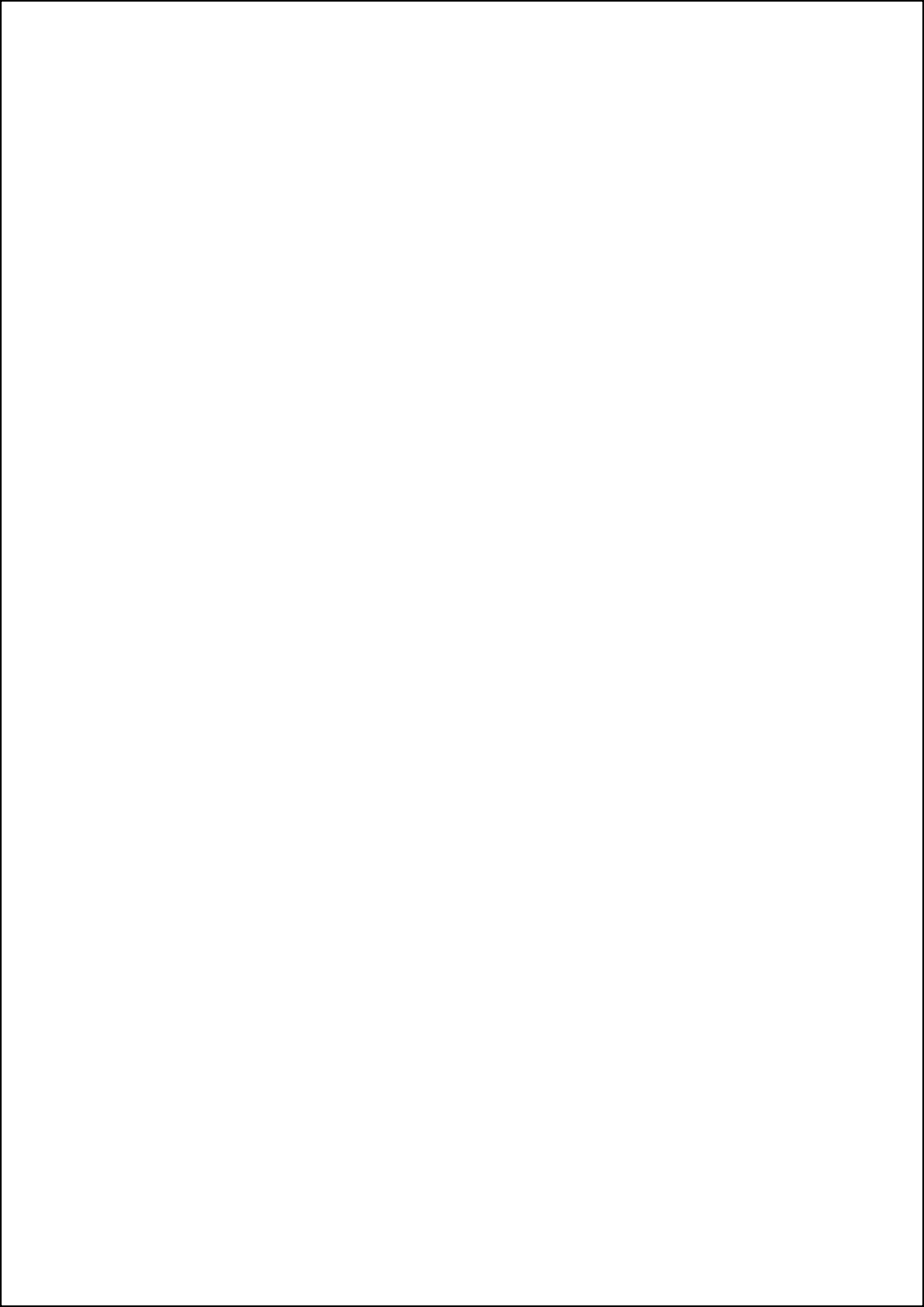




# El aborto clandestino en el Perú.

**Revisión**

Delicia Ferrando





# El aborto clandestino en el Perú.

**Revisión**

Delicia Ferrando

Diciembre 2006





# El aborto clandestino en el Perú, 2006

Delicia Ferrando<sup>1</sup>

## Introducción

La mayoría de mujeres y varones que se une para formar una familia lo hace pensando en tener hijos, para cumplir el mandato filogenético de conservación de la especie. De modo que cuando ocurre un embarazo, y luego el parto, ambos acontecimientos se cuentan entre los más felices que ocurren en el seno del hogar, experiencias placenteras que se comparte con la gente querida del entorno social y familiar.

Sin embargo, sería ingenuo pensar que el embarazo y el parto son siempre sueños hechos realidad. El embarazo puede convertirse en un serio problema con consecuencias imprevistas cuando no es esperado, o cuando una mujer o una pareja no desean más hijos o no lo desean en ese momento. Entonces, se puede elegir tener un hijo no deseado o interrumpir voluntariamente el embarazo.

Esta última opción es frecuente en el Perú a pesar que el aborto es prohibido por ley, salvo que se trate de salvar la vida de la mujer. Por ello se realiza de manera clandestina con el consiguiente riesgo para la salud y la vida de las mujeres menos pudientes que tienen que recurrir a personal no calificado o -en el extremo de la desorientación- a manipularse ellas mismas en un intento desesperado por poner fin a embarazos que no desean.

Debido a sus graves consecuencias para la vida de las mujeres y el bienestar de las familias, el Ministerio de Salud (1996)<sup>2</sup> lo reconoció como un problema de salud pública a cuya solución deben contribuir el Estado y la Sociedad Civil. El pronunciamiento del Ministerio de Salud era congruente con la declaración emitida en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de las Naciones Unidas celebrada en el año 1994 según la cual

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una

<sup>1</sup> Antropóloga y Demógrafa. Responsable del área de Monitoreo y Evaluación de Pathfinder International. Oficina de Perú.

<sup>2</sup> El Ministerio de Salud del Perú "... reconoce que el aborto es un problema de salud pública que afecta a toda la sociedad, y en especial a las mujeres. Este problema debe ser enfrentado por el Estado y por toda la sociedad civil a través de una adecuada educación sexual, acciones de planificación familiar, y la atención oportuna de sus complicaciones con la finalidad de evitar muertes maternas". (MINSAL: Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Programas Sociales. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000").

vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear , y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia...” (NN.UU. CIPD, 1994<sup>3</sup>)

Pero el aborto es también un grave problema de inequidad de acceso a servicios de salud reproductiva de calidad. Y esta discriminación por acceso diferencial a la atención en salud contraviene el derecho a la salud reproductiva de las personas que, de acuerdo a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), abarca ciertos derechos humanos aprobados por consenso por la gran mayoría de los países del mundo, entre ellos el Perú.

“... Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos...”(CIPD, 1994, cit.)

Con el propósito de contribuir a diseñar estrategias y políticas que apunten a una solución del problema, permanentemente se realizan mediciones de la magnitud del aborto. Ciertamente, esta es una tarea difícil, porque siendo el aborto castigado por la ley, permanece oculto y esquivo de las estadísticas oficiales y a buen recaudo del ojo público. Solo se sabe de su ocurrencia cuando los medios publican noticias dramáticas -que incluyen una muerte o una detención policial- y escandalosas, o cuando se visita los establecimientos de salud y se toma contacto con las protagonistas.

Bajo el entendido que es mejor contar con estimaciones aproximadas que ignorar el problema, y en ausencia de estadísticas oficiales que den cuenta de la dimensión cuantitativa del aborto clandestino en el Perú, a través de este breve reporte se actualizan las cifras publicadas en el año 2002<sup>4</sup>. Se ha incluido en la revisión, el actual contexto en el que tiene lugar la prestación de servicios de salud reproductiva y de planificación familiar y que se caracteriza por una larga reducción del abastecimiento de insumos anticonceptivos en los establecimientos del sector público así como de la oferta de información y educación en planificación familiar. Tal reducción comenzó alrededor del año 2000 y continúa en algunas zonas hasta el presente, y tuvo períodos críticos en ciertas regiones como Huanuco, Ayacucho, Huancavelica y otros departamentos de la sierra y selva. El contexto mencionado incluye episodios difíciles de escasez total o parcial de métodos anticonceptivos en los establecimientos del sector público de todo el país.

Para la elaboración de este documento se ha pasado revista a datos demográficos y de salud reproductiva publicados en la última versión de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2004-2005) con el propósito de contextualizar el tema del aborto en el marco más global de la salud reproductiva, en cómo las mujeres ejercen su sexualidad y en cómo se las arreglan para conseguir su aspiración de tener los hijos que realmente desean.

Como fuente principal sobre las características del aborto en el país, se analiza los resultados de dos encuestas de opinión realizadas a profesionales de la salud y de las ciencias sociales y no profesionales, todos ellos de amplio conocimiento sobre el aborto. La primera encuesta conducida en el 2001 fue más integral, y la segunda, realizada en el 2004 fue más modesta y se hizo para actualizar algunas cifras sobre las técnicas utilizadas en el país para interrumpir embarazos no deseados.

Este recuento estadístico fue posible gracias al generoso apoyo financiero de la Fundación Ford y al auspicio del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y de Pathfinder International.

<sup>3</sup> UNFPA, 1994. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y desarrollo (CIPD). Capítulo VII. Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva. A. Bases para la acción.

<sup>4</sup> Ferrando, Delicia (2002). El aborto clandestino en el Perú. Hechos y Cifras. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y Pathfinder International



## ANTECEDENTES

El primer estudio nacional sobre la magnitud del aborto fue desarrollado por The Alan Guttmacher Institute (1994) entre 1988 y 1990 revelándose que en ese periodo se realizaban en el país alrededor de 271,1 mil abortos clandestinos cada año. Otro estudio realizado en el 2001<sup>5</sup> daba cuenta que en el 2000 se producían en el Perú alrededor de 352 mil abortos clandestinos por año. En esta última fecha, de cada 100 mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años), 5,2 en promedio terminaba voluntariamente su embarazo no deseado cada año. En 1990, la proporción era la misma (The Alan Guttmacher Institute, 1994, cit.).

Al comenzar el milenio, cambios en la forma de abordar los problemas de salud – de uno basado en programas verticales a otro basado en estrategias integrales-, tuvieron un efecto negativo en la prestación de servicios de salud reproductiva en los establecimientos públicos de salud, una de cuyas consecuencias fue la disminución del uso de métodos modernos que ya ha empezado a evidenciarse en datos oficiales recogidos por el INEI a través de la reciente encuesta ENDES (2004-2005). Diversos informes elaborados por ONGs registraron algunos de esos efectos perjudiciales en las intenciones reproductivas de las mujeres y en la planificación familiar<sup>6</sup>.

Cuando el abordaje era por Programas, existía una estructura vertical según la cual había un referente del Programa en los distintos niveles administrativos empezando desde el nivel central (Ministerio) hasta llegar al establecimiento. En el caso del Programa Nacional de Planificación Familiar había un Director Nacional, un Director Regional, un Coordinador de Planificación Familiar en las redes y microrredes y un encargado en el establecimiento. Las prioridades del MINSA eran implementadas sin mayores dilaciones en el establecimiento porque un equipo o una persona estaban a cargo de esa específica actividad. Al pasar a estrategias, el programa de Planificación Familiar pasó a formar parte de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que incluye otros componentes además de planificación familiar, por ejemplo Salud Materna y Violencia Basada en Género. Entonces, el coordinador local no se ocupa sólo de planificación familiar sino de los otros componentes que abarca la estrategia. Prioridades, recursos financieros, humanos y técnicos son compartidos lo cual debilita la prestación de servicios de salud reproductiva.

### Metodología

La metodología utilizada en la estimación del número de abortos inducidos que se presenta en este informe, fue desarrollada por la Dra. Susheela Singh<sup>7</sup>, Directora de Investigaciones del Instituto Alan Guttmacher, y empleada en 1994 y 2001 para hacer similares estudios en seis países de América Latina, (AGI, 1994), entre otros el Perú. Esta metodología también ha sido utilizada en países de África.

#### Fuentes de datos

- 1.- La serie de **Encuestas Demográficas y de Salud Familiar**, ENDES 1986-2005, valiosas para describir el contexto en que ocurren los abortos inducidos: nivel de la fecundidad, número ideal de hijos, fecundidad deseada, planificación de la fecundidad, actividad sexual, intenciones reproductivas, entre otros.
- 2.- **Estadísticas oficiales sobre egresos hospitalarios por diagnóstico**, códigos 000-008 del Sistema CIE X que corresponden a todos los embarazos terminados en aborto. Estas estadísticas son ajustadas para corregir la omisión y la inclusión en el conteo de códigos errados. En estos datos descansa la cuantificación del problema.

<sup>5</sup> Ferrando, Delicia 2002, ibid.

<sup>6</sup> Defensoría del Pueblo. Informe N° 12.

Defensoría del Pueblo: "Supervisión de los servicios de planificación familiar. Enero de 2005"  
Centro de Salud Reproductiva y Desarrollo (CSRD). Alerta Salud N° 17.  
USAID, DELIVER, POLICY. Regional Contraceptive Security Feasibility, 2003.

<sup>7</sup> Singh, Susheela y Dierdre Wulf. Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos. Perspectivas en Planificación Familiar. Número especial de 1994. Pags. 3-14

- 3.- **Dos encuestas de opinión**<sup>8</sup> sobre aborto a profesionales y no profesionales conocedores del tema que se utilizó no sólo para entender las técnicas y formas empleadas en el país para la interrupción voluntaria del embarazo no deseado sino, fundamentalmente, para estimar el factor de expansión de los casos hospitalizados por aborto incompleto, dado el supuesto metodológico siguiente que sustenta este estudio:

### SUPUESTO METODOLÓGICO

“Debido a que los casos de hospitalización representan solamente una pequeña parte de todos los abortos inducidos, las estadísticas de servicios sobre egresos hospitalarios por complicaciones de aborto recopiladas por el Ministerio de Salud deben ser ajustadas para tomar en cuenta a las mujeres que tuvieron un aborto pero que no fueron hospitalizadas”.

Para esta revisión se visitaron 15 hospitales en siete ciudades principales del Perú (Lima, Huancayo, Pucallpa, Ayacucho Cusco, Tarapoto e Iquitos), entrevistando a profesionales de salud a cargo de la atención de pacientes, así como a autoridades de los hospitales sobre cómo ven ellos la situación del aborto y, en cuanto fue posible, a mujeres hospitalizadas por aborto incompleto para conocer su perfil y las circunstancias que rodearon su particular experiencia. Este breve informe contiene los resultados de estas entrevistas y también los de las fuentes consultadas.

Detalles de la metodología se presentan en la última parte de este informe.

## CUADRO 1

### HOSPITALES VISITADOS PARA RECOGER INFORMACIÓN SOBRE ESTADÍSTICAS HOSPITALARIAS DE MUJERES ATENDIDAS POR ABORTO INCOMPLETO

Lima	Hospital Arzobispo Loayza Hospital Sergio Bernales Hospital Dos de Mayo Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé Hospital Hipólito Unanue Hospital de Apoyo María Auxiliadora Instituto Materno Perinatal (IMAPE)
Huancayo	Hospital de Apoyo Daniel Alcides Carrión
Pucallpa	Hospital Regional de Pucallpa Hospital de Apoyo N° 2 – Yarinacocha
Ayacucho	Hospital Regional de Ayacucho
Cusco	Hospital Regional de Cusco Hospital Apoyo Antonio Lorena
Tarapoto	Centro Materno Perinatal
Iquitos	Hospital Regional de Loreto- Punchana

<sup>8</sup> En el año 2001 se condujo una encuesta de opinión sobre temas de salud reproductiva y aborto a una muestra de 103 personas de 12 ciudades del país y de las áreas rurales circundantes. Los entrevistados fueron mayormente profesionales de la salud y de otras disciplinas y también personas no profesionales pero que están familiarizadas con el tema por su ocupación, práctica profesional o investigaciones. Entre los entrevistados figuran médicos, enfermeras, obstetrices de instituciones públicas y privadas, investigadores, sociólogos, antropólogos, psicólogos, trabajadores sociales, representantes de grupos de mujeres, parteras, comadronas y funcionarios de salud pública.

En el año 2004, se condujo otra encuesta de opinión en 7 ciudades con un cuestionario más modesto destinado básicamente a recoger información sobre los métodos y formas que se utilizan en el país para resolver los embarazos no deseados.

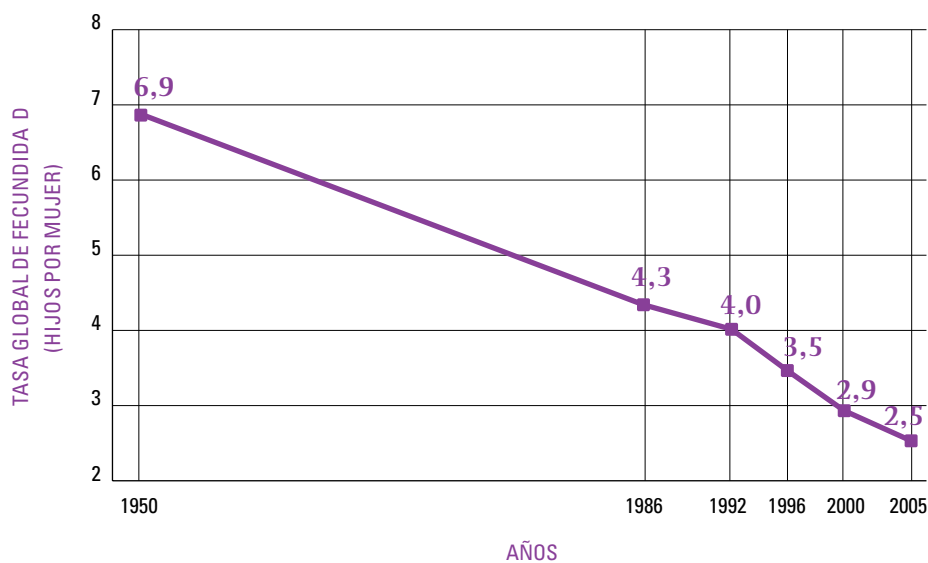


# I. EL CONTEXTO SOCIAL Y DEMOGRÁFICO

## 1.1 NIVEL Y TENDENCIAS DE LA FECUNDIDAD. PROMEDIO DE HIJOS POR MUJER

Resultados preliminares<sup>9</sup> de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES continua (2004-2005) revelan que el promedio de hijos por mujer sigue su larga trayectoria de descenso iniciada al comienzo de los años setenta. Como se muestra en el gráfico 1, la tasa global de fecundidad (TGF) disminuyó de un valor cercano a 7 en el pasado lejano, (1950), a 3,5 en el año 1996 y a 2,5 en el 2005.

**GRÁFICO 1**  
PERÚ: PROMEDIO DE HIJOS POR MUJER 1950-2005



Fuente: INEI, BAD N° 25 y serie de ENDES, 1986, 1991-92, 1996, 2000 y ENDES CONTINUA 2004-05

La persistente declinación de la fecundidad pone de manifiesto el extendido deseo de la población peruana de tener una familia reducida; en consecuencia, en todos los departamentos y regiones del país se evidencia también un descenso del promedio de hijos por mujer, aun cuando el ritmo y la velocidad del cambio son diferentes. Por ejemplo, en el último quinquenio la disminución fue mayor en la sierra (37%) y menor en la selva (23%), de modo que la brecha entre la fecundidad de la selva y de las otras regiones permanece elevada. Esta región tiene una fecundidad que es casi el doble que la de Lima y Callao.

<sup>9</sup> Con una muestra de 12,465 casos (dos tercios del total).

**CUADRO 2**  
VARIACIONES DE LA FECUNDIDAD POR REGIONES 1996-2005

	1996	2000	2005
Perú	3,5	2,9	2,5
Lima-Callao	2,5	2,0	1,9
Resto de Costa	2,9	2,4	2,2
Sierra	4,6	3,7	2,9
Selva	4,7	3,8	3,6

Fuente: INEI, ENDES, 1996, 2000 y ENDES CONTINUA 2004-05

## 1.2 NÚMERO IDEAL DE HIJOS

A pesar de la drástica reducción, el promedio de hijos tenido actualmente es más elevado que el número de hijos que las mujeres consideran ideal; o sea los hijos que a la mujer le gustaría tener si pudiera comenzar de nuevo su vida reproductiva. Este dato contiene el sesgo natural de equiparar racionalmente la descendencia ideal con la real, especialmente entre las mujeres de más edad. Como ya los tuvieron, los aceptan como si fuera el ideal deseado por ellas.

**El número ideal de hijos** es un indicador que varía poco. Fue de 2,7 en 1986 y de 2,4 en el 2005, este último valor es ya muy cercano a **la tasa global de fecundidad observada** y eso explica la reducción de la brecha entre ambos indicadores de 37,2% en 1986 a apenas 4% en el 2005. El hecho que el ideal de hijos sea siempre inferior a la tasa global de fecundidad revela un patrón reproductivo según el cual las mujeres –y también los varones para quienes se tiene información únicamente en la ENDES de 1996– desean menos hijos de los que tienen en la práctica. De acuerdo a las preferencias de fecundidad recogidas en las reiteradas ENDES, el porcentaje de mujeres cuyo ideal es uno o dos hijos ha crecido de 51,9% en 1986 a 64,8% en el 2000, porcentaje que se mantiene prácticamente sin cambios en el 2005.

**CUADRO 3**  
VARIACIÓN DEL PROMEDIO DE HIJOS POR MUJER (TGF) Y DEL NÚMERO IDEAL DE HIJOS ENTRE 1986 Y 2005

Año	TGF	Número ideal de hijos	Diferencia entre la TGF y número ideal (%)
1986	4,3	2,7	37,2
1992	4,0	2,5	37,5
1996	3,5	2,5	28,6
2000	2,9	2,4	17,2
2005	2,5	2,4	4,0

Fuente: INEI, serie de ENDES, 1986, 1991-92, 1996, 2000 y ENDES CONTINUA 2004-05



### 1.3 FECUNDIDAD DESEADA

Un indicador que se aproxima más legítimamente al número de hijos que las mujeres quieren es la fecundidad deseada, pues toma en cuenta el impacto de los nacimientos no planeados en el nivel de la fecundidad. De acuerdo a la definición contenida en los informes de ENDES, un nacimiento se considera deseado si el número de hijos sobrevivientes al momento del embarazo es menor que el número ideal de hijos. La tasa de fecundidad deseada expresa el nivel de fecundidad que teóricamente resultaría si todos los nacimientos no deseados pudieran ser evitados.

Como se observa en el cuadro 4, la fecundidad real de las mujeres peruanas en el 2005 (2,5 hijos por mujer) es un 32% más elevada que la fecundidad deseada (1,7 hijos) y no únicamente un 4% más elevada como lo expresaba el número ideal (2,4 hijos). Adicionalmente, casi un 70% de mujeres no desea tener (más) hijos. Ese porcentaje fue de 67,3% en el 2000.

**CUADRO 4**  
FECUNDIDAD OBSERVADA Y FECUNDIDAD DESEADA, 2000 Y 2005

Región Natural	Fecundidad Observada		Fecundidad Deseada	
	2000	2005	2000	2005
Perú	2,9	2,5	1,8	1,7
Lima-Metropolitana	2,0	1,9	1,5	1,5
Resto de Costa	2,4	2,2	1,6	1,6
Sierra	3,7	2,9	2,2	1,7
Selva	3,8	3,6	2,2	2,3

Fuente: ENDES, 2000 y ENDES CONTINUA 2004-05

### 1.4 PLANIFICACIÓN DE LA FECUNDIDAD

Otro indicador que ayuda a contextualizar la magnitud del aborto en el país es el de las intenciones reproductivas de la mujer que muestra que en 2005, el 27,3% de los nacimientos de los últimos cinco años ocurrieron sin estar previstos. En estos casos, las mujeres no los querían tener. Si a este porcentaje se le suma otro 29.2% que lo quería más tarde, se tiene una cifra dramática de nacimientos no deseados que alcanza al 57%. Considerando que en los últimos cinco años ocurrieron 3,1 millón de nacimientos, se llega a la abultada cifra de 1,8 millones de niños que nacieron sin que sus padres los hubieran deseado.

**CUADRO 5**  
PLANIFICACIÓN DE LA FECUNDIDAD: DISTRIBUCIÓN DE LOS NACIMIENTOS DE LOS 5 AÑOS ANTERIORES A LA ENCUESTA POR INTENCIÓN REPRODUCTIVA DE LA MADRE

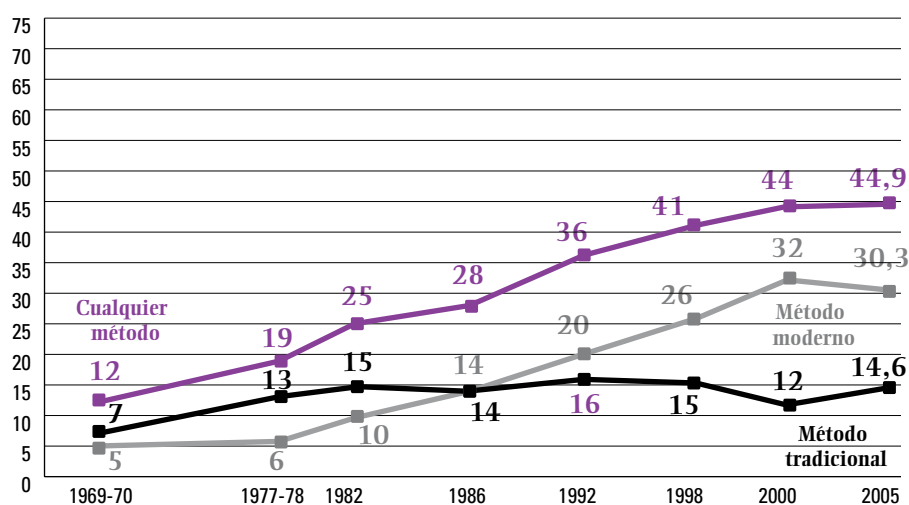
Intenciones reproductivas:	2000	2005
Total	100,0	100,0
Lo quería entonces	43,8	43,5
Lo quería más tarde	25,3	29,2
No lo quería	30,7	27,3

Fuente: ENDES, 2000 y ENDES CONTINUA 2004-05

## 1.5 USO DE ANTICONCEPTIVOS

La vía por excelencia para cumplir el anhelo de una familia pequeña es el uso de métodos anticonceptivos. La evolución histórica de la práctica anticonceptiva en el país revela un aumento progresivo especialmente entre las mujeres. Sin embargo, amplios grupos de población –gente de menores recursos, bajo nivel educativo, urbano marginal y rural- todavía carecen de información y servicios de planificación familiar, lo cual limita la cabal atención de la demanda insatisfecha. Las razones son diversas; por ejemplo, en el 2005, 55 de cien mujeres en edad fértil, y 30 de cien mujeres unidas, no utilizaban ninguna forma de protección frente a un posible embarazo; peor aún, según los datos oficiales del INEI (ENDES 2004-2005), en el primer quinquenio del presente siglo, ha disminuido el uso de métodos modernos en todos los sectores sociales lo cual coloca a miles de mujeres en una situación de vulnerabilidad y riesgo durante el ejercicio de su actividad sexual.

**GRÁFICO 2**  
PREVALENCIA DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS  
TODAS LAS MEF: 1969 – 2004-05

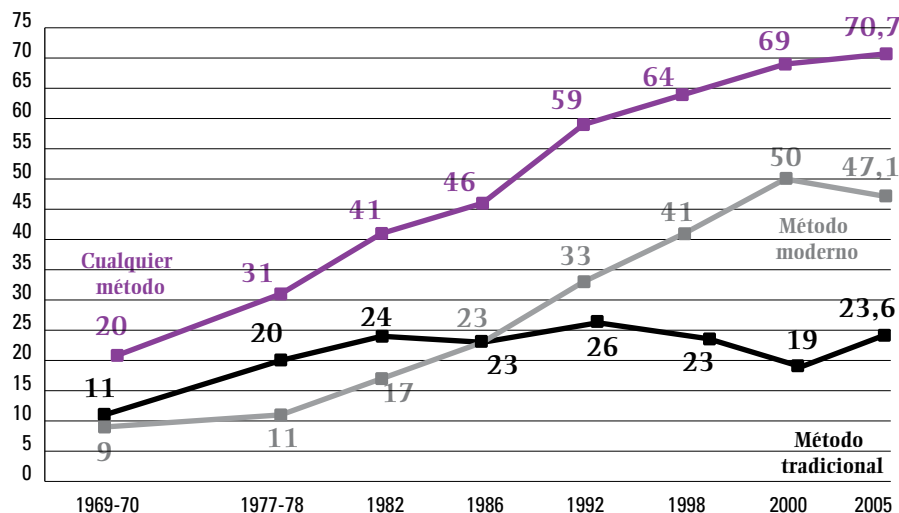


Fuente: INEI, serie de ENDES, 1986, 1991-92, 1996, 2000 y ENDES CONTINUA 2004-05

Entre las mujeres en edad fértil, la prevalencia de uso de métodos revela que si bien hay un leve incremento global de 44,0% a 44,5%, ha bajado el uso de métodos modernos y más eficaces de 32% a 30,3%; mientras que ha aumentado el de métodos tradicionales, principalmente la abstinencia periódica de 12% a 14,6%, con un saldo no precisado de embarazos no deseados. Esta misma tendencia se aprecia entre las mujeres unidas en el periodo 2000-2005: disminución del uso de métodos modernos y aumento del uso de métodos tradicionales, que en el balance se ve reflejado en un ligero incremento de la prevalencia global.



**GRÁFICO 3**  
**PREVALENCIA DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**  
**MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS: 1969 – 2004-05**



Fuente: INEL, serie de ENDES, 1986, 1991-92, 1996, 2000 y ENDES CONTINUA 2004-05

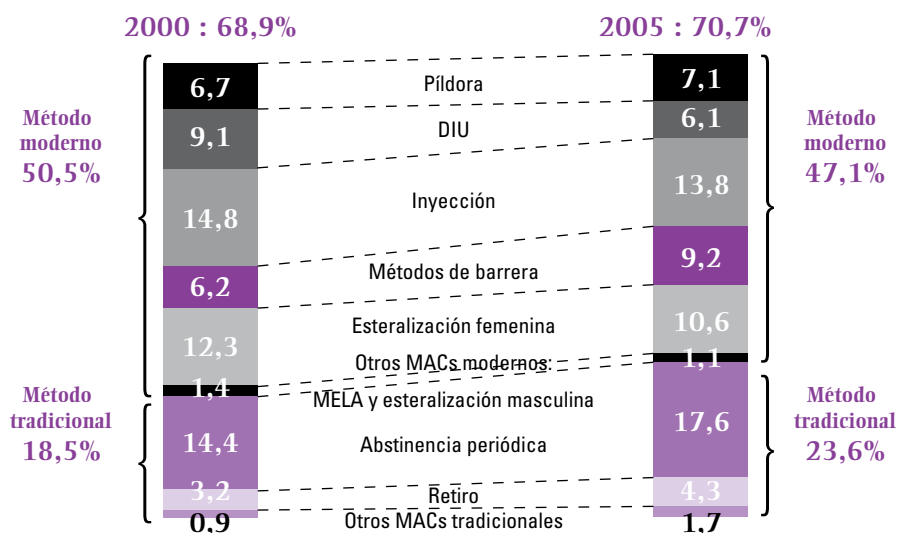
En general, a contrapelo de la tendencia esperada de un incremento continuo del uso de métodos modernos más eficientes y seguros, en el país la prevalencia de métodos modernos ha disminuido en un 7%; mientras que el de métodos tradicionales ha aumentado, principalmente la abstinencia periódica y, sorprendentemente, los métodos folklóricos cuyo uso se ha duplicado. La prevalencia anticonceptiva y sus cambios reflejan los vaivenes de las políticas públicas en materia de planificación familiar y de la oferta de servicios de salud reproductiva que han tenido lugar en los últimos años, y que ha sido descrito en los antecedentes.

Según tipo de método, el ritmo ha pasado a ser el método más usado (17,6%) habiendo experimentado un aumento de usuarias del orden del 22% entre el 2000 y el 2005. Al parecer, este método es utilizado a falta de otro moderno (se cree que más como un gesto de buena voluntad que como una convicción de eficacia) y a pesar del desconocimiento de cómo funciona el ciclo fértil. De acuerdo a la última ENDES, 41 de cada cien usuarias de la abstinencia periódica no conoce en qué momento del ciclo menstrual la mujer puede quedar más fácilmente embarazada.

Después del ritmo, el segundo método más usado es el inyectable con el 13% de usuarias, pero ha disminuido respecto al 2000 -gráfico 4- como resultado de los problemas de abastecimiento de métodos experimentado en los servicios públicos de salud. Como se aprecia hay importantes variaciones en la preferencia de métodos. Así por ejemplo, en el año 2000, el 12,3% de mujeres y el 0,5% de varones habían optado por un método definitivo, pero en el año 2005, esas cifras son menores: 10,6% para la primera y a 0,4% para la segunda.

**GRÁFICO 4**

**PREVALENCIA ANTICONCEPTIVA. MUJERES ACTUALMENTE UNIDAS: 2000-2005**



Fuente: ENDES, 2000 y ENDES CONTINUA 2004-05

Hay diferencias notables en la práctica anticonceptiva por sub grupos de población como se puede ver en el cuadro 6. Además de las diferencias en el acceso a información y servicios de salud, otras variables individuales, familiares y sociales contribuyen a profundizar las desigualdades. Las cifras muestran aumentos del uso de anticonceptivos en el Resto de Costa y en la Sierra, una persistencia del nivel de prevalencia registrado en el 2000 en la selva, y una disminución en Lima Metropolitana, que influye enormemente en la prevalencia nacional, dado su enorme peso demográfico.

Pero el uso de métodos modernos ha caído en todas las regiones particularmente en la selva y en la sierra en donde la escasez de métodos anticonceptivos se ha compensado con métodos tradicionales y folklóricos que, en contraste con los métodos modernos, han experimentado una notable alza, como se ve en el cuadro 6.

**CUADRO 6**

**MUJERES UNIDAS: USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

Región Natural	2000				2005			
	Método Moderno	Método Tradicional	Método Folklorico	Total	Método Moderno	Método Tradicional	Método Folklorico	Total
Perú	68,9	50,4	17,5	0,9	70,7	47,1	21,9	1,7
Lima-Metropolitana	73,4	58,8	14,1	0,5	72,9	55,5	16,9	0,6
Resto de Costa	72,1	57,6	14,2	0,3	73,5	53,8	19,0	0,7
Sierra	63,9	38,9	23,8	1,2	68,6	36,9	29,2	2,4
Selva	66,9	50,5	14,3	2,1	66,8	45,2	17,9	3,8

Fuente: INEI, ENDES 2000 y ENDES CONTINUA 2004-05

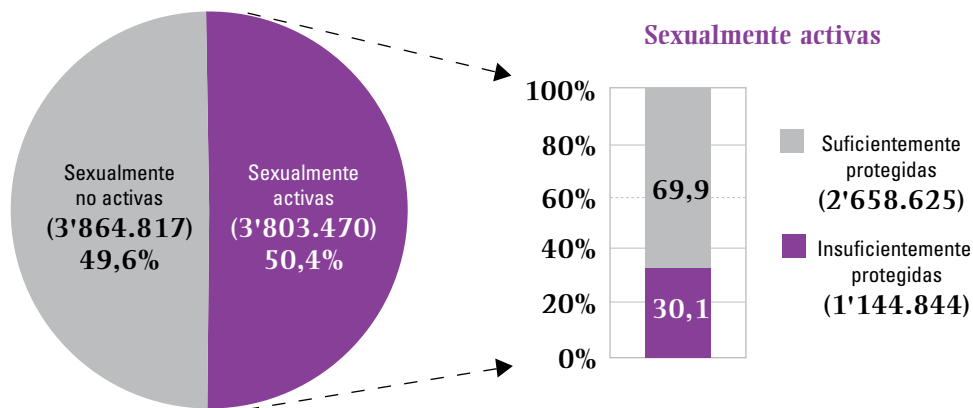


## 1.6 MUJERES EXPUESTAS AL RIESGO DE EMBARAZO INSUFICIENTEMENTE PROTEGIDAS

Actualmente hay en el país 7,7 millones de mujeres en edad reproductiva, (entre 15 y 49 años). De ellas, la mitad (49,6%) es sexualmente activa; es decir, declaró actividad sexual en las cuatro semanas previas a la entrevista, (ENDES 2005). En cifras absolutas habría un aproximado de 3,8 millones de mujeres que tienen relaciones sexuales frecuentemente y que están en condiciones de procrear.

### GRÁFICO 5

PERÚ: MUJERES EN EDAD FÉRTIL SEGÚN ACTIVIDAD SEXUAL (7'668,287)

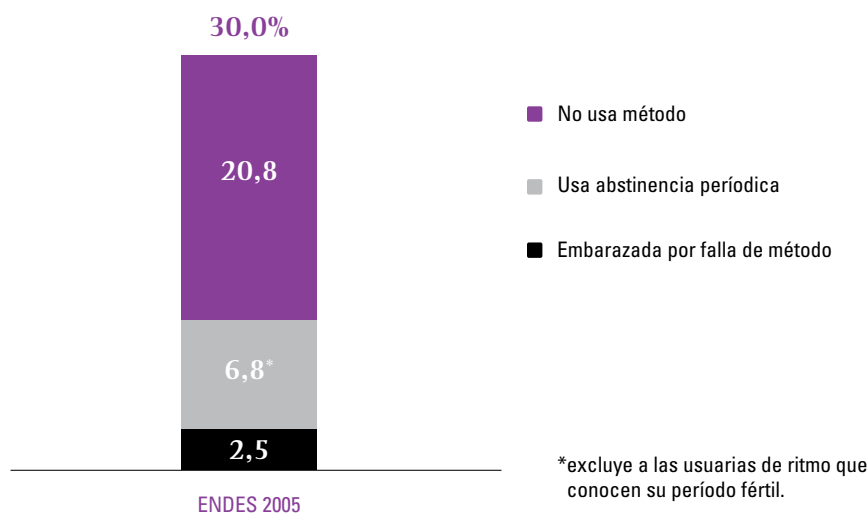


Fuente: INEI, ENDES CONTINUA 2004-05

El balance entre la actividad sexual, el deseo o no de tener (más) hijos y el uso de anticonceptivos permite tener una idea de la exposición al riesgo de embarazo y la calidad de la protección frente a esa contingencia. Hay mujeres sexualmente activas que no quieren más hijos o no los quieren en los próximos dos años, pero corren el riesgo de quedar embarazadas sin desearlo porque:

- no usan método anticonceptivo,
- usan abstinencia periódica pero no conocen el funcionamiento de su período fértil, o
- están embarazadas por falla de método.

Ese balance, según la última ENDES, del total de mujeres sexualmente activas, el 30% o sea 1'140 mil mujeres estarían insuficientemente protegidas y un 70% está suficientemente protegida (véase gráfico 5). La protección insuficiente incluye a un 20,8% que tiene relaciones sexuales pero no usa métodos aunque no quiere tener más hijos, un 6,8% que tampoco los desea pero usa la abstinencia periódica sin saber cómo se usa y un 2,5% que se encuentra embarazada por falla de método (véase gráfico 6).

**GRÁFICO 6****MUJERES DE 15 A 49 AÑOS INSUFICIENTEMENTE PROTEGIDAS DE UN EMBARAZO NO DESEADO, 2000**

Datos más detallados de la referida encuesta acerca de la práctica anticonceptiva de las mujeres sexualmente activas da la siguiente distribución por método usado en la última relación sexual:

**CUADRO 7****MUJERES SEXUALMENTE ACTIVAS POR MÉTODO USADO EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL**

Ningún método	20,8%
Píldora	8,5%
DIU	6,3%
Esterilización Femenina	10,8%
Ritmo	19,4%
Otro	34,0%

Fuente: INEI, ENDES CONTINUA 2004-05

Aparte de la falta de accesibilidad geográfica a los servicios de salud o a las fuentes de abastecimiento de métodos, diversos factores como actitudes personales, patrones culturales y desinformación o insuficiente información sobre el uso correcto de los métodos y sus efectos secundarios (por ejemplo mitos sobre el DIU del que se cree que puede ocasionar cáncer) determinan que el 55% de mujeres peruanas en edad fértil y el 29% de mujeres unidas no usen métodos de planificación familiar o no lo hagan correctamente.



El problema es más grave aún si se considera que de cada cien, apenas 30 mujeres en edad fértil y 47 mujeres unidas utilizan métodos anticonceptivos modernos. Si bien, correctamente utilizada la abstinencia periódica –que es el método tradicional más popular– puede ser efectiva, en el país se usa con poco o nulo conocimiento de cómo funciona el ciclo fértil. Como ya se ha visto, el 41% de usuarias de ritmo no sabe en qué momento del período menstrual la mujer puede quedar más fácilmente embarazada si tiene relaciones sexuales sin protección. Esto significa que 154 mil mujeres están usando ritmo sin saber cómo se usa; ello explicaría la elevada tasa de falla de este método. En el 2005, de todas las mujeres que discontinuaron el uso del ritmo (42% de usuarias), el 16% lo hizo porque este método les falló; es decir, habían quedado embarazadas en los primeros doce meses de su uso. Los porcentajes de discontinuación por falla para otros métodos son: 11,4% para el retiro, 5,9% para el condón, 2,3% para la píldora, 0,4% para el DIU y 0,8% para el inyectable (ENDES 2004-2005). Los métodos tradicionales son –como demuestran las cifras– los de mayor falla, aunque no son los de mayor nivel de discontinuación. En efecto, la de mayor discontinuación es la píldora con el 60%, pero la gran mayoría de usuarias lo hizo para cambiarse a un método más efectivo.

Al quedar embarazada sin desearlo una mujer puede decidir continuar con el embarazo y tener un hijo no deseado o interrumpirlo voluntariamente recurriendo a un aborto. Esta última opción no es infrecuente en el país como se verá a continuación.

## II. ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE EL ABORTO A PROFESIONALES Y NO PROFESIONALES

En el 2001 se entrevistó a 103 profesionales de la salud (y de otras disciplinas, principalmente de las ciencias sociales), y no profesionales con vasto conocimiento sobre la práctica del aborto en el país: médicos ginecólogos, médicos generales, obstetras, enfermeras, maestros, psicólogos, parteros y parteras de 12 ciudades<sup>10</sup> y de áreas rurales en las tres regiones naturales y que trabajan en diversos lugares,<sup>11</sup> fueron visitados en sus lugares de residencia lo que permitió tener una amplia mirada de las circunstancias en las que ocurre la interrupción del embarazo. En el 2004, otras 60 personas de similar perfil al de la muestra anterior fueron entrevistadas en 7 ciudades del país y en base a ambas encuestas se ha llegado a las conclusiones que se presentan a continuación.

Por otro lado, 130 mujeres en el 2001 y 56 en el 2004 confiaron sus propias experiencias y la de sus pares sobre las vivencias que experimentaron a partir de su decisión y que completan la visión del problema contribuyendo a su comprensión.

### 2.1 MÉTODOS PARA INDUCIR ABORTOS

Se pidió a los entrevistados que espontáneamente señalaran todas las formas, técnicas o métodos que conocen, o sobre los cuales han escuchado hablar para interrumpir un embarazo. La consigna fue que las mencionaran sin considerar si son efectivos o no y si quienes los practican son profesionales o personal sin calificación. Los entrevistados dieron una lista de los más diversos y variados mecanismos utilizados por las mujeres para poner término a embarazos que no desean. Dicha lista comprende procedimientos modernos, eficaces y seguros (como la dilatación y legrado y la aspiración por vacío) y técnicas populares empleadas por las propias mujeres o por empíricos con alto riesgo para la salud y la vida de la mujer. Como se aprecia en el cuadro 8, la forma más comúnmente utilizada para inducir abortos es la introducción vaginal de medicamentos, sustancias u objetos. En este grupo destaca, por mucho, el uso vaginal, oral o combinado (vaginal y oral) de prostaglandinas (medicamento cuyo efecto es producir contracción uterina) ya sea siguiendo un protocolo de administración cuya eficiencia ha sido comprobada, o simplemente en distintas dosis que no responden a un protocolo de eficiencia probada y que varían dependiendo si se trata de automedicación o si fue sugerido por un farmacéutico, su asistente de farmacia u otra persona no calificada.

La expansión del uso de prostaglandinas con fines obstétricos se refleja, en cierta forma en el crecimiento de la venta del Cytotec de acuerdo a la información del IMS Helath Incorporated<sup>12</sup>. En efecto, una medición parcial muestra que la venta aumentó de 12.406 unidades en el año 2000 a 13.401 unidades en el año 2003. Pero hay otras prostaglandinas de venta en farmacias como el misoprostol, y algunas otras variedades que entran de contrabando al país procedente de Ecuador, Brasil y Bolivia, como el Cytotone cuyo uso también ha aumentado, pero cuya distribución se desconoce.

<sup>10</sup> Lima-Callao, Cusco, Trujillo, Cajamarca, Tarapoto, Huánuco, Huancayo, Ayacucho, Huancavelica, Chíncha, Huaraz e Iquitos.

<sup>11</sup> 59 % trabaja en establecimientos de salud del sector público,  
 • 14% en una clínica privada,  
 • 11% en una organización de mujeres,  
 • 7% es profesional independiente, el 4% es docente universitario  
 • 4% es partero o partera.

<sup>12</sup> IMS Health Incorporated es el principal proveedor mundial de inteligencia de mercado de las industrias farmacéutica y de la salud.



**CUADRO 8**  
TÉCNICAS USADAS EN EL PERÚ PARA REALIZAR ABORTOS INDUCIDOS

Técnica	%
1. Introducción vaginal de medicamentos, sustancias u objetos	98,6
• Medicamentos (prostaglandinas: Cytotec o Misoprostol)	79,0
• Sonda o catéter (sin uso de soluciones)	34,6
• Otros objetos sólidos (palitos de tejer, alambres, vías de venoclisis, etcétera)	30,8
• Sustancias diversas (lejía, agua jabonosa, agua con sal, detergentes, bencina, etcétera)	27,9
• Sustancias diversas (lejía, agua jabonosa, agua con sal, detergentes, bencina, etcétera)	25,0
• Infusión de yerbas (ruda, pepa de palta, etcétera)	15,5
• Elementos vegetales (raíces de yuca, de mango, por ejemplo)	5,6
2. Administración oral de medicamentos y otras sustancias	91,5
• Prostaglandinas (Cytotec, Misoprostol)	73,2
• Yerbas, cualquier infusión	45,0
• Medicamentos hormonales	8,5
• Combinación de medicamentos y yerbas	12,5
3. Aspiración manual endouterina (AMEU)	74,6
4. Dilatación y Legrado (LUI)	58,0
5. Uso combinado (vaginal y oral) de prostaglandinas	40,5
6. Otros medios	29,0
• Masaje o presión en el estómago	34,0
• Maltratos (coito intensivo), golpes intencionales por parte de la pareja	15,0

*Los porcentajes no suman 100% porque se han tomado en cuenta todas las menciones y no el número de informantes. Un mismo informante mencionó más de una técnica.*

Es interesante hacer notar que el estudio realizado por The Alan Guttmacher (1994) no reportó el uso de prostaglandinas en razón que a comienzos de los años 90', salvo en algunas ciudades de la selva donde era usado de manera muy limitada, las mujeres al parecer no conocían las propiedades obstétricas de estos medicamentos. Al informarse las mujeres, básicamente por transmisión oral, de la forma cómo actúan estos fármacos, su uso se habría iniciado en la segunda mitad de esa década y expandido en la primera mitad de la década del 2000-2009. Actualmente, se ha difundido en todo el país y los proveedores de servicios de salud están de acuerdo que ha permitido una disminución de la frecuencia y la severidad de las complicaciones por aborto.

Aunque las técnicas, métodos y formas utilizadas para inducir abortos son menos riesgosas que antes, un sector de mujeres todavía recurre a procedimientos peligrosos como la introducción vaginal de objetos sólidos (ramas, palitos de tejer, equipo de venoclisis, alambres, entre otros) y de líquidos (agua jabonosa, agua oxigenada,

lejía, brea, infusión de yerbas, Coca-Cola y sustancias a base de sal), la administración intramuscular de reguladores menstruales, o la ingesta de medicamentos principalmente Aspirina y Mejoral en grandes cantidades, que muchas veces producen intoxicación sin alterar en absoluto la continuación del embarazo.

Es bastante frecuente la toma de extractos, infusiones o mates de yerbas que varían de acuerdo a la zona de residencia de la mujer aunque muchas plantas tienen un “prestigio” como abortivos arraigado en todo el país; por ejemplo la ruda, la pepa de palta y el puspino.

En un gesto desesperado las mujeres pueden recurrir a la violencia física ejercida por ellas mismas, por su pareja o por terceros: golpes, caídas y maltrato se cuentan entre estas formas. Todo esto lleva a concluir que el camino para interrumpir una gestación puede ser para una mujer peligroso e increíblemente complicado e incierto. En no pocos casos, incluye medidas cuyas consecuencias ella no anticipa como acudir a una persona no calificada o autoinducirse el aborto utilizando sustancias tóxicas que pueden tener consecuencias fatales.

Por tipo de proveedor, las técnicas utilizadas se distribuyen de la siguiente manera:

**CUADRO 9**  
TÉCNICAS UTILIZADAS PARA PRODUCIR ABORTOS POR TIPO DE PROVEEDOR

Por personal de salud (médicos, obstétricas, enfermeras)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- AMEU,</li> <li>- LUI,</li> <li>- Prostaglandinas (vaginal/oral con protocolo correcto de administración)</li> </ul>
Por personas empíricas (parteras, comadronas, curanderos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sondas solas,</li> <li>- Sondas con sustancias,</li> <li>- Prostaglandinas (oral y vaginal. Sin protocolo de administración)</li> </ul>
Por las propias mujeres	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prostaglandinas (oral y vaginal administradas en exceso o en dosis mínimas, no conocen el protocolo de administración)</li> <li>- Yerbas, brebajes, infusiones</li> <li>- Reguladores menstruales</li> <li>- Medios físicos (caídas, golpes, maltratos)</li> </ul>

Fuente: Encuestas de opinión sobre la práctica del aborto inducido en el Perú (2001 y 2004).

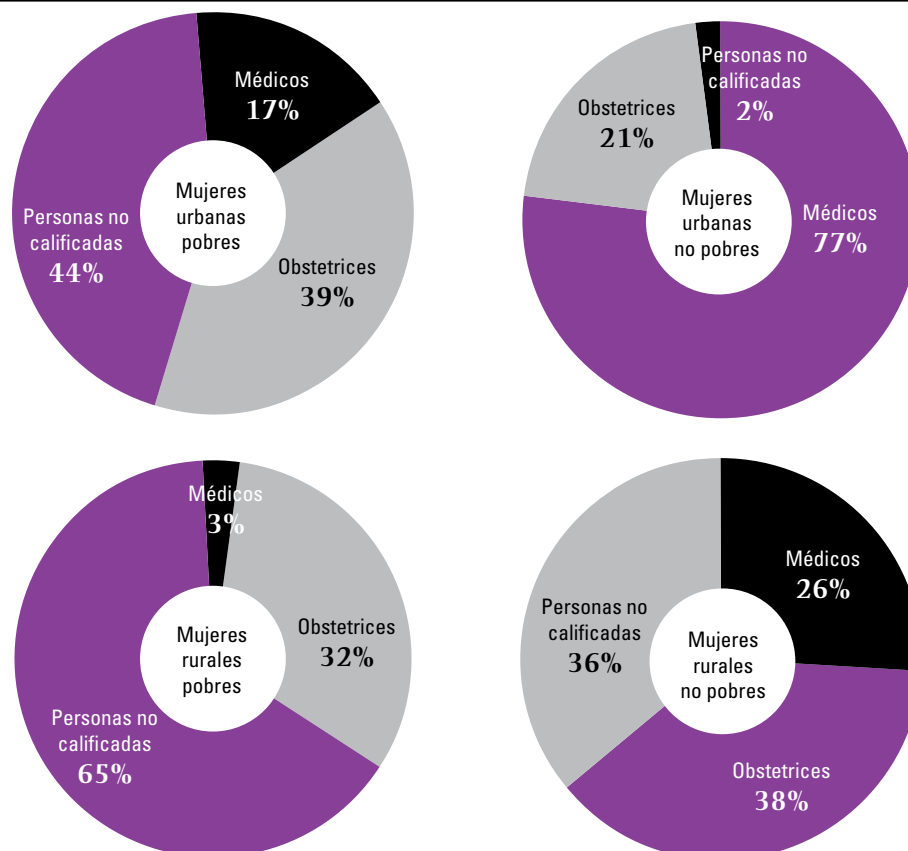


## 2.2 DÓNDE ACUDEN LAS MUJERES

La encuesta de opinión conducida especialmente para estimar el factor de expansión del número de mujeres hospitalizadas por complicaciones aborto, revela que la provisión de servicios de interrupción del embarazo, por profesional o empírico, depende de la capacidad adquisitiva de la mujer y de su lugar de residencia habitual: urbana o rural. Entre quienes pueden pagar por servicios calificados, que son las mujeres del área urbana económicamente pudientes, el 98% es atendida por un profesional de salud, (77% por un médico y el 21% por una obstetriz o enfermera). Sólo un 2% va a una persona no calificada, tratándose mayormente de adolescentes y jóvenes que se resisten a pedir ayuda a personas adultas para resolver su problema y confían en sus pares que con escaso conocimiento les aconsejan lugares y proveedores inseguros. En el otro extremo, el 56% de mujeres pobres urbanas también tienen atención profesional con la diferencia que visitan principalmente a una obstetriz o enfermera. Mejor es la situación de las mujeres rurales con recursos que en un 74% van a un profesional de salud, preferentemente una obstetriz o enfermera. Las mujeres rurales pobres son las que más sufren pues sólo el 35% tiene atención calificada, mientras que el 65% se hace atender por una persona empírica (técnicos sanitarios, parteras empíricas, curanderos, yerberos y brujos) o se manipula ella misma, gráfico 7. Cuando se trata de la autoinducción del aborto, los entrevistados señalan que es un proceso largo y complejo y, por lo general, poco exitoso que involucra una cadena de acontecimientos y situaciones.

### GRÁFICO 7

#### ¿QUIÉN REALIZA EL ABORTO? POR NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LA MUJER

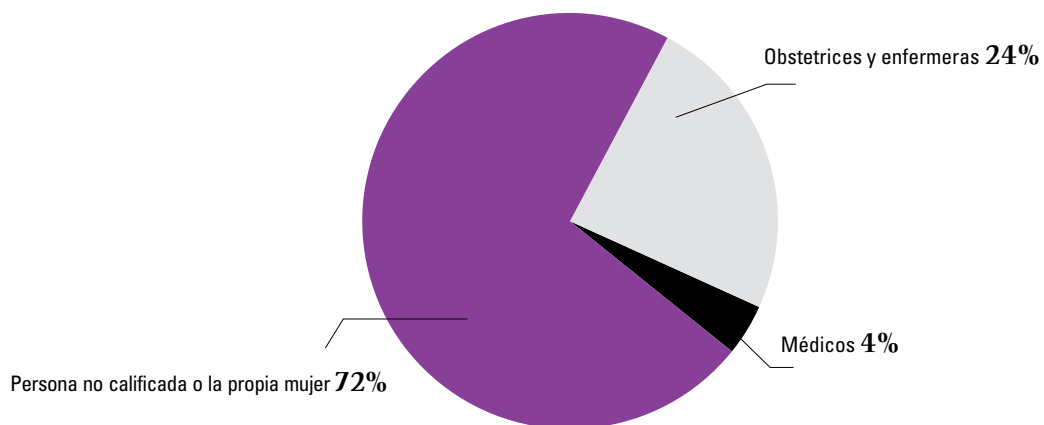


Fuente: Ferrando, D. El aborto clandestino en el Perú. Hechos y Cifras (Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y Pathfinder International, 2002)

## 2.3 ESTIMACIÓN DEL RIESGO DE COMPLICACIÓN Y DE LA PROBABILIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

Las complicaciones por aborto inducido dependen de quién realiza el procedimiento, considerándose que son mucho más elevadas si la mujer se provoca el aborto ella misma o es provocado por una persona empírica sin capacitación que si es atendida por un médico, por una obstetriz o por una enfermera. En base a la respuesta de los entrevistados en la encuesta de 2001, la probabilidad de complicación por tipo de proveedor sería del 72% si la mujer se manipula ella misma o si acude a una persona no calificada, 24% si va a una obstetriz o enfermera, y 4% si va a un médico.

**GRÁFICO 8**  
RIESGO DE COMPLICACIÓN POR TIPO DE PROVEEDOR



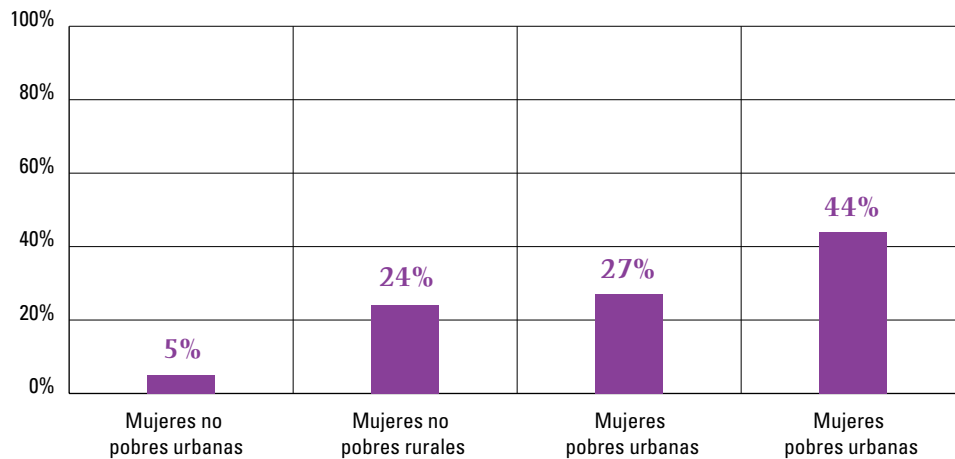
Fuente: D. Ferrando. Encuesta de opinión sobre la práctica del aborto inducido en el Perú (2001).

La condición socioeconómica –pobre o no pobre– de la mujer y su lugar de residencia habitual –urbana o rural– son también factores que juegan un rol importante en la probabilidad de sufrir complicaciones aun si las pacientes acuden al mismo tipo de proveedor. En opinión de los encuestados, el riesgo es más alto entre las mujeres pobres que viven en el área rural o en centros poblados carentes de asistencia médica. Estimaron que de cien mujeres que se hacen un aborto, 44 se complicarían entre las pobres rurales, 27 entre las urbanas pobres, 24 entre las no pobres rurales y 5 entre las no pobres urbanas. El mayor riesgo de complicación de las mujeres pobres se explica por su condición de salud previa al aborto: anemia, desnutrición y debilitamiento por distintos intentos realizados buscando interrumpir su embarazo; porque los profesionales de la salud a los que tienen acceso no tienen la misma capacitación que aquellos que atienden a mujeres adineradas; porque esos profesionales no siguen prácticas de prevención de infecciones y porque, debido a limitaciones económicas y a urgencias por continuar con sus labores cotidianas, las mujeres pobres no siguen las indicaciones de cuidados postprocedimiento y tampoco cumplen con la medicación prescrita.



## GRÁFICO 9

### ESTIMACIÓN DEL PORCENTAJE DE COMPLICACIONES POR CADA CIENTO MUJERES QUE TIENEN UN ABORTO CLANDESTINO



Fuente: D. Ferrando. Encuesta de opinión sobre la práctica del aborto inducido en el Perú (2001).

El mayor riesgo de las mujeres pobres respecto de sus pares menos pobres se debe a que reciben atención de personas no calificadas, a que son tratadas con métodos menos eficaces o a que se manipulan ellas mismas. La alta tasa de complicación entre las mujeres pobres urbanas o rurales se traduce también en una mayor tasa de mortalidad materna por aborto en estos grupos de mujeres, mientras que dichas muertes por causas que se pueden prevenir no se dan entre mujeres con recursos económicos.

El riesgo global de complicaciones basado en las probabilidades parciales para los cuatro grupos de mujeres se estimó en 30,5%; es decir que de cien mujeres que se practican un aborto, poco más de 30 se complicarían. En el estudio de The Alan Guttmacher (1994), se estimó un riesgo de complicación del 47%. La disminución observada en 2001 con respecto a 1994 se debería, entre otras, a las siguientes razones:

- Introducción en el país, aun en sectores populares, del "aborto médico" (antes solo se conocía el quirúrgico) mediante el uso de prostaglandinas.
- Difusión de la técnica de la Aspiración manual Endouterina, AMEU, para la evacuación de restos ovulares entre los profesionales de la salud, quienes la consideran mucho menos riesgosa que la dilatación y legrado.
- Mejor calidad de atención a pacientes con aborto incompleto que acuden a establecimientos públicos de salud por parte del personal de salud, quienes utilizan prácticas de prevención de infecciones.
- Mayor conocimiento y uso, inclusive por parte de mujeres pobres, de antibióticos para prevenir infecciones.

No todas las complicaciones son tratadas en un establecimiento de salud; por ejemplo, una complicación menor puede ser resuelta por la propia mujer con la ayuda de indicaciones que le puedan ofrecer en la farmacia. Hay complicaciones que requieren asistencia profesional, pero las mujeres tienen miedo de solicitarla por las consecuencias personales y legales que se derivan de una práctica prohibida por ley.

Ahora bien, el tratamiento de las complicaciones también depende de la capacidad adquisitiva de las mujeres y de su lugar de residencia. Por lo general, las mujeres pobres van exclusivamente a hospitales públicos (entre 93% y 100%), aun cuando antes de llegar al hospital intentan resolver –exitosamente o no– la complicación por otros medios. Es muy raro que las mujeres con recursos acudan a un hospital público, suelen ir a médicos privados o a clínicas privadas. La situación en las áreas rurales es difícil por la ausencia de establecimientos y de profesionales de salud capacitados.

Tomando en cuenta las características de las mujeres que se atienden por abortos y la opinión de los entrevistados en la encuesta de opinión pública sobre el aborto, se estimó la probabilidad de hospitalización y resultó más elevada si la mujer es pobre, sea cual fuere su lugar de residencia: 50% entre las mujeres pobres urbanas y 42% entre las pobres rurales; y más baja si la mujer es adinerada y de la ciudad (28%), pero la probabilidad de hospitalización es también alta entre las mujeres rurales económicamente pudientes (38%).

Con datos de la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES 2000) se construyó un indicador para distribuir a las mujeres por condición socioeconómica y obtener una probabilidad ponderada de hospitalización que resultó en 14%, que quiere decir que por cada aborto hospitalizado hay 7 no hospitalizados.

**CUADRO 10**  
**PROMEDIO PONDERADO DE HOSPITALIZACIÓN ENTRE MUJERES**  
**QUE SUFREN DE COMPLICACIONES DE ABORTO**

Tipo de proveedor	Urbana		Rural	
	Pobre	No Pobre	Pobre	No Pobre
Porcentaje de mujeres en cada categoría	63,0	7,0	44,1	24,3
Porcentaje total de complicaciones por aborto	27,1	5,2	44,1	24,3
Promedio de mujeres con complicaciones ponderado por nivel socioeconómico	17,1	0,4	12,6	0,4
Porcentaje con posibilidad de ser hospitalizadas	50	28	42	38
Promedio ponderado de mujeres en cada grupo hospitalizadas por complicaciones de aborto	8,54	0,11	5,27	0,14

**Promedio ponderado global de hospitalización = 14,07% (100 / 14 = 7)**  
**14,07 = representa 1 aborto hospitalizado por cada 7 no hospitalizados**



## 2.4 CONTEXTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL PERIODO 2000-2005

Un aspecto a tener en cuenta para entender la magnitud del aborto en el país y su variación en los últimos años es la prestación de los servicios de salud reproductiva y de planificación familiar en los establecimientos públicos de salud que –como ya se dijo en la introducción– ha sufrido un deterioro y una contracción que no ha podido ser superada hasta la fecha, a pesar de los intentos del Ministerio de Salud. Una política errática en lo que se refiere a la adquisición de insumos anticonceptivos, a su distribución a nivel nacional y a la entrega de métodos, entre muchos otros aspectos, ha dado lugar a dos indicadores paradigmáticos: a) una disminución de la prevalencia anticonceptiva de métodos modernos, que ya está siendo registrada en las estadísticas oficiales del INEI, y b) una disminución de la importancia del sector público como fuente de abastecimiento de métodos y un aumento de la farmacia como proveedor de insumos anticonceptivos. A continuación, se detallan algunos aspectos del actual escenario de la prestación de servicios de planificación familiar en hospitales, centros de salud y postas del Ministerio de Salud.

Como ya se señaló en la sección de Antecedentes, a partir del 2001 el Ministerio de Salud cambió el enfoque de aproximación a los problemas de salud – de uno basado en programas verticales a otro basado en estrategias integrales-. Este cambio tuvo un efecto negativo en la prestación de servicios de salud reproductiva en los establecimientos públicos de salud, una de cuyas consecuencias fue la disminución del uso de métodos modernos que ya ha empezado a evidenciarse en datos oficiales recogidos por el INEI a través de la reciente encuesta ENDES (2004-2005) y en informes y denuncias realizados por la Defensoría del Pueblo y diferentes organizaciones no gubernamentales, así como grupos de mujeres. La situación no ha sido superada. En junio de 2005, en la región Junín había desabastecimiento de condones en todos los establecimientos públicos.

El efecto de esta nueva orientación del sistema de salud no tardó en hacerse evidente. En el periodo 2000-2005 los establecimientos de salud del MINSa de todos los niveles, reportaron, en lo que a planificación familiar se refiere los siguientes problemas, entre muchos otros:

- Desabastecimiento total o parcial, por periodos, de insumos de planificación familiar, principalmente inyectables.
- Abastecimiento alternado o cíclico de métodos: Disponibilidad de píldora, o de inyectables, o de condón o de alguna forma combinada de dos de los insumos mencionados, pero difícilmente todos a la vez.
- Resistencia de los proveedores de salud a realizar procedimientos de esterilización femenina y masculina por temor a represalias.
- Ausencia de capacitación de los proveedores de salud en orientación en planificación familiar.
- Falta de material educativo y de folletería para las usuarias y usuarios de métodos anticonceptivos.

En el nivel central del MINSa se recogió la siguiente opinión: *“Las acciones de salud reproductiva se han debilitado. No hay un programa que supervisa, que vigila.... Hace buen tiempo que no se hace capacitación en metodología anticonceptiva ni en consejería...”*.

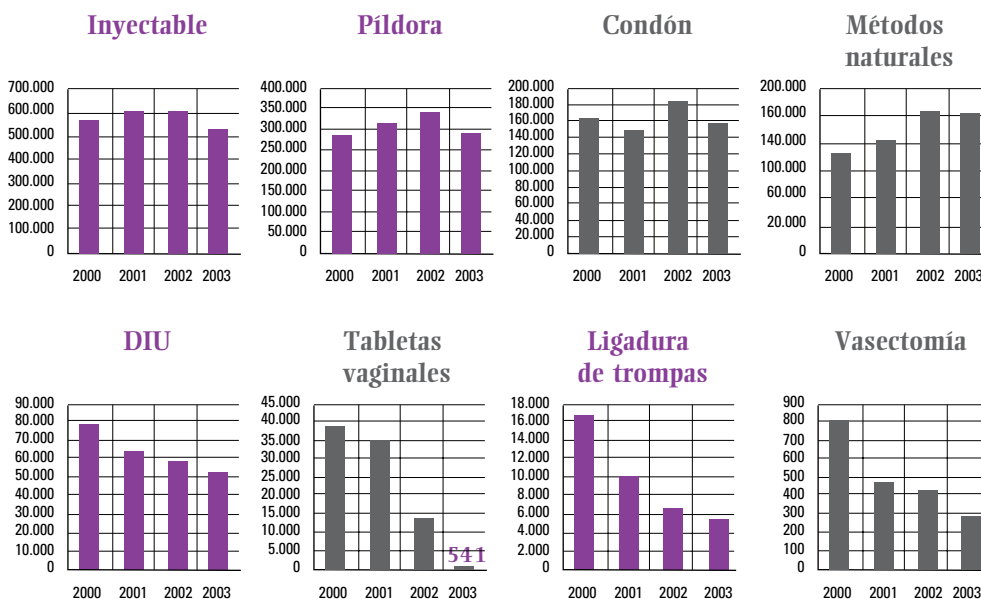
Una obstetra de un hospital público en el Cusco señaló que *“los servicios de planificación familiar se han venido abajo en todos los establecimientos de salud... en donde la planificación familiar es una cosa pequeña anunciado con un cartelito como tantos otros carteles... No hay procesos de seguimiento, evaluación de los servicios, capacitación del personal... hacemos lo que podemos con lo poco que tenemos”*.

Durante el periodo de abril a junio de 2004, cuando se hizo la visita a los hospitales para recoger la opinión y experiencia de los profesionales de salud y de las mujeres hospitalizadas por aborto incompleto, los y las entrevistados/as señalaron que:

- Hay desabastecimiento de métodos en los establecimientos del MINSA. No hay métodos o solo hay algunos.
- Hubo “episodios dramáticos” de desabastecimiento que han afectado por meses a las usuarias de planificación familiar en todo el país.
- Parte del desabastecimiento fue superado gracias a las donaciones de insumos anticonceptivos de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID, del Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, y de la cooperación Holandesa .

Información del propio Ministerio de Salud revela que entre el 2000 y 2003 disminuyó el número de parejas protegidas por tipo de método como se muestra en el gráfico 10.

**GRÁFICO 10**  
**PAREJAS PROTEGIDAS POR MÉTODO ANTICONCEPTIVO SEGÚN AÑOS**  
 2000 - 2003



Estas y otras evidencias fueron señaladas por diferentes organizaciones; por ejemplo, la Defensoría del Pueblo en su Informe N° 69, establece 12 observaciones, entre ellas:

- Restricción a información sobre métodos anticonceptivos.
- Cobros indebidos en centros de salud para limitar el acceso a métodos de planificación familiar.
- Desconocimiento del personal de salud de las Normas del Programa Nacional de Planificación Familiar.



Y en “Supervisión a los servicios de Planificación Familiar”, de enero de 2005, la misma Defensoría informa que ha constatado, y en ocasiones ratificado la persistencia, entre otros, de los siguiente hallazgos:

- Disminución del número de usuarias/usuarios de anticonceptivos.
- Negativa o restricción en el acceso a métodos anticonceptivos.
- Cobros indebidos por servicios de planificación familiar.
- Desconocimiento de las normas de planificación familiar.
- Restricción de acceso al Sistema Integral de Salud.

Por su parte, el Centro de Salud Reproductiva y Desarrollo en su publicación Alerta Salud N° 17 ratifica algunos de los hallazgos mencionados y resalta otros encontrados en el Cono Sur de Lima, en un área que comprende a más de 4 millones de personas. Dice que:

- Para los proveedores de servicios de salud el problema principal es el desabastecimiento de insumos anticonceptivos.
- El inyectable es el método que ha hecho más falta no obstante que era el método de mayor uso.
- Debido a la escasez de métodos anticonceptivos, los proveedores tienen que reducir el número de anticonceptivos a entregar.
- Durante la consejería, las usuarias no tienen muchas opciones de elegir el método de su preferencia por falta de disponibilidad de insumos anticonceptivos.
- En algunos establecimientos se cobra la consulta a las usuarias de planificación familiar.
- Cuando se trata de AQV, la paciente tiene que cubrir el íntegro de los gastos en medicamentos.

Igualmente, los hallazgos del *Regional Contraceptive Security Feasibility Study*,<sup>13</sup> realizado en 2003 en 67 establecimientos de salud de Lima-Callao e Ica revelaron que el 53,7% de esos establecimientos había experimentado desabastecimiento en los 12 meses anteriores al estudio. La Depo-Provera y la píldora fueron los métodos más frecuentemente ausentes, pero tampoco había condones o DIU.

Durante el trabajo realizado para este estudio se tomó nota del caso de una mujer atendida por aborto incompleto en un establecimiento de la sierra sur. Ella solicitó la inserción del DIU postaborto y le pidieron que regresara en una semana cuando lo apropiado es que se inserte el DIU inmediatamente después del tratamiento del aborto incompleto, o cuando le vuelva la regla.

## CUADRO 11

### MINSA: PRESUPUESTO EJECUTADO Y ESTIMADO PARA MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Año	Nuevos Soles
2000	7'889.714
2001	3'238.885
2002	8'793.030
2003	1'600.000
2004	8'508.029 (estimado)

Fuente: MINSA, proporcionado por la DGSP

<sup>13</sup> USAID, DELIVER, POLICY (2003): *Regional Contraceptive Security Feasibility Study*

Esta escasez de métodos, y a veces su total ausencia, pudo haber obedecido a problemas de logística que afectaron su distribución –cabe anotar que fue en este tiempo también que cesaron las funciones de PRISMA como operador logístico de métodos anticonceptivos debiendo asumir completamente el MINSA las tareas y coordinaciones para la distribución de insumos–, pero también por la escasez de insumos debido a que no se efectuaron las compras respectivas.... En el nivel central del MINSA se dijo que: *“No se compraron métodos anticonceptivos y por la ausencia del programa las cosas se retrasaron o no se hicieron con la celeridad que se hacía cuando existía el programa”*. Tal como muestran las cifras del cuadro 11, el gasto en el rubro de planificación familiar cayó de casi 8 millones de nuevos soles en el año 2000 a 1,6 millones en el año 2003. Para el 2004 se ha estimado un gasto superior a los 8 millones (presupuesto cuya ejecución lamentablemente no pudo verificarse).

Respecto a la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV), una queja frecuente entre las mujeres era que en los establecimientos de salud no había atención para este método. Los médicos se resisten a realizarla señalando que *“a la hora que nos hagan un juicio nadie nos va a defender”*, en alusión a la investigación que se efectuó al término del mandato del presidente Fujimori, en la que se estableció la existencia de casos de operaciones de AQV realizadas sin mediar la elección libre y voluntaria de la usuaria.

Además de lo registrado por el Centro de Salud Reproductiva y Desarrollo en su publicación *Alerta Salud* N° 17 sobre que la usuaria que se decide por una AQV debe pagar el íntegro de los gastos, contraviniendo el mandato que los métodos anticonceptivos deben ser provistos de manera gratuita por el Estado, la Defensoría del Pueblo en su *Informe* N° 69 también observa la:

#### Reducción de intervenciones quirúrgicas anticonceptivas.

Para suplir en parte la escasez de métodos anticonceptivos, las mujeres recurrieron a otras formas de protección frente a un posible embarazo no deseado. Por ejemplo se incrementó el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia tanto en su presentación original, Postinor 2, como en otras presentaciones. En efecto, la Droguería Farmagé, importadora del producto reveló que desde su lanzamiento en julio de 2002 hasta diciembre de 2006 se han realizado ventas acumuladas por más de 920 mil unidades, según un crecimiento anual que se muestra en el cuadro 12. Adicionalmente se reporta un incremento de la venta de la píldora anticonceptiva de emergencia de otras marcas que totalizaron casi 800 mil unidades vendidas entre junio de 2004 y diciembre de 2006.<sup>14</sup>

**CUADRO 12**  
PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA VENDIDAS (2002 – 2006)

	Postinor 2	Otra AOE	
2002	12.650		
2003	133.219		
2004	297.035	junio 2004 - julio 2005	344.600
2005	328.184	agosto 2005 - julio 2006	241.900
2006	348.835	agosto 2006 – diciembre 2006	151.150

Fuente: APPRENDE. Nota de Prensa. Más de 32 mil abortos evitados. Lima, julio 17, 2006

<sup>14</sup> APPRENDE. Nota de Prensa. Más de 32 mil abortos evitados. Lima, 17 de julio de 2006.



### III.

## ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE ABORTOS INDUCIDOS POR AÑO

Dadas las condiciones de la prestación de servicios de planificación familiar entre el 2000 y el 2004 caracterizada por las limitaciones y problemas brevemente descritos en la sección anterior, se buscó determinar cuál había sido la variación en el número de abortos.

El desabastecimiento de métodos modernos en los establecimientos públicos se manifiesta en la variación de la fuente de abastecimiento de método moderno que declararon las mujeres. Los datos de la ENDES 2005 revelan que el sector público como proveedor de insumos anticonceptivos disminuyó de 79,3% a 71,5%, el sector privado aumentó de 18,9% a 26,9% y dentro de este sector, el grupo de farmacia creció dos veces y medio, de 8% a más de 20% (véase cuadro 13).

**CUADRO 13**  
FUENTE DE ABASTECIMIENTO DE MÉTODO MODERNO (2000-2005)

	2000	2005
Fuente pública	79.3	71.5
Fuente privada	18.9	26.9
Farmacia	8.1	20.4
Otra fuente privada	0.6	0.4
Otra fuente	0.9	1.1

Fuente: INEI, 2000 y ENDES CONTINUA 2004-05

El desabastecimiento mencionado también se expresa en la disminución de la prevalencia de uso de métodos modernos que entre las mujeres unidas bajó de 50% en el año 2000 a 47% en el 2005 como se vio en la sección 1.5 de este informe.

De todas las pacientes hospitalizadas por aborto incompleto, el 39% en provincias y el 12% en Lima declararon que habían quedado embarazadas, porque no pudieron abastecerse de métodos anticonceptivos en el establecimiento de salud donde solían hacerlo o porque cambiaron de método al no encontrar en el establecimiento el que venían utilizando. En la región San Martín se extendió el uso de los Cycles Beads, también conocido como el método "del collar", dispositivo desarrollado para favorecer un correcto y más eficiente uso del método de la abstinencia periódica.

Durante el trabajo de campo, el personal de los hospitales indicó que había un aumento del número de pacientes atendidas por aborto incompleto en los establecimientos donde trabajaban. En ese mismo sentido apuntan las estadísticas sobre abortos acopiadas por la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) en base a reportes de las DISAS. Efectivamente, el número de mujeres atendidas por aborto incompleto aumentó de 34.653 en el año 2000 a 41.800 en el año 2003 (véase cuadro 14).

**CUADRO 14**  
NÚMERO DE ABORTOS REPORTADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD

Año	Oficina General de Estadística e Informática HOGEI	Dirección General de Salud de las Personas, DGSP
1998	23.692	
1999	31.680	
2000	30.784	34.653
2001		35.000
2002	27.721	38.851
2003		41.800
2004		45.218

Fuente: Ministerio de Salud

Los entrevistados también indicaron que no solo había más pacientes para ser tratadas por aborto incompleto, sino que con respecto a años anteriores observaban la presencia de casos de abortos sépticos, atribuidos, entre otras cosas a:

- Persistencia de mujeres de sectores populares y áreas rurales en el uso de prácticas inseguras de interrupción del embarazo. Los profesionales de salud de los establecimientos todavía encuentran sondas en cavidad abdominal, cuello necrosado e infección severa por uso de instrumental contaminado, entre otras complicaciones graves.
- Las comadronas y los empíricos no han desaparecido; al contrario, ofertan un “trabajo” barato valiéndose de los “jaladores o jaladoras” cuyo papel es identificar a mujeres que buscan servicios de interrupción del embarazo y llevarlas a consultorios marginales para ser atendidas por alguien que les cobre de acuerdo a sus posibilidades. Por cada paciente, estos “jaladores” cobran una comisión y a veces ganan más que la propia persona que hace la intervención.
- Las prostaglandinas son usadas incorrectamente. La mujer sangra, quedan restos ovulares; ella espera días para buscar atención, dando origen a una complicación
- Los establecimientos o consultorios donde se brinda atención del aborto incompleto o de tratamiento del postaborto (PAC), que no pertenecen al sector público, cobran precios que el promedio de las mujeres que buscan estos servicios no pueden pagar. Pocos ofrecen atención ambulatoria y, si la ofrecen, muchas mujeres no cumplen con el requisito de no sufrir complicaciones para ser atendidas con la aspiración manual endouterina (AMEU), que resuelve de manera sencilla el aborto incompleto sin necesidad de internamiento. Por otro lado, hubo un momento en que el personal de hospitales públicos mostró ciertas reservas para brindar servicios de postaborto por temor a represalias de las autoridades del establecimiento.

Un médico en Lima señaló que: *“El gran problema es que durante los primeros dos años de la administración del Presidente Toledo, las altas autoridades de salud no sólo se tiraron en contra de los métodos sino en contra de la atención del post aborto. Empezaron a estigmatizar a todo aquel que ofrecía atención del post aborto y a todo aquel que manejaba la aspiración manual endouterina, AMEU, y también a los lugares donde se vendía los kits o las jeringas y esto afectó la provisión del cuidado del post aborto. Indagaron quiénes habían recibido capacitación en el manejo de la AMEU y la gente tenía miedo... se indagó quiénes habían sido capacitados en la técnica. La atención del post aborto se vino a menos... Los proveedores de servicios de salud tenían miedo de perder sus empleos. Se les pedía información sobre las pacientes que tuvieron una anticoncepción quirúrgica y vasectomía... El objetivo ha sido claro y es el de irse contra todo lo que es planificación familiar y atención del post aborto... ”*



Mientras que otro profesional en un hospital de San Martín declaró que “.. *hay temor entre las pacientes y entre los proveedores. Unas por acudir al establecimiento y los otros por brindar atención*”

En base a la información recogida por el Ministerio de Salud sobre abortos para el 2004, se calculó el número de abortos clandestinos que tuvieron lugar en el país. En ese año, las DISAS reportaron 42.558 atenciones por aborto incompleto en establecimientos del MINSA. Como se sabe, esta cifra es incompleta porque debe ser ajustada para incluir los casos atendidos en el sector privado y para excluir los abortos espontáneos.

• Abortos incompletos en establecimientos del MINSA.....	42.558
• Ajustado por un 10% para corregir la omisión <sup>15</sup> .....	46.814
• Abortos incompletos en EE.SS de EsSalud y del sector privado .....	15.606
• Total .....	62.420
• Excluyendo los abortos espontáneos .....	53.681

Como se ha visto en la sección 2,3 de este informe, cada aborto hospitalizado representa otros 7<sup>16</sup> que no se registran en las estadísticas hospitalarias debido a que se realizan en condiciones seguras y no experimentan complicaciones, las complicaciones se tratan ambulatoriamente, o son tan serias que la paciente muere sin recibir tratamiento. Al multiplicar el número de mujeres hospitalizadas por aborto incompleto por otras 7 se obtiene una cifra de 376 mil abortos.

$$53.060 \times 7 =$$

## 376.000 ABORTOS CIANDESTINOS

Esta cifra sería superior a **400 mil** si no fuera por la expansión del uso de la anticoncepción oral de emergencia que, desde su lanzamiento en el 2002 hasta diciembre de 2006, habría evitado, solo bajo su forma original Postinor2, alrededor de 32 mil abortos.<sup>17</sup> Si se tiene en cuenta que otras marcas de la píldora anticonceptiva de emergencia también se vendieron en similares cantidades, entonces habrían sido evitados más o menos 60 mil abortos en el periodo mencionado.

La cifra de 370 mil abortos, que ocurren cada año en el país, eleva ligeramente la proporción de mujeres en edad fértil que se practican un aborto: de 5,2 a 5,3 de cada cien, siendo las protagonistas en su gran mayoría mujeres pobres de las ciudades y del campo, y adolescentes.

<sup>15</sup> Se calcula un 10% de omisión por:

- Diagnóstico incorrecto.
- Omisión de registro. A veces cuando la atención es ambulatoria no se prepara HC.
- Omisión de inscripción en el Libro de Emergencias.
- Subreporte a la DISA, aunque se registra en el establecimiento.

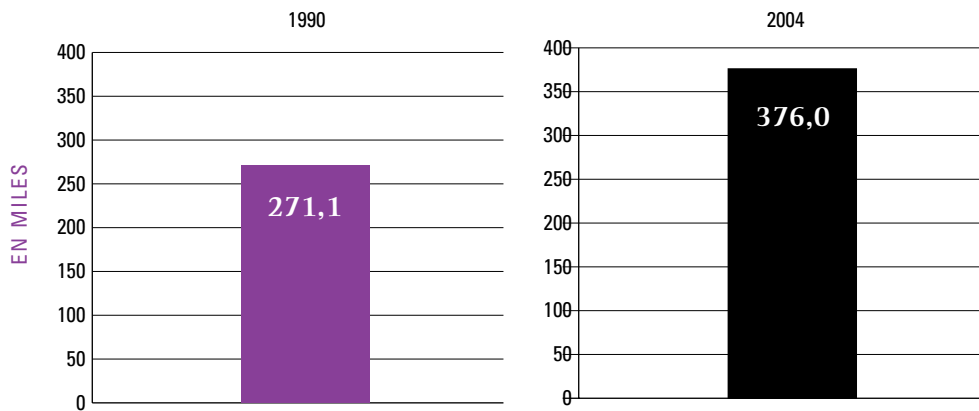
<sup>16</sup> Cada aborto hospitalizado representa otros 7 que también se realizan:

- Se realizan en condiciones seguras.
- Sufren complicaciones menores que son resueltas por las propias mujeres o por un profesional de salud en consulta privada.
- O se trata de pacientes que mueren antes de llegar a un establecimiento de salud.

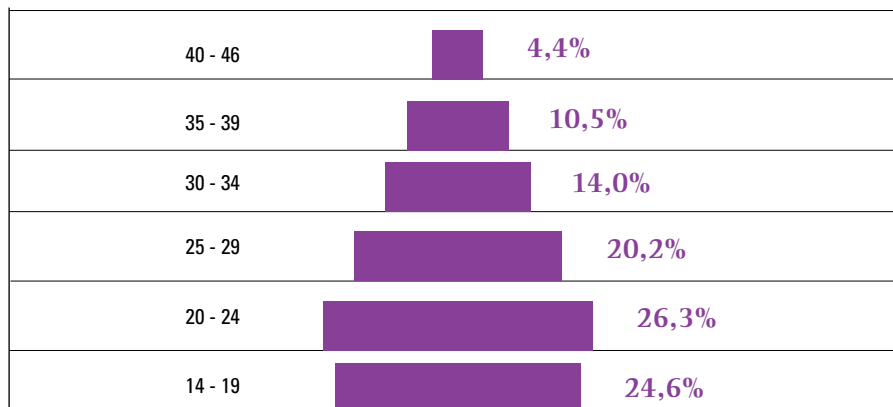
<sup>17</sup> APPRENDE, nota de prensa del 17 de julio de 2006.

**GRÁFICO 11**  
ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE ABORTOS INDUCIDOS EN 1992 Y 2004

Efectivamente, entre las mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto, más de la mitad tienen menos de 25 años, como se muestra en el gráfico 12.



**GRÁFICO 12**  
DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LAS MUJERES HOSPITALIZADAS POR ABORTO INCOMPLETO





Como un resultado directo de la reaparición de abortos sépticos, también se señala que la muerte materna se mantiene en un nivel elevado y que el aborto continúa siendo la tercera causa en orden de importancia. El problema con las muertes maternas es que es un indicador polémico y difícil de medir, por lo que se manejan distintas estimaciones que van desde los 700 casos por año hasta un valor cercano a los 2.000 (resultado preliminar de la Encuesta Continua del INEI de 2005).

Por otro lado, el porcentaje de adolescentes que mueren por causas maternas respecto al total de casos ha aumentado como puede verse en el siguiente cuadro, con información hasta el 2003 (no fue posible conseguir información más reciente), presumiéndose que parte de los casos de estas muertes son por complicaciones de aborto.

**CUADRO 15**  
**% DE MUERTES MATERNAS DE ADOLESCENTES RESPECTO**  
**DEL TOTAL DE MUERTES MATERNAS**

1997	15,6%
1998	15,6%
1999	13,3%
2000	11,9%
2001	11,1%
2002	14,5%
2003	15,7%
	(subregistro 40%)

Fuente: Ministerio de Salud, DGSP





## CONCLUSIÓN

A pesar de ser ilegal, el aborto inducido es utilizado frecuentemente en el país como una medida extrema para terminar embarazos no deseados. Las condiciones en que se produce depende del nivel socioeconómico de la mujer, de su lugar de residencia urbana o rural y de su capacidad de autonomía, encontrándose enormes desigualdades por estratos socioeconómicos en las circunstancias que rodean la práctica del aborto y que traducen la situación desfavorable de los grupos pobres y rurales de mujeres.

Todas las evidencias señalan que la familia pequeña es una aspiración en todos los sectores y grupos sociales. La vía por excelencia para concretar este deseo es el uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo en lo que va de la presente década, la prestación de servicios de salud reproductiva y planificación familiar por el sector público, que sirve a la gran mayoría de la población, se ha visto afectada por medidas que dieron lugar a una restricción de la disponibilidad de métodos en todo el país. Esto resultó en una reducción de la participación del sector público como fuente de abastecimiento de método modernos. En su lugar creció el sector privado, particularmente el rubro de farmacias.

De acuerdo a la ENDES 2004-2005, el 57% de nacimientos ocurridos en los últimos cinco años se produjeron sin que sus padres los hubieran deseado. Esta cifra encaja con estadísticas sobre exposición al riesgo de embarazo. En el país de 3.8 millones de mujeres sexualmente activas, alrededor del 30% o sea 1.4 millones está en riesgo de salir embarazada sin desearlo. Frente a esta contingencia algunas optan por tener un hijo no deseado y otras por interrumpir el embarazo. En este sentido cada año se producirían 376 mil abortos clandestinos en el país y aproximadamente 1.8 millones de nacimientos no deseados. La cifra de abortos anuales sería mayor si no fuera por el uso de la píldora anticonceptiva de emergencia que ha permitido evitar miles de embarazos no deseados.

Se espera que los hallazgos presentados en este informe contribuyan a una mejor comprensión del problema y al planeamiento de estrategias y políticas para atender la salud sexual y reproductiva de las peruanas y peruanos en condiciones equitativas para el logro de su salud y bienestar.





## ANEXO

### METODOLOGÍA

#### Estimación de la relación entre los abortos inducidos complicados y los abortos inducidos hospitalizados como base para determinar el factor de expansión.

Se trata de disponer de una estimación sobre la proporción de abortos inducidos que se complican y –a partir de este estimado– saber la proporción que se hospitalizan para tener una idea de cuántos abortos no hospitalizados representa cada aborto hospitalizado. Ese es el factor de expansión necesario para conocer el número total de abortos inducidos que podría estar ocurriendo en el país.

Como se sabe, el riesgo de complicación está en relación inversa a la calificación del proveedor que realiza el aborto, lo cual tiene que ver no solo con la disponibilidad de recursos económicos, sino con el área de residencia de la mujer. De acuerdo a los entrevistados, en el área urbana un 56% de mujeres pobres acude a un profesional de salud (el 17% va a ver a un médico y el 39% a una obstetriz o enfermera) y el 44% visita a una persona no calificada o empírica.

Si la mujer es económicamente solvente la situación cambia dramáticamente, porque de cien que se hacen un aborto, el 98% se atiende con un profesional de salud, principalmente un médico. En el área rural el 64% de mujeres con recursos económicos también acude a una persona calificada (médico, obstetriz o enfermera), pero las mujeres rurales pobres van mayormente a una persona empírica, (técnicos sanitarios sin mayor calificación, comadronas y curanderos) o se manipulan ellas mismas. (Véase tabla 1)

**TABLA 1**  
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES SEGÚN TIPO DE PROVEEDOR QUE REALIZÓ EL ABORTO

Tipo de proveedor	Urbana		Rural	
	Pobre	No Pobre	Pobre	No Pobre
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Doctor	17	77	3	26
Obstetriz o enfermera	39	21	32	38
Persona no calificada o la mujer misma	44	2	65	36

Fuente: Ferrando, D. El aborto clandestino en el Perú. Hechos y Cifras (Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y Pathfinder International, 2002)

Dependiendo de la calificación del proveedor (alta, regular o nula), el riesgo de sufrir una complicación es diverso, porque a la destreza del proveedor se suman la condición socioeconómica y física de la mujer y su lugar de residencia. La información proporcionada por los entrevistados sugiere que, en promedio, entre las mujeres no pobres urbanas que tienen un aborto inducido el 5% se complicaría versus el 27% entre las pobres. Entre las mujeres rurales esos porcentajes suben enormemente a 24% y a 44% para las no pobres y pobres, respectivamente.

Las diferencias en el riesgo de complicación por área de residencia y condición socioeconómica de la mujer se presentan en la tabla 2. Con respecto a 1994, cuando se realizó el estudio de The Alan Guttmacher Institute,

el riesgo de complicación ha disminuido por el surgimiento y el uso del aborto médico (con medicamentos). En efecto, en ese año, el porcentaje de mujeres con complicaciones de aborto era de 44,4% entre las mujeres pobres urbanas y de 8,7% entre las no pobres urbanas; mientras que en el área rural los porcentajes respectivos eran de 69,4% entre las pobres y de 42,1% entre las no pobres.

**TABLA 2**  
ESTIMACIÓN DEL PORCENTAJE DE MUJERES CON RIESGO DE COMPLICARSE POR UN ABORTO INDUCIDO SEGÚN TIPO DE PROVEEDOR

Tipo de proveedor	Urbana		Rural	
	Pobre	No Pobre	Pobre	No Pobre
Porcentaje total con complicaciones	27,1	5,2	44,1	24,3
Doctor	5	3	9	5
Obstetriz/Enfermera	21	10	25	18
Persona no calificada o la mujer misma	41	39	55	45

Fuente: Ferrando, D. El aborto clandestino en el Perú. Hechos y Cifras (Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y Pathfinder International, 2002)

Como quiera que la distribución de las mujeres según nivel de pobreza en el territorio es heterogénea, se decidió ponderar el porcentaje total de mujeres con riesgo de complicación utilizando el peso de cada grupo de mujeres en la población femenina en edad fértil. La aproximación al nivel socioeconómico se hizo en base a cuatro indicadores recogidos en ENDES 2000 –al no estar disponibles los datos de ENDES continua–: uno referido a la mujer: su nivel educativo, y tres a la vivienda: disponibilidad de desagüe conectado a red, material predominante de los pisos y abastecimiento de agua por red de tubería. Estos indicadores dieron una distribución de las mujeres en edad fértil con el siguiente perfil: Entre las mujeres urbanas el 63% es pobre y el 7% no pobre. Entre las rurales, los porcentajes respectivos son de 28,5% y de 1,5%. Al aplicar estas cifras a la proporción de mujeres de cada grupo que sufriría alguna complicación por aborto, se obtuvo un promedio global ponderado de complicación de 30,5%. (Véase tabla 3)

**TABLA 3**  
PROMEDIO PONDERADO DE COMPLICACIONES

Tipo de proveedor	Urbana		Rural	
	Pobre	No Pobre	Pobr99e	No Pobre
Porcentaje total con complicaciones	27,1	5,2	44,1	24,3
Porcentaje de mujeres en cada grupo	63,0	7,0	28,5	1,5
Promedio ponderado de complicaciones	17,1	0,4	12,6	0,4

Promedio global ponderado en el 2001 = 30,5%

Fuente: Ferrando, D. El aborto clandestino en el Perú. Hechos y Cifras (Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y Pathfinder International, 2002)



La información proveniente de la encuesta de opinión pública sobre aborto inducido, que se condujo para la investigación sobre aborto en el 2001, revela que en el país las técnicas para realizar abortos han cambiado de inseguras a más seguras. Se ha difundido el aborto médico (con el uso de prostaglandinas) y ha mejorado la atención del aborto quirúrgico (con legras o aspiración manual endouterina). Por otro lado, las mujeres recurren menos a personas empíricas. Todo ello explica la disminución del porcentaje de mujeres con complicaciones por aborto de un 47,4% en 1994 a un 30,5% en el 2001.

El siguiente paso es conocer el número de mujeres que como resultado de una complicación por aborto necesitan ser hospitalizadas para recibir tratamiento. Con datos de la encuesta de opinión pública sobre aborto se calculó un promedio ponderado de hospitalización por aborto que resultó en 14%; es decir, que por cada aborto hospitalizado hay 7 que no se hospitalizan (como en Chile en 1990). En 1994 (AGI, cit.), ese promedio era de 20%, o sea un aborto hospitalizado por cinco no hospitalizados. La disminución de la hospitalización, que repercute en un aumento en la relación de mujeres hospitalizadas versus no hospitalizadas, refleja la mayor seguridad en la provisión del aborto en los últimos tiempos.

**TABLA 4**  
**PROMEDIO PONDERADO DE HOSPITALIZACIÓN ENTRE MUJERES**  
**QUE SUFREN DE COMPLICACIONES DE ABORTO**

Tipo de proveedor	Urbana		Rural	
	Pobre	No Pobre	Pobre	No Pobre
Promedio ponderado con complicaciones	17,1	0,4	12,6	0,4
Porcentaje con posibilidad de ser hospitalizadas	50	28	42	38
Promedio ponderado de mujeres en cada grupo hospitalizadas pro complicaciones de aborto	8,54	0,11	5,27	0,14
Promedio ponderado global de hospitalización = 14,07%				
14,07 = representa 1 aborto hospitalizado por cada 7 no hospitalizados				

Fuente: Ferrando, D. El aborto clandestino en el Perú. Hechos y Cifras (Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y Pathfinder International, 2002)

Este valor de 7 fue utilizado para multiplicar el número de mujeres hospitalizadas por aborto y fue recogido por las estadísticas del MINSA para el año 2004, resultando en un total de 410 mil abortos cada año.





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Código Penal. Decreto Legislativo N° 635. Publicado el 3 de abril de 1991. Texto comentado.

Constitución Política del Perú, y sus modificatorias: Ley N° 26470 – 26472. Texto aprobado en referéndum del 31 de octubre. Promulgada el 29 de diciembre de 1993.

INEI, Institute for Resource Development. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES, 1986. Lima, Perú.

INEI, Macro International. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES, 1986, 1992, 1996, 2000 y ENDES Continua 2004 - 2005, Lima, Perú.

INEI-CELADE (2001) *Perú: Estimaciones y proyecciones de población, 1950-2050. Urbana y Rural, 1970-2025*. Boletín de Análisis Demográfico N° 35. Lima, Mayo 2001.

Ley de Política Nacional de Población. Decreto Legislativo N° 346 promulgada el 6 de julio de 1986.

Ley General de Salud N° 26842, promulgada el 9 de julio de 1997.

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Programas Sociales. *Programa de Salud Reproductiva y Planificación familiar 1996-2000: 1. Marco Conceptual*. Enero, 1996.

Ministerio de Salud, Oficina de Estadística e Informática. Bases de datos sobre egresos hospitalarios por diagnóstico para los años 1997, 1998 y 2000.

The Alan Guttmacher Institute, 1994, *Aborto Clandestino: Una realidad latinoamericana* (Nueva York: The Alan Guttmacher Institute)

The Alan Guttmacher Institute, NY, 1999. *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*.

© Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán  
Parque Hernán Velarde No 42, Lima 1  
Tel: 51-1 433 2765 / 51-1 433 9060 / 51-1 433 1457  
Fax: 51-1 433 9500  
postmast@flora.org.pe  
[www.flora.org.pe](http://www.flora.org.pe)

**Coordinación General: Cecilia Olea**  
**Revisión General: Pilar Arce H.**  
**Diseño: Julissa Soriano**  
**Impresión: Carmen Palomeque**

**Hecho el Depósito Legal N°**  
**N° ISBN:**

**Diciembre 2006**  
**Hecho en el Perú**



