

Las muertes por abortos inseguros. Sobre la necesidad de superar inconsistencias en la salud pública.

08/03/2024



El derecho al aborto seguro está ubicado en el centro del pliego de demandas de muchos feminismos debido a su significado para la autonomía corporal de las mujeres y el control sobre sus propios proyectos de vida. Al mismo tiempo, existen agendas menos activistas que también exigen una revisión de la normativa que penaliza la interrupción voluntaria del embarazo. Con esto me refiero, por ejemplo, a dos iniciativas de organismos que exigen soluciones al asunto de la mortalidad materna. Una es el set de indicadores^[1] de calidad en salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), organización ante la cual el Perú se encuentra en proceso de adhesión para ser un Estado miembro. Otra son los objetivos de desarrollo sostenible que

son parte de la Agenda 2030 impulsada por la ONU que el Perú se ha comprometido a cumplir y cuyos avances monitorea el Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Aunque muchas veces el debate político y jurídico sobre el aborto se centre en el uso de argumentos morales, es importante pensar el aborto inseguro como un problema público con implicancias para las tasas de mortalidad materna y el presupuesto público. Por ejemplo, se sabe que el costo de la atención de abortos incompletos en hospitales públicos resulta en gastos excesivos^[2] que podrían evitarse si se lo legalizara. La criminalización obliga a las mujeres a actuar clandestinamente, muchas veces en condiciones insalubres, para no tener que lidiar con la posibilidad de un arresto.

El Estado peruano no está totalmente desentendido de la problemática, pero a la vez no ha desarrollado mecanismos para evaluar la calidad del servicio de atención a mujeres que llegan a los centros de salud con complicaciones por aborto. Por un lado, los abortos incompletos y sépticos son cuadros clínicos que constituyen emergencias obstétricas. Así fueron considerados desde que el Ministerio de Salud aprobó en 2006 la guía técnica de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas,^[3] en la cual se detalla el procedimiento adecuado para salvar la vida de la mujer que transita por una experiencia de este tipo, sin importar cómo llegó a dicho cuadro. Por otro lado, sin embargo, el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015, que no ha sido renovado en periodos posteriores, no incluyó ningún lineamiento que brinde respaldo ni vigile la implementación de la mencionada guía técnica.

Lo cierto es que, en la práctica, la aplicación de la mencionada guía está atravesada por un marco regulatorio que ordena ver a las pacientes como sospechosas de un crimen, lo que las deshumaniza. El artículo 114 del Código Penal ordena

pena privativa de la libertad de hasta dos años para casos de “autoaborto”, y la propia Ley General de Salud, en su artículo 30, señala que todo médico que al proporcionar asistencia médica identifique indicios de aborto no espontáneo tiene la obligación de informar a la autoridad correspondiente. La materialización de esta contradicción entre la existencia de una norma técnica para disminuir la mortalidad materna y la política punitiva contra las mujeres que abortan se puede apreciar en la imagen de aquel cartel^[4] que circuló en redes sociales y medios alternativos en 2017, en el cual la jefatura de obstetricia del Hospital II de Abancay en Apurímac comunicó al público en general que las pacientes con abortos incompletos serían reportadas a la policía.

Un estudio reciente de Justicia Verde^[5] sugiere que las postas y hospitales públicos no son solo los primeros puntos de contacto donde se experimenta punitivismo en relación con la decisión de abortar y amenazas de reportes a la policía, sino que, además, son espacios en los que se ejerce violencia contra las mujeres que deciden abortar. Las pacientes sufren violencia psicológica, física y sexual en la forma de insultos, atención de legrados sin anestesia y tactos vaginales reiterativos y, desde luego, innecesarios. Por tanto, la despenalización no tendrá un efecto inmediato en la calidad del servicio de atención del aborto inseguro como emergencia obstétrica ni en el postaborto. Estas prácticas difícilmente cambiarán solo con una modificación del Código Penal. Sin embargo, la despenalización es un importante primer paso que podría estar asociado con la reducción de la mortalidad materna,^[6] especialmente entre las mujeres en situación de vulnerabilidad,^[7] y, sobre todo, cuando esta despenalización venga acompañada de reformas en la calidad del servicio y el fomento de medidas contra la estigmatización del aborto.

Lamentablemente no existen propuestas legislativas vigentes

para dar este primer paso y resolver la inconsistencia entre las metas estratégicas nacionales en relación con la reducción de la mortalidad materna, las políticas del sector Salud para la atención de emergencias obstétricas y la normativa que convierte el derecho a decidir en un crimen. En su lugar, han existido alternativas que desenfocan el problema de fondo y contribuyen a su vigencia. Un ejemplo de esto fue el proyecto de ley “cunas salvadoras”, propuesto en 2018 por el excongresista Yonhy Lescano, el cual disponía la creación de “buzones” donde las mujeres con embarazo no deseado pudieran dejar a sus hijos de manera anónima y sin responsabilidad legal para ser dados en adopción.

Aun cuando los legisladores y el Ejecutivo no se hacen cargo de esta inconsistencia, la realidad sigue golpeando sus puertas: las complicaciones por aborto se suelen reportar como la cuarta razón más significativa de muerte materna en el país, oscilando entre 2,3% y 4,9% entre 2020 y 2023.^[8] Y es probable que esta cifra sea más alta, pero permanece incalculable debido a que muchas veces el cuerpo médico prefiere evitar las investigaciones policiales correspondientes por reportar un caso de aborto, lo que conlleva al subregistro en el recuento de las muertes maternas por aborto inseguro.

**La autora tiene más de diez años de experiencia en investigación y proyectos de género. Actualmente, trabaja en el IEP y ha preparado este artículo de opinión sobre un tema que viene estudiando a profundidad en los últimos años.*

^[1] Véase <<https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9>>.

^[2] Luis Távara, Luis Orderique, Pedro Mascaro, Santiago Cabrera, Miguel Gutiérrez, Juana Paiva, Ysoé Ramírez, y Carlos Silva (2012). “Costos de la atención postaborto en hospitales

de Lima, Perú”. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, vol. 58, n.º 4: 241-251. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322012000400002&lng=es&tlng=es>.

[3] Véase <https://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf>.

[4] Véase <<http://utero.pe/2017/09/07/un-comunicado-de-essalud-nos-acaba-de-poner-la-piel-de-gallina-por-las-cifras-reveladas-de-abortos-clandestinos/>>.

[5] Justicia Verde (2022). *Nacer con útero: efectos de la criminalización del aborto en Perú*. Disponible en: <https://img1.wsimg.com/blobby/go/32e993c4-7164-4a9d-ba22-62eda718ec7e/Investigación-Nacer_con_uterodigital.pdf>.

[6] Su Mon Latt, Allison Milner y Anne Kavanagh (2019). “Abortion Laws Reform May Reduce Maternal Mortality: An Ecological Study in 162 Countries”. *BMC Women’s Health*, vol. 19, n.º 1. Disponible en: <<https://doi.org/10.1186/s12905-018-0705-y>>.

[7] Sherajum Monira Farin, Lauren Hoehn-Velasco y Michael Pesko (2022). “The Impact of Legal Abortion on Maternal Mortality”. Discussion paper. Institute of Labour Economics. Disponible en: <<https://docs.iza.org/dp15657.pdf>>.

[8] Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud.