

### 3. POLÍTICA PÚBLICA PARA LA INCORPORACIÓN DEL ABORTO EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Si bien el diseño de las leyes, las regulaciones y la implementación de la política pública será distinta para cada país, ofrezco cinco ejes que considero deben ser incluidos en cualquier propuesta de legalización e incorporación del aborto a la seguridad social: las características de la ley, los servicios de interrupción del embarazo, las medidas para mejorar el acceso, la difusión y los casos especiales.

#### Características de la ley

Lo primero es que el Estado, mediante la seguridad social, debe garantizar el acceso a la interrupción del embarazo. Por lo anterior, las instituciones gubernamentales pertinentes de cada país deberán asegurar que cualquier mujer pueda realizarse un aborto seguro y gratuito, independientemente de si está afiliada a la seguridad social.

En segundo lugar, recomiendo que, cuando menos en la fase inicial, la propuesta busque la legalización del aborto durante las primeras 12 semanas. Principalmente porque el aborto en este periodo es más seguro y menos invasivo para las mujeres.<sup>126</sup> Además, es menos oneroso y resulta

<sup>126</sup> Por ejemplo, en la Ciudad de México, el 65 % de todas las interrupciones legales se realizaron con medicamentos. Para mayor información,

RENATA TURRENT

viable financieramente para el Estado. Por otro lado, sugiero que se prohíba que el cuerpo médico cuestione las razones por las que las mujeres deciden abortar, para protegerlas de posibles juicios morales que pudieran obstaculizar el ejercicio de sus derechos.

En tercer lugar, el periodo de interrupción puede ampliarse en casos especiales, como sucede en Uruguay.<sup>127</sup>

1) Si la vida o la salud de la mujer está en peligro; 2) si existen malformaciones del producto incompatibles con una vida extrauterina digna, o 3) si el embarazo es producto de violación o incesto. Además, como sucede en México,<sup>128</sup> en estos últimos casos, el aborto debe ser garantizado con una declaración bajo protesta de que la gestante está diciendo la verdad, pero sin necesidad de una denuncia formal.

Por último, es indispensable que la ley contemple que el cuerpo médico pueda ejercer la objeción de conciencia de manera individual, pero no institucional. Es importante también que ésta sólo aplique al cuerpo médico directamente involucrado en el procedimiento, pero no al personal administrativo. Más adelante exploro a fondo algunas

---

véase “Interrupción legal del embarazo. Estadísticas abril 2007-25 de julio 2019” de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Disponible en <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/Interrupcion-Legal-del-Embarazo-Estadisticas-2007-2017-25-de-julio-2019.pdf>

<sup>127</sup> OIG-CEPAL, “Reglamentación de la Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo”, 2012. Disponible en <https://oig.cepal.org/es/laws/2/country/uruguay-22>

<sup>128</sup> Para mayor información, véase Secretaría de Salud de México, la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres, 2009). Disponible en <http://www.cndh.org.mx/Doc-TR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR19.pdf>

cuestiones específicas sobre el abordaje de la objeción de conciencia.

En síntesis, la iniciativa de ley debe incluir por lo menos los siguientes componentes:

1. El Estado debe garantizar que todas las mujeres — independientemente de su situación laboral— tengan acceso a abortos seguros y gratuitos.
2. Por lo menos de manera inicial, que se busque la legalización durante las primeras 12 semanas de gestación. El cuerpo médico no debe preguntar la razón por la que se aborta.
3. Existen casos especiales en los que se debe ampliar el periodo establecido para la interrupción: si el embarazo es producto de violación o incesto, si su continuación pone en riesgo la salud o la vida de la madre, o si hay malformación del producto. Para los casos de violación, una protesta de decir la verdad debe ser el único requisito.
4. La objeción de conciencia debe ser respetada para el cuerpo médico directamente involucrado en la interrupción del embarazo y a nivel individual, pero no de manera institucional ni al personal administrativo.

## **Servicios de interrupción del embarazo hasta las 12 semanas de gestación**

Las interrupciones del embarazo durante las primeras 12 semanas suelen realizarse mediante medicamentos o aspiraciones endouterinas, los cuales son procedimientos am-

bulatorios, por lo que pueden realizarse en unidades médicas móviles.<sup>129</sup> Dependiendo del caso, los abortos podrán ser realizados por distintos profesionales de la salud,<sup>130</sup> bajo estrictos protocolos y supervisión institucional, como sucede en el caso colombiano y como lo respalda la OMS.<sup>131</sup>

A continuación, muestro información básica sobre los procedimientos abortivos más comunes durante las primeras 12 semanas de gestación.

## **Medidas para mejorar el acceso**

Para asegurar que los servicios sean accesibles a todas las mujeres, recomiendo dos estrategias: unidades médicas móviles y apoyo comunitario.

### *Unidades móviles*

Sugiero que se habiliten unidades médicas móviles en las que se brinden servicios de salud sexual y reproductiva.

<sup>129</sup> Las unidades médicas incluyen clínicas de primer nivel, consultorios, hospitales y centros médicos.

<sup>130</sup> La OMS define como profesionales de salud a médicos/as generales, médicos/as especialistas, enfermeros/as, parteras, entre otros. Para la lista completa, véase [https://www.who.int/hrh/statistics/Health\\_workers\\_classification.pdf](https://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf) (pp. 1-5).

<sup>131</sup> Ministerio de Salud y Protección Social “Prevención del Aborto Inseguro en Colombia Protocolo para el Sector Salud” Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-IVE-ajustado-.pdf>

ABORTO, MATERNIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL

Dichas unidades pueden ofrecer abortos seguros mediante medicamentos o canalizar a las mujeres que lo requieran a las unidades calificadas, como hacen los servicios de salud ambulatorios en México y como recomienda la OPS. Con esto, se puede llegar a las comunidades más alejadas y en condiciones más vulnerables.

CUADRO 4. PROCEDIMIENTOS COMUNES  
POR SEMANAS DE GESTACIÓN

	<b>± 10 semanas de gestación</b>	<b>10 semanas o más</b>
<b>Posible procedimiento</b>	Método farmacológico: mifepristona seguido de misoprostol.	Aspiración endouterina (en algunos casos, legrado uterino).
<b>Visitas médicas</b>	Revisión médica previa a la administración del medicamento y visita médica de seguimiento para asegurar que el aborto se ha completado de manera segura.	Ambulatorio para aspiraciones endouterinas. Hospitalización para legrado uterino.
<b>Profesional médico encargado</b>	Personal médico de primer nivel (médicos/as generales y enfermeras/os).	Personal médico especializado.

Fuente: Elaboración propia con datos de Gabriela Casasco *et al.*, "Aborto: guía de atención", 2008. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/912/91227106.pdf>

RENATA TURRENT

### *Apoyo comunitario*

Recomiendo desarrollar mecanismos para fortalecer los lazos con las comunidades, lo que ayudará a mejorar el acceso a servicios de salud en zonas rurales. Por un lado, propongo que el gobierno realice convenios con universidades para que los y las estudiantes puedan hacer su servicio social, donde ofrecerían información sexual y reproductiva, canalizarían a quien lo requiera y repartirían métodos anticonceptivos. Por el otro, sugiero implementar un programa de voluntariado ligado a servicios de salud, similar al programa IMSS-Bienestar de México. Este programa, que atiende a más de 12 millones de personas en comunidades rurales, se conforma por cientos de miles de voluntarios capacitados en atención básica de salud, que remiten pacientes a los centros que les corresponde según sus necesidades.

### **Difusión: campañas mediáticas y educativas**

Para garantizar que la población que requiera interrumpir el embarazo esté bien informada, propongo que este modelo incluya una campaña mediática y educativa robusta. En Uruguay, por ejemplo, existen anuncios en los que se explica de manera clara y sencilla el proceso del aborto, incluyendo los requerimientos, límites de semanas de gestación, casos especiales y procedimientos a seguir.

### *Campañas mediáticas*

Anuncio sobre la legalización y la obligación de las instituciones a ofrecer estos servicios de manera segura y gratuita.

- \* Campaña de concientización sobre los problemas de salud y muertes maternas causados por abortos inseguros.
- \* Procesos, requisitos y localización de unidades de salud para realizarse un aborto.

### *Campañas educativas*

- \* Educación a funcionarios públicos del sector salud a fin de mitigar el riesgo de discriminación, revictimización o disuasión a las mujeres que buscan realizar un aborto.
- \* Protocolos de seguridad y responsabilidad institucional.

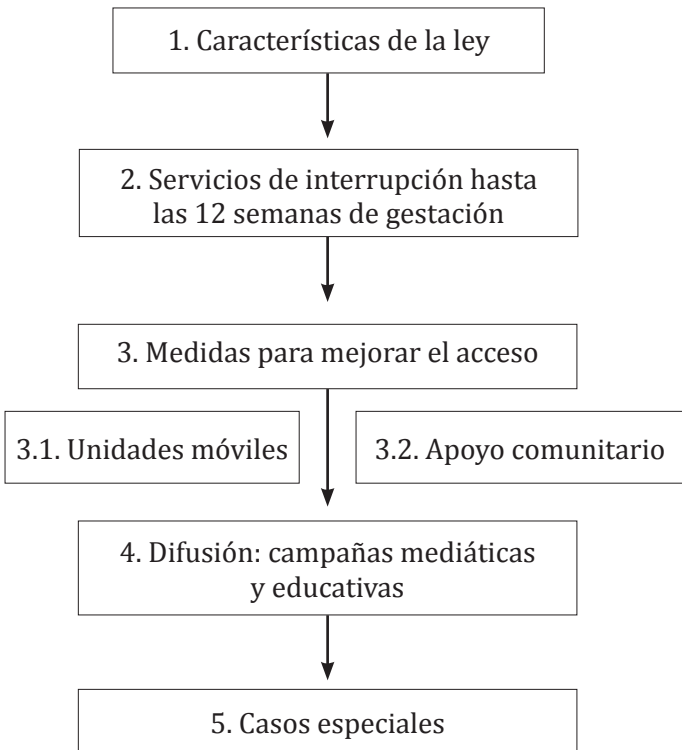
## **Casos especiales**

Para los casos especiales —como la violación, el incesto, la malformación del producto o para salvaguardar la salud o la vida de la mujer— es más probable que se precise acudir a una unidad de salud habilitada para realizar procedimientos más complejos. A fin de garantizar que haya personal capacitado para realizarlos, y tomando el caso colombiano como referencia, es necesario garantizar que, por lo menos,

RENATA TURRENT

se cuente con un profesional médico especialista habilitado por región dispuesto a realizar abortos. De igual forma, sugiero la existencia de protocolos en caso de fallas o retrasos institucionales, como en Uruguay.

### CUADRO 5. MODELO DE POLÍTICA PÚBLICA



Fuente: Elaboración propia.