
Reproductive Health

Social and Behavioral Science Research (SBSR)

2005

Relatoría: II reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro—Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe

Population Council

Follow this and additional works at: https://knowledgecommons.popcouncil.org/departments_sbsr-rh

How does access to this work benefit you? Let us know!

Recommended Citation

"Relatoría: II reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro-Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe," Report of a meeting at El Colegio de México. Mexico City: Population Council, 2005.

This Report is brought to you for free and open access by the Population Council.



Relatoría



II Reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro

**Desafíos de salud pública en
América Latina y el Caribe**



El Colegio de México

México, D. F., agosto de 2005





Relatoría. II Reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro. Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe

El Colegio de México, México D.F., 17 a 19 de agosto, 2005.

Impreso en México / *Printed in Mexico*

Population Council
Escondida 110
Col. Villa Coyoacán
México, D.F. 04000
México
Tel.: (55) 5999-8630
Fax: (55) 5554-1226
E-mail: disemina@popcouncil.org.mx

© 2006 The Population Council, Inc.

Cualquier parte de esta publicación podrá reproducirse sin autorización de los editores, siempre y cuando se reconozca la fuente y se utilice sin fines de lucro. Para solicitar mayor información, por favor diríjase a nuestra oficina en México.



El Population Council es una organización internacional, no lucrativa y no gubernamental, que busca mejorar el bienestar y la salud reproductiva de las generaciones presentes y futuras del mundo y ayudar a alcanzar un equilibrio humano, equitativo y sostenible entre la población y los recursos.

El Council realiza investigación biomédica, en ciencias sociales y salud pública, y ayuda a fortalecer la capacidad de investigación en países en desarrollo.

El Council fue fundado en 1952 y está dirigido por un consejo directivo internacional. Su oficina matriz en Nueva York apoya una red mundial de oficinas regionales y nacionales.



Contenido

Presentación	4
Agradecimientos	5
Lista de acrónimos	6
Introducción	7
Sesiones magistrales	9
Hallazgos de investigaciones en países de la región. Desafíos	15
Aborto en adolescentes	15
Acceso a aborto legal	16
Acceso a servicios de aborto	17
Acceso a servicios de salud reproductiva: perspectiva de proveedores	18
Atención postaborto	19
Avances clínicos incluido el aborto con medicamentos	20
Consecuencias físicas, psicológicas y económicas del aborto	21
Experiencias de mujeres en servicios de aborto	21
Metodologías de investigación	23
Opinión pública sobre el aborto	23
Políticas y programas de salud	24
De la investigación a la acción. Propuestas	26
Investigación y metodologías	26
La investigación a favor de la acción	26
Aspectos legales	27
El desarrollo del discurso	27
La disputa por los valores	28
Agenda de la reunión	290
Lista de participantes	32



Presentación

El embarazo no deseado y el aborto constituyen causas importantes de morbilidad en mujeres en edad reproductiva de la región de América Latina y el Caribe. Las raíces socio-políticas de estos problemas, que se encuentran interrelacionadas, son complejas; pero con el tiempo se ha tornado evidente el hecho de que una posible solución a estos problemas de salud de las mujeres, es que la comunidad de investigadores en el tema se involucre más y plantee soluciones, y que organice reuniones como la que ahora nos ocupa, en las que se de amplia difusión a estas problemáticas.

El Population Council es un organismo internacional, no gubernamental que lleva a cabo investigación biomédica, en ciencias sociales y salud pública. Fundado hace más de 50 años, el Council ha tenido como meta evaluar y desarrollar enfoques sustentables que ayuden a mejorar la salud y bienestar de las personas. La Oficina Regional para América Latina y el Caribe, con sede en la ciudad de México, organizó la reunión que es motivo de esta publicación, con el fin de conjuntar a un destacado grupo de investigadores y miembros de la sociedad civil que llevan a cabo trabajos en el campo del embarazo no planeado y el aborto en la región. Nuestro interés era crear nuevamente un foro para intercambiar ideas y delinear colaboraciones futuras y posibles lineamientos en el desarrollo de políticas de salud.

El Council, en colaboración con 28 organizaciones nacionales e internacionales cuyo apoyo reconocemos en la sección de Agradecimientos, se honró en promover la iniciativa para este encuentro, que tuvo lugar a cuatro años de celebrada la "I Reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro. Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe", en Cuernavaca, Morelos, México, en noviembre de 2001.

En el presente documento ofrecemos un resumen de la **II REUNIÓN DE INVESTIGACIÓN SOBRE EMBARAZO NO DESEADO Y ABORTO INSEGURO. DESAFÍOS DE SALUD PÚBLICA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**, celebrada en El Colegio de México, en la ciudad de México, del 17 al 19 de agosto de 2005.

A la reunión que ahora nos ocupa acudieron más de 200 participantes, provenientes de Argentina, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Uruguay y, por supuesto, México.

Las charlas magistrales, que reiteraron el compromiso de los ponentes respectivos; los valiosos foros simultáneos en donde se presentaron hallazgos de 52 investigaciones recientes y se comentaron sus resultados; la exhibición de numerosos y novedosos materiales de difusión -que incluyeron publicaciones, carteles, videos y discos compactos-; la demostración de instrumentos innovadores; un panel sobre metodologías de investigación y, finalmente, las propuestas para transitar de la investigación a la acción, a las que los participantes contribuyeron con entusiasmo en la última sesión de la reunión, son testimonio del compromiso de los muchos colegas que respondieron a nuestro llamado y que, naturalmente, representan a un número sensiblemente mayor de personas, a cuyo trabajo y compromiso para mejorar la salud reproductiva de las mujeres en América Latina esperamos contribuya esta publicación.

Dra. Sandra G. García, Sc.D
Directora
Programa de Salud Reproductiva
Population Council
Oficina Regional para
América Latina y el Caribe

Dra. Claudia Díaz Olavarrieta
Investigadora Asociada
Population Council
Oficina Regional para
América Latina y el Caribe



Agradecimientos

El Population Council desea reconocer a las siguientes organizaciones, cuyo co-patrocinio fue esencial para organizar y realizar la conferencia: The Alan Guttmacher Institute; Alianza por el Derecho a Decidir; Catholics for a Free Choice; Católicas por el Derecho a Decidir (México); Centro de Estudios de Estado y Sociedad; Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales; Dirección General de Atención a Víctimas de Delito; Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud; Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia; Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México; Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia; Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología; Fondo de Población de las Naciones Unidas; Fundación Mexicana para la Planeación Familiar; Grupo de Información en Reproducción Elegida; Gynuity Health Projects; Ibis Reproductive Health; Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; Instituto de las Mujeres del Distrito Federal; Instituto Nacional de Perinatología; Instituto Nacional de Salud Pública; International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region; Ipas México; Marie Stopes Internacional; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Planned Parenthood Federation of America-International; Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer de El Colegio de México; Programa Latinoamericano de Capacitación e Investigación en Reproducción Humana; Universidad Nacional Autónoma de México; The Wellcome Trust y un donante anónimo.

Expresamos un agradecimiento especial a El Colegio de México, y en el seno de dicha institución al Director del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, Dr. José Luis Lezama, y a Susana Lerner, profesora-investigadora del mismo Centro, quienes al igual que el personal del Departamento de Eventos Especiales de dicha institución, nos brindaron su más amplia colaboración y facilidades para llevar a cabo la conferencia en sus instalaciones en la ciudad de México.

Reconocemos, asimismo, la invaluable colaboración que recibimos de los ponentes magistrales, de los investigadores participantes, moderadores, evaluadores y de todos quienes asistieron a la reunión, así como del personal profesional y de apoyo de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Population Council, especialmente de Guillermina Herrera y Erika Troncoso, que tuvieron directamente a su cargo la organización de la reunión. El concurso e interés que todos ellos brindaron contribuyó, indudablemente, a la exitosa culminación de la conferencia.

Esta relatoría fue preparada por Eduardo del Castillo con la colaboración de: Guillermina Herrera, Erika Troncoso, Silvia E. Llaguno, Olivia Ortiz y Claudia Díaz.



Lista de acrónimos

AE	anticoncepción de emergencia
APA	atención postaborto
AMEU	aspiración manual endouterina
AV	autopsia verbal
DSR	derechos sexuales y reproductivos
GIRE	Grupo de Información en Reproducción Elegida
ILE	interrupción legal del embarazo
LUI	legrado uterino instrumental
MM	mortalidad materna
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONG	organizaciones no gubernamentales
PAE	pastillas anticonceptivas de emergencia
SDSR	salud y derechos sexuales y reproductivos
SR	salud reproductiva
SSR	salud sexual y reproductiva
VIH	virus de inmunodeficiencia humana



Introducción

Como una fase de continuidad a los trabajos realizados en el año 2001 en Cuernavaca, Morelos, se llevó a cabo en la ciudad de México la **II REUNIÓN DE INVESTIGACIÓN SOBRE EMBARAZO NO DESEADO Y ABORTO INSEGURO. DESAFÍOS DE SALUD PÚBLICA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**. La reunión, realizada del 17 al 19 de agosto de 2005 en El Colegio de México, en la ciudad de México, contó con la participación de 230 investigadores de 22 países de la región. Fueron variadas las expresiones de este encuentro: inauguración, conferencias magistrales, presentación y análisis de hallazgos de investigaciones, demostración de instrumentos, exposición de carteles, proyección de videos, propuestas para transitar de la investigación a la acción y clausura.

Los grandes trazos de las problemáticas que significan el embarazo no deseado y el aborto inseguro fueron delineados desde la inauguración del encuentro. Asimismo, se expusieron las demandas más sentidas de la población en general y de las mujeres en particular, así como las estrategias para hacer frente a estos problemas que, sin duda, son ya reconocidos por instancias nacionales e internacionales como problemas de salud pública.

Los diagnósticos y estrategias inaugurales corrieron a cargo de Ana Langer, de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Population Council; Ma. Eugenia Romero, de Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia; Ma. Luisa Sánchez, del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE); Raffaella Schiavon, del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, y de Rogelio Fernández Castilla, del Fondo de Población de las Naciones Unidas. Dieron la bienvenida al encuentro José Luis Lezama, Director del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales de El Colegio de México, y Andrés Lira, Presidente de la misma institución.

En las perspectivas de diagnóstico se planteó que el embarazo no deseado y el aborto inseguro afectan a un segmento muy importante de la población de la región, y que entre sus causas relevantes están las fallas de los programas de educación sexual y la falta de acceso a los anticonceptivos. Esa situación consume recursos orientados a la salud reproductiva, los cuales, además, se distribuyen de manera no equitativa afectando a los sectores más necesitados. Por otro lado, se aprecia un subregistro de abortos en la región, en lo cual juega un papel preponderante su carácter de ilegal.

El aborto inseguro continua siendo una de las primeras causas de muerte materna, con tasas tan elevadas como hasta 100 veces mayores en los países con economías más pobres en relación con los más ricos. De igual manera, existen fuertes asimetrías entre los sectores rurales y urbanos, así como entre quienes disponen o no de recursos para realizarse abortos seguros y quienes no. Por lo que respecta a los proveedores de salud, es frecuente que desconozcan las causas que permiten el aborto en sus países.

El aborto inseguro se caracterizó como una grave violación a los derechos humanos, resaltándose la falta de compromiso político de los gobiernos de la región en relación con los derechos sexuales y reproductivos (DSR) para enfrentar las causas del embarazo no deseado y del aborto inseguro. Se subrayó que resulta lamentable que dentro de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas, las que se refieren a la salud no contemplen, en general, el tema de la salud sexual y reproductiva y la equidad.

Frente a tal panorama, se enfatizó, deben acentuarse el diálogo y la colaboración entre investigadores, las organizaciones civiles y las públicas. El Population Council, que realiza investigación y contribuye a llevar los hallazgos al campo de la salud, ha estado comprometido siempre con el tema del postaborto, habiendo propiciado la capacitación, la calidad de la atención y otras estrategias. A partir de la investigación, que implica asimismo documentar las dificultades para el aborto legal tanto en el sistema de justicia como en el de salud, debe resaltarse el aborto como un problema de salud pública que debe ser asumido desde la perspectiva de los derechos. Los esfuerzos de los investigadores van permitiendo generar un compromiso real con estos temas y las estrategias para abordarlos. El conocimiento de nuevas y mejores metodologías de investigación contribuye a enlazar la teoría con la práctica: sus resultados son materia prima con la que las y los activistas construyen sus argumentos y emprenden sus acciones, por un lado, y son también evidencia y base científica para la toma de decisiones de legisladores y funcionarios públicos.

El reconocimiento y consolidación de los derechos de las mujeres, y de los DSR en general, avanzarán con mayor solidez a partir de la investigación científica y el conocimiento riguroso como mancuerna capaz de contrarrestar al pensamiento dogmático. Tal y como lo demandan nuestras sociedades mayoritariamente, según variadas encuestas realizadas en la región, el problema del aborto no debe abordarse sobre la base de las creencias. El enfoque que ha cambiado de la planificación familiar a la salud reproductiva refuerza la perspectiva del ser humano como ciudadano y, sin duda, se constituye en un salto importante para analizar la reproducción humana como un derecho sobre el que cada persona decide.



Sesiones magistrales

En la sesión en la que se abordó “El falso dilema de estar a favor o en contra del aborto,” **Aníbal Faúndes** señaló que uno de cada cuatro embarazos en el mundo termina en un aborto, lo cual nos dice que se trata de un evento cotidiano. Respecto de las interrupciones de embarazos que se registran en América Latina, resalta que sean esencialmente las mujeres pobres quienes se exponen a abortos inseguros. Lo anterior lleva a analizar el por qué de esa discusión estéril que se manifiesta entre estar a favor o en contra del aborto, dado que se trata de un falso dilema. ¿Si nadie está a favor, por qué la polémica? El dilema es más bien por la solución: condenar a las mujeres que abortan o no hacerlo. ¿Es justo condenarlas cuando, como sucede en nuestra región, las mujeres suelen no conocer o no tener acceso a los métodos anticonceptivos, o porque los métodos fallan?. La estructura social, por otro lado, no ofrece condiciones adecuadas, un hecho que lleva a resaltar la injusticia, porque las mujeres son víctimas de la sociedad que las rodea. ¿Condenar es eficaz? No lo es. Los gineco-obstetras fueron enseñados a proteger al feto por encima de los derechos de las mujeres; sin embargo, proteger a las mujeres es también su obligación. En este punto interesa resaltar que, para que el médico/a sea aliado/a de los derechos de las mujeres, se requiere discriminalizar el aborto. Lo que hay que defender es un sistema para prevenir los embarazos no deseados y los abortos inseguros; esto quiere decir la educación en sexualidad, la anticoncepción de emergencia (AE), la igualdad de género y, esencialmente, la protección y apoyo social a las decisiones reproductivas de las mujeres. A fin de cuentas, no debemos perder de vista que cuanto más próximo a nosotros se encuentra el problema del aborto –en parientes y amistades cercanas–, más dispuestos estamos a entenderlo y a aceptarlo como un mal menor.

En la presentación intitulada “Responsabilidad profesional y manejo integral del embarazo no deseado,” se señaló que es necesario ilustrar cuál es la experiencia de las mujeres con un embarazo no deseado. Si al embarazo deseado se le rodea de reconocimiento social y felicidad estableciéndose un lazo afectivo entre las mujeres y sus fetos, cuando esto no sucede lo que se presenta es un rechazo social, aislamiento, una crisis vital que compromete todos los ámbitos de las mujeres. En América Latina ocurren cada día 11 mil abortos, siendo la mayoría ilegales. El escenario del aborto inseguro es pues, el de la clandestinidad, la sordidez y la humillación a las mujeres, lo que les ocasiona un gran dolor y sufrimiento.

Por otro lado, es una falacia decir que el aborto es evitable, porque de acuerdo con las condiciones actuales estará con nosotros durante mucho tiempo más, quizás para siempre. Lo sí puede hacerse es evitar el sufrimiento que ocasiona y los costos sociales y económicos que representa para las mujeres y la sociedad. Al reconocer la presencia del aborto en nuestra actualidad, se deben abordar algunos de los problemas que le son inherentes, como pudiera ser la depresión postaborto, aunque cuando la interrupción del embarazo es legal su práctica se vive en mejores condiciones disminuyendo las consecuencias psicológicas negativas. El aborto plantea un conflicto de valores y de calidad de vida, en el que se sitúa a la mujer con una vida, por un lado, y por el otro al feto como un proyecto de vida. De ello se deriva que el estigma respecto del aborto sea paralizante, que en realidad refleja un fuerte sentimiento visceral que se experimenta no en la cabeza sino en las vísceras: produce rechazo y es ominoso para las personas que atraviesan por tal experiencia. Ese rechazo es, precisamente, lo que evita que se conozcan las causales del aborto punible. El aborto debe legalizarse y tal legalidad formar parte del conocimiento de los proveedores de salud y de la sociedad en general, como parte de los derechos reproductivos. Mientras el manejo del aborto sea sórdido y esté sometido a la doble moral, habrá quienes lucren con él.

Ante los embarazos no deseados y los abortos inseguros son fundamentales los aportes de la academia, la investigación y el activismo para profundizar en la solidaridad con las mujeres, pues frente a esas circunstancias ellas requieren de acompañamiento, confidencialidad, respeto, apoyos responsables, freno a cualquier discriminación, lo mismo que atención a sus condiciones físicas y emocionales. Las consultas médicas con las mujeres, debe subrayarse, representan una oportunidad muy importante para prevenir el embarazo no deseado y el aborto inseguro. Hoy en día, más de la mitad de las mujeres acuden a consulta acompañadas de sus parejas, y para ambos es un alivio cuando la atención se brinda en condiciones dignas, cuando en los servicios se respetan sus derechos.

En su intervención sobre “Avances en la docencia e investigación sobre aborto en el Caribe”, **Yamila Azize**, de Puerto Rico, habló de su experiencia en un medio ambiente poco receptivo. A pesar de que en aquel país el aborto es legal, es un tema censurado cuando se le trata en el ámbito de la educación: muchos estudiantes de medicina de ese país desconocen dicha legalidad; en los hospitales, mientras tanto, 30 por ciento de las mujeres ignoran que el aborto es legal. *Saludpromujer*, un proyecto ubicado en el Departamento de Obstetricia y Ginecología del Recinto de Ciencias Médicas de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico, ha procurado cubrir necesidades de información, educación y adiestramiento clínico de estudiantes de medicina, enfermeras, residentes de obstetricia y ginecología y otros profesionales relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR), en particular con temas excluidos y estigmatizados como son la anticoncepción y el aborto. Se realizan cursos y seminarios con dichas audiencias abordándose temas que permiten transmitir información científica y actualizada con una perspectiva de género; además, en el ámbito de la salud pública se disemina también la información socio-legal y científica que alude a dichos temas. Los recursos que se emplean son muy variados; van de películas a documentales, de lecturas a DVD y otros, y charlas con ponentes de todo el mundo. Entre otras actividades, *Saludpromujer* promueve proyectos clínicos, la introducción de mifepristona e informa sobre las disposiciones legales; del mismo modo, impulsa en el Caribe, desde hace cinco años, el proyecto “Iniciativa caribeña sobre anticoncepción y aborto”, en colaboración con la Universidad de Picardie, Jules Verne, cuyo propósito es mejorar los servicios de aborto en cinco islas del Caribe; entre sus actividades ha realizado reuniones de expertos, investigación, entrenamiento e información sobre anticoncepción de emergencia. Se han obtenido datos importantes a través de entrevistas con obstetras que practican abortos dentro y fuera de la ley, muchos de los cuales utilizan misoprostol para inducirlo. No obstante, el que el servicio sea clandestino disminuye su calidad. Las lecciones aprendidas a partir de estos proyectos conducen por un camino que trasciende el feminismo teórico para arribar a la práctica científica y jurídica y al conocimiento de las estructuras médicas y de poder. A veces, el contexto clandestino de las islas es mejor que el de Puerto Rico, donde hay una persecución soterrada a partir de reglamentaciones en las leyes.

Al referirse a “Religión y salud reproductiva: encrucijada y conflictos”, **Axel Mundigo** señaló que el Programa de Acción aprobado en El Cairo en 1994 adoptó el paradigma de salud reproductiva, que incluye una amplia gama de servicios y el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las personas. La gran excepción fue la consideración del aborto, que fue colocado en un plano ambivalente. El Programa de Acción declara que en ningún caso el aborto deberá ser promovido como un método de planificación familiar, y añade que la prevención de embarazos no deseados deberá tener siempre la más alta prioridad, dirigiéndose todos los esfuerzos hacia la eliminación de la necesidad de un aborto. En virtud de la oposición de corrientes religiosas encabezadas por el Vaticano, la interrupción del embarazo no fue incluida dentro de los derechos reproductivos, ni la salud reproductiva dentro del amplio concepto de derechos humanos. El Vaticano mostró con ello su influencia sobre las esferas nacionales e internacionales donde se deciden políticas de salud y desarrollo; cabe señalar que el Vaticano es la única sede religiosa que tiene el privilegio de contar con un asiento en el seno de las Naciones Unidas, y que su participación llevó la agenda de El Cairo a la primera página de los diarios y a la atención de otros medios masivos.

Las grandes religiones, en su mayoría patriarcales, suelen situar a las mujeres como las principales agentes reproductivas, con un destino de sumisión frente al poder de protección y superioridad que atribuyen a los hombres; a las mujeres a menudo se les niega incluso que posean la capacidad moral y de discernimiento en lo que concierne a su sexualidad y decisiones reproductivas.

La Iglesia Católica –hegemónica en América Latina– ha discutido el aborto y modificado sus posiciones a través de su larga historia. Durante siglos, el debate sobre el aborto se ha caracterizado por enfocarse sobre el momento en el que se cree que el feto se une con el alma –proceso de hominización–. El II Concilio Vaticano declaró en 1965 que la vida debe ser protegida con el mayor de los cuidados desde el momento de su concepción, y que el aborto y el infanticidio son crímenes abominables. En 1974, la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe argumentó la protección del derecho a la vida; por su parte, el Papa Juan Pablo II, en sus múltiples viajes por el mundo, enfatizó su rechazo a la anticoncepción, al aborto, e incluso al uso del condón.

En la reunión de septiembre de 2002 en donde surgieron las MDM, se emitió un plan para abatir la pobreza. La salud reproductiva fue un tema que se esquivó. La razón, revelada por uno de los redactores de la Declaración final, fue que al ser controvertida tanto para Estados Unidos como para varios países islámicos y el Vaticano, se había preferido ignorarla. Ha sido lamentable que las Naciones Unidas ofrezcan al mundo un cuadro regresivo que contrasta con la evolución del pensamiento en muchos otros campos. Por lo que se refiere a la sexualidad, la anticoncepción, y sobre todo al aborto, la oposición religiosa ha logrado crear importantes barreras para el progreso de los derechos reproductivos.

“La lucha continúa: el Papa Benedicto XVI y el derecho a decidir”, fue el tema sobre el cual disertó **Frances Kissling**, de *Catholics for a Free Choice*, quien señaló que el catolicismo ha modernizado sus argumentos, siendo importante conocer qué planteamientos ha desplegado en torno al aborto y medir su influencia sobre las sociedades. Existe una fuerte liga entre religión y cultura. Estamos profundamente influenciados por el pensamiento religioso de nuestro tiempo, y esto tiene un efecto sustancial sobre la manera como se determinan las políticas públicas y todo lo que tiene que ver con la vida, especialmente en lugares como África, América Latina y Estados Unidos.

La Iglesia Católica ha desarrollado sus argumentos sobre la base de tres temas que son importantes; el primero es lo que ocurre hoy en día en esta Iglesia Católica en relación con el feto; el segundo es lo que está pasando en torno a la separación de las iglesias y el Estado; el tercero es el modo como la iglesia de Benedicto XVI considera los papeles de género en el mundo actual. Y estas tres cuestiones nos llevan a plantearnos qué tipo de consenso es posible y qué tipo de valores habrán de imponerse en la sociedad.

Históricamente, la Iglesia Católica no ha asumido una posición definitiva acerca de cuándo el feto es un ser humano. Algo ha ocurrido, porque ese no es un tema dominante para la feligresía católica y tampoco para la comunidad ética. Nadie dice que el feto es una persona; pero dentro de esa nueva visión, se desarrolla por sí, por separado de la calidad de ser persona; ahora, la Iglesia Católica habla del feto sin tomar en cuenta sus características, si piensa, si se mueve. Resulta que es valioso por sí y para sí. La cuestión es que tiene un valor intrínseco en sí, y este discurso teológico se traslada a lo cotidiano, porque la cultura está recibiendo al feto con manifestaciones favorables. Quizá la forma en que nosotros hemos llegado a entender la vida humana no nos ayuda ante estas nuevas significaciones. No debemos rechazar el entusiasmo sobre el feto, pero sí encontrar la relación entre el feto y nuestros derechos. Es un dilema sobre el que tenemos que discutir, porque la Iglesia Católica tendrá mucho que argumentar sobre esto en el futuro.

Hemos visto una enorme erosión de la legitimidad del Estado. Durante la Ilustración –siglo XVIII, o *Siglo de las luces*–, cuando se pensaba que la lógica y la razón pasaban a imponerse en la dinámica social, se dijo que la autoridad del Estado no derivaba del rey o de la religión, sino de la voluntad de los gobernados. La Iglesia Católica lo aceptó mucho tiempo después; pero ahora rechaza la secularización de la sociedad. Quiere acotar la fuerza del Estado en la vida pública y aumentar la influencia clerical. La jerarquía de la Iglesia Católica presidida por Benedicto XVI, por ejemplo, dice que las autoridades civiles no tienen por qué plantear una posición diferente a la de la Iglesia respecto del aborto, la eutanasia, la clonación y otros temas, y señala que los políticos tienen que trabajar porque el aborto sea ilegal. Han llegado a desplegar la amenaza de la excomunión para quienes voten a favor del aborto. En tales condiciones, un desafío de nuestros días es trabajar por la separación de las iglesias y el Estado.

En relación con el género, se trata de una posición católica feminista que afirma que las mujeres son agentes competentes, morales, sociales, que son sujetos y no objetos, por lo que pueden tomar decisiones complejas respecto de su reproducción. La Iglesia de Benedicto está hablando de un nuevo feminismo, la nueva complementariedad, y de que no existe sexo en el paraíso. Lo que vemos es el replanteamiento de una noción de la feminidad, enmascarada como feminismo, en la cual el papel de las mujeres sigue definiéndose por su capacidad de reproducir. La sexualidad se justifica por la capacidad de tener hijos, y eso se afirma como un imperativo cultural antropológico para que tal capacidad se utilice bajo el argumento de que las mujeres son las creadoras biológicas de la vida.

Tenemos que estudiar si queremos responder, y de qué forma, a estos planteamientos de la Iglesia Católica, que tiene mucha influencia sobre las y los jóvenes. El movimiento en pro del derecho a decidir, que fue vital en los años setenta, ha envejecido y ya es parte del *establishment*. Como estamos ante un supuesto idealismo planteado por los conservadores, nuestras respuestas serán muy importantes. Debemos mirar de cerca qué pasó con los avances sobre el aborto y por qué enfrentamos ahora leyes restrictivas y punitivas. ¿Qué ha ocurrido en estos años? Nos guste o no, los argumentos de la Iglesia Católica están teniendo impacto sobre el corazón de muchas personas, y nosotros vamos a estar en desventaja hasta que tengamos los argumentos que apelen al idealismo, al deseo de las y los jóvenes de vivir vidas buenas y éticas. Tenemos mucho que aprender de la Iglesia Católica y también mucho que desafiarle.

Es importante resaltar que deberemos enfrentar estos problemas sin confrontar; es decir, tenemos que conducirnos de una manera que sea políticamente correcta. Es necesario encarar nuestras dudas y abrirnos a examinar estos temas de manera más crítica, pues las y los jóvenes deben ser inspirados, y al menos por ahora nosotros no los inspiramos. Debemos examinar nuestro discurso sobre el aborto orientado hacia los derechos, cuando los derechos se negocian todo el tiempo. También debemos pensar que las posiciones absolutistas eliminan la negociación y, más aún, debemos examinar si los argumentos sobre salud pública son satisfactorios frente a los valores morales. Debemos, finalmente, examinar si nuestro discurso inspira de cara a las necesidades del siglo XXI. Hay que hablar sobre estas cuestiones, aceptar el reto de las preguntas difíciles.

Marta Lamas, de México, quien disertó sobre “Avances y estrategias hacia el aborto legal y seguro”, señaló que el proceso de despenalización del aborto que viene ocurriendo en el mundo a partir de mediados del siglo XX, encontró una fuerte resistencia de parte de la Iglesia Católica. La oposición del Vaticano a todo lo que supone una intervención en los procesos de vida nace del dogma religioso de que las mujeres y los hombres no dan vida, sino que son más bien depositarios de la voluntad divina. Asimismo, en algunas sociedades los avances jurídicos y sociales consolidan cada vez más lo prioritario de la decisión de las mujeres. Nuevas normativas legales inauguran maneras distintas de abordar los dilemas que plantean los embarazos no deseados y abren perspectivas alentadoras al derecho de las mujeres a decidir.

En agosto del año 2000, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, en la capital de México, emprendió tres ampliaciones: a) de peligro de muerte se pasó a riesgo a la salud; b) se estableció el aborto por malformaciones del producto, y c) se planteó la invalidez de un embarazo por inseminación artificial no consentida. Además, el Código de Procedimientos Penales estableció que el Ministerio Público sería el encargado de autorizar el aborto cuando éste fuera legal. Ello suscitó un recurso de inconstitucionalidad por parte de los partidos conservadores, y 16 meses después la Suprema Corte de Justicia de la Nación resolvió que no existía anticonstitucionalidad, por lo que la reforma se ratificó y la ley entró en vigor. En diciembre de 2003, se realizaron varios cambios para proteger a las mujeres que abortan y sobre la regulación de la objeción de conciencia. Pero lo que fue más importante y pasó desapercibido para los grupos conservadores fue la eliminación de su carácter de “delito” por ciertas causales legales. Anteriormente, la ley decía que “no se castigaría el delito de aborto” y citaba las circunstancias; ahora señala que su realización “no es delito” cuando se sustenta en las causas mencionadas.

En esta lucha histórica el feminismo ha tenido posiciones radicales sobre la legalización del aborto. En la reforma del año 2000, en la ciudad de México, no forzamos las circunstancias. El tema de la negociación fue complicado y se trabajó durante el año previo con las y los diputados. En la segunda reforma observamos cómo las mismas razones de las feministas cobraron otro peso al ser expresadas por médicos, abogados o funcionarios. En la Asamblea evitamos movernos para que la discusión no surgiera desde el feminismo. Esa estrategia implicó “borrarse” del mapa y dejar que los abogados hicieran el trabajo.

En España, la despenalización ocurrió en 1985 bajo tres supuestos: el aborto terapéutico, el eugenésico y el ético (conocidos en México como causales de salud, malformaciones y violación). Los grupos pro vida, detrás de los cuales se encuentra la mano de la jerarquía católica, han buscado resquicios legales para amedrentar a las mujeres que quieren abortar y a los médicos que realizan el procedimiento. Y aunque la gran mayoría de los procesos de denuncia no prosperan, el impacto en la prohibición católica se observa en que 96.5 por ciento de los abortos se realizan en clínicas privadas, pues en los centros de salud públicos prevalece la objeción de conciencia del personal. Por otro lado, destaca que de las tres causales permitidas en España, es la del riesgo a la salud psíquica de la mujer la que se aduce en 97 por ciento de los casos para abortar con base en las firmas de dos psiquiatras o, en algunas comunidades, las de un psicólogo y un psiquiatra. En vez de aceptar el aborto por voluntad de las mujeres se otorga por salud de las mujeres. Esa es una estrategia a tomar en consideración.

En Europa, el caso de la píldora abortiva (conocida también como RU 486), ha representado un parteaguas en la vida reproductiva de las mujeres, pues el aborto deja de depender de una tercera persona para convertirse en un procedimiento mucho más simple y accesible, casi autónomo.

Francia, que promulgó su primera ley de aborto en 1975, ha realizado importantes avances. En 2000, ya con la existencia de la píldora abortiva —que se usa cada vez más—, se amplió el plazo para abortar de 10 a 12 semanas, dándose permiso a las menores para abortar sin necesidad de recabar la autoridad paterna, en cuyo caso las jóvenes nombran un “adulto de referencia”, un tutor que avale su decisión. Además, se establecieron penalizaciones a quien pusiera trabas para interrumpir legalmente un embarazo. En ese mismo país se escenificó un juicio histórico que tuvo impacto sobre los significados de la vida y el aborto: el más alto tribunal, el de Causación, ordenó indemnizar a un joven de 17 años sordo, casi ciego y retrasado mental, para compensar a la madre del error de un médico que la hizo descartar el aborto terapéutico. Este y otros casos revelan un importante debate relacionado con el grado de cultura y democracia de los países.

Existen numerosas estrategias que son complementarias: punto estratégico es el derecho a no nacer, frente al derecho del no nacido de las agrupaciones de derecha. Dentro de toda estrategia es importante que los hombres den la cara por estas batallas y que no se descuide la lucha en favor de la AE. Se sabe que el diagnóstico prenatal no es absolutamente seguro, y que lo legal y lo seguro no van de la mano; de ahí que sea necesario avanzar en cambios institucionales sobre la visión que se tiene sobre el aborto, que avalen disminuir los riesgos. En estas luchas son necesarias tanto las feministas radicales como las moderadas; a su vez, la ciudadanía debe participar exigiendo el Estado laico. Tal es el camino que debemos transitar.

El objetivo de la presentación sobre “Conocimientos, opiniones y actitudes de ginecólogos y obstetras sobre el aborto”, hecha por **Silvina Ramos**, de Argentina, fue presentar evidencias sobre conocimientos, opiniones y actitudes de gineco-obstetras en Argentina, Brasil y México, y reflexionar sobre resultados para orientar futuras investigaciones y actividades de abogacía. La justificación del estudio se fincó en que las y los médicos son una comunidad científica y profesional con peso decisivo en el debate y en el diseño y aplicación de normas legales que regulan la práctica del aborto, además de que tienen legal, normativa, social y culturalmente adjudicada autoridad para intervenir en los procesos de salud y enfermedad como máximos expertos técnicos. Los criterios de selección fueron: publicaciones de los últimos cinco años, muestras con cierto grado de representatividad y un abordaje integral.

La investigación muestra una anuencia de las y los médicos de los tres países superior a 75 por ciento cuando el aborto obedece a un problema médico o es resultado de una violación; entre tanto, no supera 25 por ciento cuando las causas se refieren al deseo de las mujeres, su libre decisión, falla de los anticonceptivos o recursos económicos limitados. Y aunque hay un conocimiento más precario del esperable dada la responsabilidad profesional y ética de la comunidad médica, se concluye que existen actitudes favorables para la realización de abortos no punibles.

■ ARGENTINA

Opiniones sobre interrupción del embarazo	Acuerdo %
Violación de mujer idiota o demente	82
Feto incompatible con vida extrauterina	81
Mujer corre peligro de vida	80
Mujer violada	76
Salud mental afectada por parto y/o crianza	28
Mujer no desea hijo/a	25
Mujer carece recursos económicos	14
Falla del método anticonceptivo	14
Mujer abandonada por su pareja	11
Hijo traerá inconvenientes para la vida laboral o profesional	10

Opiniones sobre cambios legales

Las leyes no deberían...	Acuerdo %
Penalizar en caso de riesgo de vida de la mujer	87
Penalizar en caso de violación o incesto	83
Penalizar en caso de malformación incompatible con vida extrauterina	82
Penalizar en caso de decisión autónoma de la mujer	39
Penalizar en caso de condición social y económica adversa	32

■ BRASIL

	Acuerdo %
Riesgo de vida de la madre	80
Por violación	77
Feto con malformación congénita grave	77
Condiciones psicológicas hostiles	17
Mujer o pareja seropositiva/o	13
En cualquier circunstancia	10
Mujer con problemas económicos	6
En ninguna circunstancia	5
Falla del método anticonceptivo	4
Mujer soltera o pareja no asume el embarazo	2
Otro	0.5

Las leyes deberían...	Acuerdo %
Ampliar las circunstancias en las que el aborto no es punible	65
Dejar de considerar el aborto como crimen en cualquier circunstancia	15
No deberían ser modificadas	13
Sin opinión formada	6
Prohibir el aborto y/o ampliar las restricciones	0.2

■ MÉXICO

	Acuerdo %
Mujer corre peligro de muerte	93
Mujer corre peligro grave de salud	87
Por violación	86
Alteraciones genéticas/congénitas graves	83
Resultado de inseminación artificial no deseada/consentida	56
La mujer así lo decide	20
Falla en el método anticonceptivo	15
Recursos económicos limitados	13
Mujer menor de 18 años	13
Mujer madre soltera	8

Al referirse a “*Usuarias y tecnologías para el aborto y post-aborto*”, **Susanna Rance**, de Bolivia, discutió los paradigmas usados en investigaciones sobre género y tecnología, señalando que las teorías estructuralistas toman ciertas categorías y jerarquías como pre-establecidas; en cambio, la “Teoría del actor-red” (*Actor-Network Theory*) constituye una sociología relacional orientada hacia los procesos que trata a los agentes, organizaciones y artefactos como efectos interactivos. Según este modelo, las tecnologías no tienen cualidades fijas: se materializan en contextos específicos, en redes imprevisibles de actores humanos y no humanos. Al interior de ellas, las mujeres que abortan encuentran configuraciones diversas como beneficiarias, pacientes, consumidoras, colaboradoras, protagonistas y objetos de procedimientos clínicos y medicamentosos. Rance examinó el grado de actividad o pasividad atribuido a las “usuarias” en catálogos y manuales de las tecnologías y en el lenguaje registrado en estudios etnográficos en hospitales urbanos de Bolivia, y mencionó los problemas éticos en la promoción de tecnologías con criterios de costo-efectividad cuando no se viabiliza la elección informada por parte de las mujeres. Añadió que el tema del dolor merece un análisis cuidadoso al diseñar y aplicar tecnologías para el aborto y la atención postaborto.



Hallazgos de investigaciones en países de la región y desafíos

Durante la reunión se presentaron 52 investigaciones, cuyos resultados esenciales se describen enseguida. Las metodologías cuantitativas y cualitativas empleadas, tanto como los países y las poblaciones cubiertas y la variedad de temáticas, llevaron a realizar la síntesis que se ofrece a continuación, preparada con dos criterios fundamentales: agrupando temas al observar constantes en los resultados de las investigaciones o, cuando los resultados o temas lo marcaban, realizando un apretado resumen de ellos. En todos los casos se rescataron –bajo la nominación de *Desafíos*– las propuestas que se desplegaron a lo largo de las presentaciones y, más aún, aquellas surgidas de la discusión posterior en el marco de las preguntas y respuestas. Los resultados se ofrecen en orden alfabético de los temas agrupados.

De los tres estudios citados, dos se realizaron con metodología cualitativa (entrevistas a profundidad, grupos focales, historias de vida) y uno con metodología cuantitativa a partir de la información de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva realizada por la Secretaría de Salud de México en el año 2003. Los resultados destacan que en las decisiones sexuales y reproductivas de las y los jóvenes predomina la dependencia de otros, así como la intuición y sentimientos del momento. Aunque en términos generales el embarazo en esta etapa de la vida es inesperado o indeseado, puede representar ganancias secundarias muy valoradas –tales como definir un proyecto de vida, satisfacer necesidades afectivas, consolidar una pareja, tener una familia propia o ganar estatus. La educación se confirma como un factor preventivo del embarazo a temprana edad. Asimismo, a menor estrato económico se aprecia mayor inestabilidad familiar, menor escolaridad, carencia de información sexual, metas indefinidas en la vida y un inicio más temprano de la actividad sexual. De acuerdo con los relatos, el ideal es tener al hijo o hija; sin embargo, el rechazo del compañero ante el embarazo es el factor que suele definir la decisión de las jóvenes para inclinarse por un aborto. La interrupción del embarazo y la adopción son evaluadas, entonces, a partir del deber ser, como opciones censuradas que generan estados emocionales difíciles por los sentimientos de pérdida asociados; algunos de los que las adolescentes enfrentan cuando optan por la interrupción del embarazo son la angustia, la inseguridad y la impotencia económica. Por ello se plantea la hipótesis de que la aparición de un embarazo inesperado deteriora la calidad de vida de las y los adolescentes.



Aborto en adolescentes

Las investigaciones que se presentaron en esta sesión fueron:

- Embarazo juvenil: opciones e implicaciones
- Aterrizaje forzoso, y
- El embarazo adolescente en México: ¿es deseado?

El embarazo y el aborto en adolescentes constituyen temas de análisis recurrentes en América Latina, y ello se demuestra con el incremento en la demanda de servicios. Los estudios presentados identificaron diversos factores: ¿el embarazo es deseado en la adolescencia?; ¿cómo se decide el aborto, la crianza o la adopción?; ¿de qué manera afecta la vida de las adolescentes cualquiera de estas alternativas?; ¿con qué recursos educativos, económicos y aun emocionales se están enfrentando en nuestra región el embarazo y al aborto?

La última exposición en este grupo sostuvo que en los estratos socioeconómicos menos favorecidos hay menor proporción de embarazo adolescente no deseado. Ello porque el embarazo temprano forma parte de su proyecto de vida y, por tanto, se presenta básicamente por desconocimiento de métodos anticonceptivos. Los hallazgos reportados muestran que 42 por ciento de las jóvenes de entre 15 y 24 años de edad, de estratos bajos y muy bajos, deseaban su primer embarazo. Del mismo modo, se encontró que las mujeres adolescentes de mayor estrato socioeconómico tienden a un mayor riesgo de embarazo no deseado.

Desafíos

Los relatos de las y los jóvenes son un insumo para la planeación de políticas oficiales y para la modificación del contenido y la forma como se imparte la educación sexual en la familia y las instituciones educativas, así como para la prestación de servicios a población joven. Del mismo modo, los resultados de investigación fundamentan la necesidad de diseñar políticas diferenciadas según el estrato socioeconómico, ya que el embarazo adolescente muestra ser cualitativamente distinto según el entorno social. Urge orientar acciones encaminadas a enseñar a las y los jóvenes a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud y el inicio de su vida sexual. Es igualmente importante reflexionar sobre el uso del término embarazo “inesperado” en lugar de “no deseado”, porque en muchos casos el embarazo es, de hecho, deseado. Debe evitarse la victimización de las adolescentes cuando deciden interrumpir el embarazo, pues el aborto puede tener muy distintos efectos dependiendo de circunstancias y contextos.

En general, en el mundo existen restricciones relacionadas con el aborto. En México, por ejemplo, la argumentación sobre el aborto legal está todavía en construcción y necesita debatirse más, toda vez que la interpretación legal se halla bajo la luz de la Constitución del país y que detrás de cada causal de aborto hay un derecho. No obstante, se señaló en esta mesa, los Estados tienen la obligación de brindar garantía, respeto y protección a todas y todos sus ciudadanos, lo cual abarca a las mujeres que interrumpen el embarazo. Así, los Estados debieran asumir el aborto por causas de salud como una obligación para proteger la salud pública.

¿Desde dónde vamos a leer la ley: desde el perdón del Estado o desde el discurso de los derechos?

Se resaltó el concepto de operativizar, lo cual significa valerse de la interpretación legal. Aplicar este concepto a la interrupción del embarazo representa que la opinión médica debe conducir a la ejecución, es decir, a convertir la causal en prestación. Este es el eje de la discusión en los casos de aborto legal, cuando el médico debe fungir como facilitador de la decisión. Las instituciones del Estado y los proveedores deben buscar que la salud de las mujeres sea el punto central, que sus expectativas y decisiones sean respetadas, y que exista garantía de acceso a intervenciones calificadas (diagnóstico individualizado) por encima de factores estadísticos.

Luego de discutir la centralidad de la salud de las mujeres, se abordó el caso de una niña nicaragüense de nueve años que fue violada y embarazada en Costa Rica, y a quien se brindó como única opción de atención la voluntad de Dios (sic). El caso provocó indignación y consideración ante la naturalización de la maternidad infantil por violación. Reflejó, de paso, el incumplimiento de la ratificación de diversas convenciones internacionales, porque quienes defienden el derecho al aborto en estos casos tienen problemas para operativizar las leyes y los tratados mundiales.

En México, y específicamente en la capital del país, ha habido un avance notorio: las autoridades se han comprometido al tiempo que capacitaciones diversas ofrecidas por ONG han tenido impacto sobre el cambio de actitud de los médicos. Si bien los hospitales de los servicios de salud del Distrito Federal proveen abortos legales sin que se rechace a ninguna paciente, la demanda es baja: de enero de 2002 a abril de 2005, por ejemplo, se registraron únicamente 37 casos.

En la ciudad de México, 25 mujeres solicitaron la interrupción por violación; ocho de esos casos fueron de mujeres cuyas madres, a su vez, habían sido violadas.

Pero, ¿qué pasa con las leyes?. Si se conocieran y cumplieran eso sería suficiente para garantizar la atención a los casos de aborto legal. Las estadísticas muestran un aumento en el número de solicitudes de aborto legal como resultado de la campaña lanzada por un grupo de ONG respecto del aborto legal por violación. Estos resultados son una muestra más de la importancia de la información.



Acceso a aborto legal

En las dos sesiones realizadas sobre este tema, se presentaron siete investigaciones:

- Argumentos legales para operativizar la causal de aborto por “peligro a la salud”
- Interrupción legal del embarazo. El caso del Distrito Federal
- Embarazo forzado en niñas. Derechos humanos, leyes y aborto
- El acceso al aborto legal por violación en la ciudad de México: limitaciones, oportunidades y desafíos
- Determinantes en la práctica del aborto en estudiantes de escuelas públicas de Morelos
- Algunas consideraciones sobre la atención en casos de interrupción legal del embarazo, y
- Aborto legal: aspectos críticos en la ruta hacia la obtención del servicio.

- la información es, en general, deficiente;
- el proceso de denuncia es largo (13 horas), no hay privacidad, se registra maltrato y se descalifica a las mujeres (la evaluación psicológica suele durar tres horas en promedio); la evaluación médico-legal revela que la atención médica es de mala calidad;
- es posible obtener la autorización si la mujer acude acompañada por una activista especializada;
- en el hospital donde debe ser atendida se le maltrata nuevamente;
- finalmente la interrupción legal del embarazo (ILE) se obtiene, pero sólo después de haber transitado un proceso largo y penoso.

Por cada diez casos de violación denunciados, seis son considerados invento de las mujeres

Para reforzar lo señalado anteriormente, un estudio cualitativo realizado entre 1999 y 2000 documenta que: a) la demora entre el momento que ocurre la agresión y la denuncia provoca que la mujer no obtenga la ILE; b) hay desconfianza en los aparatos de justicia y legal; c) en todos los casos el violador fue un familiar; d) la escolaridad es un factor que influye: si es alta hay menos problemas para solicitar la ILE; e) las autoridades acuden al chantaje para disuadir a la víctima de denunciar al (padre) violador.

Desafíos

Los servicios de salud deberían: brindar consejería en métodos anticonceptivos de calidad y proveer AE; capacitar y sensibilizar en el manejo del aborto médico al personal de salud; documentar la evidencia médica; disponer de más centros de atención médico-quirúrgica ambulatoria.

¿Qué hacer para operativizar en dicho primer nivel y cómo limitar la objeción de conciencia aunque se reconozca?

Una causa posible de que no se practiquen la ILE es el argumento que los médicos esgrimen en torno a los riesgos que representa una gestación avanzada, por ejemplo refiriéndose al producto que tiene hueso. Este tipo de información distorsionada o tendenciosa debe evitarse y contrarrestarse difundiendo información sobre leyes y procedimientos de la ILE. Los derechos humanos deben beneficiarse de su operativización en códigos y leyes nacionales.

La promoción de la autorización de la píldora abortiva conocida como RU-486 constituye un gran reto que puede alcanzarse si logra conjuntarse el trabajo de los gobiernos con el de la sociedad civil, al tiempo que se desarrollan políticas en favor de grupos vulnerables.

En Uruguay, la articulación entre salud, derechos y activismo ha sido muy productiva. En una clínica pública –que brinda 600 consultas en un año– no se recomienda usar misoprostol; pero se explica cómo usarlo.



El acceso a los servicios de aborto depende de múltiples factores, algunos de los cuales fueron expuestos en esta mesa, relacionados con las necesidades de las mujeres –información y atención– y el papel de algunos proveedores. Se trató de:

- Entre el poder médico y la automedicación
- Venta de medicamentos abortivos en farmacias de una ciudad de América Latina
- Experiencia de mujeres que cruzan la frontera para obtener abortos seguros en Estados Unidos. Resultados preliminares, y
- Diseminación de información sobre el aborto seguro

La primera presentación destacó el riesgo previo al que están expuestas las mujeres que acuden a un servicio médico a solicitar la interrupción de un embarazo. Se analizaron 1,280 expedientes clínicos –de mujeres de 14 a 29 años de edad– para saber cuántos y cuáles métodos utilizaron para proveerse un aborto automedicado. El grupo que más se automedicó fue el de nivel educativo de licenciatura, con 47 por ciento; optó por un método automedicado antes de acudir al servicio profesional 35 por ciento, usando 38 diversas combinaciones de sustancias y medicamentos en distintas dosis y vías de administración. La mayoría fueron sustancias y/o medicamentos desconocidos para ellas. Se constató, además, que esta conducta es más común en población joven de entre 14 y 24 años.

La segunda exposición presentó el conocimiento del personal de farmacias sobre medicamentos abortivos, incluido el misoprostol, y el tipo de prescripción y recomendación que brindan a las personas que solicitan esos medicamentos. Con base en entrevistas a vendedores de 102 farmacias y clientes ficticios que los solicitaron, se supo que casi la mitad de los vendedores conoce al menos uno de ellos, mientras que en 74 por ciento de los encuentros con clientes ficticios el vendedor recomendó uno. Los hormonales inyectables fueron los más recomendados como abortivos, seguidos por el misoprostol; sin embargo, de este último ningún vendedor recomendó una dosificación efectiva.

La tercera presentación identificó las principales características sociodemográficas y experiencias de mujeres mexicanas que buscan abortos en clínicas de San Diego, California, en Estados Unidos. La información se obtuvo con base en una encuesta realizada en cuatro clínicas de aborto en San Diego. Los resultados preliminares señalan que 6 por ciento de las mujeres emplearon entre uno y siete días para llegar a la clínica. Viajaron a San Diego principalmente con la idea de que era más seguro tener su aborto en Estados Unidos, porque no lograron encontrar un proveedor en México o porque buscaban un procedimiento con medicamentos. Quedaron satisfechas con el servicio, aunque también sintieron desconfianza y miedo de sufrir complicaciones estando “del otro lado”.

La última exposición presentó resultados de una investigación cualitativa para identificar canales y formatos de difusión de la información sobre cómo utilizar misoprostol para inducir abortos tempranos de manera segura, que eviten poner en riesgo legal a las personas o las condiciones de acceso al medicamento. Los resultados obtenidos mediante entrevistas sugieren que el método preferido para difundir la información es la interacción cara a cara entre un proveedor y las mujeres. Las instrucciones verbales se mencionaron reiteradamente aunque la combinación de formatos (escrito-verbal) podría ser lo adecuado. Internet, canal novedoso y accesible a los y las jóvenes, fue una de las fuentes más solicitadas.

Desafíos

Sin poner en riesgo legal a las personas o las condiciones de acceso al misoprostol, se plantea la necesidad de ofrecer capacitación a todos aquellos individuos que proporcionan algún tipo de orientación en el área de la salud sexual y reproductiva (farmacias, ONG, médicos y demás), y el uso de los canales recomendados por las investigaciones. Se plantea igualmente, disminuir las barreras de ingreso a un tratamiento de aborto seguro que reduzca la inequidad en el acceso al servicio.

En diversos estudios cualitativos y cuantitativos en torno al aborto realizados en América Latina y el Caribe, se aprecian importantes concordancias en las opiniones y actitudes de los proveedores de salud, particularmente de gineco-obstetras. Pero también se aprecian contradicciones entre la ética laica y las creencias religiosas, falta de conocimiento sobre la aspiración manual endouterina (AMEU) y los fármacos e, incluso, se verifica de manera acentuada la reproducción de relaciones de poder en perjuicio de las usuarias.

Destaca, de manera importante, la coincidencia en los resultados de estudios de distintos países en donde más de la mitad de los proveedores de salud consultados consideraron que debe establecerse un rango de legalidad más amplio y que se requieren mejores servicios para realizar el aborto. Ello no obstante que en materia legal los proveedores de salud consultados mostraron conocimientos irregulares y parciales sobre las causales que permiten la realización legal o despenalizada del aborto. Incluso en Puerto Rico, donde el aborto es legal, existe una franja importante de médicos/as y estudiantes de medicina que lo ignoran. A pesar de la incertidumbre parcial sobre la legalidad, esa mayoría se pronunció dispuesta a practicar los abortos si obtenía el entrenamiento sobre AMEU y aborto con medicamentos y, más aún, con la certeza de que sean técnicas legales, como lo señaló 94 por ciento de la población encuestada en un estudio hecho en Perú. Así como los abortos incompletos causan menos conflictos ético-morales a los proveedores, se aprecia una mayor disposición a interrumpir un embarazo cuando las causas son el riesgo a la vida y preservar la salud de las mujeres, cuando el embarazo es producto de una violación y por malformaciones del feto. Sobre esta última causal se pronunciaron a favor 70 por ciento de los más de 100 gineco-obstetras hondureños consultados, y más de 80 por ciento por salvar la vida de la madre.

En el discurso sobre aborto conviven múltiples facetas. Un estudio destacó que en países como Brasil, México y Perú, entre 30 y 40 por ciento de los proveedores creen que el aborto “es pecado”. Ese factor, aunado a otros como adjudicarse casi en exclusiva el conocimiento sobre la salud, y asociar el aborto con tipos de identidades peyorativas contra ciertas mujeres (promiscuas, jóvenes, liberales y otras), conduce a alterar el sentido real de la consejería. De tal forma, no pocos proveedores ejercen una influencia de poder sobre sus pacientes, utilizan tácticas de miedo para persuadirlas de no abortar y les ocultan información imprescindible para decidir. Se sienten con la facultad de ordenar qué hacer y llegan incluso a valerse para ello de amenazas –“si no vienes a control te acuso...”– o de engaños. Se produce, en síntesis, una manipulación para inducir la continuidad del embarazo a través de una suerte de interrogatorio médico intimidatorio que anula los derechos humanos y reproductivos de la mujer. La ausencia de una perspectiva de género y del derecho a decidir de la mujer se aprecian claramente en el estudio de Brasil. Por riesgo a la salud de la mujer, 89 por ciento de las/los gineco-obstetras se pronunciaron a favor del aborto. Empero, sólo 8 por ciento de los hombres y 11 por ciento de las mujeres proveedoras estuvieron de acuerdo.



Acceso a servicios de salud reproductiva: perspectiva de proveedores

Las ocho investigaciones que se expusieron como parte de esta temática fueron:

- Uso obstétrico del misoprostol en Centro América. Resultados de un sondeo
- Proveedores y servicios de aborto: evaluación de las experiencias y percepciones de barreras para provisión de servicios del personal de IPPF/RHO
- ¿Aconsejando o controlando? La influencia que ejercen los médicos sobre sus pacientes en la consejería preaborto
- Representaciones del aborto en prestadores de servicios médicos en México: una evaluación cualitativa
- Aborto legal en Perú: conocimiento, actitudes y prácticas entre un grupo de médicos líderes de opinión
- Aborto inducido: actitud de ginecólogos y obstetras brasileños según género
- Ética médica y derechos humanos: uso de interrogatorio por médicos varones en mujeres atendidas con aborto incompleto en México, y
- Encuesta de opinión sobre el aborto dirigida a médicos gineco-obstetras en Honduras

Sobre el uso de misoprostol en América Central, por ejemplo, 93 gineco-obstetras de la región respondieron correctamente entre ninguna u ocho preguntas, con un promedio de tres. No obstante, 82 por ciento reportó su empleo informal a pesar de que es deficiente el conocimiento sobre la dosis, y 56 por ciento opinó que su uso ha reducido la mortalidad materna que ocurre por abortos inseguros. Sobre el uso de mifepristone se observó que se basa esencialmente en información “de oídas” y no en el conocimiento de los protocolos existentes.

Desafíos

El que la población médica se pronuncie en proporciones tan altas por aumentar el rango del aborto legal en los diferentes países constituye un mensaje claro de que es posible avanzar en su legalización. Debe ponerse mucha atención y realizar los esfuerzos necesarios para cubrir la falta de protocolos y de equipos, y para brindar información y capacitación a los proveedores acerca de fármacos y la AMEU. Los servicios deben plantearse en el marco de los derechos humanos para empoderar a las mujeres. Se debe exigir de los proveedores dar atención e información veraz a partir de la ética médica laica y no de sus convicciones personales o creencias religiosas. Las escuelas de medicina deben incluir como mínimo un módulo donde se impartan temas relacionados con el aborto y la consejería y, del mismo modo, es recomendable introducir la discusión sobre aborto en la currícula médica, como ejemplo de toma de decisiones de la ciudadanía. Debe desarrollarse una estrategia sobre la provisión de información a partir de una alianza entre investigadores/as, médicos/as y usuarios/as. Se requiere normar la conducta de médicos y médicas para evitar excesos aunque, se resaltó, la doble moral también existe y se debe combatir en el seno de la sociedad y en las instituciones gubernamentales. Finalmente, se expuso que la práctica del aborto requiere combinar el entrenamiento médico, con el ético y el legal.

La atención postaborto (APA), como una de las más destacadas vertientes de la SSR dentro de los sistemas de salud, se ha venido sistematizando en América Latina a través de investigaciones operativas que dan cuenta de la mejoría integral en la calidad de los servicios. En Argentina, un estudio se orientó a tres elementos centrales en mujeres internadas con aborto incompleto: tratamiento de urgencia, consejería y vínculos con otros servicios de SR. El ingreso y procesamiento de datos está permitido para evaluar los servicios y conocer las historias clínicas de mujeres con abortos inducidos y espontáneos. Experiencias como la intervención de InfoAPA en Centroamérica, se traducen en herramientas para los tomadores de decisiones y el personal asistencial, quienes pueden reorganizar los servicios tras conocer nudos críticos de la atención, tales como los tiempos de espera, la técnica de evacuación utilizada, el personal que realiza el procedimiento, el tipo de medicamento utilizado, la ocurrencia de complicaciones y el egreso con métodos anticonceptivos. En un estudio de tres semestres en hospitales públicos de Guatemala, por ejemplo, se aprecia el incremento de uso de la AMEU de 38 a 52 por ciento y, finalmente, a 68 por ciento; la consejería se elevó de 31 a 55 por ciento y finalmente a 78 por ciento en el tercer trimestre, y la aceptación de métodos anticonceptivos antes del egreso registró 20 por ciento en el primer trimestre, se incrementó a 32 por ciento en el segundo y para el tercero era ya de 49 por ciento.

La APA se ha constituido en una estrategia relevante para combatir la morbi-mortalidad materna. De acuerdo con el estudio de Bolivia, esa vinculación de APA con la SSR ha mostrado índices positivos, aunque aún insatisfactorios. Por ejemplo, la tasa de retorno a la consulta de control en dos hospitales, con 11 y 5 por ciento, tuvo un incremento a 25 y 18 por ciento, en el cual jugó su papel un incentivo: la promesa de atención inmediata. Indicadores de calidad, como en el estudio de Argentina, mostraron, por ejemplo, que a 71 por ciento de las mujeres consultadas se les preguntó si sentían dolor mientras esperaban el procedimiento; que 32 por ciento recibió analgesia; que de 90 por ciento que refirió su deseo de usar anticonceptivos 42 por ciento egresó con alguno. Según distintos estudios cualitativos y cuantitativos, la capacitación técnica del personal de salud para el mejoramiento de procedimientos en APA ha incluido a estudiantes de medicina, médicos privados, hospitales escuela y mujeres médicas. Se señaló que la rotación personal es un problema importante para la continuidad de los programas de capacitación. La atención psicológica, a su vez, está normada aunque no hay personal. Por otro lado, el aborto inducido no es fácilmente reconocido por las mujeres, y si no hay hemorragia no suelen acudir con el médico, sobre todo en el medio rural en donde se administran brebajes y yerbas. Siempre persistirá la duda ¿qué pasa con aquellas mujeres que no llegan al hospital?



Atención postaborto

Investigaciones de Argentina, Bolivia, Guatemala y México fueron reportadas en dos sesiones sobre el tema citado:

- InfoAPA. Un recurso para garantizar servicios de APA de alta calidad
- Expandiendo los servicios de atención postaborto en Guatemala
- Vinculación del tratamiento de la emergencia con la consulta de control
- La calidad de la atención en las complicaciones de abortos: un desafío para la salud pública y los servicios de salud
- Atención postaborto y morbilidad por aborto en Guatemala, 2002-2003: una visión cuantitativa y cualitativa del problema, y
- Atención a mujeres con aborto incompleto atendidas en los hospitales de la Secretaría de Salud, México: incidencia y tratamiento quirúrgico, 2002-2003

Distintos estudios observaron resistencias de los proveedores al empleo de la AMEU cuando están capacitados y acostumbrados al legrado. Los jefes de departamento, habitualmente reacios al cambio, llegan a transformarse y convocan a reflexionar sobre las nuevas tecnologías. Es revelador de ello un estudio en hospitales de México sobre la base de 57 mil egresos por abortos: 12 por ciento de ellos fueron atendidos por métodos de aspiración y 88 por ciento con LUI, no obstante que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el uso de la AMEU como primera opción para el aborto incompleto por razones tales como que el LUI lo realizan especialistas y aumenta el tiempo de estancia hospitalaria, mientras que la AMEU requiere menos tiempo de estancia y puede realizarlo personal médico general.

Desafíos

El tiempo de estancia postaborto en el hospital debe reducirse porque genera angustia y los servicios deben hacerse eficientes a través del monitoreo de avances, de evitar cuellos de botella, de capacitar al personal de salud, elaborar boletines y demás. Debe propiciarse el fortalecimiento del marco legal, la capacidad técnica y científica de los hospitales, la coordinación y empoderamiento sobre APA y que los proyectos se propague al sector público. También debe fomentarse el mejoramiento de la calidad y accesibilidad de los servicios de planificación familiar, incluyendo la APA y la consejería en anticoncepción para reducir embarazos no planeados y no deseados. Igualmente, debe propiciarse una relación entre la atención de emergencias y la consulta externa, que en ambas se proporcione información sobre SR y AE, e incorporar sistemas que identifiquen necesidades insatisfechas; deben también analizarse las deficiencias o ausencias de la atención psicológica porque son causa de que muchas mujeres no regresen a las visitas de control. La capacitación debe comenzar con los proveedores más sensibilizados, quienes tienen que llegar a ver la AMEU como el parto. Los resultados que ya existen permiten armar estrategias de intervención más adecuadas y crear ambientes más propicios y sustentables en la modalidad de la atención, y aunque falta una visión de largo plazo, la tecnología existe y debemos preguntarnos por qué el consorcio de APA no tiene más presencia, dado que es un derecho de las mujeres ser atendidas con lo más avanzado de la técnica.

Una prueba de embarazo en orina puede ser una herramienta diagnóstica útil para validar el procedimiento de aborto con medicamentos si se cuenta con una tira mejorada. Esto es particularmente benéfico para mujeres en países en desarrollo, donde la tecnología para determinar la elegibilidad y éxito del procedimiento es muy costosa. En cuanto al procedimiento quirúrgico, sigue siendo un tratamiento medicalizado; pero si se trata del aborto quirúrgico temprano se puede afirmar, según una revisión de la literatura y contrariamente a la percepción general, que es seguro y eficaz. De hecho, el riesgo aumenta 38 por ciento por semana gestacional. De este modo, un procedimiento temprano puede salvar vidas.

No obstante, queda sobre la mesa una condición para discutir: si bien el aborto quirúrgico temprano es una opción, la técnica y la efectividad del método dependen de la edad gestacional. El criterio del proveedor se vuelve clave en la toma de decisiones. Existen antecedentes en los países desarrollados, donde ha aumentado la disponibilidad del aborto con medicamentos; asimismo, la oferta de proveedores con menos formación especializada (médicos generales) ha aumentado.

En América Latina, el caso de Cuba es interesante. Allí, el aborto con medicamentos se usa ampliamente y sin restricciones; pero es un problema de salud pública: hay 52.5 abortos por cada 100 partos. Los procedimientos utilizados son la aspiración al vacío (eléctrica o manual), aunque pocos la realizan por falta de suministros; dilatación y curetaje, y dilatación y evacuación. En este país existen buenos programas de educación sexual y hay poca influencia de la religión. El aborto es una práctica arraigada, lo cual pudiera tener una lectura cultural. Además, el programa de planificación familiar incluye el servicio de aborto y de consejería postaborto.

Desafíos

Es necesario llevar a cabo más investigación sobre alternativas diagnósticas tales como la tira reactiva para examen de embarazo en orina, a fin de validarlas como herramientas en el caso del aborto con medicamentos. Asimismo, desmedicalizar el aborto significa que no sea necesario ningún procedimiento (como el ultrasonido o la ecografía) posterior; sobre todo para poblaciones que no tienen posibilidades de acceder a tales herramientas, porque son caras o porque no están disponibles. En Cuba, investigar las causas de muerte materna es una acción pendiente, pues aunque son muy pocos los casos (11 el año 2004), no debería existir ninguno. En cuanto a la oferta de anticonceptivos y de equipos para AMEU, hay una necesidad urgente de ampliarla.



Avances clínicos incluido el aborto con medicamentos

Esta mesa ofreció oportunidad para la presentación de tres investigaciones:

- Validación de un examen semi-cuantitativo de embarazo en orina: una alternativa para descartar embarazo posterior a un aborto con medicamentos
- Resultados de diferentes investigaciones sobre aborto medicamentoso, y
- El aborto inducido quirúrgicamente antes de las seis semanas de gestación. Evaluación de la literatura



A esta mesa concurren tres investigadores que presentaron los trabajos:

- Evaluación económica del aborto inseguro en México
- Consecuencias en la salud física y mental del aborto inducido: un resumen de la literatura, y
- La medición de muertes por aborto inseguro: ¿La autopsia verbal es una opción en México?

El primer trabajo presentó resultados preliminares de la estimación de costos derivados del aborto inseguro y sus complicaciones en dos hospitales, una clínica privada y un hospital público; se compararon los costos del manejo seguro del aborto con los costos de atender sus complicaciones. Se recolectó información en los hospitales y se realizaron entrevistas a usuarias de los servicios, al personal clínico y administrativo. Las diferencias en costos entre la clínica privada y el hospital público variaron según el procedimiento empleado: en la primera, una AMEU puede costar \$1,109 pesos mexicanos, mientras que en el hospital público puede costar \$2,234 pesos. En la clínica privada no se realizan LUI; en los hospitales públicos, sin embargo, siguen empleándose. La AMEU se realiza en menor medida. Algunas de las conclusiones son que en la clínica privada el costo del aborto con medicamentos puede disminuir si se elimina o disminuye el uso de ultrasonido y el número de consultas; y en los servicios públicos disminuiría si se realizaran menos legrados y más AMEU.

La segunda exposición resumió el impacto del aborto inducido sobre la salud física y mental de la mujer, así como la politización reciente del tema, particularmente por parte de organizaciones opuestas al aborto. Existen suficientes estudios que demuestran que el aborto no ocasiona efectos psicológicos por sí mismo, que no aumenta el riesgo de infertilidad secundaria y que no hay relación entre tener un aborto y sufrir una depresión con valor clínico; sin embargo, desde los años noventa grupos conservadores han desarrollado presuntas investigaciones para afirmar que un aborto puede dar origen a problemas físicos y psicológicos. Varias instituciones académicas y de salud de Estados Unidos han refutado estos argumentos, y en la actualidad se cuenta con una vasta literatura que así lo demuestra; además, al analizar los estudios que estos grupos conservadores citan se observan manipulaciones metodológicas que deben ser denunciadas.

El tercer estudio presentado evaluó la autopsia verbal (AV) como método para identificar la contribución del aborto inseguro a la mortalidad materna (MM) en México; calculó también la subestimación de la MM en el estado de Morelos y en Ciudad Netzahualcóyotl, en México. Se revisaron 807 certificados de defunción del año 2001 de mujeres de entre 12 y 50 años, los cuales se clasificaron como MM posibles o no. A través de la AV y de la revisión de expedientes clínicos se identificaron las muertes relacionadas con aborto y se calculó la subestimación de MM. En 326 MM se encontraron cinco casos clasificados equivocadamente: uno por aborto espontáneo y cuatro MM no relacionadas con aborto. De las 32 MM oficiales, se identificaron cuatro casos clasificados erróneamente, los cuales eran MM relacionadas con aborto; sin embargo, los datos oficiales no tenían registro de MM por aborto, por lo que la subestimación del aborto fue de 100 por ciento. Por tanto, el aborto representó 13.5 por ciento de todas las MM. La subestimación de las MM fue de 13.5 por ciento en Ciudad Netzahualcóyotl y 21.7 por ciento en Morelos. De ahí se concluye que las AV pueden ser útiles para confirmar muertes por aborto.

Desafíos

Es necesario cuantificar los costos que para las pacientes representa el uso de los servicios de aborto en hospitales públicos y privados. Debería también despertarse la conciencia a través de los medios de comunicación sobre las deficiencias de información de la “mala ciencia”, y también denunciarse y refutarse tales deficiencias. Del mismo modo, debiera promoverse la divulgación de información básica de cómo leer un estudio y revelar la falta de información científica.

Experiencias de mujeres en servicios de aborto



El tema dio oportunidad a la presentación de nueve estudios:

- El aborto con medicamentos en América Latina: experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú
- El aborto con medicamentos: la perspectiva de mujeres atendidas en un servicio de consejeras en Lima
- El aborto y sus implicaciones desde la perspectiva de género
- *No tenía ninguna opción.* La experiencia de mujeres sobre embarazos no deseados y aborto en México y Bolivia
- El aborto en mujeres jóvenes de áreas urbanas: la movilización de las redes sociales
- Aborto inducido: religión y actitud de ginecólogos y obstetras brasileños
- Aborto en Uruguay: entre la complacencia y el malestar
- El estigma como barrera para ofrecer servicios de interrupción de embarazo en la ciudad de México, y
- *Nunca antes lo había hablado.* El aborto: testimonios de mujeres hondureñas

El aborto con medicamentos, especialmente con misoprostol, va ganando en preferencia al compararse con el aborto quirúrgico, especialmente entre mujeres jóvenes, según lo consignan distintas investigaciones cualitativas y cuantitativas realizadas en Bolivia, Colombia, Ecuador, México y Perú. En el imaginario prevalece la convicción de que el aborto con medicamentos es menos doloroso, menos riesgoso y más fácil que el método quirúrgico, y por ello es preferido. La elección de métodos médicos se finca, en gran medida, en que se consideran “métodos naturales”. Las mujeres consultadas manifestaron su conformidad por la variedad de opciones que se les presentaron para el procedimiento; por ejemplo, las pastillas intravaginales pueden ser administradas por el proveedor, por ellas mismas o por la pareja. Algunas mujeres consideraron el medicamento como una manera de regular el ciclo menstrual, menos agresiva para su propio cuerpo. Fue preferido por adolescentes, sobre todo porque perciben que representa poder controlar su vida. No obstante, antes de elegir revelaron temores sobre el alcance de la hemorragia, los momentos que estuvieron solas, la falta de apoyo de una pareja y otros factores. Frente a estos hechos, se mencionó la posibilidad de brindarles apoyo telefónico para su mayor tranquilidad. Las mujeres entrevistadas mencionaron como desventaja de este método el sangrado y la falta de efectividad total del método.

Tras el aborto, y no obstante la ambigüedad ética o moral que subyace a este evento, las mujeres encuestadas en otro estudio manifestaron, en general, una sensación de alivio, la cual está íntimamente relacionada con las causas que las llevan a tomar la decisión. Las razones para decidir abortar variaron, sin que prevaleciera una específica, excepto por la persistencia, en muchos casos, del papel del hombre que les impide usar anticonceptivos, se desentiende del embarazo –como lo mostró el estudio de Cuba, donde los varones consideraron que “es un problema de la mujer”– o es el agente que obliga a su realización. Otras razones son los sentimientos asociados al embarazo no deseado –tales como dolor, vergüenza y vulnerabilidad– las dificultades económicas por la imposibilidad de tener un hijo o hija, o porque apenas se puede sostener a los que ya se tienen, el cambio drástico del proyecto de vida en caso de proseguir con el embarazo, el rechazo social sobre todo entre las adolescentes por los riesgos a la salud, porque fue una relación sexual inesperada o forzada, porque les faltó información o acceso a los métodos o porque estos fallaron, y otras.

Los resultados de un estudio cualitativo realizado con jóvenes urbanas muestra que existe una diferencia considerable entre dos experiencias de aborto: una muy mala, en la cual las mujeres no contaron con el apoyo de ninguna red social, y una mejor, en la cual el apoyo de redes sociales fue el factor que hizo la diferencia.

Por otro lado, un estudio de actitudes realizado entre ginecólogos y obstetras brasileños, demostró que la ciencia se ve alterada por la religión, pues los médicos sufren la influencia de ésta. Un hallazgo interesante fue el indicio de que hay menos influjo de las doctrinas católicas que de otras religiones.

En Uruguay, las conclusiones de una investigación indicaron que hay una respuesta “pendular” de la sociedad: inmediatamente después de que se aprueban normas más congruentes con las prácticas y comportamientos sociales actuales, se inicia un movimiento contrario, de retroceso. Por controversial que parezca, se puede decir que el aborto es una estrategia social para la regulación de la fecundidad resumida en el contexto de la condena, la tolerancia y la negación.

En una aproximación a la comunidad médica, un estudio hecho en México mostró que así como la mujer que se practica un aborto es estigmatizada, los médicos que brindan el servicio también lo son. Surge una propuesta interesante: ¿por qué no se acompaña a los prestadores de servicios de los centros alternativos, tal como se acompaña a las mujeres durante el procedimiento?

El manejo de la calificación social depende de factores diversos: compromiso, ética; pero también de recursos económicos. El tema queda en la mesa para un debate más profundo y se vincula con la estigmatización de las mujeres, tal y como lo revela un estudio hecho en Honduras, que mostró que la presión sobre ellas es muy aguda, llegándose incluso a referir la experiencia como “morir socialmente”; con todo, las mujeres expresaron, en general, que “tomaron la decisión correcta”.

Desafíos

Deben combinarse investigaciones cualitativas y cuantitativas para profundizar en los hallazgos. El aborto con medicamentos no es una técnica reciente; pero la orientación a las mujeres requiere basarse en los protocolos y elementos que se van descubriendo y en la profundización de los conocimientos sobre el cuerpo. Es necesario considerar el proceso de desarrollo en que se finca este procedimiento: las capacidades de los proveedores, los medicamentos, la consejería y los conocimientos de las usuarias y de las organizaciones que luchan por los derechos de las mujeres. Estas investigaciones dan cuenta de que lo que hoy se hace es insuficiente y que el enfoque de género debe subrayarse para que la mujer se apropie de su cuerpo y sus decisiones; es a partir de ello que puede generarse un amplio reconocimiento de sus necesidades y su derecho al placer. Los hombres deben ser llamados a participar en el apoyo a la decisión reproductiva de su pareja. Se recomendó, igualmente, seguir luchando porque el aborto sea reconocido como parte de la salud reproductiva.

Se señaló, del mismo modo, que hay que explorar más las necesidades de los proveedores como personas: no únicamente desde los derechos, sino también desde sus vivencias (subjetividad). Se debe equilibrar lo público con lo privado y lograr que el discurso de género y derechos esté presente en el discurso médico, para bien de proveedores y usuarias. El trabajo en las escuelas de medicina es urgente, ya que en los médicos futuros está la esperanza del cambio. Una pregunta cuya respuesta queda pendiente de manera provocativa es: ¿Quién es la o el paciente: el feto o la mujer?



Metodologías de investigación

A propósito de este tema se presentaron tres trabajos:

- Enseñando e investigando conocimientos y actitudes sobre el aborto vía internet: experiencias usando una nueva metodología con estudiantes cariocas
- Factores sociodemográficos relacionados con el aborto inducido previo en mujeres embarazadas de Bolivia, y
- Explorando el proceso de aborto y sus complicaciones en Filipinas

Con el objeto de medir la factibilidad y eficacia del internet y para enseñar e investigar las actitudes y conocimientos sobre aborto y anticoncepción de emergencia entre adolescentes urbanas, se realizó una investigación-intervención en cinco escuelas públicas de Brasil. Con una metodología cuantitativa y cualitativa se crearon dos grupos (control y “red”) en los que participaron 719 estudiantes; 158 participantes del primer grupo no tuvieron acceso a internet y 561 del segundo grupo sí. Durante 17 meses los estudiantes completaron seis módulos y se les plantearon preguntas en la etapa anterior y posterior. La intervención se contempló como pasiva y activa. Según los resultados de la post prueba, los conocimientos sobre duración de la eficacia de la anticoncepción de emergencia mejoraron en el grupo “red” en comparación con el grupo control; sin embargo, el conocimiento del grupo “red” en relación con la legislación vigente sobre aborto empeoró en comparación con el grupo control. Se concluyó que el uso de internet cuando sólo ofrece información pasiva no resulta una ventaja adicional, y que cuando ofrece ventajas para la investigación cualitativa, la información obtenida por dicho medio electrónico es parecida a la que es posible conseguir mediante otros medios.

El segundo estudio buscó determinar los factores sociodemográficos que contribuyen a la ocurrencia de abortos previos inducidos en cuatro departamentos de Bolivia, país que tiene una de las tasas más altas de muerte materna relacionada con el aborto espontáneo e inducido. Se administró un cuestionario anónimo y en dialectos locales a 7,353 mujeres embarazadas que asistieron a uno de los 37 centros de salud rurales que atienden entre 70 y 80 por ciento de la población nacional. Los resultados demuestran que la prevalencia de abortos inducidos en las participantes fue de 5.7 por ciento. En zonas urbanas existe mayor prevalencia de abortos inducidos (7.2 por ciento) que en zonas rurales (1.3 por ciento). Los factores sociodemográficos asociados con el aborto inducido son: a) la región: la probabilidad de tener un aborto inducido es nueve veces mayor en la región urbana que en la zona rural; b) la violencia física actual en mujeres embarazadas, y c) la experiencia previa de haber tenido hijos nacidos muertos.

La tercera exposición presentó los resultados de una encuesta nacional aplicada en Filipinas a 4,094 mujeres de entre 15 y 49 años; esta investigación planteó, entre otros aspectos, que para entender el proceso que las mujeres experimentan frente a un aborto hay que saber a dónde acudieron a realizárselo, qué usaron y quién las atendió. Parte de los resultados destacan que 65 por ciento usó Cytotec, mientras 4 por ciento se atendió por sí misma.

En Filipinas, las mujeres reportaron hasta seis intentos para interrumpir un embarazo: en la primera oportunidad tomaron una aspirina; en la segunda tomaron licor local; después brincaron; en cuarto lugar tomaron hierbas; en quinto acudieron a un masaje, y no fue sino hasta la sexta ocasión que acudieron con un médico.

Desafíos

El internet es un canal que se está utilizando mucho; sin embargo requiere mayor experimentación como metodología de intervención. Es necesario seguir indagando sobre el proceso que las mujeres viven al interrumpir un embarazo.

Opinión pública sobre el aborto



Los estudios que se presentaron en esta mesa fueron:

- ¿Qué opinan las mujeres sobre el aborto en México? Una aproximación desde la teoría de las representaciones sociales
- Salud sexual y reproductiva. La opinión pública sobre aborto, 1994-2005
- Opiniones católicas acerca de derechos reproductivos y aborto: análisis comparativo de los resultados de encuestas en cuatro países de América Latina y
- El aborto y la prensa mexicana: su cobertura en cinco periódicos nacionales, 2001-2003

Ante los discursos a favor y en contra del derecho a decidir, la ciudadanía está construyendo un sentido para sí misma. La teoría de las representaciones explica de qué modo se construye sentido en la vida cotidiana a partir de que lo extraño se vuelve familiar, y ello nos habla de cómo la ciudadanía enfrenta y se apropia de los temas complicados como el del aborto.

Una muestra representativa hecha en Buenos Aires con 300 personas, cara a cara, reportó que 82 por ciento consideró el aborto como un problema de salud muy o bastante grave, mientras 63 por ciento concordó con su despenalización. El estudio confirmó la hipótesis de que en esta zona de Argentina existe una inclinación marcada a la autodeterminación sexual y reproductiva, y que la interrupción del embarazo es apoyada fundamentalmente cuando ha ocurrido una violación, por causas médicas como peligro para la vida y la salud de las mujeres, o cuando existen malformaciones fetales, aunque el apoyo decrece cuando la razón es falta de recursos económicos o porque las mujeres no desean tener un hijo.

Los hallazgos de una encuesta que realizaron en el año 2003 Católicas por el Derecho a Decidir y el Population Council en Bolivia, Colombia y México, mostraron una diferencia entre las enseñanzas de la Iglesia Católica y los comportamientos, práctica y opinión de la feligresía. La Iglesia, se señala mayoritariamente, debe dedicarse a lo espiritual y no inmiscuirse en la vida política; debe también respetar los derechos y la forma moderna de ser católico; es decir, las nuevas identidades católicas. Hay un claro consenso en cuanto a la necesidad de publicar los resultados de las encuestas, como un compromiso de proporcionar insumos para continuar la investigación, el análisis y el debate.

En cuanto a medios de comunicación, han jugado un rol prominente en el debate sobre aborto. A partir de un análisis en cinco periódicos de circulación nacional hecho en México entre junio 2001 y diciembre 2003, se puede afirmar que no hay una posición clara a favor o en contra del derecho a decidir. En las notas editoriales y los artículos se observa una leve inclinación a favor del aborto de 17 por ciento, frente a 14 por ciento que está abiertamente en contra; el 3 por ciento reflejó ambas posiciones, y 66 por ciento mostró neutralidad. De entre los portadores del discurso en contra del derecho a decidir, los líderes de la Iglesia Católica tienen gran presencia y son los más mencionados. Por eso, además de cómo se dice, está el quién lo dice.

Desafíos

El discurso sobre el aborto deja de lado lo emotivo; sigue siendo un reto construir un discurso distinto, alternativo, del cual las mujeres se apropien, porque es claro que el hecho de ser punible no disuade de la interrupción de embarazos no deseados, y el aborto inseguro se encuentra entre las primeras causas de muerte materna en América Latina.

Se debe fomentar la discusión seria del aborto en los medios de comunicación, siendo un tema importante a resolver, asimismo, el abordaje de la sexualidad. Y la pregunta frente al estigma público que envuelve al aborto es ¿qué hacer? Tal vez deba trabajarse más con los periodistas y enfatizar que el aborto es legal bajo ciertas circunstancias.

Hay diversas preguntas que carecen aún de respuesta, entre ellas ¿por qué los resultados de las encuestas, que reflejan el conocimiento y la aceptación en las sociedades, no han logrado abatir muchos prejuicios y que las legislaciones se abran más? Del mismo modo, no se ha logrado el consenso sobre la conveniencia de visibilizar a las organizaciones sociales que trabajan el tema.

Políticas y programas de salud



El tema abarcó dos estudios:

- Anticoncepción de emergencia en Honduras: conocimientos, actitudes y prácticas de usuarios de servicios de planificación familiar, y
- Regla de obstrucción global: percepciones e impactos en la vida política institucional boliviana

Con el objeto de evaluar los conocimientos, actitudes y uso de las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE), antes y después de una campaña nacional de introducción del método en Honduras se aplicó una encuesta a 2,693 personas (hombres y mujeres de 15 a 55 años) en clínicas de planificación familiar. En 2001 se aplicó la encuesta basal y dos años después se aplicó la de seguimiento. En 1999, la Secretaría de Salud de ese país incluyó la AE en las normas nacionales de atención; sin embargo, en el año 2001 sólo 3 por ciento de las mujeres sabían del método y prevalecían preocupaciones tales como que las PAE ocasionan problemas de salud. Se iniciaron actividades de difusión de información sobre AE, talleres dirigidos a periodistas, ONG y farmacias, se diseñaron carteles y se elaboró un video para docentes. Los resultados muestran que a pesar del aumento en el conocimiento sobre las PAE –de 5.3 a 19.7 por ciento– éste prevaleció en niveles bajos, aunque en términos de preocupaciones sobre la AE disminuyó de 26 a 20 por ciento. Asimismo, se observó un decremento en el uso del método, porque paralelamente hubo propaganda masiva en contra relacionada con la inclusión de la AE en México y la difusión de las opiniones de grupos conservadores.

La segunda exposición retomó lo que también se conoce como “Ley mordaza”. En 1999 se instauró la “Regla de obstrucción global” al Programa de Población de la Agencia para el Desarrollo Internacional Estados Unidos (USAID) y con ello se crearon medidas de control en todos sus proyectos. En el caso de Bolivia, como parte de la certificación requerida, la mayoría de las organizaciones de procedencia estadounidense y nacional han restringido su trabajo en temas de aborto, AE, VIH, trabajo sexual y sexualidad adolescente. No obstante, después de cinco años, varias organizaciones certificaron nuevamente su compromiso con dicha política para continuar con recursos de USAID. Mediante entrevistas con actores clave, revisión de artículos de prensa, mapeos y análisis de discursos, se expuso que la “Regla de obstrucción global” ha generado tensiones en el desarrollo e implantación de políticas de SSR. Tanto los gobiernos como la sociedad civil se han visto obligados a negociar principios de derechos, a volver invisibles ciertos temas, a limitar acciones e incluso a proceder a la autocensura.

Desafíos

El trabajo de difusión de la anticoncepción de emergencia debe reforzarse. Respecto de la “Regla de obstrucción global”, es necesario retomarla y analizar las implicaciones de estas restricciones y los impactos que las mismas tienen sobre la cultura, la vida de las y los activistas y la vida política institucional. ¿Quiénes son los nuevos actores hoy y que intenciones tienen? ¿Qué riesgos actuales y potenciales se dan en relación a los avances? ¿Qué está ocurriendo en los otros países?

De la investigación a la acción.

Propuestas

La culminación de los trabajos de la reunión fue conducida por Nadine Gasman, de Ipas México, y consistió en la formación de pequeños grupos que, reunidos en el auditorio de El Colegio de México, debatieron sobre el futuro de la investigación misma y las formas en que debiera expresarse en la acción. De esas deliberaciones surgieron las propuestas que se presentan a continuación en orden a cinco líneas básicas que reflejan su profunda complementariedad: a) la importancia y sentido de la investigación y las metodologías utilizadas y por aplicar; b) el empleo de la investigación como base para la acción organizada; c) los aspectos relacionados con la legalidad; d) el desarrollo del discurso fincado en los hallazgos de la investigación, las reflexiones y estrategias subsiguientes y, e) la lucha por establecer y consolidar los valores democráticos, uno de cuyos estandartes en las sociedades modernas es el derecho a decidir.

Investigación y metodologías

- Desarrollar en nuestra región metodologías de investigación similares, de manera tal que las comparaciones puedan hacerse de mejor manera y sea posible para los investigadores apropiarse de los distintos aprendizajes.
- Vincular en los procesos de investigación a los prestadores de servicios, no sólo como objetos de estudio sino también como vehículos para adquirir la información que hace falta y que no es posible obtener por medios propios.
- Desde nuestros espacios, desarrollar investigaciones incluyentes, participativas y multiprofesionales (con participación de los sectores médico y de justicia, así como de la sociedad civil y agrupaciones de mujeres), para incrementar el grado de pertenencia de los resultados y el compromiso con las recomendaciones.
- Conformar grupos multidisciplinarios que incluyan a personas vinculadas con las políticas públicas para enfocar el estudio del aborto desde perspectivas diversas, tales como la pobreza, la equidad, el acceso a la salud y los grupos de riesgo.

- El aborto es un problema de carácter interdisciplinario; por lo tanto consideramos que es sumamente importante crear una cátedra de DSR dentro de carreras como medicina, derecho, psicología, trabajo social y enfermería, entre otras, para generar sensibilidad en todo el personal que de una u otra manera se involucró en la problemática. Además, es necesario desarrollar estrategias para analizar el aborto de manera más integral dentro de los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Fortalecer en América Latina la responsabilidad de investigadores y sus logros.
- Desarrollar y probar estrategias para contrarrestar el uso inadecuado de presuntas evidencias científicas por los grupos a favor y en contra del derecho a decidir.
- Las y los investigadoras trabajamos dentro de mini-culturas, hasta cierto punto limitadas por enfoques e intereses concretos, con metodologías específicas y con objetivos que determinan cómo continuaremos trabajando. Esto se plantea en términos que no siempre permiten un enlace directo con la acción que los políticos deben tomar. Por eso se recomienda continuar haciendo investigación científica válida, en la cual se puedan apoyar siempre quienes transmiten estos mensajes a los niveles políticos, lo que requiere no sólo penetrar otros sistemas, sino buscar interlocutores que puedan llevar el mensaje claramente y que puedan utilizar los resultados de nuestras investigaciones.

La investigación a favor de la acción

- Elaborar estrategias para que los resultados de la investigación sean la base de la agenda pública para los tomadoras de decisiones y para que los grupos de mujeres y los prestadores de servicios y trabajadores de los medios de comunicación finquen su trabajo.
- Generar alianzas entre médicos y abogados que están a favor del aborto, en el marco de un espacio cordial para desarrollar nuevas reflexiones y propuestas.

- Promover talleres, textos y reflexiones con los trabajadores de salud, sobre todo con aquéllos que aún no han valorado la importancia de los DSR, para encaminarlos a un proceso de análisis y concientización sobre la necesidad y el derecho de la mujer a decidir sobre su reproducción.
- Identificar necesidades específicas de salud y legales en torno al aborto en mujeres menores de 15 años, quienes muchas veces son abusadas y embarazadas por sus propios familiares. El caso de las menores se aprecia de mayor vulnerabilidad por sus características de edad y condiciones de dependencia, por lo que requieren apoyos específicos cuando tienen necesidad de abortar.
- El tema de la diversidad sexual debe abordarse explícitamente con los prestadores de servicios de salud. La sensibilización sobre estos temas a partir de la investigación, y su difusión por parte de los grupos de activistas, contribuye con mucho a mejorar la percepción respecto de la salud y los DSR.
- La investigación y promoción de los DSR, y el análisis del embarazo no deseado y el aborto inseguro en particular, implican también una responsabilidad ética y política de la que tenemos que hacernos cargo. Si países donde existe una fuerte influencia católica, como lo son Italia y España, han logrado avanzar en el aborto legal y tienen las tasas más altas de anticoncepción en el mundo, en América Latina es posible lograrlo también, seguramente, comenzando por separar creencias religiosas y derechos ciudadanos.
- Es necesario reflexionar, junto con las y los médicos, asuntos de ética médica, legalidad y capacitación respecto de la interrupción del embarazo. El de los médicos es un gremio muy respetado de la sociedad que puede contribuir influyendo sobre otros sectores para aliviar los riesgos de las mujeres evitando los abortos inseguros.
- La sensibilización sobre el tema del aborto se debe realizar, del mismo modo, en el ámbito comunitario a través de una relación directa con las personas.

Aspectos legales

- Deben promoverse campañas como la del 28 septiembre, para generar movilizaciones en las cuales se despliegue información sobre las causales legales para el aborto que existen en cada país, a fin de fomentar el conocimiento en toda la población. La sociedad en general, y particularmente las y los proveedores de servicios de salud, lo mismo que el personal que trabaja en los sistemas legales, deben conocer suficientemente las causas por las que un embarazo puede interrumpirse.

- Es imprescindible para las mujeres difundir las causas legales por las cuales un embarazo se puede interrumpir. A partir de ello, pueden apropiarse de, y ejercer su derecho a decidir. El conocimiento de sus derechos habrá de permitirles, al ser esa una decisión informada desde el punto de vista médico y legal, no sólo la interrupción legal del embarazo, sino la atención adecuada en el postaborto. La combinación de esas circunstancias obrará a favor de la satisfacción de las usuarias, y otorgará legalidad al servicio del ejercicio de los derechos de la mujer y de la salud pública.
- El reconocimiento legal de que el aborto puede y/o debe practicarse ante determinadas circunstancias, requiere acompañarse de su práctica sin restricciones en clínicas particulares y hospitales públicos.
- Es imprescindible lograr la compatibilidad entre las causas legales de la interrupción del embarazo, vigente en distintos países, y su práctica. Ello se frena por el desconocimiento de esas causas por parte de muchas mujeres que necesitan abortar, porque dicha práctica no siempre está reglamentada, o porque a veces llega a ser tortuosa la cantidad de obstáculos que ellas tienen que sortear en los niveles de justicia y de salud, donde también hay desconocimiento de la legalidad. Son numerosos los prestadores de salud o funcionarios que incluso anteponen sus prejuicios a la legalidad. Un panorama así lleva a que la mayoría de las mujeres prefieran realizarse un aborto legal (o no previsto por la ley) en la clandestinidad, con proveedores de salud poseedores de distintos niveles de calificación, si bien muchos de ellos trabajan de manera comprometida, humanitaria y digna, arriesgando incluso sus carreras profesionales.

El desarrollo del discurso

- A partir de las investigaciones realizadas existen evidencias suficientes de los graves problemas que el embarazo no deseado y el aborto inseguro generan; pero hace falta estudiar y poner en práctica estrategias de comunicación para que los resultados de esas investigaciones se transformen en cambios de políticas públicas, de normas y actitudes. Las estrategias que difundan la evidencia de la investigación tienen que determinar qué mensajes son los adecuados para trabajar con jóvenes, con médicos, con el personal de justicia, con quienes toman decisiones en los congresos o parlamentos. Hoy por hoy, la evidencia es obvia para quienes realizan investigación; pero no lo es tanto para quienes hacen realidad los cambios en las políticas públicas.
- Se deben articular discursos innovadores sobre el aborto que ofrezcan una perspectiva más allá de la salud pública y reflejen el drama que representa el aborto para la salud y la muerte. Por ejemplo, documentar y difundir los efectos psicológicos del aborto a fin de contribuir a la sensibilización sobre este problema. Probar el impacto de un mensaje tal ante distintas audiencias.

- El abordaje del tema del aborto en los medios de comunicación debe ser más creativo y considerar los casos exitosos, desde las evidencias de la investigación, el aumento de causales de aborto legal, el mejoramiento de los servicios posaborto, los logros colectivos y particulares que han dado una mejor orientación al problema, así como las declaraciones de personalidades de distintas disciplinas (medicina, justicia, filosofía, y otras) que se han pronunciado por la legislación del aborto.
- Es necesario reflexionar de manera autocrítica sobre los significados y sentidos que asignamos al aborto y al trabajo que realizamos. El resultado de las investigaciones y la elaboración de nuestros discursos no están exentos de la estigmatización del aborto y es necesario hacer algo al respecto. Frente a ello proponemos la creación de un comité editorial que brinde asesoría sobre metodologías de comunicación, que nos lleve a precisar el alcance de los términos que empleamos y a la correcta construcción de nuestros discursos.
- Nuestros temas deben desplegarse bajo el paraguas más amplio de la promoción de los derechos humanos. Ligados a nuestra causa se encuentran los derechos a la información, la autodeterminación, la salud y la educación pública. Esos derechos deben garantizarnos el ejercicio de una ciudadanía respetuosa de las decisiones de las mujeres en el largo plazo y, en el menor plazo, a promover en las escuelas de medicina la instrucción sobre derechos humanos ligados a la autodeterminación reproductiva.
- Documentar de manera más explícita la presencia de los varones en la decisión sobre el aborto en particular y la reproducción en general, lo cual debe ser visto y evaluado de una manera no maniquea, porque el aborto compete también a los varones.
- El ejercicio de la sexualidad y el derecho al placer son valores de aquellas sociedades que trabajan por la equidad de género, que respetan la diversidad, reconocen la pluralidad y construyen la democracia. Las mujeres y hombres de nuestras sociedades requerimos percibir la reproducción ligada a la sexualidad y al placer y apropiarnos de manera integral de nuestro propio cuerpo.

La disputa por los valores

- Muchos proveedores de salud y de justicia viven un dilema permanente que atañe a sus propios valores, porque esgrimen un discurso políticamente correcto frente al aborto; pero al mismo tiempo tienen otros valores individuales que se contraponen. Ante ello, sugerimos crear espacios seguros de autorreflexión para proveedores de salud y de justicia que les permitan enfrentar la dualidad de valores de su vida profesional frente a su vida personal.
- Elaborar reflexiones que expliciten de manera muy clara que la maternidad no es un valor absoluto para la mujer, pues dista de ser su única fuente de placer, felicidad y realización. Se debe presentar la otra cara de la moneda: la de las mujeres que decidieron no ser madres, que son buenas, que llegan a ser profesionales exitosas, felices, y cuya vida es placentera porque se finca en su calidad de ciudadanas que les garantiza el derecho a decidir.
- Emprender reflexiones y elaborar estrategias para desdramatizar, desmitificar y desestigmatizar el aborto. La interrupción del embarazo debe ser valorada por la sociedad como lo que es: un hecho de la vida cotidiana, sea inducido o no.

Agenda de la reunión

Por deseo expreso de algunos autores, sus presentaciones no se consignan en esta agenda, no obstante lo cual reconocemos la importancia de su contribución al desarrollo de la reunión.

Sesiones plenarias

- El falso dilema de estar a favor o en contra del aborto. Aníbal Faúndes, FLASOG/ FIGO
- Responsabilidad profesional y manejo integral del embarazo no deseado. Autor anónimo
- Avances en la docencia e investigación sobre aborto en el Caribe. Yamila Azize, Salud Promujer, Universidad de Puerto Rico
- Religión y salud reproductiva: encrucijadas y conflictos. Axel Mundigo, Centro para la Salud y Política Social, Estados Unidos
- La lucha continúa: el Papa Benedicto XVI y el derecho a decidir. Frances Kissling, Catholics for a Free Choice, Estados Unidos
- Avances y estrategias hacia el aborto legal y seguro. Marta Lamas, Debate Feminista, México
- Conocimientos, opiniones y actitudes de los médicos sobre el aborto. Silvina Ramos, Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Argentina
- «Usuarías» y tecnologías para el aborto y postabort. Susanna Rance, consultora independiente, Bolivia

Sesiones simultáneas

en orden alfabético de temas

Aborto en adolescentes

- Embarazo juvenil: opciones e implicaciones. Margota Mora
- Aterrizaje forzoso. Flor de María Marín
- El embarazo adolescente en México, ¿es deseado?. Catherine Menkes

Acceso a aborto legal

- Argumentos legales para operativizar la causal de aborto por «peligro a la salud». Adriana Ortega Ortiz
- Interrupción legal del embarazo. El caso del Distrito Federal. Patricio Sanhueza
- Embarazo forzado en niñas: derechos humanos, leyes y aborto. Martha María Blandón
- El acceso al aborto legal por violación en la ciudad de México: limitaciones, oportunidades y desafíos. Norma Ubaldi
- Determinantes en la práctica del aborto en estudiantes de escuelas públicas de Morelos. Leticia Suárez
- Algunas consideraciones sobre la atención en casos de interrupción legal del embarazo. Sofía Román
- Aborto «legal»: aspectos críticos en la ruta hacia la obtención del servicio. Noemí Ehrenfeld

Acceso a servicios de aborto

- Entre el poder médico y la auto medicación. Autor anónimo
- Venta de medicamentos abortivos en farmacias de una ciudad de América Latina. Diana Lara
- Experiencia de mujeres que cruzan la frontera para obtener abortos seguros en E.U. Resultados preliminares. Erika Troncoso
- Diseminación de información sobre el aborto seguro. Olivia Ortiz

Acceso a servicios de salud reproductiva: perspectiva de proveedores

- Uso obstétrico del misoprostol en Centro América. Resultados de un sondeo. Karen Padilla
- Proveedores y servicios de aborto: evaluación de las experiencias y percepciones de barreras para provisión de servicios del personal de IPPF/RHO. Tess Aldrich
- ¿Aconsejando o controlando? La influencia que ejercen los médicos sobre sus pacientes en la consejería preaborto. Martha Silvia Acuña
- Representaciones del aborto en prestadores de servicios médicos en México: una evaluación cualitativa. Cautli Suárez
- Aborto legal en Perú: conocimiento, actitudes y prácticas entre un grupo de médicos líderes de opinión. Lydia Pace
- Aborto inducido: actitud de ginecólogos y obstetras brasileños según género. Graciana Alves Duarte
- Ética médica y derechos humanos: uso de interrogatorio por médicos varones en mujeres atendidas con aborto incompleto en México. Joaquina Erviti
- Encuesta de opinión sobre el aborto dirigida a médicos gineco-obstetras en Honduras. Regina Fonseca

Atención postaborto

- InfoAPA. Un recurso para garantizar servicios de APA de alta calidad. Karen Padilla
- Expandiendo los servicios de atención postaborto en Guatemala. Edgar Kestler
- Vinculación del tratamiento de la emergencia con la consulta de control. Fernando Gonzáles
- La calidad de la atención en las complicaciones de abortos: un desafío para la salud pública y los servicios de salud. Mariana Romero
- Atención postaborto y morbilidad por aborto en Guatemala, 2002-2003. Una visión cuantitativa y cualitativa del problema. Elena Prada
- Atención a mujeres con aborto incompleto atendidas en los hospitales de la Secretaría de Salud, México. Incidencia y tratamiento quirúrgico, 2002-2003. Deborah Billings

Avances clínicos incluido el aborto con medicamentos

- Validación de un examen semi-cuantitativo de embarazo en orina: una alternativa para descartar embarazo posterior a un aborto con medicamentos. Karla Berdichevsky
- Resultados de diferentes investigaciones sobre aborto medicamentoso. Felipe Santana
- El aborto inducido quirúrgicamente antes de las seis semanas de gestación. Evaluación de la literatura. Teresa de Piñeres

Consecuencias físicas, psicológicas y económicas del aborto

- Evaluación económica del aborto inseguro en México. Karla Berdichevsky
- Consecuencias en la salud física y mental del aborto inducido: un resumen de la literatura. Lawrence B. Finer
- La medición de muertes por aborto inseguro: ¿La autopsia verbal es una opción en México?. Dilys Walker

Experiencias de mujeres en servicios de aborto

- El aborto con medicamentos en América Latina: experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú. Ma. Mercedes Lafaurie
- El aborto con medicamentos: perspectiva de mujeres atendidas en un servicio de consejeras en Lima. Susana Chávez
- El aborto y sus implicaciones desde la perspectiva de género. Luisa Álvarez
- «No tenía ninguna opción». La experiencia de mujeres sobre embarazos no deseados y aborto en México y Bolivia. Laura Miranda
- El aborto en mujeres jóvenes de áreas urbanas: la movilización de las redes sociales. Laura Villa
- Aborto inducido: religión y actitud de ginecólogos y obstetras brasileños. María José Osis
- Aborto en Uruguay: entre la complacencia y el malestar. Rafael Sanseviero
- El estigma como barrera para ofrecer servicios de interrupción de embarazo en la ciudad de México. Martha Silva Acuña
- «Nunca antes lo había hablado». El aborto: testimonios de mujeres hondureñas. Regina Fonseca

Metodologías de investigación

- Enseñando e investigando conocimientos y actitudes sobre el aborto vía internet: experiencias usando una nueva metodología con estudiantes cariocas. Ellen M.H. Mitchell
- Factores sociodemográficos relacionados con el aborto inducido previo en mujeres embarazadas de Bolivia. Freddy Tinajeros
- Explorando el proceso de aborto y sus complicaciones en Filipinas. Fátima Juárez

Opinión pública sobre el aborto

- ¿Qué opinan las mujeres sobre el aborto en México? Una aproximación desde la teoría de las representaciones sociales. Elsa Conde Rodríguez
- Salud sexual y reproductiva. La opinión pública sobre aborto 1994-2005. Mónica Petracci
- Opiniones católicas acerca de derechos reproductivos y aborto: análisis comparativo de los resultados de encuestas en cuatro países de América Latina. María Consuelo Mejía
- El aborto y la prensa mexicana: su cobertura en cinco periódicos nacionales, 2001-2003. Erika Troncoso

Políticas y programas de salud

- Anticoncepción de emergencia en Honduras: CAP en usuarios de servicios de planificación familiar. Eileen Yam
- Regla de obstrucción global: percepciones e impactos en la vida política institucional boliviana. Jaime Tellería

Panel sobre métodos de investigación

- Métodos indirectos para estimar la incidencia del aborto. Fátima Juárez
- Métodos directos para estimar los niveles de aborto. Diana Lara
- «Savings», un método para estimar el costo del aborto inseguro para los sistemas y servicios de salud. Deborah Billings
- Consideraciones para identificar y seleccionar participantes en investigaciones cualitativas. Ma. Mercedes Lafaurie
- Software para la organización de información en IC en salud. Olivia Ortiz

Carteles

- Elementos claves para la interrupción legal del embarazo. La experiencia del Hospital General de Atizapán, México. Alfonso Carrera
- Experiencia de médicos y mujeres embarazadas a consecuencia de una violación en los servicios de aborto legal en la ciudad de México. Diana Lara
- Experiencia en la provisión de servicios de tratamiento médico: tasas de efectividad. Tess Aldrich
- Factores asociados al aborto provocado. Rebeca de Souza e Silva
- La calidad de la atención postaborto al observar el proceso de atención en el servicio de obstetricia del Hospital Álvarez, Argentina. Mariana Romero
- La denuncia del aborto inducido en el Distrito Federal: características y consecuencias negativas para la salud y los derechos reproductivos de las mujeres capitalinas. Ana Cortés
- Opinión pública sobre el aborto en América Latina. Eileen Yam
- Política de prevención del daño en el aborto provocado en condiciones de riesgo. La experiencia uruguaya en la consulta «pre-aborto». Leonel Briozzo
- Vinculando los conceptos de género y sexualidad con los derechos en los servicios de salud sexual y reproductiva. Angela Heimbürger
- Introducción de la técnica de aspiración manual en un hospital de enseñanza. Nilda L. Moreno
- La calidad de la atención postaborto según los profesionales de la salud. Nina Zamberlin
- La violencia intrafamiliar en la mortalidad materna. Un estudio de autopsias verbales en el estado de Morelos, México. Dilys Walker

Sesiones complementarias

- Agenda de investigación del Population Council en América Latina y el Caribe, con la participación de: Aníbal Faúndes, Axel Mundigo, Lucille C. Atkin y Sandra García
- Presentación del libro «El drama del aborto. En busca de un consenso», de Aníbal Faúndes y José Barzelatto, con la participación de: Aníbal Faúndes, Ana Langer y Pedro Morales
- Panel «De la investigación a la práctica: estrategias para ampliar el acceso a los servicios de aborto y la atención post-aborto», IPPF/ Gynuity. Coordina: Giselle Carino
- Presentación del disco compacto: «El aborto en América Latina y el Caribe. Una revisión de la literatura de los años noventa a nuestros días», de Agnes Guillaume, Susana Lerner y Guadalupe Salas. Presentan: Susana Lerner y Guadalupe Salas
- Presentación del video «No estás sola», Católicas por el Derecho a Decidir
- Presentación del cuaderno «El diagnóstico prenatal y el aborto por razones genéticas o congénitas en el producto», por Patricia Grether



Lista de participantes

■ ARGENTINA

Diana Mabel Galimberti

Hospital Teodoro González

Mariana Romero

Centro de Estudios de Estado y Sociedad

Nina Zamberlin

Centro de Estudios de Estado y Sociedad

Silvina Ramos

Centro de Estudios de Estado y Sociedad

■ BOLIVIA

Fernando Gonzáles Salguero

Population Council

Freddy Tinajeros Guzmán

Population Council

Juan Rocha Solís

Wiñay, Asociación Médica Privada Voluntaria

Ros Mery Condori Quispe

Wiñay, Asociación Médica Privada Voluntaria

Susanna Rance

Consultora independiente

Jaime Miguel Tellería

CISTAC

■ BRASIL

Aníbal Faúndes

Centro de Investigaciones en Salud Reproductiva, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Estatal de Campinas

Graciana Alves Duarte

Centro de Investigaciones en Salud Reproductiva, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Estatal de Campinas

Marcio Thomé

Bienestar Familiar en Brasil, BEMFAM

María José Osis

Centro de Investigaciones en Salud Reproductiva, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Estatal de Campinas

Rebeca de Souza e Silva

Departamento de Medicina Preventiva, Universidad Federal de Sao Paulo

Roberto Messod Benzecry

Bienestar Familiar en Brasil, BEMFAM

Rosangela Aparecida Talib

Católicas por el Derecho a Decidir

■ CANADÁ

Adriana Ortega Ortiz

Facultad de Derecho, Universidad de Toronto

■ COLOMBIA

Elena Prada Salas

The Alan Guttmacher Institute

Margoth Mora Tellez

Fundación Unidad de Orientación y Asistencia Materna

María Mercedes Lafaurie

Consultora independiente

■ COSTA RICA

Anna Arroba

Asociación de Mujeres en Salud

Erika Rojas Calderón

Colectiva por el Derecho a Decidir

Soledad Díaz Pastén

Asociación de Mujeres en Salud

■ CUBA

Felipe Santana Pérez

Instituto Nacional de Endocrinología

Luisa Álvarez Vázquez

Instituto Nacional de Endocrinología

■ CHILE

Verónica Schiappacasse

Instituto Chileno de Medicina Reproductiva

■ ECUADOR

Martha López Ángel

Fundación Desafío

Virginia Gómez de la Torre

Fundación Desafío

■ EL SALVADOR

América J. Romualdo Cárcamo

Asociación de Mujeres por la Dignidad y la Vida

Ethel Iliana Peralta

Basic Health

■ ESTADOS UNIDOS

Angela Heimburger

International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region

Angeles Cabria

International Women's Health Coalition

Anne Foster-Rosales

Planned Parenthood Golden Gate

Axel Mundigo

Center for Health and Social Policy

Dee Redwine

Planned Parenthood Federation of America, International

Ellen Clancy

Planned Parenthood Federation of America, International

Ellen M.H. Mitchell

Ipas

Erin C. Mielke

Engenderhealth

Frances Kissling

Catholics for a Free Choice

Heather Gould

Planned Parenthood Federation of America, International University of California in San Francisco

Heather Sayette

Planned Parenthood Federation of America, International

Ilana Dzuba

Gynuity Health Projects

Ingrid Dries-Daffner

University of California at Los Angeles

Jane Lyons

Pathfinder International

Jersey García

Planned Parenthood Federation of America, International

Jessica Cohen

Program for Appropriate Technology in Health

Karen Pfalker

Wellspring Advisors, LLC

... /

Lawrence B. Finer
The Alan Guttmacher Institute
Lucille Atkin
Margaret Sanger International Center
Lina Echeverri
Planned Parenthood Federation of America International
Lydia Pace
School of Medicine, University of California in San Francisco
Martha Silva Acuña
Tulane University
Melissa Grabofski
University of North Carolina, Chapel Hill
Nilda L. Moreno Ruiz
Boston University, Obstetrics and Gynecology Foundation, Inc.
Rodolfo Gómez
Ipas
Selina Espinoza
Planned Parenthood Federation of America, International
Teresa De Piñeres
Department of Obstetrics & Gynecology, University of California
Tess Aldrich
Gynuity Health Projects

■ **GUATEMALA**

Edgar Kestler
CIESAR, Hospital General "San Juan de Dios"
Jorge Arturo Corona de León
Asociación de Mujeres en Solidaridad
Juana Marisol Sandoval
Ministerio de Salud Pública
Linda Marlene Valencia
Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas
María Berta Batres
Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas
María Eugenia Lemus
Agrupación de Mujeres Tierra Viva
Rebecca Arrivillaga
Fundación Berhorst
Rosa Marina Escobar de Ovando
Asociación de Mujeres en Solidaridad
Silvia del Rosario Estrada
Hospital Nacional de Coatepeque
Vinicio E. del Valle
Programa Nacional de Salud Reproductiva, Ministerio de Salud Pública

■ **HAITI**

Lise-Marie Déjean
Solidarité Fam Ayisyen.

■ **HONDURAS**

Ina Hilse
Centro de Derechos de las Mujeres
Regina Isabel Fonseca
Centro de Derechos de las Mujeres

■ **MÉXICO**

Adriana Leona Rosales
El Colegio de México
Adriana Medina Espino
Instituto de las Mujeres del Distrito Federal
Adriana Milano Castillo
Secretaría de Salud
Adriana Ortiz-Ortega
PIEM, El Colegio de México
Aidé García Hernández
Católicas por el Derecho a Decidir

Alberto Martínez Polis
Population Council
Alfonso G. Carrera
Hospital General de Atizapán, Instituto de Salud del Estado de México
Alma Luz Beltrán
Grupo de Información en Reproducción Elegida
Ana Langer
Population Council
Ana Luisa Liguori
Fundación John D. & Catherine T. MacArthur
Ana Teresa Cortés
Grupo de Información en Reproducción Elegida
Anjanette Deyanira Zebadúa
El Colegio de México
Anjarath Lorena Higuera
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
Antonietta Martin
Population Council
Beatriz Ortiz Elizondo
Instituto de las Mujeres del Distrito Federal
Becca Pauline Seitchik
Instituto Nacional de Salud Pública
Belkis Aracena Genzo
Instituto Nacional de Salud Pública
Belinda Calvillo
Marie Stopes México
Blanca Estela Kempis
Cidhal, A.C.
Carlos J. Echarri
El Colegio de México
Catherine Menkes
Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias
Cecilia Piñón
Marie Stopes México
César Vicente Montiel
Grupo de Información en Reproducción Elegida
Claudio Stern
El Colegio de México
Cuautli Suárez Jiménez
Ipas México
Daniel A. Grossman
Population Council
Deborah L. Billings
Ipas México
Deyanira González de León
Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco
Diana K. Lara
Population Council
Dilys Walker
Centro Investigaciones en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública
Eileen Yam
Population Council
Elizabeth Arteaga
Centro de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud
Elizabeth Nolasco
Radio Educación
Elsa Conde
Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia
Elsa Martina Ancona
Grupo de Información en Reproducción Elegida
Elvira Gamboa
Fundación Mexicana para la Planeación Familiar
Erika Estrada Sotelo
Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia
Erika Troncoso
Population Council

Fátima Juárez
El Colegio de México

Fidel Romero
Radio Educación

Francisco J. Montes
Fundación Mexicana para la Planeación Familiar

Gabriela del Valle
El Colegio de México

Gabriela García
Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México

Georgina Y. Rodríguez
Instituto Mexicano del Seguro Social

Gillian M. Fawcett
Católicas por el Derecho a Decidir

Gregorio Pérez Palacios
Instituto Nacional de Perinatología

Guillermina Herrera
Population Council

Guillermina Mejía
Clínica Adolescentes S.C.

Hermelinda Fernández
Centro Nacional de Equidad y Género, Secretaría de Salud

Hilda Reyes Zapata
Instituto Nacional de Perinatología

Itzel Sosa
Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

Javier Domínguez del Olmo
Fondo de Población de Naciones Unidas

Jennifer Catino
Population Council

Joaquina Erviti
Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

José Antonio Ruiz
Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia

José David Ortiz Mariscal
Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia

José Luis Velasco
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud

Josué Gedión Hau Koh
Servicios Humanitarios en Salud Sexual y Reproductiva

Juan Carlos Hernández
Grupo de Información en Reproducción Elegida

Juan Guillermo Figueroa
El Colegio de México

Juan Pérez Sánchez
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud

Karla Berdichevsky
Population Council

Kovia Erskine
Red Milenio Feminista

Laura Miranda
Marie Stopes México

Laura P. Torres
Ipas México

Leticia Calvario
Católicas por el Derecho a Decidir

Leticia Cuevas
Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia

Leticia Villaseñor
Práctica privada

Luis Alonso Flores
Grupo de Información en Reproducción Elegida

Luis S. Alcázar
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE

Luis A. Cruz
Fundación Mexicana para la Planeación Familiar

Luisa Massot
Secretaría de Salud del Distrito Federal

Manuel E. del Castillo
Códice, Comunicación, Diálogo y Conciencia

María Beatriz Duarte
Secretaría de Salud

María Consuelo Mejía
Católicas por el Derecho a Decidir

María de la Luz Estrada
Católicas por el Derecho a Decidir

María de los Ángeles Medina
Radio Educación

María del Pilar Sánchez
Católicas por el Derecho a Decidir

María Estela Rivero
Population Council

María Eugenia Romero
Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia

María Guadalupe Huacuz
Escuela Nacional de Antropología e Historia

María Leticia Cárdenas
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud

María Luisa Sánchez
Grupo de Información en Reproducción Elegida

Mariana Castillo
Population Council

Mariana Winocur
Grupo de Información en Reproducción Elegida

Mariana Medina
Genes, Instituto de Género y Salud Sexual

Mario Bronfman
Fundación Ford

Marisa Díaz Infante
Fundación Mexicana para la Planeación Familiar

Marta Lamas
Debate Feminista

Martha María Juárez
Grupo de Información en Reproducción Elegida

Martín Vera
Grupo de Información en Reproducción Elegida

Mercedes Ballesté
Salud Integral para la Mujer

Mónica A. Maorenzic
Grupo de Información en Reproducción Elegida

Nadine Gasman
Ipas México

Noemí Ehrenfeld
Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa

Noemí Ortega
Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales, Procuraduría General de Justicia

Norma Ubaldi
Grupo de Información en Reproducción Elegida

Olga Roja
El Colegio de México

Olivia Ortiz
Genes, Instituto de Género y Salud Sexual

Patricio Sanhueza
Secretaría de Salud del Distrito Federal

Pedro Morales
Medilex, Consultoría Médico-legal

Raffaella Schiavon
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud

Ricardo D. Muñoz
Centro de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud

Ricardo Vernon
Population Council

Rocío I. Mejía

Centro de Atención Integral a la Pareja

Rodolfo Campos

Fundación Mexicana para la Planeación Familiar

Rogelio Fernández Castilla

Fondo de Población de Naciones Unidas

Rosa María García

Universidad Pedagógica Nacional

Sandra García

Population Council

Sandra N. Peniche

Servicios Humanitarios en Salud Sexual y Reproductiva

Shoshanna Andel

Las Libres y Red Milenio Feminista

Silvia E. Llaguno

Genes, Instituto de Género y Salud Sexual

Silvia García Castañeda

Grupo de Información en Reproducción Elegida

Sofía Reynoso

Population Council

Sofía Román

Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México

Susana García

Equidad de Género, Ciudadanía, Trabajo y Familia

Susana Lerner

El Colegio de México

Susana Medina

Population Council

Tamil Kendall

Population Council

Verónica Cruz Sánchez

Centro Las Libres de Información en Salud Sexual, Región Centro

Vicente Díaz

Fundación Mexicana para la Planeación Familiar

Yeimi A. Colín Paz

El Colegio de México

Yuriria A. Rodríguez Martínez

Tecnológico de Monterrey, Campus Ciudad de México

■ NICARAGUA

Flor de María Marín

Hospital Escuela HEODRA, Universidad Autónoma de Nicaragua

Ivania de Fátima Flores

Servicios Integrales para la Mujer

Karen Padilla

Ipas Centro América

Martha María Blandón

Ipas Centro América

Silke Heumann

Ámsterdam School for Social Science Research, University of Amsterdam

■ PANAMÁ

Eyra Ruiz

Instituto Conmemorativo Gorgas y Centro de Investigación en Reproducción Humana

■ PARAGUAY

Desiree G. Masi Jara

Policy/USAID

Esperanza Martínez

Centro de Información y Recursos para el Desarrollo

■ PERÚ

Alicia Villacorta

Asociación Familia Sana

Angela Sebastiani

Instituto Peruano de Paternidad Responsable

Aurora Landázuri

Asociación Peruana Mujer y Familia

Enrique Loayza

Centro Obstétrico Mujer Sana

Lilian Urbano

Asociación Peruana Mujer y Familia

Noemí Ostolaza

Instituto Peruano de Paternidad Responsable

Raúl Bendezu

Instituto Peruano de Paternidad Responsable

Rosa A. Castañeda

Asociación Familia Sana

Rosa Jeri Pérez

Centro Obstétrico Mujer Sana

Susana Chávez

Centro de Defensa y Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos

■ PUERTO RICO

Yamila Azize

Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico

■ REPÚBLICA DOMINICANA

Josefa E. Fabián Rosario

Colectiva Mujer y Salud

María Luisa Romero

Colectiva Mujer y Salud

■ URUGUAY

Gonzalo Vidiella

Facultad de Medicina, Universidad de la República

Leonel Briozzo

Facultad de Medicina, Universidad de la República

Rafael Sanseviero

Red Uruguaya de Autonomías y Centro Nacional de Investigación, Universidad para la Paz

Susana Rostagnol

Instituto de Antropología, Universidad de la República



Relatoría

•

II Reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro.

•

Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe

se terminó de imprimir
en noviembre de 2006.

El tiro fue de 300
ejemplares.

El diseño estuvo a
cargo de Arroyo+Cerda, S.C.
La producción fue realizada por
Editorial Sestante, S.A. de C.V.

