



ABORTO EN EUROPA

*Este número es co-publicado con la Red Europea
de la Federación Internacional de Planificación Familiar*



Entre Nous

REVISTA EUROPEA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

NÚM. 59 - 2005



EUROPA

Entre Nous es una publicación del:

Programa de Investigación y Salud Reproductiva.
Oficina Regional Europea de la OMS
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø
Dinamarca
Tel.: (+45) 3917 1341
Fax: (+45) 3917 1850
Correo electrónico: entrenous@who.dk
www.euro.who.int/entrenous

Editora Jefe

Dra. Gunta Lazdane

Editor

Jeffrey V. Lazarus

Ayudante de edición

Dominique Gundelach

Maquetación

Tom om bord, Dinamarca. www.toombord.dk

Imprenta

Central tryk Hobro a/s

Entre Nous está financiada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Nueva York, y apoyada por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud en Copenhague, Dinamarca.

Se publica tres veces al año. La tirada actual es de: 3000 ejemplares en inglés, 1100 en español, 2000 en portugués, 1000 en búlgaro, 1000 en ruso y 500 en húngaro.

Entre Nous se edita:

En búlgaro: por el Ministerio de Sanidad de Bulgaria, en el marco de un proyecto financiado por el FNUAP.

En húngaro: por el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Escuela Universitaria de Medicina de Debrecen. Apartado de Correos 37, Debrecen, Hungría.

En portugués: por la Dirección General de Salud, Alameda Afonso Henriques 45, P-1056, Lisboa, Portugal.

En ruso: por el Centro de Información de la Salud de la OMS para las Repúblicas de Asia Central.

En español: por el **Instituto de la Mujer**, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Condesa de Venadito, 34, ES-28037 Madrid, España.

Las versiones española y portuguesa se distribuyen directamente por la representación del FNUAP y las Oficinas Regionales de la OMS en los países de lengua española o portuguesa de África y América del Sur.

Entre Nous puede traducirse a cualquier lengua nacional y ser reproducida en publicaciones, periódicos y revistas, así como en páginas web, siempre que se indique la fuente de información *Entre Nous*, FNUAP y Oficina Regional Europea de la OMS.

Los artículos publicados en *Entre Nous*, no representan necesariamente la opinión del FNUAP o de la OMS. Toda solicitud de información debe ser remitida a las personas firmantes de cada artículo.

Para más información sobre las actividades respaldadas por la OMS y los correspondientes documentos, dirigirse a la unidad de Salud Comunitaria y de la Familia en la dirección señalada abajo.

La solicitud de publicaciones de la OMS deberá dirigirse directamente a la agencia de ventas de la OMS en cada país o a Distribución y Venta, OMS, CH-1211, Ginebra 27, Suiza.

ISSN: 1014-8485.
NIPO: 207-05-009-3

Editorial <i>Por Fred Sai</i>	3
Aborto en Europa: diez años después de El Cairo <i>Por Gunta Lazdane</i>	4
Situación actual del aborto farmacológico en Europa <i>Por Hillary Bracken y Beverly Winikoff</i>	7
Desafío para una interrupción voluntaria del embarazo segura en Suecia <i>Por Silvia Sjö Dahl</i>	10
¿Por qué la IPPF ha elegido el aborto como una de las cinco «A»? <i>Por Jeffrey Lazarus</i>	11
Centrándose en la mujer: atención integral en la interrupción voluntaria del embarazo en Europa central y del este <i>Por Traci L. Barid, Sarbaga Falk y Entela Shehu</i>	13
Mujer VIH positiva y su derecho a decidir <i>Por Marcel Vekemans and Upeka de Silva</i>	17
¿Por qué han de morir todavía las mujeres al practicárseles un aborto en un país donde es legal?. El caso de la Federación Rusa <i>Por Evert Ketting</i>	20
El aborto en Europa: ¿La legislación y la práctica están centradas en la paciente? <i>Por Christian Fiala</i>	23
Derechos sobre salud sexual y reproductiva en la Unión Europea <i>Por Mirjam Hägele</i>	26
Aborto en Europa. “Mujeres sobre las olas” debate en el Parlamento Europeo <i>Por Patricia Hindmarsh</i>	29
Recursos	30

Pág. 4



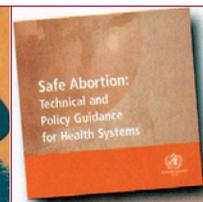
Pág. 7



Pág. 16



Pág. 30



CONSEJO EDITORIAL DE ENTRE NOUS

Dra. Assia Brandrup-Lukanow

Directora, División de Salud, Educación y Protección Social de la Agencia Alemana para la Cooperación Técnica (GTZ)

D. Bjarne B. Christensen

Jefe de Secretariado Sex og Samfund, Asociación Danesa de Planificación Familiar.

Dr. Helle Karro

Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina. Universidad de Tartu, Estonia.

Dr. Evert Ketting

Escuela de Salud Pública de los Países Bajos Utrecht, Países Bajos.

Dra. Malika Ladjali

Especialista Principal del Programa, UNESCO/Dirección zonal, París.

Dña. Adriane Martín Hilber

Oficiala Técnica Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS/ Dirección zonal, Ginebra.

Dña. Nell Rasmussen LLM

Directora PRO- Centret, Copenhague

Dr. Peer Sieben

Director Nacional y Representante del FNUAP, Rumania.

Dña. Vicky Claeys

Directora Regional de la Red Europea de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF-EN). Bruselas.

Dr. Robert Thomson

Consejero sobre Sexualidad, Salud Reproductiva y Derechos Equipo del Servicio Técnico Nacional del FNUAP para Europa (en Bratislava)



Las altas expectativas en relación a la salud reproductiva, incluidos los derechos sobre salud sexual, generadas por el consenso alcanzado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), no se han cumplido e incluso los principios en que se basaron los acuerdos están siendo cuestionados por algunos gobiernos y grupos religiosos.

El Programa de Acción de la CIPD, acordado por 179 países en 1994, comienza con las siguientes palabras: «la aplicación de las recomendaciones incluidas en el Programa de Acción es un derecho soberano de cada uno de los países y debe hacerse de acuerdo con las leyes nacionales y las prioridades de desarrollo, con absoluto respeto hacia la diversidad religiosa, los valores éticos y culturales de los pueblos, y de conformidad con los derechos humanos universales reconocidos internacionalmente». Todavía hoy, el rechazo a aplicar y respetar este acuerdo es la causa de muchas discusiones innecesarias. Esto es cierto, sobre todo, en lo relativo a la anticoncepción y la interrupción voluntaria del embarazo.

El derecho a la libertad religiosa, respaldada por muchas constituciones, es violado de forma flagrante por el radicalismo religioso que pretende imponer su dogma e ideología sobre toda la ciudadanía, en ocasiones incluso malinterpretando las evidencias científicas. La prohibición de la píldora anticonceptiva, incluyendo la píldora postcoital, así como las afirmaciones engañosas sobre la falta de efectividad de los preservativos, no son sino un rechazo de los principios fundamentales del Programa de Acción de la CIPD. Este tipo de propaganda no afecta demasiado a las sociedades bien informadas de los países desarrollados, pero en muchos países del mundo, donde la religión representa un gran apoyo para los sectores más pobres y con menos poder, este tipo de desinformación casi siempre equivale a la negación del derecho básico a la información veraz y al acceso a los avances científicos modernos.

El sistema de las Naciones Unidas decidió, con buen criterio, no llevar a cabo otra conferencia internacional sobre población y desarrollo para celebrar el décimo aniversario de la exitosa CIPD. Resultó obvio, después de una revisión de los primeros cinco años en la que se evaluaron los avances logrados y de ser revisado en el ámbito regional, que existen sectores que aprovecharían cualquier oportunidad para reformular los acuerdos antes que realizar una valoración seria de los logros alcanzados y de lo que queda por hacer.

En parte debido a estos grupos, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, establecidos en el año 2000, omitieron cualquier mención a los derechos a la salud

sexual y reproductiva perdiendo así la gran oportunidad de priorizar la salud reproductiva en la planificación del desarrollo. Hay que señalar que si no se asegura que las mujeres conozcan y puedan ejercer todos sus derechos sexuales y reproductivos, y que tengan acceso a los beneficios de los métodos anticonceptivos modernos, nunca alcanzarán la igualdad, ni serán capaces de controlar y planificar sus vidas adecuadamente.

Europa no es una excepción. Incluso hoy en día, millones de personas y parejas en esta Región, especialmente en los países más desfavorecidos de Europa central y del este, no tienen acceso a servicios y recursos de anticoncepción de calidad —una situación semejante a la de la mayoría de África—. Además, la anticoncepción de emergencia está completamente prohibida o envuelta en la controversia.

En algunas partes de Europa, las necesidades de anticoncepción no están cubiertas y junto con una tradición que promovía la interrupción del embarazo ha dado lugar a que tengan las tasas de aborto más elevadas del mundo. Además, la calidad de los servicios es, a menudo, deficiente (ej. uso de equipos y fármacos caducados, no actualización del personal proveedor de servicios), existiendo una inaceptable tasa de morbilidad y mortalidad asociada a la interrupción voluntaria del embarazo legal. Incluso, en algunos países de la Unión Europea, se prohíbe o restringe la interrupción voluntaria del embarazo, especialmente el aborto farmacológico, o bien se exigen unos requisitos tan complicados que las mujeres no acceden a él, lo que fomenta el aborto ilegal e inseguro. Se estima que en Europa se realizan más de medio millón de abortos inseguros cada año. Este número de *Entre Nous*, siguiendo las nuevas directrices de la OMS sobre aborto seguro, aborda estos importantes temas y pretende ser una herramienta más para ayudar a las mujeres en Europa y en todo el mundo.

Fred Sai
[fredsai@idng.com]
Consejero de Presidencia
sobre Salud Reproductiva
y VIH/SIDA, Ghana.

Esta edición de *Entre Nous* ha sido financiada especialmente por la Red Europea de la Federación Internacional de Planificación Familiar con el fin de abordar uno de los problemas más importantes de salud pública al que se enfrentan las mujeres en Europa en la actualidad.

ABORTO EN EUROPA: DIEZ AÑOS DESPUÉS DE

Por Gunta Lazdane

El Objetivo del Milenio n° 5 de la ONU: «Mejorar la salud materna: reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, las tasas de mortalidad materna»

A lo largo de los diez últimos años muchos países han desarrollado y aprobado diferentes estrategias, políticas y documentos programáticos relativos a la salud reproductiva en los que se incluía el poder elegir sobre su vida reproductiva y el acceso a los servicios en los que se realizan interrupciones voluntarias del embarazo, de acuerdo con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de Naciones Unidas, firmado por 179 países en El Cairo en 1994. De los 52 países miembros de la OMS, todos excepto Malta, que expresó algunas reservas, acordaron que:

«En ningún caso se promoverá el aborto como método de planificación familiar. Todos los gobiernos y organizaciones intergubernamentales o no gubernamentales deben reforzar su compromiso a favor de la salud de las mujeres a fin de tratar el aborto inseguro como problema de salud pública y de reducir la tasa de abortos mediante la creación de nuevos servicios de planificación familiar. La prevención de embarazos no deseados debe ser siempre un área prioritaria y deben llevarse a cabo las acciones necesarias para reducir el número de abortos.

Cualquier mujer que se enfrente a un embarazo no deseado debe tener acceso rápido a una información veraz y a asesoramiento profesional. Cualquier medida o cambio relativo a la interrupción voluntaria del embarazo dentro del sistema sanitario, debe ser determinado a nivel local o nacional de acuerdo con el procedimiento legislativo vigente a nivel estatal. En las circunstancias en las que el aborto sea legal, éste deberá practicarse en condiciones de seguridad. En todos los casos, las mujeres deben tener acceso a servicios de calidad que permitan el manejo de cualquier complicación a causa de la interrupción del embarazo. El asesoramiento posterior al aborto y los servicios de educación y planificación familiar, deben ofrecerse inmediatamente como medida que ayudará a evitar el aborto de repetición» (1).

Fig. 1. Supuestos en los que está permitido el aborto - porcentaje en los diferentes estados miembros de la OMS en Europa.

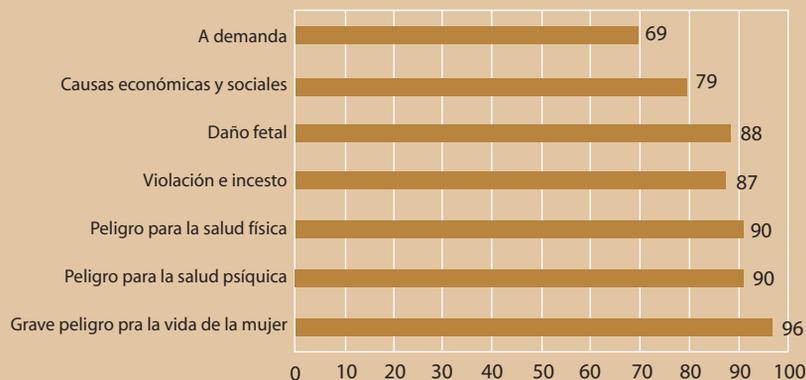


Fig. 2. Abortos por cada 1000 nacimientos vivos en la Región Europea

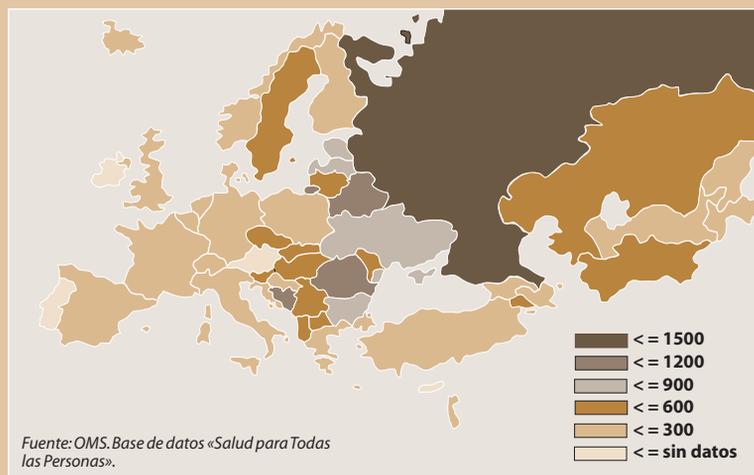
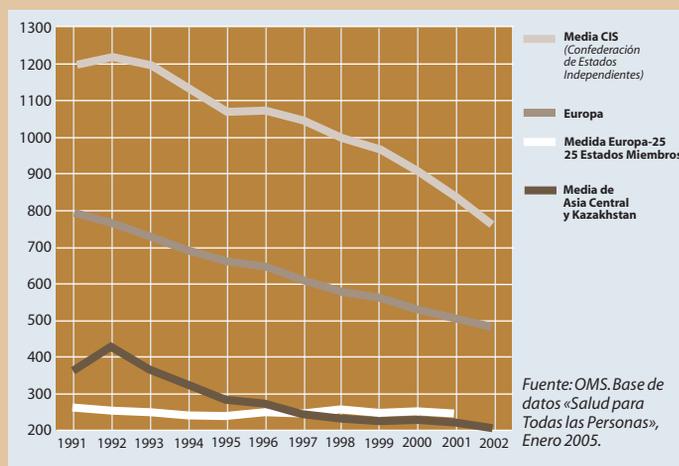


Fig. 3. Abortos por cada 1000 nacimientos vivos en la Región Europea 1991-2002



En la actualidad en la mayoría de los países europeos (excepto Andorra y Malta) la legislación permite el aborto en el caso de peligro para la vida de la mujer. La interrupción voluntaria del embarazo está permitida en la mayoría de países en algunos supuestos como se muestra en la figura 1.

Es importante analizar la incidencia de interrupciones voluntarias del embarazo con el fin de evaluar las tendencias y el impacto de los programas y políticas nacionales sobre la salud reproductiva. Los datos relativos al número de abortos por cada 1000 nacimientos vivos en Europa (figura 2) están disponibles, de forma gratuita, en la página web de la OMS, base de datos salud para todas las personas en Europa. Cuando se analiza la incidencia de interrupciones voluntarias del embarazo, se pueden distinguir tres categorías entre los países europeos:

- 1) Países con un sistema de vigilancia de las interrupciones voluntarias de embarazos fiable (ej. Estonia, Lituania, Letonia, Países Bajos y los países nórdicos)
- 2) Países en los que se ha diseñado un sistema de vigilancia limitado (ej. Francia, España, Italia, Polonia y la Confederación de Estados Independientes)
- 3) Países sin un sistema de vigilancia (ej. Austria, Grecia, Luxemburgo y Portugal)

Las estadísticas a nivel nacional, al igual que el análisis de los resultados obtenidos de los estudios, informan que se ha experimentado un descenso significativo en la incidencia de abortos en los países de Europa central y del este lo que, consecuentemente, ha influido en la incidencia en Europa (figura 3).

Uno de los objetivos de la Estrategia Regional sobre Salud Sexual y Reproductiva de la OMS (3) es reducir el número de abortos mediante la creación de servicios de salud reproductiva adecuados, la integración de la planificación familiar en las políticas y programas de atención primaria y a través de la eliminación de los obstáculos legales para la elección de anticoncepción.

Algunos datos sobre tasas de aborto

Algunos países han experimentado un rápido descenso en las tasas de aborto desde 1994: en Rusia se pasó del 75,1 abortos por cada 1000 mujeres en edad fértil en 1994, a 45,8 en 2002; en la República de Moldavia del 53,5 en 1994 al 15,5 en 2003.

Así mismo, el número de interrupciones voluntarias del embarazo realizadas de forma legal en la República Checa descendió hasta el 11,3 en 2002 y es uno de los más bajos de Europa en algunos grupos de edad.

Sin embargo, el número de abortos entre mujeres adolescentes y jóvenes continúa siendo alto e incluso se ha incrementado a lo largo de los diez últimos años en varios países de Europa occidental y del este. El once por ciento de todos los abortos practicados en Moldavia se realizan a adolescentes de entre 15 y 19 años.

Aunque en los diez últimos años, el número total de abortos ha disminuido en la Federación Rusa casi a la mitad, todavía se registra un número muy elevado de IVE's entre las mujeres menores de 19 años (242.722 en 1993 y 185.290 en 2003). El porcentaje de abortos entre las chicas de 15 a 19 años es elevado; fue del 15,9% y del 27,6% en las menores de 15 años (incluyendo un 11,2% que se encontraba entre las 22 y 27 semanas de gestación) en 2001. Entre 1991 y 2000 el número total de abortos en Belarus descendió a menos de la mitad. Sin embargo, el descenso entre las chicas de 18 y 19 años ha sido mucho menor, sólo de un 5,4% desde 1997 hasta 2000.

De acuerdo con las estadísticas a nivel nacional en el Reino Unido, en 2000 la tasa de embarazos era de 63 por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años, y la proporción de embarazos que terminaron en aborto entre las menores de 20 años se ha incrementado ligeramente del 36% en 1990 al 39% en 2000 (4).

Abortos inseguros

A pesar de que la interrupción voluntaria del embarazo es legal en la mayoría de los países europeos, el número estimado de abortos inseguros (ver cuadro 1) varía de los 500.000 a los 800.000 anuales. De acuerdo con diversos estudios llevados a cabo en la Federación Rusa, el número de abortos que no se registran es mucho mayor que los registrados oficialmente (5,6) y las mujeres adolescentes, las jóvenes, las mujeres solteras y las que viven en áreas rurales son las que recurren con mayor frecuencia a este tipo de abortos inseguros (7). Las razones para que existan unas tasas tan elevadas de complicaciones en los abortos realizados de forma ilegal varían en los diferentes contextos: carencia de productos y fármacos para la planificación familiar, masificación de los recursos existentes, recursos no adaptados para la mujer, condiciones higiénicas insuficien-

tes, falta de una formación adecuada del personal y unos niveles inadecuados de atención. Han transcurrido diez años desde la CIPD y en Europa las mujeres todavía mueren a causa del aborto.

Cuadro 1. Abortos inseguros

El aborto inseguro se define como un procedimiento para poner fin a un embarazo donde, o bien las personas no poseen las habilidades necesarias o bien el entorno carece de unos estándares sanitarios mínimos, o bien se dan ambas circunstancias (basado en la OMS, Prevención y Manejo de Abortos Inseguros) (OMS/MSM/92.5).

Durante el encuentro, en 2003, del Panel Asesor de la Región Europea de la OMS sobre Investigación y Formación en Salud Reproductiva se analizó la situación actual de la salud reproductiva en los estados miembros de la OMS y concluyeron que una de las tres prioridades en este tema en Europa es el de «disminuir la morbilidad y mortalidad perinatal y materna (incluida la causada por abortos)».

Uno de los objetivos cuantitativos de la Estrategia Regional de la OMS sobre Salud Sexual y Reproductiva es el de reducir la mortalidad materna a menos de 5 por cada 100.000 partos en el plazo de diez años (3). En varios países de Europa del este, un elevado porcentaje de las muertes maternas están asociadas a abortos. En la Federación Rusa este porcentaje fue del 18.5% en 2002; en Kazakhanstan un 22.3% en 2003; en Tajikistan un 13% en 2002 y en Armenia un 6% en 2003. En el caso de Moldavia, el cincuenta por ciento de las muertes maternas en 2003 fueron debidas a un aborto inseguro, y de 1999 a 2002 este porcentaje fue del 30%. A pesar de todo, se han realizado algunos avances en países como Ucrania, donde la mortalidad materna debida a abortos inseguros fue del 35% en 1998, del 23% en 2002 y en 2003, no se registró ningún caso. Tampoco se han registrado casos de muertes maternas en los países balcánicos en los últimos años.

Morbilidad tras el aborto

La morbilidad asociada a la interrupción voluntaria del embarazo ha sido analizada en algunos países del este de Europa. Desafortunadamente, no existen datos fiables, ni investigaciones bien diseñadas. Si bien, las respuestas de las personas que participaron en los Estudios sobre Salud Reproductiva llevados a cabo con la asistencia técnica de los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (EEUU), a quienes se les preguntó sobre la incidencia de complicaciones médicas asociadas con el aborto en los cinco años anteriores al estudio, fueron: complicaciones a corto plazo (en los seis primeros meses) entre el 8 y el 16 por ciento de los procedimientos, la mayoría de ellas, en Rumania, Georgia y Moldavia y tenían que ver con sangrados severos o prolongados; en la Federación Rusa con infecciones pélvicas y en Azerbaiján con dolor pélvico prolongado. Las complicaciones a largo plazo más frecuentes fueron el dolor pélvico crónico, los sangrados irregulares y las infecciones crónicas.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que existe una elevada incidencia de infecciones de transmisión sexual en muchos de estos países, la ausencia de valoración de estas posibles infecciones y de prevención de sus complicaciones, probablemente sean la causa de muchas de las complicaciones que tienen lugar tras la interrupción voluntaria del embarazo. En muchos países aún se utilizan métodos anticuados para realizar la interrupción del embarazo durante el primer y segundo trimestre del mismo, que son más propensos a generar complicaciones.

Apoyo de la OMS

En la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas en 1999, en referencia al seguimiento realizado transcurridos cinco años desde la conferencia de El Cairo, los gobiernos acordaron que:

«...en la circunstancia en que la interrupción voluntaria del embarazo no sea ilegal, los sistemas sanitarios deberían formar y dotar adecuadamente a los equipos de los servicios de salud y tomar las medidas necesarias para asegurar que los abortos sean seguros y accesibles. También deberían tomarse medidas adicionales para proteger la salud de las mujeres».

Durante más de tres décadas, la OMS ha apoyado a los gobiernos, agencias internacionales y organizaciones no gubernamentales en el desarrollo de nor-

mas y niveles mínimos para la planificación y oferta de servicios. En 2003, la OMS distribuyó la publicación *Aborto seguro: guía técnica y política para los sistemas sanitario* que proporciona una visión global de muchas de las acciones que pueden ponerse en marcha para asegurar el acceso a servicios de calidad donde se oferten interrupciones voluntarias del embarazo cuando esté permitido por la ley. Esta publicación está disponible en inglés, francés, polaco, portugués, ruso y español.

Esta guía sobre el aborto seguro ha sido distribuida a todos los ministerios de sanidad de Europa y a las agencias internacionales más importantes, asociaciones profesionales y organizaciones no gubernamentales, y también está disponible en internet. Sin embargo, la publicación de guías actualizadas y basadas en la evidencia no es suficiente para mejorar la salud reproductiva de la población. Es su implantación el elemento crucial para que tengan éxito.

La OMS ha apoyado a los estados miembros que han incluido la salud reproductiva como una de las prioridades de salud en sus países y que han compartido experiencias como Rumania, Mongolia y otros países, combinando estrategias de evaluación y el desarrollo de programas de salud reproductiva a nivel nacional (8). Estas estrategias, como forma de mejorar los servicios de salud reproductiva, están siendo también consideradas por países como Letonia, Lituania, Moldavia, Federación Rusa y Ucrania, entre otros. En la actualidad la Federación Rusa, con el apoyo del Programa de Investigación y Salud Reproductiva de la Oficina Regional de la OMS, está desarrollando líneas y pautas de actuación de ámbito nacional aplicables a las interrupciones voluntarias del embarazo.

Aún queda mucho por hacer en Europa para alcanzar el punto en el que ninguna mujer muera o tenga graves complicaciones de salud debido a un aborto. Dar los pasos necesarios para proteger la salud de las mujeres y alcanzar objetivos comunes, requiere unificar esfuerzos políticos, profesionales, de organizaciones no gubernamentales y de la comunidad en general.

Referencias

1. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994, http://www.unfpa.org/icpd/icpd_poa. (acceso el 21 de diciembre de 2004).

2. Oficina Regional Europea de la OMS. Base de datos de «salud para todas las personas en Europa». www.euro.who.int/HFADB.
3. Oficina Regional Europea de la OMS (2002). «Estrategia Regional sobre Salud Sexual y Reproductiva de la OMS». Disponible en: www.euro.int/reproductivehealth.
4. Estadísticas nacionales online. <http://www.statistics.gov.uk> (acceso el 21 de diciembre de 2004).
5. Гридчик А.Д., Тамазян Г.В., Материнская смертность: социальная или медицинская проблема?/Вестник акуш.и гин. 1998; № 1 [Gridchik AL, Tamazyan GV. «Mortalidad materna: ¿problema médico o social?»].
6. Концепция охраны репродуктивного здоровья населения России на период 2004 годов и план мероприятий по ее реализации; М:2000 [Concepto de salud reproductiva en Rusia entre 2000-2004 y planificación de su implantación].
7. Аскалонов А.А., Перфильева Г.Н., Евтушенко Н.В. Обеспечение качества медицинской помощи матери и ребенку (на региональном уровне. Барнаул, 1998. [Askalonov AA, Parfilyeva GN, Yevtushenko NV. «Asegurar la calidad en la atención materno-infantil (en el nivel regional)»], Barnaul 1998].
8. Enfoque Estratégico para la Mejora de las Políticas y Programas de Salud Reproductiva: un resumen de experiencias. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, OMS, Ginebra, 2002.
9. Salud Reproductiva, Materna e Infantil en Europa del este y Eurasia: Informe comparativo; Departamento de EEUU de Salud y Servicios Humanos, CDC Atlanta (2003).

Gunta Lazdane

[gla@euro.who.int]

Consejera Regional en Salud Reproductiva e Investigación, Unidad de Salud Familiar y Comunitaria, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional Europea.

SITUACIÓN ACTUAL DEL ABORTO FARMACOLÓGICO EN EUROPA

Por Hillary Bracken y Beverly Winikoff



En 21 países de la región europea se ha aprobado el uso de la mifepristona, también conocida como «píldora abortiva», RU-486 o por el nombre comercial de Mifegyne, junto a una prostaglandina para interrumpir el embarazo.

Este método ofrece a las mujeres una alternativa segura y efectiva al aborto quirúrgico. Sin embargo, en muchos contextos, a pesar de su amplia aceptación y de llevar más de una década de experiencia con este método, el acceso y uso por parte de las mujeres está aún limitado. Las leyes existentes sobre la interrupción voluntaria del embarazo y la regulación referida al lugar, momento y personal autorizado para esta práctica, las tarifas y las políticas locales sobre el tema han condicionado a las y los proveedores y el acceso de las mujeres. De hecho, una revisión de la situación de los centros acreditados para realizar interrupciones voluntarias del embarazo en la región europea muestra con claridad, una vez más, que a pesar de que la tecnología puede tener un fuerte impacto, las estructuras sociales, políticas y económicas en cada país son cruciales a la hora de determinar cuál será el uso de esa tecnología y el acceso de la población a la misma. Este artículo pretende que se comprendan los aspectos que han condicionado la experiencia sobre la interrupción farmacológica del embarazo y su implantación en algunos países europeos.

La mifepristona fue sintetizada en Francia por un grupo científico y técnico de la compañía farmacéutica Roussel Uclaf en París. Francia, Reino Unido y Suecia, fueron los primeros países en registrar el fármaco.

El uso de la mifepristona se aprobó en Francia en 1988, en el Reino Unido en 1991 y en Suecia en 1992. Desde 1992, este fármaco se ha valorado como seguro y efectivo por la administración farmacéutica de más de treinta países en todo el mundo. La mifepristona y el misoprostol se utilizan en la actualidad para la interrupción voluntaria del embarazo precoz por millones de mujeres; su uso está asociado a una muy baja tasa de complicaciones en comparación con el aborto quirúrgico precoz (1-2).

La dosis indicada es de 600 mg de mifepristona (o tres pastillas de 200 gr) y se le oferta a la mujer en un centro médico autorizado. Dos días después de su administración, la mujer debe volver a la clínica donde se le dará una prostaglandina. Ésta puede ser misoprostol (400 mg) administrada oralmente o gemeprost (1mg) por vía vaginal. En general, este procedimiento requiere que la mujer permanezca de tres a cuatro horas en la clínica después de la administración de la prostaglandina y que vuelva al cabo de 14 días de la toma de la mifepristo-

na para una revisión. En Francia, y la mayor parte de los países europeos, la mifepristona está indicada para interrupciones del embarazo hasta 49 días desde el inicio de la última menstruación, y en el Reino Unido y Suecia hasta 63 días.

En Escocia y Suecia, el uso de la interrupción voluntaria del embarazo farmacológica ha aumentado y se han incorporado algunas variaciones sobre esa pauta descrita, quizás porque en estos países se permite esta práctica hasta los 63 días, se tiene experiencia sobre esta medicación desde hace más de una década y es de donde proceden algunas de las eminencias en la investigación sobre el aborto farmacológico. La pauta más común para las IVE's hasta los 63 días desde la última menstruación consiste en el uso de una dosis reducida de mifepristona (200 mg) seguido de 800 mg de misoprostol por vía vaginal. Este procedimiento ha sido recomendado tanto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como por el Real Colegio de Obstetricia y Ginecología (RCOG) (3,4).

En los tres primeros países en que se registró su uso, la interrupción voluntaria del embarazo farmacológico, actualmente, supone un porcentaje elevado en relación al total de abortos del primer trimestre, excepto en Inglaterra y Gales. En 2002, más de la mitad de las interrupciones, que tuvieron lugar dentro de los límites permitidos se realizaron utilizando mifepristona; en Francia el 56%, en Escocia el 61% y en Suecia el 51% (5). Incluso en los países en los que la mifepristona ha sido aprobada recientemente, su uso está aumentando. En Suiza, en 2003, sólo cuatro años después de su aprobación, aproximadamente el 40-50% de las interrupciones voluntarias del embarazo tempranas se realizaron utilizando este método (6).

Procedimientos para aprobar el uso de fármacos

El registro de la mifepristona en los estados miembros de la Unión Europea fue facilitado gracias al principio de reconocimiento mutuo. Desde 1995, la Agencia Europea de Evaluación de Productos Médicos con sede en Londres, puede llevar a cabo registros múltiples una vez que un producto haya sido registrado en alguno de los estados miembros de la UE. Cuando el producto no va en contra de la legislación nacional del estado miembro, se procede a su autorización a nivel nacional en base al primer registro. De acuerdo con el principio de reconocimiento mutuo, la mifepristona fue registrada en 1999 siguiendo el criterio de Francia (país de registro inicial), aprobán-

dose su uso hasta los 49 días de gestación en los siguientes países: Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Grecia, Luxemburgo, Países Bajos y España. Reino Unido y Suecia, no fueron incluidos en este grupo con los demás países de la UE, porque ya tenían registros. Este método también está registrado en Azerbaijón, Belarus, Georgia, Letonia, la República de Moldavia, Noruega, Federación Rusa, Suiza y Ucrania siguiendo diferentes criterios, la mayoría muy similares al de reconocimiento mutuo de 1999. El producto nunca fue ofrecido a Portugal e Irlanda para su registro, puesto que en estos países la interrupción voluntaria del embarazo está muy restringida, o en Italia, por otras razones.

Si bien el procedimiento centralizado ha facilitado el registro en la mayoría de los estados miembros, los procesos de aprobación y su uso posterior están condicionados, en cada país, por las políticas locales relativas a la interrupción voluntaria del embarazo. Por ejemplo, en Alemania se introdujo un nuevo sistema de distribución con el fin de asegurar un mayor control sobre el fármaco: la mifepristona se facilita directamente a cada profesional por parte de la organización distribuidora a nivel nacional, que es completamente diferente a la de otros fármacos. En Austria, el Ministerio de Sanidad, en el momento de su aprobación, restringió el uso del Mifegyne a los hospitales, a pesar de que las interrupciones del embarazo son realizadas en centros privados más que en hospitales públicos. De esta manera, las y los profesionales que realizan los abortos no están autorizadas según la legislación a prescribir el fármaco, y quienes tienen derecho para la distribución del fármaco, no pueden realizar la interrupción del embarazo (7).

En Europa central y del este, así como en los países de la antigua Unión Soviética, el procedimiento de aprobación del fármaco también ha estado determinado por las políticas locales sobre aborto. Después de la Segunda Guerra Mundial, las mujeres de la mayoría de estos estados tenían fácil acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, que era financiada por la Seguridad Social. Con la excepción de Polonia y Eslovaquia, esta regulación continúa vigente en la mayoría de los países, reconociéndose el derecho de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo sin ninguna restricción, hasta al menos las doce primeras semanas de embarazo. Pero, en los últimos años, a pesar del compromiso legal existente hacia el aborto, el acceso a los centros donde se realiza presenta dificultades. Cuestiones relacionadas con el descenso de las tasas de natalidad y con la presión de grupos religio-

8

Los locales e internacionales han disminuido el apoyo a la planificación familiar y la interrupción voluntaria del embarazo (8).

Algunos gobiernos se han opuesto con éxito a la aprobación de la interrupción voluntaria del embarazo farmacológica. La mifepristona se aprobaba finalmente en Letonia en 2002, pero el protocolo establecido hace el método poco atractivo tanto para profesionales como para las mujeres, ya que requiere que éstas permanezcan en el centro durante al menos diez días, plazo en el que se puede confirmar mediante ecografía que ha finalizado el proceso. En Lituania, la autorización del fármaco encontró dificultades similares por parte de algunas personas del Ministerio de Sanidad y de la Iglesia Católica. En 2002, un comité oficial creado por el Ministerio de Sanidad para revisar el registro, determinó que la mifepristona presentaba riesgos significativos para la salud de las mujeres incluyendo la posibilidad de que se incrementara el riesgo de suicidio. Ambos países se incorporaron a la UE en 2004 haciendo así más factible la autorización del fármaco en Lituania y más aceptable su uso en Letonia.

El aumento del número de compañías farmacéuticas que comercializan la mifepristona en otras partes del mundo ha facilitado su disponibilidad para la interrupción voluntaria del embarazo en algunos países de Europa del este. En Moldavia, de acuerdo con la Dra. Rodica Comendant, Directora de la Asociación contra las Enfermedades Infecciosas en Obstetricia y Ginecología de la República de Moldavia, la Compañía Farmacéutica Shell ha registrado, recientemente, para su uso en la interrupción voluntaria del embarazo, la MTPILL, producida por la compañía hindú Cipla. En Ucrania, una compañía china ha registrado recientemente un producto que incluye tanto la mifepristona (Mifolian) como un compuesto elaborado, a partir del misoprostol, por la misma compañía. Este nuevo producto puede mejorar el acceso al método puesto que el misoprostol no está registrado en Ucrania y sólo está disponible en el mercado negro. De hecho, compuestos parecidos han hecho posible disponer del método antes de su aprobación, incluso en países en los que el aborto legal está restringido. En Polonia, donde la interrupción voluntaria del embarazo se realiza solo en supuestos muy limitados, la evidencia sugiere que el aborto farmacológico está siendo utilizado por parte de las y los profesionales (9). Sin embargo, en tales circunstancias, la ausencia de formación entre el personal médico junto a una información inadecuada, pueden dificultar el acceso de las mujeres a este método y a servicios de calidad.

Legislación sobre el aborto

En la mayoría de los países, la práctica del aborto farmacológico está regulada de acuerdo con las leyes y normativas existentes para el aborto quirúrgico, que establecen tanto qué profesionales lo realizan como dónde puede llevarse a cabo. En algunos países, se requiere obligatoriamente un asesoramiento y un periodo de espera, en el caso de que las mujeres opten por el aborto farmacológico. Puesto que la mayoría de estas leyes fueron elaboradas y aplicadas con anterioridad a la técnica del aborto farmacológico, algunas de las disposiciones tienen poco sentido para los servicios donde se realizan abortos farmacológicos y pueden distorsionar la forma en que se desarrollan y ofrecen los servicios. Como ejemplo, la mayoría de los países europeos mantienen normativas que requieren la intervención de una o un profesional con determinada cualificación para recetar mifepristona o misoprostol.

Cuando se aprobó el aborto farmacológico en el Reino Unido en 1991, al principio los hospitales tardaron algún tiempo en utilizar el fármaco. Existen dos razones que pueden haber tenido algún peso en este hecho: en primer lugar, la normativa existente relativa al aborto requería que aquella usuaria a quien se le practicase un aborto hospitalario farmacológico, tuviera disponible una cama en el hospital durante un tiempo posterior a la administración de la prostaglandina, lo que colapsó los recursos extra hospitalarios. En segundo lugar, la financiación recaía sobre el presupuesto de farmacia, que era gestionado independientemente del presupuesto destinado a camas hospitalarias y quirófanos. Desde que los fármacos fueron sustituyendo a la cirugía, su suministro conllevaba un gasto en los presupuestos de farmacia, que no obtenía ninguno de los beneficios derivados del ahorro que suponía realizar un menor número de intervenciones. Una vez que el método pudo ofrecerse a las mujeres en la sanidad pública de forma ambulatoria y administrarse por enfermería (siempre bajo prescripción médica), disminuyeron los problemas y se extendió su uso (5).

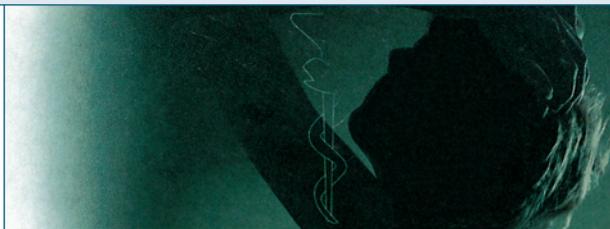
Muchos otros países también tienen normativas específicas que establecen dónde debe realizarse la interrupción voluntaria del embarazo, bien en un hospital o en una clínica privada que cumpla los estándares establecidos. También existe una gran diversidad, entre países, en cuanto al porcentaje de interrupciones del embarazo que se realizan con recursos públicos y privados. No resulta sorprendente que la disponibilidad de profesionales que realicen abortos

dependa de dónde se practique el método farmacológico. En España, aunque la mifepristona está aprobada para su uso tanto en centros públicos como privados, son muy pocos los centros del sector público que ofertan esta prestación donde se utiliza este método. Por ello, la mayoría de los abortos farmacológicos se realizan en centros privados, siendo costeados por las usuarias. En contraposición con la regulación que existe en Europa para los centros donde se realizan interrupciones voluntarias del embarazo, algunos países de fuera de Europa han flexibilizado los requisitos para el uso del aborto farmacológico y, como consecuencia, se ha facilitado el que las mujeres tengan un mayor acceso.

Reembolso por acto médico

Los modelos de seguros en los que se reembolsa el pago por acto médico también pueden incidir en la forma en que se oferta el método a las mujeres. En Francia, la aplicación de la reforma de la ley sobre el aborto de 2001, desarrollada mediante decreto aprobado en el año 2004, requiere que el o la profesional, al ofertar el aborto farmacológico, atienda en consulta a la paciente cuatro veces a lo largo de tres semanas: la usuaria debe acudir a la clínica una semana antes de recibir el fármaco como parte del periodo de reflexión obligatorio. Debe regresar, como mínimo, una semana después para diagnosticar y confirmar el embarazo y para tomar la mifepristona. Después, debe volver 36 a 48 horas más tarde para administrarle el misoprostol. Por último, dos semanas después acudirá para realizar el seguimiento (10). Además, las pautas seguidas en Francia establecen que, en la práctica del aborto, la dosis que se debe utilizar es de 600 mg. Consecuentemente, existen pocos incentivos económicos para que las y los proveedores del sector público utilicen pautas con dosis reducidas (5). Lo mismo ocurre en otros países donde, de acuerdo con las normas establecidas, los gobiernos financian la mayor parte del coste del procedimiento.

Los seguros con reembolso del pago por acto médico pueden tener una incidencia negativa sobre las y los profesionales a la hora de utilizar el método farmacológico. En Alemania, Femagen, el distribuidor alemán de la compañía francesa Exelgyn, debido a las escasas ventas, tuvo que dejar de comercializar Mifegyne sólo un año después de que se introdujera el fármaco. Otra compañía se hizo cargo inmediatamente de la comercialización del producto en el año 2000 y todavía hoy, cinco años después de la aprobación de la mifepristona, sólo el 9-10% de las interrupciones voluntarias del



embarazo se realizan utilizando este fármaco. El número de abortos farmacológicos se ha ido incrementando lentamente y la escasa demanda puede atribuirse, en parte, a que el pago por acto médico no compensa de la misma manera a las y los profesionales en el procedimiento farmacológico y quirúrgico. Otros factores que pueden estar contribuyendo a la escasa aceptación son: la falta de apoyo técnico y de protocolos para los y las profesionales y el escaso conocimiento sobre el método entre asesores/as y la población general (11).

En los países de Europa central y del este, donde la interrupción voluntaria del embarazo ha sido tradicionalmente gratuita en el sistema sanitario público, las reformas han tenido repercusiones para las mujeres, en la medida en que se ha modificado el coste de este servicio. En la Federación Rusa, los abortos quirúrgicos, (hasta un determinado momento de la gestación), se realizan a cargo de la Seguridad Social en los hospitales públicos, mientras el aborto farmacológico no está cubierto.

Modelos de práctica clínica

El uso del aborto farmacológico puede estar también condicionado por algunas pautas clínicas relacionadas con el uso de fármacos genéricos. Por ejemplo, en la Federación Rusa, la necesidad de utilizar el compuesto genérico de misoprostol con la dosis prescrita de mifepristona ha resultado ser un obstáculo para la utilización de este método. De hecho, en la actualidad existen diversos productos con mifepristona en el mercado ruso, incluyendo el Mifegyne, un producto ruso conocido como Penkraston y, más recientemente, el fármaco de origen chino, Mifolian. El misoprostol también está disponible en Rusia, a diferencia de muchos países de la antigua Unión Soviética, sin embargo, el misoprostol sólo está registrado para indicación gastrointestinal, y los y las profesionales rusas son reticentes a utilizarlo para otras indicaciones. Por esta razón, son muy pocos los y las profesionales que ofertan el aborto farmacológico.

Por otro lado, las guías clínicas que se ofrecen desde colectivos profesionales, pueden ser una herramienta útil para determinar la práctica clínica. Como se mencionó anteriormente, tanto la RCOG como la OMS han publicado guías para el uso correcto de mifepristona-misoprostol en la interrupción voluntaria del embarazo precoz (3,4). En Francia, las guías clínicas editadas por la Agencia Nacional de Acreditación y Evaluación de la Salud, una organización promovida por el Ministerio de Sanidad francés, recomiendan el uso de una dosis

reducida de mifepristona de 200 mg cuando se use para el aborto farmacológico hasta los 49 días de gestación. La existencia de estas guías ha fomentado el uso de una dosis reducida de mifepristona entre las y los profesionales, especialmente en el ámbito privado. De acuerdo con un estudio realizado recientemente por la Dra. Danielle Hassoun, las y los profesionales están comenzando a utilizar esta dosis reducida. De 194 especialistas en ginecología y obstetricia, casi la mitad afirmaron que estaban utilizando una dosis reducida de 400 mg (21%) o 200 mg (25%) de mifepristona (10).

De hecho, las y los profesionales de muchos países europeos han dudado a la hora de introducir la administración de misoprostol, práctica que ha demostrado ser segura y efectiva en estudios publicados y realizados en Estados Unidos, Vietnam, Túnez, Turquía y Suecia (12-14). Los estudios empíricos sobre nuevas pautas pueden aportar experiencias sobre la práctica clínica para las y los profesionales; pueden proporcionar datos útiles para revisar las guías clínicas para profesionales y pueden dar respuesta a los miedos infundados, por parte de las y los profesionales, sobre si sus nuevas prácticas son ilegales. Finalmente, en agosto de 2004, el Servicio Británico de Asesoramiento sobre Embarazo, uno de los proveedores principales de interrupciones voluntarias del embarazo en el Reino Unido presionó para que el aborto farmacológico pudiera ofrecerse de una forma más fácil y aceptable incluyendo, potencialmente, el uso ambulatorio de misoprostol (15).

Conclusión

Siempre de acuerdo con los requisitos europeos, ahora que la mifepristona ha sido patentada y está registrada en muchos países europeos, la disponibilidad de nuevos productos genéricos o la importación de fármacos desde fuera de Europa podrían hacer que el aborto farmacológico fuera más accesible para las mujeres de la región. Sin embargo, la historia de la introducción del aborto farmacológico en Europa, así como en muchos otros países, muestra como el acceso a una nueva tecnología reproductiva está condicionada por la legislación existente, los sistemas de seguro con pago por acto médico y las políticas relativas a los derechos reproductivos. La tecnología por sí sola no asegura una mayor posibilidad de elección para las mujeres. De hecho, la situación actual del aborto farmacológico en Europa, muestra la necesidad de contar con estrategias creativas y sostenibles que aseguren que la tecnología esté disponible y sea accesible en la práctica y no sólo en la teoría.

Agradecimientos: nos gustaría dar las gracias a Rodica Comendan, al Dr. Christian Fiala, Dra. Danielle Hassoun y a la Dra. Inés Thonke por sus contribuciones a este artículo.

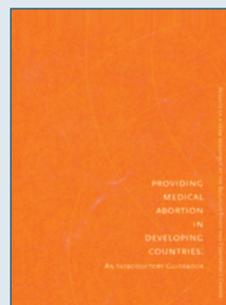
Hillary Bracken

[hbracken@gynuity.org]
Proyectos Sanitarios Gynuity

Beverly Winikoff

[bwinikoff@gynuity.org]
Proyectos Sanitarios Gynuity

Proyectos Sanitarios Gynuity es una organización de investigación y asistencia técnica que apoya la idea de que todas las personas deberían tener acceso a los adelantos de la ciencia médica y al desarrollo tecnológico. Gynuity trabaja de forma integral para asegurar que las tecnologías en salud reproductiva están disponibles a un coste razonable, en el contexto de unos servicios de alta calidad, ofertados de manera que se reconozca la dignidad y la autonomía de cada persona. Nuestros esfuerzos se centran particularmente en los entornos donde existen pocos recursos y en los sectores de la población que no acceden a los mismos. Para más información sobre nuestras actividades y para acceder a la documentación disponible, por favor visite nuestra página web: www.gynuity.org



Referencias

1. Hausknecht, R. «Mifepristona y misoprostol para el aborto farmacológico precoz: una experiencia de 18 meses en Estados Unidos». *Contracepción*, 2003; 67:463-465.
2. Estudio multicéntrico en GB - resultados finales, la eficacia y tolerancia de la mifepristona y la prostaglandina en la interrupción voluntaria del embarazo de menos de 63 días. *Contracepción*, 1997. Enero; 55 (1):1-5.
3. Real Colegio de Ginecología y Obstetricia. La atención a las mujeres que solicitan la interrupción voluntaria del embarazo. Marzo, 2000

DESAFÍO ANTE LAS INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO SEGURAS EN SUECIA

Por Silvia Sjö Dahl

(www.nelh.nhs.uk/guidelines-db/html/front/InducedAbortion.html acceso el 15 de diciembre de 2004)

4. Organización Mundial de la Salud. Aborto seguro. Pautas técnicas y políticas para sistemas sanitarios. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003.
5. Jones RK, Henshaw SK. «Mifepristona para el aborto farmacológico precoz: algunas experiencias en Francia, Reino Unido y Suecia». *Perspectivas en Salud Sexual y Reproductiva* 2002; 34: 154-161.
6. Rey, A. Mifegyne (RU 486/ RU486) Método farmacológico para la interrupción voluntaria del embarazo [online], [consultado el 15 de diciembre de 2004]. Disponible en <http://www.svss-uspda.ch/fr/facts/mifegyne.htm>
7. Fiala, C. Comunicación Personal
8. Centro de Derechos Reproductivos. Mujeres del mundo: leyes y políticas que afectan su salud reproductiva (Europa central y del este). Nueva York (NY): Centro de Derechos Reproductivos, 2000.
9. Centro de Derechos Reproductivos. Aborto farmacológico en Polonia. [online] junio 2003 [consultado el 19 de noviembre de 2004] Disponible en http://www.crlp.org/ww_eu_poland-medab.html.
10. Hassoun D. Aborto farmacológico en Francia. Presentación en la Conferencia de la Asociación Americana de Salud Pública: 9 noviembre 2004; Washington, D.C. EEUU.
11. Thonke, I. Comunicación Personal.
12. Elul B., Hajri S, Ngoc NN et al. «¿Pueden acceder las mujeres de los países menos desarrollados al aborto farmacológico?» *Lancet* 2001; 357: 1402-5.
13. Schaff E, Eisinger S, Stadalius L, et al. «Aborto con dosis baja de mifepristona, 200 mg, y misoprostol por vía vaginal» *Contracepción* 1999; 59: 1-6.
14. Fiala C, Winikoff B, Helstrom L, Hellborg M, Gemzell-Danielsson K. Aceptabilidad del uso ambulatorio del misoprostol en el aborto farmacológico. *Contracepción*. Noviembre 2004; 70(5):387-92.
15. Servicio Británico de Asesoramiento sobre Embarazo (BPAS). Aborto farmacológico precoz [online] 9 agosto 2004 [consultado el 15 de diciembre de 2004] Disponible en www.bpas.org.

Suecia, tanto a nivel nacional como internacional, ha liderado tradicionalmente el tema de la igualdad de género.

El Gobierno Sueco ha declarado en diferentes ocasiones su intención de continuar trabajando para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con los derechos sobre salud sexual y reproductiva, planteando que el derecho de una mujer a decidir sobre su propio cuerpo es un requisito básico para conseguirlo. A pesar de todo ello, en este país, aún se siguen planteando desafíos en relación a la interrupción voluntaria del embarazo, el más reciente se ha producido en el ámbito parlamentario.

En la primavera de 2004 un grupo parlamentario sueco, conocido como el Foro para la Familia y Dignidad Humana llevó a cabo un seminario en el cual, Dña Wanda Franz, del Comité Nacional Americano del Derecho a la Vida, habló sobre la relación entre la interrupción voluntaria del embarazo y el cáncer de mama, a pesar de que dicha relación nunca ha sido probada científicamente. Uno de sus mensajes principales se refería a la prohibición del aborto incluso en casos de incesto o violación. Como respuesta ante este posicionamiento, poco habitual en Suecia, la red de mujeres perteneciente al Partido Centrista, organizó un seminario para abordar este tema y el de la interrupción voluntaria del embarazo en general. Como resultado de este seminario, la Asociación Sueca para la Educación Sexual (RFSU) organizó, un encuentro sobre interrupción voluntaria del embarazo en el que se implicaron representantes de todos los partidos políticos, los ministerios relacionados con el tema, personas dedicadas a la investigación, ONGs y la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional. Este encuentro proporcionó la oportunidad de crear un foro de debate sobre el tema y sobre las estrategias más adecuadas a adoptar por las diferentes partes a la hora de realizar esfuerzos por facilitar el acceso al aborto seguro de forma global.

Para más información sobre este encuentro o cualquier otra actividad de la RFSU, incluida la reciente publicación del libro *Aborto Seguro como Condición para una Maternidad Segura*, por favor contacte con nuestra página web.



www.rfsu.se/rfsu_int/

Silvia Sjö Dahl
Asociación Sueca de Educación Sexual (RFSU)

¿POR QUÉ LA IPPF HA ELEGIDO EL ABORTO COMO UNA DE LAS CINCO «A»?

Por Jeffrey V. Lazarus

En el nuevo marco estratégico 2005-2015, la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) ha elegido sus priorizar cinco temas: adolescencia, aborto, Sida, accesibilidad y abogacía. Puesto que estos cinco temas comienzan (en inglés) con la letra «A», se refieren a ellos como las cinco «A». Entre Nous entrevistó a Carine Vrancken, presidenta de la Red Europea de la IPPF y miembro del Consejo de Gobierno de la IPPF, con el fin de saber por qué la interrupción voluntaria del embarazo fue elegida como área prioritaria dada la controversia existente en torno al tema y la pérdida de la financiación que aportaba EEUU a la IPPF.



Carine Vrancken: es complicado responder a esta pregunta, no porque resulte difícil encontrar las razones, sino porque resulta evidente para la IPPF que la interrupción voluntaria del embarazo debe ser un tema prioritario. ¿Cómo podría la IPPF, que es una organización sobre derechos humanos que interviene en el campo de los derechos y la salud sexual y reproductiva (DSSYR) no aceptar el desafío de luchar por el derecho de las mujeres a tener acceso a la interrupción voluntaria del embarazo? ¿No resultaría hipócrita luchar por una anticoncepción accesible en todos los sentidos, mientras se guarda silencio respecto a las necesidades de las mujeres que se enfrentan a un embarazo no deseado?

A nivel político, el tema del aborto ha sido tabú. ¿Cómo maneja esto la IPPF?

CV: El tabú sobre este tema durante mucho tiempo sólo fue cuestionado refiriéndose al aborto como un riesgo para la salud de las mujeres. Cuando se analiza el asunto desde una perspectiva sanitaria, el énfasis recae sobre las consecuencias de los abortos inseguros. El problema de este enfoque es que sólo visibiliza una parte del problema de la interrupción voluntaria del embarazo. Si analizamos el aborto desde la perspectiva de los derechos, resulta más fácil encontrar referentes para la «solución». La consecuencia de asumir la perspectiva de los

derechos en relación al aborto, es que no se pueden silenciar durante más tiempo las necesidades de las mujeres que tienen embarazos no deseados, y en concreto el que la interrupción voluntaria del embarazo sea accesible y posible para todas las mujeres. La diferencia más significativa entre la perspectiva sanitaria y la de los derechos queda clara al revisar lo que sucedió en las diferentes conferencias internacionales desde la CIPD (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo) de El Cairo en 1994. Desde entonces, la oposición se ha encargado con éxito de bloquear cualquier consenso en los documentos sobre el derecho de las mujeres a acceder a un aborto seguro. No resulta sorprendente que en los foros internacionales se debata más sobre la interrupción voluntaria del embarazo en el contexto de reducir las consecuencias para la salud de las mujeres de los abortos inseguros, que como un tema relacionado con los derechos.

Desde la IPPF, con frecuencia, se citan las palabras de una de las fundadoras, la sueca Elise Ottesen Jensen, que fue quien una vez dijo «hay que ser valiente y protestar». Después de más de 50 años (la IPPF se fundó en 1952), estas palabras aún tienen validez. Me refiero a la relación entre protestar, y en determinado momento, pasar a la acción. Protestar, por el hecho de que a millones de mujeres se les niegue el derecho a acceder al aborto seguro, es el primer paso. El siguiente, inevitablemente, debería ser el actuar «de forma valiente» para que la interrupción voluntaria del embarazo segura sea posible y accesible para todas las mujeres.

Una de las primeras actuaciones de George Bush como nuevo presidente de los EEUU en 2001, fue reinstaurar la Política de Ciudad de Méjico, también conocida como «Ley de la Mordaza». Esta política establece que las ONGs extranjeras que reciben fondos de EEUU para planificación familiar, no pueden utilizar esta ayuda ni tampoco su propia

IPPF

La mayor organización de voluntariado en el ámbito de los derechos sobre salud sexual y reproductiva, la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), ayuda a mejorar la vida y a aumentar el bienestar de cientos de millones de personas en todo el mundo. La Red Europea de la IPPF es una de las seis redes regionales existentes. Con 39 asociaciones incluidas en ella, cada una de un país, la Red fomenta el apoyo y acceso a los derechos y servicios de salud sexual y reproductiva en toda Europa y Asia Central.

Objetivos Básicos

«Avanzar en el derecho humano básico de todas las personas a tomar decisiones libres e informadas en lo referente a su vida sexual y reproductiva; y luchar por el acceso a información, educación y servicios de calidad en relación a sexualidad y identidad sexual, concepción, anticoncepción, interrupción voluntaria del embarazo segura, infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA».

financiación para ofrecer información sobre el aborto, practicar abortos, apoyar a sus gobiernos para este fin o para promocionar el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. ¿Cómo ha reaccionado la IPPF ante esto?

CV: La IPPF está siendo atacada estos días, por grupos anti-derecho a decidir, por su postura ante el aborto, porque rechaza quedarse callada en relación al aborto. Sería mucho más fácil, económicamente hablando y para una organización como la nuestra, guardar silencio sobre un tema como la interrupción voluntaria del embarazo, pero si realmente nos proponemos cumplir con el legado fundacional, tendremos que asumirlo. La IPPF tiene la obligación de luchar por el derecho de las mujeres a acceder a la interrupción voluntaria del embarazo, ya que, de esta manera, se posibilita que las mujeres sean responsables de sus propias decisiones en relación al momento que consideren apropiado para tener descendencia. Si esto supone perder parte de la financiación, lo sentiremos mucho pero no podemos ignorar los derechos humanos por mantener la financiación.

Las personas que se oponen a la interrupción voluntaria del embarazo sostienen que es antinatural y «anti-vida»

CV: Todo el mundo sabe que mientras existan hombres y mujeres, existirán las relaciones sexuales. Si no se acepta este hecho, no se acepta la naturaleza humana en sí. Igualmente sabemos que el resultado de las relaciones sexuales puede ser un embarazo. Algunos de estos embarazos llegan en un momento de felicidad para la mujer, y otros pueden llegar a convertirse en una pesadilla. En todos los casos, tanto hombres como mujeres han buscado los métodos, seguros e inseguros, para terminar con un embarazo no deseado. La razón para optar por esta solución es, generalmente, considerar que sería irresponsable por su parte tener hijos o hijas cuando no pueden cuidarles adecuadamente. Esta realidad es la que hace que la IPPF no pueda ignorar el tema del aborto, ya que sería incluso una falta de ética hacerlo. Pero aún con independencia de la perspectiva ética, existen datos que no se pueden ignorar. No sé cuántas veces se habrá mencionado pero creo que nunca es suficiente: de todos los embarazos, el 22%, aproximadamente 46 millones, terminan en aborto. Veinte millones de estos abortos se realizan bajo condiciones inseguras y, alrededor de 68.000 mujeres mueren cada año debido a sus complicaciones. Para mí estas cifras son una razón lo suficientemente buena como para que la IPPF se plantee el aborto como una de sus prioridades.

La IPPF argumenta que disminuirán las tasas de interrupción de embarazo con el uso de anticonceptivos, ya que habrá menos embarazos no deseados. Pero esto no siempre es así, incluso en su país, Bélgica. ¿Por qué sucede esto?

CV: Para responder a esta pregunta hemos de tener en cuenta la tasa global de fertilidad. La disponibilidad de métodos anticonceptivos, a menudo, se relaciona con el deseo de tener menos descendencia. La interrelación entre el incremento en el uso de la anticoncepción y el descenso en la TGF muestra como, en estas circunstancias, el número de embarazos no deseados aumenta en lugar de descender.

Europa está considerada tradicionalmente como la región del mundo con las leyes más liberales en lo que al aborto se refiere. Aún así hay diferencias claras entre países. ¿Cómo ve la IPPF la situación y qué se está haciendo al respecto en los países en los que el aborto aún es ilegal?

CV: En los países donde existen asociaciones de la Red Europea de la IPPF, las tasas de aborto varían de las más bajas del mundo a las más altas. En términos generales, los países con las tasas más bajas son los de Europa occidental (ej. Bélgica tiene 111 abortos por cada 1000 nacimientos vivos; Francia tiene una proporción 263:1000). Los países de Europa del este pueden llegar a tener tasas hasta diez veces más elevadas (ej. Rusia 1416:1000 y Rumania 1156:1000). Incluso en Europa occidental, donde, en general, la interrupción voluntaria del embarazo resulta accesible tras solicitarla (hasta las 12 semanas de embarazo), todavía hay países con leyes sobre el aborto extraordinariamente restrictivas (ej. Portugal, Irlanda, Polonia y Malta), lo que implica que las mujeres asumen el riesgo de realizar un aborto inseguro o tienen que viajar a otro país para poder realizarlo en buenas condiciones. Esta práctica se conoce a menudo como el «turismo de aborto», y se trata de una triste realidad para demasiadas mujeres en Europa, además de discriminar a aquellas con menos recursos económicos.

Pero incluso en los países donde existen leyes sobre aborto no restrictivas, las personas que defienden los derechos de salud sexual y reproductiva deben tener cuidado ya que, las leyes sobre interrupción del embarazo y el acceso a la misma con bajo coste, están siendo cuestionadas. De forma sutil está aumentando el número de profesionales de la salud que rechazan practicar interrupciones voluntarias del embarazo basándose en la objeción de conciencia, al tiempo que se niegan a derivar a las mujeres a otros y otras profesionales.

Existen ejemplos de leyes progresistas sobre aborto en los antiguos países comunistas que se han ido restringiendo progresivamente debido a la presión de los grupos conservadores. Un ejemplo extremo es Polonia, donde el aborto sólo es posible hasta las 12 semanas de embarazo en caso de violación, si la vida de la mujer está en peligro, o si existe una malformación fetal grave. La realidad es que incluso las mujeres que han sufrido una violación difícilmente pueden acceder a la interrupción de su embarazo debido a que los procedimientos resultan poco claros y complicados.

Durante décadas, los Países Bajos fueron considerados como un ejemplo a seguir en el ámbito de los derechos de salud sexual y reproductiva: los anticonceptivos eran gratuitos, existían buenos programas de prevención, se ofrecían servicios de calidad para la interrupción del embarazo gratuita, y además de ello, se registraban las tasas más bajas de aborto en el mundo. Pero desde que el nuevo gobierno se consolidó, los anticonceptivos ya no son gratuitos (excepto para las chicas menores de 21 años), los centros de planificación de la Rutgerstichting ya no están subvencionados y se prevé una revisión de la actual ley sobre el aborto.

¿Qué piensa que sucederá en el futuro?

CV: Me gustaría terminar con una cita de Ann Furedi, directora ejecutiva de bpas, el centro más importante del Reino Unido donde se realizan interrupciones del embarazo: «El derecho al aborto es un asunto político. La capacidad de una mujer para controlar su fertilidad condiciona toda su vida. El control de la natalidad nos permite disfrutar de la sexualidad y participar en la vida pública. Sin él, la elección se limita a la abstinencia o el riesgo de embarazo. Denegar a una mujer su derecho al aborto es limitar su potencial humano, y es por eso que este derecho fue una de las primeras demandas de liberación de la mujer. La decisión de interrumpir el embarazo es algo muy personal, una mujer no ejerce su derecho a abortar como si ejerciera el derecho a votar. Para una mujer, el aborto es la respuesta a un problema personal y privado: no es una demostración de su forma de pensar o sus creencias».

Cuando creamos realmente en los derechos sobre salud sexual y reproductiva, no deberemos olvidar que el aborto no es un problema: la interrupción del embarazo es la solución para las mujeres que se enfrentan a embarazos no deseados.

ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN EUROPA CENTRAL Y DEL ESTE

Por Traci L. Baird, Sarbaga Falk y Entela Shehu

Entre las numerosas conclusiones acordadas en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en relación a los derechos sobre la salud sexual y reproductiva, ha de destacarse la importancia de sensibilizar y llevar a cabo acciones concertadas para abordar un problema crítico para la salud pública como son los abortos inseguros. En los diez años transcurridos desde la conferencia, numerosos grupos y personas en Europa central y del este (ECE) han trabajado para mejorar la calidad de la atención, en caso de interrupción voluntaria del embarazo, para millones de mujeres que viven en la región.

Los desafíos son importantes, sin embargo, y a pesar de los esfuerzos, la situación ha mejorado poco para las mujeres y las y los profesionales que las atienden. La confianza en el aborto como método de control de la natalidad continúa estando muy extendida y aceptada en Europa y, como consecuencia, se dan las tasas de aborto más elevadas del mundo (1). También son frecuentes la carencia de equipos y fármacos, los recursos masificados, la falta de formación, el uso de técnicas anticuadas para realizar interrupciones del embarazo, el incumplimiento de los protocolos y pautas mínimas, y el hecho de que no se proporcione un método anticonceptivo después de la interrupción voluntaria del embarazo. Todo ello contribuye a crear un deficiente nivel de asistencia (2). Aunque en Europa no mueren tantas mujeres por causas asociadas con el aborto como en otras partes del mundo, estas muertes representan algo más de una cuarta parte de las muertes maternas en la región, lo que constituye una tasa inaceptable (3).

Trabajar sobre las necesidades: atención integral de la interrupción voluntaria del embarazo centrada en las mujeres

Afortunadamente, estos problemas tienen solución y la región de la ECE ofrece buenos ejemplos de innovación en la atención de la interrupción voluntaria del embarazo. Una estrategia que ha perseguido la Ipas, en colaboración con numerosas organizaciones regionales, es la implantación de la atención integral centrada en la mujer (4). Este modelo ofrece servicios para la interrupción voluntaria del embarazo teniendo en cuenta diferentes factores que inciden en las necesidades de salud psíquica y física de las mujeres, incluyendo sus circunstancias personales y su capacidad para acceder a los recursos.

Objetivos de la atención integral del aborto centrada en la mujer

- Proporcionar servicios seguros y de alta calidad.
- Descentralizar los servicios al nivel local lo máximo posible.
- Establecer servicios accesibles y de bajo coste para todas las mujeres.
- Ayudar a que las y los profesionales de la salud comprendan las circunstancias sociales y las necesidades individuales de cada mujer y ofrezcan una atención de acuerdo a las mismas.
- Reducir el número de embarazos no deseados y de interrupciones voluntarias del embarazo.
- Identificar y atender a las mujeres con otras necesidades de salud sexual y reproductiva.
- Lograr que la atención en caso de interrupción voluntaria del embarazo sea

pales: derecho a decidir, accesibilidad y calidad. En su definición más amplia, «derecho a decidir» significa asegurarse de que la mujer tiene el derecho y la oportunidad de tomar decisiones sobre su cuerpo y su salud sin ninguna interferencia de otras personas. En relación al embarazo y al aborto, esto incluye el derecho a determinar cómo y cuándo quedarse embarazada, a continuar o poner fin al embarazo, y el poder elegir entre los métodos anticonceptivos disponibles, los métodos para interrumpir el embarazo, las y los profesionales y los diferentes recursos.

El «acceso» enfatiza la importancia de que los servicios donde se realizan las interrupciones voluntarias del embarazo sean accesibles y tengan un bajo coste para las mujeres que los necesiten. En teoría, en todos los países cualquier mujer con recursos económicos y un buen conocimiento de los recursos, podría acceder a un aborto seguro. Pero la realidad es que en todas partes las barreras económicas, geográficas, lingüísticas y culturales impiden a muchas mujeres –especialmente a las mujeres pobres– el acceso a tales servicios. En Rumania, por ejemplo (al igual que en muchos otros países), los centros donde se realizan abortos, están situados en áreas urbanas, dificultando así su acceso a las mujeres de las zonas rurales (5).

Asegurar la «calidad» de los servicios implica prestar atención a múltiples factores del contexto local y tener en cuenta los recursos disponibles. Los elementos fundamentales para que exista alta calidad en la atención a la interrupción voluntaria del embarazo incluyen: proporcionar una atención adaptada a las necesidades individuales de las mujeres, ofertar información adecuada y veraz y consejo; ofrecer alternativas anticonceptivas tras el aborto, incluyendo la anticoncepción de emergencia; derivar a, o proporcionar otros servicios de salud sexual y reproductiva; y finalmente, asegurar la confidencialidad, privacidad, respeto y una interacción positiva entre las mujeres y el personal sanitario.

La adopción y el uso de las tecnologías médicas recomendadas internacionalmente, son especialmente importante a la hora de realizar cualquier esfuerzo para mejorar la calidad de la atención ofrecida en la interrupción voluntaria del embarazo. En su publicación del año 2003, Aborto seguro:

directrices políticas y técnicas para sistemas sanitarios (ver la sección de recursos de este número), la Organización Mundial de la Salud recomienda el uso de técnicas de aspi-



accesible y sostenible, principalmente, por los sistemas sanitarios.

El modelo de atención integral centrada en la mujer comprende tres elementos princi-

ración eléctrica y manual, así como el aborto farmacológico, para las interrupciones realizadas durante el primer trimestre, como forma de minimizar el riesgo del procedimiento o de complicaciones posteriores como la infertilidad y otras enfermedades. Durante el segundo trimestre, la OMS recomienda cambiar a métodos como el legrado y farmacológicos (6).

Resulta esencial, para la atención, el disponer de estándares clínicos apropiados y de protocolos para la prevención de infecciones, el manejo del dolor, de las complicaciones y de otros componentes clínicos.

Implantar la atención integral del aborto centrada en la mujer

Introducir el modelo de la atención integral centrada en la mujer en Europa supone algunos desafíos teóricos y prácticos. Por ejemplo, en relación a la decisión de la mujer dado que en la mayoría de los países se observan tasas de natalidad por debajo de los niveles de reemplazo generacional, algunos políticos y políticas, profesionales de la salud y organizaciones no gubernamentales (ONGs) han defendido el limitar los programas sobre anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo de gran difusión, con la falsa esperanza de que aumente la natalidad (2).

En algunos países como Polonia y la Federación Rusa, se han aprobado leyes más restrictivas desde la CIPD. La reciente restricción, llevada a cabo en Rusia, sobre el derecho a abortar en el segundo trimestre, es especialmente contraproducente ya que implica que las mujeres que deciden abortar después del primer trimestre, sean, fundamentalmente, quienes sufran las consecuencias de no poder acceder a los servicios y tener que abortar en condiciones inseguras. El 80% de las mujeres que optan por interrumpir su embarazo en Rusia, se ven expuestas a prácticas clandestinas llevadas a cabo en el segundo trimestre del embarazo y realizadas fuera de centros médicos (7).

En otros países como Eslovaquia, Lituania o Hungría, el conservadurismo está contribuyendo a que se incrementen las barreras para que las mujeres puedan ejercer sus derechos relativos al embarazo y el aborto. Por ejemplo, en Eslovaquia, el gobierno y la santa sede, esbozaron un acuerdo por el cual se autorizaba a las y los profesionales sanitarios a acogerse a la «objeción de conciencia» ante los casos de aborto y de prescripción de métodos anticonceptivos (2). Lituania sí tiene una legislación liberal sobre el aborto; sin embargo, el crecimiento negativo de la población y la mayor influencia de la iglesia católica están poniendo difíciles los avances en salud reproductiva. Por ejemplo,

el parlamento lituano ha votado en contra de la aprobación de una ley sobre derechos de salud reproductiva (8). Por otro lado, Hungría, en el año 2000, estableció nuevas restricciones de la Ley vigente sobre el aborto, y ahora se requiere que la mujer reciba «asesoramiento» por parte de un o una profesional sanitaria cuya función es la de tratar de persuadir a la mujer para que continúe con su embarazo; este asesoramiento va seguido de un período de espera obligatorio. La nueva ley también restringe la financiación de las interrupciones del embarazo por parte del gobierno.

A la vista de estas tendencias, un elemento central de la estrategia de Ipas y sus asociados en Europa central y del este, es llevar a cabo una política de defensa de los derechos dirigida a incrementar la concienciación de políticos / as y de la población general sobre los derechos de las mujeres y la obligación de protegerlas por parte de la sanidad pública. Un agente fundamental en esta estrategia es la red ASTRA, que incluye diferentes ONGs europeas que trabajan sobre los derechos de salud sexual y reproductiva (Ipas es miembro asociado). Las actividades propuestas por ASTRA incluyen proyectos a nivel nacional y esfuerzos de ámbito local encaminados a defender y apoyar mejoras políticas sobre derechos de salud sexual y reproductiva (DSSYR), incluyendo el papel que debe asumir en este tema la Unión Europea.

Entre los desafíos para asegurar el acceso de las mujeres, cuando deciden interrumpir su embarazo, a una atención de calidad en Europa central y del este, se encuentra la creación de servicios cercanos a los lugares donde viven las mujeres, centros y hospitales públicos y privados. Esta estrategia va en contra de la tendencia desarrollada por el sistema sanitario en algunos países que continúan centrándose en cerrar hospitales y priorizar recursos terciarios en lugar de reforzar los de atención primaria. También es difícil de garantizar en zonas donde se mantienen conflictos permanentes, donde muchas mujeres desplazadas o refugiadas acuden a los servicios de salud de campos temporales donde es poco frecuente que se oferte la interrupción del embarazo, aunque esté permitida por ley. El acceso, en el país de acogida, a la atención y los servicios donde se realizan abortos seguros es muy difícil para muchas mujeres refugiadas que, incluso, pueden no hablar el idioma, lo que les pone en riesgo de utilizar servicios donde no existe personal especializado.

Un primer reto, en Europa central y del este, para la calidad de la atención en caso de interrupción voluntaria del embarazo, consiste en actualizar los procedimientos clínicos utilizados puesto que –junto con las

habilidades de el o la profesional– la elección de una u otra técnica puede incidir en la morbilidad asociada al aborto. En muchos países de la región, aún se utiliza el legrado en la mayoría de las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas en el primer trimestre, a pesar de que la evidencia indica que este procedimiento se asocia a mayor número de complicaciones que la técnica de aspiración (10). Como se ha sugerido previamente, la Organización Mundial de la Salud recomienda que los sistemas sanitarios cambien este procedimiento por la aspiración o el aborto farmacológico.

Avances en algunos países de Europa central y del este

El cambio hacia una atención integral centrada en la mujer en la interrupción voluntaria del embarazo, se está produciendo, por diferentes vías, en varios países de Europa central y del este.

Rumania

En Rumania, por ejemplo, el Ministerio de Sanidad, junto con un numeroso grupo de personas influyentes, trabajó en colaboración con la Organización Mundial de la Salud e Ipas, en la evaluación estratégica de los servicios en los que se realizaron abortos o se prescribieron métodos anticonceptivos en 2001 (5).

A través del trabajo de campo, que incluía más de 500 entrevistas con políticos y políticas, profesionales de la salud, mujeres y otras personas, el equipo evaluador rumano concluyó que la calidad de los servicios era baja y que la adopción de un modelo de atención integral en la interrupción voluntaria del embarazo subsanaría muchas de las deficiencias. El equipo plateó las siguientes prioridades: introducir la técnica de la aspiración en lugar de utilizar la cirugía, mejorar el manejo del dolor; vincular los centros de planificación a aquellos donde se realizan interrupciones voluntarias de embarazo y, por último, mejorar la privacidad y confidencialidad de los servicios.

Las personas responsables del sistema sanitario reaccionaron rápidamente y desarrollaron e implantaron estándares y pautas clínicas para la interrupción del embarazo acordes con las recomendaciones de la OMS. En 2004, el parlamento rumano aprobó un proyecto de ley sobre salud reproductiva, que se convertirá en ley si es ratificado por el presidente. En él se establece la provisión de servicios de calidad para la interrupción del embarazo donde se realicen la técnica de aspiración manual (MVA) (ver cuadro) y el aborto farmacológico. Otros pasos adicionales dados para facilitar el acceso a la técnica de aspiración incluyen el estableci-

miento de una red de distribución comercial del instrumental y material técnico necesarios para proporcionar una atención de calidad en caso de interrupción voluntaria del embarazo. En la actualidad, las restricciones financieras dificultan la formación de profesionales, sin embargo el trabajo de campo, el proceso de evaluación y las consiguientes acciones llevadas a cabo han dado como resultado un consenso político sobre la importancia de mejorar la calidad de la atención, dejando en manos del sistema sanitario rumano la responsabilidad de transformar los servicios.

República de Moldavia

En la cercana Moldavia, la transformación de los servicios donde se realizan interrupciones voluntarias de embarazo comenzó en 2002, cuando la Federación Nacional del Aborto (NAF) formó a siete profesionales del Hospital Clínico Municipal N1, en Chisinau, en la técnica de aspiración manual (MVA) para utilizar en los casos de embarazo temprano. En 2003, la casuística de abortos se había triplicado en este nuevo Centro MVA, creado por la unidad de ginecología del hospital. El aumento del número de casos se atribuye a la buena calidad de la atención que captó a usuarias que utilizaban otros recursos, y al hecho de que la mayoría de las intervenciones se realizasen con anestesia local y no general. El utilizar anestesia local facilitó la comunicación entre profesionales y usuarias y el cambio de actitud de los y las profesionales, incorporando a las mujeres de forma activa en el proceso de la atención. Hasta la fecha, en 2004, la capacitación en la técnica de aspiración manual se ha incorporado a la formación universitaria y un total de 80 ginecólogos y ginecólogas han recibido esta formación. Además el nuevo Centro oferta formación para otros y otras profesionales de medicina con una duración de un día.

Los y las profesionales están satisfechas con el procedimiento de aspiración manual que, según refieren, no sólo es seguro, sino que también ahorra tiempo y costes económicos. También las mujeres a las que se les practicó la interrupción del embarazo con este método estaban satisfechas; el seguimiento realizado durante 2003-2004 en el nuevo Centro muestra que más del 90% estaban muy satisfechas con la atención recibida y la recomendarían a otras mujeres que necesitaran abortar (11).

Con el apoyo de la Ipas y la NAF, en el proceso de formación de profesionales, el Centro ha formado a ginecólogos y ginecólogas de toda Moldavia y de otros países. Otros pasos importantes que han sido significativos para la transformación y mantenimiento de la calidad en la atención durante

la interrupción del embarazo en Moldavia, incluyen el registro de la MVA para su distribución comercial, disponibilidad de material técnico, la atención específica a la interrupción voluntaria del embarazo con la recomendación del Ministerio de Sanidad de emplear la técnica de aspiración manual durante el primer trimestre de embarazo y la aprobación de pautas clínicas de actuación. En la actualidad, un equipo moldavo está planificando una estrategia de evaluación a nivel nacional de la regulación sobre fertilidad para conocer mejor la situación del país y finalmente elaborar estrategias adicionales para abordar las necesidades detectadas.

Albania

Al igual que en la mayoría de los países de la región, los centros donde se realizan interrupciones del embarazo en Albania carecen de los medios básicos para ofrecer una atención integral a la mujer. Por ejemplo, el método de la aspiración no está disponible en todos los centros; el uso de la anestesia general está muy extendido en las interrupciones de embarazo realizadas durante el primer trimestre, y muchas mujeres no reciben ningún tipo de asesoramiento sobre métodos anticonceptivos que les ayude a evitar un nuevo embarazo no deseado.

De todas formas, en cada vez en más centros de Albania, la atención está mejorando y el Ministerio de Sanidad está preparado para apoyar la introducción de las directrices políticas y técnicas de la OMS. Diferentes servicios ya utilizan los métodos recomendados para la interrupción voluntaria del embarazo, entre ellos los centros pertenecientes a la Clínica Marie Stopes y el Hospital Materno Universitario de Tirana, así como los hospitales de zona de otras tres ciudades, donde se ofrece durante el primer trimestre la técnica de aspiración con anestesia local. Ipas espera trabajar en colaboración con el Ministerio para aumentar la sensibilización sobre el uso de las pautas de la OMS y está trabajando con otros socios para ayudar a Albania a llevar a cabo una transformación profunda en relación a las interrupciones voluntarias del embarazo.

En otros países, también se han realizado esfuerzos para efectuar una valoración estratégica de la atención prestada en la interrupción voluntaria del embarazo con el fin de introducir e implantar las directrices para el aborto seguro de la OMS, mejorar la atención clínica y la disponibilidad de tecnología, desarrollar directrices y garantizar unos estándares mínimos para la atención en los casos de interrupción del embarazo. La experiencia acumulada, tanto en los países de Europa central y del este, como en otras partes del mundo muestra que, indepen-

dientemente del enfoque utilizado, lograr cambios con un impacto positivo duradero para las mujeres, los y las profesionales de la salud y el sistema sanitario depende más de cuestiones conceptuales que prácticas: Una vez que las personas responsables de la gestión sanitaria y las y los profesionales sanitarios comprenden y asumen la idea de una atención integral centrada en la mujer en los casos de interrupción voluntaria del embarazo, pueden promover los cambios deseados y mantenerlos. Un objetivo clave para el mantener este enfoque es que la formación, supervisión, la provisión de equipos y de recursos se integren en el funcionamiento rutinario del sistema sanitario, es decir, que los suministros y los estándares de atención se aseguren de forma estable.

Resulta claro que los esfuerzos para mejorar la calidad y accesibilidad de la atención en la interrupción voluntaria del embarazo requieren de la implicación de organizaciones y profesionales. Muchos de estos esfuerzos están apoyados, entre otros,

Técnica de aspiración manual (MVA):

El trabajo de Ipas para mejorar la calidad de la atención en la interrupción del embarazo en Europa incluye el equipamiento y la formación de las y los profesionales de la salud para proporcionar servicios efectivos y seguros. De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, Ipas pretende que técnicas como el legrado sean sustituidas por métodos más seguros, incluyendo la aspiración manual o eléctrica y el aborto farmacológico.

Los datos sobre seguridad y efectividad muestran que la técnica de aspiración conlleva menos complicaciones que el legrado y se trata de un método moderno y seguro apropiado para diferentes situaciones (12). Sus características hacen de la MVA un método adecuado para utilizar en contextos donde no existen demasiados recursos y de forma ambulatoria, ya que precisa material portátil, no eléctrico, reutilizable y de relativo bajo coste. El instrumental para realizar una aspiración son relativamente fácil de usar, y los procedimientos de interrupción del embarazo con MVA son convenientes y poco traumáticos. La anestesia local está más indicada que la general para el manejo del dolor, y además permite una valoración fiable del resultado de la interrupción. La MVA se puede usar para:

- Interrupciones voluntarias del embarazo en el primer trimestre
- Tratamiento de abortos incompletos
- Regulación menstrual
- Biopsia endometrial

Ipas

Ipas trabaja con el objetivo de fomentar el empoderamiento de las mujeres para que puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos y para reducir las muertes y complicaciones asociadas al aborto. Durante tres décadas, Ipas ha tratado de incrementar la accesibilidad, calidad y sostenibilidad de los centros en los que se realizan interrupciones voluntarias del embarazo y de otros servicios relacionados con la salud reproductiva. La Ipas cree que ninguna mujer debería poner en riesgo su vida o su salud porque carezca de alternativas sobre temas sexuales y reproductivos. Los programas globales y nacionales de Ipas incluyen formación, investigación, apoyo, difusión de información y distribución de tecnología sobre salud reproductiva.

por la asistencia técnica de la OMS, la Red Europea de la Federación Internacional de Planificación Familiar y la Ipas. También se necesita financiación que, con algunas notables excepciones, es, en general, escasa para los programas relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo en la región. La colaboración de personas expertas a nivel local, regional e internacional y la experiencia de países con buenos resultados en países donde inversiones limitadas han bastado para lograr cambios duraderos, deberían motivar a los organismos financiadores para invertir en este ámbito de trabajo.

Mediante la movilización de recursos, compartiendo experiencias entre países y alentando esfuerzos dentro de cada país, Ipas y sus socios esperan poder ver la transformación de los servicios donde se realizan interrupciones voluntarias de embarazo en más países, de forma que las mujeres puedan acceder realmente a servicios de calidad, integrales y centrados en la mujer.

Referencias

1. Henshaw, Stanley K., Susheela Singh y Talyor Haas. «Tendencias recientes en las tasas de aborto en el mundo» Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, 1999:25(1)
2. Ipas, 2003. Compromisos de la CIPD para la atención en el aborto en Europa central y del este. La agenda incompleta. Chapel Hill, NC, Ipas
3. Organización Mundial de la Salud (OMS), 2004 a, Aborto inseguro: estimaciones globales y regionales sobre la incidencia del aborto inseguro y su relación con la mortalidad en 2000,

cuarta edición. Ginebra, OMS.

4. Hymán, Alyson y Anu Kumar. «Un modelo de atención integral del aborto centrada en la mujer». International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2004:86:409-410.
5. OMS. Aborto y anticoncepción en Rumania. Valoración estratégica de políticas, programas e investigación. 2004b. Bucarest, Rumania (en imprenta).
6. OMS. Aborto seguro: directrices políticas y técnicas para sistemas sanitarios, 2003. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.
7. Zhirova, Irina A, Olga Frolova, Tatiana Astakhova y Evert Ketting. «Aborto y mortalidad materna en Rusia». Studies in Family Planning, 2004:35(3):178-188.
8. Federación Internacional de Planificación Familiar. Perfil de los países. Disponible en internet en: http://ippfnet.ippf.org/pub/IPPF_Regions/IPPF_CountryProfile.asp?ISOCod e=LT (acceso en enero de 2005) y poniéndose en contacto con E.Kuliesyte, Director Ejecutivo de Seimos Planavimo ir Seksualines Svelkatos Asociacija (Asociación perteneciente a la IPPF), enero 2005.
9. Centro para los Derechos Reproductivos. Documento de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (Compromiso CEDAW). Diciembre, 2004. Disponible en internet en: http://www.reproductiverights.org/pdf/sl_hungary_2004.pdf (acceso en enero 2005)
10. Baird, Traci L y Susan K. Flinn. Aspiración manual: promocionando el acceso de las mujeres a servicios seguros para la interrupción del embarazo, 2001. Chapel Hill, NC, EEUU, Ipas.
11. Comendant, Rodica, Eva Sahatci, Entela Shehu y Traci Baird. «Mejora de la atención en la interrupción voluntaria del embarazo en Europa central y del este». Poster presentado en el encuentro de la Asociación Europea de Ginecología y Obstetricia en 2004, Atenas, Grecia.
12. Greenslade, Forrest C., et al. Aspiración manual: resumen de una experiencia clínica y programática en el mundo, 1993. Chapel Hill, NC, EEUU, Ipas.

Páginas web recomendadas

www.astra.org.pl Red de Mujeres de Europa Central y del Este para los derechos en salud sexual y reproductiva.

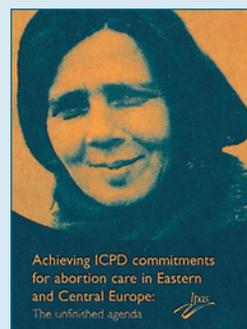
www.reproductiverights.org El Centro para los Derechos Reproductivos es una organización sin ánimo de lucro de apoyo legal.

www.ipas.org Para información sobre salud reproductiva de las mujeres, derechos y políticas, productos de Ipas, publicaciones, actividades y noticias.

www.ipas.org/english/womens_rights_and_policies/policy_updates/2004. IPAS ha difundido recientemente el documento «Actualización global de noticias sobre aborto» en su página web.

www.ippfen.org. La red europea de la IPPF (IPPF EN) es una organización de voluntariado que trabaja en el campo de los derechos sobre salud sexual y reproductiva.

www.prochoice.org La Federación Nacional sobre el Aborto (NAF) es una asociación profesional sobre interrupción de embarazo de Estados Unidos y Canadá.



Traci L. Baird
[bairdt@ipas.org] Directora Regional, Asia, Europa y EEUU

Sarbagha Falk
[sarbagha@ipas.org]
Programa Asociado

Entela Shehu
[entelashehu@adn.net.al]
Directora del Programa para Europa

Ipas
PO Box 5027
Chapel Hill, NC 27516 EEUU

MUJER VIH POSITIVA Y SU DERECHO A DECIDIR

Por Marcel Vekemans y Upeka de Silva



Las mujeres en edad fértil portadoras del VIH, al igual que aquéllas que no tienen el virus se enfrentan a la decisión de tener o no descendencia. Sin embargo, en el caso de las mujeres seropositivas, el tema es más complicado por razones personales, familiares, sociales, culturales, religiosas y médicas.

Con frecuencia, estas mujeres son estigmatizadas por el hecho de ser seropositivas y, si están embarazadas, también por su irresponsabilidad al ser sexualmente activas y quedarse embarazadas siendo portadoras del VIH. En ocasiones, se enfrentan a la presión de su familia o de las y los profesionales sanitarios quienes les indican que pongan fin a su embarazo mientras, en otros casos, son su pareja y su familia la que les presiona para que tengan descendencia. Las mujeres seropositivas también son estigmatizadas por demandar o realizar una interrupción voluntaria del embarazo. Finalmente, cuando deciden continuar con su embarazo, con frecuencia, se les culpa de traer al mundo bebés portadores del VIH.

Algunas mujeres seropositivas se quedan embarazadas tras sufrir una violación, lo que supone una mayor estigmatización si cabe. Además de toda esta presión social, las mujeres tienen invariablemente baja autoestima, sentimientos de culpa y también siente el estigma que supone el VIH/SIDA. La estigmatización, entre otros factores, puede llevar a la mujer a acudir a centros poco cualificados en lugar de a los centros oficiales por miedo a que no se respete el principio de confidencialidad.

Es un panorama trágico que sitúa a las mujeres en el papel de culpables y de víctimas. Afortunadamente, no necesariamente es cierto para todas las mujeres, aunque, en demasiadas ocasiones, esta es la realidad. Este artículo aborda la situación general, lo que se está haciendo y lo que se podría hacer para proteger los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres portadoras del VIH.

El debate que se expone a continuación saca a la luz algunas cuestiones fundamentales y pretende hacer reflexionar a profesionales y personas defensoras de los derechos sexuales y reproductivos sobre las acciones positivas a desarrollar que aseguren estos derechos para todas las mujeres, sin importar su edad, estado civil o situación frente al VIH.

Visión general

En los países en que existe una prevalencia elevada de VIH, las niñas y las mujeres jóvenes tienen un mayor riesgo de contraer el VIH, puesto que representan más del 50% de la población portadora del virus. Casi 230 millones de mujeres en todo el mundo —una de cada seis mujeres en edad fértil— carecen de información y acceso a métodos anticonceptivos. A menudo, tampoco tienen la posibilidad de elegir el método anticonceptivo (1). Además, en la actualidad, menos de una de cada diez personas que necesita tratamiento con antirretrovirales, lo está recibiendo (2). En algunas partes de África, un tercio, o una proporción aún mayor, de las mujeres embarazadas son portadoras del VIH o tienen SIDA. En Botswana y Suazilandia, por ejemplo, cerca del 40% de las mujeres embarazadas son seropositivas (3). Desafortunadamente, en muchos países, sólo un reducido porcentaje de las personas portadoras del VIH conocen su situación serológica, de lo que se deduce que el problema probablemente sea mucho mayor.

Las mujeres portadoras del VIH forman un grupo heterogéneo; en él hay mujeres que tienen sólo una pareja y mujeres que tienen o han tenido más de una pareja; mujeres casadas y solteras; mujeres de todas las edades, incluso algunas muy jóvenes; mujeres que consumen droga por vía endovenosa, que ejercen prostitución y aquéllas que fueron contagiadas a través de una mutilación genital, una violación, una transfusión de sangre o como consecuencia de la atención recibida en centros donde no existían unas medidas de prevención adecuadas ante la infección. Dada la variedad de situaciones, es muy importante que los servicios se adapten a las circunstancias individuales de cada mujer, que ofrezcan información clara y específica, basada en el respeto a los derechos sobre salud sexual y reproductiva. Hasta la fecha, existen pocos estudios sobre cómo las mujeres seropositivas toman decisiones respecto a la crianza de sus hijos e hijas por lo que se necesita mayor investigación al respecto.

Tomar decisiones informadas sobre tener o no descendencia

El debate sobre el hecho de tener descendencia y ser portadora del VIH es dinámico y complejo, haciendo imposible o incluso incorrecto, plantearse un único enfoque sobre el tema. Aún así, si admitimos que se debe promover un enfoque integral basado en los derechos sobre salud sexual y reproductiva cualquier mujer debe tener derecho a tomar sus propias decisiones sobre la vida reproductiva y debe ser apoyada, incluso aquéllas portadoras del VIH o enfermas de SIDA.

En otras palabras, puesto que no hay un enfoque universalmente válido para el asesoramiento especializado sobre VIH y embarazo y existiendo muchas soluciones diferente ante los problemas que surgen por el embarazo en mujeres con VIH/SIDA, resulta crucial el escuchar a cada una de estas mujeres y respetar sus decisiones. Ellas tienen el derecho de tener o no descendencia, de acceder a métodos anticonceptivos de bajo coste, incluyendo la anticoncepción de emergencia y, si lo necesitan, a interrumpir su embarazo de forma legal y segura. Todas ellas son decisiones difíciles a las que hay que prestar una mayor atención asegurándonos que los programas y políticas se basan en el respeto y la comprensión de la complejidad de la vida de las mujeres.

Políticas internacionales

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció, en 2004, que las y los profesionales de los servicios sanitarios deberían «asegurar que el acceso a los centros donde se realizan interrupciones voluntarias del embarazo, de forma legal, se proporcionará en condiciones igualitarias y no coercitivas para las mujeres portadoras del VIH» (4).

La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), adoptando una postura similar en relación a de las opciones existentes para las mujeres seropositivas que se enfrentan a un embarazo no deseado, establece que: «si la paciente está embarazada pero no desea continuar con su embarazo, debe ser derivada a un centro donde se practique la interrupción voluntaria del embarazo de forma segura y legal. Se debe, también, ofrecer métodos anticonceptivos después del aborto para todas aquellas que no deseen quedar embarazadas de nuevo» (5).

Igual de importante que conocer las políticas internacionales relacionadas con las opciones existentes en salud reproductiva para mujeres seropositivas, es que las y los

profesionales de la salud sean también plenamente conscientes del conflicto emocional al que se enfrentan estas mujeres cuando deciden tener descendencia. Aunque los documentos políticos hablan de consentimiento, decisión libre y aborto seguro, no representan la realidad de muchas mujeres seropositivas.

Embarazos deseados

El derecho a fundar y planificar una familia así como a decidir si tener o no descendencia ó en qué momento, forma parte de la libertad sexual y reproductiva de cada mujer. Aún así, a muchas mujeres seropositivas se les niega este derecho porque, en primer lugar, la sociedad, y las y los profesionales sanitarios en particular, con frecuencia no creen que estas mujeres deban tener descendencia o incluso mantener relaciones sexuales. Por otro lado, vivimos en un mundo en el que la maternidad es considerada una parte integrante de lo que significa ser una mujer adulta e, incluso, en algunas sociedades el hecho de no ser madre conlleva el ser estigmatizada. Además, muchas mujeres seropositivas, desean tener descendencia, ya que ello les brinda esperanza y aumenta su autoestima y orgullo. Por ello, tanto si se ven forzadas a ser madres como si realmente lo desean, como personas defensoras de los derechos sobre salud sexual y reproductiva y como profesio-

sionales que gestionan y atienden en servicios basados en una perspectiva integral y de derechos, tenemos que asegurarnos de que sus decisiones son seguras y que pueden llevarse a cabo.

La transmisión del VIH de madre a hijo/a puede ocurrir durante el embarazo, el parto o la lactancia. Sin tratamiento, el riesgo de transmisión vertical del VIH es del 15-30%, porcentaje que se incrementa en un 5 a 20% con la lactancia materna. El riesgo de transmisión se reduce a menos del 2% con tratamiento profiláctico con antirretrovirales durante el embarazo y el parto, y del 0 a la bebé durante sus primeras semanas de vida, con intervenciones obstétricas como la realización de una cesárea programada y la prohibición de dar lactancia materna (6). Ser seropositiva también aumenta el riesgo de sufrir abortos espontáneos, de anemia y hemorragias relacionadas con complicaciones e infecciones postparto. Debemos ser conscientes de estos datos, ya que las mujeres que eligen tener descendencia, a menudo, se fijan sólo en el 55% de posibilidades de no transmitir el virus y están dispuestas a asumir los riesgos.

Nuestro papel es el de cuestionar los mitos sobre lo que significa ser portadora del VIH y ser madre, aportar información sobre la lactancia y dar apoyo para que el embarazo, parto y crianza sean lo más seguros posible. El derecho de las mujeres a beneficiarse de los avances científicos debe

estar en la base de nuestras intervenciones de modo que las mujeres seropositivas tengan la posibilidad de vivir la experiencia de la maternidad. Además, siempre que sea posible, las técnicas de reproducción asistida deben ponerse al alcance de las mujeres que deseen quedarse embarazadas. Ninguna mujer debería verse nunca forzada a realizar un aborto o someterse a una esterilización.

Embarazos no deseados

Ser mujer seropositiva y enfrentarse a un embarazo no deseado conlleva, en muchas sociedades, una fuerte carga de estigmatización. Ésta es aún mayor si la mujer es joven y no está casada y se agrava si decide interrumpir su embarazo. Hoy en día, se estima que dos de cada cinco embarazos en el mundo son no deseados. Las mujeres seropositivas no tienen por qué tener menos posibilidades que otras mujeres de quedarse embarazadas, ni tampoco de continuar con su embarazo.

Además de las dificultades que puede tener una mujer no portadora del virus para decidir interrumpir su embarazo, en el caso de las mujeres seropositivas puede añadirse la falta de acceso al tratamiento con antirretrovirales, los sentimientos de culpa por el hecho de dar a luz un o una bebé seropositiva y la ansiedad ante la enfermedad. Puede que tampoco sean capaces de tomar decisiones informadas e independientes debido

Recomendaciones

Ante cualquier iniciativa que se lleve a cabo, hay que ser siempre consciente de que las mujeres, especialmente las mujeres jóvenes, a menudo, tienen poco control sobre su vida sexual y reproductiva.

Servicios

No se puede continuar adoptando una visión parcial de la prevención del VIH y de lo que significa un aborto seguro. En su lugar, es necesario asegurarse de que las y los profesionales que atienden a las mujeres en los centros de planificación familiar y en los programas de VIH trabajen conjuntamente para adoptar una actitud positiva hacia la sexualidad de las mujeres y proporcionar una atención integral que incluya:

- Las y los profesionales deberían abordar las necesidades de las mujeres seropositivas con confianza y desde el respeto hacia su dignidad y derechos.
- Mantener al personal sanitario actualizado en cuanto a información sobre abortos seguros, embarazos seguros y tratamiento del VIH.
- Dotar al personal sanitario de estrategias que le capaciten para trabajar no sólo los aspectos médicos relativos al VIH, emba-

razo y aborto sino también las necesidades psicológicas y emocionales de las usuarias.

- Asegurar que para las actividades de consejo existen protocolos claros sobre el asesoramiento pre y post test del VIH, y que se conoce el impacto de recibir un diagnóstico positivo durante el embarazo.
- Formar al personal para entender y abordar la relación existente entre violencia sexual, VIH y embarazos no deseados.
- Asegurarse que las mujeres portadoras del VIH se sienten acogidas y se les reafirma su derecho a la privacidad y la confidencialidad.
- Formar al personal médico para trabajar con mujeres seropositivas y para que posibiliten su acceso a métodos anticonceptivos y a una vida sexual satisfactoria.
- Los centros que proporcionen atención posterior a la interrupción del embarazo deben prestar especial atención a si las mujeres son o no portadoras del VIH de



a los prejuicios de las y los profesionales de la salud o a la ausencia de asesoramiento.

Existen argumentos para defender que la infección por VIH sea uno de los supuestos legales para la interrupción de embarazo. Los riesgos que implica este planteamiento son, entre otros, que las mujeres pueden verse obligadas a revelar su situación de seropositividad para poder interrumpir su embarazo y que pueden verse sometidas a abortos y esterilizaciones en base a la creencia de que no deberían tener descendencia, ni mantener relaciones sexuales.

Por otro lado, algunos grupos anti-derecho a decidir plantean que una mayor disponibilidad de los tratamientos antirretrovirales, supone que a las mujeres ya no se les debería permitir el abortar amparándose en que son seropositivas.

A pesar de estos argumentos, es muy importante para las mujeres seropositivas que existan centros donde se realicen interrupciones voluntarias del embarazo ya que estas mujeres se exponen a un mayor riesgo de sufrir complicaciones como hemorragias o sepsis.

Conclusión

De la documentación existente sobre mujeres seropositivas y salud sexual y reproductiva convendría destacar, la falta de respeto y desvalorización de la vida de estas mujeres. El hecho de cada vez más mujeres en edad

fértil sufran violaciones de sus derechos reproductivos y tengan que tomar decisiones difíciles en referencia a su salud reproductiva, hace patente la necesidad de adoptar de forma inmediata un enfoque integral en salud reproductiva basado en los derechos. Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para pedir acciones urgentes que impliquen una mayor atención a las opciones reproductivas de que disponen las mujeres, posibilitando que puedan tomar decisiones, y asegurando que los programas y políticas estén basadas en el respeto y la comprensión de la situación de cada mujer, como se señala en nuestras recomendaciones.

Referencias

1. Anticoncepción, Centro para los Derechos Reproductivos, www.reproductiverights.org (acceso en noviembre de 2004)
2. ONUSIDA. Informe global sobre la epidemia de SIDA, ONUSIDA, Ginebra, Suiza, 2004. pp 14, 102.
3. ONUSIDA «Datos epidemiológicos sobre el VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual» www.unaids.org, (acceso el 25 de enero de 2005)
4. OMS, Comité de Política y Coordinación, Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Formación

en Investigación sobre Reproducción Humana, julio 2004.

5. Boletín Médico de la IPPF, Federación Internacional de Planificación Familiar, 2004; 38(3):1-3.
6. Fármacos antirretrovirales para el tratamiento de mujeres embarazadas y la prevención de la infección por VIH en la infancia. ONUSIDA y OMS, 2004 www.who.int/hiv/en

Marcel Vekemans

[mvekemans@ippf.org]

Consejero Principal / jefe de Grupo / aborto

Federación Internacional de Planificación Familiar

Upeka de Silva

[UdeSilva@ippf.org]

Conocimiento y Apoyo Técnico

Federación Internacional de Planificación Familiar

forma que se les pueda proporcionar el cuidado específico que precisen para prevenir complicaciones tras el aborto.

- Asegurar que se promueve el uso de anticonceptivos tras la interrupción voluntaria del embarazo y que están disponibles, especialmente para las mujeres jóvenes.
- Ofertar la prueba del VIH a las mujeres que se realizan la prueba del embarazo o que se plantean un embarazo planificado, para que tengan la posibilidad de tomar medidas que puedan prevenir la transmisión del virus de madre a hijo/a y que tengan opciones sobre su embarazo así como la información suficiente para que éste sea seguro. En ningún caso, debe coaccionarse a la mujer para inducir al aborto o a la esterilización.
- Si eligen tener descendencia, debe proporcionarse la información y servicios necesarios sobre la concepción segura, así como, asesoramiento y oferta de servicios durante el embarazo, parto y lactancia, y también anticoncepción posterior al parto.

- Facilitar el acceso a grupos de apoyo para madres seropositivas donde puedan recibir atención y apoyo.
- Si eligen interrumpir su embarazo, las y los profesionales deben asegurarse de que tienen acceso a la interrupción voluntaria del embarazo de forma segura y a consejo integral y de buena calidad.

Programas y políticas

- Con el fin de asegurar que los programas y políticas responden a las necesidades reales de las beneficiarias, se deben identificar los mecanismos para implicar a las mujeres seropositivas, especialmente a las más jóvenes, en el proceso de toma de decisiones a todos los niveles.
- Abordar la ausencia o escasez de recursos humanos y económicos en los servicios de atención sanitaria
- Tener políticas claras que respondan a las necesidades y derechos de las mujeres portadoras del VIH y fomentar que aquellas que más necesitan los servicios, puedan acceder a ellos por sí mismas.

- Las estrategias para prevenir embarazos no deseados entre mujeres seropositivas deberían ir más allá de la utilización de métodos anticonceptivos y deberían reconocer que estas mujeres pueden tener poca o ninguna capacidad de decisión sobre su embarazo.
- Apoyar y asegurar un mejor acceso al tratamiento con antirretrovirales y reforzar los mensajes preventivos cuando las personas se sientan mejor tras el tratamiento.
- Realizar campañas para proteger el derecho a decidir.
- Trabajar con los hombres para ayudarles a entender lo que supone ser seropositiva y estar embarazada para que puedan apoyar a sus parejas;
- Trabajar con las entidades que financian programas para asegurar que la ayuda económica no se compartimentaliza y que se desarrollan programas integrales.

¿Por qué han de morir todavía las mujeres por interrumpir voluntariamente su embarazo en un país donde esta práctica es legal?

EL CASO DE LA FEDERACIÓN RUSA

Por Evert Ketting

La mortalidad materna causada por aborto inseguro es muy infrecuente en Europa. De acuerdo con las estimaciones más recientes de la Organización Mundial de la Salud, en Europa, en el año 2.000, ocurrieron 300 de los 67.900 casos de muerte por aborto inseguro en el mundo.

La OMS estimaba, en el informe anterior, publicado en 1998, que esta cifra se situaba en torno a los 500 casos anuales (2), lo que indica que el número de muertes puede estar descendiendo. La mayoría de ellas ocurren en países de Europa del este, especialmente en la Federación Rusa.

De acuerdo con los datos del Ministerio de Sanidad de la Federación Rusa, en 1991, 233 mujeres murieron por causas asociadas a la interrupción voluntaria del embarazo; esta cifra fue descendiendo gradualmente hasta las 122 en 2000. Esto significa que casi la mitad de las muertes relacionadas con abortos en Europa, ocurren en la Federación Rusa. Sin embargo, la Federación Rusa no tiene las tasas más elevadas de interrupción voluntaria del embarazo de Europa. En Rumania se registraron 37 y 38 casos en los años 2000 y 2001 respectivamente (3); teniendo en cuenta que su población representa sólo un 16% de la de la Federación Rusa, esto implica que la tasa de mortalidad asociada al aborto es casi el doble que en Rusia. Los datos de otros países del centro y el este de Europa, especialmente los de Polonia, donde

el aborto es una práctica ilegal, se desconocen y probablemente son poco fiables.

En general, los datos disponibles sobre muertes maternas asociadas con aborto, son muy escasos en Europa, y lo eran aún más hasta que, últimamente, se investigaron los principales factores que inciden principalmente en este fenómeno. Con el apoyo del Instituto por una Sociedad Abierta, se realizó, recientemente, un estudio en el que se analizaba en profundidad las características y los factores asociados a la mortalidad materna tras la práctica de un aborto en La Federación Rusa durante 1999. Los resultados se publicaron en la edición de septiembre de 2004 de *Studies in Family Planning* (4). Este artículo resume y plantea un debate sobre algunos de los hallazgos del estudio, excluyendo la información médica técnica.

Contexto social y legislativo del aborto en Rusia

Tras la revolución comunista de 1917, Rusia fue el primer país en legalizar el aborto, el 16 de noviembre de 1920. Bajo el régimen estalinista, esta ley fue derogada en 1936, principalmente, por razones pronatalistas. El aborto continuó siendo ilegal hasta 1955, pero esto no impidió que se practicara de forma masiva entre 1936 y 1955. Después de este año, a petición de las mujeres, se legalizó durante el primer trimestre de embarazo y el número de mujeres que optaron por una interrupción del embarazo legal se incrementó, durante los años 70, hasta aproximadamente 7 millones de casos al año (5), aunque el número real de abortos, incluyendo los realizados de forma ilegal, era muy superior. Los estudios realizados en el periodo entre 1965 y 1982 sugieren que el número real de abortos se encontraba entre 8,5 y 11,7 millones, estando las tasas de aborto entre 170 y 220 por 1000 mujeres en edad fértil (5).

En 1987, la ley se flexibilizó, permitiendo también los llamados «miniabortos» que se realizaban, de forma ambulatoria, dentro de los 20 días posteriores a la última falta, y se ampliaron también los supuestos legales para poder realizar una interrupción voluntaria del embarazo, extendiendo el periodo al segundo trimestre. Se realizaron modificaciones de esta ley en 1993 y 1996, ampliando el número de las indicaciones de los supuestos médicos y sociales en caso de interrumpir el embarazo durante el segundo trimestre. En aquel momento, la Federación Rusa tenía una de las leyes más liberales de Europa, lo que hace aun más sorprendente el hecho de que unas 150 mujeres murieran cada año a consecuencia de una interrupción voluntaria de embarazo.

En agosto de 2003, después de que se recogieran los datos sobre mortalidad el número de indicaciones del supuesto social en los que el aborto está permitido se redujo de trece a sólo cuatro: violación, prisión, muerte o discapacidad severa del cónyuge, o bien una sentencia judicial que limitara los derechos de la mujer como madre. El acceso a la interrupción voluntaria del embarazo durante el segundo trimestre se verá probablemente restringido por estas medidas, lo que podría tener serias consecuencias, ya que, el 6-7% de los abortos se realizan durante este periodo.

Tras la introducción de un enfoque moderno de la planificación familiar en Rusia a principios de los 90, las tasas de aborto disminuyeron gradualmente. La tasa descendió de 100,3 a 50,5 entre 1991 y 2000. Sin embargo, no está claro hasta qué punto

este descenso es real o se debe a un menor acceso a los datos reales, especialmente en las grandes ciudades en las que parte de las interrupciones del embarazo se realizan en clínicas privadas. Parece poco probable que la causa de este marcado descenso en el número de abortos sea, solamente, la mejora en la prevención de embarazos no deseados por un uso eficaz de los métodos anticonceptivos.

Desafortunadamente, no existen datos fiables recientes sobre el uso de métodos anticonceptivos en la Federación Rusa. En 1998, el Fondo de Población de Naciones Unidas estimaba que sólo el 21% de las parejas utilizaban algún método anticonceptivo y que sólo el 13% utilizaban un método fiable (6). En el informe del año 2004 sobre la situación de la Población Mundial no se incluye ninguna valoración sobre Rusia, probablemente debido a la ausencia de datos recientes. Un estudio a nivel nacional llevado a cabo en el año 2000 con jóvenes de entre 15 y 18 años, mostró que sólo el 6,4% de las chicas que mantenían relaciones sexuales tomaban anticonceptivos orales, mientras el 40,7% utilizaba preservativo. Más del 50% no utilizaba ningún método o usaba uno poco fiable (7). El mismo estudio mostró que el 9,3% de las chicas que mantenían relaciones sexuales se habían quedado embarazadas alguna vez y, la mayoría, había tenido algún aborto. Este porcentaje es elevado si se tiene en cuenta que, como media, estas chicas habían comenzado a tener relaciones sexuales 1,3 años antes. Esto significa que más del 7% se había quedado embarazada tras un año de relaciones sexuales.

Estudio sobre mortalidad materna relacionada con el aborto

Este proyecto de investigación fue desarrollado por el Centro de Investigación Científica de Obstetricia, Ginecología y Perineonatalogía de la Academia Rusa de Ciencias Médicas de Moscú. El autor de este artículo colaboró en el análisis de los datos y en la preparación del informe en inglés publicado en *Studies in Family Planning*. Todos los datos que se presentan a continuación han sido extraídos de dicho informe, y cuando no sea así, se indicará.

Para este estudio se utilizaron tres bases de datos diferentes. En primer lugar, los datos nacionales sobre aborto y su relación con la mortalidad aportados por el Ministerio de Sanidad en 1999; el número de muertes maternas consecuencia de abortos reportadas era de 153. En segundo lugar, datos obtenidos del Comité Nacional

de Estadística (CNE), que mostraban que el número de muertes asociadas con el aborto era de 130. La diferencia entre ambas cifras se debe a la utilización de diferentes definiciones y procedimientos de análisis entre ambos estudios. La tercera base de datos se creó especialmente para este estudio. Consistía en historias médicas detalladas de las mujeres que murieron tras la interrupción del embarazo en 1999. De esta manera, se obtuvieron un total de 113 historias, lo que suponía un 74% del total de las muertes maternas asociadas con la práctica de un aborto reportadas por el Ministerio de Sanidad y un 87% de las que figuraban en el estudio del CNE. Los casos restantes no pudieron ser analizados.

Los resultados del estudio muestran que la mortalidad materna asociada con la interrupción voluntaria del embarazo (MMRA) es un problema de índole nacional, y que no se encuentra localizado exclusivamente en zonas alejadas o rurales. Esto es bastante significativo ya que podría significar que los servicios donde se realizan interrupciones del embarazo en estas zonas fueran de menor calidad, o que las mujeres de estas áreas, podrían tener más dificultad para acceder a servicios donde se realizan abortos de forma legal y segura debido a las grandes distancias existentes hasta los recursos sanitarios en las zonas menos pobladas de Rusia. Este no es el caso: no existen diferencias entre áreas rurales y urbanas en cuando a la MMRA.

Otro resultado relevante es que las mujeres jóvenes no tenían un mayor riesgo de morir por causas asociadas con la práctica de un aborto que las mujeres adultas. Por el contrario, las mujeres menores de 20 años y aquellas entre los 20 y los 29, están infrarrepresentadas entre los casos de MMRA. Este resultado no era esperable ya que las mujeres jóvenes se exponen normalmente a un mayor riesgo de enfrentarse a un aborto en una fase más avanzada del embarazo, lo que resulta más peligroso. Esto no sucede en Rusia donde el 55% de las mujeres que fallecen por complicaciones posteriores a una interrupción de embarazo, tienen más de 30 años, mientras que menos del 40% de las mujeres que se someten a un aborto, se encuentran en este grupo de edad.

Uno de los principales resultados del estudio informa que las mujeres que interrumpen su embarazo durante el segundo trimestre tienen un mayor riesgo de morir durante la intervención. Mientras sólo el 6,6% de todas las mujeres que abortaron en 1999 lo hicieron durante el segundo trimestre, de entre las que fallecieron, este porcentaje fue del 76%, y de ellas, el 21%

estaba embarazada de más de 21 semanas. Esto implica que los casos de MMRA se concentran en los abortos realizados en fases avanzadas del embarazo.

Sin lugar a dudas, el resultado más importante del estudio fue que la mayoría de los fallecimientos tuvieron lugar como consecuencia de la realización de interrupciones del embarazo fuera de centros médicos especializados. Entre los 113 casos de fallecimiento examinados en profundidad, había 10 casos de abortos espontáneos (9% del total). Además, a 27 mujeres (24%) se les practicó un aborto dentro de centros médicos, y a 76 mujeres (67%) fuera de estos centros médicos.

Debería resaltarse el hecho de que sólo un 24% de los casos de MMRA ocurrieran tras la realización de la interrupción voluntaria del embarazo de forma legal en una institución cualificada. Esto significa que el riesgo de morir después de dicho procedimiento no es sustancialmente mayor que en los países occidentales, especialmente cuando el aborto se realiza al comienzo del embarazo. Entre las interrupciones del embarazo realizadas durante el primer trimestre de embarazo, el riesgo de muerte es de 0,54 por cada 100.000 abortos realizados, proporción casi idéntica al 0,4 de los Estados Unidos. Al igual que en otros países, el riesgo de muerte tras un aborto en la primera parte del segundo trimestre es sustancialmente mayor comparado con el del primer trimestre. En Rusia este riesgo es de aproximadamente 11,5 por 100.000, más elevado que en EEUU, que se encuentra en torno a 6,9. Las interrupciones voluntarias de embarazo de mayor riesgo, en Rusia, son las que se realizan después de 21 semanas de gestación, con un riesgo relativo de fallecimiento de 45,1 por 100.000. Esta categoría es responsable del 37% de las MMRA realizadas en centros médicos.

Sin embargo, la principal causa de MMRA es, probablemente, que un número bastante elevado de mujeres se somete a una interrupción voluntaria del embarazo en centros médicos no cualificados. Esta causa explica dos tercios de las MMRA. Además, los fallecimientos de mujeres tienden a suceder cuando la interrupción se realiza en una fase avanzada de la gestación: el 58% después de las 13-21 semanas de embarazo y un 20% después de las 22 semanas o más. También aquí puede observarse como son las mujeres adultas las que se exponen a un mayor riesgo: casi dos tercios de los fallecimientos ocurrieron en mujeres de 30 ó más años.

Causas de la MMRA

La tasa de mortalidad materna asociada al aborto en La Federación Rusa es de 6,3 por cada 100.000 abortos notificados, lo que implica una tasa diez veces mayor que en Europa occidental y Norteamérica, y que representa la cuarta parte de la mortalidad materna en general. En base a los resultados de nuestro estudio, la pregunta planteada en el título de este artículo, «¿por qué mueren todavía mujeres por interrumpir voluntariamente el embarazo en un país donde esta práctica es legal?» puede responderse a continuación:

En primer lugar, probablemente porque hay un mayor número de mujeres que recurren a la interrupción voluntaria del embarazo al margen de los centros acreditados, donde los procedimientos no son seguros y, además, las mujeres se encuentran en fases avanzadas de la gestación, lo que aumenta el riesgo. La pregunta que queda sin respuesta tras este estudio es, por qué las mujeres se exponen a este riesgo y dónde y quienes realizan estas prácticas. Nuestro estudio plantea que las mujeres recurren al aborto cuando su embarazo ya está bastante avanzado y, por ello, no pueden realizarlo de forma legal. Las dificultades a las que estas mujeres se enfrentan incluyen la falta de información legal sobre el derecho a acceder a una interrupción voluntaria del embarazo, el no tener capacidad para comprender la legislación, la ausencia de servicios especializados para las interrupciones del embarazo durante el segundo trimestre, los problemas económicos y el miedo a solicitar permiso legal de un comité especializado.

Desafortunadamente, debería preverse que aumentarían las mujeres que se enfrentarían a estas dificultades tras la reducción de los supuestos legales, en que se puede practicar un aborto durante el segundo trimestre, desde agosto de 2003. No se debería descartar que, como resultado de esta medida, se incremente la MMRA.

La segunda razón por la que continúan muriendo mujeres debido a la interrupción del embarazo en Rusia es que muchas de ellas abortan cuando su embarazo está avanzado. Esto no sólo aumenta el riesgo de complicaciones cuando el aborto es realizado de forma ilegal, sino también, hasta cierto punto, aunque sea realizado en un hospital y por personal cualificado. Por ello, es importante tomar medidas que faciliten el acceso de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo de forma temprana siempre que sea posible.

Por último, entre las razones por las que mueren las mujeres, está la competencia de

las y los profesionales así como la calidad de los recursos sanitarios y de las técnicas utilizadas en la interrupción del embarazo, especialmente en las realizadas durante el segundo trimestre. Aunque son necesarias mejoras en este ámbito, las principales causas dependen de aspectos legales y de salud pública.

Una pregunta importante que continúa sin respuesta es la dimensión que toman los «abortos realizados al margen de los centros acreditados». No sólo se desconoce dónde se practican y por quién, sino que se desconoce también su número real. En la revisión de 1998 (2), la OMS estimó que, en toda Europa central y del este, unas 500 mujeres morirían como consecuencia de abortos inseguros, y que el número total de estos estaría en torno a 900.000. En la revisión más reciente de 2004 (1) estas estimaciones se han reducido a 300 y 400.000 respectivamente. Si estas últimas estimaciones son realistas, podría significar que aún se realizan entre 150 y 200.000 abortos en condiciones de inseguridad en La Federación Rusa, lo que representa el 8-10% del total de interrupciones del embarazo. Puesto que se trata de un problema serio de salud pública, del cual se desconoce su verdadera dimensión, es necesario una mayor investigación social sobre el tema.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. «Abortos inseguros: estimaciones globales y regionales de la incidencia de abortos inseguros y mortalidad asociada en 2000». Cuarta edición. OMS, Ginebra, 2004.
2. Organización Mundial de la Salud. «Abortos inseguros: estimaciones globales y regionales de la incidencia y la mortalidad debida a los mismos basándose en los datos disponibles de algunos países». Tercera edición. OMS, Ginebra, 1998.
3. Ministerio de Sanidad y Familia Rumano. «Mortalidad materna en Rumania en el año 2000». Bucarest, 2001. (Idem año 2001, Bucarest, 2002). En rumano
4. Zhironova IA, Frolova OG, Astakhova TM, Ketting E. Mortalidad materna asociada al aborto en la Federación Rusa. *Studies in Family Planning*, 2004, 35, 178-188.
5. Henshaw SK, Morrow E. Aborto inducido; revisión mundial, suplemento 1990. Nueva York, The Alan Guttmacher Institute, 1990.
6. UNFPA «Situación de la Población Mundial 1998» Nueva York. UNFPA, 1998. Idem, 2004.
7. Ketting E, Averin YP, Dmitrieva EV. «Ser joven y estar enamorado en Rusia». Utrecht/Moscú/San. Petersburgo. NSPH, Universidad Estatal de Moscú. Instituto Nevsky de Lengua y Cultura, 2001.

Evert Ketting

[e.ketting@tip.nl]

Coordinación en salud sexual y reproductiva

Escuela Holandesa de Salud Pública y Ocupacional y Consultor Internacional en salud sexual y reproductiva.

EL ABORTO EN EUROPA: ¿LA LEGISLACIÓN Y LA PRÁCTICA ESTÁN CENTRADAS EN LA PACIENTE?

Por Christian Fiala

La confirmación de un embarazo no deseado supone una situación crítica para la mayoría de las mujeres, aunque la dimensión de esta crisis sea muy diferente.

Para la mayoría de las mujeres la confirmación de un embarazo no planificado, es una sorpresa. Por tanto, no están preparadas y pueden no alcanzar a comprender la dimensión del problema o no saben dónde ir para recibir orientación, bien para interrumpir su embarazo o bien para continuar con él. En efecto, la confirmación de un embarazo no deseado coloca a la mujer en situación de emergencia y preocupación por informarse. La mujer necesitará mucha información en un breve espacio de tiempo. Esta búsqueda de información se hace visiblemente más complicada debido a una serie de factores:

- La información atañe a una de las áreas más íntimas de su vida.
- Este área es tabú en muchas sociedades.
- El embarazo, en ocasiones, no es fruto de una relación socialmente aceptada, y es por ello por lo que el embarazo no debe ser público.
- El entorno de la mujer, o incluso las y los profesionales de los servicios sociales, a menudo reaccionan condenando moralmente, rechazando atenderlas o incluso proporcionando información errónea.
- La información requerida es muy extensa y compleja, y afecta tanto a los procesos físicos como a los psicológicos.
- La inmediatez de la decisión, que es además irreversible, tiene un gran efecto sobre las relaciones sociales de la mujer y su vida futura.
- Si tiene pareja, una segunda persona estará directa e inmediatamente afectada y, más o menos, involucrada en la decisión.
- Por último, pero no menos importante, la necesidad de información es muy diferente de una mujer a otra, por lo que no siempre es fácil proporcionarla.

Las sociedades reaccionan de forma diferente a todos estos requerimientos, aunque los últimos 200 años se caracterizaron por un rígido paternalismo. En algunos países, se ha asociado con las creencias religiosas y se articulaba como una expresión de los mandatos masculinos en los estratos sociales dominantes que se traducían, en que las mujeres embarazadas no pudieran responsabilizarse de tomar decisiones en relación a su embarazo. Por ello, la sociedad «tenía que» intervenir para asegurar que se tomaba la decisión «correcta». Este paternalismo llevó, entre otras cosas, a la prohibición del aborto, lo que también incidió en el elevado número

de muertes maternas. Esto aún es así, en muchos países poco desarrollados económicamente donde el aborto es ilegal debido a las leyes impuestas por los antiguos poderes coloniales.

La situación ha cambiado lentamente, especialmente durante las últimas décadas de la segunda mitad del siglo veinte, con el avance de la tecnología y el reconocimiento de los derechos de las mujeres, teniendo ahora, las mujeres y las parejas un elevado nivel de autonomía para decidir sobre su fertilidad. Como resultado de esta autonomía, las mujeres holandesas, por ejemplo, tienen las tasas más bajas de interrupción voluntaria del embarazo en el mundo (1). Por otro lado, algunos países todavía mantienen una legislación que refleja unos procedimientos e ideas anticuados y que no se ajustan a los cambios médicos y sociales que han tenido lugar. Una muestra es la consulta de asesoramiento obligatoria antes de la interrupción del embarazo. Aunque este requisito ha sido eliminado en muchos países, como en Francia hace dos años, aún está vigente con diversas formas en varios países. Por ejemplo, en los Países Bajos y Austria cualquier médico o médica puede encargarse de este asesoramiento y su contenido no está regulado, mientras en Alemania se impide el acceso a la interrupción del embarazo al ser menos flexible. No queda claro por qué es tan difícil ofrecer un asesoramiento voluntario, como sucede para otros procedimientos médicos.

Periodo de espera obligatorios

Otro ejemplo es el tiempo de espera obligatorio para la reflexión entre el asesoramiento y la interrupción del embarazo. La sola idea de que exista como requisito legal un periodo de espera entre el asesoramiento y el tratamiento médico, es en sí, y por razones obvias, poco habitual en medicina. Más bien, la ley ha dado una importancia especial a la relación profesional-usuaria que está, además, especialmente protegida. Implica a las dos partes, que deben encontrar la mejor solución para cada situación individual. Si todavía existe un periodo legal de espera para reflexionar antes de poner fin al embarazo, parece deberse a una serie de errores básicos:

- Hay que proteger a las mujeres embarazadas de sí mismas para que no decidan precipitadamente interrumpir su embarazo.

- Las mujeres que se enfrentan a un embarazo no deseado, sólo pueden tomar parte del proceso de decisión si previamente han consultado a alguien que no conocen.
- Un periodo de reflexión (habitualmente de una duración arbitraria) reduciría el número de abortos.

En los países en los que no se requiere un periodo de espera obligatorio, tanto las mujeres con embarazos no deseados, como las y los profesionales que trabajan en este campo, encuentran necesario de introducir este requisito existan (2). Como se muestra en la tabla 1, este periodo obligatorio de espera varía mucho de un país a otro en cuanto a la duración, a la forma de calcularlo y a las posibles excepciones. Se asume que las necesidades de las mujeres de estos países no difieren demasiado, por lo que a la mayoría el periodo de espera les parecerá arbitrario y no dará respuestas a sus necesidades.

Además de todo esto, en algunos países existe una regulación especial que determina, por ejemplo, que la mujer no puede ser atendida por la o el mismo profesional que le ofreció el asesoramiento; una

norma como ésta es excepcional en medicina. Por el contrario, resulta evidente que el o la profesional con quien se ha establecido cierta confianza en la primera consulta y durante las primeras pruebas, debería ser quien se hiciera cargo de la totalidad del procedimiento.

La continuidad de la atención es particularmente importante en una situación de crisis como es una interrupción voluntaria del embarazo, con el fin de que las mujeres no tengan que repetir una y otra vez la misma historia cada vez que acudan al servicio. Sólo de esta manera se puede crear cierta confianza o vinculación, lo que se traduce en una influencia positiva en el curso del tratamiento. Resulta difícil entender por qué este principio no se aplica, especialmente, en una situación de crisis como lo es un embarazo no deseado. En otras especialidades de la medicina, una práctica como esta sería vista como poco ética o incluso psicológicamente cruel.

En Suiza, incluso después de la reciente liberalización de la legislación sobre el aborto, la mujer aún tiene que declarar por escrito que se encuentra «estresada» para poder acceder a la interrupción voluntaria de su embarazo de forma legal.

De nuevo en este caso, este procedimiento inusual en medicina, no representa ninguna ventaja para las mujeres. Más bien, parece ser una forma de dar legitimidad al procedimiento, al tiempo que hace sentir a la mujer que tiene que justificar ante la sociedad lo que está haciendo.

Avances positivos

Sin embargo, hay algunos avances positivos. Uno de ellos es el creciente uso de internet. Esto proporciona muchas ventajas a las mujeres que se enfrentan a un embarazo no deseado. Sin demasiado esfuerzo, tienen acceso sin obstáculos a una gran cantidad de información con diferentes enfoques. Lo que es más importante, su privacidad está respetada; no tienen que explicar nada sobre sí mismas ni justificarse ante nadie. Creemos que visitar páginas web sobre aborto tiene un efecto positivo sobre la orientación y el tratamiento, suponiendo que estas páginas no sean de origen religioso. Existen dos desventajas de internet en este aspecto: por un lado, no todas las mujeres tienen acceso y, por otro, a menudo es difícil distinguir entre la evidencia basada en la práctica y la propaganda emocional y la desinformación.

Múltiples métodos para la interrupción voluntaria del embarazo

Existen grandes diferencias, entre los países, en los procedimientos usados para la interrupción del embarazo. Mientras, por ejemplo, en los Países Bajos, los abortos quirúrgicos se realizan durante el primer trimestre con anestesia local, en otros países lo normal es la anestesia general. El aborto quirúrgico durante las primeras cinco o seis semanas de embarazo es una cuestión de rutina, sin que exista periodo de espera. En otros países, en cambio, no se ofrece el método quirúrgico al inicio del embarazo e incluso se considera una mala práctica por parte de algunas y algunos profesionales.

Mientras en los centros de Francia, Escocia y Suecia más del 50% de las mujeres optan por un aborto quirúrgico, en Alemania, Países Bajos y Austria, este porcentaje es muy pequeño.

No se puede asumir que las necesidades de las mujeres de los países mencionados anteriormente sean tan diferentes como para explicar la gran diversidad de métodos empleados. Más bien se puede pensar que esta diversidad de procedimientos

Tabla 1. Revisión del periodo de espera obligatorio en algunos países europeos

País	Periodo de espera	Observaciones
Bélgica	Seis días	Tras el primer contacto con cualquier centro de orientación.
Alemania	Tres días	Tres días completos certificados por el centro de orientación acreditado.
Francia	Siete días	Desde el primer contacto con un/una especialistas de medicina, de orientación, de enfermería o matrona; puede acortarse si se aproxima el final del periodo legal para realizar la interrupción del embarazo
Países Bajos	Cinco días (aplicable sólo después del día 44 tras la última menstruación)	Cinco días completos tras el primer contacto con un o una especialista, con muchas excepciones, pudiendo acortarse si se aproxima el final del periodo legal para realizar la interrupción del embarazo.
Italia	Siete días	Desde el primer contacto con un o una especialista (se requiere un certificado).

No se requiere un periodo de espera en Austria, Dinamarca, Finlandia, Noruega, España, Suecia y Suiza.

tiene que ver con diferencias organizacionales, legislativas o económicas, o simplemente es debido a la permanencia de tradiciones que no se han cuestionado.

En resumen, se puede decir que en la mayoría de los países las condiciones para realizar una interrupción voluntaria del embarazo están apenas o nada orientadas hacia las necesidades de las mujeres a las que, con frecuencia, no se les concede importancia. En su lugar, se tiene en cuenta a profesionales con poca experiencia y personas poco implicadas que se manifiestan de manera arbitraria dependiendo del país. Desafortunadamente, la restricción de los supuestos conduce a una situación que es la contraria de la que se pretendía.

Si se compara la tasa de abortos de varios países, resulta claro que los que tienen las tasas más bajas son aquellos cuyos requisitos están más orientados hacia las necesidades de las mujeres y donde éstas tienen una mayor autonomía para acceder a educación sexual, métodos anticonceptivos e interrupción voluntaria del embarazo, por ejemplo, en los Países Bajos.

No existe evidencia de que la restricción del acceso a la interrupción del embarazo, por ejemplo a través de la consulta obligatoria de orientación o los periodos de espera, sean beneficiosos. Pero sí conducen, sin embargo, a una demora en la práctica de la interrupción del embarazo e inciden psicológicamente de forma negativa sobre la mujer; es por ello por lo que todas las propuestas apuntan a que la interrupción del embarazo se realice con prontitud (3-5). Estos aspectos deben ser tenidos muy en cuenta en el debate público y en la formulación de nuevas condiciones.

El desarrollo de las últimas décadas ha fomentado que se cambiara la regulación de muchos países y se flexibilizara. Merece la pena mencionar el ejemplo de Canadá, donde está extendida la visión de que la interrupción de un embarazo no deseado es sólo un tratamiento médico y que por ello no es necesaria ninguna interferencia legal. Por ello, tras un largo período de debate legal, en 1998, el Tribunal Supremo declaró la ley sobre el aborto anticonstitucional y la abolió. Sería interesante ver cuánto tiempo llevará, especialmente en la Región Europea, que la legislación actual basada en motivaciones ideológicas se modifique.

Por último, me gustaría introducir otro aspecto de género. Es sabido que los varones no podemos quedarnos embarazados, ni por supuesto abortar. Sin embargo,

contribuir a la salud reproductiva de las mujeres también es nuestra responsabilidad puesto que nos afecta directamente y dependemos de ella. Por lo tanto, deberíamos luchar por unas condiciones que permitan a las mujeres, que después de todo, se han quedado embarazadas por nuestras acciones, terminar con un embarazo no deseado de la mejor manera posible y sin sufrimiento innecesario.

Christian Fiala

[christian.fiala@aon.at]

Clínica Médico-ginecológica de Planificación Familiar y Aborto Viena, Austria.

Presidente de la Federación Internacional de Asociaciones Profesionales de Anticoncepción y Aborto (FIAPAC)

La información sobre la legislación y la práctica en los diferentes países proviene de las fuentes nacionales. Existen vínculos con las instituciones nacionales de los diferentes países disponibles en la sección de Vínculos de la página web de la FIAPAC: www.fiapac.org/e/Links1.html

Referencias

1. Stanley K. Henshaw, Susheela Singh y Taylor Haas. «Incidencia del aborto en el mundo». *Internacional Family Planning Perspectives*. 1999;25(suplemento): S30-S38 (www.guttmacher.org/pubs/journals/25s3099.html)
2. VI Conferencia de la Federación Internacional de Asociaciones Profesionales de Anticoncepción y Aborto. Septiembre, 2004, Viena. www.fiapac.org
3. Holmgren K. «Momento de decidir sobre la realización de un aborto de forma legal». *Gynecol Obstet Invest*. 1988;26(4): 289-95
4. Real Colegio de Ginecología y Obstetricia. «La atención a las mujeres que demandan la interrupción voluntaria del embarazo». *Evidence-based Clinical Guide*, número 7. Londres, septiembre 2004.
5. Agencia Nacional de Acreditación y Evaluación Sanitaria (ANAES). «Situación de la interrupción voluntaria del embarazo hasta las 14 semanas». París, 2001.

DERECHOS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA UNIÓN EUROPEA

Por Mirjiam Hägele

El 3 de julio de 2002, el Parlamento Europeo aprobó una resolución en relación a los derechos sobre salud sexual y reproductiva (DSSyR) (1). Esta resolución era el resultado de un informe presentado oficialmente por la diputada belga del Parlamento Europeo (MPE), Anne E. M. Van Lancker, ante el Comité sobre Derechos de las Mujeres e Igualdad de Oportunidades (2). En él se analizaba la situación sobre DSSyR en la Unión Europea (UE) y en los diez países que se unieron en mayo de 2004.

El Informe Van Lancker no sólo revela la falta de datos estadísticos sobre DSSyR en Europa, sino también la gran diferencia existente entre países en relación a este tema. El informe subraya el hecho de que las tasas de aborto en los nuevos Estados Miembros y en los países candidatos a acceder son significativamente más elevadas que en los quince países previos a la ampliación, y atribuye este hecho a la ausencia de métodos anticonceptivos modernos. De acuerdo con el informe «debido a la limitada disponibilidad y el alto coste de los métodos anticonceptivos, así como a la falta de servicios de asesoramiento en Europa central y del este, el aborto todavía es el principal método de regulación de la fertilidad».

El informe continúa diciendo que el 65% de las mujeres de la «antigua» Unión Europea (los quince miembros previos a la ampliación en mayo de 2004) utilizan algún método anticonceptivo; esta cifra desciende hasta el 31% en los países recientemente incorporados y en los países candidatos a incorporarse. Polonia tiene el porcentaje más bajo de la región, como se puede ver en la tabla, con solo un porcentaje del 19% de mujeres que usan métodos anticonceptivos modernos(3).

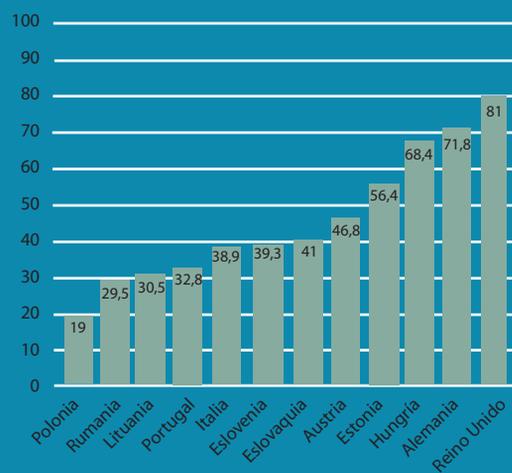
El Informe Van Lancker también identifica que la planificación familiar no forma parte de la política general de salud pública en Grecia y España, y que Irlanda sólo apoya los «métodos anticonceptivos naturales» existiendo una seria deficiencia en cuanto al acceso a la anticoncepción. La falta de provisión de métodos anticonceptivos en los países candidatos y en los nuevos miembros en general, explica las elevadas tasas de infecciones de transmisión sexual y de interrupciones del embarazo en algunos de estos países.

Es sabido que las tasas de aborto son mucho más altas en muchos de los nuevos estados miembros y entre los candidatos a serlo, que en el grupo de los antiguos miembros de la UE. Entre éstos, Suecia tiene la tasa de aborto más elevada con un

18 por 1000 entre las mujeres de 15 a 44 años. En Europa del este, Rumania tiene la más elevada con 52 por 1000; una mujer rumana de promedio interrumpe su embarazo dos veces a lo largo de su vida (2.2) (4).

En los últimos años, las tasas de aborto reflejan, en parte, la situación legal del aborto, que varía mucho entre países dentro de Europa. La mayoría de los estados miembros de la UE y los países candidatos, tienen leyes liberales sobre la interrupción voluntaria del embarazo. Sin embargo, Irlanda, Malta, Polonia, Portugal, España y Chipre tienen una política bastante restrictiva sobre la cuestión. En Polonia, la anterior legislación liberal ha sido modificada des-

Prevalencia del uso de anticonceptivos modernos en Europa (porcentajes en algunos países)



Fuente: Uso de anticonceptivos modernos, 2003. Naciones Unidas, 2004.

pués de 40 años y la interrupción del embarazo se permite ahora en supuestos muy limitados, al tiempo que en Malta no se permite bajo ningún supuesto.

Anticoncepción y aborto en Europa

Debido a la falta de información en materia de planificación familiar y a las necesidades no cubiertas en cuanto a métodos anticonceptivos modernos, la proporción de embarazos no planificados en los países de Europa central y del este, es particularmente alta; el 80% de esos embarazos son también no deseados (5). En la antigua Unión Soviética y otros países de Europa del este, la mayoría de estos embarazos terminan en aborto (5); especialmente en el caso de los

países en que es más barato el aborto que los métodos anticonceptivos. En Rumania, por ejemplo, se espera que las mujeres paguen por los anticonceptivos, mientras las interrupciones del embarazo están financiadas por el estado.

El Informe Van Lancker también concluye que es claramente insuficiente la educación sexual para la gente joven, lo que contribuya a incrementar el número de embarazos no deseados entre adolescentes en toda Europa y, últimamente, el número de abortos. Es asombrosa la disparidad entre los antiguos países miembros de la UE, por ejemplo: en el Reino Unido, 28 de cada 1000 chicas de entre 15 y 19 años se quedan embarazadas; en los Países Bajos, la tasa está en 7 de cada 1000 chicas. El informe critica especialmente el hecho de que en Bulgaria la gente joven sólo puede asistir a clases de educación sexual con el consentimiento de sus padres o madres, aunque esto es mejor que no tener ninguna educación sexual, como ocurre en Polonia.

El Informe Van Lancker señala que la interrupción voluntaria del embarazo en los nuevos países miembros y en los candidatos a entrar, es una de las principales causas de mortalidad materna en Europa central y del este. La OMS estima que estos abortos son responsables de más del 20% de las muertes maternas en algunos países de esta parte de Europa (6). Este hecho se relaciona con que la mayoría de estos abortos se practican en condiciones de inseguridad.

Recomendaciones del Informe Van Lancker

La resolución aprobada por el Parlamento Europeo en julio de 2002, basada en el

informe Van Lacker (2), respalda claramente los Programas de Acción acordados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en El Cairo (1994) y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres (CCMM) en Beijing (1995). La resolución además recomienda las siguientes medidas, a todos los países miembros y a los países candidatos, con el fin de mejorar la situación de la salud sexual y reproductiva en Europa:

- Introducción de criterios uniformes de recogida de datos.
- Desarrollo de políticas nacionales para mejorar los DSSyR.
- Suministrar anticonceptivos gratuitos o muy baratos y de servicios de planificación familiar.
- Promoción de la anticoncepción de emergencia.
- Legislación sobre interrupción de embarazo segura para todas las mujeres. La resolución señala explícitamente que el aborto no debería ser promocionado en ningún caso como un método de planificación familiar y que deberían tomarse medidas para evitar los abortos.
- Los gobiernos nunca deberían perseguir a las mujeres que han optado por un aborto ilegal.
- Incremento de la información sobre DSSyR disponible para la población general.
- Mejora de la educación sexual y de los servicios de planificación familiar para jóvenes.
- Orientación de las políticas nacionales sobre DSSyR acorde con las decisiones tomadas en la CIPD, CCMM y en las posteriores conferencias.

Controversia política en la UE

Dentro de la UE y en los países candidatos a incorporarse a la misma, la resolución del Parlamento Europeo, ha favorecido el que exista un debate controvertido. La recomendación especial del informe Van Lancker, sobre la legalización del aborto bajo determinados supuestos, ha contribuido a mantener dicha controversia, especialmente desde la aprobación de la resolución del Parlamento, aunque dicha resolución no sea vinculante. Polonia y Malta han expresado su opinión en contra de la misma y argumentan que los DSSyR son una cuestión de cada estado y que, por ello, no está bajo la jurisdicción de la UE. Ambos gobiernos temen que se ejerza alguna presión sobre las legislaciones nacionales relativas al aborto. Es por esta razón que Polonia y Malta —así como Irlanda— pidieron disposiciones adicionales cuando firmaron sus declaraciones de acceso. Estas cláusulas les permiten reservarse el derecho de tomar, bajo cualquier circunstancia, todas las decisiones concernientes a la legislación sobre la interrupción voluntaria del embarazo.

Un fuerte opositor a todos los puntos recogidos en el Programa de Acción de la CIPD es el Vaticano, que tiene una gran influencia en muchos países católicos, y tiene partidarios importantes en Bruselas. A través del artículo 51 de la constitución europea, donde se recoge que la UE debe mantener un diálogo estable con las iglesias como parte de los procesos de toma de decisiones, la iglesia se ha asegurado una posición influyente de cara al futuro.

Además, existe un número cada vez mayor de organizaciones antiabortistas que se están haciendo escuchar en toda la Unión Europea. Campañas mediante cartas y correos electrónicos, en ocasiones con información falsa o incompleta, conforman la piedra angular de su objetivo con las y los miembros del Parlamento Europeo (MPEs). El año pasado, por ejemplo, la organización británica «CARE Europa» (Acción Cristiana, Investigación y Educación) envió una carta a cada MPE donde se afirmaba que las personas que viven en países en desarrollo no necesitaban más dinero para planificación familiar ya que tenían un mejor acceso a los preservativos que al agua potable. Afirmaban además que los preservativos no protegen contra el VIH y que por ello, de acuerdo con esta organización «son tan seguros como una ruleta rusa» (7). Las organizaciones de Alianza Mundial de la Juventud, KALEB e. V. («Kooperative Arbeit Leben Ehrfürchtig Bewahre» - Cooperativa para la preservación de la dignidad de la vida), Pro-vida Berlín y Eurofam, trabajan en la misma dirección.

Embarazos no planificados y aborto

Región	Total de embarazos anuales (en millones)	Embarazos planificados y nacimientos	Embarazos no planificados que llegan a término	Embarazos no planificados que terminan en aborto
En todo el mundo	210	62%	16%	22%
Europa del Este	11	37%	6%	57%
Resto de Europa	7	67%	12%	21%

Fuente: Instituto Alan Guttmacher: *Compartir responsabilidad: Mujer, sociedad y aborto en el mundo*. Nueva York y Washington, 1999.

Desarrollo político de la UE sobre DSSYR

Un punto importante de la resolución del Parlamento Europeo sobre DSSYR se centra en el desarrollo de una política específica. Se pide que esta política «tenga en cuenta el devastador impacto de la Ley Mordaza de la administración Bush». Con ella, el Presidente Bush congeló la financiación anual estadounidense al Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), que asumió la UE. Bajo el liderazgo de Poul Nelson, el Secretario de la UE para el Desarrollo y la Ayuda Humanitaria, la UE cedió 32 millones de euros al UNFPA y la Federación Internacional de Planificación Familiar en el otoño de 2002. Además, la UE aprobó 73.95 millones más en el verano de 2003 para apoyar programas de salud reproductiva en países en desarrollo hasta 2006.

En la primavera de 2004, el Parlamento Europeo aprobó el informe «Población y Desarrollo: diez años después de la Conferencia de El Cairo». Karin Junker, entonces diputada socialdemócrata del Parlamento Europeo por Alemania y miembro del Comité Parlamentario Europeo para el Desarrollo y la Cooperación, fue quien elaboró dicho informe. En él se pide a la Unión Europea, a los estados miembros de la UE y a los países candidatos, que cumplan con el compromiso adquirido en la CIPD de El Cairo. Los y las diputadas aprobaron el informe tras una serie de enmiendas con 287 votos a favor, 196 en contra y 13 abstenciones (8).

La prueba más reciente del compromiso de Europa con el Programa de Acción de la CIPD fue el anuncio de la Unión Europea y los estados miembro –con ocasión de la Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas para conmemorar los 10 años de la CIPD (14 octubre de 2004)– de su intención de financiar al FNUAP con 75 millones de dólares para anticoncepción. De esta manera, Europa ha llenado el vacío dejado, en cuanto a recursos económicos, por la retirada de la financiación de EEUU. El Presidente Bush ha retenido la financiación al UNFPA por tercer año consecutivo, a pesar de que la contribución había sido aprobada por el Congreso de los EEUU. Además, como se muestra en el cuadro, el Consejo Europeo ha pedido a los estados miembros que proporcionen a los y las ciudadanas europeas más información y una mejor educación sobre salud sexual y reproductiva.

Referencias

1. Parlamento Europeo: Resolución del Parlamento Europeo de Derechos sobre Salud Sexual y Reproductiva (2001/2128(INI)) del 3 de julio de 2002. <http://www2.europarl.eu.int>
2. Anne E. M. Van Lancker (2 de abril 2002): Borrador del informe de derechos sobre salud sexual y reproductiva (2001/2128(INI)). Comité sobre Derechos de las Mujeres e Igualdad de Oportunidades. <http://www.europarl.eu.int/meetdocs/committees/femm/20020417/463603EN.pdf>
3. Naciones Unidas, 2004: Utilización de Métodos Anticonceptivos Modernos en 2003.
4. Florina Sebanescu (2004): «Salud Reproductiva en los países en transición en el contexto europeo». En: Foro Europeo sobre Población, 2004: Desafíos poblacionales y respuestas políticas. Borrador.
5. OMS (2004) Aborto inseguro: estimaciones globales y regionales de la incidencia de abortos inseguros y mortalidad asociada en 2000. Ginebra, cuarta edición.
6. <http://www2.europarl.eu.int> (acceso 21 de noviembre de 2004)
7. CARE para Europa - Informe Sandbaek. Generar ayuda o crear una estrategia. Enviar fax a un o una MPE.
8. Karin Junker (2004): Informe sobre población y desarrollo: 10 años después de la Conferencia de El Cairo (2003/2133(INI)). Comité para el Desarrollo y la Cooperación: <http://www2.europarl.eu.int>

Mirjam Hägele

[mirjam.haegle@dsw-hannover.de]
Encargada de Comunicación
Fundación Alemana sobre Población Mundial (DSW)
Traducción: Thomas Crowe

El Consejo de Europa pide una mayor promoción de la salud sexual y reproductiva en Europa

El 5 de octubre de 2004, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, pidió a los estados miembro que proporcionaran más información y una mejor educación sobre salud sexual y reproductiva. La problemática actual incluye un elevado incremento de embarazos entre adolescentes y de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, así como un aumento de la violencia sexual, según afirmaron los y las parlamentarias. La Asamblea también pretende que los estados miembro compartan información sobre experiencias que hayan tenido éxito, y que proporcionen financiación suficiente para el desarrollo de métodos de detección de ITSs así como para asesoramiento, centros y métodos anticonceptivos, incluyendo los dirigidos a la juventud.

Visitar la página web del Consejo Europeo para acceder al texto y las recomendaciones.

<http://assembly.coe.int/Main.asp?link=http://assembly.coe.int>

«MUJERES SOBRE LAS OLAS» DEBATE EN EL PARLAMENTO EUROPEO

Por Patricia Hindmarsh

A finales de agosto de 2004, el gobierno portugués prohibió la entrada en sus aguas o que atracara en cualquier puerto a un barco danés que pertenecía a la organización «Mujeres sobre las Olas». Para ello, se buscaron fundamentos en la legislación local y en cuestiones de salud pública e incluso se ordenó a la marina que desplegara un barco de guerra para seguir de cerca al barco danés y asegurarse así de que se mantenía fuera de sus aguas territoriales. Esta acción impidió que tuvieran lugar los debates y sesiones informativas sobre salud sexual y reproductiva, con parlamentarios y parlamentarias de España y Portugal previstas por Mujeres sobre las Olas. En respuesta a este acto, el Partido Socialista, Izquierda Unida y los Verdes del Parlamento Europeo solicitaron un debate urgente a la Unión Europea para que se emprendieran acciones legales contra Portugal por vulnerar los derechos a la libertad de expresión y a la información, así como el de libre circulación de personas y servicios.

Situación actual en Portugal

Portugal tiene una legislación muy restrictiva respecto al aborto, que sólo reconoce los supuestos legales en caso de riesgo para la salud o la vida de la mujer, malformación fetal, o si el embarazo es consecuencia de una violación. Incluso dentro de estos supuestos legales, a las mujeres se les niega con frecuencia el derecho a la interrupción voluntaria de su embarazo porque las y los profesionales de la salud no están preparados para afrontar la presión social existente en torno a este tema. Sin embargo, no existen restricciones para las organizaciones que promueven los derechos de la mujer y apoyan el cambio de la actual legislación portuguesa. «Women on Waves» no ofrece abortos farmacológicos en los países donde éste no es legal (1). Por tanto, no existía ningún argumento legal que prohibiera la entrada de esta organización en aguas portuguesas.

Ya ha habido algunos intentos de cambiar la legislación portuguesa en el pasado. Por ejemplo, en enero de 2004, algunos grupos pro-derecho a decidir recogieron 120.000 firmas para pedir un nuevo referéndum sobre la legalización del aborto. Sin embargo, el Primer Ministro, José Manuel Barroso (el nuevo Presidente de la Comisión Europea) decidió no llevarlo a cabo.

El debate en el Parlamento Europeo fue iniciado por Dña. Ilda Figueiredo, persona perteneciente a Izquierda Unida y al Grupo de Trabajo sobre Población, Desarrollo Sostenible y Salud Reproductiva del Parlamento Europeo, y por todas las perso-

nas pertenecientes a los partidos que apoyan los derechos sobre salud sexual y reproductiva.

La señora Figueiredo apeló a la Comisión para que expusiera su punto de vista y apremió a Portugal para que cambiara su actitud y levantara la prohibición sobre el barco de «Mujeres sobre las Olas». Durante el debate, ella se refirió al llamado informe «Van Lancker» adoptado por el Parlamento Europeo en julio de 2002 (2), instando a los estados miembros de la UE a que mejoren la seguridad y el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en los países en los que es legal, y a que se abstengan de perseguir a las mujeres por los abortos ilegales. También calificó la situación en Portugal de hipócrita y violenta para las mujeres como resultado del aborto clandestino y, por tanto, inseguro.

En lugar de centrarse en la legalidad de la acción emprendida por Portugal, varios parlamentarios y parlamentarias aprovecharon la ocasión para pedir la prohibición completa del aborto en toda Europa, una cuestión sobre la que la UE no tiene competencias. Hans Blokland, miembro holandés del Grupo Independiente / democrático, afirmó que «el gobierno portugués debería ser alabado por valorar que la vida nonata tiene que ser protegida». También Urzula Krupa, persona miembro de la Liga Polaca para la Familia dijo: «doy gracias a Dios por tener la oportunidad de hablar en el Parlamento Europeo sobre el tema más importante de la actualidad, la protección de la vida, especialmente en una situación en la que 50 millones de niños y niñas son asesinados en el útero de su madre». Esta declaración resultó muy embarazosa para todas las personas presentes pero, sin embargo, continuó preguntando: ¿hay alguna diferencia entre asesinar a niños y niñas indefensos y la exterminación de Beslan? ¿Basándose en qué puede la Unión Europea usurpar el derecho a decidir sobre la vida y la muerte de los seres humanos? (3).

En la misma línea Michal Tomasz Kaminski, miembro polaco del grupo Unión para las Naciones Europeas, también generó un debate en torno a cómo la Unión Europea se plantea la vida nonata: «en esta estancia, tras las elecciones europeas, hay más personas parlamentarias que tienen el valor de decir: ¡ tienen derecho a nacer! ¡ tienen derecho a vivir en Europa o en cualquier otro lugar!» (3).

En total, había 27 parlamentarios y parlamentarias: 14 eran pro-derecho a decidir (pertenecientes al Partido Socialista, Izquierda Unida, Liberales y Demócratas y los partidos Verdes) y 11 eran anti-derecho a decidir (pertenecientes al Partido Popular,

Unión para las Naciones Europeas y el grupo Independiente y Democrático), las cuatro personas polacas que hablaron eran anti-derecho a decidir.

Con el fin de controlar el tono emocional del debate, la Comisaria de la UE, Margot Wallström, dijo que: «la Comisión pretende buscar información sobre los motivos concretos y las implicaciones de esta decisión», antes de considerar acciones legales contra Portugal por haber violado la legislación europea. Añadió que, bajo la legislación europea, un país podría restringir los derechos fundamentales como la libertad de movimiento de las personas «sólo cuando esté justificado... por seguridad pública o por salud pública». Dijo además que «la Comisión cree que cualquier estado que tome la decisión de restringir la circulación de personas debe respetar los derechos fundamentales, incluyendo el de libertad de expresión como principio general de la legislación comunitaria». (3)

No se puede negar el fortalecimiento del sentimiento anti-derecho a decidir que existe en la Unión Europea tras su ampliación —este debate supuso una oportunidad excelente para contrastar el talante del Parlamento Europeo— y el creciente número de personas parlamentarias conservadoras empeñadas en revocar los derechos de las mujeres, lo que supone un motivo de alarma. Por ello, hay que prestar atención a los nuevos cambios de la Comisión, que debe tomar una postura firme y defender los derechos de las mujeres en toda la UE.

Referencias

1. Women on waves. <http://www.womenonwaves.org/article-1020.273-en.html> (acceso el 27 de enero de 2005)
2. Anne E. M Van Lancker (2 de abril 2002): borrador del informe sobre derechos sobre salud sexual y reproductiva (2001/2128(INI)). Comité para los Derechos de las Mujeres e Igualdad de Oportunidades.
3. Debate sostenido en el Parlamento Europeo el 16 de septiembre de 2004, sobre el barco holandés perteneciente a la organización «Mujeres sobre las Olas», tras una pregunta planteada por la diputada Ilda Figueiredo (<http://www.europarl.eu.int/>)

Patricia Hindmarsh

[Patricia.Hindmarsh@mariestopes.org.uk]
Directora de Relaciones Externas
Marie Stopes Internacional
www.mariestopes.org.uk

RECURSOS

Q Web - Base para el Empoderamiento de las Mujeres, ha contribuido a la compilación de esta sección de recursos. Ver www.qweb.kvinnoforum.se para recursos adicionales



Aborto seguro: Guía Técnica y Política para Sistemas Sanitarios

Organización Mundial de la Salud, 2003

www.who.int/reproductivehealth/publications/safe_abortion/safe_abortion.html

Se trata de una amplia revisión que incluye directrices técnicas y políticas para practicar interrupciones voluntarias del embarazo de forma segura. Está disponible en inglés, francés, polaco, portugués, ruso y español.

Aborto inseguro

Estimaciones globales y regionales de la incidencia de abortos inseguros y mortalidad asociada en 2000 - 4ª edición. www.who.int/reproductive-health/pages_resources/listing_unsafe_abortion.html

La OMS ha desarrollado un enfoque sistemático para estimar la incidencia global y regional de los abortos inseguros y de la mortalidad asociada. La estimación está realizada basándose en cifras del año 2000, e indican que se realizan unos 19 millones de abortos inseguros cada año, es decir, aproximadamente uno de cada diez embarazos termina en un aborto inseguro, generando una proporción de uno por cada siete nacimientos vivos. La publicación señala que: «en los lugares en que los métodos anticonceptivos resultan inaccesibles o son de baja calidad, muchas mujeres querrán poner fin a sus embarazos, a pesar de las restricciones legales y de la falta de servicios adecuados para realizar interrupciones voluntarias del embarazo. Por ello, la prevención de embarazos no deseados debe ser la mayor prioridad, seguida de la mejora de la calidad de los servicios donde se realizan interrupciones de embarazo y de la atención prestada posteriormente».

Mortalidad Materna en 2000: estimación realizada por la OMS/UNICEF y el UNFPA

www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_mortality_2000/

Publicado en 2004, este informe define y mide la mortalidad materna en todos los países y proporciona datos comparativos de 1990 a 1995. Los márgenes de fiabilidad son bastante amplios, pero las estimaciones actuales indican que la mortalidad materna es aún un gran problema en general y, concretamente en algunas partes de la región europea.



Políticas sobre aborto: revisión global

División de Población de Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Sociales y Económicos, 2003

www.un.org/esa/population/publications/abortion/

Políticas sobre aborto: revisión global, presenta un examen, país por país, de las políticas nacionales relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo y el contexto en el que tienen lugar.



Ipas - Actualización Global de Noticias sobre Aborto

www.ipas.org
IPAS ha puesto a disposición, recientemente, el documento «Actualización global de noticias sobre aborto» en su página web. Proporciona una visión general de los nuevos avances en legislación y

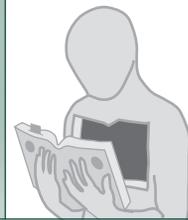
políticas sobre la interrupción voluntaria del embarazo en todo el mundo, incluyendo una serie de vínculos y detalles de contacto. Se realizan actualizaciones regularmente. Otro recurso interesante de Ipas es: «Hacer que el aborto seguro sea accesible: guía práctica para profesionales» y «Métodos para la interrupción del embarazo y para la atención posterior».



Chantaje

www.heldtoransom.org

Esta página web de la IPPF está dedicada a abordar el tema de la implicación política de la Ley de la Ciudad de Méjico, también conocida como Ley de la Mordaza. Esta ley establece que los Estados Unidos no permitirán la ayuda financiera para organizaciones o recursos donde se realizan abortos o cualquier tipo de actividad relacionada con el asesoramiento sobre el tema y derivaciones a otros recursos.



Breve resumen sobre legislación y políticas sobre aborto en Europa central y del este

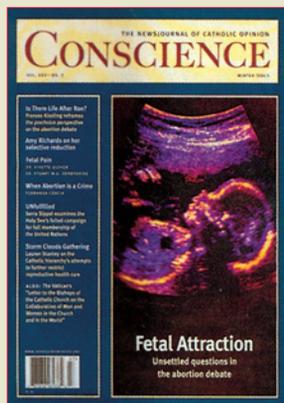
www.crlp.org

El Centro para los Derechos Reproductivos es una organización americana sin ánimo de lucro que trabaja para asegurar que existan abortos seguros, legales y accesibles y una buena atención en todo el mundo a través de una serie de estrategias legales y políticas. El Centro ha creado esta y otras páginas web similares como «El aborto legal y seguro es un derecho de la mujer», con el fin de destacar los argumentos que justifican por qué la interrupción voluntaria del embarazo debe ser considerada un derecho humano y para generar un marco político y de derechos relacionado con el aborto.

Católicas por el derecho a decidir

www.cath4choice.org

Católicas por el derecho a decidir es una organización no gubernamental con sede en Washington DC que tiene un estatus consultivo especial con el Consejo Económico y Social (ECOSOC) de las Naciones Unidas. Católicas por el derecho a decidir desarrolla y avanza sobre temas relacionados con la ética sexual y reproductiva en base a aspectos de justicia, reflejando su compromiso con el bienestar y el respeto a las mujeres y afirmando la capacidad moral de las mujeres y los hombres para tomar decisiones sobre sus vidas y sus trabajos y propagando estos valores en la política pública, la vida comunitaria y el pensamiento y la enseñanza católica social. Más recientemente han publicado «Catalizador para el cambio de las y los interlocutores» donde se proporcionan recomendaciones para el gobierno de EEUU, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y las comunidades religiosas dedicadas a fomentar los derechos humanos y las decisiones informadas.

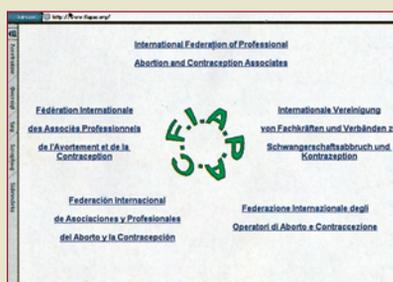


EuroNGOs



www.eurongos.org

La ONG europea para los Derechos Sexuales y Reproductivos, la Población y el Desarrollo (EuroNGOs) creada en 1996, tiene como objetivo incrementar la conciencia y el apoyo al Programa de Acción de la CIPD. EuroNGOs colabora con un amplio número de defensores / as de los derechos sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo ONGs, grupos parlamentarios y grupos financieros europeos y de otras partes del mundo. A través de su nueva página web, los encuentros anuales, sus publicaciones y otras actividades, EuroNGOs comparte su información y fomenta la cooperación entre muchos grupos diferentes, especialmente de gente joven.



FIAPAC

www.fiapac.org

La Federación Internacional de Asociaciones Profesionales de Anticoncepción y Aborto (FIAPAC) es una organización líder en este campo. Su objetivo es asegurar el derecho a un aborto legal y seguro para todas las mujeres que lo necesiten. A través de congresos y otros encuentros, trabajan para

armonizar la legislación sobre interrupción voluntaria del embarazo y por la libertad de acceso a todos los métodos de interrupción del embarazo en todos los países. Ver su página web para más detalles e información sobre su último encuentro internacional, que tuvo lugar en Viena, en septiembre de 2004.



XVII Congreso Mundial de Sexología 10-15 julio 2005, Montreal, Canadá

www.montrealsex.com

El lema de la conferencia «Unidad en la Diversidad» subraya la diversidad de enfoques y disciplinas existentes en el ámbito de la sexología, y participaron profesionales de la salud, la investigación, la educación, activistas y personas dedicadas a la política. Ver página web para acceder al programa completo y la forma de registrarse.

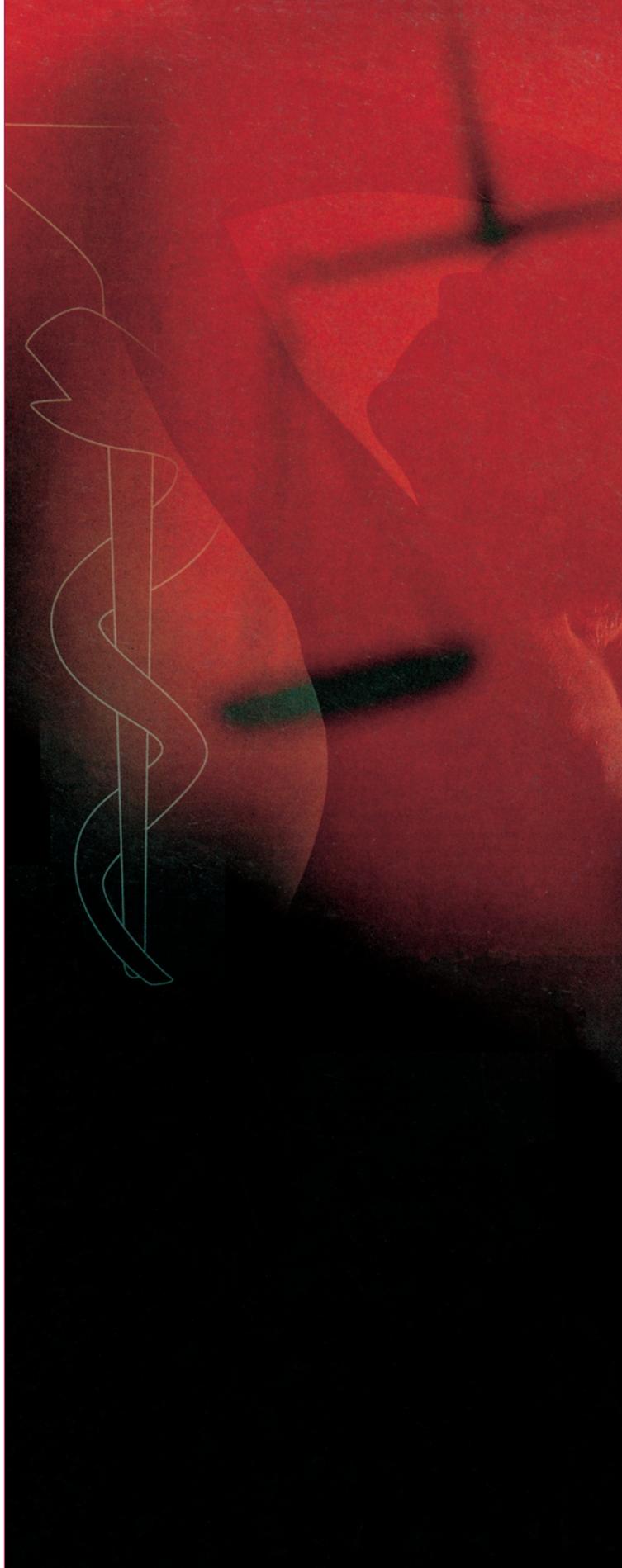
Red ASTRA en Europa central y del este

www.astra.org

ASTRA es una red compuesta por organizaciones que trabajan sobre salud sexual y reproductiva en Europa central y del este. Su página web incluye documentos políticos relacionados con los derechos sobre salud sexual y reproductiva con vínculos hacia otros materiales sobre el tema.

Entre Nous
*Revista Europea
de Salud Sexual y Reproductiva*

Oficina Regional Europea de la OMS
Programa de Investigación y Salud Reproductiva
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø
Dinamarca
Tel: (+45) 3917 1341 ó 1451
Fax: (+45) 3917 1850
[entrenous@who.dk]
www.euro.who.int/entrenous



Entre Nous