

Poder decidir abre un mundo de posibilidades

A woman with a joyful expression is riding a motorcycle on a dirt road. She is wearing a vibrant, patterned red and black dress and a black headwrap. The background is a lush, green, out-of-focus landscape. The bottom of the image features a blue graphic overlay with diagonal lines.

Ellas a cargo

Aborto con medicamentos y
la vida de las mujeres
Un llamado a la acción

¿Quiénes somos?

La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) es un proveedor global de servicios y uno de los principales defensores de la salud y los derechos sexuales y reproductivos para todas las personas. Somos un movimiento mundial de organizaciones nacionales que trabajan con y para las comunidades y los individuos, compuesto por 164 asociaciones miembro y socios colaboradores. En 2017, IPPF prestó 208.6 millones de servicios de salud sexual y reproductiva.

La IPPF trabaja para lograr un mundo en el que las personas de todas las edades y en todas partes tengan control sobre sus propios cuerpos y, por lo tanto, sobre sus destinos. Un mundo en el que sean libres de elegir si ejercen o no la maternidad o paternidad; libres de decidir cuántos hijos van a tener y cuándo tenerlos; y libres de buscar una vida sexual sana sin temor a embarazos no deseados y a las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Un mundo donde el género o la sexualidad ya no sean una fuente de desigualdad o estigma. Tenemos el compromiso de promover el derecho de todas las mujeres y niñas a tener acceso al aborto seguro. El acceso a las tecnologías reproductivas que ayudan a las mujeres a tener pleno control sobre sus destinos reproductivos es un derecho humano, y la negación de estas tecnologías –incluido el acceso al aborto seguro– es coerción reproductiva.

El acceso al aborto seguro es una base fundamental de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y de la propiedad de las mujeres sobre sus propios cuerpos. La IPPF continuará trabajando para asegurar que la atención del aborto sea segura, legal y accesible para todas las mujeres, en todas partes. El marco estratégico de la IPPF nos compromete a promover el derecho de todas las mujeres y niñas a elegir y obtener servicios de aborto seguro, aumentar el acceso a la atención integral del aborto y crear conciencia sobre los impactos del aborto seguro en la salud pública y la justicia social. Tenemos el firme propósito de reducir el número de lesiones y muertes de mujeres y niñas que se ven obligadas a recurrir a métodos de aborto inseguro.

Contenido

| | |
|--|-----------|
| ¿Quiénes somos? | 2 |
| Prólogo – Embajadora Dra. Eunice Brookman-Amisah | 4 |
| Prólogo – Ministro Nikolai Astrup | 6 |
| Resumen ejecutivo | 8 |
| Introducción | 11 |
| Para entender el aborto | 14 |
| Una breve recorrido por la historia reciente del aborto en la política internacional | 18 |
| Aborto inseguro alrededor del mundo | 20 |
| El desafío: acelerar el progreso para poder ofrecerle abortos seguros a todas las mujeres | 23 |
| Un llamado a la expansión del aborto con medicamentos | 27 |
| Una agenda para la acción | 33 |
| Conclusiones | 36 |
| Notas finales | 37 |

Acrónimos clave

| | |
|--------------|--|
| CIPD | Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo |
| EIS | Educación integral de la sexualidad |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONG | Organizaciones no gubernamentales |
| OSC | Organización en sociedad civil |
| PSI | Population Services International |
| PSIM | Paquete de servicios iniciales mínimos |
| SDSR | Salud y derechos sexuales y reproductivos |
| UNFPA | Fondo de Población de las Naciones Unidas |

Prólogo

Al principio de mi carrera, como médica joven en Ghana, vi de primera mano el impacto cuando a las mujeres que no querían continuar con un embarazo, se les prohibía el acceso al aborto seguro. Vi a mujeres que, desesperadas, habían recurrido a abortos inseguros que les causaron lesiones, hemorragias graves e incluso una muerte prematura. Vi el impacto que sus discapacidades y muertes tuvieron en sus hijos y familias.

Como Ministra de Salud de Ghana, me quedó claro entonces, como lo sigo teniendo ahora, que la respuesta compasiva y razonable al flagelo para la salud pública que es el aborto inseguro, es permitir a las mujeres la libertad de acceder a la atención y los servicios que necesitan para salvar sus vidas.

Durante mi mandato como Embajadora de Ghana en el Reino de los Países Bajos, donde el aborto es relativamente libre y las mujeres tienen acceso a servicios seguros, incluidos los medicamentos para inducir abortos, me sorprendió el marcado contraste entre una tasa de mortalidad materna muy baja, una alta aceptación de los servicios anticonceptivos y los bajos niveles resultantes de embarazos no deseados, y de la necesidad de recurrir al aborto. Cuando una mujer decidía no continuar con un embarazo no deseado, tenía acceso a un procedimiento seguro con niveles insignificantes de complicaciones. ¡Y casi nunca la muerte!

En contraste, las tasas inaceptablemente altas de mortalidad y morbilidad materna a causa del aborto inseguro en la mayor parte del mundo en desarrollo, y particularmente en África, no son un accidente. Son el resultado directo de la decisión de los gobiernos –así como de la sociedad– de negar a las mujeres el acceso al aborto seguro a través de leyes restrictivas, que también criminalizan a los prestadores de servicios y perpetúan el estigma en torno al aborto. El hecho de que más de 40,000 mujeres mueran cada año por complicaciones de aborto inseguro ¡es totalmente intolerable en nuestro mundo moderno!

Las tecnologías médicas están mejorando rápidamente, y en los últimos años el creciente acceso a los medicamentos para inducir abortos ha transformado la capacidad de las mujeres para tener el control sobre sus decisiones reproductivas y, en consecuencia, sobre otras áreas de sus vidas, incluida la educación. El aborto con medicamentos puede utilizarse sin necesidad de espacio en las instalaciones hospitalarias o equipo médico y con una amplia gama de prestadores de servicios capacitados, lo que lo hace adecuado incluso para los entornos de recursos más bajos y los niveles de atención más locales.

Es más gratificante aún, que el aborto con medicamentos tenga el potencial de ofrecer un cambio de paradigma completo para las mujeres, ya que pone el poder en sus manos. Incluso en los entornos más restrictivos, las mujeres han podido acceder a los medicamentos para inducir un aborto y optar por no continuar con sus embarazos cuando no han tenido otras opciones disponibles.

Por desgracia, las barreras legales, económicas y de conocimiento presentes en muchos países, y sobre todo en África, impiden que muchas mujeres puedan acceder ampliamente al aborto autoinducido con los medicamentos actuales: mifepristona y/o misoprostol. Las leyes y políticas reproductivas coercitivas que limitan el acceso de las mujeres a la información, la atención de la salud y los servicios esenciales, así como a los medicamentos esenciales, también limitan su capacidad para planificar su vida reproductiva, determinar su futuro y alcanzar su pleno potencial de desarrollo.

Toda mujer debe poder decidir por sí misma si desea o no llevar un embarazo hasta la etapa más avanzada, y estar plenamente informada y apoyada en sus opciones por las leyes, políticas y programas.

Los programas nacionales de salud reproductiva deben incorporar el aborto con medicamentos en los servicios de aborto seguro y en la atención



Foto: IPPF / Jon Spaul / Nepal

postaborto. Se debe movilizar y capacitar a una amplia gama de proveedores. Sobre todo, es necesario asegurar que los medicamentos para autoinducirse un aborto estén disponibles y sean accesibles para todas las mujeres.

Nuestra expectativa es que a medida que estos medicamentos para el aborto estén ampliamente disponibles, su uso representará un paso adelante en la reducción de las miles de muertes e innumerables lesiones que resultan cada año del aborto inseguro y, de hecho, de otras complicaciones relacionadas

con el embarazo. Ninguna mujer en ninguna parte debería morir a causa de un aborto inseguro, cuando tenemos las tecnologías y los medicamentos para proporcionar servicios de aborto seguro a todas las mujeres en todas partes.

Este excelente informe, Ellas a cargo y el creciente y loable liderazgo de la IPPF en el área del aborto seguro es un gran paso en la dirección correcta y muestra las enormes posibilidades que ofrece la interrupción del proceso del embarazo con medicamentos.



Embajadora Dra. Eunice Brookman-Amissah

Asesora Especial para Asuntos Africanos, Ipas, y exministra de Salud de Ghana

Prólogo

Todas las mujeres deben poder decidir si quieren tener hijos y con quién. Debemos garantizar el acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva para todas y todos. Asegurar el acceso al aborto seguro y legal es una parte central de esta agenda.

Este informe analiza las oportunidades, retos y riesgos de proveer acceso al aborto con medicamentos.

Se estima que cada año se producen 56 millones de abortos inducidos en todo el mundo. De estos, 25 millones se realizan de forma insegura. Casi todos los abortos inseguros (97%) tienen lugar en el mundo en desarrollo, y provocan un número significativo de muertes maternas y otros problemas de salud y sociales graves. La carga de los embarazos no deseados y de los abortos ilegales e inseguros aumenta las desigualdades sociales.

Promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos es una prioridad para el gobierno noruego. Es un aspecto esencial de la protección de los derechos humanos. Es vital para la igualdad de género. Contribuye a reducir las desigualdades entre ricos y pobres. Y es esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Esa es también la razón por la que Noruega sigue aumentando nuestro ya amplio apoyo a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Noruega considera que el acceso a la educación integral en sexualidad, los anticonceptivos, la planificación familiar y los abortos seguros y legales son fundamentales para que las mujeres y las niñas puedan controlar sus propios cuerpos y su vida.

El aborto con medicamentos es un método seguro para interrumpir el embarazo y podría reducir significativamente las lesiones y las muertes, si estuviera más ampliamente disponible. Por desgracia, el acceso al aborto con medicamentos es limitado para muchas mujeres y niñas en todo el mundo debido a las restricciones legales, el estigma, el suministro limitado o los altos costos.

La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) es una alianza clave para Noruega. Elogio este informe porque proporciona valiosas ideas sobre cómo se puede mejorar el acceso a los servicios de aborto seguro. Espero que lean, aprendan y debatan las conclusiones del informe, y que podamos avanzar juntos en la agenda de la SDSR. Noruega continúa con este fuerte compromiso.



Nikolai Astrup

Nikolai Astrup

Ministro de Desarrollo Internacional de Noruega



Resumen ejecutivo

Cada año, la IPPF publica un informe emblemático de política que explora un tema de su manifiesto *Visión 2020*.

Si bien se reconoce que el acceso a todos los métodos de aborto debe ampliarse considerablemente para que cada mujer pueda elegir el método que más le convenga, este informe explora específicamente la promesa, los desafíos, los riesgos y las medidas prácticas que los gobiernos deben tomar para mejorar el acceso a los servicios de aborto seguro, maximizando el potencial del aborto con medicamentos. Reconoce que millones de mujeres que necesitan atención segura a la interrupción siguen siendo desatendidas.

El aborto con medicamentos –el uso de misoprostol solo o en combinación con mifepristona para interrumpir un embarazo– es seguro, barato y fácil de administrar. Sin embargo, casi uno de cada dos abortos que ocurren es inseguro¹. Como resultado de las barreras que se interponen en su camino, más de 25 millones de mujeres cada año se ven obligadas a encontrar sus propias soluciones², a menudo peligrosas, para un embarazo no deseado. Aunque la mayoría de estas mujeres tendrán un aborto completo sin complicaciones mayores³, algunas sufrirán daños agudos y a veces de por vida a su salud, particularmente cuando necesiten atención médica adicional pero carecen de acceso a un profesional calificado. Muchas incluso pueden morir: entre el 8% y el 11% de todas las muertes maternas en el mundo se deben al aborto inseguro⁴. Decenas de miles de mujeres pierden la vida cada año y casi siete millones más tienen que buscar atención médica por complicaciones de abortos inseguros⁵.

Los pasos que las mujeres se ven obligadas a dar cuando deciden no continuar con un embarazo pueden ser extremos. Se estima que ocho millones de mujeres toman medidas drásticas⁶, incluyendo beber blanqueador, insertar palos o alambres en sus cuerpos, o recurrir a una persona no calificada para inducir un aborto. La Organización Mundial de la Salud (OMS) los clasifica como “los abortos más inseguros”.

Se estima que 17 millones de mujeres más encuentran maneras de no continuar con un embarazo que evitan este daño extremo, pero que aún pueden presentar algún riesgo: realizarse un aborto con un método obsoletoⁱ, o usar un método seguro, como el misoprostol para el aborto con medicamentos, pero con información o apoyo inadecuados⁷. Frente a las leyes de aborto extremadamente restrictivas que no les brindan ninguna de las opciones oficiales para el aborto seguro, las mujeres en América Latina han liderado por mucho tiempo el camino en la obtención de medicamentos para el aborto a través de los servicios en línea u otros servicios no tradicionales de aborto, como administrarse misoprostol por sí mismas^{ii,8}.

i La OMS considera que la dilatación y curetaje, o D&C, es un método obsoleto de aborto quirúrgico que debe ser reemplazado por la aspiración manual endouterina o el aborto con medicamentos. Organización Mundial de la Salud (2012) Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Ginebra: OMS.

ii Este informe utiliza el término “autoadministración” del aborto con medicamentos, tal como lo definen los investigadores de Ipas, et al (2017): suministro de medicamentos en farmacias, por vendedores de medicamentos o a través de servicios en línea u otros puntos de venta, *sin la prescripción de un médico; seguido de la autogestión del proceso de aborto por parte de la mujer, incluida la búsqueda de atención para cualquier complicación.*



Foto: IPPF SAAF / Tommy Trenchard / Uganda

Otras mujeres son encarceladas bajo sospecha de haber tenido un aborto inseguro o incluso como resultado de un aborto espontáneo, como en El Salvadorⁱⁱⁱ. Y un número incalculable de mujeres pierde la oportunidad de gozar de la salud de acuerdo con la definición más completa del término: un estado completo de bienestar físico, mental y social, no solo la ausencia de enfermedad⁹.

Están disponibles el conocimiento, la tecnología y la experiencia para hacer que todos los abortos sean seguros. Sin embargo, decenas de millones de mujeres cada año siguen sin tener acceso a abortos completamente seguros.

Las mujeres merecen algo mejor. No se les debe obligar a poner en riesgo su salud, cuando está en sus manos una solución: el aborto con medicamentos.

Es hora de que todos los gobiernos establezcan estructuras y sistemas de apoyo que permitan a las mujeres utilizar el aborto con medicamentos de manera legal, segura y sin temor a sanciones o a perjudicar su salud.

Este informe es un llamado a la acción para ampliar significativamente el aborto con medicamentos como una de las opciones para las mujeres que deciden no continuar con un embarazo. Esto requiere con urgencia un esfuerzo coordinado para consolidar la evidencia necesaria que permita a las mujeres autogestionarse un aborto con medicamentos. Para que las mujeres puedan hacerlo, los sistemas de salud deben apoyar las necesidades de las mujeres, proporcionando información y mecanismos de apoyo, y garantizando la calidad, disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos para el aborto, así como la atención postaborto.

Este informe recomienda que el trabajo para poner fin al aborto inseguro se lleve a cabo en todos los sistemas de salud y estructuras políticas. Los marcos legales deben apoyar el acceso al aborto seguro eliminando la interrupción de los códigos penales nacionales. Los sistemas de salud deben estar equipados para

25 
millones
de abortos al año son inseguros

ⁱⁱⁱ En El Salvador, por ejemplo, donde el aborto está completamente prohibido por ley, 129 mujeres fueron procesadas entre 2000-2011 por delitos relacionados con el aborto, y muchas más fueron acusadas de haber tenido un aborto; 17 de estas mujeres estaban cumpliendo penas de prisión por asesinato en 2014. Centro de Derechos Reproductivos (2014) Marginalized, persecuted, and imprisoned. The effects of El Salvador's total criminalization of abortion. Nueva York: CRR

proporcionar atención integral del aborto, garantizando la disponibilidad, asequibilidad y accesibilidad de medicamentos de calidad mediante el registro de mifepristona, misoprostol y combos; la capacitación de los prestadores de servicios de salud; y la expansión de las funciones de una serie de profesionales de la salud en la atención del aborto mediante un enfoque de distribución de tareas¹⁰. Los trabajadores de la salud de la comunidad y los no profesionales deben estar autorizados y capacitados para proporcionar medicamentos para el aborto, administrar pruebas de embarazo, proporcionar remisiones y dispensar anticonceptivos.

Esto puede tener un efecto transformador en la expansión del acceso a los servicios de aborto en condiciones de seguridad, y en la construcción de una vía de acceso para que las mujeres puedan gestionar por sí mismas su aborto. Los gobiernos pueden promover relaciones de género más equitativas a través de programas de educación integral en sexualidad que

incluyan información precisa sobre la anticoncepción y el aborto, y apoyar a las mujeres y los hombres en la formación de relaciones saludables.

Únanse a nuestro equipo en la toma de medidas prácticas para eliminar las muertes y lesiones relacionadas con el aborto, proteger y promover la salud de las mujeres, enaltecer la igualdad de género y poner fin a la coerción reproductiva.

Juntos podemos hacer realidad el derecho humano de las mujeres a tomar decisiones sobre sus propios cuerpos y sus vidas. La evidencia de las consecuencias del aborto inseguro es clara: ¡Ahora, debemos actuar!.



Introducción

A pesar de los titulares polarizantes, los manifestantes apasionados y los argumentos desafiantes en los parlamentos y en los pasillos de la ONU, el aborto es más que un tema de debate político.

El aborto es, en el fondo, una decisión crucial y una necesidad esencial de salud para casi 56 millones de mujeres, niñas y sus familiasⁱ cada año¹¹. Decidir si tener o no hijos y cuándo tenerlos –y tener las opciones y los medios para tomar esa decisión– es un derecho humano fundamental para todas las personas. De hecho, la capacidad de una mujer o una niña para decidir con seguridad no continuar con un embarazo puede ser la clave que abra numerosas oportunidades en la vida, entre ellas, la educación, el empleo, la seguridad financiera y la buena salud.

Impulso político

El aborto es un elemento central de la justicia social y reproductiva. Un movimiento mundial, arraigado en el principio de que los individuos y las comunidades deben tener los recursos y el poder para tomar decisiones sobre sus cuerpos, géneros, sexualidades y vidas, está ganando impulso una vez más. Los movimientos internacionales, regionales y nacionales como la Campaña Internacional por el Derecho de las Mujeres a un Aborto Seguro, Catholics for Choice, PINSAN y Women on Web han realizado décadas de trabajo persistente y comprometido frente a una enorme oposición.

Estos esfuerzos han aumentado la conciencia pública y han impulsado cambios históricos en la legislación y las políticas públicas. En 2018, por ejemplo, Irlanda liberalizó su legislación sobre el aborto y un millón de mujeres se manifestaron en las calles de Argentina, exigiendo su derecho al aborto seguro y a la autonomía sobre sus cuerpos. Nuevas fuerzas para el cambio, incluyendo a “SheDecides” y los movimientos de jóvenes que adoptan el enfoque “lo digital primero” están dinamizando aún más este trabajo.

Leyes opresivas

Pero en demasiados países de todo el mundo, sigue siendo cierto que los gobiernos, los jefes de las comunidades y los líderes religiosos siguen negando a las mujeres el acceso a toda la gama de derechos e información en materia de salud, mientras que la desigualdad entre los géneros, la discriminación y la violencia limitan aún más la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre sus vidas.

Como resultado, a las mujeres y las niñas no se les permite legal o socialmente tomar decisiones por su cuenta sobre si continuar o no con un embarazo. A millones de niñas adolescentes se les niega información sobre la sexualidad y la reproducción, y luego son castigadas cuando quedan embarazadas. Los profesionales de la salud son acosados e incluso

ⁱ En varios lugares, este informe se refiere a “mujeres y niñas” que tienen abortos. Aunque la gran mayoría de los abortos en el mundo se practican a personas que se identifican como mujeres o niñas, la IPPF reconoce que otras personas que no se identifican como “mujeres” (como los hombres trans/transmasculinos y las personas no binarias) también pueden experimentar el embarazo y el aborto.

amenazados con violencia si practican abortos, lo que hace que cada vez sean menos los que ofrecen estos servicios. Los gobiernos de muchos países no logran garantizar que los servicios de aborto seguro estén disponibles, sean accesibles y asequibles. Algunos políticos incluso debaten cómo hacer más difícil el acceso al aborto, en lugar de cómo asegurar que las leyes respeten el derecho de las mujeres a la autodeterminación y protejan su salud.

Ampliando la atención a través del acceso al aborto seguro con medicamentos

El aborto puede realizarse por dos métodos: métodos quirúrgicos o métodos con medicamentos que utilizan misoprostol solo o en combinación con mifepristona^{ii,12}. Todos los protocolos de los sistemas de salud para el aborto en el primer trimestre actualmente exigen que la primera dosis de medicamentos de un aborto con medicamentos se administre en un centro de salud por un profesional de la salud capacitado. Algunos países han autorizado a las mujeres a autoadministrarse la segunda dosis de medicamentos en casa o en el lugar de su elección. Ningún país ha aprobado todavía la administración del aborto con medicamentos sin la supervisión directa de un profesional de la salud.

Sin embargo, cada vez más, las mujeres se autoadministran los medicamentos para un aborto de manera segura, sin ninguna supervisión médica. Esta posibilidad puede ser especialmente prometedora o ser la única opción viable para quienes no pueden o no quieren recibir atención en un centro de salud. Las organizaciones no gubernamentales (ONG) y las organizaciones de la sociedad civil (OSC) han ofrecido durante mucho tiempo apoyo creativo a las mujeres que buscan servicios de aborto con medicamentos, asegurándose de que puedan encontrar medicamentos de alta calidad a precios razonables, evaluación médica y orientación sobre el procedimiento a través de la telemedicina y las líneas de atención telefónica, así como el acompañamiento virtual o presencial durante todo el proceso.

Estos esfuerzos tienen un impacto positivo: la evidencia muestra que el uso de misoprostol por parte de las mujeres, en lugar de métodos dañinos o invasivos para autoinducir el aborto, probablemente ha hecho que el aborto sea más seguro en general.¹³

Pero las leyes y políticas que restringen el aborto, la presencia del estigma generalizado del aborto y la falta de voluntad política para abordar la necesidad de un aborto seguro hacen que muchos de estos esfuerzos sean “soluciones provisionales”, es decir, soluciones *ad hoc* para los problemas de acceso al aborto que los gobiernos y las sociedades no han querido o no han podido abordar a pesar de su deber de respetar, proteger y hacer realidad los derechos a la salud de todos los ciudadanos.

El aborto con medicamentos ayuda a las mujeres a liberarse de las normas de género restrictivas y las empodera para decidir si desean y cuándo continuar con un embarazo. También aumenta la capacidad de las mujeres para ejercer plenamente sus derechos reproductivos.

La expansión radical de las leyes y políticas progresistas de aborto amplía el acceso a medicamentos seguros, información precisa y apoyo, y fortalece los vínculos con los sistemas de salud para la información y el seguimiento. A través de estas medidas, las altas tasas de aborto inseguro pueden reducirse drásticamente¹⁴: los sistemas de salud deben desempeñar un papel principal en esta reducción.

Este informe reúne la evidencia sobre el aborto en todo el mundo y aboga por ampliar el acceso a los servicios de aborto con medicamentos como una opción para la salud reproductiva de las mujeres. Hace un llamado a los gobiernos y a las organizaciones para que tomen medidas prácticas que garanticen la existencia de sistemas y estructuras adecuadas para que las mujeres puedan determinar el camino de sus propias vidas y su futuro.

ii El aborto con medicamentos que utiliza solo misoprostol tiene tasas de efectividad ligeramente más bajas que la combinación de los dos medicamentos.



Foto: IPPF / Omar Havana / Camboya

Atención del aborto en el lugar de trabajo, Camboya

Lejos de sus hogares y el apoyo de sus familias, a las trabajadoras migrantes, que constituyen la gran mayoría de la fuerza de trabajo del sector camboyano de la confección, se les suele negar la oportunidad de no continuar con un embarazo no deseado en condiciones seguras.

Muchas llegan a Phnom Penh procedentes de zonas rurales pobres y carecen de un alto nivel de educación, lo que las hace más vulnerables a las políticas coercitivas. Muchas no tienen claridad sobre la ley de aborto y no saben a qué atención tienen derecho. A falta de información confiable, toman el asunto en sus propias manos y se arriesgan a sufrir enfermedades, lesiones y muerte.

Pero cuando Ty, una trabajadora de la industria textil de 31 años de edad, decidió no continuar con su tercer embarazo, supo que estaría en buenas manos cuando se dirigió a la Asociación de Salud Reproductiva de Camboya (RHAC).

“Vine a la clínica para comprar los medicamentos para un aborto”, dice. “Necesito hacerlo debido a la situación financiera de mi familia.”

Ty, que está casada y tiene dos hijos, gana un salario mensual básico de 160 dólares y capacita a otras trabajadoras en técnicas de costura. Su esposo, un conductor de tuk tuk, tiene un ingreso fluctuante: algunos días gana 20 dólares, otros 4, y ocasionalmente, nada. “No es suficiente para cubrir los gastos de mi familia”, cuenta Ty.

Dice que confía en los médicos y enfermeras de RHAC y que se sintió escuchada cuando le hablaron sobre la variedad de opciones de planificación familiar disponibles. Esto le proporcionó el conocimiento para tomar una decisión informada cuando quedó embarazada por tercera vez.

Para entender el aborto

Cuando ocurre un embarazo no deseado, la capacidad de una mujer de tener un aborto seguro puede ser transformadora: la clave que abre oportunidades para su educación, empleo, buena salud y bienestar.

Los datos sobre el aborto son abundantes y están bien documentados, pero no siempre se utilizan adecuadamente en la formulación de políticas. El aborto es una experiencia común: casi 56 millones de mujeres y niñas^{i,15} deciden cada año no continuar con su embarazo.

Sin embargo, en gran parte del mundo, la desigualdad de género y la discriminación limitan las opciones de las mujeres para el aborto seguro, y el estigma impide que se incluya abiertamente como un elemento central de la atención de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR).

Los métodos de aborto seguro recomendados por la OMS incluyen métodos quirúrgicos de aspiración manual endouterina y dilatación y evacuación, y

métodos con medicamentos que utilizan misoprostol solo o en combinación con mifepristona. La aspiración endouterina utiliza una fuente de vacío eléctrica o manual, mientras que el aborto con medicamentos implica el uso de medicamentos para inducir un aborto, con un efecto similar al de un aborto espontáneo.

Los medicamentos utilizados para un aborto, mifepristona y misoprostol, figuran en la lista de medicamentos esenciales de la OMS. El misoprostol, un análogo de la prostaglandina que es ampliamente disponible y barato tiene como resultado un aborto completo en el primer trimestre entre 75-90% de las veces, cuando se usa correctamente. Cuando se combina con mifepristona, la cual es menos accesible y más costosa que el misoprostol en muchos países, la efectividad para obtener un aborto completo a las nueve semanas de embarazo está entre el 95-98% cuando se usa correctamente, una tasa de efectividad que es comparable a la de un aborto quirúrgico^{ii,16}.

El aborto es seguro cuando es realizado correctamente por personal capacitado y en condiciones higiénicas, utilizando los métodos recomendados por la OMS¹⁷. Puede ser realizado por una amplia gama de trabajadores de la salud, incluso en el nivel primario.



i En varios lugares, este informe se refiere a “mujeres y niñas” que tienen abortos. Aunque la gran mayoría de los abortos en el mundo se practican a personas que se identifican como mujeres o niñas, la IPPF reconoce que otras personas que no se identifican como “mujeres” (como los hombres trans/transmasculinos y las personas no binarias) también pueden experimentar el embarazo y el aborto.

ii Se ha comprobado la seguridad y eficacia para el aborto con medicamentos utilizando una combinación de mifepristona y misoprostol hasta las 9 semanas (63 días), con algunas pruebas limitadas de seguridad y eficacia entre las 9 y las 12 semanas. Cuando el aborto con medicamentos se utiliza después de las 12 semanas, la OMS recomienda que se realice únicamente en los establecimientos de salud y que las mujeres permanezcan bajo supervisión directa hasta que se complete el procedimiento. Si bien este informe analiza el aborto principalmente para los embarazos del primer trimestre, el aborto inseguro después de las 12 semanas es desproporcionadamente responsable de la mayoría de las muertes y enfermedades relacionadas con el aborto a nivel mundial, y es un elemento importante de la atención integral de la SSR. Las dosis recomendadas por la OMS para el aborto con medicamentos después de las 12 semanas se pueden encontrar en Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud.

La evidencia muestra cada vez más que las mujeres pueden usar los medicamentos para el aborto de manera segura sin la supervisión directa de un profesional de la salud cuando tienen la información correcta y el acceso a un establecimiento de salud en caso de que lo necesiten o lo deseen¹⁸.

El aborto con medicamentos ha revolucionado la prestación de servicios de aborto seguro. Durante décadas, las mujeres han utilizado el misoprostol por su cuenta, una práctica que probablemente ha reemplazado a métodos más peligrosos de autoinducirse un aborto y ha aumentado la seguridad de este procedimiento en general; por ejemplo, en América Latina, donde hay una tasa de letalidad más baja en comparación con las regiones con tasas más altas de abortos más inseguros que emplean los métodos más peligrosos^{19, 20}. Las mujeres se han dado cuenta de que tomar por lo menos uno de los medicamentos para inducirse un aborto, en su hogar, ofrece beneficios en términos de privacidad y comodidad y con frecuencia es a menudo más barato²¹. Es probable que estas características lo hagan más convincente para las mujeres con un acceso más restringido a los servicios de salud por motivos físicos, financieros o sociales.

Definición de la OMS sobre la seguridad del aborto

Aborto seguro: Proporcionado por personal de salud y con un método recomendado por la OMS, apropiado para el momento de la gestación.

Aborto menos seguro: El uso de un método obsoleto por parte de un profesional capacitado o la autoadministración de medicamentos para el aborto sin la información adecuada o el apoyo de una persona capacitada.

Aborto más inseguro: Uso de métodos peligrosos e invasivos, como la ingestión de sustancias cáusticas, la inserción de cuerpos extraños o el uso de brebajes tradicionales, por personas no capacitadas.

Ganatra, B, et al (2017) Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*. 390, pp.2372–81.

Al menos la mitad

de los embarazos adolescentes no son deseados



Sin embargo, cuando a las mujeres se les impide el acceso al aborto seguro y en su lugar buscan la ayuda de una persona no calificada, o tragan sustancias cáusticas o insertan objetos extraños en sus cuerpos para interrumpir el embarazo, se pueden causar complicaciones o incluso la muerte²².

Según datos de 2010-2014, aproximadamente ocho millones de los 56 millones de abortos que tienen lugar cada año se realizan utilizando métodos extremadamente dañinos e invasivos y que la OMS califica de “más inseguros”²³. El Instituto Guttmacher estima que estos abortos más inseguros “representan proporciones mucho más altas de procedimientos entre las mujeres pobres y rurales (62% y 55%) que entre las mujeres no pobres y urbanas (36% y 38%)”²⁴.

Aproximadamente, 17 millones más de mujeres optan por no continuar con sus embarazos mediante el uso de métodos para abortar que evitan el mayor daño, pero que pueden incluir algún riesgo, por ejemplo, mediante el uso de medicamentos probados para el aborto, pero sin la información o el apoyo adecuados²⁵.

En conjunto, estos 25 millones de mujeres –el 97% de ellas en países de bajos y medianos ingresos²⁶ donde las opciones de aborto seguro son extremadamente limitadas– se han visto obligadas, la mayoría de las veces, a buscar el aborto por su cuenta.

El acceso al aborto seguro no es equitativo

Mujeres jóvenes y en la adolescencia temprana

La adolescencia muy temprana (10-14 años) es el periodo en el que las jóvenes entran en su edad

reproductiva. La gran mayoría de estas jóvenes, que constituyen el 8% de la población mundial, viven en países de bajos y medianos ingresos donde los sistemas de salud son débiles y ya no pueden o no quieren satisfacer la necesidad de atención relacionada con el aborto²⁷. Las adolescentes mayores –entre 15 y 19 años de edad– también enfrentan barreras para la atención del aborto.

Cada año, 21 millones de mujeres jóvenes de países de bajos y medianos ingresos quedan embarazadas. La mitad de estos embarazos no son deseados²⁸ y hasta un 65% de estas jóvenes deciden buscar el aborto, a menudo en condiciones de riesgo^{iii, 29, 30}.

Mujeres en contextos humanitarios

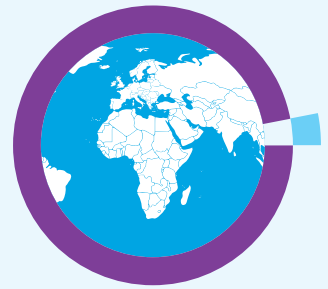
Más de 100 millones de personas necesitan actualmente asistencia humanitaria, de las cuales una de cada cuatro son mujeres o niñas en edad reproductiva³⁷. Estas mujeres y niñas han sido desplazadas, carecen de acceso regular a la atención de la salud y se enfrentan a un alto riesgo de violencia sexual y basada en género y de embarazos no deseados. A menudo se encuentran en campamentos

Las adolescentes y las mujeres jóvenes enfrentan barreras para la anticoncepción y el aborto seguro:

- La mayoría de las adolescentes muy jóvenes viven en países donde el aborto está restringido por la ley³¹.
- Las jóvenes a menudo carecen de los recursos financieros y el transporte necesarios para acceder a la atención del aborto.
- Las jóvenes enfrentan un doble estigma: la condena social y religiosa de las relaciones sexuales prematrimoniales, así como el estigma asociado con el aborto³².
- La educación integral de la sexualidad (EIS) puede no abordar el aborto o puede incluirlo de una manera inexacta o estigmatizante^{33, 34, 35}.
- Las mujeres jóvenes son menos capaces de negociar relaciones sexuales más seguras, y del 60% de las adolescentes que desean evitar el embarazo, la mayoría no utiliza ningún método anticonceptivo³⁶.

97%

de los abortos inseguros en el mundo ocurren en los países de bajos y medianos ingresos



o entornos mal equipados para proporcionar servicios de aborto, incluidos los servicios de atención postaborto. Una evaluación de los sitios de crisis humanitarias encontró que rara vez se proporcionan servicios de aborto seguro, a pesar de que el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para la salud reproductiva en situaciones de emergencia recomienda que los servicios estén disponibles en toda la amplitud permitida por la ley^{38, 39}.

Mujeres que viven en pobreza

Las mujeres que viven en la pobreza y las mujeres rurales tienen más probabilidades que las mujeres más acomodadas y aquellas en zonas urbanas de recurrir a profesionales no calificados y a métodos inseguros o de tratar de inducir sus propios abortos y, por lo tanto, de experimentar complicaciones de salud. También tienen menos probabilidades de recibir atención postaborto. Como en todos los aspectos de la salud reproductiva, las mujeres que tienen más probabilidades de morir o sufrir discapacidades de por vida son las pobres⁴⁰.

Mujeres que viven con discapacidad

Las personas con discapacidad representan el 15% de la población mundial⁴¹; sin embargo, están extremadamente desatendidas e ignoradas por los servicios que atienden la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Las mujeres con discapacidad que tienen embarazos no deseados se enfrentan a múltiples niveles de discriminación: son mujeres, tienen más probabilidades de ser víctimas de abuso físico y de violación, tienen más probabilidades de ser obligadas o coaccionadas a la esterilización o al aborto⁴², y los sistemas de salud rara vez están equipados para satisfacer sus necesidades.

iii En África, América Latina y el Caribe cerca de la mitad de embarazos no planificados en población adolescentes resultan en aborto inducido. En Asia, 65% de estos embarazos en adolescentes resultan en abortos inducidos. Starrs, AM et al (2018).

Personas con diversas orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género y características sexuales

Los derechos reproductivos de las personas con diversas orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género y características sexuales, incluidas las lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, homosexuales e intersexuales (LGBTQI), a menudo se pasan por alto y se ven amenazados activamente en muchos contextos, en particular en los entornos en los que son criminalizados.

Las personas que buscan servicios de salud sexual y reproductiva a menudo se enfrentan al estigma y la discriminación que limita su acceso a la atención sanitaria y las pone en riesgo de sufrir abusos y violencia. Los prestadores de servicios que hacen juicios de valor proporcionan atención de mala calidad, y la falta de lineamientos médicos integrales impide que los profesionales de la salud puedan responder adecuadamente a las necesidades de SDR de estas poblaciones—incluido el aborto⁴³.

Sobrevivientes de violencia sexual y basada en género (VSBG)

La violencia contra las mujeres es un claro resultado de la desigualdad de género y la discriminación. Más de una de cada tres mujeres sufre violencia física o sexual en su vida, de las cuales el 29% son adolescentes entre los 15 y los 19 años, con daños que van desde traumas físicos o psicológicos hasta la muerte. Las mujeres que sufren violencia durante el embarazo tienen más probabilidades de tener embarazos no deseados, abortos, abortos espontáneos y mortinatos⁴⁴.

La relación entre la VSBG y la coerción reproductiva es clara: las mujeres que la padecen tienen menos probabilidades de tener autonomía reproductiva y corren un mayor riesgo de ser coaccionadas a continuar con su embarazo o a tener un aborto en contra de su voluntad. Estas mujeres necesitan atención especializada y personalizada para garantizar que se satisfagan sus necesidades.

Apoyando a las trabajadoras sexuales para que tomen decisiones con conocimiento de causa, Uganda

El Fondo de Acción para el Aborto Seguro (SAAF), auspiciado por la IPPF, fue creado en 2006 para ayudar a las organizaciones de base a aumentar el acceso al aborto seguro. La organización Lady Mermaid's Bureau, financiada por el SAAF, es un proyecto que apoya a las trabajadoras sexuales en Uganda para que se mantengan seguras y aboguen por la protección legal y el acceso a los servicios de salud. Durante los últimos tres años, ha colaborado con trabajadoras sexuales en poblaciones de Uganda, proporcionándoles información sobre sus derechos—qué no hacer en casos de embarazos no deseados—y asegurándose de que sepan cómo pueden proteger su salud.

El acceso al aborto es muy restringido para la mayoría de las mujeres en Uganda, particularmente para aquellas que viven en la pobreza. Como resultado de esta situación, las mujeres recurren a métodos peligrosos. Nadie lo sabe mejor que Pretty Lyn. Una estudiante que vive en la línea de pobreza, ha quedado embarazada dos veces durante el tiempo que ha estado involucrada en el trabajo sexual. Ambas veces, como resultado de sus circunstancias, decidió no seguir adelante con los embarazos. Sin saber que hay medicamentos disponibles para el aborto, utilizó lo que ella llamó “métodos locales”.

“Una vez usé hierbas locales y tuve éxito”, dice Pretty. “La otra vez usé Omo (detergente local) y hojas de té, pero fue muy difícil para mí. Casi me muero.”

Pretty Lyn no está sola. Muchas trabajadoras sexuales en Uganda terminan teniendo embarazos no deseados y luego se ven obligadas a recurrir a servicios peligrosos. Mitos sobre la anticoncepción, así como la falta de acceso, tienen como resultado que la mayoría de las trabajadoras sexuales dependan de los condones para la anticoncepción. Sin embargo, “los hombres no quieren usar condones y los condones femeninos son muy escasos y caros”, explica Pretty.

involucrada en el proyecto de Lady Mermaid's Bureau, quedó embarazada, usó hierbas locales y casi muere.

“No funcionaron”, dice ella. “Estaba totalmente perturbada y sangrando mucho. Así que me llevaron rápidamente al hospital y fue todo un reto. Los médicos me hicieron muchas preguntas [tales como] por qué estaba haciendo tal cosa, pero por suerte me ayudaron”.

Después de la intervención de la organización Lady Mermaid's Bureau, Deborah comprendió que el aborto no tiene por qué ser peligroso. La siguiente vez que quedó embarazada, usó en su lugar el misoprostol para realizarse un aborto con medicamentos.

“Ojalá pudieran sensibilizar a toda la sociedad, incluso si no eres una trabajadora sexual”, dice Deborah.

Una breve recorrido por la historia reciente del aborto en la política internacional

No fue hasta 1994, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, cuando los gobiernos del mundo reconocieron abiertamente por primera vez la existencia y los peligros del aborto inseguro como un asunto de política pública.

El Programa de Acción de la CIPD reconoció hace mucho tiempo la necesidad de que todas las mujeres tengan acceso a la atención postaborto para tratar las complicaciones del aborto inseguro. Los gobiernos también llegaron a un compromiso político para asegurar que cuando el aborto no es contrario a la ley, debe ser seguro⁴⁵.

Este acuerdo histórico abrió la puerta a una acción progresiva para que el aborto sea más seguro. Pero al pedir que el aborto sea seguro solo donde es legal (véase el párrafo 8.25 del Programa de Acción de la CIPD), los gobiernos con leyes restrictivas tenían una excusa para no aumentar el acceso al aborto, dejando atrás a los cientos de millones de mujeres que vivían

Atención postaborto

La atención postaborto es un componente fundamental de la atención integral del aborto e incluye otros elementos esenciales:

Tratamiento de los abortos incompletos e inseguros y sus complicaciones

Consejería para identificar y responder a las necesidades de salud emocional y física de las mujeres

Servicios de anticoncepción y planificación familiar para ayudar a las mujeres a prevenir futuros embarazos no deseados

Servicios de salud reproductiva y otros servicios de salud que son preferiblemente proporcionados en el lugar o a través de remisiones a otros establecimientos accesibles.

Alianzas con proveedores comunitarios y de servicios para prevenir embarazos no deseados y abortos inseguros, para movilizar recursos para asegurar la atención oportuna de las complicaciones del aborto y asegurar que los servicios de salud satisfagan las expectativas y necesidades de la comunidad

Maureen R. Corbett and Katherine L. Turner. 2003. Essential Elements of Post-abortion Care: Origins, Evolution and Future Directions. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health: Vol. 29, Issue 3.

donde el aborto era, o se percibía que era, contrario a la ley.

A pesar de esta interpretación restrictiva, las décadas posteriores a la CIPD experimentaron un cambio importante en la prestación de servicios de aborto seguro^{46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53}. La capacitación en atención de la salud y las mejoras en la prestación de servicios de aborto y atención postaborto tuvieron lugar en muchos países. Los grupos de defensa y promoción prosperaron y los cambios concretos en las políticas establecieron normas y guías regulatorias para los sistemas de salud y los prestadores de servicios de aborto. Las investigaciones documentaron la incidencia y magnitud del aborto inseguro y los enfoques más eficaces para hacerle llegar los servicios a las mujeres. Desde 1994, más de 30 países han liberalizado las leyes restrictivas de aborto, mientras que solo unos pocos han agregado restricciones⁵⁴ y la OMS ha emitido una guía técnica y de políticas sobre aborto seguro.

En las décadas de 2000 y 2010, los acuerdos y tratados de los gobiernos regionales y de los programas se basaron en el lenguaje de la CIPD y proporcionaron las bases políticas para una acción progresiva a nivel más local (véase el recuadro) 55. Los órganos de vigilancia de los tratados de derechos humanos continúan emitiendo directrices que reconocen el derecho al aborto seguro⁵⁶.

Este progreso generó una reacción violenta por parte de grupos a favor de la coerción reproductiva que se oponen al aborto y a la anticoncepción moderna. Estos grupos, muchos de ellos apoyados por las principales religiones y activos en foros nacionales e internacionales, promueven puntos de vista patriarcales limitados sobre el papel de las mujeres y abogan contra la incorporación del aborto seguro en los programas de SDR. La presión ejercida por ellos ha limitado los compromisos progresistas a nivel mundial y ha fortalecido la renuencia de muchos gobiernos a abordar el tema del aborto.

El tratamiento del aborto por parte de los gobiernos donantes conservadores como una herramienta política, más que como un derecho de la mujer y una necesidad crítica de salud pública –debido a la imposición por parte de los Estados Unidos de la Ley Mordaza bajo las administraciones republicanas (ver recuadro)–, ha privado a los gobiernos receptores y a las ONG extranjeras de fondos para ofrecer atención a la SDR y les ha negado a las mujeres servicios vitales. Algunas fundaciones privadas también son reacias a proporcionar fondos para el aborto como parte de su paquete de servicios de SDR. Como resultado, la atención del aborto ha permanecido fragmentada y limitada, y se ofrece por separado de otros servicios o no se ofrece en absoluto.

Ejemplos de acuerdos regionales sobre aborto

El **Protocolo de Maputo** es un protocolo jurídicamente vinculante de la Carta de Derechos Humanos y de los Pueblos de la Unión Africana, adoptado en 2003. Reconoce los derechos reproductivos y exige que los signatarios “protejan los derechos reproductivos de las mujeres autorizando el aborto con medicamentos en casos de agresión sexual, violación, incesto y cuando la continuación del embarazo ponga en peligro la salud mental y física de la madre o la vida de la madre o el feto”.

El **Plan de Acción revisado de Maputo 2016-2030** es un marco continental para el acceso

universal a los derechos y servicios integrales de salud sexual y reproductiva en África, y es continuación del Plan de Acción de Maputo 2007-2015.

El **Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo** es un acuerdo regional adoptado en 2013 por los gobiernos de América Latina y el Caribe en la Primera Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo. Hace un llamado a los gobiernos para que revisen las leyes restrictivas de aborto, entre otras acciones progresivas para promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Aborto inseguro en el mundo



Sam, EE.UU.*



"Personalmente, no quiero tener hijos y siempre dije que seguiría este camino si alguna vez quedaba embarazada. Más tarde, al día siguiente, llamé a Planned Parenthood en mi ciudad. Realmente no podrían haber sido más útiles o tranquilizadoras... Estas mujeres eran realmente ángeles y me alegro de que hayamos puesto en marcha un sistema para momentos como estos.... Tengo dos amigas que han hecho lo mismo y honestamente, un aborto quirúrgico no me pareció la mejor opción".

María, Uruguay



"Aunque el aborto es legal en Uruguay, no es legal en la mente de la gente... No se trata de defender el aborto. Se trata de defender la libertad de las mujeres para decidir cuándo tener un bebé".

María tenía 20 años cuando el condón que ella y su novio estaban usando se rompió. Tomó la píldora del día después unas 50 horas después. No funcionó, y María se encontró involuntariamente en las primeras etapas de un embarazo. Habló con su novio y sus padres. Decidió no continuar con el embarazo porque sentía que no era lo correcto: no tenía ingresos fijos y no sabía lo que les deparaba el futuro a ella y a su novio.

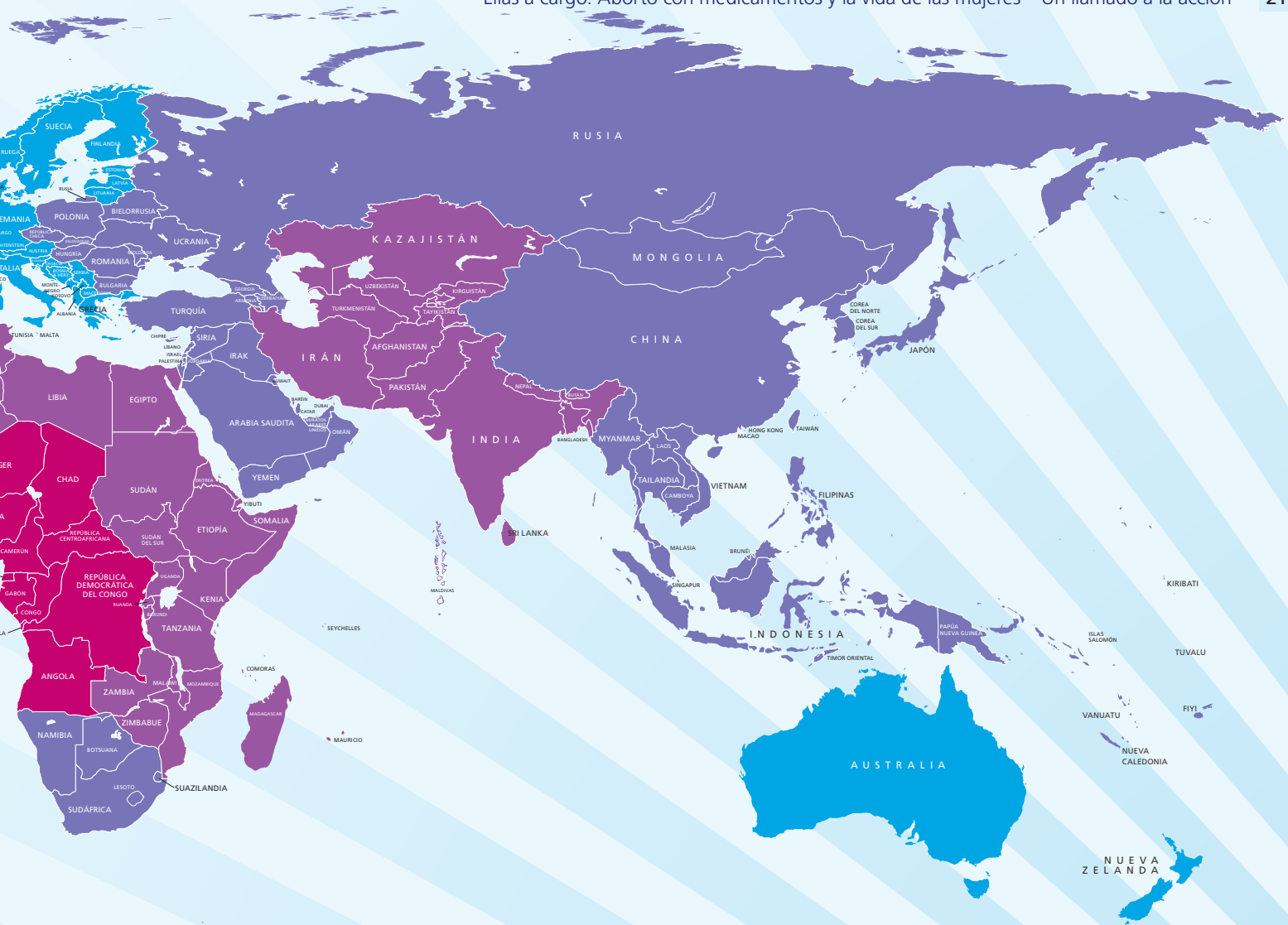
Mira, Burkina Faso



"Soy Mira. Tengo 21 años, soy estudiante de segundo año de ciencias jurídicas y políticas. Me enamoré de un chico, tuvimos sexo y me quedé embarazada. No creí que me pudiera pasar a mí: Soy inteligente y responsable. Fue en ese momento cuando muchas preguntas vinieron a mi mente. ¿Debo [continuar] el embarazo? ¿Debería decirselo a mi novio? ¿Debería hablar con mis amigos? ¿Debería hablar con mi madre? ¿Debería abortar? ¿Cuál es el impacto de este embarazo en mi futuro?"

Rápidamente, me di cuenta de que mi novio y yo todavía somos estudiantes, así que ¿cómo podríamos cuidar a un niño? Mis padres son pobres y muy tradicionales, y no me habrían apoyado.... No quisiera ser el origen de la deshonra de mi familia y atraer la ira de mi padre.

Soy estudiante de segundo año, tengo todo mi futuro por delante. Me gustaría ser magistrada en mi vida profesional. En el fondo, sabía que este embarazo obstaculizaría mis planes".



Salma, Palestina



Salma tenía 20 años y no estaba casada cuando se enteró de que estaba embarazada. Estaba preocupada por lo que pasaría si su familia se enteraba. El castigo por “deshonrar” a la familia es común en Palestina, y el embarazo fuera del matrimonio puede resultar en que una mujer sea golpeada por su familia. Temerosa de que se descubriera su embarazo, Salma se las arregló para conseguir el medicamento para el aborto misoprostol por su cuenta, pero como no tenía información completa sobre cómo y cuándo tomarlo, experimentó complicaciones. Posteriormente, acudió a la clínica de la Asociación Palestina de Planificación y Protección de la Familia (PFPFA) para recibir apoyo. Más tarde, Salma dijo que no sabía que la PFPFA proporcionaba esa atención y que hubiera preferido ir a la clínica en primer lugar, donde podría haber recibido asesoramiento y compasión, en lugar de tomar misoprostol por sí sola sin información ni apoyo.

Emmy, Francia



Emmy dijo que ella “se enamoró de la persona equivocada en el momento equivocado”. Eligió un aborto con medicamentos porque lo sentía como la opción más fácil para ella. “Ésta era la forma más barata de proceder (legalmente y con ayuda profesional) y pensé que sería fácil de hacer. Pero en Francia hay que esperar una semana antes de que el médico pueda iniciar el aborto, en caso de que cambies de opinión”.

Sangeeta, Nepal



Debido a su falta de dinero y a los problemas en casa, Sangeeta no quiso continuar con su segundo embarazo, porque sintió que el momento no era el adecuado para ella. “Llevo casada 10 años y tengo un hijo de ocho. No he estudiado y actualmente soy ama de casa. En otros cinco o seis años podría estar lista, pero no ahora”.

Clave

Porcentaje de abortos que son inseguros:

- 80% o más
- 50—79%
- 10—49%
- Menos de 10%

* Estas historias son envíos voluntarios individuales a Women on Web, utilizados con el permiso de Women on Web y editados para mayor extensión y claridad. Para proteger la privacidad de ciertas personas, se han cambiado los nombres y datos de identificación. Las opiniones expresadas son las de los individuos y no necesariamente representan a la IPPF o su trabajo.

Este mapa fue adaptado con datos y gráficos del Instituto Guttmacher y Ganatra, B, et al (2017).

La Ley Mordaza

Los Estados Unidos han sido durante mucho tiempo el mayor donante mundial de asistencia sanitaria externa. La Enmienda Helms, aprobada por el Congreso de los EE.UU. en 1973, se asegura de que los prestadores de servicios de salud que son beneficiarios de USAID no puedan utilizar los fondos para promover o proporcionar servicios de aborto seguro y legal.

En 1984, el Presidente Reagan introdujo la Política de la Ciudad de México, posteriormente denominada la Ley Mordaza (GGR, por sus siglas en inglés) por los defensores en oposición a la política. La GGR niega los fondos de planificación familiar de USAID a los prestadores de servicios de salud que “realizan o promueven activamente el aborto como método de planificación familiar”, a pesar de que la Enmienda Helms ya les exige que separen los fondos provenientes de los Estados Unidos de los fondos de otros países que apoyan la prestación de servicios de aborto seguro. En 2016, el presupuesto de planificación familiar de USAID era de 567 millones de dólares.

Bajo la Administración Trump-Pence, la GGR se amplió para cubrir fondos mundiales de salud por un total de 9,000 millones de dólares, incluidos 6,000 millones de dólares de fondos para prevenir y tratar el VIH en el marco del Plan Presidencial de

Emergencia de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR, por sus siglas en inglés). Esto significa que los proveedores de servicios de salud se ven obligados a elegir entre ofrecer servicios integrales de salud y planificación familiar basada en los derechos o recibir financiamiento de USAID y, por lo tanto, a restringir su prestación de servicios de salud.

Durante esta GGR ampliada, la IPPF perderá 100 millones de dólares para proyectos de salud integrales en todo el mundo, incluyendo salud materna, planificación familiar, prevención del VIH y Zika, y mucho más. En 30 asociaciones miembro en África, Asia del Sur y América Central, las pérdidas de financiación son de hasta el 70% de los presupuestos operativos anuales, lo que afecta las operaciones clínicas, la dotación de personal y de los programas de unidades móviles. La reducción de la prestación de servicios de aborto seguro y legal como parte de la atención integral de la salud, así como los recortes en la planificación familiar, pueden obligar a las mujeres a recurrir al aborto inseguro, con el riesgo de sufrir lesiones que cambien sus vidas y de morir.

La IPPF continúa buscando fondos alternativos para los servicios integrales de salud y planificación familiar basados en los derechos, en todo el mundo.



Foto: IPPF RHO / Tochtli García / EE.UU.

El desafío: acelerar el progreso para poder ofrecerle abortos seguros a todas las mujeres

A pesar de algunos avances, persisten importantes brechas en la prestación de servicios de aborto seguro, lo que lleva a millones de mujeres a buscar servicios fuera de los sistemas de salud formales.

Los esfuerzos mundiales para ampliar significativamente el acceso de las mujeres a la anticoncepción moderna siguen siendo insuficientes. Como resultado, las mujeres no pueden planificar sus embarazos. Alrededor de la mitad de las 1,600 millones de mujeres en edad reproductiva que viven en países de bajos o medianos ingresos quieren evitar un embarazo, pero casi una cuarta parte de ellas no utiliza métodos anticonceptivos modernos⁵⁷. El resultado es que alrededor del 44% de todos los embarazos en el mundo son involuntarios, y las mujeres se ven privadas de su derecho a decidir si desean tener hijos, cuándo y cuántos⁵⁸. Deben acelerarse los esfuerzos mundiales para reducir la necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos.

A pesar de estos problemas, los gobiernos y los formuladores de políticas en muchas partes del mundo todavía se niegan a tomar en serio el derecho de las mujeres al aborto seguro, y pocos reconocen la clara conclusión de que el aborto seguro es parte de la SDR, sin salvedades.

Aunque es necesario actuar en muchos frentes, el progreso inadecuado en el gobierno y en los sistemas

de salud a menudo se debe a las leyes y políticas que limitan el acceso de las mujeres al aborto seguro, así como a las brechas en los sistemas de prestación de servicios de salud.

Desafíos legales y del sistema de salud para el acceso al aborto seguro

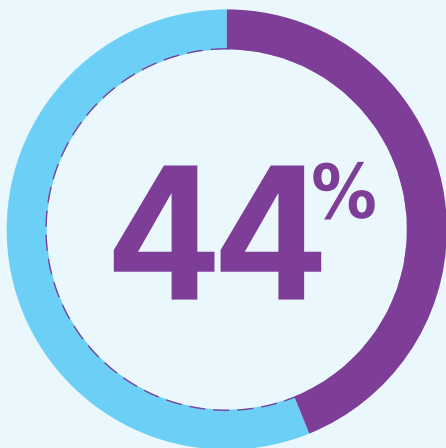
Hasta la fecha, muchos países localizados principalmente en regiones de bajos y medianos ingresos tienen leyes y políticas restrictivas que limitan cuándo las mujeres pueden usar anticonceptivos, tener abortos e incluso buscar atención médica sin el consentimiento de sus padres o de su cónyuge. Cinco países tienen una prohibición absoluta del abortoⁱ. Las leyes de aborto en todo el mundo establecen que los profesionales de la salud son los únicos proveedores de servicios de aborto legal, lo que pone a las mujeres que se autoinducen en riesgo legal. Las leyes restrictivas a menudo imponen sanciones penales, incluyendo arresto y encarcelamiento, a las mujeres que buscan abortos y a los profesionales de la salud que los

ⁱ República Dominicana, El Salvador, Malta, Honduras y Nicaragua.

practican. Estas leyes son perjudiciales: restringir el acceso al aborto no reduce el número de abortos, sino que obliga a las mujeres a buscar alternativas inseguras⁵⁹. Los países con leyes más liberales, motivos legales amplios para el aborto y servicios accesibles tienen tasas más bajas de aborto inseguro y de muertes y enfermedades relacionadas⁶⁰.

Las políticas y directrices de los sistemas de salud algunas veces, imponen barreras de procedimiento que no son médicamente necesarias y dificultan el acceso, incluidos los tiempos de espera obligatorios, las orientaciones con guiones específicos y sesgadas, y la aprobación de múltiples proveedores, por ejemplo, por parte de los médicos. Estas barreras desalientan a las mujeres de buscar atención, causan demoras en el acceso y aumentan el costo de los servicios⁶¹. Estos obstáculos procesales deben ser eliminados.

La información científicamente exacta sobre el aborto es irregular en muchos lugares. Los grupos a favor de la coerción reproductiva han perpetuado mitos sobre el aborto que son engañosos e incorrectos, lo que se suma al estigma y a los malentendidos sobre la seguridad del aborto. La información basada en la evidencia demuestra que están equivocados⁶², pero cambiar las percepciones erróneas es un desafío. La educación integral de la sexualidad y la no estigmatización, y la información precisa son herramientas poderosas para abordar este problema⁶³.



44%

de los abortos al año son inseguros

Definición integrada de salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR):

- Información precisa y consejería en salud sexual y reproductiva, incluyendo educación integral en sexualidad basada en la evidencia.
- Información, consejería y atención relacionada con la función y satisfacción sexual.
- Prevención, detección y manejo de la violencia y coerción sexual y basada en el género.
- Opciones seguras y efectivas de métodos anticonceptivos.
- Atención segura y efectiva en el periodo prenatal, posnatal y durante el parto.
- **Atención y servicios efectivos y seguros para el aborto.**
- Prevención, manejo y tratamiento para la infertilidad.
- Prevención, detección y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, y las infecciones del tracto reproductivo.
- Prevención, detección y tratamiento de cánceres reproductivos.

Starrs, Starrs, AM, et al (2018) Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. The Lancet Commissions. 391 (10140), pp.2642–2692.

La negativa de los prestadores de servicios a ofrecer servicios de aborto, aún cuando el aborto esté permitido por la ley, rompe el compromiso fundamental de los trabajadores de la salud de “no hacer daño” y da prioridad a las creencias personales y privadas de los prestadores por encima de los derechos y las necesidades de salud de las usuarias^{64,65}. Esta negación de atención obliga a las mujeres a quedar embarazadas en contra de su voluntad. En los casos en que las mujeres son remitidas a otro proveedor, la prestación de servicios de salud se vuelve muy ineficaz y aumenta la carga de trabajo de quienes cumplen con sus obligaciones profesionales como proveedores. No se debe permitir que las objeciones de conciencia justifiquen la negación a la atención por parte de los proveedores de servicios de salud.

Es probable que el acceso limitado al aborto seguro proporcionado por un profesional de la salud dentro de los programas de SDSR empeore en los próximos

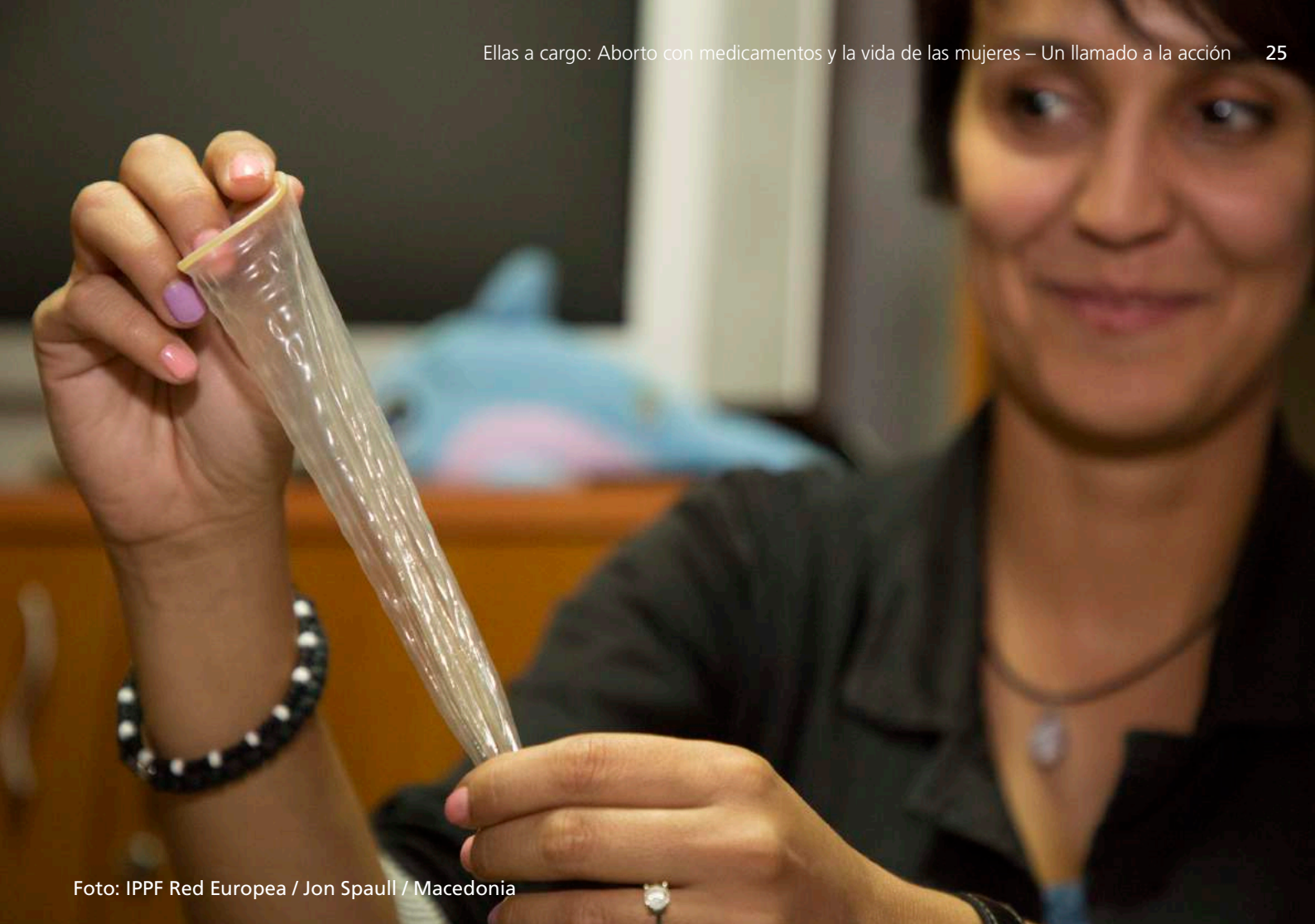


Foto: IPPF Red Europea / Jon Spaul / Macedonia

años, a medida que los gobiernos luchan por dotar de personal adecuado a los establecimientos de salud. La OMS estima que **el déficit mundial de profesionales sanitarios calificados sigue creciendo** y alcanzará los 12.9 millones en 2035. Las personas que viven en zonas rurales o que dependen del sector público son las que menos acceso tienen a un profesional de la salud, y mucho menos a uno especializado en la atención relacionada con el aborto⁶⁶. Los gobiernos deben fortalecer los sistemas de salud invirtiendo en capacitación del personal y en infraestructura de salud. Sin embargo, dada la falta prevista de personal calificado, aún cuando los gobiernos y los sistemas de salud privados intensifiquen repentinamente sus esfuerzos para ofrecer servicios de aborto, millones de mujeres seguirán teniendo opciones limitadas de atención en establecimientos de salud. Muchas otras mujeres simplemente prefieren manejar sus propios abortos sin la participación de un proveedor médico.

Si todas las mujeres que buscan abortos inseguros usan misoprostol en lugar de métodos más invasivos y peligrosos, las muertes relacionadas con el aborto podrían disminuir en dos tercios en los países de bajos y medianos ingresos⁶⁷.

El impacto de la despenalización, Etiopía

El sexto piso del Hospital Tikur Anbessa de Addis Abeba es un lugar feliz. Es la sala de maternidad, y todos los días se guía a las mujeres a través del trabajo de parto y el parto seguro. Pueden descansar y recuperarse, saludables y listas para reunirse con sus familias.

Pero no siempre fue así. Antes de que se levantara la restrictiva ley etíope sobre el aborto a principios del siglo XXI, más de la mitad de la sala estaba llena de mujeres que sufrían de sepsis y hemorragias y esperaban histerectomías como resultado de abortos inseguros.

Con más de un tercio de los casos de mortalidad materna como resultado de abortos inseguros, el gobierno etíope tenía una crisis de salud pública en sus manos. El Código Penal de 1957 había tipificado el aborto como delito en casi todos los casos. En ausencia de acceso al aborto seguro, las mujeres recurrían a los curanderos tradicionales en busca de raíces de plantas o productos químicos, lo que a menudo terminaba en lesiones graves o incluso en la muerte.

Genet Mengistu, Directora Ejecutiva de la Asociación de Orientación Familiar de Etiopía (FGAE), recuerda vívidamente esta ocasión: “Cuando era niña, cuando estaba creciendo, se escuchaba que alguien había muerto y se escuchaban diferentes historias al respecto, pero al final se descubría que esa joven había fallecido a causa de un aborto inseguro”.

Genet recordó cómo el difunto Primer Ministro Meles Zenawi defendió los derechos de las mujeres después de ver el costo humano de esta ley. Con el apoyo del Ministro de Salud, la década de 1990 fue testigo del crecimiento de una sólida red de líderes compasivos –de todas las organizaciones de salud, ONG y asociaciones de mujeres –apasionados por mejorar la salud y las oportunidades de vida de las mujeres, y por liberarlas de la coerción reproductiva. Estaba claro que era necesario cambiar la ley.

Genet recordó cómo el difunto Primer Ministro Meles Zenawi defendió los derechos de las mujeres después de ver el costo humano de esta ley. Con el apoyo del Ministro de Salud, la década de 1990 fue testigo del crecimiento de una sólida red de líderes compasivos –de todas las organizaciones de salud, ONG y asociaciones de mujeres –apasionados por mejorar la salud y las oportunidades de vida de las mujeres, y por liberarlas de su carga reproductiva. Estaba claro que era necesario cambiar la ley.

El cambio no ha sido fácil. El conocimiento de las personas sobre su derecho al acceso al aborto y a la planificación familiar sigue siendo bajo, especialmente en las zonas rurales, y el estigma es alto. Algunas mujeres viajan a clínicas más lejos de sus hogares para recibir atención porque tienen miedo de que su comunidad se entere. Cuando la ley cambió, algunos proveedores de servicios optaron por no proporcionar estos servicios a las mujeres, y los que sí lo hacen aún enfrentan el estigma. Muchos de los pacientes de Tafesech siguen luchando: “la mayoría de las clientas que acuden a los servicios de aborto no tienen libertad para hablar de su caso. Tienen miedo, son tímidas para explicar lo que vinieron a buscar.”

Pero a pesar de estos desafíos, la liberalización de la ley de aborto en Etiopía ha cambiado la vida de innumerables mujeres. La atención integral del aborto está disponible en sitios públicos, privados y no gubernamentales como la FGAE en toda Etiopía. Y ahora, la mitad de las camas del sexto piso del Hospital Tikur Anbessa han sido reasignadas para la atención del cáncer. La mortalidad materna debida al aborto inseguro ha disminuido drásticamente. Aunque todavía queda un largo camino por recorrer, las mujeres tienen mucha más libertad para controlar sus vidas, sus cuerpos y su futuro.



Foto: IPPF / Panos / Etiopía

Un llamado a la expansión del aborto con medicamentos

El aborto con medicamentos está lejos de ser una nueva estrategia. Las mujeres han utilizado el aborto con medicamentos durante años, y muchas organizaciones las han ayudado a hacerlo.

Sin embargo, el aborto con medicamentos aún no ha alcanzado la escala necesaria para evitar significativamente las tasas de mortalidad materna derivadas del aborto inseguro y para estar realmente en manos de las mujeres. La expansión de su uso debe ser exponencial.

Todas las mujeres que buscan un aborto deben poder elegir el método de aborto seguro –con medicamentos o quirúrgico– que funcione mejor para ellas. Cuando las mujeres no pueden o deciden no buscar atención en un establecimiento de salud, ampliar el acceso legal a los servicios de aborto con medicamentos es un paso intermedio importante.

Hacer que la mifepristona esté más ampliamente disponible permitiría que millones de mujeres más elijan si desean o no pasar por un embarazo completo de manera segura y efectiva. Sacar a la luz el uso propio de estos medicamentos y tomar medidas concretas y coordinadas para garantizar un mayor apoyo político, del sistema de salud y de la comunidad puede transformar la vida y la salud de las mujeres.

Es necesario que haya un cambio de paradigma entre los formuladores de políticas y otros sectores interesados comprometidos con la SDR que replantee la importancia de que las mujeres puedan manejar sus propios abortos con medicamentos de manera legal y

segura, con o sin la participación de un prestador de servicios de salud. Asegurar que las mujeres tengan acceso a la información y el apoyo necesarios les permite tomar decisiones informadas sobre cómo manejar un embarazo no deseado, en lugar de ser receptoras pasivas de los servicios. Hace tiempo que los gobiernos deberían haber tomado medidas para garantizar que esta práctica sea segura, y accesible económica y legalmente.

Este enfoque no necesariamente satisfecerá las necesidades de todas las mujeres. Muchas mujeres continuarán prefiriendo un aborto proporcionado o apoyado por un profesional de la salud en una institución pública o privada. Algunas mujeres no son elegibles para el aborto con medicamentos, mientras que otras necesitarán apoyo para determinar con precisión la edad gestacional del embarazo y así determinar la dosis de los medicamentos. Un pequeño porcentaje de mujeres necesitará seguimiento por parte de un profesional de la salud, debido a complicaciones. La atención en centros de salud también puede ofrecer otros beneficios, como recursos para las mujeres que han sufrido la mutilación genital femenina o violencia doméstica, y profesionales capacitados que puedan responder a preguntas, abordar inquietudes, brindar asesoramiento y ofrecer métodos anticonceptivos después del aborto.

Aprovechar los éxitos obtenidos hasta la fecha

En la última década se ha hecho un buen trabajo para empoderar a las mujeres para que utilicen el aborto con medicamentos de manera segura y por su cuenta. Esta experiencia proporciona información importante sobre modelos prometedores de atención y sobre cómo fortalecerlos.

Las ONG y las redes de la sociedad civil han ofrecido desde hace mucho tiempo apoyo a las mujeres que buscan servicios de aborto con medicamentos a través de la telemedicina y los mensajes de texto, los modelos de acompañamiento en persona y las líneas telefónicas de ayuda para obtener asesoramiento sobre la dosis y las complicaciones.ⁱ Algunos grupos están trabajando para aumentar la información proporcionada por los farmacéuticos y los vendedores de medicamentos. Una revisión sistemática muestra que las mujeres pueden obtener información confiable y clara de fuentes respetables fuera del sistema de salud⁶⁸. Grupos tales como Samsara, Women on Web, Safe2Choose, Women Help Women, y otros están cerrando la brecha entre la defensa y la prestación de servicios para ayudar a las mujeres a manejar los embarazos no deseados con servicios de aborto con medicamentos.

El mercadeo social de organizaciones como Marie Stopes International (MSI), Population Services International y DKT International ha hecho que los medicamentos para el aborto estén disponibles a precios asequibles en muchos países. Esto puede ser particularmente importante en las zonas rurales donde no es factible comprar medicamentos para la interrupción en internet. A pesar de este trabajo, la mifepristona sigue siendo costosa en gran parte del mundo y aún no está disponible en la mayoría de los países, probablemente debido a las restricciones legales al aborto que aún existen.

Organizaciones nacionales e internacionales, como las asociaciones miembro de la IPPF y la Coalición para los Suministros de Salud Reproductiva, han promovido con éxito el registro en varios países de los medicamentos que se usan para el aborto, y su inclusión en las listas nacionales de medicamentos esenciales.

Ejemplos de líneas telefónicas y modelos de acompañamiento

Aunty Jane es una línea telefónica de asesoramiento en vivo creada por activistas kenianos en 2012 para proporcionar información clara y sin prejuicios sobre temas de salud sexual que salvan vidas, incluido el uso del misoprostol para el aborto seguro.

Las Libres es una organización mexicana que capacita a una red de voluntarios para asesorar a las mujeres sobre cómo usar el aborto con medicamentos de manera segura y acompañarlas en el proceso.

Safe2Choose es una plataforma en línea que incluye asesores multilingües, personal médico y expertos en salud pública que proporcionan asesoramiento sobre aborto seguro e información sobre cómo obtener píldoras abortivas.

Estar al tanto de qué medicamentos están registrados y disponibles en un país específico puede facilitar un acceso más amplio a los medicamentos. La nueva base de datos de productos para el aborto con medicamentos de IPPF (www.MedAb.org), ofrece información concreta sobre la disponibilidad de marcas de calidad de mifepristona, misoprostol y del combo en diferentes países. Está diseñado para los prestadores de servicios, agentes de adquisiciones y otras personas que trabajan en programas de aborto seguro, y no para las mujeres directamente.

El aborto con medicamentos ha permitido el crecimiento de la distribución de tareas en países donde los trabajadores de la salud que no son médicos, como enfermeras, parteras y personal clínico de centros de salud, están autorizados a proporcionar servicios de aborto con medicamentos en establecimientos de atención primaria. Las asociaciones creativas entre los trabajadores comunitarios de salud o los voluntarios laicos y los sistemas de salud están ayudando a las mujeres a determinar si están embarazadas y a derivarlas a los establecimientos de salud⁶⁹.

Personal de investigación de diferentes organizaciones están probando modelos para asegurar que las

ⁱ Un nuevo estudio cuantitativo de una línea telefónica de emergencia en Indonesia, el primero en documentar la autogestión del aborto con medicamentos después de 12 semanas, sugiere que el modelo puede ser tan eficaz como proporcionar servicios de aborto con medicamentos en una clínica. Gerdtz, C, et al (2018) Second-trimester medication abortion outside the clinic setting: an analysis of electronic client records from a safe abortion hotline in Indonesia. *BMJ Sexual & Reproductive Health* Published Online First: 18 July 2018.

mujeres puedan autogestionarse un aborto de manera segura, incluida la manera de vincularlos con métodos anticonceptivos eficaces después de un aborto con medicamentos, la manera de asegurar que las mujeres puedan autoevaluar con precisión su elegibilidad para el procedimiento, y la mejor manera de fortalecer las remisiones a establecimientos de salud cuando sea necesario^{70, 71, 72, 73}.

Los gobiernos deberían desempeñar un papel de liderazgo en estos esfuerzos

Los gobiernos tienen la responsabilidad de garantizar que todas las mujeres tengan acceso a la atención de la SDR, independientemente de su capacidad de pago. Permitir opciones adicionales para la autogestión del aborto con medicamentos de ninguna manera elimina o reduce esta responsabilidad. Los gobiernos deben acoger con beneplácito los enfoques creativos adoptados por las OSC y las ONG para ayudar a las mujeres a encontrar y utilizar los servicios de aborto con medicamentos, y deben asociarse con estos grupos para aumentar su eficacia y alcance.

Debates sobre el aborto con medicamentos sin supervisión médica directa

El aborto con medicamentos ha aumentado significativamente el acceso al aborto para millones de mujeres y es un punto de inflexión en términos de la dinámica de poder y de género. Es importante discutir los riesgos potenciales identificados por algunos que deben ser manejados –no evitados– por los sistemas de salud. Algunos profesionales de la salud están en contra de permitir que las mujeres obtengan y utilicen píldoras para el aborto con medicamentos sin la supervisión de un profesional médico.

Sus razones pueden incluir preocupaciones sobre la seguridad en aquellas situaciones en las que las mujeres no tienen información precisa sobre su uso, o pueden querer mantener el control de los procedimientos médicos dentro del sistema de salud. Los estudios realizados en países de Asia donde las mujeres han utilizado el aborto con medicamentos con la dosis incorrecta o fuera de los plazos recomendados ya han

dado lugar a llamamientos para restringir el acceso a los medicamentos para el aborto en lugar de ampliarlo⁷⁴.

Es necesario que haya más evidencias que documenten la capacidad de las mujeres para autoevaluarse con precisión y determinar la elegibilidad y la edad gestacional para una dosificación precisa antes de tomar la medicación. Aunque algunos estudios han examinado el uso de misoprostol en el hogar después de la administración de mifepristona en la clínica, es posible que éstos no se puedan generalizar a poblaciones más amplias o a entornos donde la mifepristona no está disponible. Una revisión sistemática de la efectividad, seguridad y aceptabilidad señala que un estudio encontró que las usuarias de misoprostol en sus hogares estaban más educadas y tenían una edad gestacional más baja y un mayor número de embarazos previos en promedio que las que se habían administrado ambos medicamentos en una clínica⁷⁵.

Cuando la mifepristona no está disponible y el misoprostol se usa solo, es más probable que las tasas de falla sean más altas, por lo que es importante asegurar que las mujeres entiendan los signos de un aborto incompleto y sepan a dónde acudir para recibir atención adicional, si es necesario. Las mujeres que no pueden evaluar su elegibilidad para el aborto con medicamentos pueden no estar al tanto de las contraindicaciones, como el embarazo ectópico, o pueden usar una dosis equivocada de medicamentos. Algunas mujeres tienen condiciones fisiológicas que no permiten una evaluación precisa de la edad gestacional, como ciclos menstruales erráticos o patrones de sangrado alterados por un método anticonceptivo. Estas mujeres pueden necesitar el apoyo de un profesional de la salud capacitado o de un proveedor laico para verificar que ya no están embarazadas. Esto significa que es necesario trabajar para desarrollar herramientas de evaluación apropiadas para que las mujeres las utilicen antes y después del uso del aborto con medicamentos para apoyar su autogestión.

Un aumento en el número de abortos con medicamentos también puede significar que los prestadores de servicios tengan pocas oportunidades de realizar la aspiración endouterina o la dilatación y evacuación y, por lo tanto, es difícil mantener las habilidades quirúrgicas esenciales necesarias para estos procedimientos. La capacitación continua puede ayudar a garantizar la disponibilidad de métodos quirúrgicos de aborto de calidad, junto con el aborto con medicamentos..



Foto: Gabriela Trujillo

Entrevista con el doctor Leonel Briozzo

El Dr. Leonel Briozzo es Jefe de la Unidad de Maternidad del Hospital Pereira Rossell, un hospital público de Montevideo, capital de Uruguay. Es miembro del Comité de Ética y Profesionalismo de la [Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia](#) (FIGO) y asesor del Consejo Médico de Uruguay. También es fundador y asesor internacional de Iniciativas Sanitarias en Uruguay y asesor externo del Consejo de Gobierno de la IPPF. El Dr. Briozzo fue Subsecretario de Salud durante la Presidencia de José Mujica entre 2011 y 2015. Desempeñó un papel fundamental en la Primera Conferencia de Población y Desarrollo de las Américas (CEPAL), que aprobó el histórico Consenso de Montevideo.

¿Cuál fue su papel en la aceleración del acceso al aborto seguro en Uruguay y qué lo motivó a liderar este cambio significativo?

Mi vocación, inicialmente por la medicina y luego por la ginecología y la obstetricia, se basa en mi convicción de trabajar por la equidad, la justicia social y la libertad.

En 2001, cuando empecé a enseñar ginecología y obstetricia en la universidad, Uruguay atravesaba una profunda crisis económica y social que llevó

a mucha gente a la pobreza. A medida que los abortos inseguros y las muertes maternas aumentaron exponencialmente, se hizo urgente encontrar una solución. Estábamos convencidos de que la prevención del aborto inseguro era fundamental –incluida la educación para una sexualidad responsable y placentera y el uso de la anticoncepción– junto con la liberalización del aborto, de modo que si esta es la última opción que toman las mujeres, se hace sin riesgo para ellas ni para su entorno.

En este contexto, en 2001 conceptualizamos el Modelo de Reducción de Daños, liderado por la organización “Iniciativas Sanitarias”, junto con una amplia coalición de actores de la salud. La implementación del modelo en todo el país colocó el aborto seguro como un tema de salud y contribuyó a desarrollar una agenda compartida con el movimiento de mujeres y los grupos sociales y políticos progresistas de izquierda (Frente Amplio) que condujo al logro en 2012 de la despenalización del aborto, en lo que yo llamo un proceso continuo de liberalización del aborto como práctica.

En ese momento, yo era Subsecretario de Salud de Uruguay, y el Presidente José Mujica me dio todo su apoyo para asegurar que la Ley de Aborto fuera implementada. A largo plazo, esta decisión política demostró enormes beneficios sanitarios y sociales.

¿Qué es el modelo de reducción de daños?

En 2001, el aborto seguro en Uruguay no podía ser proporcionado legalmente por el sistema de salud y estaba altamente estigmatizado. Sin embargo, era posible trabajar antes y después de que ocurriera el aborto, y así lo hicimos.

Antes de un aborto ofrecíamos un asesoramiento integral y de alta calidad para que las mujeres evaluaran la decisión de tomar misoprostol. Después, brindábamos una consulta post-aborto.

Hicimos todo esto basados en los principios bioéticos de confidencialidad entre el profesional médico y la paciente y de poner los intereses de nuestras pacientes en el centro de la práctica médica y por encima de nuestras propias opiniones.

Así, en lugar de juzgar a las mujeres desde el pedestal de la hipocresía, nos involucramos éticamente en el proceso desde los principios de beneficencia –no maleficencia–, autonomía y justicia, proporcionando atención sanitaria con calidad técnica y humanidad.

¿Por qué se dio prioridad al aborto con medicamentos como parte de este modelo?

Porque era la única manera en que las mujeres podían interrumpir -o al menos empezar a interrumpir- un embarazo no deseado por sí mismas, autoadministrando un medicamento de forma segura y basados en evidencia científica.

Esto cambió significativamente el papel de los profesionales de la salud, que pasaron de ofrecer servicios de aborto clandestino a modificar la cultura del sistema de salud con su compromiso, colaborando como agentes de cambio social para que las mujeres puedan acceder a sus derechos.

Años después, ¿cuál es su evaluación de los resultados del modelo de reducción de daños?

El impacto cuantitativo del modelo de reducción de daños fue inmediato. Primero, reduciendo las cifras de mortalidad materna en el Hospital Público donde trabajamos y luego en todo el país. La transformación cualitativa de las percepciones de los profesionales de la salud, las usuarias y la comunidad fue más compleja, pero también tuvo un gran impacto desde el principio. Los medios de comunicación fueron un aliado clave para difundir el modelo y asegurar que los mensajes fueran sólidos y coherentes.

¿Qué les recomendaría a los tomadores de decisiones que están pensando en acelerar el acceso al aborto seguro en el mundo?

La lucha por la despenalización del aborto es parte de la lucha por la equidad y la justicia. En América Latina, donde tenemos una fuerte presencia de las iglesias, era importante debatir la cuestión desde la perspectiva de la salud pública y el derecho a la atención sanitaria en primer lugar y el derecho a decidir después. La base de todas nuestras acciones es estar a favor de la vida, las mujeres, los niños y la sociedad, buscando reducir el número de abortos. La decisión de las mujeres debe ser lo más importante para los profesionales de la salud.

¿Algunas palabras finales?

Estamos a favor de la vida porque con las políticas que desarrollamos y nuestra práctica de salud, hemos disminuido la mortalidad materna, la mortalidad infantil y el número de abortos. Las personas que están en contra de esta noción están, a su vez, a favor de la coerción reproductiva.

Activismo por los derechos de las mujeres, Chile

Hasta 2018, Chile formaba parte de un club radical de seis países de todo el mundo. Junto con Honduras, El Salvador, Nicaragua, Malta y República Dominicana aplicó una política de coerción reproductiva total. La prohibición de todas las formas de aborto fue introducida en 1989 por el entonces presidente Augusto Pinochet, y durante los últimos 19 años una generación de mujeres fueron obligadas a quedar embarazadas en contra de su voluntad, privando a las familias de su libertad reproductiva. Esta ley obsoleta mató a mujeres, separó familias y destruyó vidas, marcando a Chile como un país extremo y militante, fuera del alcance de todos los demás estados del mundo, excepto cinco.

Pero en un brillante día de invierno, el 21 de agosto de 2017, las mujeres fueron totalmente libres. Después de años de activismo por parte de grupos de mujeres de base, organizaciones sindicales de salud, organizaciones políticas, académicos y defensores de los derechos humanos, y luego de meses de debate polémico en el Congreso, la Corte Constitucional decidió poner fin a su política de fuerza reproductiva mediante la aprobación de un proyecto de ley que permite el aborto en tres casos: si la vida de la mujer está en riesgo; si el embarazo es el resultado de una violación; o si el feto no sobrevivirá. Con una abrumadora cantidad de apoyo público y el respaldo de la presidenta Michelle Bachelet, la nueva ley fue un cambio trascendental.

La Mesa, una red nacional de activistas por el derecho al aborto, desempeñó un papel fundamental en la armonización de la ley con las actitudes de los ciudadanos. Debora Solís, de la Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA), integrante de La Mesa, describe ese día como “un hito en la historia de la lucha por el pleno ejercicio de los derechos humanos de las mujeres en Chile”.

Pero el trabajo no ha terminado. Como comenta Débora: “Sin duda, aún nos queda un largo camino por recorrer hacia la eliminación del estigma social relacionado con el aborto y para detener a los grupos a favor de la coerción reproductiva que buscan crear barreras cuando se trata de la implementación de la ley”. Las mujeres, los hombres y sus familias todavía experimentan estigma y vergüenza cuando acceden al aborto, y muchos movimientos radicales y chovinistas todavía están tratando de desafiar la ley, la cual cuenta con una abrumadora cantidad de apoyo público.

Ver que una ley introducida por un dictador fue revocada por la fuerza de la organización colectiva fue impresionante para Claudia Dides, Directora Ejecutiva de la organización de salud sexual y reproductiva MILES. “Ese día sentí una alegría tan profunda, como el día en que derrotamos a la dictadura en el plebiscito de 1988” dice. “Sentía que no importaba toda la humillación, todas las descalificaciones, los rechazos, la desconfianza y los ataques personales. Sentí que se nos ha dado un gran paso para devolverles a las mujeres su dignidad, especialmente a aquellas que no tenían a nadie ni a dónde recurrir”.

Una agenda para la acción

Asegurar que más mujeres puedan usar el aborto con medicamentos de manera segura y sin supervisión médica directa

El aborto seguro debe convertirse urgentemente en una prioridad para los gobiernos, los sistemas de salud, las OSC y los aliados para el desarrollo, ya sea en los servicios de salud o en el hogar de una mujer. Las barreras que los gobiernos han establecido deben ser eliminadas.

Este informe hace un llamado a la acción coordinada y a la voluntad política para garantizar que las mujeres que carecen de servicios tengan opciones de aborto que sean seguras, legales y aceptables para ellas, incluyendo la autoadministración del aborto con medicamentos.

Una agenda de acción completa para lograr este objetivo incluye los siguientes pasos:

Acciones a nivel de país

- Los gobiernos y los aliados más importantes, incluidas las OSC, deben realizar investigaciones sobre las barreras y los desafíos que enfrentan las mujeres que se autoadministran los medicamentos para un aborto. Estas investigaciones deben identificar cómo aumentar la capacidad de las mujeres para determinar si son elegibles para un aborto con medicamentos y completarlo satisfactoriamente e identificar modelos adecuados de prestación de servicios y apoyo para la autoadministración. También necesita identificar formas de asegurar que se realicen consejerías específicas o la atención dentro y fuera los servicios de salud, si es necesario.
- La mifepristona, el misoprostol y el combo que incluye ambas medicinas deben estar registradas y disponibles en cada paísⁱ.ⁱⁱ
- La mifepristona y el misoprostol deben incluirse en las listas nacionales de medicamentos esenciales para facilitar la adquisición y el suministro. Las licencias deben permitir que los medicamentos estén disponibles en toda la variedad de contextos en el nivel de atención primaria de forma gratuita. Debe evitarse el exceso de reglamentación que limita el acceso a los medicamentos.
- Los gobiernos deben desarrollar medidas para asegurar la calidad de los medicamentos para el aborto y establecer y monitorear estándares de calidad de atención relacionada con el aborto dentro de los sistemas de salud.
- La atención integral del aborto con medicamentos debe estar disponible en los servicios que se prestan a las mujeres en entornos humanitarios, a fin de abordar tanto sus necesidades de salud reproductiva insatisfechas así como las consecuencias de la violencia basada en género.
- Los gobiernos deben eliminar el aborto del código penal y poner fin a las sanciones penales para las mujeres que recurren al aborto con medicamentos por su cuenta. Los reglamentos y las directrices de los sistemas de salud deben permitir la autoadministración. Las mujeres y los prestadores de servicios que actualmente están en prisión por cargos relacionados con el aborto deben ser puestos en libertad.

ⁱ Un estudio reciente es el primero en identificar las investigaciones que cumplirían con los requisitos de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (USFDA) en cuanto a los criterios regulatorios para el uso de medicamentos de venta libre. Kapp, N, Grossman, D, Jackson, E, Castleman, L, Brahma, D (2017) A research agenda for moving early medical pregnancy termination over the counter. BJOG. 124, pp. 1646-1652.

ⁱⁱ La mifepristona en ciertas dosis puede ser y está siendo utilizada en algunos países como anticonceptivo de emergencia. El registro como tal podría facilitar un mayor acceso a la medicación y ayudar a prevenir embarazos no deseados si se utiliza inmediatamente después de las relaciones sexuales. Ver: Shen J, Che Y, Showell E, Chen K, Cheng L 2017. Methods of Emergency Contraception. Cochrane. Disponible en https://www.cochrane.org/CD001324/FERTILREG_methods-emergency-contraception

- Quienes brindan servicios públicos, privados y sin ánimo de lucro deben asegurar la disponibilidad y prestación de servicios de aborto con medicamentos de calidad como parte de la atención integral del aborto, junto con los métodos quirúrgicos. Los servicios deben diseñarse de manera que permitan compartir tareas entre una amplia gama de profesionales de la salud, incluidas parteras, enfermeras y enfermeras auxiliares. Las mujeres necesitan apoyo para autogestionar aspectos de su aborto con medicamentos de acuerdo con sus necesidades y preferencias.

Acciones dentro de los sistemas de salud gubernamentales para facilitar el aborto en general

- La capacitación en la atención del aborto para los profesionales de la salud a todos los niveles debe integrarse en los programas de educación previa y en el servicio. Las descripciones de los puestos de trabajo de todos los trabajadores de la salud deben incluir la atención del aborto para evitar el rechazo de los prestadores de servicios.
- Las políticas y directrices nacionales deben permitir compartir las tareas de atención del aborto con una variedad de trabajadores de la salud, incluidas parteras, enfermeras y enfermeras auxiliares.
- Los gobiernos deben autorizar y apoyar a los trabajadores comunitarios o de salud no profesionales para que proporcionen servicios de aborto con medicamentos en el nivel de atención primaria mediante el diseño de mecanismos para que puedan evaluar su elegibilidad, proporcionar medicamentos para el aborto, apoyar a las mujeres durante todo el proceso, proporcionar remisiones a otros establecimientos de salud y dispensar anticonceptivos a través de un enfoque de reparto de tareas.
- Los gobiernos deben desarrollar e incorporar programas de educación integral de la sexualidad que incluyan información precisa sobre la anticoncepción y las opciones de aborto. Esto ayudará a conformar relaciones de género más equitativas para las generaciones futuras.
- El financiamiento de la salud debe incluir todos los métodos recomendados de aborto como componentes esenciales de la SDR dentro del paquete de atención primaria de la salud y de la atención universal de la salud. La cobertura universal de salud debe incluir el aborto seguro para asegurar que todas las mujeres puedan acceder a los servicios, independientemente de su capacidad de pago.
- Los presupuestos gubernamentales y los aliados externos para el desarrollo deben asignar fondos para los suministros, la capacitación y los servicios de aborto –especialmente en el nivel primario– como un elemento central de los servicios de SDR.

Acciones a nivel internacional

- Las instituciones de investigación y las organizaciones de prestación de servicios deben buscar una agenda coordinada para llenar los vacíos de evidencia sobre la autoadministración segura de los medicamentos para un aborto. Entre las recomendaciones formuladas por un grupo de 20 investigadores de todo el mundo que representan a nueve organizaciones internacionales y universidades figuran las siguientes ⁷⁶ :
 - ◆ Realizar estudios que exploren las preferencias de las mujeres por el aborto y sus experiencias con la autoadministración del aborto medicamentos, incluidos los vínculos con los servicios de anticoncepción y las referencias para la atención de seguimiento.
 - ◆ Identificar los mejores modelos para llegar a las mujeres con medicamentos de alta calidad, información y apoyo, incluyendo roles apropiados para los farmacéuticos y los trabajadores comunitarios no especializados o de salud.
 - ◆ Evaluar los resultados clínicos después de la autoadministración del aborto con medicamentos, particularmente después de los 63 días. Esto incluye la capacidad de las mujeres para autoevaluar su elegibilidad para el aborto con medicamentos y para determinar cuándo se completa el aborto, especialmente cuando el misoprostol se usa sin mifepristona y en comparación con la atención en la clínica.
- Se debe realizar una investigación bien diseñada para perfeccionar las mejores herramientas y listas de verificación para evaluar la elegibilidad de las mujeres para el aborto con medicamentos. Estos deben ser probados en entornos comunitarios. La investigación también debe abordar cuestiones sobre la seguridad, la eficacia y la viabilidad de la

utilización de personal sanitario no especializado para administrar medicamentos, gestionar los efectos secundarios comunes y evaluar la necesidad de un seguimiento hospitalario. La experiencia de las ONG y las OSC que proporcionan consejería, asesoramiento y acompañamiento a las mujeres que utilizan el aborto con medicamentos son fuentes importantes de información para establecer esta evidencia y probar modelos eficaces.

- Hasta junio de 2018, no existen combos que incluyan ambos medicamentos y que cumplan con los estándares de precalificación de la OMS. El número limitado de combos que tienen calidad asegurada a través de las aprobaciones de la Autoridad de Regulación Estrictaⁱⁱⁱ son a menudo costosos y no están ampliamente disponibles. La OMS debe simplificar y racionalizar el proceso de precalificación de los medicamentos para realizar un aborto, proporcionando orientación regular y clara a los fabricantes y abaratando el proceso. La OMS podría precalificar un combo asequible que incluya tanto mifepristona como misoprostol, así como productos adicionales de mifepristona y misoprostol para apoyar los esfuerzos que aumenten el acceso.
- Los fabricantes y las instituciones mundiales (OMS, UNFPA, donantes bilaterales) deben aumentar la disponibilidad de productos de calidad garantizada para el aborto con medicamentos, incluidos los mecanismos para la prueba de productos después de la fabricación y la mitigación de riesgos.
- Ambos medicamentos deben incluirse en los paquetes de equipo, las directrices técnicas y los presupuestos para situaciones de crisis humanitarias, incluso dentro del PSIM utilizado para suministrar situaciones de crisis.
- Las asociaciones médicas profesionales deben enfatizarle a sus miembros la importancia del acceso al aborto seguro en la vida de las mujeres y el fortalecimiento de su compromiso con la ética en la atención médica. Esto incluye colocar el interés superior de la mujer por encima de los sentimientos personales sobre el aborto del proveedor⁷⁷.
- Los aliados externos para el desarrollo deben ampliar los fondos dedicados a los suministros, la capacitación y los servicios de aborto como elemento central de los servicios de SDR, y apoyar los esfuerzos para ampliar las opciones de la autoadministración del aborto con medicamentos.

La IPPF, como proveedora de servicios globales y defensora líder de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, se compromete a mantener su compromiso de proporcionar servicios que tengan en cuenta la perspectiva de género y la atención integral del aborto basada en los derechos para todas y todos, y a trabajar en colaboración con otras personas para asegurar que existan las condiciones y estructuras que ayuden a las mujeres a tener acceso al aborto seguro de la manera que mejor se adapte a sus vidas.

iii Una Autoridad Reguladora Estricta se refiere a una autoridad reguladora que es:

a) un miembro del Consejo Internacional para la Armonización de los Requisitos Técnicos de los Productos Farmacéuticos de Uso Humano (antes del 23 de octubre de 2015: la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, la Comisión Europea y el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar Social de Japón, también representado por la Agencia de Productos Farmacéuticos y Productos Sanitarios); o bien

b) un observador de la ICH antes del 23 de octubre de 2015 (Asociación Europea de Libre Comercio, representada por Swiss Medic and Health Canada); o

c) una autoridad reguladora asociada a un miembro de la ICH mediante un acuerdo de reconocimiento mutuo jurídicamente vinculante antes del 23 de octubre de 2015 (Australia, Islandia, Liechtenstein y Noruega).

Conclusiones

Este informe reconoce que la comunidad internacional ha sido lenta en abordar el acceso de las mujeres al aborto seguro y legal, de manera abierta y coordinada. Las necesidades están claras. El momento de actuar unidos es ahora.

A pesar de los avances significativos en la reducción del aborto inseguro desde que se adoptó el Programa de Acción de la CIPD en 1994, persisten políticas y leyes opresivas. El resultado es que cada año se estima que unos 25 millones de mujeres que deciden no continuar con su embarazo, se ven obligadas a buscar atención clandestinamente, por sí solas o sin el apoyo de un proveedor de atención de la salud, a veces de manera peligrosa.

El aborto con medicamentos ofrece oportunidades para ampliar el acceso al aborto seguro y rompe las limitaciones de la desigualdad de género al empoderar a las mujeres para que decidan cuándo y cómo deciden continuar con su embarazo. La eliminación de las barreras coercitivas a los servicios permite a las mujeres tomar sus propias decisiones, ofreciéndoles opciones reales, ya sea un aborto con medicamentos autoadministrado, un aborto practicado en un establecimiento de salud o servicios de apoyo para

llevar el embarazo a las etapas más avanzadas. Los gobiernos, los responsables de la toma de decisiones, los líderes religiosos y la profesión médica deben tomar medidas urgentes para asegurar que las mujeres tengan opciones que respeten su integridad física y protejan su salud y sus vidas.

A medida que se acerca el 25º aniversario de la CIPD, debemos mirar críticamente lo que queda por hacer para asegurar que todo aborto sea un aborto seguro. La IPPF invita a los encargados de formular políticas y a la comunidad mundial de SDSA a que se unan a nosotros para tomar medidas a fin de hacer realidad este objetivo .

La IPPF está comprometida con el aborto seguro y legal para todas las mujeres del mundo. Seguiremos estando al lado de las mujeres en cada etapa de su vida reproductiva y nos aseguraremos de que se les ofrezcan todas las opciones y se les apoye para decidir qué es lo mejor para ellas, sin discriminación ni estigmatización.



Notas Finales

- 1 Ganatra, B, Gerdtts, C, Rossier, C, Johnson, BR, Tunçalp, Ö, Bearak, J et al (2017). Global, regional and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet* 2017. 390 pp.2372–81
- 2 *ibid*
- 3 *ibid*
- 4 Singh, S, Remez, L, Sedgh, G, Kwok, L, Onda, T (2018). *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. Guttmacher Institute: Nueva York.
- 5 *ibid*
- 6 Ganatra, B, Gerdtts, C, Rossier, C, Johnson, BR, Tunçalp, Ö, Bearak, J et al (2017). Op. cit.
- 7 *ibid*
- 8 Dzuba, IG, Winikoff, B, Peña, M (2013) Medical abortion: A path to safe, high-quality abortion care in Latin America and the Caribbean. *European Journal of Contraceptive and Reproductive Health Care*. 18 (6), pp.441–450.
- 9 Organización Mundial de la Salud (1946) *Constitution of the Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: OMS.
- 10 Organización Mundial de la Salud (2015) *Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception*. Ginebra: OMS.
- 11 Ganatra, B, Gerdtts, C, Rossier, C, Johnson, BR, Tunçalp, Ö, Bearak, J et al (2017). Op. cit.
- 12 Organización Mundial de la Salud (2012) *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Ginebra: OMS.
- 13 Singh, S, Remez, L, Sedgh, G, Kwok, L, Onda, T (2018). Op. cit.
- 14 Ganatra, B, Gerdtts, C, Rossier, C, Johnson, BR, Tunçalp, Ö, Bearak, J et al (2017). Op. cit.
- 15 *ibid*
- 16 *ibid*.
- 17 Organización Mundial de la Salud (2012). Op. cit.
- 18 Organización Mundial de la Salud (2015) *Health worker roles in providing safe abortion care and post abortion contraception*. Ginebra: OMS.
- 19 *Ibid*.
- 20 Ganatra, B, Gerdtts, C, Rossier, C, Johnson, BR, Tunçalp, Ö, Bearak, J et al (2017). Op. cit
- 21 Chong, E, Frye, L, Castle, J, Dean, G, Kuehl, L, Winikoff, B (2015) What happens when medical abortion services give women the option of taking mifepristone at home? *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 131:E300; Chong, E, Frye, L, Castle, J, Dean, G, Kuehl, L, Winikoff, B (2015) A prospective, non-randomized study of home use of mifepristone for medical abortion in the U.S. *Contraception* 92 (3), pp.215–219; Iyengar, K, Klingberg Allvin, M, Iyengar, SD, Gemzell-Danielsson, K, Essén, B (2016) “Who Wants to Go Repeatedly to the Hospital?” Perceptions and Experiences of Simplified Medical Abortion in Rajasthan, India. *Global Qualitative Nursing Research*. 3: 2333393616683073; Wainwright, M, Colvin, C, Swartz A, Leon, N (2016) Self-management of medical abortion: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health Matters*. 24 (47), pp.155–167.
- 22 Singh, S, Remez, L, Sedgh, G, Kwok, L, Onda, T (2018). Op. cit.
- 23 Ganatra, B, Gerdtts, C, Rossier, C, Johnson, BR, Tunçalp, Ö, Bearak, J et al (2017). Op. cit.
- 24 Singh, S, Remez, L, Sedgh, G, Kwok, L, Onda, T (2018). Op. cit.
- 25 Ganatra, B, Gerdtts, C, Rossier, C, Johnson, BR, Tunçalp, Ö, Bearak, J et al (2017). Op. cit.
- 26 Singh, S, Remez, L, Sedgh, G, Kwok, L, Onda, T (2018). Op. cit.
- 27 Woog, V and Kågesten, A (2017) *The Sexual and Reproductive Health Needs of Very Young Adolescents Aged 10–14 in Developing Countries: What Does the Evidence Show?* Nueva York: Guttmacher Institute.
- 28 Darroch, JE, Woog, V, Bankole, A, Ashford, LS (2016) *Adding It Up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents*. Nueva York: Guttmacher Institute.
- 29 *Ibid*.
- 30 Starrs, AM, Ezeh, AC, Barker, G, Basu, A, Bertrand JT, Blum, R, Coll-Seck, AM, et al (2018) Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet Commissions*. 391 (10140), pp.2642–2692.
- 31 Sedgh, G, Singh, S, Shah, IH, Ahman, E, Henshaw, SK, Bankole, A (2012) Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*. 379 (9816), pp.625–632.
- 32 Médecins du Monde (nd) *Unwanted pregnancies and abortions in Burkina Faso, Palestine, Peru and the Democratic Republic of Congo. Comparative analysis of sociocultural and community determinants*. Disponible en: <<https://uploads.doctorsoftheworld.org/2017/06/27205635/Me%CC%81decins-du-Monde-Cross-Analysis-Sociocultural-and-community-determinants-of-unwanted-pregnancies-and-abortions-2016.pdf>> Acceso, Septiembre 3 2018.
- 33 Woog, V and Kågesten, A (2017). Op. cit.
- 34 Motta, A, Keogh, S, Prada, E, Nunez-Curto, A, Konda, K, Stillman, M, Cáceres, CF (2017) *From Paper to Practice: Sexuality Education Policies and Their Implementation in Peru*. Nueva York: Guttmacher Institute.
- 35 Guttmacher Institute (2017) *Factsheet: Sexuality Education in Kenya: New Evidence from Three Counties*. Nueva York: Guttmacher Institute.
- 36 Darroch, JE, Woog, V, Bankole, A, Ashford, LS (2016). Op. cit.
- 37 United Nations Population Fund (2015) *State of the world population 2015: Shelter from the Storm, A transformative agenda for women and girls in a crisis-prone world*. Nueva York: UNFPA.
- 38 McGinn, T and Casey, SF (2016) Why don't humanitarian organizations provide safe abortion services? *Conflict and Health*. 10 (8).
- 39 Foster, AM, Evans, DP, Garcia, M, Knaster, S, Krause, S, McGinn, T, et al (2017) The 2018 Inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings: revising the global standards. *Reproductive Health Matters*. 25 (51), pp.18–24.
- 40 Singh S et al., *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, New York: Guttmacher Institute, 2009. Disponible en : <<https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/AWWfullreport.pdf>> Acceso, Septiembre 3 2018.

- 41 Organización Mundial de la Salud and The Banco Mundial (2011) *World Report on Disability*. Ginebra: OMS/Banco Mundial.
- 42 Starrs, AM, Ezeh, AC, Barker, G, Basu, A, Bertrand JT, Blum, R, Coll-Seck, AM, et al (2018). Op. cit.
- 43 Ibid
- 44 Ibid
- 45 United Nations Population Fund (1994) *Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, Sept 5–13, 1994*. Nueva York: UNFPA.
- 46 Hord, CE (1999) ICPD Paragraph 8.25: A Global Review of Progress. Chapel Hill, NC: Ipas.
- 47 Otsea, K (2004) *Lives worth saving: Abortion care in sub-Saharan Africa since ICPD: A progress report*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- 48 Hessini, L (2004) *Advancing reproductive health as a human right: Progress toward safe abortion care in selected Asian countries since ICPD*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- 49 Ipas (2003) *Achieving ICPD commitments for abortion care in Eastern and Central Europe. The unfinished agenda*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- 50 Billings, DL and Benson, J (2005) Post-abortion care in Latin America: policy and service recommendations from a decade of operations research. *Health Policy and Planning*. 20 (3).
- 51 Rayas, L y Catotti, D (2004) *Cumplimiento de los compromisos adquiridos a partir de la CIPD en torno a los servicios de aborto en América Latina: La agenda inconclusa*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- 52 Crane, B and Hord, CE (2006) *Access to Safe Abortion: An Essential Strategy for Achieving the Millennium Development Goals to Improve Maternal Health, Promote Gender Equality, and Reduce Poverty. Background paper to the Millennium Development Project's report, Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*.
- 53 Center for Reproductive Rights (2018) The World's Abortion Laws 2018. Interactive map. Disponible en: <<http://www.worldabortionlaws.com>> Acceso Septiembre 3 2018.
- 54 Finer, L and Fine, J, B (2013) Abortion Law Around the World: Progress and Pushback. *American Journal of Public Health*. 103 (4), 585–589
- 55 *African Union Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*. Disponible en: <http://www.achpr.org/files/instruments/women-protocol/achpr_instr_proto_women_eng.pdf>; United Nations (2013) *African Union Maputo Plan of Action*. Disponible en: <https://au.int/sites/default/files/documents/24099-poa_5-revised_clean.pdf>; *Montevideo Consensus on Population and Development*. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21860/15/S20131039_en.pdf> Accessed 3 September 2018.
- 56 Ipas (2014) International Human Rights Bodies on Human Rights and Abortion (parts 1–4). Disponible en: <www.ipas.org>.
- 57 Guttmacher Institute (2017) Factsheet: *Adding it Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health*. Disponible en: <<https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017>>.
- 58 Bearak, J, Popinchalk, A, Alkema, L, Sedgh, G (2018) Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet Glob Health*. 6 (4), e380–e389.
- 59 Organización Mundial de la Salud (2012). Op. cit.
- 60 Ganatra, B, Gerdtts, C, Rossier, C, Johnson, BR, Tunçalp, Ö, Bearak, J et al (2017). Op. cit.
- 61 Organización Mundial de la Salud (2012). Op. cit.
- 62 Ipas (2010) *The evidence speaks for itself: Ten facts about abortion*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- 63 UNESCO, (2015) *Emerging evidence, lessons and practice in comprehensive sexuality education: A Global Review*. París: UNESCO
- 64 Gerdtts, C, DePiñeres, T, Hajri, S, Harries, J, Hossain, A, Puri, M et al (2015) Denial of abortion in legal settings. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 41 (3), pp.161–3.
- 65 Truong, M and Wood, SY (2018) *Unconscionable. When Providers Deny Abortion Care*. Nueva York: International Women's Health Coalition.
- 66 Organización Mundial de la Salud (2015). Op. cit.
- 67 Singh, S, Remez, L, Sedgh, G, Kwok, L, Onda, T (2018). Op. cit.
- 68 Wainwright, M, Colvin, C, Swartz A, Leon, N (2016). Op. cit.
- 69 Puri, M, Tamang, A, Shrestha, P, Joshi, D (2015) The role of auxiliary nurse-midwives and community health volunteers in expanding access to medical abortion in rural Nepal. *Reproductive Health Matters*. 22 (44 Suppl 1), pp.94–103.
- 70 Puri, MC, Harper, CC, Maharjan, D, Blum, M, Rocca, CH (2018) Pharmacy access to medical abortion from trained providers and post-abortion contraception in Nepal. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. Jul 10. doi: 10.1002/ijgo.12595. [Epub ahead of print]
- 71 Andersen, K, Fjerstad, M, Basnett, I, Neupane, S, Acre, V, Sharma, S, Jackson, E (2018) Determination of medical abortion success by women and community health volunteers in Nepal using a symptom checklist. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 18 (161).
- 72 Iyengar, K, Paul, M, Iyengar, SD, Klingberg-Allvin, M, Essén, B, Bring, J et al (2015) Self-assessment of the outcome of early medical abortion versus clinic follow-up in India: a randomized, controlled, non-inferiority trial. *Lancet Glob Health*. 3 (9), e537–45.
- 73 Oppeggaard, KS, Qvigstad, E, Fiala, C, Heikinheimo, O, Benson, L, Gemzell-Danielsson, K (2015) Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion a multicenter, non-inferiority, randomized, controlled trial. *Lancet*. 385, pp.698–704.
- 74 Nivedita, K and Shanthini, F (2015) Is It Safe to Provide Abortion Pills over the Counter? A Study on Outcome Following Self-Medication with Abortion Pills. *J Clin Diagn Res*. 9 (1); Pawde, AA, Ambadkar, A, Chauhan, AR (2016) A Study of Incomplete Abortion Following Medical Method of Abortion (MMA). *J Obstet Gynaecol India* 66 (4), pp.239–243; Banu, N and Karim, MM (2017) *In the field of OB-GYN misoprostol is an essential drug: to be or not to be an OTC drug*. 25th Asian & Oceanic Congress of Obstetrics & Gynaecology, 15–18 June 2017, Hong Kong Convention and Exhibition Centre.
- 75 Ngo, TD, Park MH, Shakur, H, Free, C (2011) Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*. 89 (5), pp.360–370.
- 76 Kapp, et al. (2018) Developing a forward-looking agenda and methodologies for research of self-use of medical abortion. *Contraception*: 97 (2), pp. 184–188.
- 77 Briozzo, L and Faúndes, A (2008) The medical profession and the defense and promotion of sexual and reproductive rights. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 100 (3), pp.291–4.

Agradecimientos y contribuciones

Este informe es una publicación de la Federación Internacional de Planificación Familiar. Fue conceptualizado y guiado por Ana María Bejar, Directora de Incidencia Política, y Manuelle Hurwitz, Directora de Programas Institucionales. Fue desarrollado y guiado por Charlotte Hord Smith (Independiente) y Katie Lau, Asesora de Incidencia Política. En las etapas iniciales, el informe fue supervisado por Preethi Sundaram.

IPPF desea agradecer a Rebecca Wilkins, Mina Barling, Heather Barclay, Laura Hurley, Maïté Matos Ichaso, YuHsin Huang, Hanna Lindley-Jones, Sarah Onyango, Laura Feeny y Tía Jeewa por sus valiosas contribuciones.

Un agradecimiento especial a los colegas de organizaciones externas que generosamente dieron su tiempo para compartir su experiencia y revisaron el informe: Karthik Srinivasan (independiente), Bela Ganatra (OMS), Kristina Gemzell Danielsson (Karolinska Institutet e integrante del Panel Asesor Médico Internacional de IPPF) y Chris Purdy (DKT International).

Un agradecimiento especial a Women on Web por compartir sus fuentes y al equipo de consultores de investigación que contribuyó en las etapas iniciales.

Redacción de textos: Mags Allison e Imogen Mathers
Diseñador: Chris Wells[www.chris-wells.com] Traducción: IWORDS Global (francés y español)

Publicado en septiembre de 2018 International Planned Parenthood Federation 4 Newhams Row, Londres SE1 3UZ, Reino Unido

tel +44 (0)20 7939 8200

fax +44 (0)20 7939 8300

web www.ippf.org

email info@ippf.org

UK Registered Charity No. 229476



