Población y Desarrollo no. 4 (La Paz: Ediciones CIS, November 1975).
- 13) Jorge Rada Durán and Jorge Del Castillo Asín, Consultora Boliviana de Reproducción Humana, *Influencia de los aspectos socio-económicos y culturales en la reproducción humana*, Encuesta C. A. P., (La Paz: COBREH – Pathfinder, 1984).
- 14) Ruben Belmonte Coloma and Bertha P. de Ormachea, *Encuesta de Prevalencia de Medicamentos*, (La Paz: COBREH, 1984).
- 15) Instituto Nacional de Estadísticas, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*, (La Paz: INE, 1989).
- 16) Unidad de Políticas de Población, *La Planificación Familiar en Contextos Específicos de Bolivia*, 1989.
- 17) Centro de Investigación, Asesoría y Educación en Salud (CIAES), *Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Mujeres en Relación al Ciclo Reproductivo* (Cochabamba: CIAES and Proyecto Mother Care, July 1991).
- 18) Equipo Técnico de la Unidad de Políticas de Población, *Situación de la Planificación Familiar en Bolivia*, vol. 1 in a series, (La Paz: UPP, 1993).
- 19) Moises Calle Aguirre, *La Planificación Familiar en Contextos Específicos de Bolivia*, vol. 2 in a series (La Paz: UPP, 1993).
- 20) Franklin Garcia Pimentel, *La Planificación entre las Mujeres Nativas y Migrantes*, vol. 3 in a series, (La Paz: UPP, 1993).
- 21) Instituto Nacional de Estadísticas, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*, (La Paz: INE, 1994).
- 22) _____. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*, (La Paz: INE, 1998).
- 23) _____. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud* (La Paz: INE, 2003).
- 24) Sidney Ruth Schuler, Maria Eugenia Choque, and Susana Rance, “Misinformation, mistrust, and mistreatment: family planning among Bolivian market women,” *Studies in Family Planning*, vol. 25, no. 4 (July – August 1994): pp. 211 – 221.
- 25) Deborah L. Billings, “Misoprostol Alone for Early Medical Abortion in a Latin American Clinic Setting,” *Reproductive Health Matters*, vol. 12, no. 24 Supplement: Abortion Law, Policy and Practice in Transition, (November 2004): pp. 57 – 64.

- 26) Fernando Gonzáles and Máriel Loayza, *Operations Research to Improve Post-Abortion Care (PAC) Services in Three Public Hospitals, Bolivia*, The Population Council, Bolivia in collaboration with Pathfinder International, Bolivia and the CATALYST Consortium, Washington, DC (March 2005).
- 27) Deborah L. Billings, Barbara B. Crane, Janie Benson, Julie Solo, Tamara Fetters, "Scaling-up a public health Innovation: a comparative study of post-abortion Care in Bolivia and Mexico," *Social Science and Medicine*, vol. 64, (2007): 2210 – 2222.
- 28) Susan Paulson, María Elena Gisbert, and Mary Quitón, "Innovaciones en la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva," CIDEM and La Casa de la Mujer (July 1996).
- 29) Barreto, T et al. Investigating induced abortion in developing countries: methods and problems. *Studies in Family Planning*, 1992. vol. 23, no.3 pp. 159-70.
- 30) Huntington, D, Mensch, B, Miller, V.C. Survey questions for the measurement of induced abortion. *in Family Planning*, 1996. vol. 27, no.3 pp. 155 – 161.
- 31) Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bolivia, 2009 – 2015.
- 32) Ministerio de Salud y Deportes. Decreto Supremo No. 29894 de 7 de febrero de 2009, "Protocolos y Procedimientos Técnicos para los usos del Misoprostol en Ginecología y Obstetricia" (Ministerio de Salud y Deportes, 2009).
- 33) Código Penal Boliviano (1973)
- 34) Encuesta Post Censal de Mortalidad Materna, Bolivia 2003
- 35) Resolución Ministerial No. 133 del 1º de marzo de 1999
- 36) Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. 2009
- 37) Blanchard, K.W., B; Ellerston, C., *Misoprostol used alone for the termination of early pregnancy: A review of the evidence*. *Contraception*, 1999. 59: p. 209-217.
- 38) Plan Nacional de Maternidad Segura 2009 – 2013. MSD, 2009.
- 39) Documento CEDAW / Bolivia, 2008. Recomendaciones Internacionales al Estado Boliviano de la CEDAW relacionados con los derechos sexuales y los derechos reproductivos (2008)
- 40) Causal Salud: Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos. Coordinación general Ana Cristina González Vélez. FLASOG, ANDAR, Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (Colombia). Producción Cotidiano Mujeres, Uruguay 2008.

ANEXOS



ANEXO METODOLÓGICO

El estudio utilizó una aproximación multifacética para investigar los diferentes aspectos del conocimiento y experiencia de las mujeres en torno a la anticoncepción, el embarazo no deseado y el aborto. La metodología propuesta para la recolección de estos datos constó de tres fases en las cuales se aplicó instrumentos de investigación cualitativa (Fase 1: grupos focales y Fase 2: entrevistas en profundidad) y de investigación cuantitativa (Fase 3: encuesta de hogares). Cada uno de los 3 componentes claves buscó cumplir un objetivo específico de la investigación en cuanto a proveer una base de evidencia dirigida a orientar el desarrollo de políticas públicas y la planificación e implementación de programas. Se elaboró un Plan de Análisis que fue estrictamente observado en la sistematización de la información proporcionada por los tres instrumentos de recolección de datos.

El estudio fue realizado en 5 ciudades de Bolivia en las que reside la mayor parte de la población urbana nacional: Sucre, Santa Cruz, Cochabamba, La Paz y El Alto. La población objetivo estuvo compuesta por mujeres mestizas, aymaras, quechuas, guaraníes y chiquitanas entre 15 y 49 años que viven en las zonas peri-urbanas que conforman el mapa de pobreza de acuerdo al Censo de Población 2001, de estas 5 ciudades.

Objetivo de la investigación	Enfoque y metodología de recolección de datos
1. Comprender el conocimiento, actitudes y percepciones de las mujeres sobre la anticoncepción, el embarazo no deseado y los servicios de aborto	Discusiones de grupos focales entre mujeres en edad reproductiva. Estas discusiones giraron en torno a 6 dominios: conocimiento, actitud, percepción, uso, acceso y disponibilidad.
2. Mapear el proceso de toma de decisiones de las mujeres que procuran atención hospitalaria por complicaciones post aborto.	Diseño exploratorio utilizando entrevistas cualitativas. Entrevistas en profundidad a mujeres que buscaron atención en hospitales seleccionados por complicaciones post aborto.
3. Estimar la prevalencia de conocimiento, actitudes y uso de procedimientos de aborto, con especial enfoque en el aborto con medicamentos.	Diseño de una encuesta de hogares. Entrevistas personales con cuestionarios estructurados a una muestra representativa de mujeres en edad reproductiva.

Todas las mujeres que participaron en los grupos focales, entrevistas en profundidad y encuesta, lo hicieron voluntariamente. Previa a cada una de estas actividades se les aplicó un formulario de consentimiento informado.

FASE 1: GRUPOS FOCALES

Desde el 8 de mayo hasta el 29 de junio de 2010, las coordinadoras llevaron a cabo los 20 grupos focales, acompañadas de una observadora,

en las cinco ciudades. Los grupos contaron con la participación de un promedio de 6 mujeres.

Un total de 115 mujeres participaron en los GFs según rangos etáreos (2 grupos de 15 a 24, 1 grupo de 25 a 39 y 1 grupo de 40 a 50 años por ciudad) y características socio-culturales previstas. El desarrollo de cada GF duró un promedio de 2 horas y media a 3 horas.

Guía de los temas de discusión en grupos focales:

Tema 1: Anticoncepción y embarazos no deseados

Tema 2: La opinión pública sobre el aborto

Tema 3: Proceso de toma de decisiones y las respuestas a las necesidades de las mujeres

Tema 4: Aborto con Medicamentos

Sobre la base de la transcripción de la discusión de los GFs, se elaboró una matriz de análisis de la información armonizada con el Plan de Análisis global en torno a los tres ejes temáticos definidos para toda la Investigación: 1) Anticoncepción, 2) Embarazo no deseado y aborto y 3) Aborto con medicamentos.

	TEMAS	EJE TEMÁTICO	LÍNEA DE INTERPRETACIÓN
		Ficha técnica global	
1	1	Anticoncepción	Uso
2	1	Anticoncepción	Proveedores de servicios e información
3	1 y 2	Anticoncepción Embarazo no deseado y aborto	Percepciones
4	1, 2 y 3	Anticoncepción Embarazo no deseado y aborto Aborto con medicamentos	Actitudes
5	2	Embarazo no deseado y aborto	Servicios de aborto
6	2	Embarazo no deseado y aborto	Decisiones y consecuencias
7	3	Aborto con medicamentos	
8		Lenguaje local generacional	
9		Valores culturales y religiosos	
10		Observaciones y comentarios en general	

Estas matrices fueron llenadas por las coordinadoras locales en cada ciudad. Sobre la base de las 5 matrices, se produjo una matriz general para dar cuenta de una mirada global de los resultados.

Los resultados logrados en los grupos focales brindaron no sólo una valiosa información para los fines del presente estudio, sino que permitieron enriquecer y ajustar los instrumentos de las fases 2 y 3 de la Investigación (entrevistas en profundidad y encuestas).

FASE 2: ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

La Fase 2 de la Investigación arrancó en el mes de junio de 2010. Se tomó contacto con autoridades de las SEDES de los 5 departamentos y de los hospitales públicos seleccionados para informar acerca de las entrevistas en profundidad a ser realizadas en los mismos:

Cochabamba:	Maternidad “Germán Urquidi”,
El Alto:	Hospital Materno Infantil,
La Paz:	Hospital de la Mujer,
Santa Cruz:	Hospital “Percy Boland”,
Sucre:	Hospital de la Mujer “Jaime Sánchez”.

Los directores de los hospitales facilitaron el desarrollo del trabajo instando al personal médico a colaborar con el trabajo a ser encarado por las coordinadoras locales. Hubo dificultades en ubicar a mujeres que estuvieran dispuestas a responder al cuestionario. Las coordinadoras tuvieron que visitar en reiteradas oportunidades los hospitales hasta conseguir su objetivo. Cabe mencionar que el personal médico, especialmente las enfermeras, colaboró de manera significativa al trabajo.

Guía de los temas de discusión en entrevistas en profundidad:

1. INFORMACION SOBRE LA PERSONA:

2. EMBARAZO Y LA DECISIÓN DE HACERSE UN ABORTO

- Antecedentes del requerimiento de atención post aborto
- Discutiendo las opciones de embarazo
- Solicitando un aborto
- Escogiendo un proveedor

3. EL PROCEDIMIENTO DEL ABORTO

- Antecedentes
- Método
- Acceso
- Pre-aborto
- Procedimiento
- Post procedimiento

FASE 3: ENCUESTA DE HOGARES

Diseño y cobertura de la muestra

Para la aplicación del cuestionario de hogar en la encuesta se decidió seleccionar una muestra de 1,386 hogares y dentro de cada uno de ellos aplicar el cuestionario individual a la población de mujeres elegibles (15-49 años).

El principal objetivo de la encuesta fue de producir estimaciones de los diversos indicadores con niveles de confianza aceptables, tales como la prevalencia del conocimiento y actitud sobre el aborto, particularmente el aborto médico.

El marco muestral de la encuesta, es el Censo Población y Vivienda 2001, del cual se seleccionó aleatoriamente 91 unidades primarias de muestreo (UPMs), dentro de los cuales fueron elegidos alrededor de 15 hogares por cada UPM.

Para los criterios de estratificación se utilizó el mapa de pobreza del Censo 2001. En cada ciudad, las UPMs del marco muestral fueron estratificadas de acuerdo a la categorización de los niveles de pobreza (no pobres, umbral de pobreza, pobreza moderada, indigentes y pobreza marginal).

El diseño de la muestra para la encuesta fue estratificado por conglomerado y en dos etapas. El error muestral para este diseño tiene dos componentes: el primero corresponde a la variación entre las UPMs y el segundo a la variación de los hogares dentro de las UPMs. Por lo tanto, un importante factor para controlar el error muestral fue la reducción del mayor componente de variabilidad (que es la variación entre UPMs) y el cual es inversamente proporcional al número de UPMs (especialmente en el área urbana). En este sentido, si bien se realizó una asignación de muestra para cada ciudad, los resultados sólo pueden ser obtenidos a nivel global.

De esta manera, se llegó a considerar un total de 1,386 hogares a seleccionar y se utilizó información de la encuesta ENDSA 2003. El total de viviendas seleccionadas fue distribuido por ciudad, proporcionalmente y ajustado de acuerdo a los objetivos de la encuesta.

Número de hogares asignados y número de unidades primarias de muestreo (upm) asignadas, por ciudades

Ciudades	UPM's asignadas	Hogares asignados
Sucre	14	220
La Paz	20	300
El Alto	18	270
Cochabamba	17	255
Santa Cruz	22	341
Total	91	1,386

La selección de la muestra para la encuesta se implementó en dos etapas: la primera etapa consistió en una selección sistemática de UPMs con probabilidad proporcional a su tamaño, siendo el tamaño el número de hogares. En una segunda etapa, un número fijo de 15 hogares fueron seleccionados dentro de cada UPM.

$$P_{ii} = (a * m_i) / (\Sigma m_i)$$

$$\text{Prob}_{ii} = \{ a * m_i \} / \{ \Sigma m_i \} \{ d / L_i \}$$

Cuestionario

El cuestionario constó de 7 secciones y un total de 101 preguntas:

Sección 1:	Antecedentes de la encuestada
Sección 2:	Fertilidad
Sección 3:	Anticoncepción
Sección 4:	Conocimiento y actitudes hacia el aborto
Sección 4a:	Aborto quirúrgico
Sección 4b:	Aborto con medicamentos
Sección 5:	Experiencia personal sobre aborto
Sección 5a:	Aborto quirúrgico
Sección 5b:	Aborto con medicamentos
Sección 6:	Legalidad del aborto
Sección 7:	Estado civil

Plan de análisis

Los lineamientos básicos del plan de análisis para la encuesta buscaron asegurar respuestas claras a las preguntas de la investigación. El plan identifica atributos claves de los datos (características, diferencias y relaciones) y explica los tipos de procedimientos analíticos para abordar los 3 resultados principales y los factores concurrentes.

De acuerdo al Plan de Análisis, se procesó la información y se realizó todos los tabulados, cruce variables e indicadores en 6 áreas relevantes del estudio

1. Perfil del cliente (socio demográfico):
2. Conocimiento, actitudes y uso de métodos anticonceptivos
3. Conocimiento del aborto
4. Actitudes hacia el aborto
5. Embarazo no deseado y aborto
6. Uso del aborto con medicamentos

Las regresiones logísticas (RL), de acuerdo al Plan de Análisis, fueron realizadas en dos fases, un análisis exploratorio y desarrollo de los modelos RL.

Análisis exploratorio:

Para identificar las características socio demográficas de las participantes del estudio se elaboró tablas de contingencia para el cálculo de los chi cuadrados, los cuales definieron la incorporación o exclusión de variables en cada modelo. De estos análisis, los factores que permanecieran independientemente significativos ($p < 0.05$) asociados con el resultado y/o el objeto principal de interés fueron considerados.

Re codificación, creación de nuevas variables, cambios en la escala de medición y orden de etiquetado para un mejor uso dentro de los modelos

Modelo de regresión logística RL:

Una vez identificados los factores concurrentes, en el análisis exploratorio, se fue construyendo los diferentes modelos. En todas las pruebas, se incluyó factores demográficos y comportamentales que mostraron una asociación con los resultados del estudio. En la RL, para potenciar la asociación se utilizó los odds ratio ajustado y no ajustado (95% CI)

Los tres modelos son:

- $Y_1 Y_2$ Modelo I : No uso de métodos anticonceptivos modernos
- $Y_2 Y_2$ Modelo II : Embarazo no deseado
- $Y_3 Y_3$ Modelo III : Aborto

NOTA FINAL

El Plan de Análisis, las transcripciones de los grupos focales y entrevistas en profundidad y los informes de la investigación están a disposición de las personas que los requieran en la oficina central de Marie Stopes Bolivia (Calle Conchitas N° 414, San Pedro, La Paz – Bolivia)



MARIE STOPES
INTERNATIONAL
Bolivia

