

DE LA TEORÍA A LA ACCIÓN EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES

(MANUAL CON
HERRAMIENTAS
PARA PERSONAL
DOCENTE Y
PROMOTOR DE
SALUD)



ABORTO, UN DERECHO DE TODAS

TOMO 11





ABORTO, UN DERECHO DE TODAS

ABORTO, UN DERECHO DE TODAS



1ª edición: Mayo, 2021.

Ipas Centroamérica y México A.C., Ciudad de México, 2021.

Recopilación del contenido:

Alexis Hernández

Revisión de contenido:

Brisa Armenta, Fernanda Díaz de León y Lesbia Gutierrez

Revisión editorial:

Alexis Hernández y Brisa Armenta

Coordinación editorial:

Laura Andrade y Ana Martha Sánchez

Ipas CAM alienta la distribución pública, así como la reproducción parcial o total del presente documento siempre y cuando se cite la fuente. En ningún caso esta obra podrá ser usada con fines comerciales, su difusión es gratuita.

Ipas es una organización internacional sin fines de lucro que trabaja en cuatro continentes, con el objetivo de incrementar la capacidad de las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, especialmente, el derecho al aborto.

ÍNDICE

05

**ABORTO, UN
DERECHO DE TODAS**

11

MITOS

17

TOMA NOTA

19

BIBLIOGRAFÍA

23

**MANOS
a LA OBRA**

31

ANEXOS

41

**RECOMENDACIONES
Y OTROS RECURSOS**



ABORTO

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE HABLAR DE ESTE TEMA CON LAS PERSONAS ADOLESCENTES?

La interrupción del embarazo es uno de los eventos más frecuentes en la vida reproductiva de las mujeres, quienes recurren a su práctica por una gran variedad de causas y razones, entre las cuales se encuentra la violencia sexual, la falta de acceso a servicios y a los métodos anticonceptivos modernos, las fallas propias de los métodos y el hecho mismo de que muchas mujeres, adolescentes y niñas no desean ser madres en determinado momento de sus vidas.



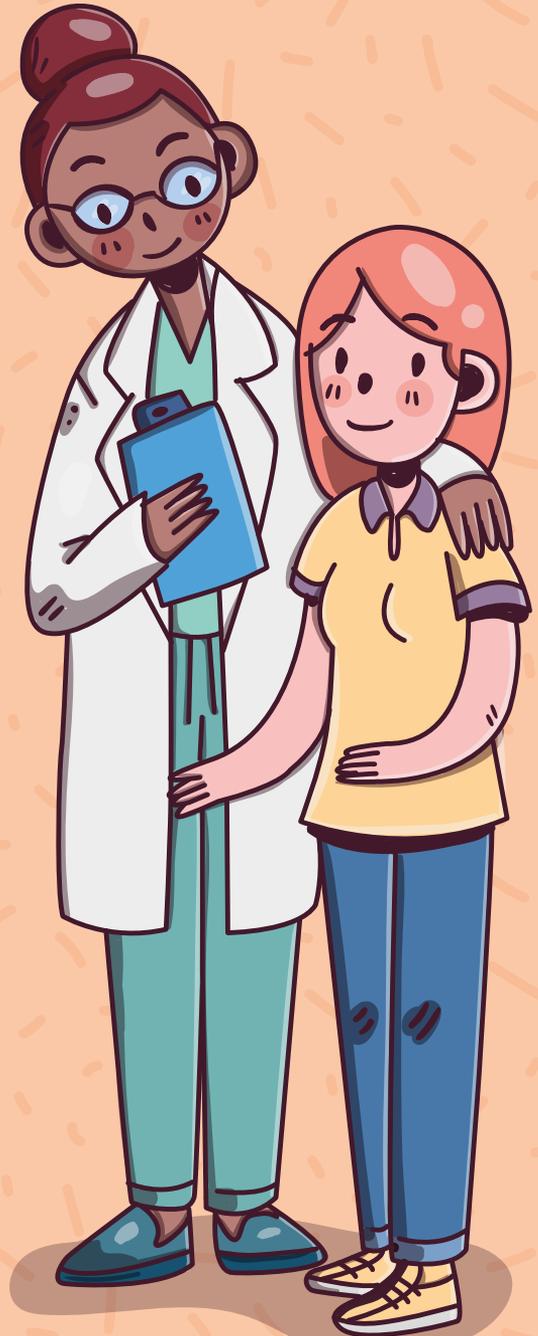
SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2014) Y LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005 (SECRETARÍA DE SALUD, 1993), EL ABORTO SE DEFINE MÉDICAMENTE COMO LA TERMINACIÓN DE UN EMBARAZO ANTES DE QUE EL PRODUCTO SEA VIABLE PARA LA VIDA FUERA DEL ÚTERO DE LA MUJER O LA PERSONA EMBARAZADA, QUE ES APROXIMADAMENTE HASTA LAS 22 SEMANAS COMPLETAS DEL EMBARAZO CUANDO EL PRODUCTO PESA MENOS DE 500 GRAMOS. EXISTE EL ABORTO ESPONTÁNEO O INDUCIDO.

Nunca será posible erradicar el aborto, pero sí es posible lograr que las mujeres accedan a procedimientos seguros y de calidad, sin que se ponga en peligro su vida y el ejercicio de sus derechos fundamentales.

EL ABORTO ES ALTAMENTE SEGURO CUANDO SE REALIZA POR PERSONAL CALIFICADO Y SE EMPLEAN LAS TECNOLOGÍAS RECOMENDADAS.

Estas tecnologías incluyen la aspiración por vacío y el aborto con medicamentos, procedimientos avalados y recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Su seguridad y efectividad son muy altas, sobre todo mientras más temprano sea el embarazo (Chen y Creinin, 2015). La probabilidad de presentar complicaciones como hemorragia, infertilidad o muerte en las adolescentes y mujeres que interrumpen un embarazo es menor al 1% (Gatter, Cleland y Nucatola, 2015).

Es importante resaltar que la penalización del aborto no evita que las mujeres y adolescentes recurran a su práctica, pero sí ocasiona que se expongan a procedimientos inseguros o con personas sin la debida capacitación, lo cual pone en riesgo su salud y su vida.





POR OTRO LADO, SE CONSIDERA UN ABORTO INSEGURO O PELIGROSO¹ CUANDO EL PROCEDIMIENTO LO REALIZA UNA PERSONA CARENTE DE LA CAPACITACIÓN NECESARIA, CUANDO NO SE CUMPLEN LAS NORMAS MÉDICAS MÍNIMAS, O BIEN CUANDO SE COMBINAN AMBAS CIRCUNSTANCIAS (OMS, 2014).

Dentro de la categoría de aborto inseguro o peligroso, la OMS identifica las subcategorías de aborto “menos seguro” y “nada seguro” (OMS & Guttmacher Institute, 2017):

A) ABORTO MENOS SEGURO:

Se refiere a un procedimiento practicado por un profesional calificado pero que no utilizó un método recomendado o cuando se utiliza uno de los métodos recomendados pero la persona no está calificada.

B) ABORTO NADA SEGURO:

Es un procedimiento realizado por personas no calificadas y que además no utilizan los métodos recomendados, de modo que se combinan ambas condiciones que incrementan significativamente el riesgo.

¹ La traducción que la OMS emplea de “unsafe abortion” en español es “aborto peligroso”. En este material se emplea indistintamente aborto peligroso y aborto inseguro, por ser este último un término ampliamente usado en español.

EL ABORTO INSEGURO SE CONSIDERA UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA, YA QUE ES LA CAUSA DE QUE, EN TODO EL MUNDO, 7 MILLONES DE MUJERES SUFRAN SECUELAS TEMPORALES O PERMANENTES DESPUÉS DE UN ABORTO MAL PRACTICADO, ENTRE LAS CUALES SE ENCUENTRAN LAS HEMORRAGIAS, INFECCIONES, LESIONES VAGINALES, PERFORACIONES UTERINAS Y DAÑO AL TRACTO UTERINO (OMS, 2019).



Recordemos que un aborto en situaciones de seguridad técnica y sanitaria, con un marco legal favorable y personal de salud calificado, es el **evento obstétrico más seguro en la vida reproductiva de las mujeres**, tan seguro en términos sanitarios como una inyección de penicilina (cdc, 2019).

DE MANERA PARTICULAR, EL ABORTO CON MEDICAMENTOS ES UN PROCEDIMIENTO TAN SEGURO, QUE INCLUSO SE PUEDE REALIZAR POR LA MISMA MUJER SIN LA NECESIDAD DE INTERVENCIÓN MÉDICA EN EMBARAZOS DE HASTA 11 SEMANAS DE GESTACIÓN, SIEMPRE Y CUANDO SE CUENTE CON LA INFORMACIÓN CORRECTA Y COMPLETA, LOS MEDICAMENTOS Y DOSIS INDICADAS, ASÍ COMO UN PLAN DE SEGURIDAD Y CLARIDAD RESPECTO A LA IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA (IPAS, 2020).

En todo el mundo, incluyendo América Latina, existen organizaciones y redes de mujeres que proporcionan acompañamiento y asesoría para el acceso al aborto con medicamentos en casa, sin que la mujer o adolescente tenga que acudir a los servicios de salud. Esta es una alternativa que beneficia a las mujeres y también a los sistemas de salud, pues los libera de una importante carga en la provisión del procedimiento.

Finalmente, como personal docente es importante considerar que las niñas y adolescentes se enfrentan a mayores dificultades para acceder a información y servicios de aborto seguro, incluso en donde existen indicaciones legales. Además, resulta más probable que niñas y adolescentes retrasen la búsqueda de atención, por lo cual es usual que se realicen el aborto en etapas más avanzadas del embarazo, que recurran a personas no calificadas, que empleen métodos inseguros y que pospongan la búsqueda de atención médica en caso de complicaciones, acciones que suelen ser más frecuentes y severas en esta población que en las mujeres adultas

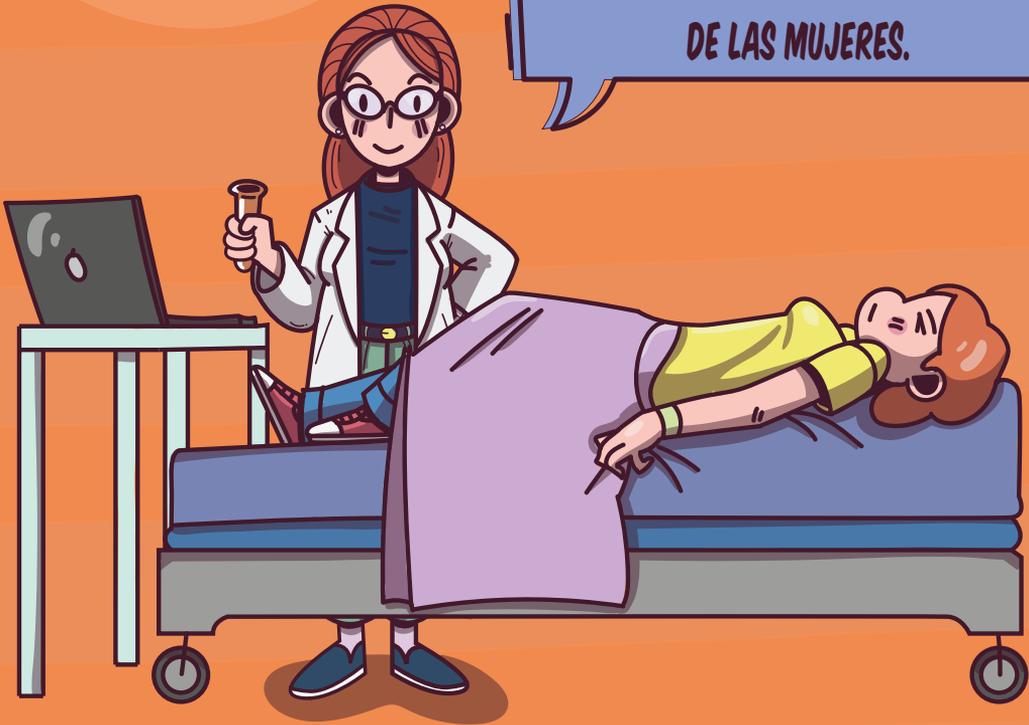




MITOS

1

EL ABORTO CAUSA INFERTILIDAD Y OTROS DAÑOS A LA SALUD FÍSICA DE LAS MUJERES.



La información disponible en la literatura médica que evalúa la fertilidad después de un aborto inducido demuestra que no existen efectos negativos en la fertilidad futura asociados a un aborto previo (Rowlands, 2011). De hecho, la mujer podría quedar embarazada inmediatamente después del aborto. Por eso, es muy importante que adopte un método anticonceptivo seguro antes de reanudar las relaciones sexuales. Garantizar un aborto en situaciones de seguridad técnica y sanitaria, con un marco legal favorable y personal de salud calificado, es el evento obstétrico más seguro en la vida reproductiva de las mujeres, además de que con ello se respetan sus derechos sexuales y reproductivos (OMS, 2015).

2

EL ABORTO OCASIONA DAÑOS A LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES.

No existen pruebas científicas para corroborar la idea de que las mujeres que tienen abortos sufren el supuesto “síndrome postaborto”, por lo que ninguna instancia científica sería lo reconoce como un diagnóstico legítimo de salud mental. Quienes afirman que el aborto por sí mismo ocasiona secuelas mentales como depresión, suicidio o consumo de sustancias lo hacen basándose en investigaciones sesgadas que comparaban la experiencia de mujeres que abortaron en diferentes trimestres, en condiciones inseguras y sin considerar si el embarazo era deseado o no (APA, 2008).

Lo cierto es que padecer depresión antes de la interrupción del embarazo sí se relaciona con el desarrollo de síntomas de afectaciones mentales después del procedimiento (Hall et al., 2015). También se ha documentado que el estigma y el juicio social hacia las mujeres que deciden interrumpir un embarazo son los principales factores determinantes del malestar en las mujeres que tuvieron un aborto (Steinberg et al., 2016).



Después de un aborto, dependiendo de las circunstancias, las mujeres pueden experimentar sensaciones normales de tristeza y estrés; sin embargo, estas sensaciones disminuyen con el paso del tiempo. Incluso algunas refieren que la sensación inicial se transforma en alivio (Hall et al., 2015).

EN LAS INVESTIGACIONES QUE DAN SEGUIMIENTO DE LAS MUJERES DESPUÉS DE 5 AÑOS DE HABERSE REALIZADO UN ABORTO, EL 95% DE LAS MUJERES ASEGURAN HABER TOMADO LA MEJOR DECISIÓN (ROCCA ET AL., 2020) Y QUIENES TUVIERON ACCESO A UN ABORTO ELEGIDO TIENDEN A PROYECTAR EL FUTURO DE MANERA POSITIVA CON METAS EN SU PLAN DE VIDA PARA EL SIGUIENTE AÑO (UPADHYAY ET AL., 2015).





LAS MUJERES QUE RECURREN A UN ABORTO SON IRRESPONSABLES Y EGOÍSTAS.

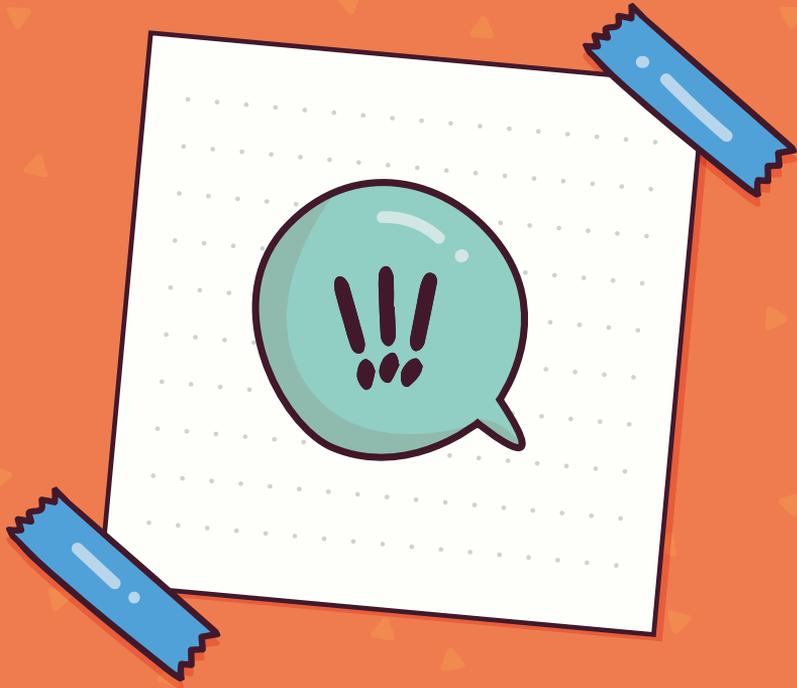
Las mujeres en todo el mundo, de distintas edades, condiciones y contextos, recurren al aborto por una variedad de motivos, entre los cuales se encuentra la violencia sexual, la falta de acceso a servicios y a los métodos anticonceptivos modernos, las dificultades para el uso correcto y consistente de los anticonceptivos, las fallas propias de los métodos y el hecho mismo de que en ese momento de sus vidas no desean tener hijas/os. En la decisión de interrumpir el embarazo convergen una serie de cuestiones personales, subjetivas, financieras, sociales, emocionales y de salud que son relevantes y muy significativas para cada mujer. Generalmente, las mujeres que han decidido abortar tienen más de una razón para hacerlo (Torres y Forrest, 1988; Chae et al., 2017).

La decisión del aborto supone ir en contra de normas sociales y mandatos de género relacionados con la maternidad, la cual históricamente se ha considerado como un atributo inherente a la identidad femenina. De modo que cuando una mujer decide abortar, la sociedad interpreta esa decisión como una transgresión hacia lo que culturalmente significa ser mujer (Ipas CAM, 2020a). Es frecuente que socialmente se emitan juicios estigmatizantes y señalamientos de condena moral hacia las mujeres que deciden interrumpir un embarazo, pues también se piensa que las mujeres, niñas y adolescentes no son capaces de tomar decisiones correctas sobre sus propias vidas.

También hay quienes ven la continuación del embarazo como un castigo o lección para las mujeres por ejercer su sexualidad, y asumen prejuiciosamente que estas son irresponsables.

ES IMPORTANTE HACER UN EJERCICIO DE REFLEXIÓN RESPECTO A NUESTROS PREJUICIOS Y TRATAR DE ASUMIR UNA ACTITUD DE EMPATÍA, RESPETO Y RESPALDO A LAS DECISIONES DE LAS MUJERES, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN LO RELACIONADO CON SU VIDA SEXUAL Y REPRODUCTIVA.







TOMA NOTA



Penalizar legalmente el aborto no evita ni contribuye a reducir su práctica, pero sí ocasiona que las mujeres recurran a procedimientos peligrosos que ponen en riesgo su salud y vida.



Cuando el aborto se realiza en condiciones de seguridad técnica, por personal calificado y con los métodos recomendados, es uno de los procedimientos más seguros en la vida reproductiva de las mujeres.



Las niñas y adolescentes requieren de mayor apoyo y acompañamiento para acceder a información y servicios de aborto seguro, pues, en comparación con las mujeres adultas, enfrentan mayores barreras que incrementan sus probabilidades de someterse a procedimientos peligrosos y sufrir complicaciones.



Es fundamental contar con la información más actualizada basada en evidencia científica y evitar infundir miedo a las adolescentes.



Para disminuir la morbilidad y la mortalidad por causas relacionadas con el embarazo, es necesario garantizar acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, anticoncepción, atención calificada del parto, cuidados de emergencia obstétrica e interrupción legal y segura del embarazo para todas las mujeres y niñas que los requieran.

BIBLIOGRAFÍA

APA Task Force on Mental Health and Abortion (2008). *Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion*. Washington, D. C.: The American Psychological Association. Recuperado de: www.apa.org/pi/women/programs/abortion/mental-health.pdf

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2019). *Abortion surveillance*. United States of America: MMWR Surveill Summ, 68, (11), 1-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6907a1>

Chae, S., Desai S., Crowell, M. y Sedgh, G. (2017). Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries. *Contraception*, 96, (4), 233-241. DOI: 10.1016/j.contraception.2017.06.014

Chen, M. J. y Creinin, M. D. (2015). Mifepristone With Buccal Misoprostol for Medical Abortion: A Systematic Review. *Obstet Gynecol.* 126, (1): 12-2. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000897

Gatter, M., Cleland, K. y Nucatola, D. L. (2015). Efficacy and safety of medical abortion using mifepristone and buccal misoprostol through 63 days. *Contraception*. 91, (4): 269-273. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.01.005>

Hall, K. S., Steinberg, J. R., Cwiak, C. A., Allen, R. H. & Marcus, S. M. (2015). Contraception and mental health: a commentary on the evidence and principles for practice. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 212, (6), 740-746. DOI: 10.1016/j.ajog.2014.12.010

Ipas (2020). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas

Ipas Centroamérica y México (CAM) (2020a). ¿Por qué abortan las mujeres? Qué dice la evidencia sobre las causas y razones del aborto inducido. México: Ipas CAM

Ipas Centroamérica y México (CAM) (2020b). Manual de consejería anticonceptiva. Guía para fortalecer los servicios de anticoncepción en los sitios de salud. México: Ipas CAM

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *Del concepto a la medición: la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS*. Departamento de salud reproductiva e investigación. Ginebra: OMS

Rocca, C. H., Samari, G., Foster, D. G., Gould, H. & Kimport, K. (2020). Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma. *Social Science & Medicine*, 248, 12782. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112704>

Rowlands, S. (2011). Misinformation on abortion. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 16, (4), 233-240. DOI: <https://doi.org/10.3109/13625187.2011.570883>

Secretaría de Salud (1993). Norma Oficial Mexicana 005, de los servicios de planificación familiar. México: Secretaría de Salud.

Steinberg, J. R., Tschann, J. M., Furgerson, D., & Harper, C. C. (2016). Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance of stigma. *Social Science and Medicine*, 150, 67-75. DOI: [10.1016/j.socscimed.2015.12.007](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.007)

Torres, A., y Forrest, J. (1988). Why Do Women Have Abortions? *Family Planning Perspectives*, 20(4), 169-176. DOI: [10.2307/2135792](https://doi.org/10.2307/2135792)

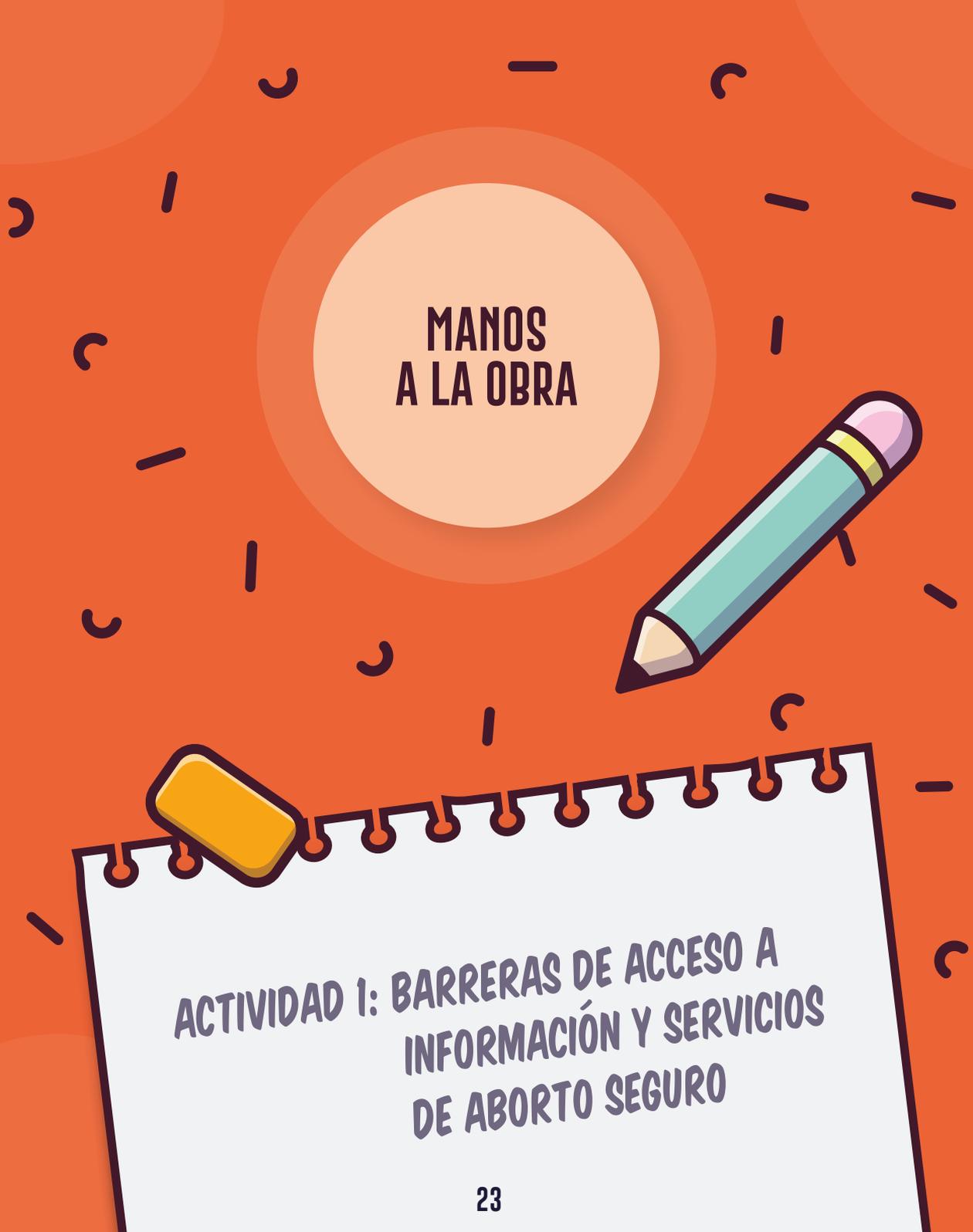
Upadhyay U., Biggs M.A., Foster D.G. (2015). The effect of abortion on having and achieving aspirational one-year plans. *BMC Women's Health*, 15, 102. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0259-1>

World Health Organization (2015). *Safe Abortion: Technical and policy guidance for health systems*. Génova, Suiza: WHO [Internet]. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173586/WHO_RHR_15.04_eng.pdf?jsessionid=6725CF60EDA5A8F0CB64F833BEEA1D00?sequence=1

World Health Organization & Guttmacher Institute (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4)







MANOS A LA OBRA



ACTIVIDAD 1: BARRERAS DE ACCESO A
INFORMACIÓN Y SERVICIOS
DE ABORTO SEGURO

ACTIVIDAD 1:

BARRERAS DE ACCESO A INFORMACIÓN Y SERVICIOS DE ABORTO SEGURO²



OBJETIVOS:

- Identificar las diferentes barreras que enfrentan las mujeres adolescentes cuando buscan información y servicios de aborto seguro.
- Reconocer las formas en que estas barreras afectan a las mujeres adolescentes de manera diferente que a las mujeres de edad más avanzada.



DURACIÓN:

50 minutos.



MATERIALES:

Rotafolios, marcadores, cinta adhesiva, notas autoadhesivas (*post-it*) y papel en colores.



INSTRUCCIONES:

PREVIO A LA ACTIVIDAD, REALICE LAS SIGUIENTES ACCIONES:



Revise con atención las Hojas de trabajo sobre las barreras a los servicios de aborto seguro (Anexo 1).



Prepare varias notas autoadhesivas (*post-it*) para cada equipo.



Escriba las 4 categorías de barreras de acceso al aborto en papeles, de preferencia, de diferentes colores: 1) sociales, 2) económicas y logísticas, 3) legislativas y políticas y 4) barreras del sistema de salud.



Dibuje en una hoja de rotafolio un ejemplo de una historia sobre las barreras a los servicios de aborto.



Escriba las preguntas para la discusión en una hoja de rotafolio.

2 Tomado y adaptado de: Turner, K. et al. (2012). *Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: un juego de herramientas para la capacitación*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

1

Informe al grupo que en esta actividad identificarán las barreras a los servicios de aborto que enfrentan las adolescentes y explorarán cómo esas barreras afectan el acceso de las más jóvenes a esos servicios de manera diferente a las mujeres adultas.

2

Pídales que escriban en las notas autoadhesivas las barreras que podrían encontrar las mujeres adolescentes cuando buscan servicios de aborto. Indíqueles que escriban una sola barrera por cada nota en letras grandes. Cada participante puede escribir varias notas.

3

Dígales que agruparán las barreras en categorías. Fije en la pared las cuatro categorías de barreras que fueron escritas en notas de cuatro colores diferentes, y léalas en voz alta. Después pídale que fijen el **post-it** en la categoría que consideren que corresponde.

4

Si el grupo considera que determinada barrera no se puede clasificar bajo ninguna de las cuatro categorías, colóquela a un lado por ahora y vuelva a esta barrera después que se hayan categorizado todas las demás.

5

Asegúrese de que hayan mencionado todas las barreras clave explicadas en las hojas de trabajo (Anexo 1). Agregue barreras que falten bajo cada categoría.

6

Dígales que para la próxima parte de la actividad explorarán cómo estas barreras afectan a las mujeres adolescentes.

7

Indíqueles que se dividan en grupos pequeños de no más de 5 personas cada uno. Entregue a cada equipo una hoja de rotafolio y marcadores. Solicite que una persona en cada grupo tome notas y presente un resumen de las discusiones al grupo en plenaria.

8

Proporcione las siguientes instrucciones sobre cómo cada grupo debe dibujar su historia acerca de las barreras a los servicios de aborto seguro:

- a.** *Dividir la hoja de rotafolio de su grupo en 6 casillas.*
- b.** *Enumerar las casillas del 1 al 6. En la primera casilla, dibujar a una mujer adolescente con un embarazo no deseado y el resto de las casillas en blanco; a partir de ahí, continuará el desarrollo de la historia.*
- c.** *La historia comienza en la primera casilla y termina en la sexta casilla.*
- d.** *En cada casilla deberán dibujar una imagen o situación que represente las diferentes barreras que encuentra esta adolescente en su búsqueda de servicios de aborto.*
- e.** *Es importante que las situaciones respondan al contexto y a las realidades que viven las mujeres adolescentes, dependiendo del país o la región en las que se encuentran.*

9

Informe a los equipos que tienen 15 minutos para dibujar su historia. Visite cada equipo para ver sus progresos a lo largo de la actividad y facilitar la reflexión conforme considere necesario.

10

Cuando los equipos terminen de dibujar sus historias, presente una hoja de rotafolio con las siguientes preguntas y pídale que las discutan dentro de los equipos:

- a.** *¿De qué manera cada una de estas barreras impiden los esfuerzos de la joven por interrumpir su embarazo de manera segura?*
- b.** *¿Cuál es la probabilidad que tiene la joven de practicarse un aborto seguro?*
- c.** *¿Cuáles serían las diferencias entre la experiencia de las mujeres jóvenes con estas barreras comparada con la de mujeres de edad más avanzada? ¿Qué barreras serían únicas en el caso de las adolescentes?*
- d.** *¿De qué manera estas barreras se relacionan con la tasa desproporcionadamente alta de abortos inseguros entre las mujeres adolescentes?*

11

En plenaria, invite a cada equipo a fijar su hoja de rotafolio, compartir su historia y resumir la discusión de su grupo.

Después de que todos los equipos hayan presentado, destaque los puntos clave de la discusión. Podría resumir en torno a lo siguiente:

- ➔ Las adolescentes se encuentran con muchas barreras para acceder a los servicios de aborto. En la mayoría de los países de América Latina, las restricciones legales son el primer obstáculo con el que se enfrentan. Haga hincapié en el hecho demostrado de que la penalización del aborto no evita que las mujeres y adolescentes recurran a su práctica, pero sí las expone a procedimientos inseguros que ponen en riesgo su salud y sus vidas.
- ➔ Otras barreras pueden ser tan grandes, como ciertas actitudes y creencias sociales, que generan que ocurra la discriminación de género y edad, por ejemplo, la falta de recursos financieros. Incluso puede ser una barrera algo aparentemente pequeña, como tener que proporcionar el nombre del esposo.
- ➔ Estas barreras se pueden dividir en categorías: sociales, económicas y logísticas, legislativas y políticas, y barreras de los sistemas de salud.
- ➔ La experiencia de las niñas y adolescentes con las barreras suele ser diferente a la experiencia de las mujeres adultas. Algunas barreras, como las leyes o políticas sobre el consentimiento, podrían ser únicas para las adolescentes menores de cierta edad.



→ Las barreras que afrontan las mujeres jóvenes las hacen especialmente vulnerables a demorarse en buscar y recibir servicios, y las hacen pensar que el aborto inseguro es su única opción. Las mujeres jóvenes que obtienen servicios de aborto tienden a buscarlos cuando el embarazo está más avanzado que las adultas. Las jóvenes que tienen una interrupción del embarazo insegura son más propensas que las adultas a postergar la búsqueda de ayuda cuando hay complicaciones, en consecuencia, corren el riesgo de sufrir posibles lesiones o la muerte, debido a estas barreras. Algunas mujeres jóvenes son forzadas a ser madres en contra de su voluntad, mientras que otras son aisladas de su comunidad y forzadas a dejar su casa.

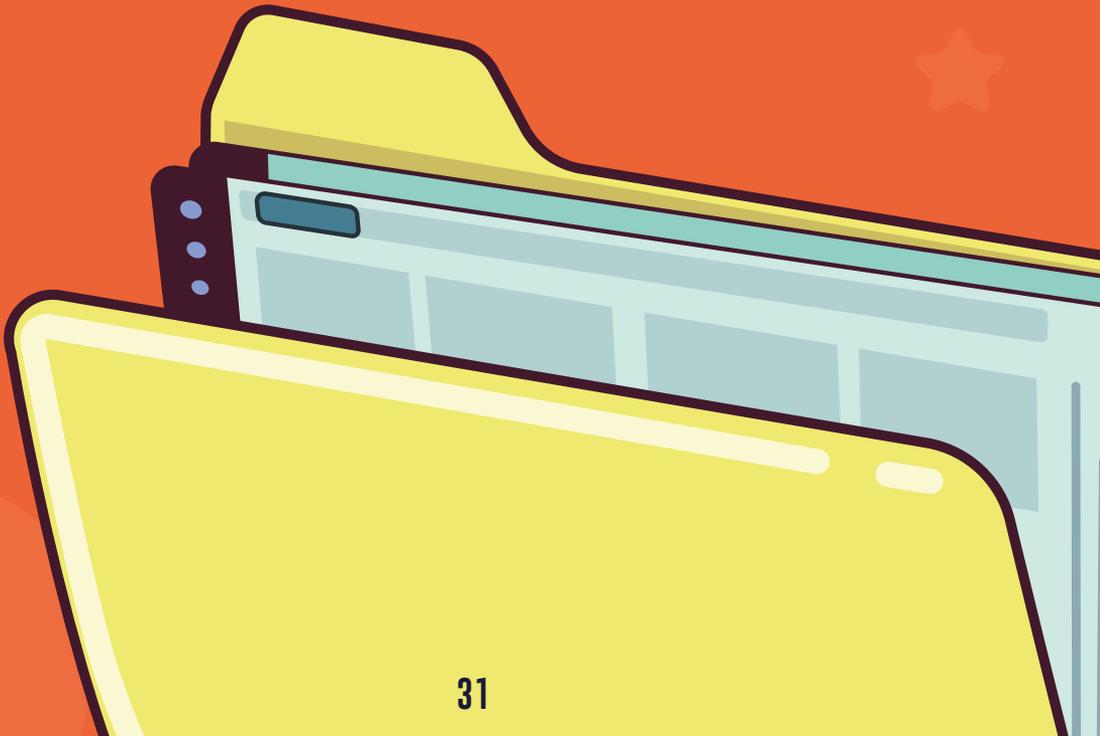
→ Por tanto, es urgente eliminar la mayor cantidad posible de estas barreras para garantizar que las mujeres jóvenes reciban los servicios que necesitan y a los cuales tienen derecho, y que no recurran a abortos inseguros que pueden poner en peligro su vida.

→ Las madres, los padres, la comunidad, las personas responsables de formular políticas y las y los profesionales de la salud pueden desempeñar un papel importante para eliminar las barreras a los servicios de aborto que afrontan las personas jóvenes.

13

Solicite y discuta con el grupo preguntas, observaciones o inquietudes pendientes. Agradezca al grupo su participación.

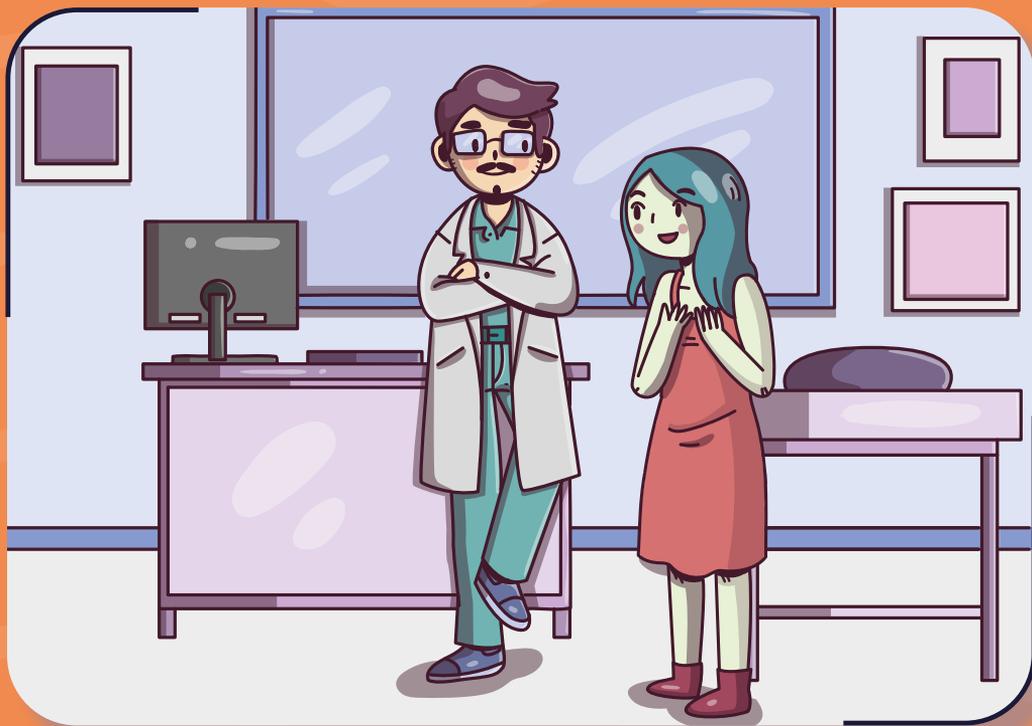
ANEXOS



ANEXO 1

HOJA DE TRABAJO SOBRE LAS BARRERAS A LOS SERVICIOS DE ABORTO SEGURO

El propósito de esta actividad es aumentar el entendimiento de las barreras sociales, económicas, logísticas, legislativas, políticas y de los sistemas de salud que enfrentan las mujeres jóvenes y adolescentes cuando buscan información y servicios de aborto seguro.



Debido a estas barreras, las mujeres recurren a abortos inseguros o aplazan la búsqueda de atención hasta que el embarazo está más avanzado, cuando el riesgo de complicaciones es significativamente más alto. A continuación, se presenta una breve explicación de cada una de las barreras mencionadas. Se recomienda ahondar en el tema para tener un mejor dominio de este, puede consultar los recursos sugeridos en la sección "Recomendaciones y otros recursos".

BARRERAS SOCIALES

DISCRIMINACIÓN DE GÉNERO.

Las mujeres a menudo son tratadas de manera desigual por cuestiones de género y, por ello, enfrentan mayores dificultades para tener la libertad o los medios para obtener servicios de aborto seguro. Por ejemplo, tienen más dificultades con los permisos para salir de sus casas o en los servicios de salud se les exige que las acompañe su padre o madre para recibir la atención.

VIOLENCIA DE GÉNERO.

Las mujeres jóvenes son particularmente vulnerables a la violencia de género y el temor o la vergüenza después de sufrir este tipo de violencia posiblemente les impida obtener servicios de aborto.

NOTA: Para ahondar más sobre discriminación y violencia basada en género, recomendamos consultar los capítulos sobre "Género", "Violencia en el noviazgo" y "Comunicación y negociación", contenidos en este manual.

ESTIGMA.

El estigma es un constructo social que marca negativamente a una persona por tener o vivir con una característica específica. Se traduce en el trato diferenciado por parte de la sociedad, el grupo social o las personas hacia la persona estigmatizada. Por ejemplo, se estigmatiza a una persona con discapacidad física o con una cicatriz visible en el cuerpo. También hay personas que son estigmatizadas por otras características o atributos personales; por ejemplo, por su condición económica o social, por su raza o estado de salud como el caso de las personas con el VIH.



ESTIGMA EN TORNO AL ABORTO.

El estigma relacionado con la interrupción del embarazo se refiere al proceso social a través del cual las sociedades colocan atributos o connotaciones negativas a todo lo relacionado con el tema de aborto: al procedimiento como tal, a la mujer que lo solicita, al personal de salud que lo realiza, a la persona que acompaña o proporciona información a las mujeres para hacerse un aborto o a las personas que hacen abogacía a favor del tema. Sin embargo, las más afectadas por el estigma en torno al aborto son las mujeres y adolescentes que lo solicitan.

ESTIGMA EN TORNO A LA SEXUALIDAD.

La sexualidad es una de las dimensiones humanas más propicias para la reproducción de mitos, prejuicios y estigmas, en buena medida, debido a la falta de educación integral de la sexualidad (EIS) y a la influencia de grupos religiosos y opositores que se contraponen a este tipo de información. De manera particular, las mujeres enfrentan el estigma sobre la sexualidad que les reprime su ejercicio y expresión con el temor de ser señaladas y enjuiciadas negativamente.

ESTIGMA EN TORNO A LA EDAD.

Las personas jóvenes a menudo no son consideradas lo suficientemente maduras para tomar decisiones respecto a tener relaciones sexuales, usar métodos anticonceptivos y para manejar un embarazo no deseado.

FALTA DE APOYO SOCIAL.

Debido al estigma en la comunidad, una mujer joven quizá no pueda pedir información o ayuda respecto al aborto seguro por temor a sufrir repercusiones negativas. También es importante mencionar la influencia que tienen los sectores o grupos conservadores que se oponen a temas fundamentales para la salud sexual y reproductiva de la población, como la educación integral en sexualidad, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y a servicios de aborto seguro, lo cual afecta de manera desproporcionada a las más jóvenes.

BARRERAS ECONÓMICAS Y LOGÍSTICAS



RECURSOS FINANCIEROS.

Las mujeres jóvenes a menudo son dependientes económicamente y no tienen acceso a dinero para costear los traslados o los gastos de los servicios cuando hay falta de disponibilidad de servicios públicos y gratuitos.

TRANSPORTE.

Posiblemente tengan que viajar grandes distancias y no haya transporte disponible o este sea caro.

Estas barreras suelen intensificarse en situaciones de crisis, como es el caso de la pandemia por COVID-19, que ha afectado a los sectores históricamente más desfavorecidos, como mujeres y adolescentes, particularmente de zonas marginadas. Para ahondar más sobre las implicaciones de la pandemia por COVID-19 en la salud sexual y reproductiva, recomendamos consultar la sección de “Recomendaciones y más recursos” que aparece en este capítulo.

BARRERAS LEGISLATIVAS Y POLÍTICAS

LEYES DE ABORTO.

Estas pueden ser restrictivas y, si bien la tendencia global apunta a la liberalización de las leyes, muchos países en América Latina siguen con marcos legales restrictivos e incluso de criminalización total. Para ahondar más sobre la situación legal del aborto en esta región, consulte la sección de “Recomendaciones y otros recursos” de este capítulo.

LEYES RESPECTO A LA PARTICIPACIÓN DE TERCERAS PARTES.

Una barrera significativa para las mujeres jóvenes consiste en tener que notificar o tener un consentimiento obligatorio del padre/madre, tutor/a, psiquiatra u otra persona adulta.

VIOLENCIA SEXUAL.

La violencia sexual por violación en México es una causal legal para la interrupción del embarazo, pero el proceso muchas veces no protege la confidencialidad y puede ser difícil, lento y emocionalmente doloroso.

INTERACCIÓN CON OTRAS LEYES.

Es posible que las unidades de salud y profesionales de la salud ignoren qué ley tiene precedencia y se nieguen a ofrecer servicios de aborto. Esto puede confundir a las usuarias y ocasionar que no busquen estos servicios.

DOCUMENTOS DE APLICACIÓN.

Los pasos o procedimientos requeridos por políticas, normas o pautas, que no son exigidos por la ley, actúan como barreras, incluso cuando se supone que sean útiles.



BARRERAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Las mujeres y adolescentes se enfrentan a una serie de barreras dentro de los servicios de salud. El hecho de haber llegado al servicio no garantiza que van a recibir la atención o que van a ser tratadas con calidad y sin estigma. Entre las principales barreras de los sistemas de salud se encuentran:



Carencia o falta de disponibilidad de unidades de salud donde se ofrecen servicios de aborto seguro. Esto incluye también la ausencia de estrategias o programas de atención dirigidos a la población adolescente, sensibles a sus necesidades particulares. En algunos países, a estos servicios se les conoce como “Servicios amigables”.



Carencia o falta de personal de salud sensibilizado y capacitado en las tecnologías recomendadas. Muchos profesionales de la salud justifican la negación de los servicios bajo la figura de la objeción de conciencia, la cual muchas veces es mal entendida o mal aplicada en detrimento del derecho a las mujeres y adolescentes a acceder a los servicios.

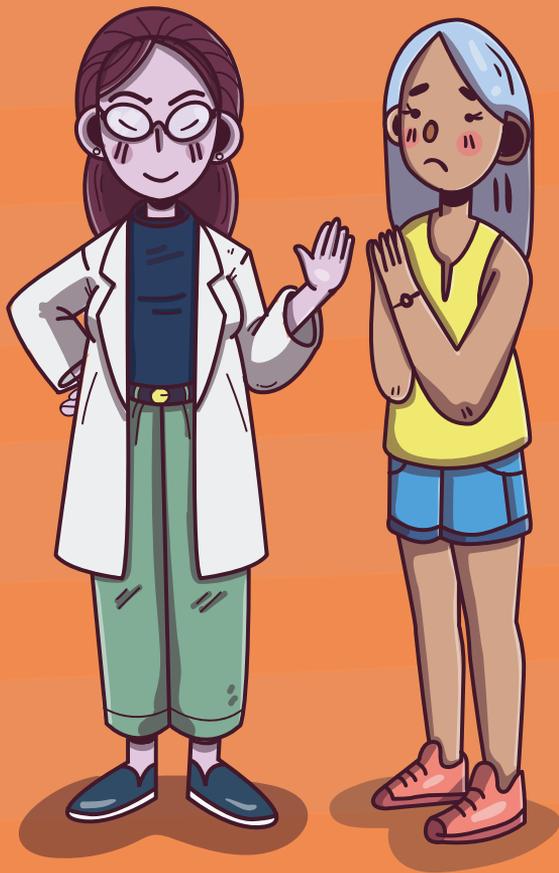


Falta de infraestructura dentro de los servicios o desabasto de los insumos básicos necesarios. Procesos y formularios innecesariamente complejos o centrados en las personas adultas.



Falta de privacidad y confidencialidad por parte del personal de los servicios y también actitudes que criminalizan a las mujeres y adolescentes, incluso en casos de mujeres con abortos espontáneos o en evolución. En varios países con leyes restrictivas, es frecuente que el mismo personal de salud criminalice y denuncie a las mujeres ante la autoridad judicial, en ocasiones, les imponen penas de hasta 30 años de prisión. Las más afectadas por esta práctica son las más jóvenes que pertenecen a sectores marginados o indígenas; por tanto, esto también es un asunto de desigualdad e injusticia social.

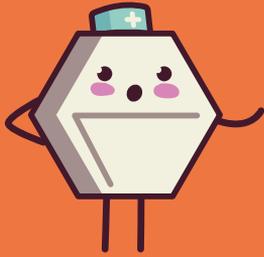
INTERRELACIÓN DE LAS BARRERAS



Muchas barreras influyen en otras barreras, un ejemplo de esto es el impacto que tienen los estigmas en las políticas y las actitudes que se tienen en relación al aborto. Las barreras sociales como el estigma y la discriminación de género influyen en gran medida en otras barreras, en particular en las leyes, las políticas, los procesos, la documentación y las actitudes del personal de salud. También es posible que influyan en la disponibilidad de las unidades de salud donde se ofrecen servicios de aborto seguro a las mujeres jóvenes. Por ejemplo, en países donde la sexualidad de las personas jóvenes y la interrupción del embarazo son estigmatizados, muchos prestadores de servicios no quieren ser asociados con los servicios de aborto para nada y, en particular, se resisten a verse relacionados con el aborto de las mujeres jóvenes.

Un ejemplo de esto son las leyes que limitan las indicaciones para la interrupción legal del embarazo, ya que estas también sirven para reforzar las barreras sociales. Al abordar las barreras de los sistemas de salud y las barreras logísticas, las unidades de salud podrían incurrir en más costos, por lo cual se verían obligadas a aumentar el precio de los servicios de aborto y, por ende, crear una barrera de costo aún mayor para las mujeres adolescentes y jóvenes.







RECOMENDACIONES Y OTROS RECURSOS:



Publicación:

Ipas (2013). Cuando el aborto es un crimen. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Disponible en: <http://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/lpas%20cuando%20el%20aborto%20es%20un%20crimen%20pdf.pdf>



Publicación:

Ipas (2019). Acompañamiento y consejería a mujeres en situación de aborto. México: Ipas.



Publicación:

Ipas Centroamérica y México (CAM) (2020). Aborto y salud mental . México: Ipas CAM. Disponible en: https://www.ipascam.org/recursos/aborto_y_salud_mental/



Publicación:

Ipas Centroamérica y México (CAM) (2020). Aborto seguro. Un servicio esencial durante la pandemia por COVID-19. México: Ipas CAM. Disponible en: https://www.ipascam.org/recursos/aborto_seguro_un_servicio_esencial_durante_la_pandemia_por_covid-19/



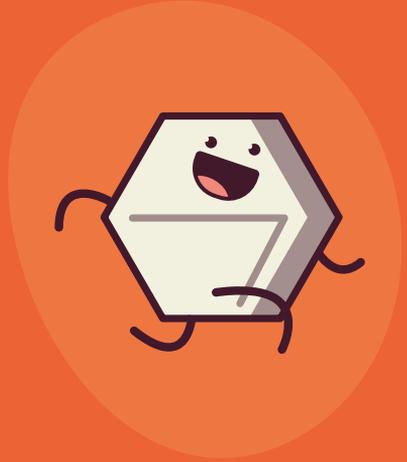
Publicación:

Ipas México (2020). Causales legales para el aborto. México: Ipas México. Disponible en: https://www.ipascam.org/uploads/1573138046250_ES_ARCHIVO_1.pdf

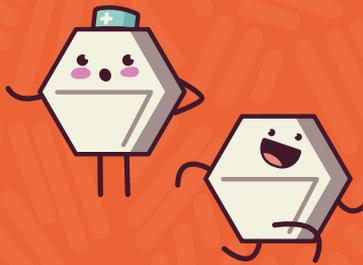


Publicación:

Turner, K. L., Börjesson, E., Huber, A. y Mulligan, C. (2012). Servicios de aborto para las mujeres jóvenes: Un juego de herramientas para la capacitación. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. De manera particular, se recomienda la actividad "Por qué murió ella".







www.ipasmexico.org

www.ipascam.org

www.profesionalesdelasalud.ipasmexico.org



Ipas CAM



Ipas_CAM



Ipas México



Ipas CAM



Ipas CAM



ipas_cam