

EL DERECHO A DECIDIR SOBRE EL PROPIO CUERPO POR PARTE DE LAS MUJERES EN AMÉRICA LATINA: ENTRE LA LEGALIZACIÓN Y LA ILEGALIDAD SIN EXCEPCIONES

Mónica Colombara

ISFD 41, A. Brown/Fundación Propuesta
monica.colombara@gmail.com

Resumen:

El objetivo de este trabajo es reconocer uno de los temas prioritarios de la agenda feminista latinoamericana: el derecho a decidir sobre el propio cuerpo por parte de las mujeres. Desde la geografía feminista, se analizan argumentos sobre el derecho al aborto como un asunto de justicia social, una cuestión de salud pública y de derechos humanos.

Aborda un aspecto de la visión latinoamericana sobre la lucha del movimiento feminista por el derecho al aborto. Primero plantea la desventaja estructural que implica la manera en que las mujeres latinoamericanas, especialmente las de las capas más pobres viven cuestiones de salud reproductiva y, en especial, la mortalidad por abortos ilegales. Luego analiza el estatus legal del aborto según países y regiones y la incidencia que tiene el aborto ilegal en la mortalidad materna.

Para finalizar, hace especial mención de la situación del aborto en Argentina en el contexto del proceso de debate parlamentario sobre la despenalización y legalización del aborto en Argentina. Y el rol que cumple una de las principales organizaciones feministas cuya prioridad es la legalización del aborto en el país. Concluye destacando la importancia del derecho a decidir de las mujeres como elemento primordial para el desarrollo de la región.

Palabras claves: Aborto – estatus legal - movimiento feminista – América Latina y El Caribe

Introducción

Una de las demandas básicas del movimiento feminista en América Latina, a partir de la segunda ola – es decir, desde los años 70-, es el derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Desde el comienzo, las primeras activistas reivindicaron tres demandas principales: la maternidad voluntaria (que implica el derecho a la educación sexual y al uso de anticonceptivos así como el acceso legal al aborto voluntario), por un lado, y el cese de la violencia sexual, y el respeto a la libre opción sexual, por otro.

Estas demandas, presentes desde entonces en todas las expresiones del feminismo, -ya sea las institucionalizadas o las autónomas-, y acompañadas posteriormente por el colectivo LGBTT, se convirtieron en los ejes principales alrededor de los cuales despegaría el activismo de esta región. Este se caracteriza en los últimos años por estar presente en el espacio público, e interpela a las mujeres, en especial, y a la sociedad, en general (Colombara y Laguna; 2018)

La mexicana Marta Lamas ⁽¹⁾ en un trabajo realizado en 2008, expresa que si bien la condición de las mujeres latinoamericanas ha variado significativamente a lo largo de los últimos años, persisten aún graves indicadores de la subordinación de género. Entre ellos cita la importancia determinante que se le otorga a la maternidad y al cuidado del hogar como destino esencial de las mujeres, la feminización de la pobreza, el analfabetismo funcional, la deserción escolar, la deficiente educación formal, la carencia de una educación sexual adecuada y el peso de las prescripciones religiosas. En este contexto, la mayor

¹ “El aborto en la agenda del desarrollo en América Latina”

fragilidad se da en el campo de la salud reproductiva con riesgos mortales vinculados a la maternidad y al aborto ilegal. Por eso, la autora vincula a la maternidad –en este contexto– como una desventaja estructural y menciona que reproduce y perpetúa la situación de vulnerabilidad social y de exclusión social de las mujeres.

En este sentido resulta pertinente recordar que si bien los índices de fecundidad han disminuido en casi todos los países de América Latina, la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años es más de 3 veces superior al promedio de los países desarrollados y 1,5 veces mayor que la del promedio de los países en desarrollo (CEPAL, 2011), y además la tendencia de la fecundidad es creciente dando lugar a la llamada fecundidad adolescente o maternidad temprana. Esta situación es muy marcada en los estratos pobres y constituye un determinante de la condición de exclusión y discriminación de las mujeres, y de la violencia que conllevan.

“La fecundidad continúa siendo invariablemente más elevada cuanto más bajo es el nivel de educación alcanzado por la mujer. Si bien en períodos recientes la fecundidad ha descendido en todos los niveles educativos, en muchos países el ritmo de descenso ha sido diferente para los distintos grupos, siendo en general inferior en el caso de las mujeres con menor educación. Como consecuencia de esto, las diferencias relativas se profundizan. En general, las mujeres con bajo nivel de instrucción tienen una menor prevalencia en el uso de anticonceptivos, lo que a su vez guarda una estrecha relación con la demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar” (CEPAL, 2011, 85)

El círculo vicioso de maternidad precoz, número de hijos, falta de educación y menor capacitación laboral es una “estructura de desventaja” que refuerza la pobreza y la desigualdad. También lo es la maternidad “impuesta o forzada” para las mujeres de cualquier grupo en edad en condiciones de procrear (entre 15 y 44 años de edad). En otras palabras, persisten diferencias significativas entre grupos sociales dentro de los países, como expresión de las desigualdades socioeconómicas que continúan imprimiendo el carácter distintivo de América Latina, una de las subregiones más inequitativas del mundo.

La desigualdad también se da cuando analizamos la mortalidad materna. Se estima que anualmente, cerca de 760,000 mujeres en la región reciben tratamiento por complicaciones de abortos inseguros. En 2014, al menos 10% del total de muertes maternas (o 900 muertes) en América Latina y el Caribe se debieron a abortos inseguros. Las complicaciones más comunes del aborto inseguro son el aborto incompleto, la pérdida excesiva de sangre y la infección.

Ambos indicadores, embarazo adolescente y mortalidad materna por abortos, son expresiones de las dificultades que enfrentan las mujeres ante la escasez de información y educación sexual, de las dificultades para acceder a métodos anticonceptivos y de aborto legal.

El movimiento feminista considera que además de ser un asunto de acceso universal a la salud pública, especialmente salud reproductiva, en América Latina el aborto es un problema de justicia social, porque las mujeres con recursos económicos abortan sin peligro en los consultorios de sus ginecólogos, mientras las demás arriesgan su salud y sus vidas. Son justamente las indígenas, campesinas y trabajadoras pobres quienes mueren, quedan dañadas o van a la cárcel por los abortos ilegales.

No obstante la gravedad de lo que ocurre, la decisión de despenalizar esta práctica continúa negada por gobiernos supuestamente democráticos; la alianza del fundamentalismo eclesiástico con el conservadurismo local ha obstaculizado un tratamiento racional del problema. No obstante, el tema deja de ser “tabú”, se visibiliza cada vez con mayor potencia,

cuenta cada vez con más apoyo de diversos sectores de la ciudadanía, especialmente de mujeres jóvenes y adolescentes, en la mayoría de los países de la región.

Para una mejor comprensión, a continuación se realizan algunas precisiones conceptuales, luego se presentan algunas estimaciones. Posteriormente se trata el estatus legal del aborto según países y regiones, ya que la situación jurídica del aborto es un indicador importante de la capacidad que tienen las mujeres de ejercer sus derechos reproductivos. Las restricciones legales al aborto con frecuencia causan altas tasas de abortos inseguros e ilegales, lo que a su vez genera altas tasas de mortalidad materna, debido al estrecho vínculo entre los abortos inseguros y la mortalidad materna.

El término “*aborto*” designa la interrupción del desarrollo del feto durante el embarazo. Puede ser *aborto espontáneo* o *aborto inducido*. El aborto espontáneo, también llamado aborto *natural* no es provocado intencionalmente.

Las causas más frecuentes son la muerte fetal, anomalías congénitas del feto, frecuentemente genéticas; en otros casos se debe a anormalidades del tracto reproductivo, o a enfermedades sistémicas de la madre o enfermedades infecciosas.

El aborto *inducido* consiste en provocar la muerte biológica del embrión o feto para su posterior eliminación, con o sin asistencia médica y en cualquier circunstancia social o legal. Dentro de los abortos inducidos existen sub ramas:

- a) aborto terapéutico: justificado por razones médicas.
- b) aborto con medicamentos, causado por la administración de medicamentos (mifepristona y/o misoprostol).
- c) aborto quirúrgico: conjunto de técnicas quirúrgicas con el fin de de provocar el aborto.

Los abortos también se clasifican en seguros y peligrosos. Los abortos *seguros* deben ser practicados o secundados por una persona debidamente formada que aplique métodos recomendados por la OMS acordes con el tiempo de embarazo de la paciente

Es posible prevenir casi todos los casos de muerte o discapacidad a consecuencia de un aborto mediante la educación sexual, el uso de métodos anticonceptivos eficaces, la práctica de abortos provocados legales y seguros y la atención a tiempo de las complicaciones

El aborto *peligroso* se produce cuando una persona carente de la capacitación necesaria pone fin a un embarazo, o se hace en un entorno que no cumple las normas médicas mínimas, o cuando se combinan ambas circunstancias.

Las personas, capacidades y normas médicas consideradas seguras para realizar un aborto son diferentes para el aborto médico (que se realiza sólo con medicación) y del aborto quirúrgico (que se realiza con una aspiradora manual o eléctrica). La capacitación y las normas médicas requeridas para realizar un aborto seguro también varían en función de la duración del embarazo y de los cambiantes progresos científicos y técnicos.

Las mujeres, adolescentes y adultas, con embarazos no deseados suelen recurrir al aborto peligroso si no pueden acceder al aborto seguro. Los obstáculos para acceder al aborto seguro incluyen: legislación restrictiva; poca disponibilidad de servicios; costos elevados; estigmatización; objeción de conciencia del personal sanitario; requisitos innecesarios, tales como períodos de espera obligatorios, asesoramiento obligatorio, suministro de información engañosa, autorización de terceros, pruebas médicas innecesarias que retrasan la atención.

La información sobre las tasas y tendencias de abortos a nivel mundial y regional es escasa, parcial e incompleta. Los abortos seguros se realizan de acuerdo con guías que conllevan un riesgo muy bajo de complicaciones, en tanto, los abortos inseguros contribuyen sustancialmente a la morbilidad y mortalidad materna en todo el mundo

Según los cálculos de la OMS para 2008, anualmente se realizan 22.000.000 de abortos peligrosos, de los cuales 47.000 provocan defunciones y más de 5 millones conllevan complicaciones, entre ellas: aborto incompleto (no se retiran o se expulsan del útero todos los tejidos embrionarios); hemorragias (sangrado abundante); infección; perforación uterina (cuando se atraviesa el útero con un objeto afilado); y daños en el tracto genital y órganos internos debidos a la introducción de objetos peligrosos tales como varillas, agujas de tejer o vidrio roto en la vagina o el ano.

Las principales complicaciones del aborto peligroso que ponen en peligro la vida son las hemorragias, las infecciones y los traumatismos del tracto genital y los órganos internos.

Se calcula que, en las regiones desarrolladas, por cada 100.000 abortos peligrosos se producen 30 defunciones. Ese número aumenta a 220 defunciones por cada 100.000 abortos peligrosos en las regiones en desarrollo, y a 520 muertes por cada 100.000 abortos peligrosos en el África subsahariana.

Las tasas de mortalidad relacionadas con el aborto peligroso afectan desproporcionadamente a las mujeres de África. En ese continente, la proporción de abortos peligrosos es del 29%, pero las defunciones relacionadas con el aborto peligroso ascienden al 62%.

Toda mujer con un embarazo no deseado y sin acceso a servicios de aborto seguro está en riesgo de aborto peligroso. Las mujeres pobres tienen más probabilidades de someterse a un aborto peligroso que las mujeres más acomodadas. Las defunciones y los traumatismos son más probables cuando se practican abortos en una fase avanzada del embarazo. La tasa de abortos peligrosos es más alta cuando el acceso a métodos anticonceptivos eficaces y a servicios de aborto seguro es limitado o inexistente.

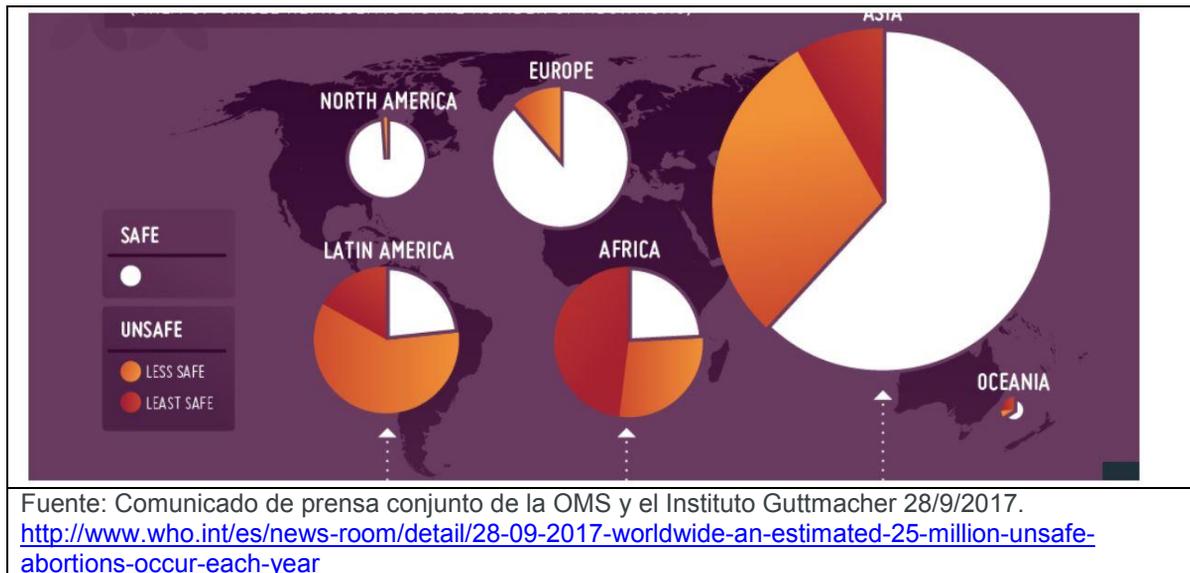
La práctica de extraer información de las mujeres que buscan atención médica de emergencia como resultado de un aborto ilegal, y la exigencia legal que obliga a médicos y otro personal sanitario a notificar los casos de mujeres que se han sometido a un aborto, demoran la atención y aumentan los riesgos para la salud y la vida de las mujeres. Las normas de derechos humanos de las Naciones Unidas piden a todos los países que proporcionen tratamiento inmediato y sin reservas a toda persona que solicite atención médica de emergencia.

El aborto peligroso se puede evitar por medio de una adecuada información y educación sexual; la prevención de los embarazos no deseados mediante el uso de métodos anticonceptivos eficaces, incluidos los anticonceptivos de emergencia; y la prestación de servicios legales de aborto seguro².

Además, las defunciones y discapacidades derivadas de los abortos peligrosos se pueden limitar mediante el oportuno tratamiento de emergencia de las complicaciones

Un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Guttmacher recientemente publicado por la revista The Lancet (2017) ofrece estimaciones sobre los abortos seguros y los abortos peligrosos. En el período 2010-2014 se produjeron en todo el mundo 25 millones de abortos peligrosos (45% de todos los abortos) al año; la mayoría de abortos peligrosos (97%) se produjo en países en desarrollo de África, Asia y América Latina.

² Vale recordar el lema de la Campaña Nacional por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito: Educación Sexual para decidir - Anticonceptivos para no abortar - Aborto Legal para no morir



Por primera vez se incluyen subcategorías dentro de la categoría de abortos peligrosos, a saber, abortos «*menos seguros*» o «*nada seguros*». Esta distinción permite una comprensión más matizada de las diferentes circunstancias en que abortan las mujeres que no pueden acceder a abortos seguros practicados por un profesional cualificado.

Cuando los abortos se realizan de conformidad con las directrices y normas de la OMS, el riesgo de complicaciones graves o muerte es insignificante. De 2010 a 2014, aproximadamente el 55% de todos los abortos se realizaron en condiciones de seguridad, lo que significa que fueron llevados a cabo por profesionales sanitarios cualificados mediante un método recomendado por la OMS que fue apropiado a la duración del embarazo.

Casi un tercio (31%) de los abortos fueron «*menos seguros*», lo que significa que fueron practicados bien por un profesional cualificado que utilizó un método poco seguro o desfasado como el legrado uterino instrumental, bien por una persona no cualificada, incluso si esta utilizó un método seguro como el misoprostol, medicamento que se puede utilizar para muchos fines médicos, incluida la inducción de un aborto.

En aproximadamente el 14% de los casos se trató de abortos «*nada seguros*» realizados por personas no cualificadas con métodos peligrosos, como la introducción de objetos extraños y el uso de brebajes de hierbas. El número de muertes por complicaciones derivadas de abortos peligrosos fue elevado en las regiones donde la mayoría de los abortos se realizaba en condiciones nada seguras. Las complicaciones derivadas de abortos «*nada seguros*» pueden incluir el aborto incompleto (que se produce cuando no se retira del útero todo el tejido del embarazo), la hemorragia, lesiones vaginales, cervicales y uterinas, e infecciones.

En el citado estudio también se analizan los contextos que suelen propiciar que las mujeres recurran a abortos peligrosos, incluidas las leyes y políticas de los países en materia de aborto, el costo financiero de acceder a servicios de aborto seguro, la disponibilidad de servicios de aborto seguro y de profesionales sanitarios cualificados, y las actitudes sociales ante el aborto y la igualdad de género.

En los países donde al aborto está completamente prohibido o se permite solo para salvar la vida de la mujer o preservar su salud física, solo 1 de cada 4 abortos fue seguro; por el contrario, en los países donde el aborto es legal en supuestos más amplios, casi 9 de cada

10 abortos se realizó de manera segura. Restringir el acceso al aborto no reduce el número de abortos.

La mayoría de los abortos que se realizan en Europa occidental y septentrional y en América del Norte son seguros. Estas regiones también tienen las tasas de aborto más bajas. La mayoría de los países de estas regiones también cuentan con leyes relativamente permisivas sobre el aborto, altos niveles de uso de anticonceptivos, desarrollo económico e igualdad de género, y servicios sanitarios de alta calidad, factores todos ellos que contribuyen a que los abortos sean más seguros.

En cuanto a las regiones en desarrollo, la proporción de abortos seguros en Asia oriental (incluida China) fue similar a la de las regiones desarrolladas. En Asia centromeridional, sin embargo, menos de 1 de cada 2 abortos fue seguro. Fuera del África meridional, menos de 1 de cada 4 abortos en África fue seguro. De los abortos que no fueron seguros, la mayoría fueron «nada seguros».

En América Latina, solo 1 de cada 4 abortos fue seguro, si bien la mayoría de ellos se consideraron como «menos seguros», ya que cada vez es más frecuente que las mujeres de la región obtengan y se autoadministren medicamentos como el misoprostol fuera de los sistemas de salud oficiales. Esto ha conllevado que en la región se hayan registrado menos muertes y complicaciones graves derivadas de abortos peligrosos. Sin embargo, este tipo de aborto por autoadministración informal de medicamentos al que las mujeres tienen que recurrir en secreto no cumple las normas de la OMS en materia de aborto seguro.

Datos y cifras según la Organización Mundial de la Salud

- Entre 2010 y 2014 hubo en el mundo un promedio anual de 56.000.000 de abortos provocados (en condiciones de seguridad o sin ellas).
- Hubo 35/1000 mujeres de entre 15 y 44 años de edad, de abortos provocados.
- Un 25% de los embarazos acabaron en aborto provocado.
- La tasa de abortos fue mayor en las regiones en desarrollo que en las desarrolladas.
- Según los cálculos, cada año hubo en el mundo unos 25.000.000 de abortos sin condiciones de seguridad, casi todos ellos en países en desarrollo (1).
- De ellos, 8 millones fueron practicados en condiciones inseguras y/o peligrosas.
- En Asia se concentraron más de la mitad del total estimado de abortos sin condiciones de seguridad que hubo en el mundo.
- En América Latina y África: 3 de cada 4 abortos practicados se realizaron sin condiciones de seguridad.
- El riesgo más elevado de morir se situaba en África.
- Entre un 4,7% y un 13,2% de la mortalidad materna anual puede atribuirse a un aborto sin condiciones de seguridad (2).
- En los países en desarrollo, alrededor de 7.000.000 de mujeres por año son hospitalizadas como consecuencia de un aborto sin condiciones de seguridad (3).

(1) Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, sixth edition; 2011. Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization.

(2) Henshaw SK. ¿Qué tan seguro es el aborto terapéutico? En: Teoh ES, Ratnam SS, Macnaughton M, eds. El estado actual de la serie de ginecología y obstetricia, vol 5. Carnforth, Reino Unido: Parthenon Publishing Group, 1993: 31-41.

(3) L Haddad. Unsafe Abortion: Unnecessary Maternal Mortality. Rev Obstet Gynecol. 2009 Spring; 2(2): 122-126.

Fuente: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>

De acuerdo a datos del Instituto Guttmacher, se estima que, en el período 2010–2014, ocurrieron unos 6.5 millones de abortos inducidos, por año, lo que representa un aumento respecto a los 4.4 millones ocurridos durante 1990–1994.

La tasa anual de aborto, estimada en 44 procedimientos por 1,000 mujeres en edad reproductiva (15–44), tuvo un ligero aumento con respecto a los 40 por 1,000 del período 1990–1994.

En un análisis más desagregado, la tasa regional de aborto es aproximadamente de 48 por 1,000 para las mujeres casadas y 29 por 1,000 para las mujeres solteras.

Durante el período 2010–2014, las tasas de aborto variaron a lo largo de las subregiones desde 33 por 1,000 mujeres en América Central a 48 por 1,000 en América del Sur y hasta 59 por 1,000 en el Caribe.

La proporción del total de embarazos en América Latina y el Caribe que terminan en aborto aumentó entre 1990–1994 y 2010–2014, de 23% a 32%.

Tasas y porcentajes			
Estimaciones regionales y subregionales del aborto inducido, América Latina y el Caribe, 1990-1994 Y 2010-2014			
Región y Subregión	Tasa de aborto*		% del total de embarazos que terminan en aborto
	1990-1994	2010-2014	2010-2014
América Latina y el Caribe	40	44	32
Caribe	60	59	37
América Central	27	33	24
América del Sur	43	48	34

* abortos por 1000 mujeres en edades de 15-44.
 Nota: ninguna de las diferencias entre 1990-1994 y 2010-2014 fue estadísticamente significativa.

Fuente: Tabulaciones especiales de datos actualizados de Sedgh G et al., Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends, Lancet, 2016, 388(10041):258–267. Consultado en: <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-en-america-latina-y-el-caribe>

Situación legal del aborto - 2017

Los países y territorios en América Latina y el Caribe pueden clasificarse en seis categorías según las causales por las cuales el aborto se permite legalmente

Causal	Países y territorios
Prohibido totalmente (sin excepción legal explícita)	El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua, República Dominicana, Surinam
Para salvar la vida de la mujer	Antigua y Barbuda, Brasil (a), Chile (a, c), Dominica, Guatemala, México (a, c, e), Panamá (a, c, d), Paraguay, Venezuela.
Para salvar la vida de la mujer/preservar la salud física*	Argentina (a), Bahamas, Bolivia (a, b). Costa Rica, Ecuador, Granada y Perú.
Para salvar la vida de la mujer/preservar la salud física o mental	Colombia (a, b, c), Jamaica, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía (a, b), Trinidad y Tobago
Para salvar la vida de la mujer/preservar la salud física o mental/razones socio económicas	Barbados (a, b, c, d), Belice (c), San Vicente y las Granadinas (a, b, c)
Sin restricciones en cuanto razón	Cuba (d), Puerto Rico, Uruguay (d)
* Incluye países con leyes que hacen referencia simplemente a la "salud" o a indicaciones "terapéuticas" que pueden interpretarse más ampliamente que la salud física. Notas: algunos países también permiten el aborto en los casos de: (a) violación, (b) incesto, (c) anomalía fetal. Algunos países restringen el aborto al requerir (d) autorización de los padres. En México (e) la legalidad del aborto se determina a nivel de cada entidad federativa, y la categorización legal en esta lista refleja la situación para la mayoría de las mujeres. Los países que permiten el aborto sin restricción en cuanto al motivo tienen límites gestacionales (generalmente el primer trimestre) para abortos legales en las categorías 2 a 5, los límites de edad gestacional difieren según la causal prescrita.	

Fuente: Center for Reproductive Rights (CRR), The World's Abortion Laws 2017, New York: CRR, 2017; y Singh S et al., Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access, New York: Guttmacher Institute, 2018. Consultado en: <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-en-america-latina-y-el-caribe>

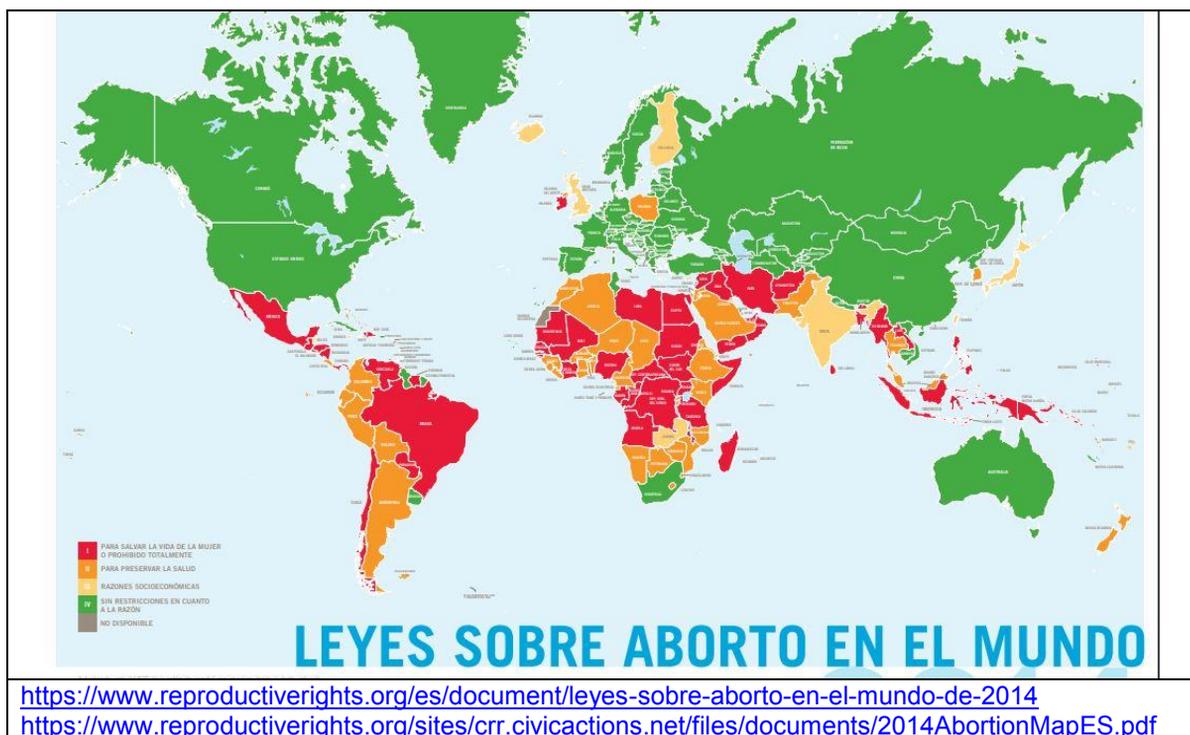
De acuerdo a la información que brinda el cuadro precedente: más del 97% de las mujeres en edad reproductiva en América Latina y el Caribe viven en países con leyes de aborto restrictivas (es decir, países en las primeras cuatro categorías del Cuadro). El aborto está totalmente prohibido sin excepciones en seis países. Otros nueve lo permiten casi exclusivamente para salvar la vida de la mujer, y solo unos pocos ofrecen excepciones limitadas en casos de violación (Brasil, Chile, México y Panamá) y anomalía fetal grave (Chile, Panamá y casi la mitad de los estados de México). Menos del 3% de las mujeres de

la región viven en países en donde el aborto es legal en términos amplios; es decir, donde es permitido ya sea sin restricción en cuanto a razón o por razones socioeconómicas.

En otras palabras, de todas las regiones del mundo, América Latina es la que posee las leyes más prohibitivas contra el aborto. En la práctica, en América Latina ninguna mujer, aunque cumpla con los preceptos legales, tiene acceso al aborto en hospitales públicos. Esto lleva a preguntarnos si hay relación entre la incidencia del aborto y el estado legal del aborto? ¿ la ley es un factor que afecta la incidencia del aborto? ¿ las leyes restrictivas del aborto evitan que las mujeres realicen abortos?

El Centro de Derechos Reproductivos ha elaborado, desde 1998, un mapa de *Leyes sobre aborto en el mundo*, para comparar visualmente la situación jurídica del aborto en distintos países, con la finalidad de promover cambios legislativos que garanticen el acceso seguro y legal al aborto para todas las mujeres alrededor del mundo. La situación jurídica del aborto es un indicador importante de la capacidad que tienen las mujeres de ejercer sus derechos reproductivos.

Las restricciones legales al aborto con frecuencia causan altas tasas de abortos inseguros e ilegales, lo que a su vez genera altas tasas de mortalidad materna, ya que hay un vínculo directo entre los abortos inseguros y la mortalidad materna. El siguiente mapa puede considerarse un recurso para todas aquellas personas que trabajan por reformar las legislaciones restrictivas del derecho al aborto, también como una herramienta que permita identificar el progreso y los desafíos que aún quedan por superar en la defensa de los derechos reproductivos, y como un recurso didáctico para la Educación Sexual Integral (ESI)



Un recurso interesante para aplicar en Educación Sexual Integral, es el mapa interactivo “El aborto en América Latina”, realizado por parte de @notimerica.com y @europapress.com con la aplicación *thinklink*, se puede encontrar en:

<https://www.thinking.com/scene/631895640321818626?buttonSource=viewLimits>

A continuación, y teniendo en cuenta que reconocer el proceso de intervención política de diferentes colectivos feministas es de gran complejidad, por la diversidad de organizaciones, corrientes y orientaciones del feminismo latinoamericano que interpelan y resisten al patriarcado, y que además, excede el alcance de este trabajo, sólo se presentan datos relevantes de la situación en Argentina y luego se analiza brevemente el rol del colectivo Campaña Nacional por el aborto seguro, legal y gratuito, en el proceso que condujo al reciente debate en el Congreso argentino.

Datos relevantes de Argentina ⁽³⁾ no difieren de algunas de las estimaciones regionales ya mencionadas, por ejemplo, el 17% por ciento de las mujeres que se tratan por abortos en los hospitales públicos son menores de 20 años. Siete de 10 cada diez adolescentes que tienen un hijo reportan que ese embarazo no fue deseado. Un 30% de las jóvenes de entre 15 y 29 años que abandonó el secundario lo hizo por embarazo o maternidad.

Las cifras oficiales dan cuenta también de 43 mujeres muertas como consecuencia de abortos en 2016, lo que convierte al aborto en la principal causa de muerte materna; esa cifra incluye tanto los abortos espontáneos como los inducidos. De acuerdo a datos aportados por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, el 28% corresponde a abortos espontáneos, embarazos extrauterinos u otros "productos anormales de la concepción". Y el 72% están catalogadas como productos de "otros abortos", "abortos no especificados" e "intentos fallidos de aborto".

De acuerdo a la CEPAL, en la Argentina se practican unos 500.000 abortos por año. Los egresos hospitalarios por aborto fueron 47.063 en hospitales públicos, para 2014. De ese total de egresos hospitalarios por aborto, el 42% (casi 20.000) corresponde a mujeres menores de 25 años. La mayor cantidad de casos de egresos hospitalarios por aborto de menores de 25 años se produjo en la provincia de Buenos Aires (con 5959 casos). Y el segundo lugar lo ocupa Salta (con 1764 casos), cifra muy alta en relación con la población de ese distrito. Cabe recordar que estas dos provincias no suscribieron el protocolo del Ministerio de Salud para la interrupción legal del embarazo.

Los egresos hospitalarios por embarazos adolescentes (de menores de 20 años), fueron 8000 en 2014, un 17 por ciento del total. Las provincias con mayor porcentaje en esa franja etaria fueron Chaco y Entre Ríos, con el 22,9 por ciento y 22,2 por ciento, respectivamente. Esos dos distritos son de los que suscribieron el protocolo nacional. En el citado informe se agrega además que *"gran parte de los embarazos en la adolescencia de niñas menores de 15 años son fruto y producto de situaciones de abuso sexual y violación, y esto tiene riesgos sobre la salud de las niñas ya que su interrupción muchas veces se hace en condiciones inseguras"*.

Según cifras de la Campaña Nacional por el Derecho al aborto seguro, legal y gratuito⁴, en Argentina se realizan entre 370.000 y 520.000 abortos al año, muchos de ellos en

³ Informe oficial dado por la Jefatura de Gabinete nacional antes del tratamiento de la ley de Interrupción voluntaria de embarazo (IVE) <https://www.lanacion.com.ar/2117103-antes-de-empezar-el-debate-el-gobierno-dio-cifras-sobre-el-aborto>

⁴ Cabe recordar que la Campaña es una alianza federal argentina de organizaciones y personalidades que articula y recupera parte de la historia de las luchas desarrolladas en pos del derecho al aborto legal, seguro y gratuito. Tiene su origen en el 18° Encuentro Nacional de Mujeres (ENM) realizado en Rosario en el año 2003; en el 19° ENM desarrollado en Mendoza en el 2004, surge la

condiciones de clandestinidad. Alrededor de 49.000 mujeres resultan hospitalizadas por estas prácticas

La Campaña, con un abordaje integral, plantea la modificación en los sistemas de educación, salud y justicia y profundos cambios culturales. Propone despenalizar y legalizar el aborto para que las mujeres que decidan interrumpir un embarazo tengan atención segura y gratuita en los hospitales públicos y obras sociales de todo el país. La defensa del derecho al aborto es una causa justa en razón de su contenido democrático y de justicia social, que busca asegurar el goce de los derechos humanos a las mujeres hoy privadas de ellos.

Argentina debatió sobre la legalización del aborto entre fuertes controversias y polémicas durante más de cinco meses. El proyecto fue presentado por la Campaña Nacional por el aborto seguro, legal y gratuito, el 06 de marzo, ante la cámara de Diputados de la Nación, después de haber sido rechazado siete veces, desde 2007.

Este logro es visto como resultado directo del activismo a favor de los derechos de la mujer especialmente a partir de 2015 con la campaña contra femicidios liderada por la colectiva “Ni una menos”. Desde ese entonces, cientos de miles de mujeres tomaron las calles para despertar conciencia sobre la violencia hacia las mujeres e impulsar que haya leyes más fuertes para la protección de las mujeres. Y se vive una “asamblea permanente”. (Colombara y Laguna, 2018)

Durante dos meses expusieron cientos de expertos y testigos ante tres comisiones que se reunió cada dos semanas para escuchar diferentes posturas y luego discutir la legislación. Después de casi 24 horas de una histórica sesión, la Cámara de Diputados dio media sanción al proyecto de legalización y despenalización del aborto por 129 votos a favor y 125 en contra. El proyecto con media sanción llegó a la Cámara de Senadores para su tratamiento, donde fue rechazado por 38 votos a 31, el 09 de agosto.

Exigencias del feminismo, a modo de conclusión:

Para revertir muchas de las condiciones nefastas visibilizadas en párrafos anteriores (ya sea a través de datos oficiales y/o estimaciones por la ilegalidad del aborto en la gran mayoría de los países de la región), las organizaciones feministas luchan cotidianamente, y consideran que:

Deben implementarse programas y políticas que mejoren los conocimientos, el acceso y el uso de métodos anticonceptivos de hombres y mujeres con el fin de reducir el número de embarazos no deseados, así como los abortos o nacimientos no planificados que generalmente ocurren como consecuencia.

También deben ser mejoradas y expandidas la provisión y la calidad de la atención postaborto con el fin de reducir el número de complicaciones y muertes derivadas del aborto inseguro.

Se deben ampliar las causales para el aborto legal y mejorar el acceso a servicios de aborto seguro para reducir el número de procedimientos clandestinos así como las consecuencias negativas que usualmente resultan de ellos.

Se debe priorizar el acceso a la planificación familiar y la atención postaborto para mujeres que viven en condiciones de pobreza y en áreas rurales, quienes experimentan tasas desproporcionadamente altas de complicaciones y muertes derivadas del aborto inseguro.

consigna: “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”.

El acceso a una interrupción segura del embarazo, tal como se ha estado analizando, es cuestión de salud pública, de justicia social y, especialmente, es un problema democrático: en el derecho a decidir se encuentran vivos los principios políticos de una democracia moderna pluralista y la no satisfacción de la reivindicación de despenalizar el aborto no sólo causa muertes y sufrimientos; también nutre el desencanto de millones de latinoamericanas con los procesos democráticos en sus países.

Para alcanzar una cultura política verdaderamente democrática en toda la región, es necesario reconceptualizar el aborto como derecho. Un estado democrático que pretende ofrecer igualdad a las personas, a partir del principio de soberanía popular y de la libre determinación de los individuos, debe ser laico. La acción gubernamental laica debe perfilar posiciones más flexibles, con acciones políticas más eficaces para reducir el sufrimiento en torno a esta cuestión. Por eso es crucial la distinción entre el hecho del aborto en sí y su tratamiento penal.

Las feministas, convencidas de que sólo la movilización ciudadana logrará poner la interrupción del embarazo no deseado como uno de los puntos principales en la agenda del desarrollo de América Latina, siguen y seguirán actuando hasta no sólo despenalizarlo sino también legalizarlo.

*“ ... Ganamos, porque el aborto dejó de ser un tabú y salió del closet y se despenalizó socialmente.... Ganamos, porque el mundo nos miró y descubrió que en la Argentina las mujeres todavía no tenemos el derecho a decidir sobre nuestros cuerpos y quedamos vergonzosamente expuestos como un país donde todavía no gozamos de ciudadanía plena. Nunca nos regalaron nada. Para estudiar en las universidades, para poder tener derecho al voto, para poder decidir sobre la vida de nuestros hijos, para tener acceso gratuito a anticonceptivos, siempre tuvimos que salir a las calles a pelear. Las luchas feministas empujan márgenes. Los votos que faltaron para despenalizar y legalizar el aborto no son más que una piedra en el camino. No fue ayer. Será mañana”. Mariana Carbajal, Página 12. 09 de agosto de 2018 (día en que el Senado Argentino mantuvo el *status quo* y sigue avalando el aborto ilegal)*

Referencias:

- Bellucci, Mabel (2014) “Historia de una desobediencia: Aborto y Feminismo”. Capital Intelectual. CABA
- Campaña Nacional por el aborto legal, seguro y gratuito. <http://www.abortolegal.com.ar/>, consultado en línea el 21 de agosto 2018
- Centro de Derechos Reproductivos/Diálogo Interamericano (2015) “Aborto y Derechos Reproductivos en América Latina: Implicaciones para la Democracia”. Setiembre 2015. Disponible en: <https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/Aborto-y-Derechos-Reproductivos-en-America-Latina.pdf> consultado en línea: 22 de agosto 2018.
- CEPAL, 2011, Panorama social de América Latina, Edición 2011, Chile.
- Colombara M. y Laguna, K (2018) “El movimiento de mujeres interpelando a la sociedad en el espacio urbano. El caso del colectivo ni una menos en Argentina”, presentado en las V Jornadas Nacionales de Investigación en Geografía Argentina, Tandil, Buenos Aires.
- Guttmacher Instituto: El aborto en América Latina y el Caribe. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-en-america-latina-y-el-caribe>, consultado en línea el 10 de agosto 2018

Lamas, Marta (2008) "El aborto en la agenda del desarrollo en América Latina". Perfiles Latinoamericanos, núm. 31, enero-junio, 2008, pp. 65-93 Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, DF, México. Disponible en:

http://www.redalyc.org/pdf/115/Resumenes/Resumen_11503104_1.pdf, consultado el 10 de agosto 2018.

OMS (2015): Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Sinopsis. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Disponible en:

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/es/>, consultado el 11 de agosto 2018.

OMS/Instituto Guttmacher (2017). "En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año". Comunicado de prensa conjunto 28 de setiembre de 2017. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortion-occur-each-year>, consultado el 15 de agosto 2018.

<https://www.lanacion.com.ar/2117103-antes-de-empezar-el-debate-el-gobierno-dio-cifras-sobre-el-aborto>

El aborto en América Latina (mapa interactivo) en:

<https://www.thinglink.com/scene/631895640321818626?buttonSource=viewLimits>

Sedgh G. ScD, et al.: "Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008" Guttmacher Institute, New York, NY USA | H Shah PhD, E Åhman MA: World Health Organization, Geneva, Switzerland. Original Research Article in The Lancet – Author Version Published in The Lancet: February 18th, 2012 (Vol. 379, Issue 9816, Pages 625-632) Published online January 19th, 2012 DOI:10.1016/S0140-6736(11)61786-8. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61786-8/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61786-8/abstract), consultado el 10 de agosto 2018.