



©Sara Gómez

Asegurando el acceso de las mujeres latinoamericanas a los servicios de aborto seguro:

Una estrategia clave para lograr los objetivos de la CIPD y Beijing, así como los objetivos de desarrollo del milenio

A partir de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en 1994, los compromisos adquiridos a nivel internacional y regional para disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad maternas y promover los derechos sexuales y reproductivos incluyen llamados a tratar el grave problema mundial del aborto inseguro. Aunque se han logrado avances, no ha sido suficiente para detener la corriente de muertes y lesiones maternas a consecuencia del aborto inseguro.

El aborto inseguro constituye una crisis de salud pública, una injusticia social y una violación de los derechos humanos y la dignidad de las mujeres. **Es imperativo eliminar el aborto inseguro para cumplir los objetivos articulados en la CIPD y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en 1995 en Beijing, así como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y otros compromisos internacionales y regionales.** Más aún, tratar el problema del aborto inseguro de manera eficaz es esencial para asegurar menos muertes maternas y mejor salud reproductiva, especialmente para las mujeres en países en desarrollo. Entre los pasos necesarios figuran:

- Ampliar el acceso de las parejas a métodos anticonceptivos modernos a fin de evitar el embarazo no intencional;
- Mejorar la calidad y accesibilidad de la atención postaborto;
- Ampliar el acceso a la atención segura, legal y voluntaria del aborto, a precios asequibles.

Compromisos mundiales para tratar el problema del aborto inseguro

En 1994, el Programa de Acción de la **Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo**, celebrada en El Cairo, afirmó, “En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas” (Párrafo 8.25) y que la prevención del aborto y el manejo de sus complicaciones se deben integrar a los servicios de salud reproductiva en el primer nivel de atención (Párrafo 7.6). (Organización de las Naciones Unidas 1994)

En 1995, en la **Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer**, celebrada en Beijing, los gobiernos reiteraron su reconocimiento del aborto inseguro como un grave problema de salud pública e hicieron un llamado a las naciones a “considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales” (Párrafo 106[k]). (Organización de las Naciones Unidas 1995)

En 1999, el estudio de la Organización de las Naciones Unidas de cinco años de implementación de la CIPD estableció: “...en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a quienes prestan servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas y sea accesible.” (Organización de las Naciones Unidas 1999)

Adoptados en el año 2000, los **Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)** establecen metas para poner fin a la pobreza, mejorar la salud y promover la equidad de género al cabo del año 2015 (Organización de las Naciones Unidas 2008). Los ocho objetivos influyen en la salud y mortalidad maternas. El ODM 5, “Mejorar la salud materna”, abarca dos metas complementarias: Reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna y lograr acceso universal a la salud reproductiva.

Una causa muy importante y evitable de muertes y lesiones maternas

El aborto es una experiencia muy común. Mundialmente, las mujeres interrumpen aproximadamente 41.6 millones de embarazos cada año.

Por lo menos el 95 por ciento de los abortos realizados en África y Latinoamérica y un 60 por ciento en Asia (excluyendo a Asia Oriental) son inseguros (OMS 2007).

A nivel internacional, por lo menos 66,500 mujeres mueren cada año como consecuencia del aborto inseguro. En tan sólo la última década, más de medio millón de mujeres perdieron la vida por falta de acceso a servicios de aborto seguro: mujeres en la flor de la vida que, en su mayoría, tenían hijos y una familia que cuidar (OMS 2007).

El aborto inseguro ocasiona aproximadamente el 13 por ciento de las muertes maternas por complicaciones del embarazo o el parto, y una proporción mucho más alta en muchas regiones y países, especialmente en países en desarrollo (OMS 2007). Sin embargo, **el aborto inseguro es una de las causas de mortalidad materna más fáciles de tratar**, mediante un mejor acceso a la información y los servicios de planificación familiar, atención postaborto de alta calidad y servicios de aborto seguro y legal. Todo lo que falta es la voluntad política para hacerlo.

En los lugares donde el aborto es restringido por la ley, las mujeres interrumpen sus embarazos con la misma frecuencia que en lugares donde se permite ampliamente, pero las tasas de muertes y lesiones a consecuencia del aborto inseguro son mucho más altas en ámbitos restrictivos. En los países desarrollados, donde las leyes de aborto generalmente son menos restrictivas, mueren menos de 60 mujeres al año como consecuencia del aborto inseguro. Sin embargo, en Latinoamérica y el Caribe, esa cifra es de 2,000 al año. Casi la mitad de las muertes por aborto inseguro ocurren entre mujeres y niñas menores de 25 años de edad (OMS 2007A).

Datos importantes

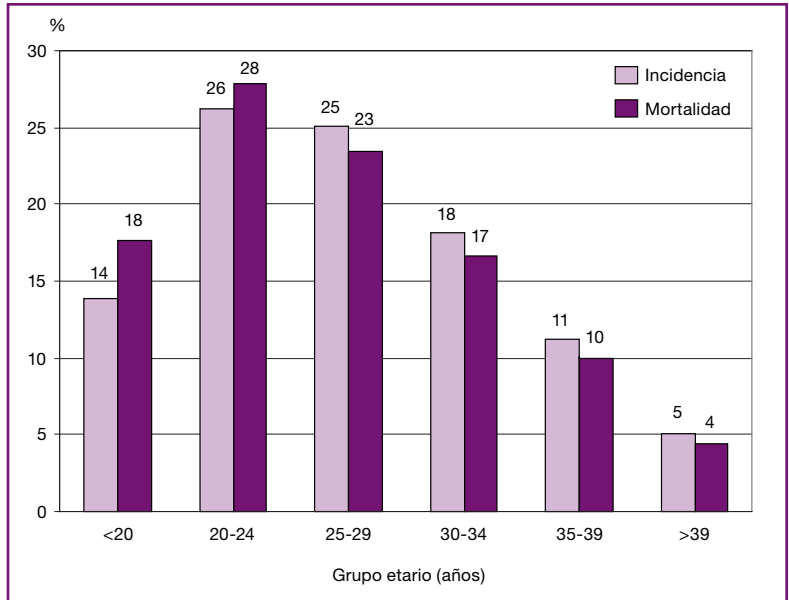
Mundialmente, ocurren unos 20 millones de abortos inseguros cada año, aproximadamente 3.9 millones en Latinoamérica y el Caribe (OMS 2007).

El 98 por ciento de los abortos inseguros ocurren en países en desarrollo con leyes restrictivas de aborto (OMS 2007).

El 11 por ciento de las muertes maternas en Latinoamérica son causadas por abortos inseguros; 66,500 mujeres y niñas mueren a nivel mundial (OMS 2007).

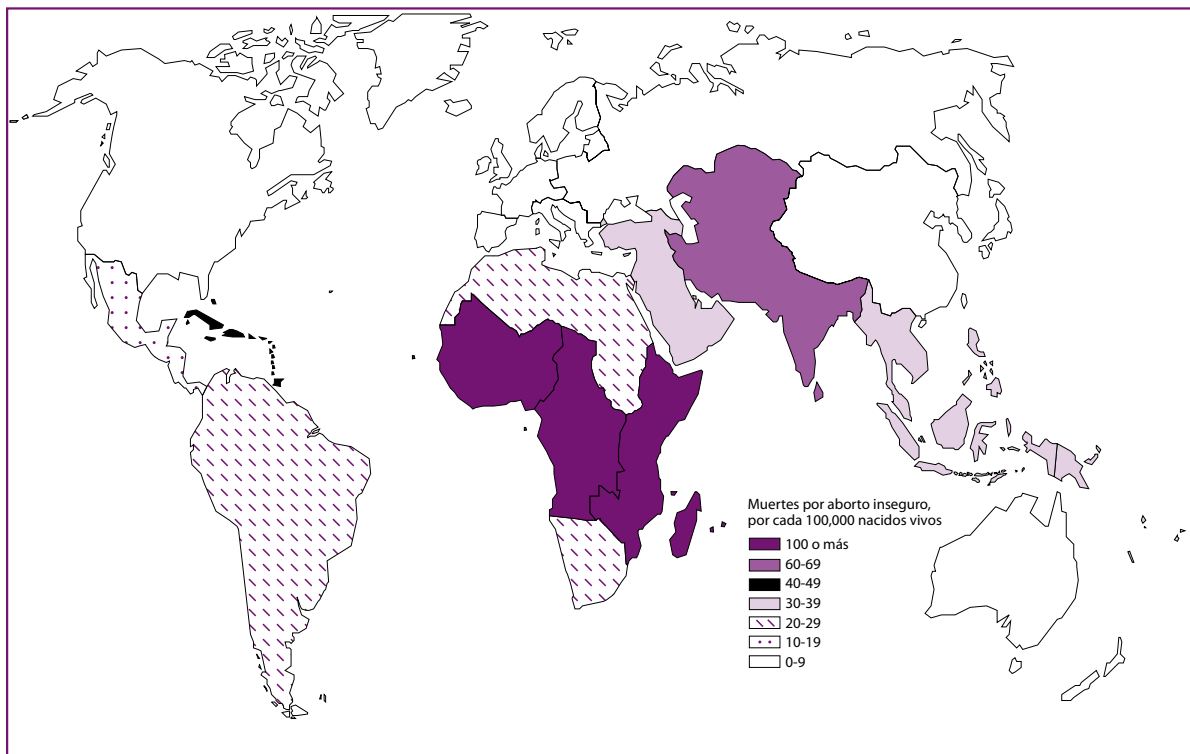
Más de un millón de mujeres y niñas latinoamericanas son hospitalizadas cada año para recibir tratamiento de las complicaciones del aborto inseguro; mundialmente este número aumenta a 5 millones (Singh 2006).

Distribución porcentual del número aproximado de abortos inseguros y mortalidad asociada, por edad, en todas las regiones en desarrollo, 2003. Fuente OMS 2007



El aborto inseguro, por lo general, también causa problemas de salud crónicos y de largo plazo, como infecciones del tracto reproductivo e infertilidad. Al igual que con las muertes relacionadas, las mujeres que corren mayor riesgo de sufrir graves complicaciones a causa del aborto inseguro son jóvenes, pobres y residen en zonas rurales de países con leyes restrictivas de aborto.

Número aproximado de muertes maternas anuales debido al aborto inseguro por cada 100,000 nacidos vivos, por subregión, 2003. Adaptado de: OMS 2007



Cálculos mundiales y regionales de la incidencia anual del aborto inseguro y su asociación con la mortalidad materna, 2003. Fuente: OMS 2007

	Números de abortos inseguros (redondeados)*	Números de muertes relacionadas (redondeados)*	% de todas las muertes maternas
Mundo	19,700,000	66,500	13
Países desarrollados	500,000	<60	4
Países en desarrollo	19,200,000	66,400	13
Latinoamérica y el Caribe	3,900,000	2,000	11
El Caribe	100,000	200	12
Centroamérica	900,000	300	11
Sudamérica	2,900,000	1,400	11
África	5,500,000	36,000	14
Asia	9,800,000	28,400	12
Europa	500,000	<60	6
Norteamérica	–	–	–
Oceanía	20,000	<100	10

*La suma de estos números posiblemente no sea igual al total debido a que fueron redondeados.

Avances logrados al tratar el problema del aborto inseguro: significativos pero insuficientes

Mejores servicios de salud

Entre los avances logrados en las últimas décadas al tratar los problemas relacionados con la mortalidad y morbilidad a consecuencia del aborto, se encuentra un drástico **aumento general en el uso de métodos modernos de planificación familiar**. Entre 1960 y 2000, la proporción de mujeres casadas en países en desarrollo que usaban anticonceptivos para evitar embarazos imprevistos subió de menos del 10 por ciento al 60 por ciento (Cleland et al. 2006). No obstante, las mejoras no han sido uniformes, y en muchos países pobres aún se informan tasas muy bajas de prevalencia del uso de anticonceptivos. En Latinoamérica y el Caribe, por ejemplo, la tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos varía del 32 por ciento en Haití al 78 por ciento en Colombia (WHOSIS).

La prohibición total del aborto en Nicaragua pone en riesgo la vida de las mujeres

A pesar de que la tendencia mundial indica que la mayoría de los países están inclinándose por ampliar las causales bajo las cuales el aborto es permitido por la ley, en 2008 Nicaragua pasó a ser uno de sólo cuatro países del mundo donde se prohíbe el aborto sin excepción, incluso cuando la vida y la salud de la madre correrían peligro si se continuara el embarazo y cuando el embarazo es producto de violencia sexual o de incesto. De acuerdo con el nuevo código penal, las mujeres y niñas que buscan un aborto y los profesionales de la salud que proporcionan servicios de aborto están sujetos a largas condenas de prisión.

La penalización del aborto en Nicaragua no sólo afecta a las mujeres que buscan un aborto, sino también a las mujeres embarazadas que sufren complicaciones obstétricas y otras afecciones médicas no relacionadas con el embarazo porque, al temer las implicaciones jurídicas de la intervención médica, los profesionales de la salud aplazan la prestación de servicios esenciales para salvar vidas. Cuando se niegan servicios de aborto seguro, las mujeres nicaragüenses con embarazos no deseados no tienen ninguna otra opción que recurrir a un aborto clandestino realizado en condiciones de riesgo. El impacto que tiene la prohibición total del aborto en Nicaragua en las mujeres y las niñas es devastador y entra en conflicto directo con el compromiso del gobierno nicaragüense de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad maternas de acuerdo con los Objetivos de la ONU de Desarrollo del Milenio y sus obligaciones para con las leyes internacionales de derechos humanos.

Con el apoyo de donantes y sólidos compromisos gubernamentales en muchos países, un logro importante ha sido **ampliar el acceso de las mujeres a la atención postaborto**: tratamiento de las complicaciones del aborto vinculado a la planificación familiar postaborto, con el fin de evitar repetidos abortos, y otros servicios críticos de salud reproductiva. Al mejorar la disponibilidad y calidad de la atención postaborto, se ha salvado la vida de millares de mujeres, se ha mejorado su salud y se han beneficiado los sistemas de salud al reducir los costos y liberar recursos para otras necesidades.

En los 15 años a partir de la CIPD también se han visto algunas **mejoras en el acceso a los servicios de aborto seguro según lo permite la ley**. En 2003, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*, un recurso innovador que abrió el camino para que en países como Brasil se elaboraran y difundieran normas y directrices nacionales respecto al alcance y la calidad de la atención del aborto (OMS 2003). También se han logrado notables avances, aunque aún insuficientes, en los esfuerzos por capacitar médicos, parteras profesionales y otros prestadores de servicios de salud y por asegurar la disponibilidad de tecnologías para el

Disminución del número de ingresos hospitalarios y muertes maternas a consecuencia del aborto inseguro después de la reforma de la ley sobre aborto

En **Guyana**, en un plazo de seis meses después de la liberalización de la ley de aborto, los ingresos hospitalarios por complicaciones de aborto disminuyeron en un 41 por ciento, en el Hospital Georgetown (Nunes y Delph 1997).

En **Sudáfrica** se vio una disminución del 91.1 por ciento en muertes atribuibles al aborto inseguro desde 1994 hasta el año 2001; la Ley de Libre Elección respecto a la Interrupción del Embarazo entró en vigor en febrero de 1997 (Jewkes et al. 2005).

aborto seguro a precios asequibles, como el instrumental de aspiración por vacío y los agentes farmacológicos según recomienda la OMS.

Otras organizaciones y grupos médicos, incluida la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF 2006) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO 2006), han emitido **guías clínicas y éticas respecto al aborto**. Las directrices de FIGO establecen que las mujeres tienen derecho a acceder métodos anticonceptivos legales, seguros, eficaces, aceptables y a precios asequibles, así como servicios de aborto seguro. Además, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) y FIGO han publicado guías sobre los usos apropiados del misoprostol en salud reproductiva, incluso recomendaciones sobre la interrupción del embarazo y el tratamiento del aborto incompleto y el aborto espontáneo. La Organización Panamericana de la Salud y el Centro Latinoamericano de Perinatología incluyen al aborto seguro en el sistema de registros clínicos perinatales, que se utiliza en toda la región de América Latina.

Las directrices de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OHCHR) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA (ONUSIDA) establecen que las mujeres que viven con VIH tienen derecho al aborto seguro y legal (OHCHR y UNUSIDA 1998). En respuesta a una necesidad articulada por mujeres que viven con VIH mundialmente (ICW 2008), la orientación de la OMS respecto a los servicios de salud reproductiva para las mujeres VIH-positivas hace hincapié en la importancia de asegurar que ellas reciban información completa sobre las opciones de aborto seguro y legal (OMS y UNFPA 2006).

Reforma jurídica

Entre las medidas más importantes para disminuir las tasas de muertes y lesiones a consecuencia del aborto inseguro se encuentra la **liberalización de las leyes de aborto**, lo cual fue realizado, en diversos grados, en 24 países de todas las regiones del mundo, entre 1995 y 2008 (Boland y Katzive 2008, Centro de Derechos Reproductivos 2007, Cook et al. 1999). En Latinoamérica y el Caribe, los países fueron **Colombia, Guyana y Santa Lucía**.

México también ha tomado acción a nivel estatal; en 2007, el Distrito Federal enmendó su código penal para permitir el aborto sin restricción hasta las 12 semanas del embarazo. Lamentablemente, esto ha provocado una reacción violenta por parte de 16 estados, donde se ha enmendado la constitución para proteger la vida desde el momento de la concepción.

Observaciones seleccionadas de Comités de Monitoreo de Tratados sobre los derechos humanos, a gobiernos latinoamericanos

Comité para la Eliminación de Discriminación contra la Mujer, a Nicaragua, 2007:

“El Comité observa asimismo con preocupación la elevada tasa de mortalidad materna, en particular **el número de defunciones a causa de abortos practicados ilegalmente o en condiciones peligrosas**. El Comité observa además con preocupación las gestiones realizadas recientemente por el Estado Parte para tipificar como delito el aborto terapéutico, lo que puede dar lugar a que más mujeres recurran a abortos ilegales, con los consiguientes riesgos para su vida y su salud, y para imponer sanciones severas a las mujeres que se sometan a abortos ilegales, así como a los profesionales de la salud que proporcionen asistencia médica para tratar las complicaciones derivadas de abortos practicados en condiciones peligrosas.”

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales a Bolivia, 2008:

“El Comité alienta al Estado Parte a que tome las medidas necesarias, incluyendo medidas legislativas, para afrontar el problema de la mortalidad de las mujeres a causa de los abortos clandestinos.”

Comité sobre los Derechos del Niño a Chile, 2007

“El Comité exhorta al Estado Parte a revisar su postura de penalización de la interrupción del embarazo en toda circunstancia, incluso en los casos de violación, incesto y situaciones en que corre peligro la vida de la madre.”

Avances en los derechos humanos

Dentro del sistema de las Naciones Unidas de derechos humanos, los Comités de Monitoreo de Tratados evalúan periódicamente el cumplimiento de los gobiernos con las convenciones de derechos humanos que han ratificado. **Cada vez más, estos organismos han instado a los gobiernos a garantizar la capacidad de las mujeres para acceder a los servicios de atención segura del aborto y atención postaborto de acuerdo con las leyes en vigor;** también han recomendado que los gobiernos analicen las restricciones jurídicas al aborto en vista de la evidencia del impacto negativo del aborto inseguro en las mujeres y niñas y del posible conflicto con los compromisos referentes a los derechos humanos.

Acciones que se necesitan urgentemente para salvar la vida de las mujeres latinoamericanas

Pese a estas mejoras, aún queda mucho por hacer para impedir que las mujeres y niñas continúen muriendo a consecuencia del aborto inseguro.

Lograr que los servicios de aborto seguro sean accesibles para las mujeres latinoamericanas y en el resto del mundo, puede contribuir considerablemente al logro de los objetivos de la CIPD y Beijing y los Objetivos de Desarrollo del Milenio; por otro lado, la dependencia en el aborto inseguro perpetúa la pobreza y mala salud de las mujeres. Los líderes de Latinoamérica y la comunidad internacional deben urgentemente:

- 1. Trabajar para cambiar las condiciones que propician embarazos no deseados,** como la pobreza, la falta de equidad de género, la violencia sexual y la falta de acceso a métodos anticonceptivos;
- 2. Establecer, conservar y aplicar plenamente leyes, normas y reglamentos que garanticen la accesibilidad y disponibilidad de los métodos anticonceptivos modernos, incluida la anticoncepción de emergencia, y la interrupción legal y segura del embarazo,** para toda mujer que lo escoja, libre de amenazas de violencia o coerción;
- 3. Asegurar que la atención postaborto y los servicios de aborto seguro se incluyan tanto en los servicios de salud pública como en los privados,** y que tanto los métodos quirúrgicos como los farmacéuticos puedan ser proporcionados por médicos y prestadores de servicios de nivel intermedio, como enfermeras y parteras profesionales;
- 4. Priorizar las necesidades de las adolescentes y mujeres jóvenes** al establecer políticas, programas y directrices, a fin de disminuir el impacto del aborto inseguro entre esta población y facilitar su acceso a servicios de atención integral a la salud reproductiva;
- 5. Poner en práctica estas recomendaciones en línea con los principios de justicia social y derechos humanos,** como la no discriminación y el acceso equitativo, y garantizar que los servicios sean ofrecidos con barreras mínimas, como se esboza en la guía técnica de la OMS sobre el aborto sin riesgos;
- 6. Promover colaboraciones multisectoriales, Sur-Sur y Sur-Norte en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos** a fin de asegurar que las herramientas y experiencias mundiales y locales beneficien a las mujeres en todas las partes del mundo;
- 7. Asegurar que estos esfuerzos reciban suficiente apoyo financiero.**

Recursos seleccionados

- African Union. 2006. *Africa Health Strategy: 2007-2015*. Johannesburg, South Africa, 9-13 April 2006.
- African Union. 2006. *Maputo Plan of Action for the Operationalisation of the Continental Policy Framework for Sexual and Reproductive Health and Rights 2007-2010*. Maputo, Mozambique, 18-22 September 2006.
- African Union. 2003. *Protocolo a la carta africana de derechos humanos y de los pueblos sobre los derechos de las mujeres en África*. Maputo, Mozambique, 11 de julio de 2003.
- Boland, Reed y Laura Katzive. 2008. Developments in Laws on Induced Abortion: 1998–2007. *International Family Planning Perspectives*, 34(3): 110-120.
- Centro de Derechos Reproductivos. 2007. *Abortion worldwide: 12 years of reform*. Nueva York, CRR.
- Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. 2006. Family planning: the unfinished agenda. *Lancet*, 368:1810-1827.
- Cook, Rebecca J., Bernard M. Dickens y Laura E. Bliss. 1999. International developments in abortion law from 1988 to 1998. *American Journal of Public Health*, 89(4):579-586.
- FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia). 2006. *Ethical issues in obstetrics and gynecology*. Londres: FIGO.
- International Planned Parenthood Federation (IPPF). 2006. *International Medical Advisory Panel (IMAP) statement on safe abortion*. London: IPPF.
- Jewkes, Rachel, Helen Rees, Kim Dickson, Heather Brown and Jonathan Levin. 2005. The impact of age on the epidemiology of incomplete abortions in South Africa after legislative change. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 112 (3):355-9.
- Ministerio de Salud del Gobierno de la República de Zambia. 2009. *Standards and guidelines for reducing unsafe abortion morbidity and mortality in Zambia*. Lusaka: Gobierno de Zambia.
- Nunes, Fred e Yvette Delph. 1997. Making abortion law reform work: Steps and slips in Guyana. *Reproductive Health Matters*, 9:66-76.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA (OCHR y ONUSIDA). 1998. *El VIH/SIDA y los derechos humanos: Directrices internacionales. Segunda consulta internacional sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos: Ginebra, 23-25 de septiembre de 1996*. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). 2008. *Lista oficial de indicadores de los objetivos de desarrollo del milenio*. Nueva York: ONU.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). 1999. *Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. A/S-21/5/Add.1*. Nueva York: ONU.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). 1995. *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Beijing, China, 4-15 de septiembre de 1995*. Nueva York: ONU.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). 1994. *Programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, Egipto, 5-13 de septiembre de 1994*. Nueva York: ONU.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2007. *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. 5th edition*. Geneva: WHO.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2003. *Aborto sin riesgos: Guías técnicas y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Sistema de información estadística de la OMS. <http://www.who.int/whosis/en/index.html>.
- Singh, Susheela. 2006. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*, 368: 1887-92.

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 2006. *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. Ginebra: OMS.



*Protegiendo la salud de las mujeres
Promoviendo el respeto a sus derechos reproductivos*

P.O. Box 5027 • Chapel Hill, NC 27514, EE.UU.

1.919.967.7052 • ipas@ipas.org • www.ipas.org

Foto: Sara Gómez

Las fotografías utilizadas en esta publicación son para fines ilustrativos únicamente. No implican actitudes, comportamientos o acciones específicas por parte de los sujetos.

Ipas es una ONG internacional en estado consultivo especial con el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.

©2009 Ipas.

Producido en Estados Unidos de América

 Impreso en papel reciclado.

LACICMDG-S09