

Gaceta Médica de México

Volumen
Volume **139**

Suplemento
Supplement **1**

Julio-Agosto
July-August **2003**

Artículo:

Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Academia Nacional de Medicina de México, A.C.

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México

Ana Langer-Glas*

La reproducción y su condición necesaria, el ejercicio de la sexualidad, deberían ser siempre actos voluntarios y planeados. Lamentablemente, no siempre es así. Prueba de ello son los embarazos no deseados, definidos como aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno, o se dan en una persona que ya no quiere reproducirse. ¿Porqué, en una época en la que, al menos en teoría, existen los medios para regular la fecundidad, las mujeres y las parejas aún siguen enfrentando esta situación?

Porque aún no todas las personas pueden controlar su fecundidad. En la segunda mitad del siglo XX aparecieron y se desarrollaron los métodos anticonceptivos modernos, que son muy eficaces y seguros y que, por primera vez en la historia de la humanidad, permitieron llevar las expectativas reproductivas a la práctica. En efecto, la anticoncepción moderna es la herramienta idónea para que las mujeres y las parejas puedan elegir el momento en que inician la reproducción, el número de hijos que van a tener y el espaciamiento entre los embarazos.

Si bien en México se observa una tendencia ascendente sin interrupciones en la prevalencia de uso de anticonceptivos (63.1% en 1992, 66.5% en 1996 y 70.8% en 2000),¹ en la práctica existen aún muchas mujeres y parejas que no desean reproducirse pero siguen expuestas al "riesgo" de quedar embarazadas, ya sea por estar en edad reproductiva y llevar una vida sexual activa sin usar ningún método anticonceptivo o porque utilizan métodos "tradicionales" como el ritmo o el *coitus interruptus*, de escasa eficacia para evitar el embarazo. Demógrafos y especialistas en reproducción se refieren a este grupo de la población como aquel con una "necesidad no satisfecha de planificación familiar o anticoncepción". La proporción de mujeres que se encuentra en esta situación no es despreciable: en México correspondió al 12.1% en 1997.² Según el Instituto Alan Guttmacher, en 1994 existían 8 millones de mujeres con esta necesidad insatisfecha en Brasil, 1.8 millones en Colombia, 6.7 millones en México, 1.9 millones en Perú y 351,000 en la República Dominicana.³

Entre las diversas razones que subyacen a esta situación están: la falta de conocimientos sobre existencia de y acceso a anticonceptivos, el conocimiento deficiente de

cómo utilizar un método determinado y la ausencia de asesoría o la consejería deficiente. Otras razones que explican la "necesidad no satisfecha" son el temor a los efectos secundarios de los métodos, la oposición de la pareja, la postura de algunas iglesias (sobre todo la Católica) y las barreras para conseguir los métodos (inexistencia de servicios, costos, diferencias culturales o lingüísticas).³ Estas barreras, junto con la deficiente calidad de los servicios, representan factores particularmente importantes para ciertos grupos de mujeres (rurales e indígenas), hombres y adolescentes, cuyas necesidades de atención son diferentes de las de la mayoría de la población usuaria.

Porque existen relaciones sexuales que no son voluntarias ni planeadas, cuya expresión extrema es la violación, pero que en sus formas más comunes incluye las situaciones en las que existe una fuerte presión social para el inicio de la vida sexual (especialmente comunes entre los adolescentes) o las relaciones forzadas en el contexto de una pareja estable. Aunque muchos países de la región permiten la interrupción legal del embarazo en caso de violación, muchas mujeres víctimas se ven obligadas a continuar con el embarazo debido a que desconocen la ley o a que el acceso a servicios de aborto legal está lleno de obstáculos.

Porque los métodos anticonceptivos fallan y no hay ninguno que sea 100% eficaz. Se estima que cada año ocurren en el mundo entre 8 y 30 millones de embarazos debidos al fracaso de los métodos anticonceptivos o a su uso incorrecto.³ Si bien una mejor consejería contribuiría a reducir estas cifras, nunca lograrán evitarse totalmente los embarazos no deseados debidos a esta causa.

Los embarazos no deseados que resultan de relaciones sexuales no consensuadas o del fracaso de los métodos anticonceptivos son más de los que deberían, considerando que existe un método seguro y eficaz para prevenir el embarazo tras una relación sexual sin protección: la anticoncepción de emergencia. Lamentablemente, este recurso no está disponible en toda la región, debido a que los responsables de políticas y programas de muchos países no lo han aprobado oficialmente por confundir este método anticonceptivo con un método abortivo.

* Population Council, Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Panzacola No, 62-102, Col. Villa Coyoacán, México D.F., 04000, México.
e-mail.: alanger@popcouncil.org.mx

Los embarazos no deseados son especialmente comunes en adolescentes, mujeres solteras y mayores de 40 años; sin embargo, también se dan en otros grupos de edad. Su frecuencia parece ser mayor entre las mujeres de escasos recursos y bajo nivel educativo, aunque ocurren en todas las clases sociales. Sus consecuencias no solo afectan a las mujeres, sino también a los hombres y las familias.

Impacto sobre la salud

Ante un embarazo no deseado, las mujeres y las parejas enfrentan decisiones difíciles. Las opciones que se abren son básicamente dos:

- Intentar interrumpir el embarazo a través de un aborto inducido, con todos los riesgos y consecuencias que este procedimiento conlleva en sociedades en las que está legalmente restringido.
- Continuar con el embarazo no deseado.

Cualquiera de estas decisiones tiene consecuencias sobre la salud y la situación social y económica de la mujer, sus parejas y familias. Las consecuencias más graves se derivan del aborto inducido en condiciones de clandestinidad e inseguridad. La continuación de los embarazos no deseados también tiene consecuencias sobre la salud de la madre y del hijo, ya que éstos ocurren con mayor frecuencia en mujeres en ambos extremos de la edad reproductiva, períodos durante los cuales los riesgos reproductivos son mayores.

Aborto inducido

En los Estados Unidos de Norteamérica se sabe que aproximadamente la mitad de los embarazos no deseados terminan en aborto.⁴ Algunas estimaciones señalan que en América Latina y el Caribe el aborto inducido es el camino elegido en un 17 a 35% de los casos.³ El aborto inseguro es uno de los problemas más importantes de salud pública que enfrentamos en México y la región. Esta afirmación se sustenta en varias consideraciones que se detallan a continuación.

El aborto inseguro es una de las principales causas de enfermedad y muerte para las mujeres

El aborto que se realiza en condiciones inseguras se acompaña con frecuencia de complicaciones secundarias al procedimiento utilizado. Por ejemplo, cuando se introducen objetos no estériles o punzantes en el útero los riesgos que enfrenta la mujer son enormes y se agravan cuando ésta no cuenta con información que le permita

identificar los signos de las complicaciones, cuando retrasa la búsqueda de atención por temor, vergüenza o desconocimiento de a dónde acudir, o cuando la calidad de la atención es deficiente. En un estudio realizado en Brasil se estimó que el 20% de los abortos clandestinos realizados por médicos en clínicas y el 50% de los efectuados en casas particulares por la propia mujer o por personal sin entrenamiento se complicaban.⁵ Estos datos contrastan con los provenientes de países donde el aborto es legal y se realiza en buenas condiciones, donde solo el 5% de las mujeres que interrumpen su embarazo sufre algún problema.

Las complicaciones inmediatas más frecuentes del aborto inseguro son la perforación del útero, la hemorragia y la infección. A mediano plazo, la infertilidad es una secuela posible. Lamentablemente, no se cuenta con datos sistemáticos y precisos para cuantificar esta morbilidad excepto en los casos en los que la mujer acude a un centro hospitalario. Un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social hace algunos años, mostró que el 63% de los internamientos de pacientes con problemas relacionados con el embarazo correspondían a complicaciones secundarias a un aborto.⁶ Esta proporción es altísima y está muy por encima de la causa de internamiento que le seguía en frecuencia, la hemorragia (19%). Todas las mujeres que, bien o mal, resuelven su problema en el hogar o en la comunidad (fuera de los hospitales) no quedan registradas en alguna estadística oficial.

Cuando se acompaña de sentimientos de culpa y se lleva a cabo en condiciones traumáticas, el aborto inducido también tiene consecuencias psicológicas como depresión, ansiedad y miedo. No obstante, es importante indicar que la continuación de un embarazo no deseado y la experiencia de ser madre contra la voluntad también suele tener consecuencias emocionales graves.⁷ Por ahora no existen datos confiables que permitan estimar la frecuencia de las complicaciones emocionales del aborto inducido. No obstante, es posible afirmar que la decisión entre continuar un embarazo no deseado o interrumpirlo suele ser difícil para la mujer y quienes la rodean.

El aborto inducido es también una importante causa de muerte materna (defunciones que ocurren como consecuencia de problemas del embarazo, el parto o el puerperio). En efecto, cuando un aborto se realiza en condiciones inseguras y la mujer no tiene acceso a atención oportuna y de buena calidad, el riesgo de morir es muy alto. Conocer el número de muertes que ocurren como consecuencia del aborto sería un dato importante para apreciar la magnitud del problema. Lamentablemente, sólo contamos con aproximaciones a la cifra real, debido a la calidad deficiente de nuestras estadísticas oficiales relativas a la mortalidad materna, así como a la clandestinidad del procedimiento. La mala calidad de la información disponible obliga a recurrir a cálculos

indirectos para estimar el número de muertes maternas que ocurren como consecuencia del aborto.⁸

El lugar que ocupa el aborto entre las causas de muerte materna varía en los distintos países, con proporciones más elevadas en el Cono Sur. Es evidente que las muertes por aborto son menos frecuentes cuando el uso de anticonceptivos es más alto (y por lo tanto, es menor la proporción de embarazos no deseados), y cuando la calidad de los servicios para la atención de las complicaciones es mejor.⁹ Tomando en cuenta esta variación, es posible estimar que ocurren entre 83 y 250 muertes por cada 100,000 abortos. En promedio, en los países donde el aborto es legal, la cifra correspondiente es de 0.6.⁸

Las defunciones a consecuencia de un aborto mal practicado son muertes de mujeres jóvenes, responsables del cuidado de hijos pequeños y de otros miembros de la familia. Además, son muertes totalmente prevenibles, ya que se podría evitar el embarazo no deseado, interrumpirlo en condiciones seguras y tratar con eficacia sus complicaciones. Todo ello hace que esta realidad sea verdaderamente inaceptable.

La atención a las complicaciones del aborto consume importantes recursos del sector salud

La atención de estos problemas ocupa el segundo lugar en uso de recursos hospitalarios para la atención obstétrica, después del parto normal, que es el motivo más común por el que las mujeres en edad reproductiva acuden a una institución de salud. El costo de la atención a las complicaciones del aborto en distintas instituciones y circunstancias es muy variable y no se ha estimado de una manera sistemática. Para aproximarse a una cifra serían necesarios considerar los costos hospitalarios directos que resultan de la atención de complicaciones graves, más las implicaciones financieras de un aborto complicado para la mujer, su familia y la comunidad. En algunos contextos, el costo de un aborto clandestino realizado por un médico en una clínica equivale a los ingresos anuales de una familia media. Evidentemente, para un análisis cuidadoso de los costos habría que asignar un valor monetario a la muerte materna y a las consecuencias de la desaparición de la mujer sobre la familia, la vida de sus hijos y la comunidad. Estimar estos costos es un ejercicio sin duda complejo.

Más allá de la variabilidad que seguramente existe entre países y grupos sociales, se puede afirmar sin temor a equivocarse que los costos derivados de incrementar la cobertura y calidad de la planificación familiar, de ofrecer educación sexual y de establecer servicios para adolescentes, entre otras medidas destinadas a disminuir los embarazos no deseados,

serían menores que el costo de la atención de las complicaciones inmediatas y a largo plazo del aborto, más las repercusiones financieras que para la familia y la sociedad implican las muertes maternas. En nuestros países, donde la proporción del producto interno bruto dedicado a la atención de la salud está aún muy por debajo de las recomendaciones internacionales, resulta particularmente grave que estos recursos limitados se dediquen a problemas que pueden ser prevenidos con medidas sencillas y de bajo costo.

El aborto inducido es frecuente

El aborto inducido es, sin lugar a dudas, frecuente en México y América Latina. Sin embargo, dada la naturaleza ilegal del mismo, no se cuenta con datos confiables sobre su incidencia. Las únicas estadísticas nacionales con las que se cuenta se refieren al número de hospitalizaciones por aborto. Ciertas técnicas estadísticas permiten estimar, a partir de este dato, la frecuencia del aborto inducido. Según los resultados de un ejercicio llevado a cabo por el Instituto Alan Guttmacher, en seis países que reúnen al 70% de la población de América Latina (Brasil, Chile, Colombia, México, Perú y la República Dominicana) se realizan por año aproximadamente 2,8 millones de abortos inducidos.³ Si estos resultados se extrapolaran a toda la región, el número de abortos inducidos por año alcanzaría unos 4 millones. Un fenómeno de esta magnitud, con las graves repercusiones ya mencionadas, constituye, sin lugar a dudas, un grave problema de salud pública.

El nivel socioeconómico de la mujer determina sus riesgos ante un aborto inducido

Los riesgos que una mujer enfrenta ante un aborto inducido son un reflejo de la desigualdad social. Así, las mujeres con recursos que viven en áreas urbanas tienen la opción de interrumpir un embarazo no deseado en condiciones mucho más seguras que las que habitan en zonas rurales y son de bajo nivel socioeconómico. Las primeras suelen tener acceso a profesionales de la salud capacitados que utilizan técnicas seguras, mitigan el dolor con anestésicos o analgésicos y suelen indicar antibióticos profilácticos para evitar infecciones, mientras que las segundas suelen provocárselo ellas mismas o con la asistencia de una persona sin entrenamiento ni la infraestructura necesaria. Los métodos que las mujeres llegan a utilizar en el intento por resolver su problema solo pueden ser vistos como un reflejo de su desesperación: introducción de sondas o alambres, caídas por las escaleras, golpes que se dan ellas mismas o sus parejas.³ La inequidad es brutal, tal vez la más sobresaliente en el

campo de la salud reproductiva. Baste recordar que un aborto inducido en condiciones óptimas representa para la mujer menor riesgo que una inyección de penicilina.

En México, la Constitución establece el derecho universal a la protección de la salud. Es, por lo tanto, una responsabilidad social ineludible responder a las necesidades de todas las mujeres por igual, sin distinción de clase social. Una sociedad que admite que algunas de sus mujeres accedan a un aborto inducido sin riesgos ni dificultades mientras que otras experimentan los peligros arriba mencionados, no es una sociedad democrática.

La calidad de la atención tras el aborto adolece de importantes limitaciones

Es común que las mujeres que padecen complicaciones derivadas de un aborto inducido acudan a servicios públicos en busca de un tratamiento para sus problemas. Lamentablemente, la atención tras un aborto suele ser de baja calidad técnica y humana. En primer lugar, en la mayoría de los servicios se utiliza el legrado instrumental para evacuar la cavidad uterina, método peligroso en manos no entrenadas, y no se recurre a métodos seguros como la aspiración endouterina o el aborto con medicamentos. En segundo lugar, es importante recordar que las mujeres que interrumpen un embarazo no deseado están en alto riesgo de repetir la experiencia; no obstante, sólo una muy baja proporción de las que acuden a un servicio para la atención de un aborto incompleto o de sus complicaciones son dadas de alta con la información necesaria o con un método anticonceptivo que las proteja de un nuevo embarazo no deseado. Finalmente, el trato que reciben las mujeres en estas circunstancias se caracteriza con demasiada frecuencia por la rudeza, la crítica abierta o solapada, las largas esperas y la falta de respeto a su pudor.¹⁰

Por último, ante un embarazo no deseado una mujer puede recurrir al suicidio o ser víctima de un homicidio. Que una mujer acabe con su propia vida como respuesta a un embarazo no deseado es, seguramente, una de las consecuencias más trágicas de este problema. De igual forma, es inadmisible que la mujer pague con su vida el desacuerdo de su pareja o de otros miembros de la familia. Diversos autores han expresado su preocupación sobre estas consecuencias del embarazo no deseado y se han referido a ellas como "el tema ausente" en los estudios sobre la mortalidad materna.¹¹⁻¹³ En la mayoría de los países desarrollados ya prácticamente no existen el suicidio y el homicidio relacionados con un embarazo no deseado,¹¹ probablemente porque en estos lugares las legislaciones y los sistemas de salud ofrecen mejores opciones y más protección a las mujeres que enfrentan este problema.

Conclusiones

Enfrentar el problema de los embarazos no deseados y sus consecuencias, incluyendo el aborto, no es sencillo. De hecho, es necesario poner en práctica una diversidad de medidas para lograr un impacto. Para prevenir el embarazo no deseado es esencial contar y poner en práctica políticas y programas que pongan al alcance de todos, pero en especial de los jóvenes, servicios de educación sexual y reproductiva. Además, la prevención sólo podrá lograrse si los gobiernos y la sociedad civil ofrecen programas y servicios de anticoncepción accesibles y de buena calidad. Para aumentar la cobertura, se deben enfocar los esfuerzos a la población más difícil de alcanzar, con necesidades especiales: los jóvenes, los hombres y las mujeres de grupos étnicos y comunidades rurales dispersas. Asimismo, se debe ofrecer un rango completo de métodos, incluyendo la anticoncepción de emergencia para todos, pero especialmente para las víctimas de violencia sexual y los jóvenes.

Para mitigar las consecuencias del aborto inducido, es fundamental asegurar que las mujeres con derecho a un aborto legal no encuentren barreras para recibir el servicio, ni sufran un trato discriminatorio y de calidad deficiente. Al mismo tiempo, es imprescindible asegurar el acceso universal a servicios de calidad para atención del aborto incompleto o complicado, según se establece en el programa de acción de El Cairo y la legislación mexicana.

Los programas oficiales, la opinión mundial y los mensajes que reciben las parejas por distintos canales promueven una familia poco numerosa. Sin embargo, los mismos que sustentan esta postura no parecen reconocer la responsabilidad social ante el embarazo no deseado. Mientras la mujer sufre las graves consecuencias del aborto clandestino sobre su salud, seguridad y dignidad, la sociedad cierra los ojos ante el hecho de que los programas de anticoncepción tienen una cobertura y calidad deficientes, y de que los limitados recursos para la atención a la salud se están gastando en tratar, con una calidad limitada por cierto, las complicaciones de abortos que podrían evitarse. Si los abortos y sus complicaciones se previnieran, los recursos podrían orientarse hacia otros problemas de salud reproductiva, para los que las soluciones no están al alcance todavía. Además de estas responsabilidades que la sociedad no debería soslayar, es importante agregar una más: millones de embarazos no deseados culminan en el nacimiento de niños cuyas necesidades básicas no pueden ser satisfechas por sus madres y familias. Enfrentar y encontrar soluciones para los niños y jóvenes abandonados, que viven en condiciones de carencia física, emocional y social, es también una responsabilidad ante la que ningún miembro responsable de la sociedad puede cerrar los ojos.

Referencias

1. Consejo Nacional de Población. Cuadernos de Salud Reproductiva. Consejo Nacional de Población, México, 2000.
2. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, ENADID. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, México, 1997.
3. The Alan Guttmacher Institute. El aborto clandestino: una realidad latinoamericana. New York: The Alan Guttmacher Institute;1994.
4. **Brown S, Eisenberg L.**, editors. The best intentions: unintended pregnancy and the well-being of children and families/Committee on Unintended Pregnancy. Institute of Medicine. Washington D.C., USA: National Academy of Sciences;1995.
5. **Hardy E, Costa G.** Abortion experience among female employees of a Brazilian university. Campinas, SP, Brazil: CEMICAMP;1993.
6. **Hernández D, Mojarr O, Fuentes J, Martínez-Manatou J.** Consideraciones sobre las muertes maternas en el IMSS y sus causas. México: Instituto Mexicano del Seguro Social;1991.
7. **Dagg P.** The psychological sequelae of therapeutic abortion-denied and completed. *Am J Psychiatry* 1991;148:578-585.
8. World Health Organization, Division of Reproductive Health. Unsafe abortion. Global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion, with a listing of available country data. Geneva, Switzerland: WHO; 1998. (WHO/RHT/MSM/97).
9. **Rajs D.** Maternal mortality. In: Timaeus I, Chackiel J, Ruzicka L, editors. *Adult mortality in Latin America*. Oxford, UK: Clarendon Press;1996. pp. 276-294.
10. **Langer A, García C, Heimburger A, Stein K, Winikoff B.** Assessing the quality of post-abortion care in a public hospital of Oaxaca, Mexico. *Reproductive Health Matters* 1997;9:20-28.
11. **Frautschi S, Cerulli A, Maine D.** Suicide during pregnancy and its neglect as a component of maternal mortality. *Int J Gynaecol Obstet* 1994;47:275-84.
12. **Rizzi R, Córdoba R, Maguna J.** Maternal mortality due to violence. *Int J Gynaecol Obstet* 1998;63(Suppl. 1):19-24.
13. **Ronsmans C, Khlat M.** Adolescence and risk of violent death during pregnancy in Matlab, Bangladesh. *Lancet* 1999;354(9188):1448.

