

Haciendo accesibles los servicios de aborto a partir de las reformas legales

La aprobación de leyes más liberales sobre el aborto es uno de los muchos cambios que deben ocurrir para que las mujeres puedan tener acceso a servicios seguros y legales. Un estudio sobre los procesos que se llevaron a cabo después de las reformas legales en seis escenarios de Asia, África y América Latina confirma que el establecimiento de servicios seguros de aborto puede llevar años y requiere de diversos recursos y compromisos. En los lugares donde se han realizado estos esfuerzos y donde está disponible la información sobre las tendencias de morbilidad y mortalidad relacionadas con el aborto, la evidencia está empezando a demostrar que la liberalización de las leyes contribuye a mejorar la salud de las mujeres.

El aborto inducido ha sido legal para una diversidad amplia de causales en la mayoría de los países industrializados desde comienzos de la década de los años 70 o incluso desde antes. Sin embargo, el estatus legal del aborto en los países en desarrollo es diverso y la interpretación de las leyes existentes es variada. Casi la mitad de las mujeres en edad reproductiva de los países en desarrollo, viven en países donde se prohíbe el procedimiento completamente o se permite sólo para salvar la vida de una mujer o proteger su salud. A excepción de las mujeres de China e India, en donde las leyes de aborto son liberales, ocho de cada 10 mujeres del resto del mundo en desarrollo viven en lugares con leyes altamente restrictivas.

No obstante, existe una clara evidencia de

que las leyes de aborto restrictivas están relacionadas con una alta incidencia de abortos inseguros y sus consecuencias sobre la salud, y de que en estos lugares, el aborto contribuye de manera importante con la morbilidad y mortalidad maternas. Los abortos que se realizan fuera de la ley, por lo general son clandestinos e inseguros porque son realizados por proveedores que no tienen las habilidades necesarias o se hacen en condiciones insalubres, o son inducidos por las propias mujeres embarazadas. Además de poner en peligro a las mujeres, el aborto inseguro y sus consecuencias constituyen una carga financiera para los sistemas de salud.

Algunos países han respondido a este problema a través de reformas legales. Desde 1995, las restricciones legales

relacionadas con el aborto han disminuido de distinta manera en 26 países y en la Ciudad de México. Muchas de las reformas a las leyes sobre aborto han sido lideradas por organizaciones que se dedican a la salud y los derechos de las mujeres que han luchado a través de campañas legales y educativas para dar origen a estos cambios. Han surgido varias estrategias exitosas que están bien documentadas. Entre éstas se incluyen, los estudios sobre la incidencia, consecuencias y costos del aborto inseguro; la diseminación de estos hallazgos entre grupos de activistas y organizaciones políticas; la creación de coaliciones entre grupos políticos y activistas por los derechos; la movilización de la opinión pública a través de campañas de comunicación masiva; y el desarrollo de estrategias legales centradas en el aborto seguro como tema de salud pública y de derechos humanos.

Es poco lo que se ha publicado sobre lo que sucede en los países una vez que se ha aprobado la ley y sobre el impacto de la implementación de la nueva ley en los servicios de aborto y en la salud de las mujeres. La experiencia en varios países sugiere que el cambio legislativo no conduce automáticamente al acceso universal a los servicios de aborto legal, particularmente en países pobres. En India, por ejemplo, el aborto ha sido legal para varias causales desde 1971 pero, cuatro décadas después, menos de la mitad de los procedimientos que se realizan anualmente pueden considerarse seguros. De manera similar, a pesar de que en 1997 se legalizó el aborto en Sudáfrica, la mayoría de las interrupciones realizadas hasta 2008 seguían siendo inseguras en

la región de África Meridional (donde reside casi el 90% de la población femenina de Sudáfrica).

Este resumen presenta la información más relevante contenida en un informe más largo en el que se analizan la implementación y el impacto de la aprobación de leyes menos restrictivas en seis lugares. Los estudios de caso que se presentan en el informe provienen de una extensa revisión de otros informes, así como de cuestionarios y entrevistas aplicados a expertos tanto de organizaciones gubernamentales como no gubernamentales. Como parte de esta tarea, las investigadoras de Guttmacher crearon un marco para ayudar a entender y evaluar los procesos que idealmente ocurrirían después de la aprobación de una ley sobre el aborto (ver la tabla en la página 3). Cada uno de los seis estudios de caso se enfoca en los elementos incluidos en este marco.

Seis lugares en donde las leyes sobre aborto cambiaron recientemente

Entre 1997 y el 2007, en Camboya, Colombia, Etiopía, la Ciudad de México y Sudáfrica se llevaron a cabo reformas para disminuir las restricciones en sus leyes sobre el aborto. Estos países abarcan distintos grados de desarrollo- Camboya, Etiopía y Nepal se encuentran entre los países más pobres del mundo, con niveles relativamente bajos de educación, un bajo nivel de gasto público en salud per cápita y elevadas tasas de morbilidad y mortalidad materna. Por el contrario, Sudáfrica, Colombia y la Ciudad de México cuentan con economías y sistemas de salud relativamente avanzados. Estas diferencias han tenido implicaciones en la capacidad de cada

país para poner en práctica las nuevas leyes. Otros contrastes importantes entre los países, como son los factores culturales y las creencias religiosas, también han tenido un efecto en la aceptación que han tenido las modificaciones a las leyes.

Todos los escenarios tenían leyes altamente restrictivas antes de las reformas: el aborto no estaba permitido bajo ninguna circunstancia o se permitía únicamente en casos excepcionales. Las causales de las nuevas leyes son muy variadas (ver tabla). En cuatro de los países, el aborto es legal ahora sin restricciones dentro de una edad gestacional establecida (12 semanas para Camboya, Nepal y Sudáfrica y 28 para Etiopía) y se permite con más restricciones después de esa edad gestacional. En la Ciudad de México, la ley permite el aborto voluntario hasta la semana 12 del embarazo, pero no después. En Colombia la ley permite el aborto sólo en casos de violación, incesto, malformaciones en el feto incompatibles con la vida, o para proteger la vida o salud de la mujer; no se especifica un límite gestacional.

Conocimiento público sobre las modificaciones legales

En la mayoría de los escenarios se llevaron a cabo actividades de difusión, aunque con distintos alcances. La difusión puede haberse limitado de manera intencional (dado que los funcionarios públicos pueden considerar al aborto legal como una desventaja política) o es posible que se haya visto limitada por la falta de recursos, o por el estigma general que rodea al aborto.

A pesar de la falta de campañas públicas para visibilizar las modificaciones a las leyes sobre el

aborto, el conocimiento general sobre éstas es elevado, al menos en dos de los lugares con mayor desarrollo económico, la Ciudad de México y Colombia. Ambos lugares cuentan con diversas fuentes noticiosas tanto impresas como televisivas que llegan a una gran cantidad de personas y que hacen una cobertura completa de los eventos políticos relevantes, incluyendo los cambios en las leyes relacionadas con el aborto.

Lineamientos y su diseminación

Los lineamientos clínicos y administrativos son importantes para formalizar y estandarizar la provisión de servicios de aborto y la atención médica. Cuando éstos existen, por lo general son desarrollados y diseminados por agencias gubernamentales, con el apoyo de ONG, agencias internacionales y otros grupos interesados. La existencia y el alcance de dichos lineamientos varía en los seis lugares del estudio y en dos de ellos, Etiopía y Colombia, existen lineamientos completos y ampliamente disponibles. Los lineamientos de Etiopía han contribuido a mejorar el acceso a los servicios de aborto legal. Los lineamientos de servicio de Colombia, basados en un manual desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, son accesibles y completos, pero a causa de la constante oposición política a los servicios de aborto y a una serie de otros factores, no ha habido mucha oportunidad de usarlos. En Sudáfrica también se han desarrollado y diseminado lineamientos, aunque no se han divulgado tanto como en Etiopía y Colombia. En México y Nepal existen lineamientos, pero aparentemente no se han diseminado o usado ampliamente.

Creación y utilización de los servicios de aborto seguro

Proporcionar servicios de aborto a través del sistema público de salud es un reto para los países con servicios de salud sobrecargados y que reciben poco financiamiento. Después de la modificación de su ley sobre aborto, Nepal trabajó con ONGs internacionales para implementar una estrategia cuidadosamente planeada para hacer que los servicios estuvieran disponibles, que incluía el desarrollo de manuales, la capacitación a personal de salud del sector público y privado, y la provisión de los insumos y equipos necesarios. En la Ciudad de México los funcionarios de alto nivel de la Secretaría de Salud comenzaron a planear la provisión de servicios de aborto antes de la aprobación de la ley, y la capacitación de los médicos comenzó poco después de que la ley entrara en vigencia. En Sudáfrica, los servicios de aborto seguro están disponibles en muchos establecimientos públicos, aunque la provisión de servicios no es suficiente para satisfacer la demanda. Incluso en Etiopía y Camboya, donde las infraestructuras para el cuidado de la salud son relativamente débiles, se han instituido servicios limitados y entre una cuarta parte y la mitad de todos los abortos se realizan ahora legalmente en los establecimientos.

Un factor importante que determina el acceso a los servicios de aborto seguro es el número de proveedores capacitados en técnicas seguras para el aborto. Los esfuerzos de Sudáfrica, Nepal y, de manera un poco más limitada, Camboya para establecer sus servicios de aborto se han visto beneficiados al autorizar a proveedores de nivel intermedio, como personal de enfermería y

partería, para la realización de abortos.

Impacto de la nueva ley

Una pregunta importante sobre las modificaciones a las leyes de aborto es si tienen un efecto en la cantidad y seguridad de los abortos realizados y si finalmente contribuyen a mejorar la salud de las mujeres. La evidencia al respecto es limitada porque muchas mujeres y proveedores se rehúsan a informar sobre los procedimientos por el estigma relacionado con el aborto, particularmente cuando el acceso al mismo está restringido. Además, en Colombia y en la Ciudad de México los servicios de aborto no han estado disponibles por un tiempo suficiente como para poder medir su impacto.

En Sudáfrica, donde la ley ha estado disponible por más tiempo, se desconoce la diferencia entre la incidencia del aborto antes y después de la modificación a la ley, sin embargo, en la región de África Meridional, que está formada principalmente por Sudáfrica, el porcentaje total de abortos ha disminuido y el porcentaje de abortos seguros se ha incrementado. La evidencia sugiere que la ley aprobada en Sudáfrica tiene que ver con una dramática disminución de las muertes relacionadas con el aborto en los establecimientos de salud.

El impacto medible de las leyes modificadas varía enormemente en los demás escenarios del estudio:

- En Etiopía, donde se desconocen las cifras de aborto inseguro anteriores a la aprobación de la ley, los procedimientos seguros y legales abarcan un poco más de la cuarta parte de todos los abortos realizados en el 2008. Un estudio local indica que la

incidencia de complicaciones del aborto inseguro ha disminuido.

- En la Ciudad de México, la gran diferencia entre la cantidad de abortos registrados legalmente y el número estimado de abortos determinado a partir de investigaciones independientes, sugiere que la mayoría de los abortos aun se realizan fuera de los establecimientos oficiales autorizados.

- En Nepal, el impacto de la nueva ley sobre aborto en la incidencia general de abortos, no puede determinarse porque no existían estimaciones confiables sobre la incidencia de abortos antes de las modificaciones a la ley. Existe evidencia de que la nueva ley ha contribuido a una disminución en la cantidad de complicaciones ocasionadas por el aborto inseguro.

- En Colombia, los estrictos términos de la reforma legal impiden la existencia de cualquier impacto notorio en la incidencia de los abortos seguros e inseguros, o en la mortalidad o morbilidad relacionadas.

Resistencia a las nuevas leyes

Los hallazgos en los seis países muestran que la resistencia al aborto legal puede intensificarse después de que las leyes sobre aborto se modifican. En Colombia, por ejemplo, la iglesia católica había asumido un papel bastante indiferente antes de la decisión de la corte de liberalizar el aborto, pero la oposición se intensificó de manera dramática después. La oposición a la implementación de los servicios seguros y legales puede tomar muchas formas y se debe abordar continuamente.

En todos los lugares, los estudios de caso demostraron que la

Resumen de las causales para el aborto legal en seis países

Camboya ¹ 1997	Durante las primeras 12 semanas* de embarazo sin restricción en cuanto a la razón. Después de las 12 semanas se permite cuando: (1) el embarazo es anormal o representa un riesgo para la vida de la mujer; (2) el bebé puede desarrollar una enfermedad incurable después del nacimiento; ó (3) el embarazo es resultado de una violación. La solicitud de aborto debe provenir de los padres o tutores en el caso de las menores de edad.
Colombia ² 2006	Permitido sin límite gestacional específico cuando: (1) el embarazo pone en riesgo la salud o vida de la mujer, de acuerdo con lo certificado por un médico; (2) un médico certifica que el feto tiene malformaciones graves incompatibles con la vida; o (3) el embarazo es resultado de actos delictivos, denunciados ante las autoridades correspondientes.
Etiopía ³ 2005	Permitido antes de que el feto sea viable (convencionalmente 28 semanas desde la FUM) cuando: (1) el embarazo es resultado de violación o incesto; (2) la salud o la vida de la mujer o del bebé están en peligro (3) el feto tiene una deformidad incurable y grave; (4) cuando la mujer embarazada tiene discapacidades físicas o mentales; o (5) la mujer es menor de edad y no esté preparada para criar al niño.
Ciudad de México ⁴ 2007	Durante las primeras 12 semanas de gestación, permitido para las mujeres que lo soliciten. Después de las 12 semanas, se permite sólo para proteger la vida o la salud de la mujer o en caso de violación y malformaciones fetales.
Nepal ⁵ 2004	Durante las primeras 12 semanas se permite por cualquier razón, entre las 13 y 18 semanas cuando el embarazo es resultado de violación o incesto; y en cualquier momento de la gestación, por recomendación de un médico autorizado cuando la vida de la mujer o su salud física o mental están en riesgo, o si existe riesgo de malformación fetal.
Sudáfrica ⁶ 1997	Durante las primeras 12 semanas de embarazo, permitido por solicitud de la mujer. Entre la semana 13 y la 20 cuando en la opinión de un médico: (1) el embarazo representa un riesgo para la salud física o mental de la mujer; (2) existe un importante riesgo de que el feto tenga anomalías físicas o mentales graves; (3) el embarazo es resultado de violación o incesto; o (4) la continuación del embarazo afecta significativamente las circunstancias sociales o económicas de la mujer. Después de la semana 20, se permite cuando un médico, después de consultar con otro médico o una partera registrada, opina que la continuación del embarazo: (1) pondría en peligro la vida de la mujer; (2) resultaría en una severa malformación en el feto; o (3) representaría un riesgo de lesiones para el feto.

*El primer trimestre del embarazo generalmente se calcula contando 12 semanas a partir del primer día de la última menstruación (FUM) de la mujer.

resistencia entre los proveedores de servicios de salud, los retrocesos políticos y la prevalencia del estigma son reacciones comunes a las reformas de leyes sobre el aborto. Muchas de las legislaciones contienen provisiones de objeción de conciencia que permiten al personal de clínicas y hospitales negarse a

proporcionar los servicios por motivos religiosos o éticos, y se ha demostrado en varios lugares que los legisladores antiaborto con frecuencia capitalizan los resultados provocados por tales disposiciones. En estos escenarios, los administradores de los servicios de salud deben anticiparse a la posible falta de

personal por la negación de algunos profesionales de la salud a tratar temas relacionados con la sexualidad, los embarazos no planeados y el aborto, y a participar en los servicios relacionados.

Una vez que se ha realizado una reforma legal, educar a las mujeres y hombres sobre el nuevo derecho al aborto, ayudándoles a proteger este derecho y a superar el estigma relacionado, puede representar un nuevo reto para los proveedores y otros grupos interesados, que buscan que los servicios de aborto seguro estén disponibles. Además, el establecimiento de servicios públicos de salud para realizar un procedimiento, que anteriormente era ilegal, estigmatizado y clandestino, no es una tarea simple. Puede ser necesario que se reconozca la presencia de la desaprobación social y cultural frente al aborto para así desarrollar estrategias educativas que contrarresten estas actitudes tan arraigadas.

Otras acciones necesarias

Se requiere de acciones políticas y programáticas determinantes para asegurar que las provisiones de la nueva ley de aborto y los reglamentos relacionados se describan correctamente, sean bien comprendidos por los profesionales de la salud y por el público, y se implementen de manera que los servicios de aborto legal y seguro formen parte integral de los servicios de salud reproductiva.

Entre las acciones específicas se incluyen las siguientes:

- Los grupos interesados, tanto gubernamentales como no gubernamentales, deben utilizar los medios de comunicación y otros recursos disponibles para informar al público en general y al personal de salud sobre la

disminución de restricciones relacionadas con el aborto, sobre dónde se pueden obtener los servicios legales y sobre quiénes son los profesionales de la salud que los proporcionan.

- En lugares predominantemente pobres y rurales con sistemas de salud débiles, algunas estrategias útiles para incrementar el acceso a los servicios incluyen la promoción de técnicas de aborto de bajo costo y el uso de proveedores de salud de nivel intermedio. Se debe asegurar la posibilidad de contar con sistemas de referencia para la atención de complicaciones.

- Para evitar la falta de proveedores calificados, se debe promover la creación de alianzas entre ministerios de salud, escuelas de medicina y enfermería para incorporar a proveedores y capacitarlos en las técnicas para el aborto seguro, así como en otras habilidades relacionadas con la salud reproductiva. Se deben realizar esfuerzos de promoción y defensa, para ejercer presión y lograr que se incluya a los proveedores de salud de nivel intermedio entre las personas autorizadas para realizar abortos.

- Los administradores de programas y los expertos legales, deben anticiparse y hacer planes para enfrentar posibles efectos negativos que surjan en contra de las reformas a las leyes de aborto. La objeción de conciencia debe estipularse de manera clara en las leyes y lineamientos oficiales, señalando de manera explícita las acciones que deben realizar los establecimientos para asegurar que las mujeres puedan obtener servicios de aborto seguro, de ser necesario refiriendo a las pacientes a otros establecimientos que sí les proporcionen los servicios.

- Los donantes, los investigadores y los defensores y promotores de la salud pública de todo el mundo deben seguir trabajando para que se mejore el registro de los abortos legales, para contar con recolección confiable de datos relacionados con muertes maternas y enfermedades ocasionadas por el aborto inseguro, y para que se obtengan estimaciones sólidas sobre la incidencia del aborto inseguro.

REFERENCIAS

1. Population Division, United Nations Department for Economic and Social Development, *Abortion Policies: A Global Review*, Volume I, Afghanistan to France, New York: United Nations, 2002, p. 80.
2. Congress of Colombia Law 599, which issues the Penal Code with changes from Sentencia C-355/06, 2006, <<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6388>>, accessed Mar. 15, 2012.
3. Ethiopian National Legislative Bodies No. 414, The Criminal Code of the Federal Democratic Republic of Ethiopia, 2004, <<http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/70993/75092/F1429731028/ETH70993.pdf>>, accessed Dec. 15, 2011.
4. Office of the Governor of the Federal District, Mexico City, Decree Reforming the Federal District Penal Code and Amending the Federal District Health Law (in Spanish), 2007, pp. 2-3, <http://www.gire.org.mx/publica2/GacetaGDF_Aborto260407.pdf>, accessed Feb. 10, 2012.
5. Nepal Department of Health Services Division, National Safe Abortion Policy, Kathmandu, Nepal: Ministry of Health, 2002.
6. Republic of South Africa, No. 1891, Act No. 92, Choice on Termination of Pregnancy Act, 1996, <<http://www.info.gov.za/gazette/acts/1996/a92-96.htm>>, accessed Nov. 22, 2011.

RECONOCIMIENTOS

Este informe, escrito por Lori Ashford, consultora independiente, Gilda Sedgh y Susheela Singh, ambas del Instituto Guttmacher, resume los hallazgos de *Making Abortion Services Accessible in the Wake of Legal Reform*, New York: Guttmacher Institute 2012, <www.guttmacher.org/pubs/abortion-services-laws.pdf>. A menos que se sugiera algo distinto, las referencias a toda la información pueden encontrarse en el resumen más largo. Este resumen fue editado por Haley Ball, del Instituto Guttmacher.

Las autoras agradecen a los siguientes colegas por la revisión de versiones anteriores del resumen: Akinrinola Bankole, Instituto Guttmacher; Kelly Blanchard, Ibis Reproductive Health; Luisa Cabal y Lillian Sepúlveda, Center for Reproductive Rights; Tamara Feters and Charlotte Hord Smith, Ipas; and Iqbal Shah, World Health Organization.

Este resumen se realizó con el apoyo del Ministerio Holandés de Asuntos Exteriores y la Fundación *John D. and Catherine T. MacArthur*.

Cita sugerida: Ashford L, Sedgh G and Singh S, Haciendo accesibles los servicios de aborto a partir de las reformas legales, *En Resumen*, Nueva York: Instituto Guttmacher, 2012, <www.guttmacher.org/pubs/IB-abortion-services-laws-SP.pdf>.

Traducido por Erika Troncoso, Ipas y Cristina Villarreal, Fundación Oriéntame.



Progresando en la salud sexual y reproductiva en el mundo a través de la investigación, el análisis de políticas y la educación pública

125 Maiden Lane
New York, NY 10038 USA
Tel: 212.248.1111
info@guttmacher.org

www.guttmacher.org