

El aborto medicamentoso e insumos para los programas de Salud Sexual y Reproductiva

María Dolores Castro Mantilla¹

Resumen

El artículo es un resumen de los hallazgos de investigación sobre el conocimiento, las valoraciones y significados en relación con el aborto medicamentoso, que poseen las usuarias de tres clínicas privadas en áreas urbanas y periurbanas en La Paz y Cochabamba. Dado que el aborto es considerado la tercera causa de muerte materna en el país y ha sido considerado por el Ministerio de Salud como un tema de salud pública, la investigación pretende ofrecer insumos para la discusión sobre el tema, así como elementos que contribuyan a la política pública en salud sexual y reproductiva.

Abstract

This article presents a summary of research findings about knowledge, appreciation and the meaning of non-surgical (Pharmaceutical) abortion for patients accessing the three private clinics in urban and marginal zones of La Paz and Cochabamba. Given that abortion is among the three principal causes of maternal mortality in Bolivia, and has been recognized by Health Ministry as a Public Health challenge, the paper offers inputs for discussion, as well as, contributing thoughts for public policy on SRH.

1 Antropóloga, con estudios de Maestría en el Colegio de México. Candidata a PhD en Ciencias del Desarrollo. Investigadora principal de este trabajo. El equipo estuvo conformado, además, por Franklin García P., Margarita Jachacollo V., Juan Rocha S., Pablo Soto D. y Lily Ledezma K.

1. Introducción

La investigación *Conocimiento sobre el aborto medicamentoso entre usuarias de tres centros privados de salud sexual y reproductiva y sus redes sociales en La Paz y Cochabamba, Bolivia*, se llevó a cabo durante el año 2009. Fue un estudio conducido por el CIDES-UMSA en el marco del convenio LID GRAND.²

El propósito de la investigación fue producir evidencia que pueda contribuir a la política pública y a estrategias programáticas e informativas para disminuir la morbi-mortalidad de mujeres bolivianas por causas relacionadas al embarazo no planificado y al aborto.

Objetivos:

- Explorar el conocimiento sobre aborto medicamentoso que se reporta por usuarias de tres clínicas privadas de salud sexual y reproductiva en áreas urbanas y periurbanas en La Paz y Cochabamba.
- Explorar el conocimiento sobre diferentes métodos utilizados para la regulación menstrual y el aborto, reportado por estas mujeres e integrantes de sus redes sociales.
- Identificar factores socioeconómicos y culturales asociados con el conocimiento y el uso del aborto medicamentoso reportados por estas mujeres.
- Producir evidencia que puede guiar la política pública, las intervenciones programáticas y el material informativo para evitar el aborto inseguro.

La investigación se llevó a cabo en tres clínicas privadas de atención primaria: Wiñay-central Max Paredes y Wiñay Chasquipampa en La Paz; Wiñay Quillacollo en Cochabamba. Las tres son clínicas privadas de bajo costo que cubren atenciones de medicina general, salud sexual y reproductiva, atención dental y laboratorio.

2 Convenio entre CIDES y la Organización Mundial de la Salud para el fortalecimiento institucional en investigación y capacitación orientadas a políticas en salud reproductiva.

Además del contexto de las clínicas, los tres lugares seleccionados son escenarios de festividades religiosas importantes del país lo que resalta como contexto sociocultural que influye en situaciones de violencia sexual y alcoholismo: La fiesta de la Virgen de Urkupiña (Quillacollo-Cochabamba); la fiesta del “Señor del Gran Poder” (Max Paredes-La Paz) y la fiesta de la “Virgen de la Merced (Chasquipampa-La Paz).

El diseño metodológico de la investigación combinó métodos cualitativos y cuantitativos, dando prioridad a un enfoque holístico y etnográfico mediante la observación participante y las entrevistas abiertas y semiestructuradas. En este artículo, presentaremos los hallazgos cualitativos.

En la recolección de la información cuantitativa se empleó una encuesta semi estructurada con indicadores como la edad, nivel educativo, ocupación, uso de los servicios de la clínica, lugar de residencia actual, idiomas hablados, conocimiento sobre métodos anticonceptivos y aborto médico. De esta manera, se tuvo información de las características socioeconómicas de las mujeres participantes en el estudio. En total se aplicaron 463 encuestas, con variaciones proporcionales entre los tres centros en función de su flujo de consultas, sobre la base de los registros clínicos del 2007.

En el estudio cualitativo se realizaron entrevistas individuales orientadas por la escucha activa para promover la producción por las mujeres usuarias de su propio marco y conceptualización del tema a lo que se llamó: *Conocimiento reportado acerca del aborto medicamentoso*³. Durante las entrevistas, se prestó atención especial al conocimiento y/o la experiencia reportados por las usuarias con el aborto medicamentoso; productos farmacéuticos alternativos y métodos tradicionales para la regulación menstrual o el aborto; normas sociales y tabúes indicados por expresiones verbales o no-verbales y factores socioculturales que pueden haber afectado su acceso a información relevante y servicios de salud sexual y reproductiva. Se aplicaron un total de 53 entrevistas.

3 Término desarrollado por Susanna Rance (2009).

Número de encuestas y número estimado de entrevistas sobre la base del número total de mujeres que hicieron consultas en medicina general y ginecología durante 12 meses, 2007

Clínicas de Wiñay	Número total de mujeres que hicieron consultas en medicina general y ginecología, 12 meses, 2007	Número de encuestas aplicadas (*)	Número estimado de entrevistas
La Paz-Centro	1.705	85	17
Chasquipampa	3.333	167	18
Quillacollo	4.157	208	18
Total	9.195	460	53

Fuente: Estimación por el equipo de investigación sobre la base de registros de las clínicas de Wiñay

(*) Equivalente al 5% del número total de mujeres que consultaron durante un año en medicina general y ginecología, excluyendo visitas repetidas por la misma usuaria

Posterior a las entrevistas y encuestas se hizo la recolección de datos socio-culturales de los barrios aledaños a las clínicas combinando entre investigación de fuentes secundarias y observación participante. Se aplicaron entrevistas semi estructuradas a una diversidad de actores pertenecientes a redes sociales de las entrevistadas y/o encuestadas, entre ellos: líderes de barrio, profesores de colegio, vendedoras de mercado, proveedores de salud, regentes de farmacias y vecinos/as de barrio. Se entrevistaron a 42 personas.

Para el análisis teórico se tomó el aborto con medicamentos como una experiencia compleja, multicausal, en cuya construcción convergen entre otros, factores culturales, sociodemográficos y psicosociales y donde es necesario atender no sólo a los referentes colectivos sino también y de manera particular a la subjetividad propia de las mujeres que lo han experimentado, (Population, Council 2005). Para esta investigación en particular se indagó sobre el Misoprostol conocido comercialmente como Cytotec. La importancia de este medicamento en su uso para el aborto es tal que médico argentino Lionel Briozzo (2010) ha llamado a este medicamento la “Penicilina del Siglo XXI”, asegura también que hay una “hipocresía” sobre este fármaco al seguirlo considerando un delito, siendo que este impacta en la disminución de las dos causas más importantes de muerte en las mujeres como lo son el aborto y las hemorragias (Briozzo, 2010).

Los datos cuantitativos fueron procesados mediante el programa estadístico SPSS, y se usó un enfoque interpretativo guiado por la Teoría

Fundamentada (Strauss, 1987) para los datos cualitativos. Se prestó especial atención a la particularidad del contexto, la situación y la interacción con las entrevistadas. El hecho de tener tres sitios de campo fue muy importante para este proceso de generalización progresiva, donde se consideraron diferencias culturales y regionales y las similitudes entre los datos generados.

1.1. Consideraciones éticas

Se consideró la edad como un requisito importante para definir la población objetivo que más allá de consideraciones metodológicas, tuvo razones éticas. En Bolivia, el Código del Menor (Niña, Niño y Adolescente) estipula que como medida de protección y por ser menores de 18 años deben contar con la autorización de sus padres o tutores para cualquier actividad en la que se requiera de su presencia. En esta investigación para evitar exponer a las menores a la opinión de sus tutores o padres, se prefirió partir de los 18 años (edad que marca la mayoría de edad) como edad donde la joven puede decidir participar por su propia voluntad en una investigación sobre aborto medicamentoso. Un límite máximo, se estableció en 50 años, ya que el conocimiento de un aborto con medicamentos reportados por las mujeres mayores de edad reproductiva puede ser muy relevante para el estudio.

El proyecto utilizó formularios de consentimiento informado para asegurar que las mujeres participantes estén informadas adecuadamente, en términos claros y comprensibles del objetivo de la investigación y de esta manera garantizar el anonimato y confidencialidad de la información proporcionada en forma voluntaria.

2. La situación del aborto inducido y las políticas públicas

El aborto inducido como consecuencia del embarazo no planeado es reconocido como un problema de gran magnitud desde la salud pública, en los países en vías de desarrollo, donde se asocia a condiciones inseguras, sobre todo en aquellos en que se presentan restricciones legales.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud –OMS (2004) en América Latina y el Caribe un número de 3.700.000 mujeres se someten cada año a abortos ilegales, lo cual cobra la vida de 3.700. Por cada 1000 mujeres en edad reproductiva se presentan 29 abortos no seguros. En la región, por cada 100.000 nacimientos se dan 30 muertes por aborto inseguro el cual es responsable del 17% de las muertes maternas (Population Council, 2005).

En América Latina el aborto es una realidad ampliamente extendida en la región y es realizado por personas no idóneas y en condiciones no asépticas, aproximadamente una 800.000 mujeres son hospitalizadas cada año por complicaciones inmediatas del aborto inducido (Population Council, 2005).

En Bolivia, el riesgo de morir por una causa vinculada con el embarazo, parto o post-parto es muy alto; de acuerdo a la Encuesta Post-censal de Mortalidad Materna (EPM, 2000), el riesgo alcanza a 11 de cada 1000 mujeres en edad fértil, con extremos bastante marcados entre departamentos: mientras que en Potosí llega a 19 por cada 1000 mujeres, en Tarija es tres veces menos (6/1000). Asimismo, las disparidades entre áreas geográficas es de 1 a 5 (área urbana: 5/1000; área rural de 23/1000).

En orden de importancia, las principales causas biológicas de la muerte materna son las hemorragias (33%), infecciones (17%) y el aborto (9%). (Plan Nacional de Maternidad Segura 2009 – 2013. MSD 2009).

Además de constituir un problema de salud pública, el aborto inseguro es un problema de derechos humanos y de injusticia social. El año 2000, el 70% de las mujeres que fallecieron tenían menos de 6 años de escolaridad o ninguno; las mujeres indígenas fueron las más vulnerables a morir, especialmente si vivían en el área rural, donde tenían cuatro veces más posibilidades de morir por complicaciones en el embarazo, parto y postparto que las mujeres de las ciudades (64,3% comparado con el 15,3%). El porcentaje de mujeres embarazadas que presentaron complicaciones fue de 45%, mientras que el estándar internacional no alcanza al 15% (Plan Nacional de Maternidad Segura. MSD 2009).

La falta de orientación y disponibilidad de métodos anticonceptivos se ha manifestado en los últimos resultados de la Encuesta Nacional de

Demografía y Salud (2008) que refleja cerca del 22.2 por ciento de demanda insatisfecha. Pareciera que se está conforme con haber pasado de 25.2 registrado en 1998 a 34.6 por ciento de uso de anticonceptivos modernos en los últimos años, pero no se advierte que en la mayoría de los países de América Latina que han logrado contener los embarazos no planificados las coberturas son cercanas al 60 por ciento o sea el doble de lo que registra actualmente Bolivia. Es cierto que se duplicó en relación al período anterior, pero aun se está bastante lejos del resto de los países de la región.

El gobierno boliviano ha identificado la mortalidad materna relacionada con el aborto como una prioridad del sistema nacional de salud. Los servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar, estuvieron disponibles por primera vez en 1992, como parte de los servicios nacionales de salud pública. En 1994, se le dio primacía dentro de los problemas de salud pública al humanizar el tratamiento para usuarias que requieren cuidado médico debido a complicaciones asociadas con el aborto incompleto.

En cuanto a la legislación sobre el aborto, en 172 países se reconocen siete razones para permitir el aborto. En estos habita el 96% de la población mundial. Solamente el 18 naciones, es decir, en el 9% de los países del mundo no se permite el aborto bajo ninguna circunstancia. Entre ellos están cinco países de África cuatro de Europa, incluyendo el vaticano, tres de Asia, cinco de América Latina, (Chile, Nicaragua, El Salvador, Honduras y República Dominicana) y uno de Oceanía.

Razones para permitir el aborto

Consideraciones	Número de países	Porcentaje
Para salvar la vida de la mujer	172	91%
Para preservar la salud física	118	63%
Para preservar la salud mental	95	50%
Por violación o incesto	80	43%
Por malformación fetal	78	41%
Por razones socioeconómicas	56	29%
Por solicitud de la mujer	41	21%

Fuente: Atención humanizada del aborto y del aborto inseguro. Proyecto de Seguimiento de la CIPD. Sí mujer. Nicaragua, 1998

Casi todos los países de la región tienen leyes que permiten el aborto impune para proteger la salud de la mujer y, en algunos casos, cuando el embarazo es producto de violación, incesto y estupro o de malformación congénita.

Habiendo reconocido al aborto como un problema de salud pública, el MSD con el apoyo internacional desarrollo desde los años 90 políticas e iniciativas en salud para ayudar a las parejas y en especial a las mujeres a prevenir embarazos no planificados mediante la oferta de información, orientación y servicios de anticoncepción, para permitirles ejercer su derecho a decidir libre y responsablemente sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y para las mujeres que hubieran recurrido al aborto, el tratamiento oportuno del mismo, en el marco de las hemorragias de la primera mitad del embarazo.

El Código Penal boliviano establece muy claramente las circunstancias en que es permitido el aborto impune, “Cuando el embarazo es resultado de un delito de violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro o incesto y por presentar peligro para la vida o la salud de la madre” (Art. 266 del Código Penal, 1972).

Aunque la legislación contempla los casos en los que la mujer puede verse obligada a interrumpir un embarazo, en la práctica se advierte una aplicación inadecuada del marco legal existente, así como agresiones múltiples a las víctimas de violencia sexual. Las mujeres que están amparadas en la ley para acceder al aborto impune no siempre disponen de servicios seguros, no conocen la legislación, hay falta de proveedores capacitados, hay actitudes personales negativas de los prestadores de servicios y hay una inadecuada reglamentación institucional, entre otras.

El artículo del Código Penal es todavía motivo de muchas controversias; no existe una reglamentación y su aplicación ha estado sujeta a una serie de condicionantes que siempre han afectado a las mujeres. Por un lado está la retardación de justicia, por la otra la doble moral que rige las actuaciones de jueces y médicos. En los contados casos en que de logró la autorización judicial, se tuvo que enfrentar la negativa de los médicos a practicar el aborto.

Uno de los hitos fue la Resolución Ministerial No. 133 del 1 de marzo de 1999 que resuelve “adecuar los servicios de emergencias obstétricas para

mejorar la calidad de las prestaciones, disminuyendo los costos de intervención y los tiempos de estadía mediante la introducción del Modelo de Atención Postaborto (APA) con la técnica de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) en los servicios de salud, en el marco del Seguro Básico de Salud (SBS), que permite el acceso de las mujeres en edad reproductiva y niños de 0 a 5 años a recibir atención gratuita (IPAS, sf)

Desde el año 2004 se implementa el “Modelo Integral para la Atención de las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo” como un proceso de atención preventivo y curativo tendiente a reducir la morbilidad materna, constituido por cinco elementos: a) Vinculación entre la comunidad y proveedores de servicios; b) Orientación; c) Tratamiento del Aborto incompleto y de alto riesgo; d) Servicios de Anticoncepción en el postaborto y anticoncepción de intervalo; y e) Vinculación con servicios de salud reproductiva y salud integral. (MSD, 2009).

Otras intervenciones específicas a favor de la salud materna se han desarrollado recientemente, como el Decreto Supremo No. 29894 de 7 de febrero de 2009, referida a la aprobación de “Protocolos y Procedimientos Técnicos para los usos del Misoprostol en Ginecología y Obstetricia”, aprobando también la inclusión del Misoprostol dentro de la lista de insumos básicos del Seguro Universal Materno Infantil, para todos los usos Gineco-Obstétricos de conformidad a los Protocolos y Procedimientos aprobados (MDS, 2009).

2.1. Tratamiento con medicamentos para el aborto legal y el aborto incompleto

Durante muchos años se realizaron estudios y un sin número de ensayos clínicos, y medicina basada en la evidencia en los que el Misoprostol, conocida como Cytotec, una prostaglandina aprobada para la prevención y tratamiento de úlceras gástricas, causa contracciones de músculos lisos, incluso la matriz, y por tanto fue utilizado para diferentes indicaciones gineco-obstétricas como la inducción al parto con feto vivo, inducción del parto con feto muerto, hemorragia postparto, aborto, aborto incompleto, aborto diferido, huevo anembrionado y maduración cervical (MSD, 2009).

El bajo costo del Misoprostol, su estabilidad a la temperatura ambiental, su sencilla administración, su amplia disponibilidad, sus menores riesgos de complicaciones y su evidente capacidad de provocar contracciones uterinas, ha hecho que los proveedores de salud alrededor del mundo y en Latinoamérica hayan utilizado el medicamento en las indicaciones señaladas, aunque puede no ser cien por ciento eficaz y algunas mujeres pueden requerir cirugía (LUI o AMEU) para completar el procedimiento.

En el siguiente cuadro se muestra un rango amplio de eficacia del Misoprostol en la atención post aborto:

Eficacia del Misoprostol en la atención post aborto

Atención post aborto con Misoprostol	
Aborto incompleto: 600 mg miso PO	
	Eficacia: 66-100%
Aborto retenido: 800 mg miso PV	
	Eficacia: 60-93%
Tamaño uterino < 12 semanas FUM	
Efectos secundarios:	Sangrado, cólicos, fiebre/escalofríos, náusea, vómito, diarrea

Fuente: Gineceo. Seminario-Taller Internacional Responsabilidad Médico-Social frente al Aborto impune. SBOG, 2005

Por otra parte, varias investigaciones desarrolladas en los Estados Unidos con mujeres de diferentes contextos culturales y orígenes étnicos han mostrado diferencias entre unos y otros grupos con respecto a las apreciaciones que se tienen acerca del aborto con medicamentos y en cuanto a las razones para acceder al mismo, aunque, en la mayoría de los casos, se reporta una valoración positiva del procedimiento (Clark, 2000; Winikoff, 1998, en Population Council, 2005). La calidad del método, percibida por las mujeres, está asociada entre otras a sus condiciones culturales y socioeconómicas, a las experiencias vivida por ellas, a aspectos inherentes a las cualidades del método, como su efectividad y accesibilidad y a aspectos subjetivos como lo son los factores de personalidad según el análisis de 12 estudios sobre el tema desarrollado por Winikoff (1995) (Citado en Population Council, 2005).

Los hallazgos de varios estudios acerca de las valoraciones y percepciones de las mujeres sobre el método de interrupción del embarazo con medicamentos indican que para quienes lo han experimentado priman aspectos relacionados con el hecho de que, en contraposición al método quirúrgico, el aborto con medicamentos ofrece menos riesgos, evita la cirugía y vivencias indeseadas como el dolor y el sometimiento a procedimientos invasivos, es más sencillo, y más natural (Winikoff, 1995, Billings, 2004). (Citado en Population Council, 2005).

3. Discusión de los hallazgos de investigación

Algunos resultados provenientes de las entrevistas cualitativas tienen una importancia para la orientación de las políticas públicas en torno a salud sexual y reproductiva, particularmente en torno al cuidado y atención de la salud materna.

Los factores sociales y culturales que permean la vida de las mujeres entrevistadas así como sus sentimientos, experiencias, condiciones de vida y relaciones sociales son factores que determinan las decisiones de las mujeres en relación al aborto con medicamentos.

Estos factores inciden a su vez en la manera en que las mujeres obtienen la información, deciden o no su uso, cuáles y como se da el proceso de la obtención. Aquí entran a consideración otros factores importantes como el acceso o la falta de información segura y oportuna, las relaciones de poder, la información sobre métodos anticonceptivos, el conocimiento o la experiencia previa con otros métodos para el aborto (naturales, quirúrgicos o con medicamentos) entre otros.

3.1. Características, conocimiento y situación por el uso del Cytotec

1) Edad, migración, educación y recursos económicos como determinantes.

Las mujeres entrevistadas tuvieron entre 18 a 49 años, siendo la mayoría jóvenes de 20 a 30 años. Sus historias están vinculadas con su origen urbano/rural y con

la migración, por ejemplo, en Quillacollo (Cochabamba) algunas entrevistadas mencionaron provenir de otras ciudades, o residir temporalmente en Cochabamba. También encontramos mujeres con distintos vínculos en el exterior sea porque han vivido o tienen familiares en España y Buenos Aires.

De la misma manera incide la educación, su situación económica y otras características familiares. En cuanto a educación, se observa una brecha entre algunas mujeres del área rural que por lo general no han terminado la educación primaria o secundaria completa, frente a las mujeres urbanas que son estudiantes de secundaria, universidad o trabajan en actividades comerciales.

Casi todas hablan castellano y muchas de ellas son bilingües (quechua y castellano). Las mujeres entrevistadas tienen una diversidad de historias de vida. Algunas son amas de casa, son casadas y viven con sus esposos e hijos/as, otras son solteras y viven con sus padres y hermanos/as. Mantienen un fuerte vínculo con sus redes sociales, entre quienes predominan las suegras, enamorados, primos/as y cuñado/as. Por lo general son de escasos recursos, viviendo en alquiler o con sus familias.

En relación con el conocimiento sobre el aborto, la mayoría narra historias de embarazo no deseado propias o ajenas. En estas historias sobresalen que la falta de comunicación con los padres, el temor o miedo hacia la censura de la familia, las condiciones precarias de vida, y la falta de información adecuada sobre métodos anticonceptivos inciden en estos embarazos:

“Yo me mantengo sola, ayudo a mis padres que se encuentran en el campo, ellos son agricultores, soy soltera, y estoy estudiando en un instituto, cuando tenía 18 años me llevaron a la Argentina a trabajar, pero no me acostumbré y me regresé, allá conocí muchas cosas, es feo, hay muchas maldad, cuando me regresé empecé a trabajar como empleada de una familia, entonces me conocí con mi enamorado, también estaba estudiando en la nocturna, ahí nos han explicado de cómo hay que cuidarse, pero aunque te cuides, no se puede evitar, así nomás, entonces me embaracé” (Ent. Qllo13. Agosto 09).

2) *Conocimiento, redes sociales y fuentes de información*

Las mujeres entrevistadas refirieron no haber escuchado las palabras “Cytotec o Misoprostol”, sin embargo hacen alusión al mismo con otros denominativos como:

- “una pastilla blanca”,
- “tiene forma de estrella”,
- “de color blanco estrellada”,
- “como aspirina pero con puntitas”.

En Max Paredes mencionaron distintos tipos de acuerdo al origen: el “original”, “el peruano” y el “alemán”.

Las fuentes de información provienen de las redes de amistad que aconseja o informan sobre este método. Por lo general estas amigas son de la secundaria o de la universidad. Pocas hacen referencia de haber escuchado hablar sobre estos medicamentos al personal de salud (médicos/as y enfermeras). En menor proporción las usuarias indican haberse informado o haber escuchado a familiares, las que escucharon principalmente refieren a la suegra el esposo o pareja.

Se encontraron diferencias importantes en la información que proveniente de las redes sociales. Así por ejemplo, las amigas aparte de ser la principal fuente de información, llegan a significar un apoyo para las mujeres. Ellas son las instancias de consejo y son las que develan la información que circula en forma de “secreto” entre amigas. La información sobre el medicamento deviene cuando se comentan situaciones o intereses comunes a las mujeres (falla de métodos anticonceptivos, no trancar estudios o trabajo, ausencia de apoyo familiar o de la pareja).

En tanto que la información sobre el medicamento otorgada por parientes y pareja surge en los contextos de evitar un embarazo no deseado por razones económicas (más hijos/as para mantener), evadir la crítica social del madresolterismo (“miramiento” o control social) por presión del hombre hacia la mujer (sobre todo en las relaciones fuera del matrimonio).

La importancia de los parientes como redes sociales en la circulación del conocimiento es tan significativa que trasciende las fronteras nacionales:

“después el año pasado, la amiga de mi hermana que se encuentra en España, dice que es una peruanita, dice que con su marido han ido a su cuarto donde

vive, los peruanos dicen que le han suplicado a mi hermana para que desde aquí le mande la pastillita, dice que estaba embarazada de dos meses, el año pasado, en diciembre antes de la navidad. La pareja dice que tiene un hijito de 9 meses, han llorado, es mucho sacrificio el trabajo, le llevan a la guardería, pero si va a tener otro bebé no va poder trabajar la mujer, le habían suplicado hartos, a mi hermana, ella les ha ayudado, por eso, en un papelito escrito me han mandado a mi nombre, yo no me acuerdo como se llama, pero es pastilla blanca, pequeñita, como estrella, (la misma de la foto) de eso no me olvido... entonces yo me he acercado a la farmacia con el papelito para comprar, no me quisieron vender, me han exigido la receta, en vano me he suplicado a la enfermera.. Además de todo me han preguntado, después mi marido ha intentado, a él rápido le han vendido, no sé que le habría dicho, pero a mi no quisieron venderme, dice que otras cosa ha dicho. Después mi marido ha conseguido la receta, de donde será, le hemos envuelto con la receta, las pastillitas” (Ent. junio 12 2009).

Las farmacias y el internet fueron otras alternativas de información. En el internet, las y los jóvenes buscan información en páginas específicas sobre Cytotec. Por lo general esta información comprende personas de contacto, fuentes de adquisición y precios (muy altos) en dólares americanos. El uso cada vez mayor a Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) como reporta la ENAJ (2009) esta en aumento en la población de adolescentes y jóvenes. Aparte de ser un nuevo canal de información y educación, constituye un riesgo para la salud sexual y reproductiva por la información casi siempre inadecuada, incompleta y suplente de una atención o consulta con un/a profesional u otra persona orientadora.

La falta de comunicación y el miedo a los padres, en especial a la madre, se manifiesta como una barrera que incide en las decisiones de las mujeres más jóvenes. Si bien las redes sociales familiares aparecen como importantes, estas no incluyen a los padres de familias. Aparte del internet, son sus pares familiares (hermanas o primas) a quienes acuden. La verticalidad y las brechas generacionales en este caso influyen. Varios son los relatos donde se menciona que las jóvenes toman el medicamento a “ocultas”, en las “noches” o en ausencia de los padres.

3) *Referencias sobre obtención, costo e indicaciones para su uso*

La fuente de información no es necesariamente la misma que la de la obtención del medicamento. Si bien las amigas o parientes informan, se acude a otras personas para su compra. Se menciona que por lo general es en las farmacias en donde se obtiene el medicamento y son diferentes personas las que se encargan de comprarlo.

A partir de las entrevistas a mujeres y en las farmacias, se identificaron algunas características en la obtención del medicamento como: 1) Por lo general, es un hombre (pareja, familiar o conocido) el intermediario para la compra. Se reporta que ellos son los que estarían menos sujetos a una censura en las farmacias y por tanto son los más indicados para buscar el medicamento. 2) A las mujeres, y sobre todo “cholitas” se les pide la receta. 3. No interesa el número que pidan, lo importante es vender. 4. No verifican la originalidad de la receta. 5. No amplían la información sobre su uso parece que se hicieran “de la vista gorda”.

En cuanto a la cantidad de pastillas que compran, éstas van desde dos hasta 10 unidades. No hubo un criterio claro por el cual se compraba un x numero de pastillas, depende de la instancia que aconseja su compra. Las pastillas se consiguen a precios que oscilan entre 45 a 70 bolivianos (Quillacollo) y de 35 hasta 200 bolivianos (Max Paredes y en Chasquipampa) por cada una.

Es importante mencionar que los/as regentes entrevistados/as niegan vender estos medicamentos sin receta, sin embargo, reconocen que si lo buscan, los que más buscan son los “hombres porque siempre andan con problemas con otras mujeres fuera del matrimonio y además “ruegan” para que les saque del apuro”. Además de las farmacias, refirieron que el medicamento se puede conseguir en consultorios privados y en el mercado negro de la Tablada.

4) *Medidas preventivas*

En Max Paredes, las instancias de consejo recomiendan a las mujeres hacerse una previa revisión del estado de salud en la que se encuentran. Algunas

mencionaron que antes de tomar una pastilla, es mejor hacerse una prueba o test de embarazo para tener la seguridad de estar o no embarazada. También se escuchó que después de un aborto deciden visitar el hospital o clínica privada para realizarse una revisión médica, pues hay susceptibilidad ante un cáncer posterior. Los diferentes reportes al respecto muestran que hay una preocupación por la salud de las mujeres a causa de un aborto.

5) *Vivencias propias o referidas*

En los relatos de las mujeres sobresalen las experiencias con los efectos colaterales del Cytotec, principalmente hemorragias y dolor. Efectos que trascienden el estado civil, la clase social, el nivel educativo y el origen urbano o rural.

“...he tomado dos, y tres me puse por vía vaginal, he tenido mareos, ganas de vomitar, he tenido una hemorragia fuerte y abundante, me he manchado todo y mi colchón tuve que hacer lavar, nadie no sabe, mi mamá cree que estuve enferma, no me hecho ver ni con mi hija, me aguanté. ... no, no sabía, me parecía que iba ser fácil, me tome en la tarde, para que nadie me vea, me empezó la hemorragia, me daba sed, iba a mi cocina a tomar agua de manzanilla, dicen que hace calmar la hemorragia, me tomé mate de coca, cada paso que daba la sangre chorreaba por mis pies, se entraba a mi zapato, era feo, he caminado hasta la una o dos de la mañana, yo sola, me daba miedo que me pasara algo, como desmayarme, pero poco a poco ha clamado, ya estaba tranquila. Al día siguiente me desperté ya estaba calmado la hemorragia, me bañé, le llamé a una amiga, ella me ha dado la dirección de esta clínica, me han pedido radiografía, y tenía restos, ya me hicieron la limpieza de mi matriz, también me estoy haciendo el análisis de Papanicolaou, estoy en mis tratamientos, también para mi hija. (Ent. 5 de agosto 2009).

Se mencionan los siguientes efectos una vez tomado el medicamento:

Vómitos, Escalofríos, Dolor, Contracciones, Sangrado fuerte

Los cólicos y el sangrado fuerte son corroborados por otros estudios realizados en Europa, en África y Asia (Nguyen Thi Nhu Ngoc y cols.,

1999; Abdel-Aziz y cols., 2004; Hamoda y cols., 2004). Abdel-Aziz (2004) manifiesta que el dolor es el principal reto que debe enfrentar el aborto con medicamentos y que de la disponibilidad de las medicinas apropiadas, del entrenamiento de los proveedores y de la valoración y comprensión que se tenga del dolor que viven las mujeres, depende el que sea posible enfrentar esta realidad. Hamoda y su equipo (2004), por su parte, establecieron, en un estudio realizado en Escocia, que tuvo en cuenta 4.300 casos, que el 72% de las mujeres que habían experimentado el aborto con medicamentos requerían analgésicos siendo, sobre todo, las mujeres con menor edad y mayor tiempo de gestación, mientras aquellas que ya habían tenido partos alguna vez fueron menos tendientes a requerirla (Citado en Population Council 2005)

Langer (2003) plantea que “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”. Esta investigadora afirma que “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”. Según la autora, se carece, además, de medidas confiables que permitan conocer los efectos psicológicos del aborto inducido el cual además de afectar a las mujeres afecta a los varones y a la familia misma. Erviti y Castro (2004), por su parte, establecieron que, dada la estigmatización asociada al aborto inducido, las mujeres de bajos ingresos que lo han experimentado, ocultan con frecuencia esta realidad, argumentando que se trató de un aborto espontáneo (Citados en Population Council 2005).

6) *Los sentimientos*

Dependiendo de las experiencias, se expresan diferentes sentimientos. Algunas expresaron sentimientos de temor como: “es horrible”; “el trato en las clínicas es inhumano”; “casi se muere”. También se describe que algunas no tuvieron ninguna molestia: “dolor no sentí de ningún tipo”; “todo tranquilo...” “un sangrado mínimo”. En estas últimas, emerge una **instancia de consejo** hacia las demás mujeres, pues ven al Cytotec una alternativa positiva:

- “la recomiendo a algunas amigas que necesitan”
- “buena opción, y que debería usarse más”
- “mejor tomen estas pastillas”
- “como una buena opción, me parece un buen producto”

En estos casos, se puede afirmar que la información sobre el uso, las indicaciones, la marca del medicamento, y otros factores influyen en la toma de decisiones para el uso o no del medicamento. Además, teniendo en cuenta que la información circula de persona a persona, ésta llega de forma tergiversada o incompleta lo que repercute en la no comprensión de los efectos colaterales, cómo actuar o a dónde acudir en caso de una emergencia.

“mi amiga, estaba sangrando mucho, se puso mal, no le informaron bien, porque sólo su chico había conseguido, pero tampoco le dijeron que consecuencias tenía, y como debería cuidarse o aplicarse, según la amiga aparentemente lo acertó, tomarse y ponerse para que sea más efectivo, y se vino al colegio, nadie le dijo que debía tomar cuidados, eso es lo malo ¡.. A mi amiga casi le hacen daño.. Podía haber ocurrido peor.. Causarle la muerte... del colegio la llevaron al hospital, para hacerla ver con el doctor... A los dos días regreso, y estaba bien. (Ent. Qllo6 4 de julio 2009).

7) *El apoyo de las redes sociales*

Este apoyo es fundamental puesto que las redes sociales se constituyen en una alternativa para las mujeres que no tienen acceso a ningún servicio de salud o están en situaciones verdaderamente de angustia. En distintos contextos se encuentran con alguien que provee información u orienta a dónde acudir: una profesora, la pareja, y las amigas.

“las amigas, una le pide, ella consigue, y le cuenta a la otra amiga, ella le pide para otra amiga, así es... son conocidas, se confían... Entre amigas nos hablamos, hay nos avisamos, también nos ayudamos sabemos que con las guaguas, con hartos hijos no se puede trabajar, nada se puede hacer todo cuando nuestro marido es malo, ellos no entienden. “su mamá era una señora

mayor de pollera, le hubiera matado a la chica, era estricta, la misma chica no quiso, porque estaba haciendo a escondidas, si le llevaba al hospital, se hubieran enterado peor, así que en el mismo hemos ayudado con mis hijas, a puro espuma de la vicerecina le hecho calmar la hemorragia, hasta medio día se ha normalizado, todo se ha limpiado para que no vean nada.” (Entrevistas en Quillacollo).

8) Decisiones propias

Las decisiones de las mujeres para acceder a un medicamento para abortar están vinculadas con factores médicos (un embarazo pone en riesgo su salud), económicos (falta de recursos, pobreza) y personales (concluir estudios, relación de pareja).

En el caso de las razones médicas, ante embarazos previos catalogados como riesgosos y temor a sufrir la misma experiencia por un embarazo no planificado o falla de un anticonceptivo, es que algunas mencionan que se acude al Cytotec. Esta situación devela también la falta de orientación y atención adecuada en los centros de salud, en donde personas con embarazos de alto riesgo no son orientadas para tomar una decisión anticonceptiva que les garantice la protección de su salud.

“Sin embargo los tres partos que he tenido han sido de riesgo. “Traumas por los partos, el último con preclampsia casi me da una embolia” (Ent.MP2 Julio 2009).

Hay mujeres que toman decisiones para interrumpir un embarazo no planificado porque consideran que no es el momento de tener un/a hijo/a, y esto truncaría sus proyectos de vida. Estas decisiones están vinculadas a estudiantes y profesionales.

Es decir, ninguna mujer acude a usar el medicamento sin una razón importante para ella. Se encontraron solamente dos casos en que las mujeres por la efectividad del medicamento, siguen usandolo como un método anticonceptivo.

En este mismo sentido, Espinoza y López-Carrillo (2003) al analizar algunos estudios sobre aborto inducido realizados en la región, establecen que “algunas mujeres deciden interrumpir un embarazo por la necesidad

de no procrear más en forma temporal o definitiva o bien por dificultades económicas asociadas a conservar un empleo, continuar con un programa de educación o por la actitud negativa de la pareja y/o de la familia hacia el embarazo”. Estos autores concluyen, también, que por falta de un marco legal que los soporte, se dan carencias en los sistemas de salud que impiden la atención en forma segura de los embarazos no deseados. (Population Council, 2005).

9) El vínculo con los métodos anticonceptivos

El conocimiento y uso reportado del Cytotec está vinculado con la información y la experiencia que se tuvo con algún método anticonceptivo.

“vivía en la casa de una enfermera, ella me confiaba las cosas, yo le pedía que me explicara, todo, antes era más delicado, el hombre no entendía, los mismos esposos eran cerrados... yo no quería tener hijos tan seguidos, por eso preguntaba que se podía hacer... también estaba embarazada, de mi segundo hijo. He averiguado. Me tomé hojas de higo... pero no me hizo nada, me parece que me hizo más fuerte, pero mi hijo nació normal, con pesadillas estaba, por ahí pudo haber nacido mal. Ahora me controlo con la t de cobre...” (Ent. Qllo4 3 julio 2009).

O el uso del Cytotec como anticonceptivo:

Así que después de esa experiencia usé el Cytotec como método, así mi esposo no se daba cuenta y estaba tranquila, la usé como 5 veces, esa que te cuento fue la primera, después otra vez ya no la encontré a mi amiga, pero como ya sabía qué hacer, le llamé a mi primo y me hice acompañar por una amiga, le dijimos que era para ella y él nos creyó y me lo compró, la usé sin problemas, la tercera vez, no tenía a quien pedirle que me ayude, ese tiempo ya vivíamos en la ciudad, mis hijos ya estaban en la escuela, y una mañana me fui a un centro de la Max Paredes y le expliqué a la doctora lo que me había pasado, que sabía de la pastilla y que por favor me ayude a conseguir, le conté mi situación económica, y de mis embarazos, le mostré mis cicatrices en la barriga y lloré para que me tenga lástima, y funcionó, me pusieron dos pastillas vía vaginal pero esta vez me dieron las pastillas a tomar distinto,

uno en la noche y otra en la mañana, también funcionó, al día siguiente ya estaba con sangrado, la cuarta vez ya me avivé y le pedí a mi prima que me ayude, como era changuita no se hizo problemas en preguntar que eran los medicamentos ni para que servían, simplemente me ayudó estando ahí, yo fui la única que habló y le contamos a mi propio esposo que ella necesitaba, y que alguien le había dado el dato de esta pastilla, yo me hice a las locas, le dije que no sabía que existían y que ella había conseguido el dato, y le hicimos comprar a mi esposo mismo, y esa vez yo le dije que comprara 10 pastillas (yo pagué, sin que él sepa que era mi dinero), le dije que mi prima me había dado el dinero y que necesitaba esa cantidad de tabletas, así que ya tenía para usar esa vez y por si se volvía a presentar lo mismo, si la volví a necesitar recién hace unos meses, y aún tengo todavía, algunas (Ent. MP4 julio 2009).

En los tres lugares de investigación el temor y las creencias sobre la afectación de la salud en las mujeres que usan anticonceptivos se convierten en una barrera que culmina en embarazos no deseados y por tanto en abortos. Asociado a este factor, la poca información y difícil acceso para acceder a los métodos anticonceptivos en centros de salud refuerzan esta situación. Cuando se brinda información, ésta es incorrecta o no se les habla de la tasa de falla de los métodos, llegando las mujeres a creer que son cien por ciento seguros.

Este problema es mayor para las adolescentes o jóvenes que por muchas razones no acuden a los servicios de anticoncepción y se asesoran con amigas o directamente en las farmacias. La ENDSA 2008 llama la atención sobre el bajo uso de anticonceptivos en esta población, incluso se reporta que los adolescentes usan menos el condón que los/as adultos/as.

Las mujeres vendedoras en el mercado tampoco quieren hablar sobre el tema, por lo menos no de manera abierta. Cuando se indagó por regulación menstrual y/o planificación familiar mencionaron que estos temas son “secretos” y de esto no se habla entre ellas para no exponer sus intimidades.

Otro aspecto que llama la atención es la confusión o mala información que tienen las mujeres con la anticoncepción de emergencia. En varias ocasiones fue mencionada como abortivo y acuden primero a este método antes

que al Cytotec, pero cuando hay falla, pasado ya un tiempo de gestación, recién se acude al Cytotec.

10) Género y relaciones de poder

En las relaciones de pareja, las relaciones de poder no siempre se dan de forma abierta, las formas de relación varían y sus discursos también. El ejercicio del poder no siempre se expresa mediante la coerción física, si no que en estos casos adquiere una apariencia pasiva y hasta natural. Como por ejemplo la preocupación por el marido: “me he aguantado de llorar, le podía volver loco a mi marido”... “mi marido él estaba llorando. Porque ha pensado que me estaba matando” (Ent. Qllo. Junio 2009).

O la decisión que toma el marido sobre métodos anticonceptivos: “mi prima ya tenía su hijita de cuatro años, el papá de la chiquita es un maldito, por eso mi prima no quería casarse, ella nomás le mantiene a su hijita y a su mamá, estaba bien preocupada. A él no le gusta que ella use anticonceptivos. Después me contó que estaba otra vez embarazada, han pasado unas semanas, otra vez nos hemos encontrado, pero estaba riendo, ya no estaba triste, y me ha dicho que su amiga le había conseguido ese medicamento que hace botar rápido” (Ent. Qllo9. Julio 2009).

Por lo general, es la mujer sola quien debe afrontar la decisión de interrumpir un embarazo no deseado, así viva en pareja. Son pocos los casos relatados en donde la decisión es conjunta o se obtiene la colaboración de la pareja a expensas de argumentar muy bien las razones por parte de las mujeres aludiendo a su situación de salud, la responsabilidad de la crianza de los hijos, entre otros.

(...) Cuando su hijo mayor tenía 5 meses, ella quedó embarazada y no se animaba a tenerlo tan rápido, y conversó con su esposo convenciéndolo que con todo el peso de la crianza era ella. Su esposo accedió a apoyarla (Ent.MP14 Septiembre 2009).

En otros casos, las mujeres relataron que es el hombre quien impone usar el medicamento, porque él no quiere un embarazo y sin el consentimiento de la mujer:

He tenido dos abortos, mi marido ha decidido que me cuidara, mi marido ha traído, estaba de un mes nomás, cuatro pastillitas había comprado, dos he tomado en la mañana, en ayunas, también me ha puesto adentro mis partes y no he comido nada hasta las 10 a.m.

En este estudio, también podemos observar otras situaciones de poder como son en las relaciones de médico y paciente.

El médico sale y nos dice, lo siento mucho, pero no podemos atender a la señorita [...] aquí no podemos hacer nada por ella [...] cuando alguien se hace hacer un mal aborto, nosotros no tenemos ninguna obligación de atenderla, no importa en qué condiciones esté,...] que posiblemente haya ingerido estas pastillas, (Ent.MP. Agosto 2009).

Varias entrevistadas mencionaron que a los hombres se les vende el Cytotec sin “receta”. Sin embargo, en las farmacias mencionaron que no se sabe cómo, pero son los hombres quienes se consiguen una receta como sea, incluso con sello del médico. Ello puede estar ligado con la posibilidad de conseguir el medicamento pagando “más” en la farmacia o comprando una receta.

11) Violencia sexual

La violencia se constituye en un problema estructural social, por lo general con consecuencias importantes para las mujeres. Sin que las fiestas populares religiosas (Urkupiña, La Merced, El Gran Poder) sean la causa de la violencia sexual, el medio en que se dan las mismas (alcohol e inseguridad ciudadana) trae consecuencias como el abuso y la violación. En los centros de salud se registran muchos casos de embarazos no deseados a causa de abuso y violación, narradas por mujeres durante estas festividades.

También para algunos padres de familia, la violencia es producida por la televisión y el internet que transmiten valores inapropiados para los/as jóvenes o se exponen a riesgos con abusadores. La falta de seguridad ciudadana en estos lugares llama la atención de las entrevistadas, la delincuencia

y presencia de pandillas es un problema. En Quillacollo se hablo de raptos, violaciones y trata de personas como un problema en aumento.

12) Estigma social y culpabilidad

En algunos casos se relataron experiencias de ineffectividad del método que tuvieron que terminar en las clínicas con abortos quirúrgicos, siendo las mujeres estigmatizadas o culpabilizadas.

“...pero a otras mujeres les viene casi al rato la hemorragia, a otras al día siguiente recién, y les duele el vientre y se sabe que ya viene la hemorragia, pero no deben asustarse, otras mujeres se desesperan y peor es la cosa, en Buenos Aires, una chica de Bolivia se ha embarazado, se ha tomado como le han dicho, pero ella se fue al médico y justo le vino la hemorragia, y trajo problemas al jefe.” (Ent. Qllo12. Julio 2009).

En países donde la cultura patriarcal margina a la mujer de las decisiones con respecto a su propio cuerpo, las mujeres se ven expuestas a complejas situaciones relativas a su salud sexual y reproductiva, generándole culpas y a exponerse a ser víctimas en muchos casos de procedimientos no seguros ante un embarazo no deseado (Population Council, 2005).

El estigma recae también en determinados grupos sociales. Las universitarias, las jóvenes y las mujeres de clase social alta.

En el caso de las universitarias se considera que por su conocimiento tienen más acceso a información y a las farmacias. Si bien, el 98% de las mujeres que participaron en el estudio tienen un nivel de instrucción, hay discrepancias importantes entre las clínicas siendo la Max Paredes la que presenta mayores porcentajes de instrucción superior y las que menos grado de instrucción tienen son las de Quillacollo. El grado de instrucción es importante para considerar el acceso al conocimiento del aborto medicamentoso:

“(...) estos chicos no trabajan pero tienen plata, y pasan el tiempo enamorando con una y con otra, a veces las embarazan a las dos...y se rien...la farmacia que está frente al hospital, es conocida... los chicos se dan modos para conseguir....

Las chicas que han utilizado llegan a internarse, con vergüenza, y dicen que sus chicos les han dicho que “todo vas a expulsar”, pero llegan con restos... “Hay diferencias entre mujeres del área rural y universitarias. Las mujeres del área rural llegan poco al hospital con este problema y por lo general van acompañadas del marido, quien se encarga de explicar. En tanto que las universitarias se encargan de conseguir en farmacia con receta firmada por médico”.

Las mujeres adultas piensan que es un problema de las jóvenes. Es verdad que un 72% de las encuestadas en las clínicas son mujeres menores de 35 años, con una mayor proporción entre las mujeres de 25 a 29 años y hubo referencia a muchachas entre 13 y 16 años, en las redes sociales se habló de mujeres adultas que también pasaban por la experiencia del aborto.

Sin embargo, hay cierta resistencia de las mujeres adultas para relacionar el aborto como una situación que trasciende las edades y otros factores socios culturales. Aunque las estadísticas en este estudio muestran que son las mujeres jóvenes las que más reportan conocimiento, se encontró que mujeres casadas y de distintas edades buscan una alternativa a un embarazo no planificado. Pero públicamente es difícil aceptarlo por lo que prefieren ubicarlo como un problema de las jóvenes. Es más fácil para las adultas acudir a razones del aborto espontáneo, en tanto que casi siempre se piensa que una joven tuvo un aborto inducido o provocado.

“nosotras la mayores, ya no tenemos ese problema de wawas , las jovencitas nomas tienen , miedo a todo , como si fuera difícil criar a una wawas, problema nomas se hacen, el otro día no mas una de las hijas de las afiliadas se ha embarazado, y su mamá llorando estaba buscando curandero, yo le he reñido como va hacer eso, cualquier cosa hacen para no tener wawas, yo les digo a las señoras que me busque para todo menos para eso, y ellas ya saben me conocen.”

De igual forma el canal de información proveniente del internet se asocia con población joven, urbanizada y castellanohablante.

Algunas entrevistadas diferencian los comportamientos de las clases sociales a manera de estigma. Reiteran que las que más tienen acceso al conocimiento y a condiciones de un aborto seguro son las mujeres de una

clase social media y alta y con dinero. Se piensa que ellas pueden comprar medicamentos incluso pagar una clínica. En tanto que las mujeres pobres acuden a otras estrategias más traumáticas: se caen, alzan peso, se golpean, toman mates y acuden a un legrado. Una profesora fue elocuente al decir: Las alumnas ricas “pierden el embarazo” las pobres “abortan”. Las mujeres pobres con hijos se resignan o lo asumen como un “embarazo más”.

3.2. Conocimiento reportado sobre otros métodos utilizados para la regulación menstrual y el aborto, por mujeres entrevistadas y por las redes sociales

La mayoría de las personas mencionan que los diferentes métodos para el aborto es un conocimiento habitual y transmitido de generación en generación o entre amigas. Por lo general refieren a las hierbas en forma de mate o mezclas, que incluso llegan a vender en los mercados tradicionales ya preparados. Por lo general se acude al café muy cargado, al higo, al orégano, hierba Luisa, entre otros. Aseguran que éstas tienen propiedades abortivas, puesto que han funcionado en alguna pariente cercana, amiga, o experiencia propia.

En Quillacollo se mencionó que algunas mujeres acompañan al Cytotec con bebidas de mates de orégano para reforzar la acción abortiva.

Otro de los métodos más mencionados fue la intervención quirúrgica, en sus términos de “el LIU o legrado”, “el raspaje”, “la succión”, a pesar que algunas señalan que son traumáticos, pero son los más seguros, incluso para “abortar de 3 a 4 meses de embarazo”, sin embargo, son conscientes que se corre riesgos cuando son centros de salud clandestinos, y precarios.

Conclusiones

- 1) Bolivia presenta un avance en normativas relacionadas con la salud materna incluyendo las atenciones a las hemorragias del embarazo y la anticoncepción post aborto. La aprobación reciente con Resolución Ministerial del Misoprotol con fines obstétricos, es una muestra de ello. Este avance en normativas se encuentra impedido ante la penalización

del aborto lo que incide en la restricción de medidas para asegurar una atención adecuada y con un enfoque de derechos. No obstante, y pese a la legislación importante para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, todavía son muy pocos los efectos vistos para la reducción del aborto inseguro.

Son muy pocos los servicios de salud que prestan una atención de calidad en el tratamiento del aborto incompleto y menos la orientación postaborto. Muchas mujeres temen ir a un servicio de salud por temor a ser juzgadas o no atendidas. Prefieren ir a centros clandestinos donde terminan en legrados, raspajes o no les resuelven el problema. Son muy pocas las clínicas públicas referidas.

- 2) En los contextos del estudio la migración interna es un factor importante que dinamiza la población con personas que llegan de distintos lugares de los propios departamentos. Se estima que aproximadamente un 13% de las mujeres que asistieron a las clínicas de Wiñay, donde fueron encuestadas, no viven en el mismo municipio. También se presenta una migración externa sobre todo en Cochabamba hacia España y Buenos Aires lo que incide en que usuarias entrevistadas son bolivianas procedentes de estos países.
- 3) Las redes sociales (amistades, pareja y familiares) son las principales fuentes para la indicar la obtención del Cytotec y son las instancias de consejo para su uso. Aquí no media ningún profesional o atención especializada en salud. La farmacia es la principal proveedora, sin embargo asume un rol pasivo en acciones en salud y se limita a sus fines comerciales. En la mayoría de los casos los hombres son los intermediarios entre las mujeres y las farmacias. Se narran casos de exigibilidad de la receta o censura a las mujeres, en tanto que a los hombres no se les coloca muchas restricciones. En las historias hay un marido, un primo, un hermano, un enamorado o amigo quien se encarga de solucionar el problema comprando el medicamento. La relación “farmacia-hombre”, refuerza la cultura patriarcal, las inequidades de género y hasta cierto punto otorga el “poder” a los hombres en las decisiones sobre el medicamento, el cuerpo de las mujeres y sus decisiones. Un hallazgo importante en esta investigación es el internet como medio

de información. El acceso cada vez mayor a estas tecnologías genera otra información no registrada o investigada.

- 4) Las vivencias propias y ajenas relatadas por las entrevistadas involucran varios aspectos sociales que deben seguir profundizándose entre ellos: Los efectos colaterales, los sentimientos, las informaciones incompletas o inadecuadas, el apoyo de las redes sociales, las decisiones de las mujeres, las cuestiones de género y las relaciones de poder, el vínculo entre aborto y métodos anticonceptivos, el estigma social y la culpabilidad.
- 5) Las mujeres y sus redes sociales conocen una serie de métodos para el aborto. Sean estos naturales, medicamentos o quirúrgicos. Los métodos naturales principalmente bebidas calientes (orégano, café, higo etc.) son ampliamente conocidas y se aceptan más fácilmente como temas de conversación. Este conocimiento se transmite más en las redes de parientes (primas, hermanas, suegras, madres) e incluso se transmite de generación en generación. Hay por el contrario barreras para los otros métodos tanto medicamentosos como quirúrgicos. El conocimiento respecto a estos últimos es mas “vedado”, circula como “secreto”, por lo mismo circula más entre amigas. Sobresale aquí que las mujeres confunden los anticonceptivos de emergencia con abortivos.

Recomendaciones para las políticas públicas

1. Desarrollar esfuerzos intersectoriales y con la sociedad civil para el seguimiento y aplicación de las normativas existentes en torno a los derechos, la salud materna y la aplicación de los artículos de la CPE en torno a la erradicación de la violencia, la equidad de género y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
2. Involucrar a otras instancias sociales más allá de las OTB y que tienen influencia en las redes sociales: Comparsas, asociaciones folclóricas, juntas escolares, entre otras. Estas instancias son vehículos de información, educación y denuncia sobre violencia urbana.
3. Educar/sensibilizar y buscar estrategias educativas mediante los TICs (tecnología informática de comunicación) que son cada vez más frecuentes entre los/as jóvenes.

4. Incluir en los servicios de orientación el Cytotec o Misoprostol con un enfoque de género y derechos.
5. Reforzar y mejorar los servicios de orientación en anticoncepción. Garantizar los métodos anticonceptivos en los servicios de salud de forma gratuita y accesible.

Bibliografía

- BRIOZZO, L.
2010 “El Misoprostol será la medicina del Siglo XXI” En: *Observa* 25/01/2010 | 11:25 | Montevideo, Uruguay.
- BRUCE, J.
1989 Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework, The Population Council, New York.
- CABALLERO, A.
2004 *Viaje a territorio Próximo: UMSA-CIMA: La Paz INE, Encuesta Nacional de Demografía y Salud. La Paz, Bolivia 2008, 2003 y 1994.*
- IPAS
(sf) *Análisis del Impacto de las Hemorragias durante la Primera Mitad del Embarazo En la Mortalidad Materna en Bolivia.* La Paz: IPAS.
- LEDEZMA, L.
2009 “Diario de Campo”. *Investigación Conocimiento sobre el aborto medicamentoso entre usuarias de tres centros privados de salud sexual y reproductiva y sus redes sociales en La Paz y Cochabamba, Bolivia.* CIDES-UMSA, La Paz, Bolivia.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
1999 *Diagnóstico de la Situación Actual de los Servicios de Atención Postaborto (APA) en el Sistema de Salud Público Boliviano.* La Paz, Bolivia.
- 2009 *Normas y protocolo Clínicos sobre el empleo del Misoprostol en Ginecología y Obstetricia. Serie de Documentos técnicos – Normativa.* Impresiones Téllez: La Paz, Bolivia.

- 2009 *Plan Estratégico para Mejorar la Salud Materna Perinatal y Neonatal 2009-2013*: La Paz, Bolivia.
- POPULATION COUNCIL
- 2005 *El aborto con Medicamentos en América Latina. Las experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú*. Population Council, México.
- REVISTA DE LA SOCIEDAD BOLIVIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
- 2005 SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD – SNIS (2010) <http://www.SNC.gov.bo>
- SBOG Gineceo
- 2005 *Seminario Taller Internacional Responsabilidad Médico-Social frente al Aborto Impune*: Revista de la Sociedad Boliviana de Obstetricia y Ginecología. Bolivia.
- STRAUSS, A. y CORBIN J.
- 2002 *Bases de la Investigación Cualitativa*. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
- SOTO, P.
- 2009 “Diario de Campo”. *Investigación Conocimiento sobre el aborto medicamentoso entre usuarias de tres centros privados de salud sexual y reproductiva y sus redes sociales en La Paz y Cochabamba, Bolivia*. CIDES-UMSA, La Paz, Bolivia.
- TAYLOR, S. y BODGAN, R.
- 1990 *Introducción a los Métodos Cualitativos de la Investigación*. Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- VEGA, A.
- 2009 “Diario de Campo”. *Investigación Conocimiento sobre el aborto medicamentoso entre usuarias de tres centros privados de salud sexual y reproductiva y sus redes sociales en La Paz y Cochabamba, Bolivia*. CIDES-UMSA, La Paz, Bolivia.
- VICEMINISTERIO DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES – UNFPA
- 2009 *Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud-2008*. La Paz, Bolivia.