



ABORTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



Un análisis regional del cumplimiento del Consenso de Montevideo

RESUMEN EJECUTIVO

El primer análisis de monitoreo social de Mira que te Miro realizado en 2017/2018 muestra que el grado de cumplimiento en materia de aborto seguro es el área más rezagada en la región. El marco legal respecto a la interrupción del embarazo varía en cada país, pero son pocos los que habilitan la interrupción legal del embarazo por plazos y no por causales. El rango de situaciones va desde países como Cuba, Uruguay y Guyana que habilitan servicios por voluntad de la mujer hasta determinadas semanas de gestación hasta aquellos en los que se prohíbe la práctica aun cuando hay riesgo de vida para la mujer como El Salvador, República Dominicana, Honduras y Nicaragua.

El marco de implementación de la legislación, tomando el marco operativo y programático relevados en Mira que te Miro, es uno de los grandes pendientes en toda la región. La evidencia muestra que cuanto más alto es el cumplimiento de los Estados a los compromisos asumidos en el Consenso de Montevideo en materia de aborto seguro, menor es la tasa de mortalidad materna que se registra en dichos países. Es por esto que urge en la región acelerar los avances en materia de cambios legales en aborto así como mejorar los esfuerzos operativos para garantizar el acceso a la atención de calidad recomendada en el Consenso adoptado en el año 2013.

INTRODUCCIÓN

El Consenso de Montevideo es uno de los acuerdos multilaterales más relevantes y progresistas para América Latina y el Caribe. Desde su adopción en la 1ª Reunión de la Conferencia Regional de Población y Desarrollo¹ (CRPD) llevada a cabo en el 2013, se ha convertido en un referente regional e internacional en el impulso de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR).

El monitoreo social **Mira que te Miro (MQTM)**, encabezado por 8 redes regionales, se propone el seguimiento a la implementación de los compromisos en materia de SDSR planteados en el Consenso de Montevideo. Se realizó primero una investigación documental que relevó marcos legales, políticos y programáticos en 23 países de la región sobre 11 temas clave en materia de SDSR. Luego, alianzas nacionales de más de 120 organizaciones de la sociedad civil que integran las 8 redes regionales de esta iniciativa, validaron y analizaron la información y con base en ello, se otorgó una puntuación a los diferentes rubros definidos por las medidas en salud y en derechos sexuales y reproductivos adoptadas por el Consenso de Montevideo en la Primera Conferencia de Población y Desarrollo. Para el análisis del contenido de los marcos normativos en

aborto se utilizó como referencia la Guía de la Organización Mundial de la Salud de 2012 "Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud"².

En el Consenso de Montevideo los Estados se comprometieron con su Medida Prioritaria 42 a: *"Asegurar, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado, la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados e instar a los demás Estados a considerar la posibilidad de modificar leyes y normativas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres"*.

Para medir su cumplimiento, la plataforma MQTM relevó y analizó leyes, programas y protocolos, poniendo a disposición el acceso directo a los documentos originales. Además de constatar la existencia de estos marcos normativos se analizaron contenidos, identificando los criterios establecidos para proveer servicios de aborto legal y post aborto y campañas de difusión sobre las condiciones para acceder a los servicios existentes, en caso de que existan.

¹ Para mayor detalle sobre la metodología o información desagregada se puede consultar www.miraquetemiro.org

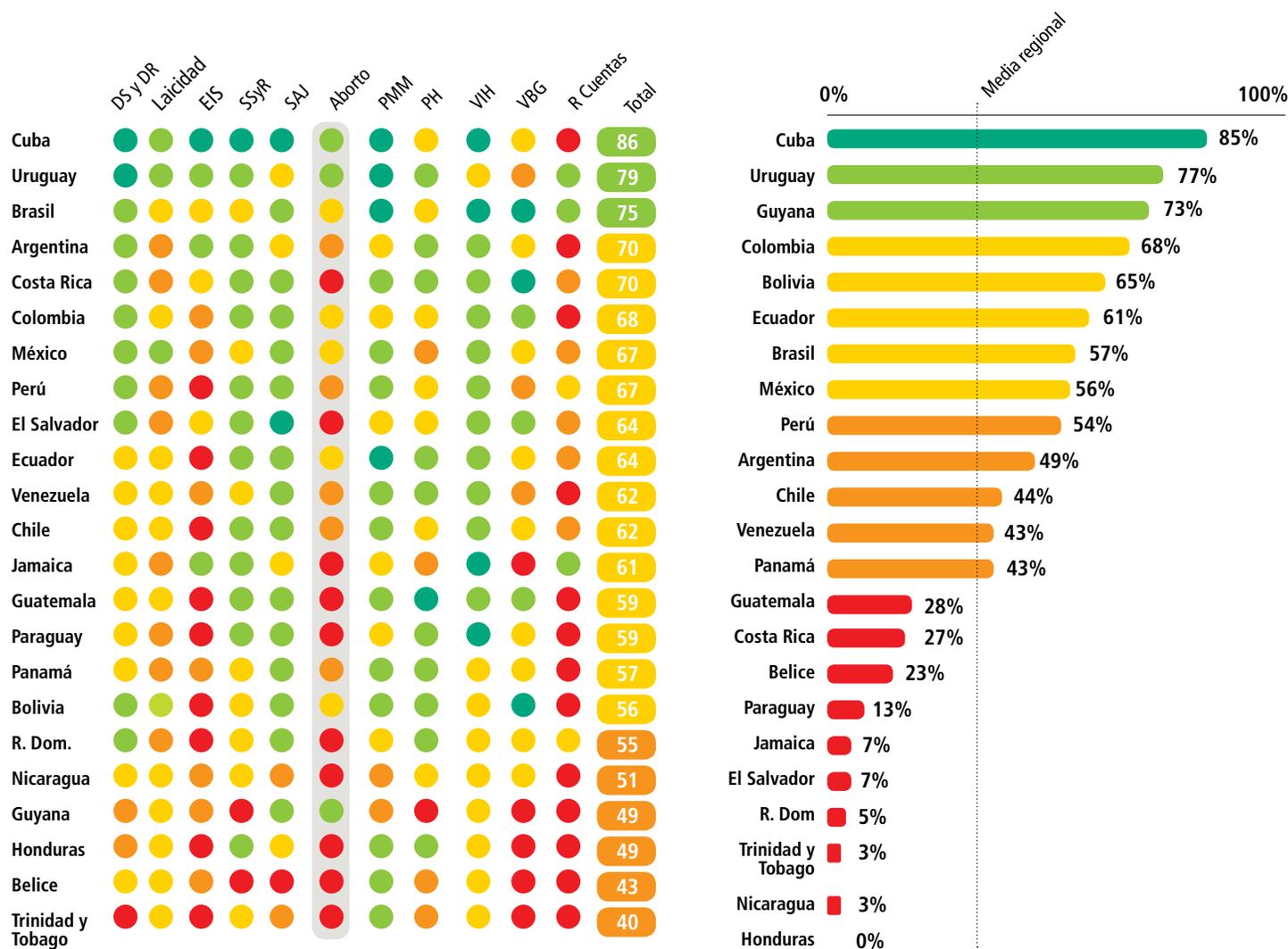
² Organización Mundial de la Salud. "Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, segunda edición." Washington, D.C., Estados Unidos de América (2012).



RESULTADOS SOBRE EL CUMPLIMIENTO DEL CONSENSO DE MONTEVIDEO EN MATERIA DE ABORTO

Según la Organización Mundial de la Salud¹, los países donde la legislación permite el aborto bajo indicaciones amplias, la ocurrencia y las complicaciones de abortos inseguros son menores que en los lugares donde el aborto legal está más restringido. Además, teniendo en cuenta que en casi todos los países la ley permite como mínimo el aborto para salvar la vida de la mujer es necesario ofrecer lineamientos para un aborto sin riesgos, según lo indicado por la legislación de cada país.

Gráfico 1/ Una mirada regional por tema y los compromisos respecto a aborto

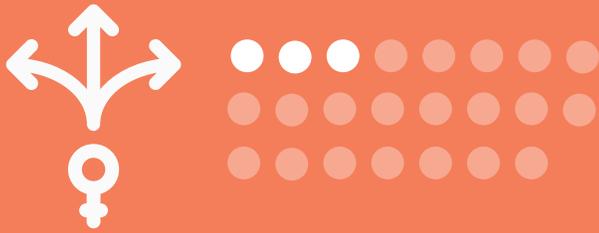


Clave

● Óptimo
 ● Bien
 ● Puede mejorar
 ● Limitado
 ● Deficiente

Fuente: Informe regional Mira que Te Miro 2018 www.miraquetemiro.org/downloads/mira_que_te_miro_resumen_global.pdf

1 Organización Mundial de la Salud. "Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, segunda edición." Washington, D.C., Estados Unidos de América (2012).



El monitoreo de Mira que te Miro revela que los compromisos de los Estados respecto al aborto legal es el área de mayor retraso en la región y la gran deuda pendiente ya que **sólo 3 países permiten la interrupción voluntaria del embarazo por solicitud de la mujer** hasta plazos estipulados sobre el tiempo de gestación. Asimismo, muestra que **mientras 10 países están por encima del promedio regional, otros 10 están muy por debajo, denotando la asimetría en el grado de cumplimiento de los compromisos** de los países analizados.

Como muestra el **Grafico 1** sobre la **Mirada regional por tema** contenido en el informe de MQTM el área de aborto representa una de las de mayor rezago para el cumplimiento de los compromisos adoptados en el Consenso de Montevideo. Los marcos legales difieren, solo en 3 países de la región la interrupción voluntaria del embarazo no acarrea sanciones penales o no tiene consecuencias penales para quienes recurren a su práctica. 7 países permiten realizar un aborto según indicaciones amplias, incluyendo la causal salud de la mujer, otros 9 cuentan con legislación que tiene causales muy limitantes para la aplicación de la interrupción legal del embarazo y 4 (Honduras, Nicaragua, El Salvador y República Dominicana) lo criminalizan en su totalidad.

La situación en el Caribe y en Centroamérica es particularmente preocupante por el bajo cumplimiento de los compromisos asumidos en el Consenso. Estos Estados deberían hacerse mayores esfuerzos para revisar sus legislaciones y generar las condiciones acordes a las recomendaciones de convenciones internacionales, los acuerdos adoptados

en el Consenso de Montevideo y las evidencias de instituciones referenciales como las contenidas en el documento Aborto Sin Riesgos: Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud de la OMS.

De todas maneras, importa resaltar que todos los países de la región cuentan con alguna forma de marco normativo que permitiría acciones para la reducción de riesgos y daños en la práctica del aborto, como lo evidencia el relevamiento de MQTM. Por ejemplo, la información relevada muestra que los hospitales públicos proveen servicios seguros de tratamiento para abortos incompletos, incluso en aquellos países donde el aborto está totalmente criminalizado. La calidad de estos servicios mínimos, y los espacios para la consejería pre-aborto son espacios clave para trabajar para garantizar la salud de la mujer.

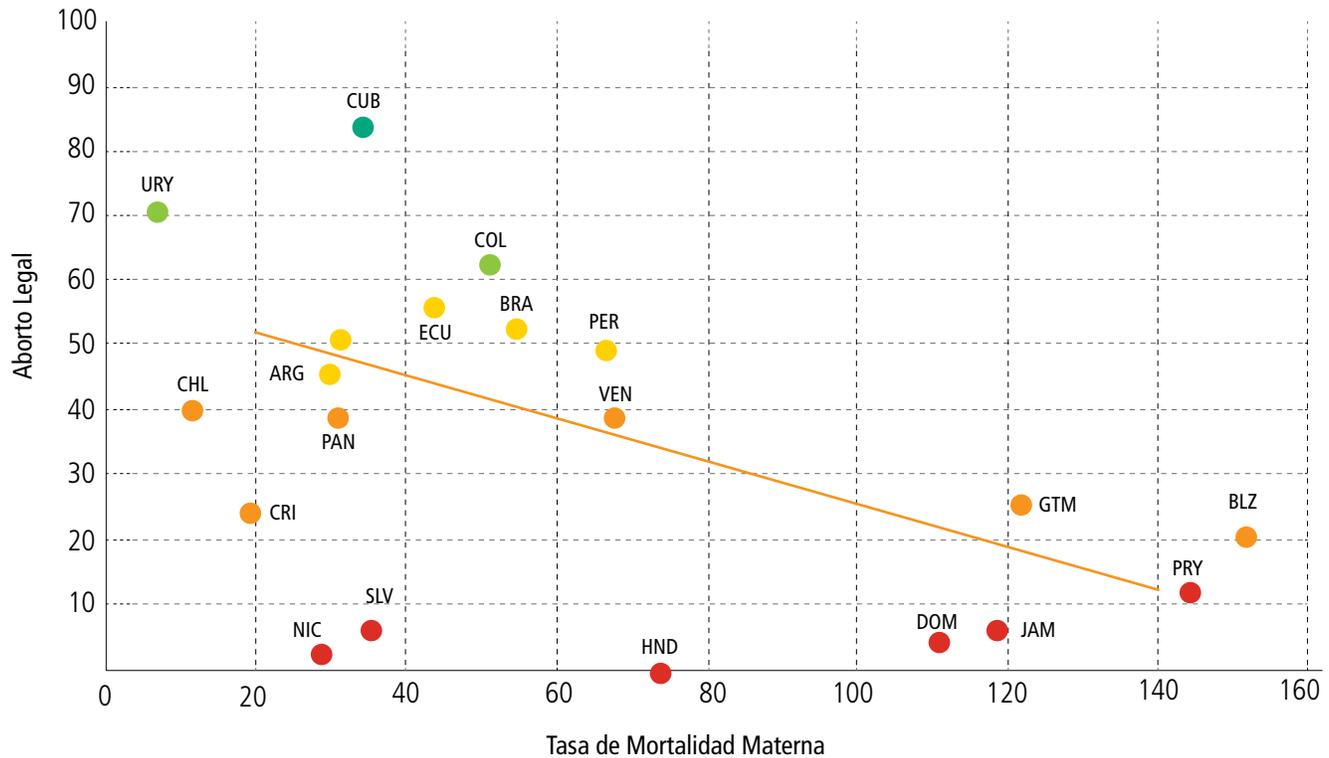
Por otro lado, la inexistencia de registros y adecuado abastecimiento de Misoprostol y Mifepristone representan otra clara barrera para el acceso al aborto legal.

Si se compara el puntaje obtenido en la evaluación de Mira que te Miro respecto al cumplimiento de los compromisos asumidos en materia de interrupción legal del embarazo con los datos de razón de mortalidad materna reportados por la OPS⁴ se confirma lo planteado por la Organización Mundial de la Salud⁵. **En los países donde se permite realizar un aborto bajo normas más amplias, son los países con menores complicaciones de un aborto inseguro y por tanto presentan menores tasas de mortalidad materna que en los lugares donde el aborto legal está más restringido.**

4 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud/Unidad de Análisis de Salud, Métricas y Evidencia. Base de Datos PLISA. Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2018. Washington, D.C., Estados Unidos de América (2018).

5 Organización Mundial de la Salud. "Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, segunda edición." Washington, D.C., Estados Unidos de América (2012). Cap 1 pag 17

Gráfico 2/ Cumplimiento de compromisos en materia de aborto legal y tasa de mortalidad materna



Fuente: Elaboración propia en base a datos de www.miraquetemiro.org y a Indicadores Básicos 2018 de la OPS <http://www.paho.org/data/index.php/es/indicadores.html>

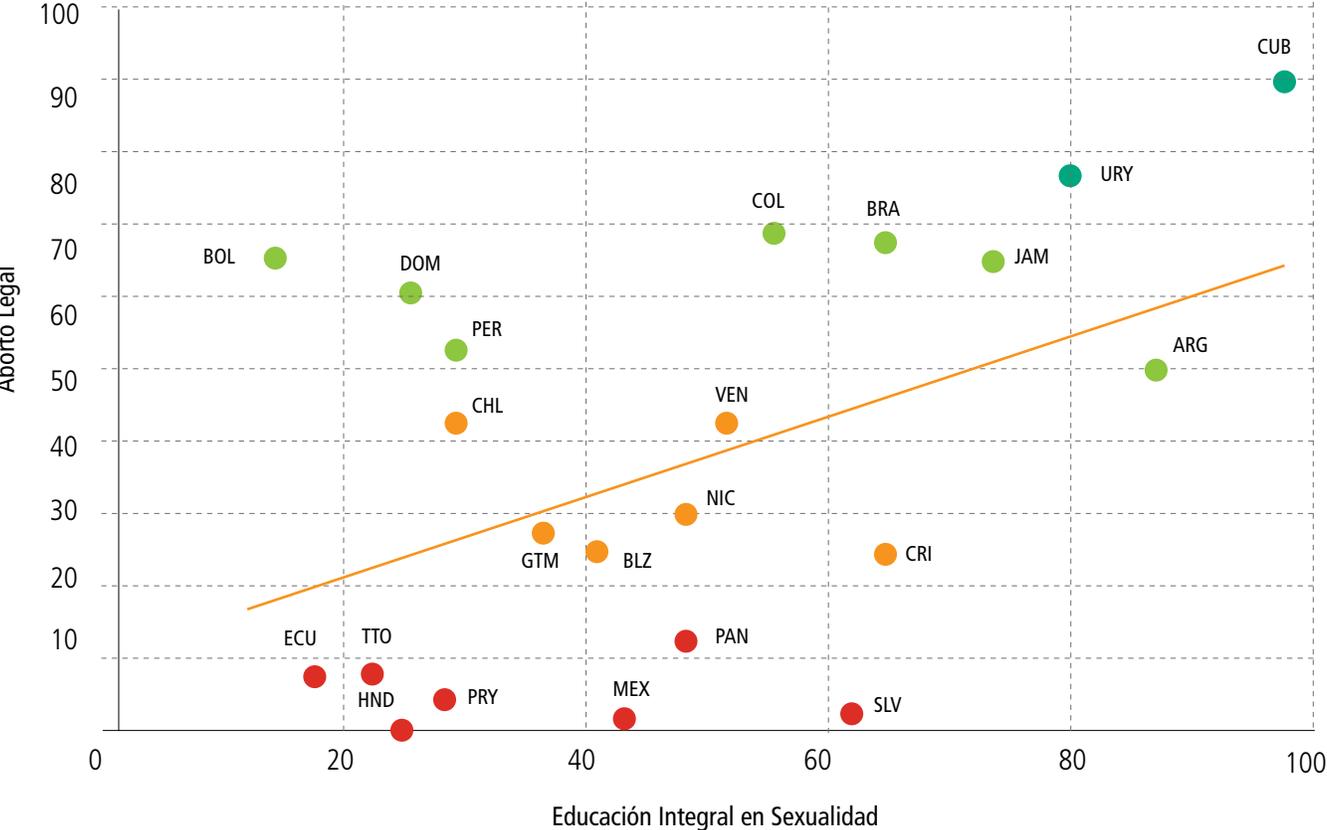
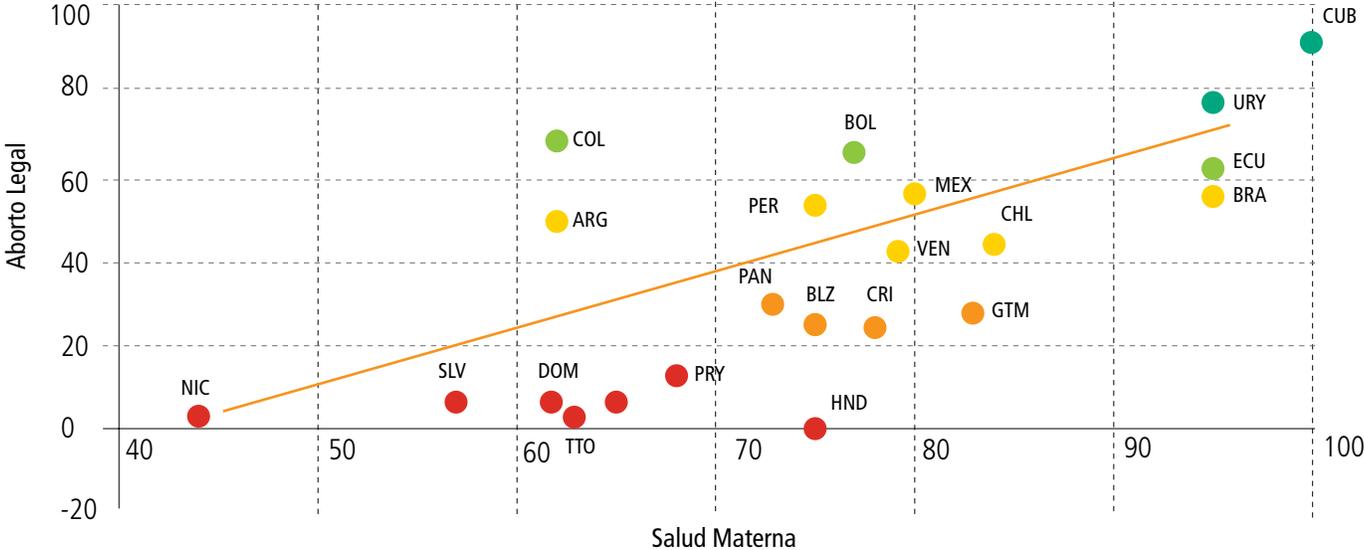
El **Gráfico 2: Cumplimiento de compromisos en materia de aborto legal y tasa de mortalidad materna** muestra la relación entre el puntaje obtenido en Mira que te Miro sobre el cumplimiento a los compromisos de aborto legal (eje vertical) y la Tasa de Mortalidad Materna según la OPS. La línea muestra la tendencia regional, donde a mayor puntaje, menor es la tasa de Mortalidad Materna y viceversa.

En materia de reducción de aborto inseguro, el Consenso de Montevideo recomienda la articulación de una agenda holística en derechos sexuales y reproductivos. Debe comprenderse la salud de la mujer y las políticas destinadas a los compromisos sobre la interrupción legal del embarazo de manera integral. Por un lado, para prevenir el aborto inseguro los países deberían garantizar un "conjunto de prestaciones integrales de los servicios de salud sexual y salud reproductiva, y medidas para prevenir y evitar el aborto inseguro, que incluyan la educación en salud sexual y salud reproductiva, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado y, asimismo, la atención integral

después del aborto, cuando se requiera, sobre la base de la estrategia de reducción de riesgo y daños" (párrafo 40). La evidencia se acumula en torno a que las políticas que logran mejores impactos y resultados son las que abordan de forma integral el problema. La legislación en materia de aborto debería inscribirse en estrategias acompañadas de amplios programas de educación integral en sexualidad y servicios integrales de salud sexual y reproductiva.

De este modo, el **Gráfico 3** muestra que no solo el aborto es restringido, sino que también lo es la Educación Integral en Sexualidad. Y la tendencia regional muestra que los países con marcos legales y operativos menos restrictivos son también los países con mayor cumplimiento de los compromisos del Consenso de Montevideo en materia de prevención de mortalidad materna y en educación integral en sexualidad. Esto evidencia que las políticas no se elaboran de manera aislada, sino que la legislación en materia de aborto debe estar acompañada con amplios programas de educación integral en sexualidad

Gráfico 3/ Cumplimiento de compromisos en materia de aborto legal y prevención de la mortalidad materna (a) y Educación Integral en Sexualidad (b)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de www.miraquetemiro.org

El monitoreo social al consenso de Montevideo también evidencia que:

1



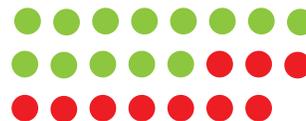
Solo 5 países (México, Uruguay, Guyana, Colombia y Sta. Lucía) cuentan con los registros de suministros médicos adecuados para garantizar la aplicación de la legislación de aborto en su máximo potencial.

2



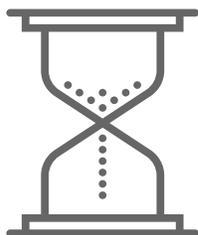
Solo 4 países (Argentina, Cuba, Colombia y Ecuador) cuentan con marcos operativos adecuados (puntaje mayor a 70%) que establecen reglamentación para asegurar el acceso a la interrupción legal del embarazo, incluso cuando cuentan con alguna causal para interrupción legal del embarazo.

3



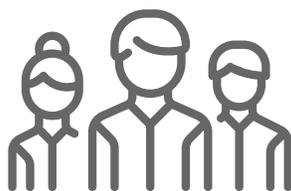
La mitad de los países que cuentan con causales para la interrupción legal del embarazo presentan barreras de acceso a los servicios por objeción de conciencia.

4



La mitad de los países que cuentan con causales no establecen plazos máximos de respuesta al pedido de interrupción legal del embarazo dando lugar a retrasos en respuestas que **demoran la autorización al procedimiento y por tanto el acceso al servicio.**

5



Solo 5 países (Colombia, Cuba, Ecuador, Argentina y Brasil) **no requieren la intervención de o agregan la intervención de terceras partes como comité o equipo multidisciplinario**, demorando y complicando los procesos que agregarían barreras y demoras en el proceso.

6



En la gran mayoría de los países el aborto **puede realizarlo únicamente un profesional de la medicina excluyendo a cualquier otro personal de salud.** La única excepción es Guyana que autoriza a todo profesional de la salud. La supervisión médica representa otra barrera al acceso.

CONCLUSIONES

De los campos de SSyR que se monitorean en Mira que te Miro, la implementación de los compromisos en materia de aborto legal y seguro es el área que presenta mayor retraso. En promedio, Mira que te Miro muestra que mientras que el cumplimiento general de los compromisos en SSyR alcanza un 60%, los cumplimientos en materia de aborto alcanzan sólo 38%. Los principales problemas que surgen del monitoreo no se vinculan solamente con la necesidad de revisar la legislación para permitir la interrupción voluntaria del embarazo, sino que incluso en los países donde se habilitan servicios legales, el monitoreo evidencia importantes barreras normativas para el acceso.

A estos resultados hay que sumarle las barreras sociales, culturales y administrativas vinculadas con la efectiva implementación de la legislación de interrupción del embarazo de los distintos países. Si bien este

monitoreo social no mide implementación de las políticas sino cumplimiento de los compromisos asumidos en el Consenso de Montevideo, hay algunos aspectos que se evaluaron en el monitoreo que dan cuenta de los problemas para la implementación. Algunos, como se mencionó, son las barreras normativas como la objeción de conciencia, la exigencia de períodos de reflexión o de equipos multidisciplinarios. Otros son la falta de campañas y de difusión de las normas vigentes y la falta de registro adecuado de los medicamentos misoprostol y mifepristona. La combinación de estos factores lleva a que las tasas de mortalidad materna evitables sigan siendo uno de los problemas urgentes que los gobiernos deben resolver, en particular hacia el cumplimiento tanto del Consenso de Montevideo, de la Agenda 2030 y de los Objetivos de Desarrollo Sustentable.

Recomendaciones para los gobiernos

- Como establece la **Medida Prioritaria 42 del Consenso de Montevideo**, se recomienda a los Estados: **“considerar modificar leyes y normativas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres”**. Que esta revisión sea integral, evaluando las políticas de prevención de mortalidad materna, de educación sexual integral y de acceso a la salud sexual y reproductiva para dar respuesta integral al derecho de la mujer a decidir cuándo tener hijos/as sin poner en riesgo su vida o su salud. Esta recomendación también está en línea con las obligaciones acordadas a nivel internacional³.
- **Los Estados deben garantizar el registro y abastecimiento de misoprostol y mifepristona.** La Organización Mundial de la Salud ha incluido el misoprostol y mifepristona en su Lista de Medicamentos Esenciales (2019) y ha eliminado el requisito de la estrecha supervisión médica. Los países deberían modificar sus políticas públicas en línea con los lineamientos de la OMS.
- Es necesario **revisar la regulación respecto al rechazo de profesionales a brindar servicios de aborto por sus creencias personales.** La llamada “objeción de conciencia” aparece como una barrera en la implementación de los servicios de aborto habilitados por ley. En aquellos países donde ya hay aborto legal voluntario o por causales, es crucial que los servicios públicos sean accesibles y se regule la objeción de conciencia por parte del personal de salud para que no se constituya en una limitante.
- **Realizar campañas públicas de difusión** sostenidas para dar a conocer el aborto como un derecho, según lo establezcan las distintas legislaciones de los países y para informar sobre práctica inseguras para abortar. Asimismo, es clave la capacitación del personal de salud para asegurar el conocimiento de la norma y de los procedimientos adecuados para la interrupción legal del embarazo según los marcos de cada país.

Elaborado por:
Laura Malajovich (IPPF/WHR),
Lilian Abracinskas (RSMLAC),
Andrea Terceros Hans y
Lucía Berro (Vecinas Feministas)

MIRA 
que te MIRO

Visita www.miraquetemiro.org

