



Asia Safe Abortion Partnership



clacai

Latin American Consortium
Against Unsafe Abortion



Eastern European Alliance
For Reproductive Choice



African Network
for Medical Abortion

¿Por qué pensamos que son importantes los perfiles de aborto de país?

Experiencia de la Eastern European Alliance of Reproductive Choice (EEARC)

Galina Maistruk, Coordinadora de EEARC y

Tamar Tsereteli – miembro del Comité Directivo de EEARC

EEARC se estableció en junio del 2008. Una de las principales actividades que ha puesto en marcha su Comité Directivo fue la elaboración de perfiles de aborto por país, a cargo de las redes miembros. Estos perfiles por país sintetizan la situación actual del tema del aborto y han sido una herramienta importante para la identificación de los problemas generales y comunes en materia de acceso al aborto con medicamentos con mifepristona y misoprostol, como una opción para la interrupción del embarazo no deseado en los países de Europa del Este, así como las barreras a la accesibilidad y la expansión de los servicios de aborto con medicamentos. La mayoría de los países miembros formaban parte de la antigua Unión Soviética y el colindante "campo socialista", con similares sistemas de salud y de valores. A lo largo de las dos décadas después de obtener su independencia, se introdujeron las reformas de salud siguiendo su propia agenda de servicios de planificación familiar -que estuvieron ausentes durante el período soviético-. Todos estos cambios han traído un escenario diferente, pero el aborto seguro es todavía un gran problema de las políticas públicas y los derechos de las mujeres a pesar de la disminución de las tasas de aborto observada durante el mismo período en los países independientes.

Representantes de los países miembros de las redes han elaborado 13 perfiles de país, incluyendo información sobre la legislación que regula el acceso al aborto, las estadísticas epidemiológicas y sociales, las prácticas actuales, la prestación de servicios, actividades de apoyo de profesionales locales, de las sociedades de Obstetricia / Ginecología y del gobierno; y también las barreras para los servicios de aborto seguro y los retos para

mejorar el acceso. En la actualidad, todos estos perfiles de país están disponibles en ruso y en inglés en el sitio Web de EEARC (www.reprochoice.org).

Estos documentos han ayudado a identificar las tendencias comunes y los problemas actuales de toda la región. Entre los datos más importantes allí reunidos, se debe destacar el siguiente. En primer lugar, en todos los países -con la excepción de Polonia- el aborto a petición durante las primeras 12 semanas de gestación es legal desde hace más de 50 años. La utilización del aborto como un medio de regulación de la fecundidad sigue siendo alta, las tasas de aborto son altas en todos los países -excepto en los Estados Bálticos-, y el aborto sigue contribuyendo a la mortalidad materna en algunos países (Ucrania, Rusia, Azerbaiyán). La intervención quirúrgica (dilatación & curetaje =D&C) continuó siendo el método más extendido y el más utilizado, sobre todo en las zonas rurales. Los servicios de aborto son de baja calidad: una selección limitada de método, la falta de consejería y de servicios post-aborto, pobre prevención de la infección y uso de anestesia general para controlar el dolor. Cabe destacar el hecho de que en el sector privado, la calidad de la prestación del servicio es mejor, pero a precios más altos.

El acceso a los servicios de aborto ha sido cuestionado en los últimos años. Las preocupaciones sobre la disminución de las tasas de natalidad, junto con la presión de los grupos conservadores religiosos y políticos y los funcionarios públicos (especialmente en la Federación Rusa, Eslovaquia, Polonia, Azerbaiyán) han reducido aún más el apoyo a los servicios de planificación familiar y de aborto. Sin embargo, aún existe una fuerte demanda de servicios de aborto y de la mejora del acceso y la calidad de la atención. La información

de los perfiles de país muestra problemas similares en casi todos los países de Europa del Este con lo que se espera que las futuras estrategias sean similares, junto con algunas intervenciones específicas de cada país para hacer frente a las especificidades de los escenarios a nivel nacional. También hay que reconocer que a medida que los servicios de aborto sean legalmente permitidos en todos los países, existe un ambiente de apoyo para la ampliación de la calidad de la prestación de aborto seguro a través de la introducción de nuevas tecnologías y las intervenciones de construcción de capacidad.

Basado en los perfiles de países, el Comité Directivo de EEARC ha elaborado una lista de las principales estrategias claves que se deben implementar para asegurar mejor salud y el bienestar de todas las mujeres en la región, de la siguiente manera:

- Diseñar una agenda de capacitación y realizar actividades de capacitación para proveedores de servicios médicos, específicas por país.
- Ayudar a los gobiernos locales en cada país para fortalecer la vigilancia y los sistemas de datos epi-estadísticos.
- Apoyar a los responsables políticos locales y los principales interesados para desarrollar y adoptar normas nacionales basadas en la evidencia y los protocolos de aborto seguro.
- Mejorar la capacidad de los proveedores de servicios de salud a través de la introducción de nuevas tecnologías.
- Colaborar con los responsables políticos locales para establecer un eficiente sistema de distribución de los medicamentos para el

aborto con medicamentos.

- Diseñar y realizar encuestas sobre conocimientos, actitudes y práctica (KAP, por sus siglas en inglés) para evaluar el grado de conocimiento del aborto con medicamentos entre las mujeres y los proveedores de servicios médicos.
- Diseñar e implementar campañas de concienciación.
- Es necesario implementar actividades de promoción como una herramienta para los logros.

Como primer paso, EEARC desarrolló un sitio Web (www.reprochoice.org) para elevar la conciencia entre los proveedores y las mujeres sobre los métodos de aborto seguro y la implementación de estrategias a nivel nacional. También fueron

desarrollados varios materiales informativos para tal fin. Miembros de la EEARC participaron en diferentes reuniones y conferencias internacionales para hacer visible las necesidades y los problemas de la región.

El mensaje clave de la EEARC es que, a pesar del estatus del aborto legal en la región, hay problemas no resueltos en materia de accesibilidad, calidad de los servicios, junto con un creciente movimiento de oposición al aborto. Este escenario podría tener un impacto negativo en la salud reproductiva de las mujeres, por lo que los activistas locales y donantes deben desarrollar acciones urgentes.

Desafortunadamente, debido a la prolongada presencia de la sociedad civil del "sistema soviético", la región de Europa del Este tiene una experiencia limitada y escasas capacidades para el uso de estrategias de abogacía para promover

cambios políticos y de políticas públicas. Como una consecuencia de ello, la EEARC ha identificado el desarrollo de estrategias e instrumentos de promoción como un objetivo prioritario para el futuro cercano. Para ello, en la actualidad, la EEARC cuenta con el apoyo de la Sociedad Europea de Anticoncepción para facilitar el desarrollo de estrategias de promoción y herramientas basadas en la evidencia, desarrollar habilidades de promoción entre sus miembros, y fomentar la creación de redes internacionales. Todas estas estrategias están destinadas a promover el uso eficaz de anticonceptivos y si es necesario, los servicios de abortos seguros en los países de Europa del Este.

Dada la utilidad de los perfiles de país y con el fin de monitorear los cambios, la EEARC mantiene la actualización de estos documentos, con especial énfasis en la política, la legislación y la calidad de los servicios..

Argentina buenas noticias: El reciente fallo de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas al Estado argentino en el caso de LMR

Mariana Romero, Presidenta del ICMA

Resumen del caso

LMR, 20 años, con una discapacidad mental permanente (con edad mental entre 8 y 10 años), quien vive con su madre en una humilde casa medio construida, fue violada por su tío, cuñado de su padre. Su padre ha empezado otra familia y durante años no se ha comunicado con su hija y no le ha proporcionado ningún tipo de ayuda. Al sentirse enferma, su madre la lleva al hospital, donde los médicos confirman que está embarazada, por lo que ella pide la interrupción del embarazo. El hospital niega esta opción, y la envía a la comisaría para presentar una denuncia policial, para luego derivarla a otro hospital de la zona. Una vez que el informe de la policía ha sido presentado, la madre de LMR se la lleva con 14.5 semanas de embarazo, a otro hospital donde es internada en julio de 2006, para realizarle los estudios pertinentes, y se llama con urgencia a una reunión del Comité de Bioética.

Teniendo en cuenta que se trataba de un caso de aborto no punible, y después de realizar los estudios pre-quirúrgicos para la cirugía, se recibió una orden judicial de un juez de menores exigiendo que se detuvieran los procedimientos. Así se inicia un procedimiento legal para evitar el aborto. El caso es apelado en la Corte Civil, que confirma la decisión de primera instancia. La defensa apela y el caso es llevado a la Corte Suprema de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, que deja la sentencia apelada sin efecto y decide, por el artículo 86 subs. 2 del Código Penal, que establecía que era constitucional que la joven interrumpiera el embarazo y, por lo tanto, que el aborto se podía realizar. Le informa al hospital que la práctica médica que se va a realizar es legal y que no requiere de una autorización judicial. Pero es inútil.

La familia inicia un largo peregrinaje, con el apoyo de las organizaciones de mujeres, en diferentes hospitales de esta provincia y otros, pero

ninguno quería realizar el aborto. Los grupos fundamentalistas católicos y el propio Estado amenazaron el hospital y ejercieron presión sobre la familia para que no se proceda a la interrupción. Entonces, en vista de la negación, la familia se ve obligada a tener la interrupción del embarazo en un centro clandestino. A pesar de que LMR tenía el recurso legal para decidir sobre sus derechos reproductivos, ella no podía tener acceso a este. LMR fue discriminada en el acceso a la salud reproductiva, su derecho a la privacidad y la intimidad fue violado, así como su acceso a un aborto seguro dentro del sistema de salud.

La estrategia de abogacía de las organizaciones de la sociedad civil

Por estas razones, en mayo de 2007, tres organizaciones de derechos de las mujeres, INSGENAR (Instituto de Género, Derechos y Desarrollo), ACDD (Católicas por el Derecho a Decidir-Argentina) y CLADEM (Comité Latinoamericano y del Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer) presentaron una queja ante la CDH/ONU sobre el caso, sobre la base de violaciones a los artículos 2, 3, 6, 7, 17, y 18 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Seguidamente, el Estado impugna la admisibilidad y el mérito de la comunicación, para posteriormente, los peticionarios se expresen. Al mismo tiempo, se estableció una mesa de negociación entre el Estado y los peticionarios para solicitar un posible reconocimiento de las violaciones de derechos y medidas de reparación y no repetición.

El caso de LMR ilustra cómo las mujeres argentinas no pueden acceder al procedimiento médico, a pesar que el derecho a ello ha sido reconocido por el Código Penal desde hace más de 90 años. El 21 de abril de 2011, el Comité de Derechos Humanos de la ONU emitió una sentencia condenatoria al Estado argentino. El Comité fundamentó el caso referido en los artículos 2, 3, 7 y 17 del PIDCP. El Comité declaró que la omisión

de la Argentina para proveer servicios de aborto seguro en un caso en que el aborto es legal de acuerdo con el Código Penal, causó dolor físico y moral, que constituye una violación del artículo 7; particularmente en este caso, ya que la víctima había sido violada y era discapacitada mental. El Comité afirmó claramente que el artículo 7 se refiere no sólo al dolor físico, sino también el dolor moral. El Comité consideró también que, al impedir el acceso al aborto legal, el Estado argentino ha interferido con el derecho de LMR a la privacidad, en violación del art. 17. Finalmente, el Comité dijo que, aunque formalmente LMR podían acceder a la jurisdicción interna, todo el procedimiento era engorroso y prolongado, siendo de hecho, un recurso ineficaz, y, por tanto, constituye una violación de los artículos 2.3 en relación con artículos 3, 7 y 17. En consecuencia, el Comité otorgó a Argentina 180 días para pagar una indemnización a LMR y que aplique medidas para impedir violaciones futuras.

Como lo afirma Mercedes Cavallo en un reciente artículo, "Se espera que esta decisión pueda ayudar a mejorar el acceso al aborto seguro y legal, dado que las complicaciones de las prácticas abortivas inseguras en Argentina han sido la principal causa de mortalidad materna en los últimos veinte años y representan un tercio del total de muertes maternas".

For more information:
<http://tiny.cc/gqnkf> (in Spanish)

Mercedes Cavallo, "Argentina sentenced by the United Nations Human Rights Committee for Not Providing a Legal Abortion" REPROHEALTHLAW-L Reproductive and Sexual Health Law Listserv, International Reproductive and Sexual Health Law Programme, Facultad de Derecho, Universidad de Toronto, 2 de junio del 2011.

Página Web: <http://tiny.cc/9qbx>

ANMA Taller Regional de Capacitación para Capacitadores (TOT) sobre Aborto Médico y AMEU-MVA para la África Francófona

Selma Hajri, coordinadora de ANMA

El Taller Regional de Capacitación para Capacitadores (TOT) sobre Aborto Médico (AM) y Aspiración Manual Endouterina (AMEU-MVA) fue organizado por la Red Africana para el Aborto Médico (ANMA) – la red regional afiliada al ICMA- en colaboración con el “Comité d’Organisation des Journées Scientifiques de CMNRT”, Proyectos de Salud Gynuity, Ipas Africa Alliance, en Túnez, del 22 de mayo al 1º de junio del 2011. Asistieron catorce participantes de los países del África francófona (Camerún, Gabón, Mauritania, Marruecos, Senegal y Túnez) llevando sus respectivas experiencias en AM y mostraron una gran voluntad por expandir su conocimiento acerca de AM y AMEU-MVA.

El objetivo principal del TOT era mejorar el conocimiento y las habilidades de los trabajadores de atención de salud y de los médicos para proporcionar el aborto médico a las mujeres que lo solicitan y son elegibles para este método. Se discutió sobre la actual situación de la salud sexual y reproductiva y las políticas de derechos y la prestación de servicios en África, y los participantes tuvieron la oportunidad de aprender acerca de cómo Túnez y otros países africanos han introducido el aborto con medicamentos (AM) en los servicios existentes de salud para las mujeres en zonas urbanas y rurales relacionados a planificación familiar y aborto / PAC. También fueron evaluados la demostración de métodos eficaces para la presentación y la facilitación de AM, AMEU-MVA y

PAC, y la descripción de la prestación de servicios exitosos de AM, AMEU-MVA (para un aborto legal y de M-PAC), así como retos y recomendaciones de otras experiencias de los países africanos. También fueron incluidos los temas de: consejería sobre la provisión de servicios de aborto y anticoncepción, la evaluación clínica, la evacuación del útero con el aspirador Ipas AMEU Plus® o de aborto con medicamentos, la atención post-procedimiento, el seguimiento de la atención y el tratamiento de las complicaciones, y los regímenes y protocolos AM / M-PAC.

Al final del taller, se esperaba que los participantes sean capaces de facilitar orientaciones y capacitación a los profesionales de la salud y otros profesionales interesados, en la clarificación de valores, y las intervenciones de prestación integral de servicios, centrada en la mujer y atención eficaz del aborto. A ellos también se les pidió desarrollar planes de acción que incluyan aspectos de políticas, programáticos y clínicos en el corto y largo plazo para sus países. Finalmente, se les pidió imaginar cómo ellos podrían coordinar sus esfuerzos con ANMA y otros equipos para introducir o mejorar el uso de AM y AMEU-MVA, para el PAC y para las indicaciones legales del aborto en sus países.

El taller se enriqueció con las aportaciones de instructores altamente capacitados que representaron a

diferentes organizaciones especializadas en el campo de la salud reproductiva y AM: Dr. Alblas Marijke y la Sra. Makgoale Majentshu (Ipas) de Sudáfrica; la Dra. Selma Hajri (ANMA); Pr. Hela Chelli y el Dr. Ben Attia Mongia de Túnez; y la Sra. Ayisha Diop (Gynuity Health Projects) de EE.UU.

Cada día se planificó capacitación y visitas a instalaciones clínicas para mejorar la experiencia práctica de los participantes/capacitadores en AM, técnicas de AMEU-MVA, y en la anticoncepción post-aborto (incluyendo el DIU y la inserción del implante). Durante esta formación práctica, todos los participantes tuvieron la oportunidad de realizar varios procedimientos de aborto durante el primer trimestre con la supervisión de capacitadores experimentados.

ANMA quiere reconocer profundamente a Gynuity Health Projects que ha contribuido en la capacitación de AM para el PAC con el misoprostol, y su apoyo financiero para la participación de tres profesionales procedentes de Senegal. También a Ipas, quienes facilitaron los equipos de AMEU-MVA, que fueron suministrados por los distribuidores (Women Care Global), y el Comité d’organización des Journées Científicas de CMNRT de Túnez, quienes se desempeñaron como un socio pleno en esta capacitación.

Para mayor información:
<http://www.anma-africa.org/Activities>

Próxima Reunión Internacional de ICMA y Women on Web: Usando las hotlines para mejorar el acceso de las mujeres a la información en ambientes legalmente restringidos, Bangkok, Tailandia, 2-3-4 de noviembre, 2011

El aborto con medicamentos ofrece una oportunidad única para expandir el acceso al aborto seguro para las mujeres a lo largo del mundo, haciendo la atención del aborto más accesible y proveyendo una alternativa segura a muchos métodos inseguros actualmente en uso en países donde el aborto es menos accesible y/o legalmente restringido. Ha surgido como una opción amigable a las mujeres que buscan abortar, requiere menos dependencia en los locales quirúrgicamente equipados para cirugía, puede ser proveído a bajo costo y permite a las mujeres mayor control sobre el proceso del aborto. Los métodos de aborto con medicamentos son altamente seguros y efectivos y constituyen medios confidenciales y no invasivos para ofrecer servicios de atención tanto de aborto como de post aborto. Asimismo, son efectivos para los abortos tanto de primer y segundo trimestre, así como para los abortos en momentos muy tempranos.

Debido a la creciente demanda de información sobre aborto seguro, en los últimos años, se ha visto el surgimiento de iniciativas de la sociedad civil usando nuevas estrategias comunicativas, tales como hotlines, líneas de correos, teléfonos móviles, SMS, Twitter, foros de Internet, como parte de su combinación para alcanzar y empoderar fuertemente a las

mujeres que son difíciles de llegar y mejorar su acceso a los derechos reproductivos y al aborto seguro. Los desafíos principales que enfrentan estas nuevas iniciativas incluyen la documentación, validación científica y el reporte sobre estas intervenciones virtuales y su impacto en términos de satisfacción de las mujeres, resultados de salud pública, así como implicancias legales.

Dado este escenario, ICMA y Women on Web están organizando una pequeña reunión internacional para evaluar las estrategias comunicativas innovadoras que son usadas para expandir el acceso al aborto seguro a través de la provisión de información de alta calidad y consejería sobre aborto con medicamentos, dirigiéndose directamente a mujeres en ambientes legales y legalmente restrictivos.

Entre los participantes se incluyen organizaciones y grupos trabajando con nuevas estrategias comunicacionales en la provisión de información sobre aborto con medicamentos dirigida a mujeres, trabajo con hotlines y otras estrategias, que están interesadas en expandir su avance para que se incluya información sobre aborto con medicamentos y trabajar en la expansión del acceso al aborto con medicamentos a nivel regional así como expertos en tópicos que

provean el principal soporte técnico y político a estos tipos de estrategias. La participación en la reunión es solo por invitación.

Los objetivos de la reunión serán:

- Compartir las experiencias de establecer hotlines en Asia, África, América Latina quienes darán información a las mujeres sobre aborto seguro en ambientes legalmente restrictivos.
- Compartir experiencias de nuevas estrategias comunicativas existentes para llevar este informe las mujeres.
- Discutir cómo fortalecer la provisión de la información a las mujeres en base a sus necesidades expresadas.
- Compartir estrategias sobre cómo lidiar con la oposición y las amenazas dentro del ambiente social y político.
- Discutir sobre mecanismos de documentación y evaluación del trabajo de las hotlines

Las presentaciones y discusiones de esta reunión estarán disponibles en los sitios Web de ICMA y los materiales específicos serán difundidos en el próximo Boletín de ICMA.

Acceso al aborto en Japón: un análisis de la situación

Fumi Suzuki, Abogada y Directora Ejecutiva de "SpaceAllies", allies@crux.ocn.ne.jp

Situación legal

El aborto ha sido penalizado bajo la Ley de Código Penal (Ley No 45 de 1907), que estipula que "cuando una mujer embarazada causa su propio aborto por medio de drogas u otros medios, se le impondrá prisión por no más de un año". Este artículo fue usado como una herramienta para criticar a las mujeres desafiantes, como castigo durante la guerra.

Sin abolir el artículo anterior, la Ley de Protección Eugenésica, que admite justificación para el aborto sobre algunas bases y condiciones, fue promulgada en 1948. El propósito original de la ley era el control de la población en el período de post guerra. La ley requiere que, si una mujer quiere un aborto, debe obtener una autorización de su pareja.

En 1996, la condición eugenésica para el aborto fue borrada de la ley y el nombre de la misma fue cambiado a Ley de Protección Materna. Esta ley estipula que "un doctor que es nombrado por la asociación médica de la prefectura está autorizado a ejecutar el procedimiento médico del aborto para las siguientes mujeres, luego de obtener el consentimiento de la mujer y la autorización de su esposo.

1) Una mujer para quien el embarazo o el parto puede causarle daño a su salud por razones fisiológicas o económicas.

2) Una mujer cuyo embarazo es causado por violencia o intimidación, durante el cual ella no pudo resistirse o rechazarlo.

Entonces, mientras todos los abortos son punibles bajo el Código Penal, los abortos sobre la base de razones médicas/económicas y violación están justificados bajo la Ley de Protección Materna

Hechos y cifras

De acuerdo a las estadísticas del Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar del Japón, fueron reportados cerca de 240 mil casos de aborto al año, mientras que el número de nacimientos fue de 11 millones. El 95% de ellos tuvo lugar durante el primer trimestre. Cerca del 40% de ellos tuvo lugar en mujeres entre 20 y 29 años de edad y 30% en mujeres entre 30 y 39 años de edad. La proporción de abortos entre la población adolescente fue de alrededor de 10 a 1000 mujeres. No existen datos sobre cuál es el porcentaje de mujeres casadas dentro del total. Asimismo, se estima que hay un buen número de casos no reportados en tanto no satisfacen los requerimientos de la Ley de Protección Materna y, por tanto, son ilegales.

Cambios alrededor de estas leyes

El artículo mencionado del Código Penal que penaliza el aborto no ha cambiado por más de 100 años. Actualmente, debido a la Ley de Protección Materna, el número de persecuciones por aborto es muy escaso. El aborto inseguro es raro a causa de los altos estándares de los

servicios médicos y la baja tasa de mortalidad materna. Desafortunadamente, esto da por resultado una debilidad en el movimiento para despenalizar el aborto. Lo que es peor es que la preocupación entre los grupos de mujeres tiende a inclinarse hacia el concepto anti-eugenésico, anti-tecnologías y anti-medicina y algunas veces, esto provoca conflictos con aquellos que abogan por liberalizar el aborto. Por ejemplo, los grupos de aborto anti-selectivo no quieren reconocer el "derecho" al aborto y no consideran los costos de servicios de aborto como un tema. Los grupos de mujeres anti-medicalización y anti-occidentales critican todo tipo de píldoras para mujeres, incluyendo el aborto con medicamentos. Estos grupos tienen una aversión no sólo a la medicalización y a la occidentalización sino a los "derechos" porque creen que el concepto de "derechos" ha sido pensado para ser usado para negar a los "Otros". No obstante, como resultado de los esfuerzos del movimiento de mujeres, tales como el cabildeo para despenalizar el aborto, a través del proceso de reporte de CEDAW ONU por "SpaceAllies", tuvimos éxito en incluir al aborto en la lista de temas para el gobierno japonés y, finalmente, el Comité anunció en sus observaciones concluyentes: "El Comité recomienda que la parte Estatal enmiende, cuando sea posible, la legislación que penaliza el aborto, con el fin de remover las provisiones punitivas impuestas sobre las mujeres que tienen un aborto, en línea con la Recomendación General del Comité N° 24 sobre mujeres y salud y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing", en agosto 2009.

Sin embargo, las cosas no se han desarrollado mucho más, a pesar de nuestros esfuerzos. El gobierno japonés lanzó el tercer plan básico nacional sobre igualdad de género que delinea la política básica para los años que empiezan desde el 2010. Su única referencia al aborto es "con la baja tasa de nacimientos y con el progreso en ciencia y tecnología, un sistema legal de aborto y reproducción asistida debe ser considerado desde muchos puntos de vista, el gobierno planea obtener información para la discusión, si es necesario".

Actualmente, estamos luchando todavía por la revisión de la ley sobre aborto. Hemos estado trabajando en una campaña de Un Millón de firmas para despenalizar el aborto

Véala y firme en <http://www.petitiononline.com/Allies12/petition.html>

Problemas en los casos de violencia doméstica

Las leyes japonesas sobre aborto causan dificultad especialmente para las mujeres que sufren violencia doméstica, en tanto la Ley de Protección Materna requiere que una mujer que quiere tener un aborto, obtenga una autorización de su pareja masculina. Con frecuencia, los ofensores de violencia doméstica (VD) usan el embarazo como una herramienta de control sobre su esposa y frecuentemente la violan o no quieren usar condón, específicamente para que la esposa

embarazada no escape de ellos. Las mujeres en los refugios o durante un período de alejamiento del esposo experimentan dificultad en obtener la autorización de su pareja y, por tanto, en acceder a servicios de aborto.

En Japón, ni el aborto, ni el parto son cubiertos por el seguro de salud. El aborto en el primer trimestre cuesta \$ 1,000 (el aborto con medicamentos no está aprobado en el Japón y la dilatación y curetaje (D&C) es considerado el método estándar para el primer trimestre) y el aborto en el segundo trimestre cuesta entre US\$ 3,000 y 100,000. Las mujeres pobres, que incluyen a las sobrevivientes de VD, las mujeres migrantes y mujeres jóvenes tienen dificultad en acceder a tales servicios caros

Aborto con medicamentos

El gobierno no tiene voluntad para introducir el aborto con medicamentos en Japón. Al contrario, el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar subrayó el hecho de que el aborto con medicamentos no era aprobado en el Japón y pidió una restricción voluntaria de importar medicamentos para aborto en su anuncio del 2004, sin estudiar lo que era el aborto con medicamentos y cómo está siendo usado globalmente.

De acuerdo a los reportes de los medios, la Oficina de la Policía de Shinjuku arrestó a una mujer de 22 años que había tenido un aborto usando Mifepristone y Misoprostol. El 19 de noviembre del 2010, ella fue enviada a la oficina del fiscal como una criminal. La mujer había obtenido las píldoras de China, a través de Internet en mayo del 2009 y las tomó en su casa a las 20 semanas de gestación. Ella había tenido un fuerte sangrado y fue llevada en una ambulancia a un hospital en junio del 2009. Un doctor en el hospital lo reportó a la Oficina de la Policía de Shinjuku. De acuerdo a las mujeres, ella decidió tener un aborto, ya que su pareja le pidió que lo haga y él dijo que no seguiría saliendo con ella a menos que eligiera abortar. Ella también dijo que no quería cargar a sus padres con el costo por el aborto quirúrgico que era más de diez veces más caro que el aborto con medicamentos.

En este caso, aunque finalmente la mujer no fue procesada, su sufrimiento es un ejemplo de la trágica situación en la cual se encuentran las mujeres como resultado de la falta de información adecuada y la penalización del aborto.

La ONG con sede en Japón "SpaceAllies" anunció en su nota de prensa que: 1) el crimen del aborto debería ser abolido inmediatamente; 2) Mifepristone y Misoprostol deben ser aprobados como un método legal de aborto, especialmente para el aborto temprano; y, 3) el gobierno debería revisar el costo del aborto y el trabajo para la eliminación del estigma del aborto.

Tercer Programa de Pequeñas Becas para las Iniciativas Locales para promover el acceso al aborto seguro en la Región de América Latina

Rossina Guerrero, Personal Técnico, Secretariado CLACAI

En el 2011, CLACAI lanzó su tercer llamado para el desarrollo de iniciativas locales con el propósito de acelerar la implementación de las acciones nacionales. Este concurso fue abierto a los miembros de su organización con el objetivo de contribuir al fortalecimiento de la agenda de promoción del aborto en los países de la región. Se aprobaron cinco propuestas.

En Argentina, un proyecto conducido por líneas telefónicas que tiene el objetivo de fortalecer el trabajo que ha sido llevado a cabo en la prevención de las prácticas de aborto inseguro. Busca mejorar el acceso a la información sobre aborto seguro con misoprostol y el cuidado post aborto a un nivel comunitario. Incluye una estrategia conjunta con los servicios públicos para el cuidado pre y post aborto, particularmente en los servicios de atención primaria de salud. Las acciones principales incluyen el desarrollo de una guía de trabajo con las organizaciones comunitarias, así como el desarrollo de un protocolo para la atención post aborto con Misoprostol en la atención primaria de salud, en conjunto con los proveedores de salud. Un segundo proyecto en este país, implementado por Fundación para la Salud de los adolescentes 2000 (FUSA 2000)

busca contribuir a la consolidación de una red de atención de salud generada por el Programa de Salud Reproductiva en conjunto con FUSA para liderar, acelerar, acompañar o promover la adopción del modelo de reducción del riesgo y daño en los servicios pertinentes. Para ese efecto, la propuesta incluye el trabajo sobre el desarrollo de un modelo de atención y herramienta de registro para reducir los riesgos y amenazas en la Ciudad de Buenos Aires, que permitirá reducir el aborto inseguro y sus consecuencias. Esto incluye el desarrollo de un protocolo de tratamiento para reducir los riesgos y daños que se aplicaría a los servicios de red, así como diseñar una herramienta registradora de datos (data logging) que también reduce riesgos y daños en los servicios de red.

En Brasil, la ONG Curumim desarrollará un proyecto cuyo objetivo es alentar a mujeres jóvenes a que discutan el impacto de la ilegalidad del aborto en la salud y vidas de las mujeres y en el ejercicio de los derechos y políticas públicas que se relacionan a los derechos sexuales y reproductivos. Las acciones propuestas incluyen el uso de los medios de comunicación, tales como la producción de spots radiales sobre

atención del aborto y aborto legal, los cuales están insertados en un esfuerzo conjunto con comunicadores populares.

En un país de Centro América, CLACAI viene apoyando una iniciativa que permita mejorar el acceso de las mujeres rurales al aborto con medicamentos en base al acceso al misoprostol y a la difusión de información científica.

En México, Balance-Fondo María desarrollará actividades para fortalecer la información y la consejería dirigida a mujeres jóvenes que desean terminar un embarazo y no pueden recurrir a los servicios de terminación de embarazo legales; a través de proporcionar capacitación para su personal en la consejería y monitoreo del aborto con medicamentos. Las acciones propuestas incluyen la capacitación de los consejeros en abordar y monitorear el aborto inducido con medicamentos, así como el uso de materiales previamente desarrollados, conocidos como "caja de herramientas" para apoyar a las mujeres; así como el desarrollo de información sobre derechos sexuales y aborto a ser distribuidos a través del Fondo MARÍA.

Para mayor información: <http://tiny.cc/5symba>

PAQUETE DE INFORMACIÓN SOBRE EL ABORTO MÉDICO



Está muy extendida la falta de conocimiento acerca de aborto con medicamentos, no sólo entre las mujeres de todo el mundo, sino también entre los proveedores de servicios, los encargados de formular políticas, los farmacéuticos y el público lego. Informar

a estos grupos objetivos es un objetivo estratégico de ICMA y de las redes regionales afiliadas.

El Paquete de Información de ICMA proporciona información general sobre el aborto con medicamentos para hacer frente a

necesidades específicas de información de las mujeres, los grupos y organizaciones de mujeres y otras ONG, diseñadores de políticas y proveedores de atención de la salud, en particular en los países en desarrollo. Éste incluye una sección que contiene los recursos, publicaciones y contactos, folletos modelo y ejemplos de materiales educativos e historias personales. También incluye una sección para mujeres que necesitan un aborto.

Para acceder a este paquete de información ir a:

<http://www.medicalabortionconsortium.org>

Para mayor información: <http://www.medicalabortionconsortium.org>