

Muerte y Negación: Aborto Inseguro y Pobreza



Prefacio por Gareth Thomas MP

Parlamentario Subsecretario de
Estado para el Desarrollo Internacional

Millones de mujeres carecen de acceso a los servicios de salud reproductiva; muchas más tienen poco o ningún control para decidir si se embarazan. Como resultado de ello, cada año unos 19 millones de mujeres no tienen otra opción más que someterse a un aborto inseguro. Muchas de esas mujeres morirán como consecuencia; muchas más quedarán lesionadas permanentemente. Casi todas las mujeres que mueren o son lesionadas son pobres y viven en países pobres.

Estas muertes y lesiones no se podrán evitar sin poner un alto a los abortos inseguros que causan cerca del 13 por ciento de todas las muertes maternas. Virtualmente, todas las muertes de mujeres debidas al aborto inseguro pueden de hecho evitarse. Una mujer que enfrenta un embarazo no deseado no debería tener que arriesgarse a morir por tener un aborto inseguro.

El acceso a la atención del aborto

legal y seguro –así como a la atención para tratar el aborto incompleto o las complicaciones del aborto inseguro– ayudaría a salvar las vidas de miles de mujeres cada año. También proporcionaría una oportunidad vital para asegurar que las mujeres puedan posteriormente tener acceso a la planificación familiar y anticoncepción para ayudar a evitar otros abortos.

Las medidas legales punitivas y la restricción del acceso al aborto seguro, no reducen la incidencia del aborto; solamente lo hacen más peligroso. El resultado es que más mujeres sufren. Como es de esperarse, son las mujeres más pobres –las mujeres que tienen menor capacidad para pagar por algún nivel de atención mínimo– las que terminan pagando el precio más alto. Recibo con agrado este informe como una importante contribución al tratamiento de un tema en el que el debate racional y la acción deliberada son muy necesarios.

Gareth Thomas
Enero de 2006

“Ninguna mujer, en ninguna parte, debe enfrentar la muerte o la discapacidad por la falta de un aborto seguro. ¿Hay alguien que estaría en desacuerdo con el derecho de una mujer a no morir por un embarazo? ¿Alguien? No.”

Rt Hon Hilary Benn, MP,
Secretario de Estado para el
Desarrollo Internacional, Cuenta
Regresiva 2015, Mesa Redonda
Global, Londres, 2004

“Se ha permitido que un problema que es claramente de salud pública, y que tiene una solución conocida, se convierta en un campo de muerte para las mujeres en los países en desarrollo, particularmente en África.”

Fred Sai, Asesor Especial del Presidente de Ghana, refiriéndose al aborto inseguro, Cuenta Regresiva 2015, Mesa Redonda Global, Londres, 2004

Introducción

Solamente durante este año, se estima que 19 millones de mujeres y niñas, ante embarazos no intencionales y no deseados, enfrentarán las consecuencias mortales de un aborto inseguro. Como resultado de ello, cerca de 70.000 de esas mujeres y niñas morirán, y otros y cientos de miles quedarán con lesiones debilitantes y, con frecuencia, de por vida. Más del 96 por ciento de esas mujeres provendrán de las naciones más pobres del mundo.

Por razones que van desde los derechos humanos hasta la religión, el aborto genera más desacuerdo político y social que cualquier otro asunto. Continúa siendo un tema singularmente emotivo y complicado en muchos países, pareciendo a veces que no hay espacio para una discusión equilibrada.

Este informe ofrece una visión general de la situación actual en relación con el aborto inseguro alrededor del mundo. De esta forma pretende abrir un muy necesario y oportuno debate entre gobiernos, parlamentarios, y personas expertas en salud pública, desarrollo y medicina, así como proveedoras de servicios y partidarias a nivel mundial del aborto legal y seguro, como la IPPF.

El aborto inseguro es una de las más grandes causas que contribuyen a la mortalidad materna en el mundo: una tragedia humana que bien podría evitarse y que pone de relieve el fracaso de gobiernos nacionales y de la comunidad internacional para abordar un tema de salud pública que perpetúa una de las más grandes injusticias sociales que separan a las naciones ricas de las pobres.

El aborto inseguro es causa y consecuencia de la pobreza; también está íntimamente vinculado

a la desigualdad de género en las sociedades. Es la incapacidad de mujeres, especialmente las jóvenes y las niñas, para hacer cumplir sus derechos sexuales y reproductivos básicos, y para tener control sobre sus propios cuerpos, lo que les impone una difícil opción –enfrentar la exclusión social o arriesgar sus vidas y salud a través de un aborto inseguro.

Durante la Cumbre Mundial de las Naciones Unidas el pasado mes de septiembre, las y los líderes mundiales reafirmaron su compromiso con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, incluyendo el objetivo de reducir la mortalidad materna y mejorar la salud materna. La Cumbre también reiteró un compromiso global hecho previamente para lograr el acceso universal a la salud reproductiva. El proceso de revisión señaló que poco avance se ha tenido hacia el logro de uno u otro, puesto que los Objetivos de Desarrollo del Milenio se adoptaron por primera vez hace cinco años. La reunión también destacó el hecho de que el aborto inseguro es uno de los factores que más contribuyen a esos persistentemente altos niveles de mortalidad y lesiones, en particular en los países en desarrollo.

Extensas investigaciones independientes muestran que restringir el acceso al aborto no lo hace desaparecer; solamente lo convierte en clandestino e inseguro. Las autoridades de salud, así como las y los líderes políticos en cada vez más países están dispuestos a reexaminar la política de aborto cuando comprenden la forma en que el aborto inseguro contribuye a la mortalidad materna y a los problemas de la salud. Aún más, el renovado interés en el tema de la prevención de embarazos no intencionales ha provocado un también renovado enfoque en el rol que la planificación familiar y los

servicios de salud reproductiva juegan en la prevención de los embarazos no deseados. La falta de acceso a la anticoncepción moderna como factor que hace que los embarazos no deseados deriven en abortos inseguros, no puede ser ignorada.

Hay una apremiante necesidad de una discusión abierta e informada para abordar la injusticia fundamental de las causas y consecuencias del aborto inseguro. También hay unos pocos gobiernos con el valor de tomar una posición de liderazgo sobre los derechos al aborto; e igualmente hay unas cuantas organizaciones internacionales con ese valor. El Gobierno del Reino Unido y la IPPF son dos de esos pocos que tienen el valor y la resolución de actuar en un esfuerzo tan trascendental para el bienestar de la mujer.

A través del trabajo del Departamento para el Desarrollo Internacional, el Reino Unido ha promovido un acercamiento para abordar el aborto con base en evidencia sólida de salud pública. Al hacerlo, el RU ha establecido una reputación internacional tanto de liderazgo como de sabiduría. La IPPF, por su parte, está determinada a desempeñar un rol constructivo como aliada del Departamento para el Desarrollo Internacional en este esfuerzo. Con más de 15 por ciento de la mortalidad materna directamente atribuible al aborto ilegal e inseguro –quizá hasta un 50 por ciento en algunos países de África y el Sureste de Asia– el afrontar de manera directa la reducción e incluso la eliminación de esta causa de muerte materna que se puede prevenir, es de suma importancia.

Steven W. Sinding
Director General,
Federación Internacional de
Planificación de la Familia



IPPF/Chloe Hall
La Asociación Miembro etíope se esfuerza por reducir el número de embarazos no deseados por medio del establecimiento de esquemas de distribución basados en la comunidad, para la prestación de servicios anticonceptivos en áreas rurales

El aborto inseguro, la mortalidad materna y los Objetivos de Desarrollo del Milenio

La Organización Mundial de la Salud define los abortos como inseguros cuando son realizados *“por personas que carecen de las aptitudes necesarias o en ambientes que carecen de estándares médicos mínimos, o ambos”*. El impacto del aborto inseguro pone en evidencia las enormes desigualdades sociales y de salud pública entre las naciones desarrolladas y en desarrollo, así como las existentes dentro de aquellas naciones en donde el aborto es ilegal o está severamente restringido. Hay una simple verdad: el aborto inseguro afecta desproporcionadamente a las mujeres más pobres en los países en donde ocurre.

“Las y los latinoamericanos están comenzando a ver el aborto como un tema de mortalidad materna, no solamente de moralidad materna”.

New York Times, 6 de enero de 2006

El aborto inseguro: Causa y consecuencia de la pobreza

La pobreza tiene múltiples dimensiones que incluyen la falta de recursos económicos, la ausencia de derechos humanos, la mala salud y la falta de opciones. En la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, en octubre de 2000, las 191 naciones representadas acordaron sobre la imperiosa necesidad de reducir la pobreza y desigualdad a nivel mundial. El mejoramiento de la salud materna y la reducción en tres cuartas partes del número de muertes maternas, se identificaron como componentes de uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para reducir la desigualdad.

Casi todos los casos de mortalidad materna ocurren en países en desarrollo, lo que representa una de las más amplias e injustas brechas en materia de salud entre las naciones desarrolladas y en desarrollo. De las 500.000 muertes

maternas anuales, las complicaciones derivadas del aborto inseguro representan aproximadamente 70.000 o 13 por ciento de todas las muertes.

Para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, especialmente el objetivo de una mejor salud materna y una mortalidad materna reducida, se requerirá de acciones a lo largo de un amplio frente. Las causas de mortalidad y morbilidad materna son numerosas y complejas, pero en países en donde las mujeres pueden ser responsables de hasta un 100 por ciento del ingreso familiar y de formar a una familia, la muerte y la morbilidad derivadas del aborto inseguro impone una pesada carga económica y social.

La igualdad de acceso a la educación para las niñas es otro propósito clave de los Objetivos de Desarrollo

del Milenio. El fracaso en la realización de su potencial educativo tiene un impacto inequívoco en la capacidad de una mujer para desempeñar un rol económico, social y político pleno dentro de su comunidad, y está directamente vinculado a la pobreza. Para las mujeres jóvenes y niñas, el embarazo no intencional ni deseado frecuentemente es un motivo que las fuerza a decidir entre arriesgar sus vidas y salud al someterse a un aborto inseguro, o dejar la escuela para continuar con el embarazo.

“Una mujer pobre en muchas partes de África tiene 200 veces más probabilidad de morir como resultado de un embarazo y parto que una mujer en el Reino Unido.”

Departamento de Desarrollo Internacional, Reino Unido

El aborto inseguro: El costo de la desigualdad de género

Muchas mujeres, casadas o no, simplemente no tienen control sobre sus vidas sexuales. No pueden tener acceso o no se les permite el acceso a servicios seguros de planificación familiar y, como consecuencia, tienen pocas opciones en cuanto a si se embarazan y cuándo lo hacen. Las normas culturales y religiosas prevalecientes de muchas sociedades dejan vulnerables a las mujeres, especialmente las jóvenes y niñas, frente a la muerte o lesiones derivadas del aborto inseguro, o a la exclusión social y el abandono.

A muchas niñas y mujeres no se les permite gozar de sus derechos sexuales y reproductivos básicos debido a su estatus desigual en la sociedad.

Ellas carecen de control sobre sus propios cuerpos, de la misma forma que carecen de poder de toma de decisiones, movilidad y control de recursos dentro de su hogar. Esta inequidad social, política y económica evita que muchas mujeres tengan acceso a servicios seguros o que puedan solicitar los servicios que requieren.

Las mujeres jóvenes, adolescentes y niñas son particularmente vulnerables a la coerción sexual, abuso y explotación. Casi el 50 por ciento de los asaltos sexuales en todo el mundo ocurren en contra de niñas adolescentes de 15 años o menos. Ellas carecen de poder en las relaciones en las que hombres de mayor edad controlan sus vidas.

Esto no solamente las coloca en un mayor riesgo de embarazo no deseado y aborto inseguro, sino que también es un factor significativo que aumenta las tasas de infección por VIH entre las mujeres jóvenes de muchos países.

La desigualdad de género, las normas culturales, las prácticas religiosas y la pobreza son factores todos que limitan las oportunidades de las mujeres y niñas para tomar decisiones acerca de sus propias vidas sexuales y reproductivas. Esto deja a las niñas y mujeres sin la opción de decir "no" a la relación sexual, especialmente si son pobres o viven en comunidades marginadas. Esto tiene graves consecuencias para muchas mujeres, especialmente las verdaderamente más pobres.

Millones de mujeres sufren lesiones o enfermedades derivadas del aborto inseguro

Mientras que la muerte de una madre, hija o hermana a causa del aborto inseguro tiene un impacto devastador en una familia, igualmente devastadoras son las lesiones y enfermedades debilitadoras o las discapacidades de por vida que sufren cientos de miles de mujeres como consecuencia del aborto inseguro.

Cuando se tiene acceso temprano a la atención médica, ésta puede tratar las complicaciones en muchos casos; pero grandes cantidades de mujeres no tienen acceso confiable a instalaciones de atención primaria a la salud. No todas las mujeres pueden obtener tratamiento hospitalario para atender complicaciones médicas posteriores a un aborto inseguro; sin embargo, los datos de 10 países indican la gran proporción del problema y su impacto subsiguiente en los sistemas de atención a la salud.

En países en los que el aborto es permitido solamente en términos limitados, miles de mujeres son hospitalizadas cada año con serias complicaciones derivadas de procedimientos inseguros.

País	Hospitalizaciones relacionadas con el aborto	Hospitalizaciones por cada 1.000 mujeres 15-44
África		
Egipto, 1996	216.000	15,3
Nigeria, 1996	142.200	6,1
Asia		
Bangladesh, 1995	71.800	2,8
Filipinas, 1994	80.100	5,1
Latinoamérica		
Brasil, 1991	288.700	8,1
Chile, 1990	31.900	10,0
Colombia, 1989	57.700	7,2
República Dominicana, 1990	16.500	9,8
México, 1990	106.500	5,4
Perú, 1989	54.200	10,9

Alan Guttmacher Institute, *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*

Impacto en la salud causado por el aborto inseguro

Un estudio de la OMS sobre Nigeria en el año 2000, mostró que el 75 por ciento de las mujeres sufría lesiones o enfermedades. El estudio de 144 mujeres que se sometieron a un aborto inseguro en Ilorin, Nigeria, reportó complicaciones típicas:

- Sepsis 27%**
- Anemia (hemorragia) 13%**
- Muerte 9%**
- Ruptura cervical 5%**
- Lesión intestinal 4%**
- Vaginitis química 4%**

- Sepsis con anemia 3%**
- Absceso pélvico 3%**
- Perforación uterina con peritonitis 3%**
- Laceración de pared vaginal 3%**
- Fístula vesicovaginal 1%**

Un estudio más reciente sobre Kenia realizado por Ipas (*The Magnitude of Abortion complications in Kenya*, International Journal of Obstetrics and Gynecology) respalda los datos sobre Nigeria, declarando al aborto inseguro como "uno de los temas de atención a la salud más descuidados en África".

Más del 80 por ciento de los 809 estudios de caso de todos los niveles del sistema de atención a la salud de Kenia tuvo complicaciones como resultado del aborto inseguro. De las siete muertes registradas, seis se debieron a complicaciones de segundo trimestre, subrayando la necesidad de contar con servicios de aborto seguros y accesibles tan pronto como sea posible durante el embarazo. El estudio estima que anualmente 20.893 mujeres kenianas serán hospitalizadas por complicaciones derivadas de abortos inseguros.

Embarazos no planificados y el aborto inseguro a nivel mundial

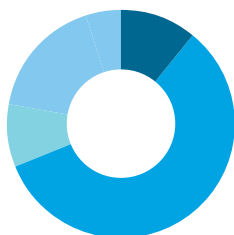
Ocurren aproximadamente 211 millones de embarazos anuales a nivel mundial; 87 millones de mujeres se embarazan de manera no intencional, con aproximadamente 46 millones de embarazos que terminan en aborto inducido. Otros 31 millones de embarazos resultan en embarazos espontáneos o en mortinatos.

Muchas mujeres en todas partes del mundo buscan terminar embarazos no deseados a través del aborto: de los 46 millones de mujeres que cada año deciden abortar, el 78 por ciento son de países en desarrollo, 22 por ciento de países desarrollados. Anualmente 19 millones de abortos se consideran inseguros, más del 96 por ciento de los cuales ocurre en países en desarrollo.

Una serie de estudios independientes ha puesto en evidencia que, si bien puede haber diferencias de país a

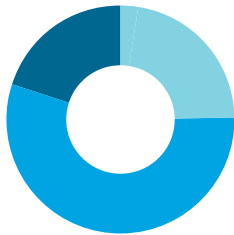
país, en todo el mundo las mujeres deciden terminar sus embarazos por razones muy similares.

- Deciden no tener más hijos
- Son demasiado jóvenes o tienen demasiado pocos recursos para tener hijos
- Desean completar su educación
- Desean posponer el embarazo para espaciar los nacimientos
- La relación con sus parejas ha terminado o es inestable
- Tener hijos afectaría de manera adversa su salud
- El embarazo fue resultado de violación o incesto
- Las creencias sociales o religiosas hacen que sea imposible para mujeres no casadas el continuar con sus embarazos



Abortos por región global

África 58 por ciento
Asia 9 por ciento
Europa 5 por ciento
Latinoamérica 17 por ciento



Abortos inseguros en países en desarrollo

África 4,2 millones
Latinoamérica y el Caribe 3,8 millones
Asia 10,5 millones

Alan Guttmacher Institute, *Sharing Responsibility; Women, Society and Abortion Worldwide*

“Frente al creciente conservadurismo en muchas partes del mundo, así como frente a la competencia por recursos, un gran desafío es hacer que los esfuerzos para el desarrollo, contenidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se mantengan enfocados en el papel central que juegan la salud y los derechos sexuales y reproductivos para la reducción de la pobreza. Esto requiere que la IPPF aumente sus esfuerzos de defensa y promoción, en colaboración con otras organizaciones que tienen nuestro mismo enfoque, inclusive al expandir nuestros servicios de planificación familiar tradicional, y especialmente del aborto seguro”.

Dra. Jacqueline Sharpe, Presidenta de la IPPF.

El aborto inseguro en Europa

La OMS estima que hay entre 500.000 y 800.000 abortos inseguros en Europa cada año. Las mujeres todavía siguen muriendo en Europa del Este debido a abortos inseguros, pero la situación está mejorando. Entre 6 y 23 por ciento de las muertes maternas en Europa del Este y Central son resultado de abortos inseguros.

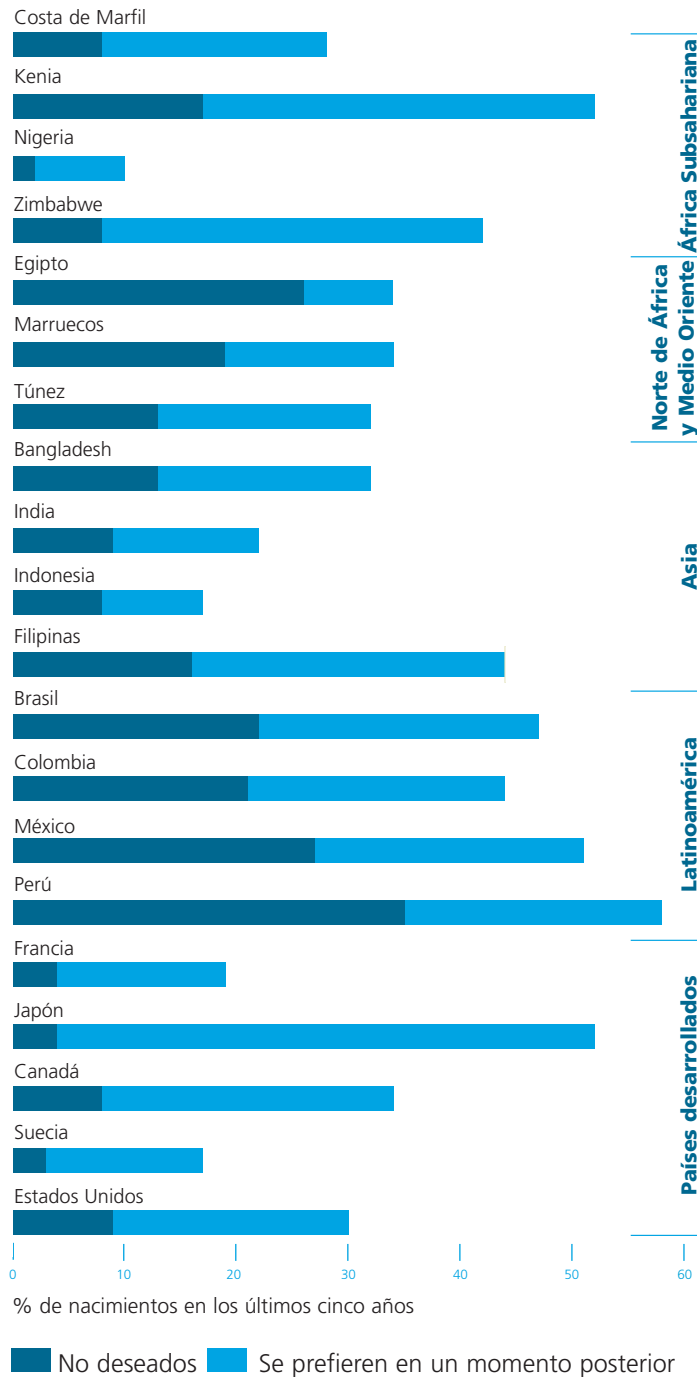
Con el fin de mejorar el acceso de las mujeres al aborto legal y seguro, la Red Europea de la IPPF, en colaboración con otras organizaciones, organizó un taller de dos días para el personal, así como voluntarias y voluntarios de las Asociaciones Miembro de Albania, Armenia, Bosnia y Herzegovina, Georgia, Kazajstán, Polonia, Tayikistán y Uzbekistán. Una reunión adicional se realizó con otras Asociaciones Miembro europeas para ayudarles a mejorar la calidad de los servicios de aborto que prestan.

Una ley que prohíbe el aborto se aprobó en Rumania en 1966. Hubo un aumento dramático en la mortalidad materna, de 80 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos en 1964 a 180 en 1988. Después de la derogación de esta ley en 1989, la tasa de mortalidad materna disminuyó a 40 muertes por 100.000 nacimientos vivos en 1992. Esta disminución se debió casi en su totalidad a que las mujeres pudieron tener acceso a servicios de aborto seguro y, consecuentemente, ocurrieron menos muertes causadas por las complicaciones del aborto inseguro. Durante el período 1966-1988, se estima que unas 20.000 mujeres rumanas murieron como resultado del aborto inseguro.

En la compilación de este informe, la IPPF se ha basado en datos estadísticos provenientes de numerosas fuentes, y de manera extensa en la conocida publicación del Alan Guttmacher Institute, *Sharing Responsibility; Women, Society and Abortion Worldwide*, 1999.

Los nacimientos no planificados son eventos comunes para las mujeres en todo el mundo

Cada vez más mujeres desean familias más pequeñas. Con la excepción de África Subsahariana y un puñado de otros países, esto en gran parte significa tener dos o tres hijos. En la mayor parte del mundo en desarrollo, un tamaño pequeño de familia es la norma cultural. Aún así, muchas mujeres en todo el mundo todavía tienen más hijos que los que hubieran deseado.



% de nacimientos en los últimos cinco años

■ No deseados ■ Se prefieren en un momento posterior

Alan Guttmacher Institute, *Sharing Responsibility; Women, Society and Abortion Worldwide*

Las causas de los embarazos no planificados y no deseados

- La desigualdad de género significa que las mujeres tienen menor control sobre sus propios cuerpos
- Falta de acceso a servicios de planificación familiar
- Falta de información sobre métodos anticonceptivos modernos y dependencia de métodos tradicionales
- La falla o uso irregular de la anticoncepción
- El estigma que rodea a las mujeres solteras y el uso de anticonceptivos
- Falta de control de la mujer sobre las circunstancias de la relación sexual
- Violencia sexual, violación e incesto
- Las normas culturales y religiosas hacen que las mujeres tengan menor poder para negociar la anticoncepción

Mejores opciones anticonceptivas

Para tener un control pleno sobre el espaciamiento de los hijos y lograr el tamaño deseado de la familia, las mujeres y hombres deben usar, correcta y consistentemente, métodos confiables de anticoncepción durante la mayor parte de los años fértiles de la mujer.

La evidencia sugiere que mundialmente el número de mujeres casadas o no, que usan métodos modernos de anticoncepción de manera regular para evitar embarazos no planificados, es mucho menor que el número de ellas que quisiera retrasar o espaciar mejor sus embarazos.

Las razones de esto son complejas, y varían desde actitudes sociales y culturales arraigadas, hasta circunstancias económicas y la incapacidad de las mujeres para negociar el uso de anticonceptivos en sus relaciones. Otra razón es que, en gran parte del mundo hay una necesidad insatisfecha de anticonceptivos, y las mujeres y hombres simplemente no pueden tener acceso a los servicios de planificación familiar que desean y necesitan. Muchas parejas se ven forzadas a depender de métodos tradicionales que no son efectivos en la prevención del embarazo. Esto inevitablemente conduce a embarazos no planificados.

Estudios de caso: Embarazos no planificados

Nepal

En Nepal el matrimonio prematuro y los embarazos múltiples no planificados han conducido a muchas mujeres a buscar abortos inseguros y en secreto. El aborto fue legalizado bajo condiciones específicas en 2002, y la implementación de la legislación se aprobó a principios de 2004. Esta reforma legal fue incluida dentro de la legislación de Protección al Embarazo, la cual tomó en cuenta otros derechos de las mujeres. La Asociación Miembro de la IPPF, la Asociación de Planificación Familiar de Nepal (FPAN), comenzó a prestar servicios de aborto en 2004, en tres clínicas diferentes.

Una niña de 14 años llegó a la clínica Valley de FPAN y solicitó un aborto. Inicialmente ella se negaba a hablar con el personal, pero eventualmente reveló que había estado involucrada en una relación sexual con un familiar distante y se había embarazado. Siendo una estudiante brillante, a ella le preocupaba que un embarazo afectara sus próximos exámenes y que le impidiera completar su educación.

Era la primera vez que una persona tan joven solicitaba esos servicios de la clínica, por lo que el personal no tenía un procedimiento estándar que seguir. Se convocó rápidamente una reunión con proveedores de servicios y personal ejecutivo para discutir las implicaciones legales y la mejor forma de ayudar a la niña. En Nepal es ilegal proporcionar servicios de aborto a cualquier persona menor de 16 años, a menos que tenga el consentimiento de sus padres o tutor. El personal decidió que le prestaría servicios de aborto seguro al día siguiente, siempre y cuando la niña pudiera regresar a la clínica a la mañana siguiente con una carta de consentimiento de su tutor.

Al día siguiente ella no regresó a la clínica y el personal se preocupó. FPAN realizó una discreta indagación, y se reunieron con la niña de manera confidencial, para proporcionarle orientación adicional.

Entonces descubrieron que ella no había regresado a la clínica aquella mañana porque había estado presentando un examen. Para entonces, era fin de semana y, aunque la clínica estaba oficialmente cerrada por ese día, la persona a cargo de la gerencia, preocupada por retrasos adicionales, abrió la clínica especialmente para la niña, quien acudió acompañada de su tutor.

Una mujer embarazada de 36 años que se había enterado de los servicios de la Asociación de Planificación Familiar de Nepal por medio de trabajadores comunitarios, acudió a la clínica a mediados de 2005. Ella y su esposo, un labriego, eran pobres y ya tenían dificultades para criar a sus siete hijos. Ella estaba claramente angustiada porque un octavo hijo significaría que no podría mantener a ninguno de sus hijos adecuadamente.

Desafortunadamente, FPAN no puede ofrecer servicios gratuitos a todos sus clientes, y la mujer no podía pagar la cuota de 750 rupias (aproximadamente \$16). Conscientes de que la mujer estaba en una condición extremadamente vulnerable y temiendo que pudiera recurrir a un método de aborto "tradicional" inseguro, el personal de FPAN decidió que recaudaría el dinero para la operación.

Para muchas mujeres, los abortos seguros son muy caros e impagables, e incurrir en una deuda no es una opción. Esta es una de las muchas razones por las que las mujeres recurren al aborto inseguro.

La mujer recibió un aborto seguro y consejería post aborto, incluyendo consejería anticonceptiva. Posteriormente, dijo al personal que si ella hubiera sabido antes de los servicios de planificación familiar de FPAN, hubiera dado los pasos necesarios para tener menos hijos.

Perú

Carmen, una mujer de 19 años de edad, acudió deprimida y afectada emocionalmente a una clínica de la Asociación Miembro de la IPPF en Perú, INPPARES. Ella reveló durante la conversación que había sido violada seis semanas antes, pero que no había reportado el incidente ni buscado atención médica porque se sentía avergonzada. En su desesperación, ella había intentado inducirse un aborto usando medicamentos y estaba sufriendo de sangrado vaginal.

La pareja y la madre de Carmen la acompañaron durante la visita y ella pudo hablar abiertamente sobre lo que le había sucedido y discutir las opciones disponibles para ella. Adicionalmente a la información sobre atención post aborto, se le ofreció orientación sobre pruebas de VIH y otras infecciones de transmisión sexual. La mujer decidió someterse a una aspiración manual endo uterina, la cual se realizó sin complicaciones. Cuando regresó para una visita de seguimiento, se le orientó sobre diferentes métodos anticonceptivos. Ella dijo que su pareja la había dejado debido al estigma asociado con la violación y el aborto, y que ella ya no necesitaba anticoncepción.



IPPF/Chloe Hall
Mujeres teniendo acceso a servicios anticonceptivos en la clínica Nouadhibou de la Asociación Miembro de Mauritania. Esos servicios son fundamentales para evitar embarazos no deseados



IPPF/Christian Schwetz
La Asociación Miembro de Tailandia se asegura de que las mujeres estén educadas acerca de los diferentes métodos de anticoncepción

Todos los casos de estudio en este informe provienen de Asociaciones Miembro de la IPPF

IPPF/Chloe Hall
Buzensu camina por varias horas para acudir a los servicios de extensión el día de mercado en Wondogonet, Etiopía. La clínica de los sábados es su único punto de acceso para los servicios anticonceptivos



El compromiso mundial con la planificación familiar

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994, la comunidad internacional ofreció el acceso universal a los servicios de planificación familiar y salud sexual y reproductiva para el año 2015. Más de una década después, y a pesar de ofrecimientos adicionales de acceso universal, las y los líderes

mundiales están más lejos que nunca de cumplir con su compromiso. Efectivamente, el financiamiento para los servicios mundiales de planificación familiar en realidad ha disminuido durante este período.

La inexistencia de servicios de planificación familiar o su baja

calidad, ya sea debido a financiamiento inadecuado o a la oposición política y religiosa, contribuyen directamente a embarazos no intencionales y no deseados, y a los consecuentes altos niveles de mortalidad y mala salud materna derivadas de los abortos inseguros.

La Ley Mordaza Global

Introducida por primera vez en 1984 y restablecida por el presidente George W. Bush en 2001, la Ley Mordaza Global coloca a las organizaciones no gubernamentales fuera de los Estados Unidos en una posición insostenible, forzándolas a elegir entre realizar su trabajo de salvaguardar la salud y los derechos de la mujer o perder el financiamiento de los EE.UU. La Ley Mordaza prohíbe a organizaciones que reciben fondos de los EE.UU. usar su propio dinero para proveer información, servicios y atención de aborto, o incluso discutir el aborto o criticar el aborto inseguro. Tampoco permite a las organizaciones que trabajen en esos temas a solicitud de sus propios gobiernos.

La Ley Mordaza restringe severamente la libertad de expresión; interfiere en las relaciones médico-cliente; y entorpece una reflexión equilibrada de la liberalización de las leyes de aborto con base en consideraciones de salud pública y derechos humanos. Esto ha tenido un

impacto dramático alrededor del mundo en la capacidad de las Asociaciones Miembro de la IPPF, y de muchas otras organizaciones, mismas que han rechazado la Ley Mordaza y, consecuentemente, han perdido gran parte de su financiamiento para prestar servicios completos de salud sexual y reproductiva. Dicha política ha restringido la libertad de expresión y de asociación de esas organizaciones, que están limitadas por su reglamentación. Sin embargo, sí se permite el activismo anti-aborto, lo que subraya la naturaleza ideológica de la Ley Mordaza.

La Ley Mordaza fracasa en su declarado intento de reducir la incidencia global del aborto. Más bien, al perjudicar dramáticamente la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, su impacto real ha sido aumentar el número de embarazos no intencionales y de los abortos que inevitablemente son su consecuencia.

“Nunca ha sido fácil cuantificar plenamente el impacto de la Ley Mordaza. Sus ramificaciones son insidiosas y han ocurrido a lo largo de muchos años. Es imposible seguir la pista a cuántas muertes han estado asociadas con servicios que pudieron haberse prestado en ausencia de la Ley Mordaza, cuántas y cuántos activistas fueron silenciados para evitar que hablaran claro acerca de un tema devastador de la salud pública, o a cuántas organizaciones se les prohibió trabajar con sus gobiernos y otras Organizaciones No Gubernamentales para satisfacer las serias necesidades de atención a la salud de sus propias comunidades”.

Planned Parenthood Federation of America, Informe sobre la Ley Mordaza Global, 2003

Perfil de país: Kenia

La necesidad de tener acceso a los servicios anticonceptivos

La IPPF está comprometida con un enfoque de dos vías para reducir y eliminar la mortalidad materna relacionada con el aborto. La primera, es proporcionar aquellos servicios que reducen la necesidad del aborto. En los lugares en donde se presta servicios anticonceptivos de buena calidad, las tasas de aborto disminuyen. Sin embargo, sin importar qué tan efectivos sean los servicios anticonceptivos que se ofrezcan y se usen, los embarazos no intencionales de todas formas ocurrirán.

El segundo objetivo de la IPPF es hacer que el aborto sea legal y seguro en todas partes. La evidencia es clara: solamente cuando las mujeres tengan el derecho de acceso a servicios de aborto seguro, las complicaciones médicas derivadas del aborto inseguro y la mortalidad materna se volverán en verdad poco frecuentes.

Este enfoque destaca de manera dramática en Kenia. Entre 1980 y 2000, presionado por la demanda de las parejas para limitar el tamaño

de sus familias, el gobierno lanzó un programa nacional de planificación familiar. Kenia experimentó entonces una rápida disminución de su tasa de nacimientos, de un promedio de ocho hijos por mujer a poco más de cuatro. Sin embargo, la mortalidad materna casi no disminuyó y las tasas de aborto permanecieron altas (estimadas en más de 300.000 por año).

Puesto que el aborto está severamente restringido bajo la ley de Kenia, siendo la única excepción el salvar la vida de la mujer, la vasta mayoría de abortos son ilegales e inseguros, lo que influye entre el 30 y 50 por ciento de las tasas de mortalidad materna. El impacto en los recursos del sistema de salud de Kenia es enorme, con hasta 60 por ciento de los recursos de la sala de maternidad del Hospital Nacional Kenyatta ocupado por víctimas de abortos inseguros.

Las necesidades insatisfechas de planificación familiar en todo Kenia siguen siendo muy altas, con 24 por ciento de las parejas siendo incapaces de tener acceso a los

servicios que desean, y con servicios de planificación familiar que se han reducido, en gran parte debido a la imposición de la Ley Mordaza Global. Hasta ahora, la tasa de aborto permanece alta, indicando que las mujeres kenianas continúan recurriendo al aborto para manejar su fertilidad.

El acceso a los servicios de anticoncepción reduce el número de embarazos no planificados y, consecuentemente, el número de abortos. En los casos en los que hay una necesidad insatisfecha de planificación familiar y anticoncepción, como la experiencia keniana lo demuestra, las mujeres recurren al aborto para evitar el embarazo. En los países en los que el aborto es ilegal o restringido, esto significa que las mujeres ponen sus vidas y bienestar en riesgo, al recurrir al aborto inseguro. Los servicios de aborto legal y seguro deben existir en forma paralela a servicios efectivos de planificación familiar y salud reproductiva, con el fin de evitar muertes y afrontar el impacto del aborto inseguro en la salud.

Kenia y la Ley Mordaza Global

La Asociación Miembro de la IPPF en Kenia, la Asociación de Planificación Familiar de Kenia (FPAK), provee una porción significativa de los servicios anticonceptivos y de salud reproductiva en el país. Enfrentada a la decisión de elegir entre perder todo su financiamiento y asistencia técnica de la Agencia Internacional para el Desarrollo de Estados Unidos (USAID) o detener todo su trabajo en aborto seguro, la FPAK eligió perder el derecho a la ayuda para tener la libertad de defender y promover la salud y bienestar de las mujeres kenianas. La pérdida resultante de financiamiento significó el cierre de tres clínicas de la FPAK, la compactación de servicios en sus clínicas restantes y el recorte del financiamiento para los programas de extensión comunitaria. Esto ha hecho considerablemente más difícil el acceso a la información y los servicios de planificación familiar para la gente pobre de ese país, e inevitablemente conducirá a más embarazos no deseados y abortos inseguros.

Necesidad de revisar la legislación sobre aborto

A principios de 2004, varios médicos kenianos, acusados de practicar abortos, fueron sometidos a juicio por asesinato. En respuesta, se estableció el Comité Directivo de Salud Reproductiva de Kenia, compuesto por representantes de los diferentes sectores de la sociedad keniana, para defender a las y los acusados y ampliar la salud y los derechos reproductivos en Kenia.

A través del trabajo del Comité directivo, pronto se presentará ante el parlamento keniano el borrador de una moción para liberalizar la ley sobre aborto, a la vez que se está emprendiendo una revisión nacional integral del aborto. La movilización de quienes apoyan un mejor acceso al aborto seguro ha conducido directamente a cuestionar las leyes de aborto de Kenia. Si esas organizaciones, incluyendo FPAK hubieran ratificado la Ley Mordaza, este cuestionamiento no hubiera podido suceder, aún a instancias de su propio gobierno.

“La continuación de necesidades anticonceptivas insatisfechas y la falla de los anticonceptivos estarán invariablemente asociadas con altas tasa de embarazos no planificados y no deseados, lo que fuerza a muchas mujeres a recurrir a la terminación insegura del embarazo con una inaceptable alta tasa de complicaciones, incluyendo la infertilidad, la morbilidad a largo plazo y la muerte”.

The Magnitude of Abortion Complications in Kenya [La magnitud de las complicaciones del aborto en Kenia], International Journal of Obstetrics and Gynaecology



Esfuerzos para reformar la ley de aborto en Venezuela

Por mucho tiempo Latinoamérica ha experimentado los estragos de severas restricciones al aborto, con una de las tasas de mortalidad materna derivada del aborto inseguro más altas en el mundo. En Venezuela, el aborto es legal solamente para salvar la vida de la mujer, y no hay excepciones para la violación, el incesto o para preservar la salud de la mujer. Adicionalmente, la ley establece una penalidad de hasta dos años de prisión para una mujer que se somete a un aborto, y hasta 30 meses de prisión para la o el proveedor del servicio.

El 1 de diciembre de 2004, se presentó públicamente una propuesta para despenalizar el aborto ante la Asamblea Nacional. Para las y los profesionales de la salud, cansados de ver a mujeres muriendo por complicaciones resultantes de abortos inseguros, este fue un evento trascendental. La iniciativa de ley representó los esfuerzos de muchas organizaciones de mujeres, universidades, sociedades obstétricas y ginecológicas, el Ministerio de Salud y proveedores de salud reproductiva, incluyendo la Asociación Miembro de la IPPF en Venezuela, la Asociación Civil de Planificación Familiar (PLAFAM).

En un país en donde la Iglesia Católica ejerce una poderosa influencia sobre la sociedad, la propuesta de despenalización es un primer paso para abrir una muy necesaria discusión pública y legislativa sobre el aborto.

PLAFAM ayudó a preparar el borrador de las propuestas y presentó las consideraciones de salud pública en relación con el aborto inseguro a la Comisión Mujer, Familia y Juventud de la Asamblea Nacional, la cual ahora apoya las propuestas. La Comisión cambió significativamente su posición una vez que sus miembros escucharon las historias de mujeres que necesitaban acceso a instalaciones de aborto inseguro, y que observaron de primera mano el impacto de la mortalidad y morbilidad materna. Reconocieron que la penalización no estaba evitando que ocurrieran abortos, ni reduciendo su demanda, sino solamente haciendo sufrir a muchas mujeres; por lo que posteriormente acordaron que la legislación actual necesita ser reformada.

29 países han liberalizado sus leyes de aborto a pesar de la imposición de la Ley Mordaza Global en 1984

- Albania - 1996**
- Argelia - 1985**
- Australia - 2002 (dos Estados)**
- Bélgica - 1990**
- Benin - 2003**
- Botswana - 1991**
- Bulgaria - 1990**
- Burkina Faso - 1996**
- Camboya - 1997**
- Canadá - 1988**
- Chad - 2002**
- República Checa - 1986**
- Etiopía - 2004**
- Francia - 2001**
- Ghana - 1985**
- Guinea - 2000**
- Guyana - 1995**
- Grecia - 1986**
- Irán - 2005**
- Malasia - 1989**
- Malí - 2002**
- México - 2000 (dos Estados)**
- Mongolia - 1989**
- Nepal - 2000**
- Pakistán - 1990**
- Rumania - 1989**
- Eslovaquia - 1986**
- Sudáfrica - 1996**
- España - 1985**
- Suiza - 2002**

La oposición a la planificación familiar socava los esfuerzos para reducir los embarazos no deseados y el aborto inseguro



IPPF/Chloe Hall

Los servicios gratuitos de planificación familiar que ofrece la clínica de la Asociación Miembro en Nouakchott, Mauritania son fundamentales para asegurar que mujeres como MIMOONA no se conviertan en otra estadística de mortalidad materna.

La comunidad que apoya la salud y los derechos sexuales y reproductivos enfrenta una creciente oposición política hostil de los Estados Unidos, el Vaticano y otros gobiernos conservadores y líderes religiosos.

Esto ha hecho que el acceso universal a los servicios de salud reproductiva continúe siendo una esperanza distante para la mayoría de la gente pobre del mundo. El resultado directo de esto es que las mujeres y niñas en todo el planeta continúen cargando con la peor parte de las políticas que han fracasado en hacer frente a la naturaleza y escala de la mortalidad materna y el aborto inseguro.

“La planificación familiar accesible y efectiva puede evitar hasta un 35% de las muertes maternas”. *Reducing Maternal Death: Evidence and Action, A Strategy for DID*, septiembre de 2004.

Un estudio de 15 naciones de África Occidental concluyó que aquellas con las más altas prevalencias en el uso de anticonceptivos tenían las tasas de mortalidad materna más bajas, y viceversa.

En donde el acceso a los servicios integrales y la información de planificación familiar están disponibles, los niveles de aborto se han reducido:

El número de abortos en Armenia, Kazajstán, Kirguistán y Uzbekistán podría reducirse a la mitad si las mujeres que no usan anticonceptivos o usan métodos tradicionales cambiaran a métodos modernos de anticoncepción.

Mujeres de Bangladesh con un acceso adecuado a servicios de planificación familiar de calidad, tienen una tasa de aborto de 2,3 por 1000, comparada con 6,8 para mujeres sin acceso. (Duff Gillespie, *The Lancet*, Vol. 363, Enero de 2004).

Creación de la plataforma para el cambio: intervenciones basadas en la evidencia

El debate ideológico alrededor del aborto esconde una verdad tácita: al enfrentarse con un embarazo no deseado muchas mujeres buscarán un aborto independientemente de su legalidad o seguridad. Las consecuencias mortales de esto son demasiado evidentes; las vidas de las mujeres son puestas en riesgo y con mucha frecuencia ellas mueren o sufren una discapacidad de por vida. La ilegalidad y el estigma asociados al aborto hacen que la evidencia sea difícil de encontrar. Sin embargo, cuando se investiga y se analiza los hechos, los argumentos a favor de la liberación de las leyes de aborto y

simultáneamente aumentar los servicios de acceso son convincentes.

La prueba de que la penalización del aborto no reduce las tasas de aborto, sino que en lugar de ello pone en peligro las vidas de muchas mujeres, puede verse a través de todas las regiones del mundo. En Latinoamérica el aborto es ilegal o está severamente restringido en virtualmente todos los países y, sin embargo, la tasa de abortos es una de las más altas del mundo, excediendo con mucho las de Europa Occidental o Norteamérica.

Colombia, país que prohíbe el aborto aún para salvar la vida de una mujer, tiene un promedio de un aborto por mujer a lo largo de sus años reproductivos. En Perú, esta cifra aumenta a un promedio de dos abortos por mujer. Para las mujeres pobres, que no tienen los recursos para pagar por un tratamiento seguro, esto significa recurrir al aborto ilegal e inseguro en manos de personas incompetentes en condiciones antihigiénicas.

Perfil de país: Uganda

La controversia alrededor de cuándo y cómo un aborto debe ser legal en Uganda, esconde una cruel realidad para las mujeres. Actualmente el aborto es ilegal con la excepción de cuando se realiza para salvar la vida de una mujer o para preservar su salud física y mental. Sin embargo, existen barreras administrativas adicionales puesto que un aborto tiene que ser realizado por una o un médico registrado y, usualmente, se busca el consentimiento de dos médicos adicionales. Bajo el código penal de Uganda, el realizar un aborto ilegal es punible con hasta siete años en prisión tanto para la mujer como para quien lo practica, aunque esto poco ha influido para reducir el nivel de abortos ilegales inseguros.

Uganda es uno de los países más pobres del mundo, con cerca del 40 por ciento de las personas viviendo por debajo del umbral de pobreza. Una investigación financiada por el DDI y publicada en 2005, muestra que a un tercio de las mujeres en Uganda se les niega la anticoncepción, debido a que no tienen acceso a los servicios. Esto respalda la evidencia obtenida por la Asociación de Planificación de Uganda y representa un argumento real y tangible para generar el apoyo de la opinión pública y el compromiso político para la reforma de las leyes de aborto. El resultado del acceso

restringido a los servicios de planificación familiar es que la mujer ugandesa promedio da a luz a siete hijos durante su vida, dos más de los que ella preferiría. Muchas mujeres infringen la ley para terminar con embarazos no deseados en condiciones inseguras y antihigiénicas. El mayor impacto de esto es sentido por las mujeres más pobres de la sociedad ugandesa, especialmente aquellas que viven en áreas rurales, mismas que tienden a usar instrumentos filosos y hierbas en un desesperado intento por terminar un embarazo no deseado. Más del setenta y cinco por ciento de ellas sufrirá complicaciones de salud, y el aborto inseguro actualmente es causa de un tercio del total de muertes maternas en Uganda.

Tan sólida evidencia factual no puede ser ignorada. Actualmente ya hay una oleada de apoyo para el cambio. En septiembre de 2005 la IPPF y la Asociación de Planificación Familiar de Uganda facilitaron una misión de verificación de hechos llevada a cabo por algunos Miembros del Parlamento Noruego.

Las conclusiones de esta misión condujeron a la delegación a emitir una declaración que pone énfasis en la importancia de aumentar el acceso al aborto legal y seguro, particularmente para las mujeres

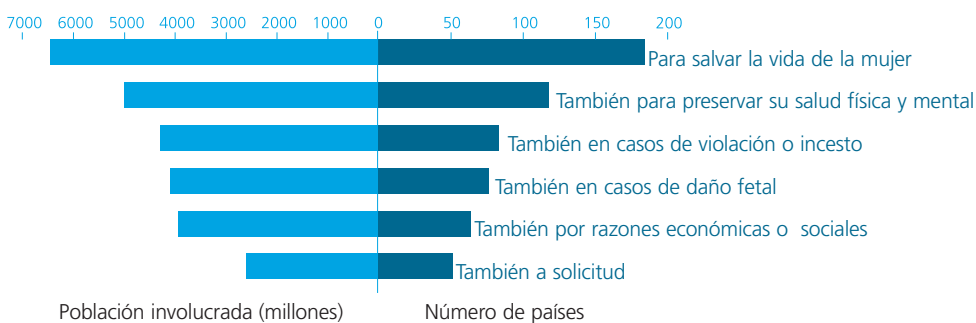
pobres, vulnerables y del medio rural. Esta declaración fue discutida públicamente con los Miembros del Parlamento de Uganda, autoridades del Ministerio de Salud y los medios, mismos que estimularon considerablemente el debate público. Esto ha conducido a que la persona a cargo del Programa de Salud Reproductiva reconozca públicamente que el aborto legal reduciría la tasa de mortalidad materna. El Ministerio de Salud está planeando revisar la ley de aborto y está considerando la forma en que la actual ley de aborto pueda ser interpretada de tal forma que se evite aún más mortalidad y morbilidad innecesarias debidas a complicaciones derivadas del aborto inseguro.

Utilizando evidencia para sustentar los argumentos encaminados a reducir tasas de embarazos no deseados mediante un mejor acceso al aborto inseguro, la Asociación Miembro de la IPPF ha solicitado al gobierno que se deroguen las actuales leyes restrictivas de aborto por motivos de salud pública – algo que no hubiera sucedido si la Asociación de Planificación Familiar de Uganda hubiera ratificado la Ley Mordaza Global.

Leyes de aborto a nivel mundial: Un asunto de salud pública

- Antes de 1950 el aborto seguro era ilegal o estaba severamente restringido en virtualmente todos los países en el mundo.
- Las crecientes preocupaciones acerca del impacto del aborto inseguro motivaron un rápido aumento en el número de países que liberalizaron o legalizaron el aborto, principalmente en el mundo desarrollado, pero también en otros países.
- Esta tendencia disminuyó después de 1984, cuando la Ley Mordaza Global fue introducida por primera vez.
- Entre 1985 y 1997 otros 19 países suavizaron sus leyes de aborto.
- Más recientemente, otros 11 países han liberalizado sus leyes de aborto.
- Al mismo tiempo, cinco países han endurecido sus leyes.
- 25 por ciento de la población mundial continúa viviendo en países en los que el aborto es ilegal o está severamente restringido.
- En otros países, el acceso a los servicios e información está siendo severamente restringido, si bien el aborto continúa siendo legal bajo ciertas condiciones.
- La interpretación y aplicación de leyes nacionales, y la actitud de la comunidad médica ante el aborto, afecta críticamente el acceso a los servicios.
- Diversos estudios han demostrado que legalizar o liberalizar las leyes de aborto no conduce a un aumento en la tasa general de abortos.

Condiciones bajo las cuales se permite el aborto en el mundo



Reporte de la Salud Mundial 2005, OMS

Acceso a servicios legales y seguros de aborto

El asegurar la obtención de información adecuada acerca del aborto y el acceso a servicios de aborto seguros y asequibles, es tan importante como legalizar el aborto; a menos que estos aspectos sean concurrentes, el aborto inseguro continuará devastando las vidas de millones de mujeres en todo el mundo.

En países en los que el aborto es permitido, las barreras legales pueden retrasar de manera significativa el acceso a los servicios seguros, lo cual puede tener consecuencias negativas para el bienestar de la mujer. Los períodos obligatorios de espera, la necesidad de consentimiento del esposo o tutor, y la necesidad de viajar grandes distancias hasta un proveedor autorizado, constituyen impedimentos para tener acceso al aborto seguro. Esto es igualmente

válido en lo que se refiere a la posibilidad de pagar por los servicios. Los altos costos involucrados en el pago de servicios de aborto seguro afectan principalmente a las mujeres pobres, y puede derivar en que las mujeres retrasen un aborto para una fase posterior y más peligrosa del embarazo.

En la India, a pesar de 30 años de la prestación de servicios legales de aborto, continúa habiendo una relación de aproximadamente 6 a 1 de abortos ilegales a legales, lo que contribuye a más del 15 por ciento de la tasa de mortalidad materna. Esto es en gran parte debido a la falta de conciencia acerca del estatus legal del aborto, a la carencia de acceso a servicios de aborto seguros e higiénicos y a la escasez de personal médico cualificado, especialmente en áreas rurales.

Perfil de país: Mongolia

El aborto es legal en Mongolia, aunque la política gubernamental no siempre se traduce en servicios concretos para disminuir el aborto inseguro. Las estrictas reglas para la provisión del servicio establecen que los abortos deben efectuarse en una instalación médica certificada por el gobierno. Si bien esto puede garantizar servicios de alta calidad, la realidad para las mujeres es que muy pocas opciones legales están disponibles además de los servicios en los hospitales gubernamentales. Esta situación sirve para restringir el acceso a los servicios. Largas líneas de espera y procedimientos burocráticos fuerzan a muchas mujeres a recurrir a clínicas privadas

sin certificación, en donde los abortos pueden ser obtenidos rápidamente, pero hay altas cuotas y operan ilegalmente. El acceso, particularmente en áreas rurales continúa siendo limitado. Debido a esta situación, la Asociación Miembro de la IPPF, la Asociación para el Bienestar de la Familia Mongola (MFWA) está promoviendo un sistema alternativo, en el que clínicas más sencillas podrían también proveer aborto legal y seguro, con medidas en operación que aseguren que los estándares de salud y seguridad se mantengan altos. Como primer paso en este proceso, la MFWA aplicó una encuesta a más de 1.700 personas

para conocer más acerca de la opinión pública y de las experiencias alrededor del aborto. Se entrevistó a una sección transversal del público, lo cual reveló que la mayoría de las personas entrevistadas tenía una alta conciencia acerca de la disponibilidad y elegibilidad del aborto. Las y los residentes en áreas rurales, en donde no hay clínicas privadas u hospitales públicos de fácil acceso, apoyaron los planes para hacer más accesibles los servicios de aborto, indicando que había una demanda significativa para el acceso a los servicios de aborto seguro.

Perfil de país: Etiopía

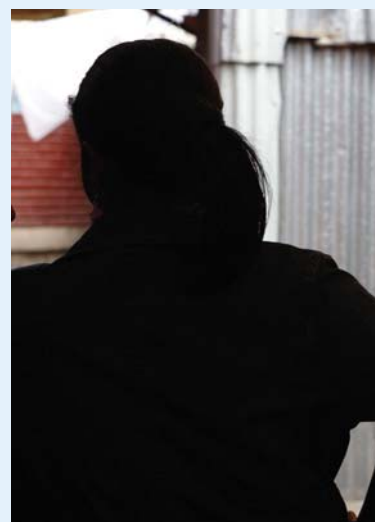
Gete (no es su nombre real), una mujer etíope de 22 años acudió a la clínica de la Asociación de Orientación Familiar en Addis Abeba debido a que había sido violada. Ella era originalmente de Gondor en el norte del país, pero se había movido a Addis en busca de trabajo, y vivía con unos tíos desde 2004.

Gete fue violada por un amigo de su primo. En ese tiempo el aborto era ilegal en Etiopía con excepción de casos de violación e incesto; y, para tener acceso a los servicios de aborto, una mujer necesitaba obtener un informe policial confirmando la violación (esta ley ha sido liberalizada recientemente). El estigma alrededor de la violación y los abortos es grande y ella no quería acudir a la policía, pensando que no le creerían. Cuando le dijo a su tío que había sido violada, él la echó a la calle. Cuando se dio cuenta de que estaba embarazada,

Gete decidió que deseaba someterse a un aborto y, venciendo sus miedos, acudió a la policía. Ella fue enviada a la clínica para obtener una confirmación de hechos; pero, debido a que ya tenía cuatro meses de embarazo, el personal clínico no pudo confirmar si había sido violada y se limitó a proveer consejería y confirmar el embarazo a la policía.

"Si la mujer no recibe la documentación correcta de la policía, la clínica no podrá referirla para un aborto seguro. En casos como este, es común que la mujer acabe visitando a practicantes del aborto ilegal".

Hermana Mekele, jefa de enfermeras en la clínica modelo de Addis Abeba.



IPPF/Chloe Hall
Gete prefirió que no se revelara su identidad en esta fotografía

Al aborto médico: Salvando vidas en entornos de escasos recursos

El aborto médico, una combinación de medicamentos, es un método seguro y altamente efectivo, y se está convirtiendo de manera creciente en el método preferido en muchos países desarrollados y en algunos en desarrollo. Por el momento no está disponible para las mujeres que viven en gran parte de los países en desarrollo. Al ser administrado por personal capacitado, las complicaciones son poco frecuentes.

Usando el antiprogestínico mifepristona conjuntamente con una prostaglandina sintética análoga, los efectos del aborto médico son similares a los del aborto espontáneo. En países en donde el aborto quirúrgico presenta severas dificultades logísticas o financieras para los sistemas de atención primaria a la salud, el aborto médico ha demostrado ser efectivo y favorable para las usuarias, y ofrece una esperanza real de hacer el aborto seguro mucho más accesible para aquellas mujeres que más lo necesitan. El aborto médico hasta

las nueve semanas de gestación requiere dos visitas clínicas para administrar dos medicamentos por separado, pero también pueden administrarse en casa, lo que cada vez es más frecuente para la segunda administración. Después de la administración de prostaglandina en la segunda visita, 90 por ciento de las mujeres abortarán en un lapso de 4 a 6 horas. El procedimiento tiene una tasa de eficacia del 98 por ciento. Después de la novena semana se requiere un tratamiento adicional, aunque nunca tan invasivo como el aborto quirúrgico, y tiene un 97 por ciento de tasa de efectividad.

Uno de los mayores beneficios del aborto médico en los países en desarrollo es que, para la vasta mayoría de mujeres, el procedimiento puede realizarse de manera ambulatoria, requiriéndose muchos menos recursos médicos.

Sarawati, una trabajadora de la salud de 37 años en la India dijo:

"Si tan sólo este método [aborto médico] hubiera estado disponible cuando yo era joven y tuve un embarazo no deseado. Yo acudí al Dai [sanador tradicional] porque no quería tener una cirugía hecha por un doctor hombre; tuve dolor y fiebre durante muchos días. Nunca pude embarazarme de nuevo después de eso, y mi esposo me dejó".

El aborto médico se ha usado por más de una década en muchos países europeos. En algunos países actualmente representa más del 50 por ciento de los abortos realizados (Suecia 51 por ciento; Francia 51 por ciento, Escocia 61 por ciento).

Las mujeres VIH positivas y su derecho a decidir



IPPF/Chloe Hall
Itenesh es VIH positiva y visita los Centros Juveniles administrados por la Asociación de Orientación Familiar de Etiopía, para platicar con la gente joven acerca de lo que significa ser VIH positiva para su salud reproductiva futura

Las mujeres en edad de concebir y que viven con VIH tienen la misma probabilidad de tener un embarazo no planificado que quienes son VIH negativas, y de igual forma se enfrentan con la interrogante de si tener o no un hijo. Sin embargo, en el caso de las mujeres VIH positivas, el asunto es más complejo, debido a razones personales, familiares, sociales, culturales, religiosas y médicas.

Las mujeres que viven con VIH son con frecuencia estigmatizadas por ser VIH positivas y, si están embarazadas, por ser irresponsablemente activas sexualmente y además embarazarse siendo VIH positivas. Algunas veces se ven sometidas a presión por parte de su familia o de las y los trabajadores de salud para terminar con su embarazo, mientras que en otros casos, son presionadas por sus parejas y la sociedad para tener hijos. Las mujeres que viven con VIH pueden también ser estigmatizadas por buscar tener un aborto.

Ante la ausencia del acceso a programas integrales de prevención de la transmisión madre a hijo, las mujeres VIH positivas que dan a luz a hijos VIH positivos con frecuencia son culpadas por ello.

El derecho a tener una familia y decidir si tener hijos y cuándo tenerlos es una parte fundamental de la libertad sexual y reproductiva de una mujer. Sin embargo, a las mujeres que viven con VIH con frecuencia se les niega este derecho, debido a que la sociedad y muchos proveedores de servicios de salud no consideran que las mujeres VIH positivas deban tener hijos, o incluso que deban ser sexualmente activas.

Esta es una imagen trágica, que presenta a las mujeres VIH positivas tanto culpables como víctimas, e implica un cierto grado de coerción en el proceso de toma de decisiones. A la fecha, pocos estudios han explorado la forma en que las mujeres VIH positivas toman

decisiones sobre tener hijos. Sin embargo, lo que se desprende de las investigaciones actuales es la falta de respeto y valor que se atribuye a las vidas de las mujeres VIH positivas.

Es muy claro que la prestación de servicios debe basarse en el respeto por los derechos y decisiones sexuales y reproductivas de la mujer; incluyendo, en caso de ser necesario, el derecho a un aborto legal y seguro. Hacer que los servicios de aborto seguro estén disponibles es extremadamente importante, debido a los mayores riesgos que enfrentan las mujeres VIH positivas de sufrir complicaciones como infecciones y hemorragias.

Sin importar cuál es su estatus de VIH, las mujeres deben tener el derecho a decidir por sí mismas si tener o no un hijo.

IPPF/Jenny Matthews

Aunque el aborto en Nepal ha sido despenalizado y muchas mujeres que habían ido a prisión por abortos ilegales han quedado en libertad, ellas siguen estando conscientes del estigma potencial que rodea al aborto

“Así es como muchas mujeres se enfrentan al problema: SOLAS.”

Dra. Gladys Bazan, Ginecóloga, Asociación Miembro de la IPPF en Perú



Perfil de país: Brasil

Cada semana en el Hospital das Clinicas en São Paulo, el más grande hospital público en Brasil, muchas mujeres son llevadas apresuradamente a la sala de emergencia con sangrado vaginal grave.

La mayoría de ellas están al inicio de sus años veintes o menos, y viven en las barriadas extremadamente pobres que circundan la ciudad más grande de Sudamérica. Algunas de esas mujeres dicen que no tienen idea de la causa de la hemorragia. Otras relatan elaboradas historias sobre trastornos de la menstruación.

Pero difícilmente alguna dice la verdad; por temor a ser entregadas a las autoridades en un país en donde el aborto es ilegal, se resisten a admitir que se indujeron un aborto insertando en su vagina un medicamento para la úlcera obtenido en el mercado negro.

Aunque el aborto está prohibido en Brasil, con muy escasas excepciones, el país tiene una de las más altas tasas de aborto en el mundo en desarrollo. El Ministerio de Salud estima que el 31 por ciento de todos los embarazos terminan en aborto. Eso significa alrededor de

1,4 millones de abortos al año, en su mayoría clandestinos.

En los Estados Unidos, país en el que el aborto fue legalizado en 1973, cerca del 25 por ciento de todos los embarazos termina en aborto. En Holanda, un país con una de las leyes de aborto más liberales, la tasa es cercana al 10 por ciento.

A pesar de su alta prevalencia, el aborto continúa siendo en gran parte un tema tabú en Brasil, el país católico romano más grande del mundo. Pero eso está cambiando en la actualidad, conforme grupos cívicos y algunos profesionales de la medicina promueven un debate público sobre el aborto, en defensa del derecho de la mujer a terminar un embarazo no deseado. Quieren evitar que las mujeres sigan muriendo debido a los abortos clandestinos.

Actualmente, el aborto es permitido únicamente en casos de violación o cuando la vida de la madre está en peligro. Pero aún en esos casos, puede ser difícil conseguir un juez que autorice el procedimiento, y algunos profesionales de la medicina se rehúsan a practicar abortos por motivos religiosos.

Los abortos mal practicados son la cuarta causa primaria de muertes maternas en Brasil.

En el año 2004, unas 244.000 mujeres fueron atendidas en hospitales públicos por complicaciones derivadas de abortos clandestinos, con un costo para el gobierno de 35 millones de reales (\$16 millones).

Las leyes de aborto en Brasil también destacan sus enormes desigualdades sociales. Las mujeres con una buena posición económica recurren a clínicas clandestinas pero seguras para terminar sus embarazos, pagando hasta 1.500 reales (\$700) –cinco veces el salario mínimo mensual– por un aborto.

En contraste, la mayoría de las mujeres pobres recurren a un medicamento para las úlceras conocido con el nombre comercial Cytotec. Cuando lo insertan en su vagina, el Cytotec causa que el útero se contraiga, expulsando el embrión o feto.

Informe noticioso de la agencia Reuters, 10 de enero de 2006

¿Un futuro libre de muertes y negación?

La IPPF defiende y promueve: "Un reconocimiento universal del derecho de la mujer a decidir, y a tener acceso al aborto seguro, y a la reducción en el riesgo del aborto inseguro."

Marco Estratégico de la IPPF

Cuando el aborto es legal y los servicios son a la vez accesibles y seguros, la probabilidad de que una mujer muera o sea lesionada físicamente por un aborto ya sea quirúrgico o médico, es insignificante. En realidad, el aborto es uno de los procedimientos médicos más seguros. Es por ello una tragedia de salud pública que casi 200 mujeres en el mundo continúen muriendo todos y cada uno de los días debido a complicaciones derivadas del aborto inseguro, virtualmente todas ellas en el mundo en desarrollo.

Mujeres que de antemano enfrentan un futuro de oportunidades limitadas y desigualdades sociales, y que se enfrentan a un embarazo no deseado, deben también encontrarse con el frecuentemente riesgo mortal de un aborto realizado por alguien sin capacitación médica alguna en condiciones antihigiénicas, o intentando terminar un embarazo no deseado por sí mismas con métodos tradicionales.

Este informe ha tratado de resaltar algunos de los temas clave relacionados con el aborto en países en donde es ilegal o está severamente restringido. Tenemos la esperanza de que algún día las mujeres ya no tengan que poner sus vidas y salud en riesgo por un aborto inseguro; pero para que esto sea una realidad, el aborto tiene que ser legal y seguro en todas partes. La IPPF tiene la convicción de que el derecho de una mujer a decidir si tener o no un aborto nunca debe ser puesto en peligro por la intrusión injustificada de la ley, o por el alto riesgo de muerte debido a la carencia de los estándares y aptitudes médicas mínimas.

Se ha demostrado que cuando los servicios de planificación familiar y salud reproductiva están disponibles, la tasa de embarazos no deseados disminuye significativamente, disminuyendo con ello la necesidad del aborto.

Sin embargo, aún con el uso más eficiente de la anticoncepción, los embarazos no deseados seguirán ocurriendo.

El mensaje más importante de este informe para los gobiernos es que al penalizar el aborto el tema no desaparece, las mujeres continuarán buscando abortos por todas las razones expuestas en este documento y las mujeres continuarán muriendo. Por lo tanto, nosotros debemos asegurarnos de que si una mujer decide tener un aborto, este sea legal y seguro.

Este informe ha puesto de relieve que necesitamos crear la voluntad política para:

1. Reducir los embarazos no deseados

- Aprovechar los logros pasados en salud sexual y reproductiva
- Aumentar el acceso a la planificación familiar
- Enfocarse en las necesidades de las mujeres y hombres pobres y del medio rural
- Promover el estatus y los derechos de la mujer económicamente

2. Hacer que el aborto legal y seguro esté disponible para toda mujer que lo requiera

3. Abordar la desigualdad de género

- Crear las circunstancias en las que las mujeres estén empoderadas social, política y económicamente

4. Garantizar que los servicios de atención post aborto para las mujeres que tengan abortos incompletos o complicaciones médicas posteriores a un aborto, sean incluidos en los servicios de salud tanto públicos como privados

5. Erradicar el aborto inseguro

- Aumentar el acceso al aborto legal y seguro
- Reducir las barreras legales y sociales para el aborto seguro

6. Responsabilizar del avance a los gobiernos tanto de países desarrollados como en desarrollo

- Documentar el impacto del aborto inseguro en las mujeres, las familias y la sociedad
- Educar al público sobre las consecuencias, los costos y la injusticia social del aborto inseguro

7. Afrontar el estigma y la discriminación asociadas al aborto y promover la discusión abierta y franca sobre el aborto y su impacto en la mujer

El compromiso del Departamento para el Desarrollo Internacional significa que el Reino Unido continúa promoviendo un enfoque global para la legalización del aborto, con base en evidencia de salud pública. La IPPF apoya decididamente este enfoque y continuará trabajando con el gobierno del Reino Unido, así como con otros donantes, para encabezar este esfuerzo.

Sin el arduo trabajo de muchas de nuestras Asociaciones Miembro que han rehusado el financiamiento de los Estados Unidos debido a su firme creencia en el aborto legal y seguro, y que continúan confrontando a quienes formulan las políticas alrededor del mundo, el futuro de las mujeres en muchos países permanecería sin cambios.

Hay un cambio gradual en el paradigma del aborto y un movimiento hacia la liberalización de las leyes de aborto. Este informe debe ayudar a mantener este ímpetu. Al proporcionar evidencia real y demostrar el impacto del aborto inseguro en la salud pública, especialmente sus vínculos con la desigualdad social y la pobreza, podemos tener la esperanza de persuadir a los gobiernos a que hagan que el aborto sea legal y seguro. Tenemos que continuar exponiendo los argumentos en favor del derecho de la mujer a decidir si tener o no un aborto y garantizar que, si ella lo hace, no esté poniendo su vida o salud en peligro. Solamente entonces podremos mirar hacia un futuro mejor, en el que las mujeres ya no enfrenten el riesgo de muerte o negación.

Quiénes somos

La Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) es la voz más fuerte a nivel mundial que salvaguarda la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas de todas partes. En la actualidad, al estar estas importantes decisiones y libertades seriamente amenazadas, nuestra organización es ahora más necesaria que nunca.

Qué hacemos

La IPPF es a la vez proveedora y defensora de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Nuestra organización voluntaria, no gubernamental tiene una red mundial compuesta por 151 Asociaciones Miembro en 183 países.

Nuestra visión

Vemos un mundo en donde las mujeres y los hombres en todas partes, tienen el control sobre sus propios cuerpos y, por lo tanto, de sus destinos. Un mundo en donde todas las personas son libres de decidirse o no por la paternidad; libres de decidir cuántos hijos van a tener y cuándo tenerlos; libres de procurar tener una vida sexual sana, sin el miedo de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

No dejaremos de hacer todo lo que podamos para salvaguardar estas importantes decisiones y derechos para las generaciones actuales y futuras.

Bibliografía

Access Denied. (2005) *The Impact of the Global Gag Rule in Kenya*. (<http://www.globalgagrule.org/>)

Access Denied. (2005) *The Impact of the Global Gag Rule in Nepal*. (<http://www.globalgagrule.org/>)

Alan Guttmacher Institute. (1999) *Sharing Responsibility: Women Society and Abortion Worldwide*. Alan Guttmacher Institute, Washington DC, EE.UU.

Bradford, Carol y Holmes, Sue. (2005) *Joint Output to Purpose Review of DFID Funded Projects on Access to Safe Abortion*.

Departamento de Desarrollo Internacional, Londres, RU.

Center for Reproductive Rights. (2004) *Making Abortion Safe, Legal and Accessible: A Toolkit for Action*. Center for Reproductive Rights, Nueva York, EE.UU.

Departamento para el Desarrollo Internacional. (2004) *Reducing Maternal Deaths: Evidence and Action*. Departamento para el Desarrollo Internacional, Londres, RU.

Gillespie, Duff. (2004) *Making Abortion Rare and Safe*. The Lancet, 363:74.

Global Health Council. (2002) *Promises to Keep: The Toll of Unintended Pregnancies on Women's Lives in the Developing World*. Global Health Council, Washington DC, EE.UU.

International Center for Research on Women. (2005) *Toward Achieving Gender Equality and Empowering Women*. International Center for Research on Women, Washington DC, EE.UU.

Ipas. (1995) *Ten Ways to Effectively Address Unsafe Abortion*, Ipas, Chapel Hill, EE.UU.

Ipas. (2003) *5 Portraits, Many Lives: How Unsafe Abortion Affects Women Everywhere*. Ipas, Chapel Hill, EE.UU.

Ipas. (2005) *Global Abortion News Update*.

Nerquaaye-Tetteh, Joana. (sin fecha) *Access to Reproductive Health Services: Political Reality in Africa*. Planned Parenthood Association of Ghana, Ghana.

Planned Parenthood Federation of America. (2003) *The Bush Administration, The Global Gag Rule, and HIV/AIDS Funding*. Planned Parenthood Federation of America, Washington DC, EE.UU.

Vekemans, M y De Silva U. (2005) *HIV Positive Women and Their Right to Choose*. Entre Nous, No. 59.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2005) *The State of World Population 2005*. UNFPA, Nueva York, EE.UU.

Organización Mundial de la Salud. (2003) *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. OMS, Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud. (2004) *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality*, 4th Ed. OMS, Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud. (2005) *World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count*. OMS, Ginebra, Suiza.

Deliver. 2003. "No Product? No Program! Reproductive Health Commodity Security for Improved Maternal and Child Health." Presentación en la Cuarta Reunión de la Organización de Salud del Oeste de África, Banjul, Gambia, 14-18 Julio.

Federación Internacional de Planificación de la Familia

4 Newhams Row, Londres, SE1 3UZ, Reino Unido

Tel +44 20 7939 8200

Fax +44 20 7939 8300

Email info@ippf.org

www.ippf.org

Foto de portada: Derli Barroso

© 2006 International Planned Parenthood Federation

Edición en español producida por la
Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO)

Traducción: Xavier González

Edición y producción: Giselle Carino y Megin Jiménez

Publicado en Nueva York en marzo de 2006