

7. NORMATIVAS Y ABORTO

De los derechos a los hechos: análisis del marco legal sobre el aborto en América Latina y el Caribe

Viviana Bohórquez Monsalve*

Resumen

Este capítulo realiza un estado del arte sobre la producción teórica y académica en materia de aborto, así como el marco legal en América Latina y el Caribe. En tal sentido, como resultado de la investigación se encontró que de 2009 a 2015, existen cuatro aspectos que son tendencia temática de las investigaciones y los estudios relacionados con el aborto y el marco legal en la región. En primer lugar, existe un número considerable de investigaciones sobre reformas legislativas en países de la zona. En segundo lugar, hay un número importante de investigaciones sobre salud y en relación con la aplicación del marco legal vigente sobre aborto. En tercer lugar, se identificaron estudios desde la perspectiva de los derechos humanos, relacionados con estudios de casos. En cuarto lugar, se producen en la región estudios de opinión sobre la legislación de aborto legal.

Palabras clave

Aborto, legislación, América Latina y el Caribe

* Documento realizado con la colaboración de Federico González (médico de la Universidad del Cauca, internista y especialista en salud pública de la Universidad del Rosario-Colombia).

I. Introducción

Las mujeres en América Latina y el Caribe siguen experimentando barreras para la realización del aborto, en parte porque los avances en el desarrollo de marcos legales que permitan la posibilidad de interrumpir un embarazo de forma segura no se producen en el tiempo y en las condiciones que las mujeres lo requieren. Una de las fuentes que podrían llevar a producir cambios en el corto y mediano plazo en la posición de la sociedad y los Estados (rama legislativa, ejecutiva y judicial) frente a esta necesidad de las mujeres, se conforma por los estudios académicos y científicos interdisciplinarios, que respondan a los cuestionamientos de diferentes sectores implicados en el tema.

En la gran mayoría de los 30 países de América Latina y el Caribe¹ el aborto sigue siendo considerado como un delito en los códigos penales. Así entonces, en gran parte de los casos existen excepciones al delito de aborto divididas por causales excluyentes de responsabilidad, es decir, no se aplica la pena cuando esté en riesgo la vida, la salud física y mental de la mujer, en casos de violación o incesto, o de malformación del feto.

En el contexto de penalización parcial y total del aborto, existe interés en la investigación sobre el marco legal, desde el punto de vista teórico y práctico. Motivo por el cual, en la presente investigación se realiza un estudio sistemático sobre las producciones académicas publicadas por universidades, centros de estudios, expertos u organizaciones en América Latina y el Caribe en los últimos años. Por consiguiente, el presente texto se encuentra dividido en cuatro partes. En primer lugar, se hace referencia a la metodología utilizada para este escrito. En segundo lugar, se realiza un análisis corto del contexto legal del aborto en América Latina y el Caribe. En tercer término, se describen los cuatro principales hallazgos o temas donde se encontró mayor información en la región. Por último, se realizan las conclusiones generales del estudio.

Para el escrito actual, es importante tener en cuenta que en Cuba, Guyana, Uruguay y México² se encuentra legalizado el aborto bajo la voluntad y solicitud de la mujer. En contraste, el aborto está totalmente penalizado en Chile, El Salvador, Honduras, Nicaragua y República Dominicana, de los cuales dos de ellos, han tomado medidas regresivas en los últimos años que contrarían los derechos humanos de las mujeres. En el resto de países, la penalización es parcial y se ajusta a causales excepcionales. La **Tabla I** muestra la legislación sobre el aborto en América Latina y el Caribe.

.....
¹ Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Republica Dominicana, San Vicente y Las Granadinas, Santa Lucía, Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

² En México, el aborto es permitido solo en el Distrito Federal.

Tabla I. Legislación de sobre el aborto en América Latina y el Caribe

Despenalización total del aborto	Despenalización del aborto parcial y por causales	Penalización total del aborto
1. Cuba,	1. Antigua y Barbuda,	1. Chile,
2. Guyana,	2. Argentina,	2. El Salvador,
3. Uruguay	3. Bahamas,	3. Honduras,
4. México D.F.*	4. Barbados,	4. Nicaragua,
	5. Belice,	5. República Dominicana
	6. Bolivia,	
	7. Brasil,	
	8. Colombia,	
	9. Costa Rica,	
	10. Dominica,	
	11. Ecuador,	
	12. Granada,	
	13. Guatemala	
	14. Haití,	
	15. Honduras,	
	16. Jamaica,	
	17. México**,	
	18. Panamá,	
	19. Perú,	
	20. República Dominicana,	
	21. San Vicente y Las Granadinas,	
	22. Santa Lucía	
	23. Surinam,	
	24. Trinidad y Tobago,	
	25. y Venezuela.	

*México está dividido en estados federados, y el único estado donde está despenalizado el aborto es el Distrito Federal
Fuente: Elaboración propia

La despenalización por causales es bastante variable, incluso para proteger la vida y la salud de las mujeres. Por ejemplo, en países como Venezuela, Paraguay y Guatemala, se permite el aborto exclusivamente cuando la vida de la mujer se encuentra en riesgo. Mientras que la legislación en Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Perú y Uruguay, consagra su autorización cuando

se encuentre en riesgo la salud de la mujer. Por otra parte, en relación con la causal de violencia sexual, es decir, cuando la mujer ha sido víctima de violación o incesto, es permitido acceder a un aborto en Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, México, Panamá, San Vicente y Las Granadinas, Santa Lucía y Uruguay, en países como Ecuador, Perú y Bolivia la legislación no lo permite.

II. Metodología

El presente capítulo realiza un análisis desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo acerca de la producción académica y teórica sobre el aborto y su legislación en países de América Latina y el Caribe –LAC. Por tal motivo, se realizó un estudio sistemático que permitiera tener una visión general y ordenada de este tema.

Este documento se realizó a partir de una revisión bibliográfica de forma sistemática de la información sobre aborto y legislación en América Latina y el Caribe, producida en los últimos años y publicada en libros y revistas indexadas de universidades o centros de investigación. Para tal efecto, en primer lugar se consultaron cuatro bases de datos disponibles de forma electrónica: PubMed, LILACS, EMBASE, SciElo, seleccionadas por ser abiertamente reconocidas por los datos académicos que contienen. En segundo lugar, se utilizaron tres palabras claves relacionadas para enfocar la búsqueda en el tema de interés: legislación, aborto y América Latina. En tercer término, tras obtener 353 artículos publicados, fueron filtradas las publicaciones de los últimos seis años, es decir, entre 2009 y 2015, lo cual arrojó 156 publicaciones. En cuarto lugar, se realizó una lectura preliminar, siendo filtradas y seleccionadas las publicaciones relacionadas con la región, el tema de estudio y el idioma (inglés, español o portugués). En último lugar, se hizo la selección final de 33 artículos y capítulos de libros en revistas indexadas en dichas bases de datos. La **Tabla II** sintetiza los artículos recolectados para la investigación, los cuales integran este artículo.

Tabla II. Artículos recolectados para la investigación que integran el capítulo

Términos de búsqueda: aborto, legislación, América Latina

PubMed, LILACS, EMBASE, SciElo



Fuente: Elaboración propia

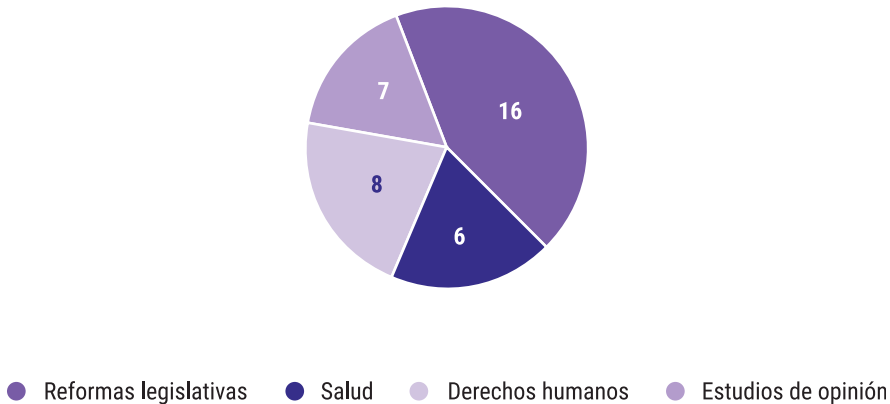
De igual forma, para facilitar el análisis de las publicaciones en relación con la legislación sobre aborto en América Latina y el Caribe, se realizó un cuadro en Excel que permite tener una visión organizada y sistematizada de los autores, la metodología utilizada, el tema y el interés de profundización de la publicación, el nombre de la revista y el resumen del artículo. El cuadro también permite analizar sobre qué países y temas existe mayor producción académica acerca del aborto y la regulación jurídica en la región.

El período de estudio abarca de 2009 y hasta abril de 2015. Se analizaron las producciones académicas de los países de América Latina y el Caribe. Sin embargo, es importante señalar que no se encontró mucha información sobre los países del Caribe.

III. Resultados

En la actualidad existen cuatro aspectos que son tendencia temática de investigaciones y estudios relacionados con la legislación sobre el aborto en América Latina y el Caribe. En primer lugar, hay un interés de estudio en investigaciones sobre reformas legislativas en término de avances y retrocesos. En segunda instancia, hay un número considerable de investigaciones sobre salud y en relación con la aplicación del marco legal vigente acerca del aborto en cada país. En tercer término, se identificaron textos desde la perspectiva de los derechos humanos relacionados con estudios de casos. En cuarto lugar, en materia de aborto se producen en la región estudios de opinión sobre la ley: el desconocimiento, un lugar común. La **Tabla III** muestra los temas de investigación acerca del aborto en América Latina de 2009 a 2015.

Tabla III. Temas de investigación acerca del aborto en América Latina y el Caribe entre 2009 y 2015



Fuente: Elaboración propia

III.1. Investigaciones sobre las reformas legislativas: avances y retrocesos

En varios países de América Latina y el Caribe se han producido reformas en la legislación tanto civil como penal en relación con la práctica del aborto, en parte por la exigencia desde el derecho a elegir de las mujeres, promovido tanto por organizaciones de mujeres, como de derechos humanos y del movimiento feminista (1).

En la metodología usada en las investigaciones, se encontraron 16 publicaciones referentes a las reformas legales en los siguientes países: Colombia, Uruguay, Argentina, El Salvador, y Brasil. Por otra parte, se localizaron estudios de derecho comparado entre Colombia y República Dominicana.

De Colombia se encontraron tres artículos, que abarcan las siguientes discusiones: en 2006, la Corte Constitucional colombiana publicó la sentencia C-355/06, la cual despenalizó el aborto de forma parcial en tres circunstancias: (i) cuando se encuentre en riesgo la vida y la salud de la mujer; (ii) cuando se trate de violación e incesto; (iii) cuando se trate de una malformación del feto, incompatible con la vida. A partir de esta decisión judicial, se revivieron las discusiones políticas y legales, así como de interés académico, teórico y práctico sobre el análisis del nuevo marco legal, a partir del litigio que llevó a lograr que la Corte Constitucional se pronunciara a favor del aborto.

El litigio que conllevó a la promulgación de la sentencia en Colombia, se basó en la conclusión de muchos estudios, acerca de que el único camino posible para evitar las muertes producidas por abortos clandestinos era buscar la legalización del aborto en forma definitiva (2). La sentencia C-355/06, fue la primera de una serie de reformas legales de despenalización del aborto con diferentes exenciones de penalización, el cuatro de otras jurisdicciones de América Latina en la década pasada: la Ciudad de México, Brasil, Argentina y Uruguay. La sentencia se produjo como resultado de una demanda de inconstitucionalidad sobre las leyes sobre el aborto en Colombia, que penalizaban la interrupción del embarazo en todas las circunstancias. El largo y complejo proceso jurídico se llevó a cabo dentro del transcurso de litigio estratégico del proyecto LAICIA (Litigio de alto impacto en Colombia: la inconstitucionalidad del aborto), con la participación de Women's Link Worldwide, en asociación con la Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres (3). De igual forma, los estudios muestran que en Colombia el proceso de la legislación sobre el aborto es un ejemplo de las dinámicas de movilización y contramovilización, con altos niveles de polarización a favor y en contra de los derechos de las mujeres (4).

Por otra parte, la experiencia colombiana de litigio en contra de la penalización del aborto abordada desde la perspectiva del derecho constitucional, ha servido de ejemplo para que otros países demanden la inconstitucionalidad de las medidas de la prohibición total. En República Dominicana se ha usado el derecho comparado para resolver conflictos del derecho constitucional con respecto a la ley de penalización del aborto y para explicar los mecanismos por los cuales las leyes favorecen la vulneración de derechos —por ejemplo, la intangibilidad explícita en Turquía, la doctrina de la sustitución en Colombia—, por la cual se considera que si la reforma de una ley es tan profunda que en efecto creaba una nueva constitución, al cambiar, destruir o sustituir elementos esenciales del texto legal vigente. República Dominicana tiene una constitución nueva desde 2010, con múltiples conflictos internos para la aprobación de leyes que permitan el aborto. Sin embargo, una aproximación práctica y audaz como la que se utilizó en Colombia para entre muchos otros objetivos, aprobar la sentencia de despenalización de aborto en tres casos, o aprobar la reelección presidencial, permitiría el balance entre la preservación de los derechos individuales y el ejercicio democrático (5).

De igual forma, los argumentos de derecho internacional de los derechos humanos también fueron usados para desvirtuar las razones del veto del ejecutivo en Uruguay, acerca del proyecto de ley de despenalización del aborto en 2010. Dicha postura se basaba en la interpretación del artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, que dice que “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley, y, en general, a partir del momento de la concepción...”. Luego de un análisis, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos interpretó que la inclusión del término en general no fue casual sino deliberada, como quedó claro en el Caso *Baby Boy versus Estados Unidos* (6). También se enumeraron los diferentes tratados suscritos por Uruguay, los cuales estaban siendo incumplidos al estar en contra de la despenalización del aborto: la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, entre otros (7).

Pero las dificultades en la implementación de las normas que han despenalizado la práctica del aborto también se han presentado en otros países de la región, como se puede observar en el estudio sobre Brasil “Derechos Humanos y Salud Materna: Explorando la Eficacia del Dictamen del Caso *Alyne*” En donde a partir del caso de una mujer que murió por complicaciones en la atención del parto de un mortinato, se revisó la responsabilidad del Brasil en las fallas que se produjeron en el caso, llegando a la conclusión que se requería ir más allá del modelo tradicional de derechos humanos que busca sancionar autores individuales, para enfocarse en factores sistémicos e institucionales, e incluye en los determinantes de protección en salud la inequidad en la prestación de los servicios como factor que afecta la calidad de la atención (8). Sin embargo, concluye que a pesar de la identificación del problema, la ley sigue siendo débil en la garantía del acceso efectivo a las acciones judiciales en los casos donde los derechos a la salud reproductiva han sido vulnerados (incluido el aborto) (9). Otra publicación brasileña concluye que a pesar de que en Brasil, como en otros países, el aborto inseguro se considera un problema de salud pública por el impacto que sus cifras tienen en la mortalidad materna global; las investigaciones y avances en la concepción de la necesidad de ampliar la legislación sobre aborto se ven afectados por valores morales y religiosos. Por lo tanto, las investigaciones en torno al aborto tienen grandes desafíos y limitaciones que se ven reflejados en sus resultados (10).

En países como El Salvador hay estudios que muestran que la prohibición total del aborto, deriva en una violación sistemática y lo que es aún peor, legitimada por las leyes del Estado. La penalización total del aborto en El Salvador constituye una violación a la obligación del Estado de proteger y respetar el derecho de a la vida y la salud de las mujeres, el derecho a la integridad física y mental y la protección del trato cruel inhumano o degradante (11). La experiencia de la prohibición total, en términos del impacto en la mortalidad de las mujeres y la vulneración de los derechos, ha sido estudiada con el fin de prevenir la implementación de leyes restrictivas en otros países en los que han sido propuestas (12).

Estudios demuestran que el caso de Barbados es particularmente interesante e instructivo. No solo porque el país fue pionero en la despenalización del aborto en la Commonwealth del Caribe, sino porque es uno de los pocos casos en los que la iniciativa legislativa recayó en una sola persona, en este caso la única mujer que era miembro del parlamento en 1983, Dame Billie Miller, año en el cual se emitió la ley de terminación médica del embarazo. La clave de la campaña de Miller fue nuevamente, enmarcar la necesidad de despenalización del aborto, como un problema de salud pública más que un problema exclusivo de la mujer, incluyendo también leyes que mejoraran las condiciones de mujeres y de niños (13).

Por su parte, hay estudios que reconocen que Argentina es uno de los países en donde ha avanzado la ley, en comparación con el pasado. El escenario actual es más promisorio, aún queda mucho trabajo para conseguir, como la adecuación de las normativas en aquellas jurisdicciones donde la redacción restrictiva impide o dificulta el acceso al aborto no punible (14).

Por último, conforme se avanza en la consecución de derechos para las mujeres que requieren practicarse un aborto y se añaden causales despenalizadas, surgen dudas y aparece la necesidad de aclararlas a la luz de la legislación y de los derechos. El caso de feto anencefálico³ está siendo analizado en varias publicaciones con el fin de que se considere como aborto, toda vez que el producto de ese embarazo, invariablemente sería incompatible con la vida (15,16).

III.2. Investigaciones sobre salud: entre el ocultamiento general y la negación de las consecuencias

De acuerdo con la metodología usada en las investigaciones, se encontraron seis publicaciones referentes a las consecuencias en salud. De México se incluyeron dos artículos, sobre el impacto del aborto en la salud pública. De Brasil se encontró un artículo que investiga las tendencias en la hospitalización por complicaciones relacionadas con el aborto, en Chile se halló una investigación acerca de las implicaciones de la prohibición total y en Colombia se localizó una publicación sobre los riesgos del aborto inseguro. Estos países tienen un marco legal heterogéneo, con despenalización parcial, como es el caso de Colombia, México y Brasil y prohibición total del aborto, como es el caso de Chile.

Las investigaciones acerca de temas relacionados con salud, tienen que ver mayoritariamente con las consecuencias de un aborto inseguro (17,18,19). En Colombia la investigación recogió datos del estudio nacional de movilidad por aborto desde 1989 y hasta 1993, año en el cual debido a la

³ La anencefalia es una malformación incompatible con la vida, en la cual no se desarrollan las estructuras del sistema nervioso central, incluso si el feto llega a nacer no tiene una expectativa de vida más allá de pocas horas o días.

descentralización del sistema de salud, los datos provienen de la encuesta nacional de salud de los distintos hospitales, hasta 2008. Los datos de las dos décadas pasadas muestran un cambio en las dinámicas a través de las cuales las colombianas acceden a un aborto. En 2009 se estima que la mitad de las mujeres se practicaron abortos usando *misoprostol*, con una reducción concomitante en el uso de métodos relativamente menos seguros, como las parteras tradicionales o de algunos más seguros como las clínicas médicas. En el mismo período las complicaciones por aborto aumentaron 14% y la tasa de hospitalización para el tratamiento de complicaciones alcanzó el 26%. Los factores relacionados con el crecimiento de las complicaciones encontrados en el estudio fueron que el aumento del uso del *misoprostol* se ha acompañado en algún grado, por su uso incorrecto o inefectivo, y a que cada vez más mujeres obtienen el medicamento de forma informal. A pesar del aumento de la cobertura de sistemas de salud, una de cada cinco mujeres en Colombia, que necesitan de cuidados postaborto (la mitad de ellas, en el área rural), se queda sin tratamiento, debido a la marginalidad, pobreza, altos costos y poco empoderamiento en la búsqueda de servicios de salud.

También se evaluó la situación en México con respecto a complicaciones derivadas del aborto durante el mismo periodo: 1990-2008 (18). Se analizó la información del Instituto Nacional de Geografía y Estadística, por medio de un proceso de análisis multidimensional *online*, a través de la clasificación internacional de enfermedades CIE 9, CIE-10 para determinar las complicaciones relacionadas con el aborto. En términos de mortalidad una de cada 13 muertes maternas está relacionada con complicaciones derivadas del aborto. Esto es significativamente menor que la proporción estimada para el mundo, pero solo un 2% menos que la mortalidad estimada de América Latina. Dentro de las causas para el descenso la mortalidad por complicaciones relacionadas con el aborto, se encuentra el acceso a mejores métodos y servicios de aborto más seguros. Con respecto a la legislación en la materia y su contribución a la salud y la mortalidad materna (20), se compararon las tasas de mortalidad de la madre entre los países con leyes más y menos permisivas sobre el aborto. Para el período de 10 años (2002-2011) los Estados con leyes menos permisivas sobre el aborto (18 en total), mostraron tasas de mortalidad materna menores (2.7 contra 3.7), que aquellos en los que las leyes sobre el aborto son más permisivas. Sin embargo, esta asociación no demostró ser estadísticamente significativa en un análisis multivariado en el cual solo las variables clínicas y sociodemográficas (nivel de estudios de la madre, servicios de salud de calidad, hospitalización postaborto, saneamiento básico adecuado y violencia intrafamiliar), mostraron una correlación adecuada con los desenlaces. No hubo ningún efecto estadístico independiente para variables como legislación sobre aborto, enmienda constitucional o para el resto de covariables de índole legal.

Entre las décadas de 1992 y 2009 se condujo el mismo estudio en Brasil (19). El indicador para la estimación de las complicaciones relacionadas con el aborto tuvo que ver con los cambios en la tendencia en hospitalización, ya que en los estudios previos se estableció que hubo una disminución en la incidencia de complicaciones relacionadas con este y en la severidad de las mismas. Las razones que encontraron asociadas a la disminución de las complicaciones son: la disminución en la proporción de embarazos no planeados, el acceso a métodos anticonceptivos y el uso más amplio de métodos de aborto más seguros, en especial el manejo y la disponibilidad del *misoprostol*, debido a que tiene un bajo costo y las complicaciones infecciosas son menos frecuentes entre las mujeres que usan dicho método.

En Chile (21), se hace una crítica al estudio de Koch *et al.*, que al igual que en el estudio de México, concluye que la prohibición total del aborto ocurrida en 1989, no conllevó a un aumento de la mortalidad relacionada con el mismo. El estudio sostiene que “hacer que el aborto sea ilegal, no es necesariamente equivalente a promover el aborto inseguro”. La publicación de Malter se enfoca en las fallas conceptuales y metodológicas del estudio, como el hecho de que la ley sobre aborto en Chile ya era altamente restrictiva, por lo cual no era posible hacer comparaciones sobre el cambio de una ley liberal a una restrictiva. Además, como en la mayoría de los estudios relacionados con el aborto en América Latina, el análisis estadístico se basó en las tasas de hospitalización y en los registros de los sistemas de salud que muestran evidencia limitada y poco fidedigna.

III.3. Estudios desde la perspectiva de los derechos humanos

Fueron ocho los estudios que incluyen investigaciones sobre el aborto desde la perspectiva de los derechos humanos que se incluyeron en la revisión sistemática y que cumplieron los criterios. Dos artículos de Brasil, uno de México y uno de Colombia, los cuales tratan el tema de la vulneración de los derechos reproductivos. Uno más de Perú, que analiza las implicaciones sobre la legislación de una demanda de un caso en particular y dos artículos que analizan la situación global en América Latina.

De la literatura revisada, se encontró que existen artículos sobre Brasil y Perú acerca de estudios de caso desde la perspectiva de los derechos humanos. No se encontró información sobre países del Caribe en parte porque no han ratificado, ni son parte de los principales tratados internacionales de derechos humanos de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos, por lo que no existen casos o informes que permitan estudiar aspectos relacionados con el aborto.

América Latina es una región fundamentalmente católica, y la religión siempre ha tenido un poder hegemónico en la moralidad sobre la reproducción y la sexualidad. Este panorama regional ha sido estudiado en países como Brasil, en lo concerniente a la vulneración de los derechos y la autonomía de las mujeres (22). En muchas partes de Brasil, las mujeres que buscan servicios de salud relacionados

con el aborto, tienen miedo de la estigmatización, a las investigaciones penales y al hacer públicas sus historias personales, en el marco de una investigación criminal derivada de las leyes que penalizan el aborto. La mujer no debería depender de si el aborto es legal o no para tener acceso a un procedimiento seguro, sin embargo, la penalización del aborto en países como Brasil, impacta la disponibilidad de servicios de salud que ofrezcan abortos seguros y accesibles.

En Perú se suscitó el emblemático caso *L.C vs Perú*. Este caso se refiere a una niña de 14 años (L.C.), quien fue violada en repetidas ocasiones y durante varios meses por un hombre de 34 años (como resultado de la violación, L.C. quedó embarazada y no le dijo a nadie). Debido a la desesperación y a la depresión, cometió un intento de suicidio, lanzándose desde un edificio, causándose traumatismos en la columna vertebral, los cuales requería intervención quirúrgica urgente, a raíz de lo que se descubrió el embarazo. Estuvo hospitalizada por tres meses con retrasos en el servicio de salud y con la negativa para que se le realizara el aborto, luego de una petición elevada por su madre. Sin embargo, no se llevaron a cabo ni el aborto ni la cirugía de columna, hasta que por complicaciones de salud tuvo un aborto espontáneo. Como consecuencia, el Estado fue condenado (23). A pesar que el aborto por razones de salud no es considerado un delito en Perú, el Estado niega su inclusión en la política pública, con lo cual infringe el derecho de las mujeres a interrumpir un embarazo cuando este afecta su salud. La ausencia de una política pública que incluya la interrupción del embarazo por causal salud es injustificada, las barreras que impiden el acceso al aborto han sido desvirtuadas por estudios previos, tales como la protección de la vida al concebido, la objeción de conciencia (24), el avance de la ciencia que hace innecesario el aborto por causal salud y el hecho de que la ley permita, pero no obligue, a realizar dichos abortos. Estas barreras son de carácter ideológico y no jurídico, porque las sentencias previas las han resuelto. En el caso del Perú, la implementación de una política pública en relación con el aborto, permitiría evitar que el Estado continuara siendo el mayor infractor de la justicia y evitaría que se siguieran produciendo sentencias en su contra (25).

Este caso, busca además de las causales despenalizadas en la mayoría de los países, la ampliación de la legalización a los casos de embarazos no deseado. Es preciso establecer una legislación permisiva del aborto a través de un modelo de plazos que permita a una mujer decidir autónomamente proseguir o interrumpir su embarazo dentro de determinado periodo (26).

III.4. Estudios de opinión sobre la ley: el desconocimiento, un lugar común

El aborto en América Latina sigue siendo un tema controversial, con opiniones abiertamente en contra y a favor, incluso entre los distintos actores implicados en su proceso. La opinión de los jueces, de los proveedores de salud e incluso de la población en general, antes y después de los cambios en la normatividad de un país, son tema de interés para las investigaciones sobre aborto.

La metodología usada en las investigaciones sobre la opinión en el cambio de la legislación acerca del aborto, difiere de acuerdo a la población seleccionada y a los objetivos del estudio. Entre los artículos incluidos en la revisión sistemática, se encontraron siete publicaciones referentes al tema de la opinión sobre los cambios en la legislación del aborto. Un artículo de Brasil (27), exploró la opinión de los jueces y fiscales ante la legislación de aquel país en esta materia. Realizaron una encuesta transversal a 1 493 jueces y 2 614 fiscales entre 2005 y 2006. La encuesta se hizo por medio de un cuestionario enviado a través de correspondencia con respuesta paga, con una baja tasa de recuperación de la contestación, solo del 14% de los sujetos incluidos en la muestra inicial. La mayoría de los participantes (78%), respondieron a favor la pregunta de ampliar las circunstancias en las cuales el aborto es permitido por la ley, o incluso en que no debería penalizarse. El cuestionario discriminó acerca de las circunstancias en las que había más consenso sobre la necesidad de despenalizar el aborto, el riesgo para la vida de la madre, la malformación congénita del feto y el embarazo producto de una violación, fueron las causales en las cuales se obtuvo mayor porcentaje de acuerdo. Se incluyeron preguntas acerca de la religiosidad y la relación sobre la importancia de la religión que se practicaba al momento de aceptar o no las distintas causales de aborto, la religiosidad no se tuvo en cuenta cuando la decisión de abortar provenía de un estado de salud alterado o en riesgo para la madre, sin embargo si tuvo una gran importancia con una alta tasa de prevalencia, 8.69%, entre quienes consideraron que el aborto nunca debería legalizarse.

Los estudios de opinión en la población en general, como el realizado en México (28), también se basan en la aplicación de encuestas, en este caso, anidadas dentro de la Encuesta Nacional de Demografía de 2009. La muestra fue considerada representativa y se realizó una prueba piloto previamente. Incluyó un total de 939 encuestados, con preguntas acerca del conocimiento de la nueva ley del 2007 en la Ciudad de México, en la cual se aprobó el aborto por todas las causas dentro de los primeros tres meses de gestación, las restantes situaciones para las cuales el aborto es permitido y la opinión acerca de las medidas, a través de preguntas como si ha oído de la ley, si considera que esta debe extenderse a otras áreas del país, si debe ser tenido en cuenta el punto de vista de la ley, la sociedad, la mujer o la ciencia, etcétera. Se observó nuevamente una tendencia creciente de personas a favor de la nueva legislación, 74% a favor, en comparación con un 63% en un estudio previo de 2008 y un 38% en 2007. También se registró un aumento significativo del porcentaje de personas a favor de extender la ley a otros estados de México, de 51% en 2007 a 83% en 2009. En el análisis bivariado de este estudio, se intentó inferir que variables generales de la población se correlacionaban con el apoyo a la legislación en materia de aborto, dando como resultado las variables de nivel educativo, más allá de estudios secundarios, asistencia infrecuente a los servicios religiosos y haber estado casada o casado.

Otro punto crítico en la investigación sobre el aborto, es el conocimiento de la legislación por parte del personal proveedor de salud, toda vez que aunque algo alejado del ámbito político o jurídico, son los trabajadores en salud quienes en efecto, representan la instancia final de la decisión sobre el aborto frente a la usuaria que demanda el servicio del procedimiento seguro. Sobre este tema, en Brasil en 2012 se realizó una investigación acerca del conocimiento de la legislación brasileña relativa al aborto entre los médicos en formación (29). La metodología fue la aplicación de un instrumento directo a estudiantes de medicina de primero a sexto grado, de una universidad pública de São Paulo. A través de un cuestionario, en el cual deberían responder afirmativamente que se podría acceder a un aborto en casos de riesgo inminente para la vida de la gestante y de un embarazo resultado de violación, y de forma negativa para la causal de malformación congénita, falta de métodos anticonceptivos, condiciones socioeconómicas poco propicias, embarazo no deseado, padre o madre positivos para VIH. No hubo diferencia en los porcentajes de acierto entre los estudiantes de ambos grados, a pesar de que el 87% respondió que había recibido algún contenido respecto al tema del aborto, pero el 72% reconocía que era insuficiente esa información y que se debían revisar los materiales de la formación médica, con respecto a los temas de derechos sexuales y reproductivos en la salud de la mujer.

Sobre el mismo tópico, en México se condujo la investigación Legislación, conocimientos y actitudes de profesionales médicos en relación al aborto en México, entre ginecobstetras en 2009, que apareció publicada en la revista *Salud Colectiva*, en Buenos Aires en 2013 (30). Se aplicó la encuesta, aprovechando una reunión académica de ginecobstetricia en 2009. El diseño aplicado es el de encuesta transversal y recogió datos de médicos de todas las entidades federativas de México (excepto Chihuahua). Con respecto a los conocimientos de las leyes vigentes, solo el 8.4% tenía un conocimiento correcto de las leyes actuales en el estado en el cual ejercían. El 71.1% de los especialistas estaban de acuerdo con que el aborto era aceptable bajo ciertas circunstancias, mayoritariamente aprobaron el aborto cuando el embarazo ponía en riesgo la vida de la mujer (88.8%), cuando es resultado de un violación (83.5%), y por malformaciones del feto (83.5%). Sin embargo, solo el 4.5% y el 14.8% de las mujeres que solicitan el aborto lo hacen por razones derivadas de su estado de salud o por violación, respectivamente.

En contraste, las razones por las cuales recurren a un aborto son, en mayor medida: porque no están listas para tener un hijo (26.6%), porque no tienen una relación estable con su pareja (22.2%), y porque son menores de 18 años (17.2%). La población estudiada también reconoció que prefería los métodos quirúrgicos de aborto, frente al aborto con medicamentos, en parte por desconocimiento de los métodos alternativos y también por temor a que las pacientes no fueran capaces de seguir las recomendaciones para realizarse un aborto con medicamentos, en especial las mujeres de estrato socioeconómico bajo. Como en los estudios anteriores, se observó una mayor aceptación hacia al

aborto y se reconoció que el hecho de atender complicaciones derivadas de un aborto inseguro sensibiliza y conlleva a actitudes más favorables hacia el mismo, aunque el apoyo se concentrara en aquellas circunstancias que eran ajenas a la decisión de la mujer, no así a las circunstancias que se referían a ejercer su autonomía en la decisión de terminar con un embarazo.

En 2014, en la provincia de Santa Fe, en Argentina, se realizó una investigación con el fin de precisar la opinión de los proveedores de salud con respecto al aborto (31). Se condujo un diseño de intervención pre y postaborto, que incluyó una encuesta de diagnóstico del estado basal de conocimiento de la ley y de opinión acerca del aborto en sí. Se realizaron entrevistas de intervención y una evaluación final. El hallazgo es concordante con el estudio de México, hay un alto porcentaje de proveedores de salud que no poseen información adecuada del marco legal vigente, esta información está restringida a las causales de salud y violación y tanto la aceptación como la experiencia de prácticas de abortos son mucho menores para el resto de las causales incluidas en la legislación argentina.

La opinión de mujeres en lugares donde el aborto está restringido por ley, se investigó en la publicación *Experiencia de las mujeres latinoamericanas con el aborto con medicamentos*, en lugares donde el aborto está restringido por ley (32). Este estudio es una revisión bibliográfica de varias publicaciones en donde, a través de encuestas, se interrogó acerca de la experiencia con aborto inducido con medicamentos, se incluyeron 27 artículos, concluyéndose que la mayoría obtienen la medicación por ellas mismas y que acceden a un aborto por la imposibilidad de acceder a un aborto clandestino y cuando han tenido información completa y precisa acerca del aborto con medicamentos. Las mujeres prefieren la seguridad del aborto medicamentoso, por la privacidad y por la posibilidad de contar con un cuidador cercano durante el proceso. Perciben el aborto con medicamentos como más fácil, más seguro, más práctico, menos costoso, más natural y menos traumático frente a otros métodos. El hecho que sea autoinducido y que evite una cirugía también es de relevancia. Los aspectos negativos evaluados incluyen los efectos adversos, la posibilidad de que no sea efectivo y el hecho de que algunas mujeres deban acudir a los servicios médicos, donde pueden ser sancionadas e incluso reportadas a la policía.

Uruguay desarrollo hace más de 10 años un modelo que incluye a la mujer que cursa un embarazo no deseado-no aceptado, en el sistema de salud –el cual se denomina Modelo de Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo–, lo cual conllevó a avances sustanciales en las políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva, que repercutió en la disminución de la mortalidad materna y, probablemente también, en la disminución del número de abortos. La ley de despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo (Ley 18937 de septiembre de 2012), se direccionó en la medida para facilitar la posibilidad a los médicos de acompañar de una manera más integral este proceso siempre complejo y siempre difícil, nunca deseado, aunque sí necesario para las pacientes que así lo solicitan (33).

IV. Discusión

Los países de América Latina y el Caribe que tienen un marco legal restrictivo sobre el aborto, como Chile, El Salvador, Honduras, Nicaragua y República Dominicana, tienen poca, o casi inexistente producción teórica sobre el aborto, lo cual representa una gran preocupación, en la medida en que el marco legal restrictivo permanece invisible y por tanto, más difícil para cambiar en términos de transformaciones legales, sociales y políticas sobre el aborto. Llama la atención que las publicaciones sobre la legislación de estos países, aparecen en revistas indexadas de otras naciones, y que las investigaciones se hacen con el propósito de divulgar las experiencias de los lugares con prohibición total, en sitios donde la posibilidad de aprobar leyes restrictivas es una amenaza constante.

De los países de América Latina y el Caribe que más producen estudios académicos, de caso o análisis teóricos son: Brasil, Argentina, México y Colombia. Estas son las naciones en las que se generaron mayores cambios en la legislación en la pasada década. La mayoría de los estudios parten en sentido cronológico de una descripción del problema desde varios aspectos (jurídico, consecuencias en la morbi-mortalidad, impacto estadístico, económico y demográfico) para llegar a la comparación en el impacto que ha producido el cambio en la ley de cada uno de los países.

Otro aspecto importante a señalar, a partir de la lectura sistemática realizada y el contexto de las políticas de las publicaciones, es que la legislación sobre el aborto en América Latina y el Caribe ha tenido cambios estructurales que llevan en promedio cinco años. Por consiguiente, existe interés en el impacto en la salud de acuerdo al marco legal, estudios de casos concretos y análisis de opinión sobre los cambios jurídicos frente a la liberalización o despenalización del aborto, ya sea parcial o total.

Por lo anterior, las investigaciones para el próximo período, deberían centrarse en la búsqueda del reflejo de los cambios en las tendencias de salud y en demostrar la necesidad que sigue existiendo de extender la protección jurídica de las mujeres que por múltiples razones aún no pueden acceder a un aborto seguro en América Latina, el impacto de marcos legales parciales, las estrategias jurídicas utilizadas por las mujeres, las organizaciones y el Estado para avanzar en esta materia.

V. Conclusión

El período incluido en la revisión, es una etapa que podría describirse como de transición sobre la situación del aborto en América Latina y el Caribe, en aspectos jurídicos, sociales y políticos. En tal sentido, encontramos que en los países donde se han producido cambios progresistas en la legislación, el impacto en los indicadores económicos y de salud, aún no son evidentes y públicos, por el contrario están determinados por las barreras en el acceso a los servicios de salud y al subregistro que se deriva de la persecución que hubo en los países donde existió una prohibición total.

Los estudios sobre opinión de la legislación, refuerzan el hecho de que el período es una transición. Los resultados apuntan al desconocimiento en la materia por parte de la población en general y, lo que es más grave, entre los prestadores de servicios de salud. Los jueces y fiscales tienen interpretaciones variadas y que además están influenciadas por temas que trascienden lo jurídico (conceptos religiosos, formación académica, estado civil, etcétera).

Las investigaciones jurídicas, utilizan el derecho comparado para desvirtuar la mayoría de los conflictos constitucionales en los países que tienen leyes restrictivas muestran los elementos que se utilizaron en las demandas y la consecución de cambios de la legislación en las diferentes naciones. También se encuentran los argumentos comunes que se han extraído de los ejercicios de interpretación de la legislación internacional.

Siguen existiendo vacíos en la investigación sobre el aborto. En los temas de salud, debe compararse la situación de la salud entre las mujeres que acceden al aborto en los países que han liberalizado parcialmente la legislación, con aquellas que no pueden acceder al estar fuera de las causales o del tiempo de la despenalización, así como la descripción de las barreras del acceso y las acciones jurídicas que pueden llevarse a cabo para vencer los problemas de accesibilidad, protección e implementación del aborto legal y seguro.

La investigación en torno al aborto ha tenido avances importantes, que van de la mano de los progresos en la legislación. Los temas jurídicos y de derechos humanos están alineados con los movimientos que han producido los cambios legislativos. Por otro lado, las investigaciones en salud permanecen en lo descriptivo y toman distancia de los movimientos sociales, e insisten en la indagación por temas, lo cual no contribuye a la resolución de los conflictos en la prestación de los servicios.

VI. Referencias

1. Kulczycki A. Abortion in Latin America: Changes in Practice, Growing Conflict, and Recent Policy Developments. *Stud Fam Plann.* 2011;42(3):199-220.
2. González Vélez AC. La situación del aborto en Colombia: entre la ilegalidad y la realidad. *Cad Saude Publica.* 2005;21(2):624-8.
3. González Vélez AC. “The health exception”: A means of expanding access to legal abortion. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2012;20(40):22-9. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(12\)40668-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(12)40668-1).
4. Ruibal A. Movement and counter-movement: a history of abortion law reform and the backlash in Colombia 2006–2014. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2014;22(44):42-51. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0968808014448031>.
5. So M. Resolving Conflicts of Constitution: Inside the Dominican Republic’s Constitutional Ban on Abortion. *Indiana Law Journal.* 2011;86(2):713-734.
6. Paúl Díaz Á. Estatus del no nacido en la Convención Americana: Un ejercicio de interpretación. *Ius et Praxis.* 2012;18(1):61-112.
7. Banfi Vique A, Cabrera OA, Gómez Lugo F, Hevia M. El veto del ejecutivo uruguayo a la despenalización del aborto: deconstruyendo sus fundamentos. *Mujer y Salud en Uruguay;* 2010.
8. Boland R, Katzive L. Developments in Laws on Induced abortion: 1998-2007. *Int Fam Plan Perspect.* 2008;34(3):110-120.
9. Cook RJ. Derechos Humanos y Salud Materna: Explorando la Eficacia del Dictamen del Caso *Alyne*. *Revista Argentina de Teoría Jurídica.* 2014;15:1-35.
10. Cúnico SD, Quintana AM, Lúcia C, Beck C. Algumas considerações acerca da legalização do aborto no Brasil. *Mudanças - Psicologia da Saúde.* 2014;22(1):41-47.
11. Marginalized, Persecuted and Imprisoned. The Effects of El Salvador’s Total Criminalization of Abortion. Nueva York: Center for Reproductive Rights; 2014
12. Oberman M. Cristina’s World: Lessons from El Salvador’s Ban on Abortion. *Stan L & Pol’y Rev.* 2013;271:1-38.
13. Miller DB, Parris N. Capturing the Moment: The Barbados Experience of Abortion Law Reform. En Taitu Heron T y Maxwell S, guest eds. Special Issue on Women’s Reproductive Health and Rights in Select Caribbean Countries. *Socual and Economic Studies.* 2012 septiembre;61(3):39-58.

14. F ELF, Autosatisfactiva ALSM. Aborto no punible. Primer aniversario de F,A.L. S/medida autosatisfactiva. ¿Qué obtuvimos y qué nos queda por obtener? Argentina: Asociación por los Derechos Civiles; 2013.
15. Galli B, Drezett J, Neto MC. Aborto e objeção de consciência. Cienc Cult [Internet]. 2012, junio;1:32-35. Disponible en: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252012000200014&script=sci_arttext.
16. Secafen Mingati v, Pereira de Góes W, Garcia da Costa I. The anencephalic fetus abortion and the constitutional issue. Journal of Human Growth and Development. 2012;22(2):133-141.
17. Prada E, Singh S, Villarreal C. Health consequences of unsafe abortion in Colombia, 1989-2008. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2012;118(Supl 2):S92-S98. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(12\)60006-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(12)60006-X).
18. Schiavon R, Troncoso E, Polo G. Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990-2008. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2012;118(Supl 2):S78-S86. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(12\)60004-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(12)60004-6).
19. Singh S, Monteiro MFG, Levin J. Trends in hospitalization for abortion-related complications in Brazil, 1992-2009: Why the decline in numbers and severity? Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2012;118(Supl 2):S99-106. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(12\)60007-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(12)60007-1).
20. Koch E, Chireau M, Pliego F, Stanford J, Haddad S, Calhoun B, *et al.* Abortion legislation, maternal healthcare, fertility, female literacy, sanitation, violence against women and maternal deaths: a natural experiment in 32 Mexican states. BMJ Open [Internet]. 2015;5(2):e006013-e006013. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmjopen-2014-006013>.
21. Malter J. Revisión de un estudio por Koch *et al.* sobre el impacto de las restricciones al aborto en la mortalidad materna en Chile. Comunicado Guttmacher. Guttmacher Institute; 2012.
22. Galli B. Negative Impacts of Abortion Criminalization in Brazil: Systematic Denial of Women's Reproductive Autonomy and Human Rights. University of Miami Law Review [Internet]. 2011;65(3):969-980. Disponible en: <http://repository.law.miami.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1147&context=umlr>
23. Bates C. Abortion and a Right to Health in International Law: L.C. v Peru. Cambridge Journal of International and Comparative Law. 2013;3(2):640-656.
24. Diniz D. Estado laico, objeção de consciência e políticas de saúde. Cad Saude Publica. 2013;29(9):1704-1706.

25. Chávez-Alvarado S. Aborto terapéutico, ausencia injustificada en la política sanitaria. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(3):494-9.
26. Zúñiga Añazco Y. Una propuesta de análisis y regulación del aborto en Chile desde el pensamiento feminista. *Ius et Praxis*. 2013;19(1):255-299.
27. Duarte GA, Osis MJD, Faúndes A, de Sousa MH. Brazilian abortion law: the opinion of judges and prosecutors. *Rev. Saúde Publica*. 2010;44(3):406-420.
28. Wilson KS, García SG, Olavarrieta CD, Villalobos-Hernández A, Rodríguez JV, Smith PS, *et al*. Public Opinion on Abortion in Mexico City after the Landmark Reform. *Stud Fam Plann*. 2011;42(3):175-182.
29. Almeida MAS De, Amorim FHR, Barbosa ÍAF, Dias A, Morita I. Conhecimento na Formação Médica. *Rev Bras Educ Med*. 2012;36(2):243-248.
30. García-Núñez NN, Atienzo EE, Dayananda I, Walker D. Legislación, conocimientos y actitudes de profesionales médicos en relación al aborto en México. *Salud Colect*. 2013 mayo-agosto;9(2):235-246.
31. Ramos S, Romero M, Michel AR. Health care providers' opinions on abortion: a study for the implementation of the legal abortion public policy in the Province of Santa Fe, Argentina. *Reprod Health*. 2014 septiembre 24;11(72).
32. Zamberlin N, Romero M, Ramos S. Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted. *Reprod Health* [Internet]. 2012;9(34):1-11. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3557184&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
33. Briozzo PL. La despenalización del aborto como estrategia hacia una práctica segura, accesible e infrecuente. *Rev. Méd Urug*. 2013;29(2):114-117.