

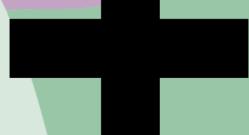
Argumentación

Aborto libre, legal, seguro, gratuito:

tenemos un proyecto, ganémoslo en las calles

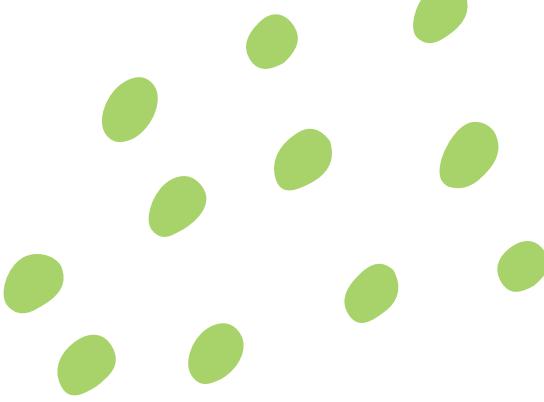


8 de marzo
2021



Aborto libre, legal,
seguro, gratuito:
tenemos un proyecto,
ganémoslo en las calles

Movimiento Aborto Legal Costa Rica
8 de Marzo 2021



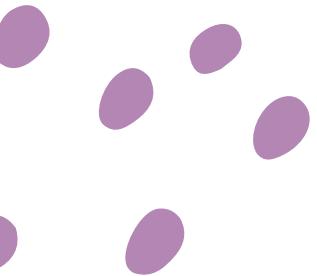
Presentación

El Movimiento Aborto Legal Costa Rica se complace en presentar un aporte que resume parte de nuestro proceso de investigación, producción colectiva y democrática, que tuvo como resultado la elaboración del primer proyecto para legalizar la interrupción voluntaria del embarazo en Costa Rica.

Considérese un insumo para la campaña nacional que permita ingresar la iniciativa de ley a corriente legislativa y conquistar el derecho a decidir sobre nuestros cuerpos y nuestras vidas.

Editora
Daniela Jiménez Montero

Diagramación
Valeria Marín Vásquez



Sobre las Autoras

Mika Alba

Artista plástica, militante de la Corriente internacional Socialismo o Barbarie. Se organiza en la agrupación de mujeres Las Rojas. Feminista activa en diversos espacios colectivos como, ALCR y la Coordinadora Feminista contra Femicidios e Impunidad.

Heidy Valencia Espinoza

Licenciada Docente de español y filosofía. Dirigente en el sindicato APSE, Vicecoordinadora de la Regional 07. Militante y fundadora de Las Rojas y el Nuevo Partido Socialista. Luchadora feminista, sindical y social desde el año 2003. Participó en el movimiento estudiantil de la UCR, en la lucha contra el TLC con EEUU. En la huelga docente contra el combo fiscal. Participante del movimiento ALCR desde su fundación en el 2018. Fundadora de la Coordinadora Feminista contra Femicidios e Impunidad.

Marisa Batalla Chacón

Comunicadora social y periodista especialista en DDHH y género, especialmente derechos en salud sexual y salud reproductiva. Actualmente está cursando un máster en Derechos Humanos, políticas públicas y sostenibilidad, su tesis es sobre violencia sexual como arma de guerra. Fiel creyente que sin justicia de género no hay justicia social.

Dra. Hazel Borbón

Máster en enfermería ginecológica, obstétrica y perinatal, UCR.

Desde ALCR queremos externar un especial agradecimiento a la Dra. Borbón Quirós por compartir sus apreciaciones críticas con este movimiento. Sabemos que la ciencia médica, como muchas otras, está permeada por ideologías patriarcales que denigran nuestros cuerpos y desestiman nuestros sentires, afectos, dolores, pensamientos, y saberes. Extendemos también, un abrazo a todas las profesionales en salud que, como Hazel, ejercen su trabajo desde la empatía y la sororidad.



Sobre las Autoras

Daniela Jiménez Montero

Licenciada en Economía del Desarrollo. Economista Feminista. Feminista independiente e integrante de ALCR. Se especializa en Economía de los Cuidados, Economía Política, estudio y elaboración de proyectos de Ley. Concluye que la reconfiguración social y económica pasa por desmantelar la división sexual del trabajo y que no hay revolución posible desde espacios donde se toleren la violencia patriarcal y la lesbobitransfobia.

Valeria Marín

Polítóloga, estudiante de Derecho en la UCR y Género & Desarrollo en la UNA. Activista feminista interseccional, enfocada en los derechos sexuales y reproductivos, la violencia política y la decolonialidad. Miembra fundadora de la Colectiva Me Pasó en Ciencias Políticas, Vocera Nacional del Movimiento Aborto Legal Costa Rica y miembra del comité redactor del proyecto de ley de interrupción voluntaria del embarazo.

Paula Rodríguez Amador

Feminista, promotora de los derechos de las mujeres en la UCR. Integrante de la colectiva autónoma Me pasó en Ciencias Políticas y ALCR. Politóloga y estudiante de derecho. Irreverente y subversiva contra toda forma de opresión patriarcal.

Alejandra Vega Barrantes

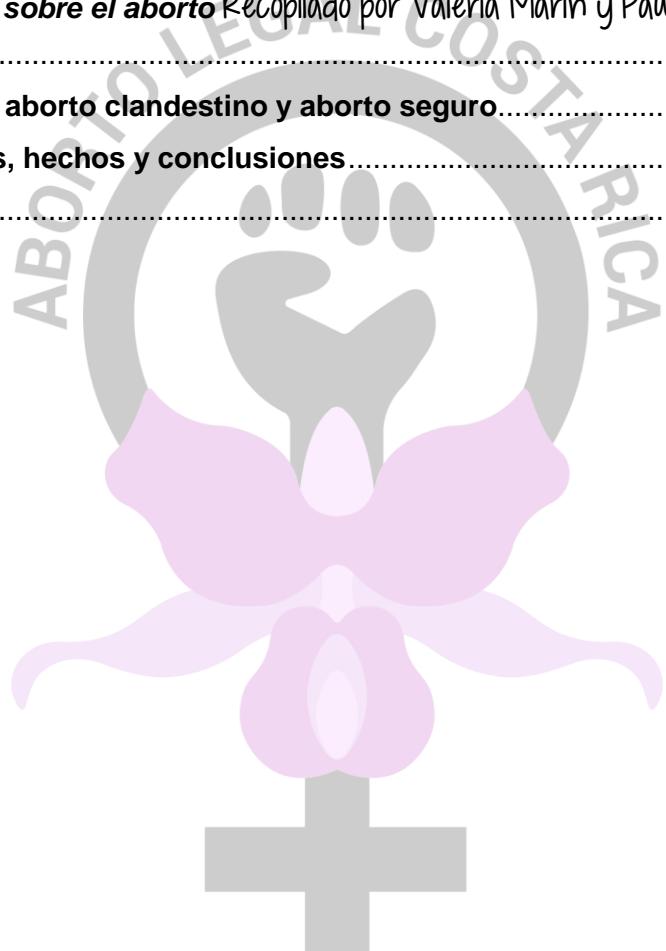
Estudiante de Bachillerato en la carrera de Derecho de la Universidad Escuela Libre de Derecho, aspirante a laboralista, con particular interés en defender los derechos de las mujeres trabajadoras. Integrante del movimiento Aborto Legal Costa Rica desde su fundación en el año 2018. Miembra de Ni Una Menos Costa Rica, organización feminista contra los femicidios y la impunidad desde el año 2019. Luchadora social, feminista y militante socialista. Convencida de que el lugar de las mujeres es en la revolución.



Contenido

Parte I: Aborto Legal Costa Rica y algunas lecciones aprendidas de la experiencia latinoamericana	1
<i>Movimiento Aborto Legal Costa Rica, una breve presentación</i> Por Mika Alba	1
Democratizando la información.....	2
<i>Las experiencias latinoamericanas nos muestran la ruta hacia la legalización: Uruguay y Argentina</i> Por Heidy Valencia Espinoza.....	3
Referencias	5
Parte II: El Derecho a Decidir es un Derecho Humano	6
<i>El aborto es un Derecho Humano</i> Por Marisa Batalla Chacón	6
Abortos seguros	7
Referencias	7
<i>Por nuestro derecho a la salud sexual y reproductiva</i> Por Hazel Borbón	8
Algunos derechos sexuales y reproductivos	8
Recomendaciones de la UNICEF para Costa Rica desarrolladas por el Comité de derechos del niño que celebra el Plan de Salud de la Adolescencia 2010-2015	9
Algunas propuestas generales para la salud sexual y reproductiva	9
Consideraciones científicas sobre el aborto	11
Referencias	11
Parte III: Apuntes Económicos y Filosóficos sobre la autonomía de las mujeres	13
<i>Apuntes sobre la criminalización del aborto en el contexto normativo y político costarricense</i> Por Alejandra V. Barrantes	13
<i>En defensa de la libertad de nuestros cuerpos</i> Por Heidy Valencia Espinoza	14
Referencias	16
<i>Apuntes sobre la legalización del aborto desde la Economía Feminista</i> Por Daniela Jiménez Montero	17

La autonomía económica de las mujeres.....	17
Redistribución de los trabajos y productividad.....	18
La obligatoriedad de la maternidad y el acceso a los recursos	19
Sobre los costos del aborto	21
Referencias	22
Parte IV: Insumentos para el debate.....	24
<i>Mitos y prejuicios sobre el aborto</i> Recopilado por Valeria Marín y Paula Rodríguez Amador	24
Diferencia entre aborto clandestino y aborto seguro.....	24
Mitos, prejuicios, hechos y conclusiones.....	25
Referencias	30



Parte I: Aborto Legal Costa Rica y algunas lecciones aprendidas de la experiencia latinoamericana

No es nuestra intención ser exhaustivas en los pequeños y grandes pasos que el movimiento de mujeres ha garantizado en la conquista, aún inacabada, por el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, lo que sí resulta fundamental es reconocer que gracias a miles de mujeres alrededor del mundo que hoy podemos presentar un proyecto para legalizar el aborto en Costa Rica. En esta primera parte compartimos brevemente sobre nuestra experiencia de construcción colectiva y sobre dos referentes latinoamericanos que nos han presentado importantes lecciones para definir cómo moldear nuestro proyecto.

Movimiento Aborto Legal Costa Rica, una breve presentación

Por Mika Alba

La lucha por aborto legal en nuestro país existe hace muchos años, pero fue en junio de 2018 que diferentes organizaciones y colectivas, así como activistas independientes nos unimos para luchar por que el aborto sea legal en Costa Rica. En Aborto Legal Costa Rica (ALCR) nos organizamos mediante asambleas, para debatir, informarnos, tomar posiciones y hacer propuestas. A su vez conformamos comisiones donde distribuimos tareas en función de nuestra lucha.

Nuestra motivación es que todas las mujeres en Costa Rica tengan derecho a decidir sobre una posible maternidad, para que éstas sean siempre deseadas. Algunos de nuestros objetivos son:

1. Abogar por la educación sexual integral, científica y laica con enfoque de DDHH.
2. Exigir el acceso universal a métodos anticonceptivos de última generación.
3. Posicionar la clandestinidad del aborto como un problema de salud pública.
4. Demandar el reconocimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos de toda la población como fundamentales para un desarrollo pleno.
5. Promover cambios culturales que erradiquen la sanción social en torno al aborto.
6. Impulsar la equidad de género efectiva, considerando que existen factores estructurales que agudizan las desigualdades en un sistema homófobico, racista, capitalista y patriarcal.

Tomamos la decisión de no quedarnos viendo la historia pasar, somos sujetas activas que luchamos por el reconocimiento de nuestros derechos. No vamos a permitir que decidan sobre nuestros cuerpos, ni vamos a permitir que más mujeres arriesguen su vida y su salud por recurrir a abortos en condiciones de riesgo. Exigimos educación sexual para conocer, anticonceptivos para decidir y aborto legal, seguro y gratuito para no morir.

Aborto libre, legal, seguro, gratuito: tenemos un proyecto, ganémoslo en las calles 2

Somos parte de una lucha histórica, confiamos en la fuerza conectiva que ya ha garantizado nuestro acceso a decidir en varios países. Nos unimos también a los movimientos feministas del resto de mundo que luchan por el reconocimiento de nuestros derechos, sobre todo a nuestras hermanas latinoamericanas que desde Argentina hasta México seguimos construyendo lazos para lograr que aborto sea Ley en todo el mundo.

En Costa Rica convocamos diversas movilizaciones y acciones para hacerle presión al poder político del Estado. En 2018 nos movilizamos denunciando al presidente Carlos Alvarado, quien decidió aplazar su firma para la norma técnica del aborto impune porque no eran "problemas prioritarios". En 2019 logramos la firma del Poder Ejecutivo, pero no olvidamos que se demoró 583 días. Esta conquista nos llenó de fuerza y alegría, pero sabemos que todavía es insuficiente, por eso seguimos organizándonos para que el aborto sea legal.

Cada vez son más y más jóvenes las que se unen al movimiento, en 2020 el 8 de marzo "Día Internacional de la Mujer Trabajadora" garantizamos una movilización de más de 10.000 mujeres por las calles de San José. Todo esto nos pone en el compromiso de seguir avanzando en nuestra lucha y es por esto por lo cual creamos un proyecto de Ley para la interrupción voluntaria del embarazo sea legal en Costa Rica.

Democratizando la información

Desde aborto legal queremos que todas las chicas que así lo deseen cuenten con información científica y real sobre el aborto, por lo que preparamos este resumen de información de diferentes fuentes para que todas podamos estar empapadas sobre la necesidad del aborto legal y seguro. Este folleto es para que aprendamos juntas sobre el aborto y también para que podamos defender y luchar en conjunto por nuestros derechos.

El aborto no es un debate, es una realidad de muchas mujeres y personas con capacidad de gestar latinoamericanas y costarricenses de todos los días; el aborto sucede siempre, pero podemos luchar para que estos siempre se den en espacios seguros, de cuido y de entendimiento. Este material tiene como objetivo servir de ayuda para aquellas que no tengan mucho conocimiento sobre el tema, pero desean aprender cada vez más y también para aquellos (o aquellos) que buscan expandir sus conocimientos y en el proceso deconstruir algunos prejuicios.

Las experiencias latinoamericanas nos muestran la ruta hacia la legalización:

Uruguay y Argentina

Por Heidy Valencia Espinoza

En Latinoamérica múltiples experiencias han marcado la ruta, los errores, los aciertos, en el reconocimiento del derecho de las mujeres a decidir. Entre tantos, el caso uruguayo es importante a considerar para valorar las limitaciones de la ley.

En el país suramericano el Senado aprobó la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo N.^º 18.987 del año 2012. Antes de que entrara en vigor en 2013 las cifras oficiales indicaban que cada año se producían más de 30.000 interrupciones de embarazo; esta ley se aplica a todas las mujeres uruguayas y a las extranjeras con un año de residencia en el país siempre y cuando no tengan más de 12 semanas de gestación.

Sin embargo, la ley es bastante restrictiva porque se limita a eliminar la aplicabilidad de los artículos 325 y 325 bis del Código Penal cuando la mujer cumpla con los requisitos establecidos. Fuera de este marco, el aborto sigue siendo un delito en el Código Penal. Para que no lo sea se debe realizar antes de las 12 semanas y seguir el procedimiento de consulta con un equipo interdisciplinario integrado por profesionales y un periodo de reflexión seguido por una ratificación de voluntad y, en el caso de ser menor de edad, En contar con un consentimiento o la persona adolescente puede solicitarlo ante el Juzgado competente.

No obstante, existen situaciones en las cuales estos requisitos no son exigibles:

1. Cuando el embarazo es resultado de una violación el plazo para interrumpirlo se extiende a catorce semanas (requiere presentar denuncia).
2. Cuando hay malformaciones en el feto incompatibles con la vida extrauterina, cuando se identifica la anomalía.
3. Cuando existe riesgo grave para la salud de la mujer no se requiere plazo.

Con todas las limitaciones señaladas anteriormente, también cabe considerar, a pesar de su carácter restrictivo, cifras que muestran la lógica estadística de los casos de interrupción voluntaria del embarazo tras la aprobación de la ley que flexibiliza y posibilita el acceso bajo las condiciones y requisitos establecidos. Según el informe denominado “Tendencias recientes de la natalidad, fecundidad y mortalidad infantil en Uruguay” en 2019 se contabilizaron 10 227 casos de interrupción voluntaria del embarazo, 146 menos que el año anterior. La reducción representa un descenso del 1,5 por ciento que frena una tendencia de constantes subidas desde 2013, cuando se empezó a aplicar la ley de interrupción voluntaria del embarazo aprobada un año antes.

En el desglose por edad, en 2019 sólo se contabilizaron 35 interrupciones en menores de 15 años, situación que registró un pico en 2015, con 94 casos. En el grupo de 15 a 19 años, se registraron 4 553 nacimientos, es decir 814 nacimientos menos que en 2017 y 2025 menos que en 2016. El aporte que realiza el descenso de los nacimientos en madres adolescentes representa el 29% del descenso del total de los 2 897 nacimientos menos registrados en 2018.

Aborto libre, legal, seguro, gratuito: tenemos un proyecto, ganémoslo en las calles 4

En síntesis, hay dos conclusiones que se pueden deducir del caso uruguayo. Por un lado, el espíritu de la ley no fue garantizar el derecho a la autodeterminación de las mujeres, sino que fue flexibilizar en ciertos casos el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, por lo que en general, aunque en teoría existe la posibilidad de acceder al servicio garantizado por el sistema de salud pública, hay varios obstáculos que en los hechos dificultan en gran medida el acceso a este derecho humano.

Por otro lado, los datos revelan como ciertamente en los primeros años de aprobada la ley los casos de interrupción voluntaria del embarazo aumentan, sin embargo, tras un periodo, estas cifras disminuyen considerablemente, es decir, este fenómeno desmitifica que los casos de aborto siempre aumentarían. Lo cierto es que el derecho al aborto logra disminuir las tasas de nacimientos en casos de embarazos no deseados, así, cabe destacar la disminución de nacimientos entre adolescentes, sector de la población que es particularmente vulnerabilizado ante los embarazos.

Por su parte, en Argentina, durante varias décadas de organización por medio de Encuentros, el movimiento de mujeres ha ido acumulando experiencias de luchas y de debate que posibilitó el posicionamiento de la lucha feminista. Así, el reclamo por el derecho a decidir es levantado por diferentes organizaciones y colectivas feministas. También surgió la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, quienes presentaron un proyecto de ley para la interrupción voluntaria del embarazo.

La Marea Verde argentina ha sido un motor para el movimiento feminista internacional porque se planta ante el conservadurismo, la Iglesia Católica y el gobierno de Alberto Fernández que presentó su proyecto procurando conciliar con el conservadurismo y arrogándose la lucha. Además, la Marea Verde Argentina aglutina a sectores con mucho dinamismo, como lo son las estudiantes de secundaria.

El proyecto de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito junto al apoyo de la Marea Verde logró levantar exigencias sumamente progresivas, como lo son: que se garantice el aborto en todo el territorio nacional y el sistema de salud pública hasta la semana 14 y a solo pedido de la mujer, joven, niña o persona con capacidad de gestar, sin distinción de origen o nacionalidad, dentro de los 5 días corridos en que se solicite, sin que medie la condición ni obligación de pasar por asesoría, que el aborto sea incluido en los contenidos de la educación sexual y que no se admita la objeción de conciencia institucional porque, tal como sucede en Uruguay impide el acceso al derecho al aborto.

Las activistas en Argentina se plantaron para no aceptar sólo la ampliación de derechos, sino que han luchado por todo el derecho a no morir por aborto clandestino, y a elegir libremente sobre nuestro cuerpo. El pasado diciembre de 2020 la Marea Verde logró reabrir el debate y alcanzó nuevamente la media sanción en el congreso, esta vez conquistó la sanción completa para la legalización del aborto en Argentina. Asimismo, proponen seguir luchando para que en cada rincón del país se garantice el acceso al aborto legal.

En este caso, el texto presentado por Alberto Fernández, a diferencia del proyecto del

Aborto libre, legal, seguro, gratuito: tenemos un proyecto, ganémoslo en las calles 5

movimiento de mujeres, incluyó obstáculos en la objeción de conciencia y para el acceso de adolescentes. No obstante, sin lugar a duda, la sanción afirmativa por el senado argentino es producto de la lucha de las mujeres en las calles, y la fuerza de este movimiento quebrando las voluntades políticas en los puestos de poder porque consistió en la sanción de una ley que ya estaba escrita, aprobada y sancionada por la mayoría de la sociedad desde hacía mucho tiempo. Finalmente, el movimiento de mujeres en Argentina hizo historia y con este triunfo mostró que la lucha es el camino para las conquistas.

Referencias

Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (2018). *Tendencias recientes de la natalidad, fecundidad y mortalidad infantil en Uruguay*. Montevideo, Uruguay. Obtenido de <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/08/2018.15.12-Presentaci%C3%B3n-Coloquios-U.pdf>



Aborto libre, legal, seguro, gratuito: tenemos un proyecto, ganémoslo en las calles 6

Parte II: El Derecho a Decidir es un Derecho Humano

La lucha por el posicionamiento de un proyecto de ley por la legalización de la interrupción del embarazo forma parte de una lucha contra los rezagos patriarcales de la legislación costarricense. Un marco normativo que aún no es compatible con los acuerdos suscritos a nivel internacional por el Estado y que tiene por objeto de política a un individuo masculino, blanco, heterosexual, y con determinados ingresos económicos. A continuación, dos aportes que demuestran el hecho de que la ruptura con ese cuerpo de normas obsoletas implica el reconocimiento de la autonomía de las mujeres como un Derecho Humano.

El aborto es un Derecho Humano

Por Marisa Batalla Chacón

La negación del derecho de las mujeres a abortar, en el mundo y en Costa Rica, supone un enajenamiento de los derechos humanos de la mujer como sujeta de derecho. El aborto está reconocido como un derecho humano en numerosos convenios y instituciones internacionales, incluyendo Naciones Unidas (ONU).

Un ejemplo de esto es que en 1994 mientras se realizaba la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en El Cairo, 179 gobiernos acordaron que la libertad de decidir y tomar decisiones informadas sobre el aborto y el parto era un derecho humano básico (ONU, 1999).

Las mujeres tenemos derecho a la autonomía y a la integridad corporal. En este sentido, la negación por parte del Estado a este derecho presupone una vulnerabilización de los derechos femeninos y de aquellas personas con capacidad de gestar. Es importante señalar que esto afecta especialmente a las niñas, adolescentes y a las clases bajas que tienen mayor dificultad para acceder a estos servicios debido al sistema que promueve y mantiene la desigualdad.

Lo anterior, se consolida como una discriminación que va en contra de la Convención sobre la Eliminación de toda Forma de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) (ONU, 2017). La negación del aborto legal se llegó a considerar una forma de tortura por el Relator Especial Contra la Tortura (ONU, 2013).

Algunos de los derechos que se vulnerabilizan son el derecho a la salud, vida, dignidad, no discriminación, igualdad, seguridad, libertad, intimidad, privacidad, información, a no ser sometida/o a trato cruel, inhumano y degradante y finalmente, el derecho a decidir si tener hijos/as o no y cuando hacerlo (ONU, 2013).

El 97% de las mujeres en edad reproductiva de Latinoamérica y el Caribe vive en países donde el aborto está penalizado (Guttmacher Institute, 2020), esto es específicamente problemático al

Aborto libre, legal, seguro, gratuito: tenemos un proyecto, ganémoslo en las calles 7

relacionarse con el acceso a la educación sexual, la anticoncepción y a los derechos sexuales y reproductivos. Es responsabilidad Estatal garantizar todos estos derechos.

Por otro lado, existen diferentes barreras legales para el acceso al aborto que restringen quienes pueden tener una interrupción voluntaria, cuando y bajo que circunstancias. Es importante conocerlas, son 4 modelos de regulación del aborto los que existen (LabFem, 2020):

1. Plazos: No se considera como delito un aborto practicado hasta determinada semana o momento de la gestación.
2. Mixto: No se considera delito el aborto practicado hasta determinado momento de la gestación o cuando se dan bajo ciertos causales de legalidad.
3. Causales: Se prohíbe el aborto excepto en ciertas circunstancias. Estas causales pueden ser malformaciones, violación, razones económicas o de peligro para la salud. Estos se pueden conocer como abortos no punibles.
4. Penalización total: Todos los abortos en todos los casos son prohibidos.

Sin embargo, es importante visibilizar que si bien puede existir legislación que prohíbe esta práctica, la realidad es diferente ya que en todo el mundo se realizan abortos, aunque estos sean punibles. Es por esto por lo que se enfatiza que no existe un debate “aborto si o aborto no”, sino sobre si los abortos son clandestinos o son legales y seguros.

Abortos seguros

El aborto es realmente un procedimiento de baja complejidad y puede realizarse de manera ambulatoria, es por esto que la muerte de mujeres por abortos clandestinos es injusta y evitable, la reproducción de estas puede y debe contabilizarse como un femicidio por parte del estado.

Un aborto seguro es aquel que realiza una persona capacitada en un espacio sanitario o cuando se realiza individualmente con acceso a fármacos de alta calidad e información. Existen dos métodos seguros para abortar:

1. Procedimiento medico donde se usan fármacos para interrumpir el embarazo con Misoprostol o con una combinación de mifepristona y misoprostol.
2. Procedimiento quirúrgico que involucra un procedimiento clínico ejecutado por un/una profesional capacitado/a: aspiración por vacío.

Referencias

Guttmacher Institute. (septiembre de 2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet*, 8, e1152-e1161. Obtenido de <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2820%2930315-6>

LabFem. (2020). Periodismo feminista por el derecho a decidir: hablemos de aborto.

Aborto libre, legal, seguro, gratuito: tenemos un proyecto, ganémoslo en las calles 8

Naciones Unidas. (1999). CEDAW RECOM. GENERAL 24. Office of the high commissioner for human rights. Obtenido de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>

Naciones Unidas. (2013). Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez. Consejo de Derechos Humanos. Obtenido de

https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_sp.pdf

Naciones Unidas. (2017). Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Costa Rica. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Obtenido de <https://undocs.org/es/CEDAW/C/CRI/CO/7>

Por nuestro derecho a la salud sexual y reproductiva

Por Hazel Borbón

En relación con el derecho a la salud, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia sanitaria y los servicios sociales necesarios”

El derecho a la salud abarca libertades y derechos. Entre las libertades se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (por ejemplo, derechos sexuales y reproductivos) sin injerencias (por ejemplo, torturas y tratamientos y experimentos médicos no consensuados).

Los derechos incluyen el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar.

Algunos derechos sexuales y reproductivos

- Derecho a la igualdad, a una protección legal igualitaria y a vivir libres de toda forma de discriminación basada en el sexo, la sexualidad o el género.
- Derecho de todas las personas a la participación, sin importar su sexo, sexualidad o género.
- Derecho a la vida, libertad, seguridad de la persona e integridad corporal.
- Derecho a la privacidad.
- Derecho a la autonomía personal y el reconocimiento ante la ley.
- Derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión; derecho a la asociación.
- Derecho a la salud y a los beneficios del avance científico.
- Derecho a la educación e información.

Aborto libre, legal, seguro, gratuito: tenemos un proyecto, ganémoslo en las calles 9

- Derecho a elegir si casarse o no y a formar y planificar una familia, así como a decidir si tener o no hijos y cómo y cuándo tenerlos.
- Derecho a la rendición de cuentas y reparación de daños. (FPEE, 2015)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS):

Cuando las mujeres y las niñas no pueden acceder a servicios eficaces de anticoncepción y aborto seguro, hay graves consecuencias para su propia salud y la de sus familias. Esto no debería pasar. Sin embargo, pese a la evidencia y a los recientes avances en materia de tecnología, siguen produciéndose demasiados abortos peligrosos y demasiadas mujeres continúan sufriendo y muriendo. (OMS & Instituto Guttmacher, 2017)

Por otro lado, es importante tomar en cuenta las recomendaciones del Comité de Derechos Económicos, sociales y Culturales (2000) se debe garantizar el derecho de las mujeres a acceder a servicios médicos oportunos que les garantice accesibilidad, cobertura sin distinción, libre decisión, acceso a la información sobre los procedimientos, calidad de atención y confidencialidad.

Recomendaciones de la UNICEF para Costa Rica desarrolladas por el Comité de derechos del niño que celebra el Plan de Salud de la Adolescencia 2010-2015

Intervenir, reducir o revertir:

- a) La elevada tasa de embarazos precoces (uno de cada cinco partos de madres menor es de 19 años);
- b) El riesgo de defunción materna entre las adolescentes (cuatro veces mayor que entre la población adulta);
- c) La falta de acceso al aborto legal, la carencia de directrices para informar a los médicos acerca de cuándo pueden practicar legalmente un aborto, la elevada tasa de abortos practicados en condiciones de riesgo y la falta de atención adecuada después de un aborto;
- d) La no disponibilidad de anticonceptivos de urgencia en el sistema de salud oficial, incluso para las víctimas de una violación, a pesar de la alta incidencia de la violación y de la violencia sexual intrafamiliar;
- e) El bajísimo índice de uso del preservativo, la falta de programas de educación sexual y el limitado acceso de los adolescentes a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva. (UNICEF, 2011)

Algunas propuestas generales para la salud sexual y reproductiva

1. En primer lugar, se requiere que el Ministerio de Salud maneje una síntesis de los datos de violencia intrafamiliar para tomar decisiones en salud pública, o que en la actualidad aún no está sistematizado.

2. Es necesario un estudio de casos de aborto inducido, de modo que se pueda clarificar la situación en Costa Rica y realizar acciones en beneficio de la salud de las mujeres con base en la evidencia.
3. Es menester que la Comisión de análisis de mortalidad materna e infantil solicite periódicamente una rendición de cuentas con base en estos análisis para verificar las muertes maternas prevenibles.
4. Ampliar y modernizar la oferta de opciones anticonceptivas de la CCSS y ofrecerlos gratuitamente, ya que no es coherente atender gratuitamente los partos y no la anticoncepción.
5. Realizar constantemente campañas de vacunación contra el virus del papiloma humano para hombres y no solo mujeres y así lograr una cobertura de más del 95%.
6. Que la Auditoría General de Servicios de Salud atienda los casos de violencia obstétrica de las contralorías de los centros de salud y que la Defensoría de los Habitantes les dé seguimiento y rinda cuentas.
7. Facilitamiento del proceso de denuncia de casos de violencia obstétrica en los centros de salud para la intervención enérgica, así como sanciones contra personal de salud que incurra en esta violencia.
8. Ampliar la licencia de maternidad a los 6 meses.
9. Fortalecimiento de la normativa y vigilancia de las salas de lactancia materna en los centros de trabajo.
10. Que la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) brinde la anticoncepción oral de emergencia con opciones de acetato de ulipristal y levonorgestrel.
11. Ofrecer educación sexual como parte del trabajo escolar de las Áreas de Salud.
12. Garantizar el contacto piel con piel en la primera hora de nacimiento.
13. La CCSS debe garantizar la opción de aplicar la analgesia epidural durante la labor de parto.
14. Es necesario garantizar los retrovirales y la anticoncepción de emergencia para las menores de 15 años que así lo necesiten y en el primer nivel de atención.
15. Calidad y calidez de atención de salud en la atención a las mujeres.
16. Garantizar la eliminación de comentarios machistas, sexistas, xenofóbicos o discriminatorios en los centros de salud y en lugares de trabajo.
17. Proporcionar exámenes diagnósticos, citas con especialistas y tratamientos oportunos para proteger la salud de las mujeres.
18. No revictimización y actualización de Protocolo de vigilancia de la violencia intrafamiliar y el abuso sexual extrafamiliar (2002). Normas de atención en salud a las personas afectadas por la violencia intrafamiliar(2000).
19. Respetar la decisión de elegir el tratamiento para cáncer y VIH en caso de embarazo.
20. Aplicar oportunamente la técnica de aborto terapéutico con los más altos estándares de salud y de derechos humanos para garantizar el derecho establecido en la legislación, según la norma técnica y el protocolo que regula el procedimiento. Además, que sea realizado en un plazo de viabilidad fetal, es decir, antes de la semana 20 y con el debido acompañamiento psicológico requerido por los cuerpos gestantes.
21. Tratar el aborto inducido como un tema de salud pública implica garantizar el derecho a la salud, el cual incluye el derecho de las personas sobre su propio cuerpo. El Estado

Aborto libre, legal, seguro, gratuito: tenemos un proyecto, ganémoslo en las calles 11

costarricense debe brindar el derecho a interrumpir el embarazo hasta las 14 semanas del proceso gestacional.

Consideraciones científicas sobre el aborto

Por un lado, todo embarazo implica riesgo. Según María Flórez-Estrada Pimentel “en el 2019, las muertes por causas obstétricas directas (10 en total) representaron el 83,3% de las defunciones de mujeres embarazadas en comparación con 2018, cuando fueron el 54,5%”. Mientras el perfil de las mujeres que mueren por causas obstétricas indirectas es el siguiente:

Ser una mujer joven con 25 años de edad o menos, migrante, desempleada o fuera de la fuerza de trabajo —es decir, sin autonomía económica—, sin pareja, con bajo nivel de estudios, ocupada en tareas domésticas y residente en la provincia de San José. (Flórez-Estrada, 2020)

Por otro lado, un aborto medicado o instrumentado con método de aspiración manual de la cavidad uterina representa menor riesgo comparativo a un embarazo de término, parto y posparto (OMS, 2014). De hecho, “la mayoría de los abortos que se realizan en Europa occidental y septentrional y en América del Norte son seguros. Estas regiones también tienen las tasas de aborto más bajas” (OMS & Instituto Guttmacher, 2017).

De 2010 a 2014 se produjeron en todo el mundo 25 millones de abortos peligrosos (45% de todos los abortos) al año, según el último estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Guttmacher publicado en *The Lancet*. La mayoría de los abortos peligrosos (97%) se produjo en países en desarrollo de África, Asia y América Latina (OMS & Instituto Guttmacher, 2017).

En los países donde al aborto es restringido, solo 1 de cada 4 abortos se realiza en condiciones de seguridad, según la definición de OMS; en caso de países donde el acceso al aborto está garantizado, 9 de cada 10 abortos son seguros (OMS & Instituto Guttmacher, 2017). Como lo hemos señalado en varias ocasiones, restringir el acceso al aborto no reduce su prevalencia.

Referencias

- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). *La Declaración Universal de Derechos Humanos*. París.
- Federación Internacional de Planificación de la Familia. (2015). *Derechos Sexuales: Una declaración de IPPF*. Obtenido de

Aborto libre, legal, seguro, gratuito: tenemos un proyecto, ganémoslo en las calles 12

https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_pocket_guide_sp_anish.pdf

Flórez-Estrada, M. (2 de Diciembre de 2020). Mortalidad materna aumentó un 25,9% en el 2019. Semanario Universidad. Obtenido de <https://semanariouniversidad.com/pais/mortalidad-materna-aumento-un-259-en-el-2019/>

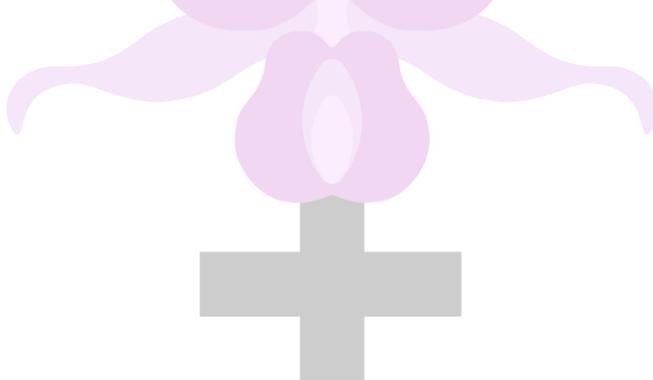
Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. (2011). Observaciones finales: Costa Rica. Obtenido de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8585.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda edición. Obtenido de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2014). Manual de práctica clínica para un aborto seguro. Obtenido de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud; Instituto Guttmacher. (2017). *En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año.* Ginebra. Obtenido de <https://www.who.int/es/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>

Comité de derechos económicos, sociales y culturales. (2000). Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Recuperado de <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>.



Parte III: Apuntes Económicos y Filosóficos sobre la autonomía de las mujeres

El desarrollo de un proyecto para el Aborto libre, legal, seguro, y gratuito, pasó también por un proceso de investigación multidisciplinaria donde convergen los saberes y experiencias de compañeras en distintas áreas científicas. Para el caso del reconocimiento de la autonomía de las mujeres y personas con capacidad gestante presentamos reflexiones tanto filosóficas como económicas que fungieron de guía para dibujar las implicaciones de que el aborto sea legal o ilegal.

Apuntes sobre la criminalización del aborto en el contexto normativo y político costarricense

Por Alejandra V. Barrantes

La práctica del aborto es regulada por el ordenamiento jurídico costarricense desde el año 1970 (Código Penal, 1970). Se introduce en la normativa con la finalidad de sancionar o castigar a las mujeres que procedan a interrumpir su estado de embarazo, incluyendo los casos que involucren a terceros.

La clasificación delictiva se fundamenta en la protección y tutela de la vida embrionaria como bien jurídico, no obstante, a su vez, paradójicamente, la normativa costarricense reconoce que la salud y la vida de las mujeres es un bien jurídico superior que deberá protegerse en caso de que ambos bienes entren en conflicto ante riesgo de salud o vida de la gestante. (Código Penal, 1970).

La contradicción anterior nos hace reflexionar sobre una tremenda hipocresía en las intenciones legislativas. Estas reconocen que la vida de las mujeres se puede anteponer a la potencial existencia que habita en sus cuerpos, no obstante, se prioriza de forma arbitraria la potencialidad de vida por encima de la vida de las mujeres y se mantiene el aborto en la clandestinidad.

La absoluta prohibición, así como el acceso restrictivo a la interrupción voluntaria del embarazo, violenta no solo los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, defendidos por el Comité en su séptimo informe ante la inoperancia del Estado costarricense (CEDAW, 2017), sino que también evade los derechos civiles y constitucionales que han sido consecuencia de históricas victorias feministas, que lograron finalmente clasificar a las mujeres como personas físicas y sujetas de derecho.

Se concluye que cualquier práctica destinada a mantener la salud integral, entendida como aquel estado de completo bienestar físico, mental y social (OMS, 1946), debe ser tutelada por políticas de salud pública y no a través de la política criminal.

Referencias

Ley N° 4573. Código Penal. Diario Oficial la Gaceta, San José, Costa Rica, 04 de mayo de 1970.

http://www.pgrweb.go.cr/scii/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=5027&nValor3=96389&strTipM=TC

Sistema de las Naciones Unidas en Costa Rica y Defensoría de los Habitantes de la República de Costa Rica. (2018). Agenda de Mujeres para la exigibilidad de las recomendaciones del Comité CEDAW sobre el Séptimo examen periódico de Costa Rica.

<https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/CEDAW-Docu-TODO-Anexos-compressed%20%281%29.pdf>

Conferencia Sanitaria Internacional. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>

En defensa de la libertad de nuestros cuerpos

Por Heidy Valencia Espinoza

Una mujer que no tenga control sobre su cuerpo, no puede ser una mujer libre
Margaret Sanger

A lo largo de la historia, desde los orígenes del patriarcado surgen mitos que reproducen estereotipos y mandatos relacionados con los roles de género, particularmente con las características de las mujeres. Para intentar comprender la opresión de las mujeres surgieron diferentes teorías feministas, además de varias oleadas que pondrán en pie movimientos y diferentes luchas por los derechos de las mujeres. En los últimos años, quizás la lucha que más acciones ha generado es la lucha por el derecho al aborto libre, legal, seguro y gratuito.

En el caso de la filosofía feminista este derecho se defiende y argumenta desde el derecho a disponer del cuerpo. Se podría decir que, desde Simone de Beauvoir, en 1949, se visibiliza el derecho de las mujeres a decidir, introduciendo el argumento de que las mujeres no podemos ser consideradas únicamente desde la biología y la fecundidad, destinadas a la procreación. En su obra *El segundo sexo* desmiente que la condición femenina sea dada por una condición biológica, más bien se la sitúa en relaciones sociales (De Beauvoir, 2013).

Esta negación de la feminidad como destino posibilita la comprensión de la condición de la mujer, donde lo masculino representa lo universal, mientras que lo femenino alude a la especificidad, es decir, la otredad. Así, la mujer no se constituye en sujeto, solo es “conciencia en sí” y no “conciencia para sí”. No obstante, esta condición es consecuencia de la opresión y de la subordinación, ese es el obstáculo para la libertad de las mujeres, de ahí la frase famosa “on ne naît pas femme, on le devient” (“no se nace mujer, se llega a serlo”) (De Beauvoir, 2013).

Desde este momento, la condición de las mujeres se puede considerar no como una condición metafísica, sino como una construcción que se presenta en la sociedad y puede ser transformada, así el género no es un atributo individual, sino una relación social.

Estos postulados filosóficos feministas tuvieron su correlato en el movimiento feminista que desplegó importantes luchas por la consecución de los derechos de las mujeres. Una de ellas es la lucha por el derecho al aborto que adquiere protagonismo en la década de los sesentas con los movimientos de mujeres por la liberación sexual. Cuando finalmente queda en evidencia que no hay métodos anticonceptivos 100% eficaces, esta lucha cobra fuerza en varios países, como Estados Unidos, Francia e Italia.

Aunque el derecho al aborto ha sido conquistado en varios países desarrollados, ha habido obstáculos o dificultades en países no desarrollados o periféricos, donde el capitalismo genera relaciones económicas y sociales más explotadoras y opresoras. Es decir, hay un trasfondo social y económico. Además, la estrecha relación entre Iglesia y Estado ha perjudicado la consecución de ciertos derechos democráticos, fundamentalmente el derecho al aborto.

Desde la argumentación filosófica feminista, negarles el derecho a las mujeres de disponer de su cuerpo es negarle su valor como ser humano. Acá no vale la pena introducir debates escolásticos sobre si el feto es persona o no, pero sí posicionar que incluso si se concede el derecho a la vida del feto, este no puede ser considerado más fuerte y riguroso que el de la mujer a disponer de su cuerpo. Se trata de una vida formada, que posee autonomía frente a un cigoto o feto cuya formación es inacabada y que solo se puede humanizar cuando media el deseo de la mujer o persona gestante de llevar a término el embarazo.

Otro argumento clave para entender el cuerpo, es el que se esboza desde el materialismo para considerar la conciencia parte del cuerpo, al ser humano como una integralidad indivisible, es decir, el cuerpo es parte de la subjetividad, somos nuestro cuerpo. En este sentido el cuerpo no es una “posesión”, lo que adquiere mucha relevancia cuando hablamos del aborto, en tanto decisión consciente sobre la condición que experimenta la mujer sobre sí misma. La mujer es el sujeto que se transforma, es su propio cuerpo el que atraviesa cambios, no se trata de un proceso exterior. De manera que el embrión, ese cúmulo de células implantado en el óvulo, al igual que el feto, surge como producto de ese mismo cuerpo.

Como señala la filósofa Jeannette Campos “la mujer, y sobre todo una mujer embarazada como agente moral en el caso de un aborto, se encuentra en íntima relación con su cuerpo, o es y actúa como alguien que es al mismo tiempo conciencia, sujeto de decisión y cuerpo.” (Campos Salas, 2018)

La mujer es el único agente moral con autoridad para decidir sobre lo que le acontece, se trata de su cuerpo, de su ser. Por eso, dotada de conocimiento de lo que hace y juzga correcto a través de su pensamiento y conciencia es capaz de enfrentar la decisión sobre si continuar o interrumpir el embarazo. La relación que se establece es la de una mujer embarazada, sujeto consciente y con responsabilidad moral y un feto inconsciente. Entonces, el agente moral puede emitir un juicio sobre sus actos, el ser inconsciente no es en ninguna circunstancia juez ni parte de la decisión.

En síntesis, en caso de un embarazo (particularmente si es no deseado) la mujer o persona gestante tiene derecho a disponer de su cuerpo. Es la única responsable de esa decisión por todo lo que significa para sí misma. No hay institución religiosa, Estado ni individuo que tenga autoridad frente a su capacidad de discernir y juzgar lo que considere más oportuno. Lo deseable es que toda decisión, sea continuar o interrumpir el embarazo, conlleve la concientización de la responsabilidad que implica, así como lo que se desea para su propia realización, sin que medien juicios sociales o religiosos que reproducen mandatos patriarcales.

En Costa Rica y toda América Latina el aborto es una realidad, pues a pesar de ser penalizado se practican miles de abortos al año bajo clandestinidad, es decir, en condiciones de inseguridad para las mujeres. Según la investigación “Estimación del Aborto inducido en Costa Rica, 2007” (2008) realizada por la Asociación Demográfica Costarricense, en nuestro país se practican 27 mil abortos inducidos por año (probablemente en la actualidad sean muchos más), es decir, en promedio un aborto por cada tres nacimientos con vida.

Estos datos revelan que el aborto es bastante frecuente, por lo que la discusión no es “aborto sí o aborto no”, pues este es una realidad, más bien, se trata de quién tiene acceso al aborto y en qué condiciones. Actualmente, quienes tienen acceso al aborto son un sector de las mujeres que pueden costear grandes sumas de dinero en clínicas privadas que se enriquecen a costa de la penalización del aborto. Por lo que, son las mujeres trabajadoras y de sectores populares quienes quedan más desprotegidas, corren el riesgo a ser criminalizadas y ponen en riesgo sus vidas.

Las mujeres tenemos derecho a decidir sobre nuestros cuerpos y nuestras vidas, a elegir si queremos ser madres o no, cuándo y cómo, pero también libres de decidir sobre nuestra sexualidad porque como sujeto social y moral que somos exigimos nuestro derecho a ejercer la sexualidad y la reproducción desde la autonomía y la libertad. Por eso, consideramos necesario continuar construyendo un movimiento de mujeres que luche por un Estado laico, por educación sexual laica, científica y feminista, por anticonceptivos para no abortar, pero también por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito porque el aborto es un problema de salud pública y una realidad en Costa Rica y toda América Latina.

Referencias

- Asociación Demográfica Costarricense. (2008). Estimación del Aborto inducido en Costa Rica, 2007. Asociación Demográfica Costarricense, San José, Costa Rica. Obtenido de http://www.adc-cr.org/aborto_inducido.pdf
- Campos Salas, J. (2018). El dilema del aborto. San José, Costa Rica: Editorial Arlekín.
- De Beauvoir, S. (2013). El segundo sexo. México: Penguin Rondon House Grupo Editorial.

Apuntes sobre la legalización del aborto desde la Economía Feminista

Por Daniela Jiménez Montero

El Estado costarricense obliga al menos a la mitad de las personas con capacidad de gestar a llevar embarazos no deseados a último término. Según la Segunda Encuesta de Salud Sexual y Salud Reproductiva, el 49,8% de las mujeres no deseó su último embarazo (Ministerio de Salud, 2015). No obstante, este porcentaje subestima la realidad de las mujeres a falta de investigaciones científicas y con enfoque de género, la criminalización contra el derecho a decidir sobre nuestros propios cuerpos, y los juicios morales producto de la intromisión de las iglesias y sectores conservadores en asuntos políticos y de salud pública.

La carencia, acceso limitado o falta de actualidad y precisión, en la producción de datos sobre la prevalencia del aborto inducido, costos asociados para la salud pública, investigaciones institucionales en relación con la obligatoriedad de la maternidad, entre otros productos; derivan de la clandestinidad del aborto, y sugieren desatención con la salud femenina porque, legales o ilegales, los abortos son una realidad en Costa Rica. Sin embargo, los indicadores disponibles, también refuerzan la necesidad de que todas las mujeres tengan el derecho a decidir sobre sus cuerpos.

Con este estudio, se pretende demostrar que, en tanto la maternidad sea un factor de exclusión, la maternidad no deseada es una violencia patrimonial ejercida directamente por el Estado y sus instituciones, partiendo de la definición de autonomía como la posibilidad de ser y hacer, con el propio cuerpo y proyecto de vida, lo que devenga por elección de cada una.

La autonomía económica de las mujeres

El vínculo entre el grado de autonomía femenina y el desarrollo económico y social costarricense es estrecho y directo por cuanto la exclusión de las mujeres del ámbito laboral, social y político, a razón de las obligaciones domésticas insuficientemente remuneradas o no remuneradas, genera la pérdida de transferencias monetarias por trabajos que sí son productivos, falta de liquidez en las familias, desaceleración del comercio local, y creciente necesidad de desembolsos asistenciales por parte del Estado que palean la pobreza, pero no la resuelven.

Solo en 2019 el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) destinó, por concepto de "Protección y promoción social", un total de 201 399,47 millones de colones para atender a 339 241 familias con alguna situación de vulnerabilidad, lo que en promedio significó alrededor de 50 000 colones por mes para cada familia (IMAS, 2020, pág. 18). Es claro que con estos montos nadie sale de la pobreza.

Además, según datos obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) mediante la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) (2017), las mujeres realizan el 72% del tiempo social promedio dedicado al trabajo doméstico no remunerado, lo cual representa alrededor de 36 horas semanales por trabajadora; mientras realizan el 30% de las actividades remuneradas, para un promedio de 16 horas semanales per cápita. Esta distribución desigual del trabajo y la remuneración se refleja en 6 billones de colones anuales que se pierden en transferencias monetarias, ingresos de los hogares y dinamización del consumo interno, debido a la no retribución del trabajo doméstico y de cuidados que ha sido relegada a las mujeres.

(BCCR, 2017). No obstante, con la emergencia sanitaria de COVID-19 sabemos que estos datos se exacerbaron, aunque no sabemos en qué medida porque, a falta de presupuesto, INEC no realizará la ENUT en el período esperado.

Por otro lado, la exclusión laboral femenina, expresada en bajas tasas de participación y feminización de actividades económicas poco remuneradas, se expresa también en importantes brechas en los ingresos medios. Según datos de la Encuesta Continua de Empleo (ECE), entre el III trimestre de 2010 y el IV trimestre de 2020, la brecha sexual salarial en el sector primario rondó, en promedio, el 19%, en el sector secundario el 17%, y en el sector “Comercio y Servicios” el 16%; además, para el sector más feminizado de la economía, “Hogares como empleadores”, las brechas rondan el 30%, con un promedio del 40% sólo para los trimestres de 2020 (INEC, 2021). Todos estos datos reflejan en qué medida las mujeres dejan de percibir ingresos en términos de la renta masculina.

Debido a que esta dinámica de hiper explotación del trabajo femenino se extiende por toda la región, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) plantea que “la participación activa y el poder de decisión de las mujeres en todos los ámbitos de la sociedad, es decir, el ejercicio pleno de su autonomía, constituye una condición imprescindible para el desarrollo y su sostenibilidad” (2017, pág. 7). Lo anterior implica el ejercicio de la autonomía a nivel social, político y económico.

Específicamente, la autonomía económica se refiere a “la incorporación de las mujeres al empleo, en condiciones apropiadas, y el control de los recursos monetarios y de tiempo en igualdad con los hombres” (CEPAL, 2017, pág. 8). Es decir, el acceso a todos los recursos: tiempo, trabajo, bienes, servicios, incluyendo la salud, oportunidades, entre otros.

En el contexto actual, Costa Rica se enfrenta a la combinación entre un déficit profundo en las finanzas públicas; la Crisis Global de Cuidados, que responde a un desborde de la demanda de cuidados cuya oferta ha sido relegada de manera gratuita a las mujeres; y la Crisis Sanitaria, entre cuyas consecuencias el Banco Central de Costa Rica (BCCR) destacó “caídas en las actividades de alojamiento y suministro de comida (-59,5%), transporte y almacenamiento (-27,7%) y comercio y reparación de vehículos (-16,0%)” (2020).

Ante esta coyuntura, el impacto en el sistema de bienestar y la economía de conjunto se profundiza en la medida que se excluye a las mujeres del ámbito laboral remunerado y las condena a las labores no retribuidas, al tiempo que excluye los cuidados y las labores domésticas del espacio público. Sin embargo, la redistribución de recursos como tiempo, trabajo, e ingresos podría contener y reversar las consecuencias de este fenómeno. Es decir, la autonomía económica de las mujeres es la clave para enfrentar la crisis, pero para alcanzarla se requieren medidas estructurales.

Redistribución de los trabajos y productividad

Si bien, a nivel internacional las tasas de natalidad han descendido debido al ascenso en la edad de maternidad y mayor acceso a educación sexual y anticonceptivos, mejorando la inserción laboral femenina; los fenómenos relativos al cambio poblacional, en lo que respecta al Estado y las instituciones sociales, siguen tratándose por medio del control de los cuerpos de las mujeres, sin que por ello se garantice la sostenibilidad a largo plazo de la pirámide demográfica (esto genera, entre los efectos más conocidos, el colapso de los regímenes de pensiones).

La productividad es la condición que permite crear bienes y servicios necesarios para la vida humana mediante inversiones menores de tiempo y esfuerzo. Lejos asociarse al incremento agregado de la mano de obra disponible, se relaciona con la forma en la que se distribuye el trabajo entre poblaciones, con volúmenes diferenciados, y se desarrollan tecnologías capaces de disminuir los tiempos socialmente necesarios para distintas actividades económicas.

Debido a lo anterior, decir que la legalización del aborto tendrá un impacto poblacional negativo en la dimensión económica porque caerá la tasa de natalidad, es tan falso como decir que en Costa Rica las tasas de desempleo e informalidad son iguales a cero.

El volumen de fuerza de trabajo no garantiza mayor productividad en las economías, la inclusión sí. En primer lugar, porque la diversificación de las poblaciones ocupadas permite disponer de todas las habilidades humanas posibles; en segundo lugar, porque, por principio económico, el cambio abrupto de un tipo de actividad al otro genera pérdidas en el rendimiento, y esta condición interviene el potencial real de todas las trabajadoras que realizan dobles jornadas. Luego, sacar los cuidados a la esfera pública y remunerarlos generaría transferencias económicas que dinamizarían la economía mediante la creación de un nuevo mercado para el cual está hartamente demostrado su requerimiento.

En cambio, la actual estructura económica, al estar basada en la explotación de las labores domésticas sin que medien transferencias y reconocimientos por esos trabajos, requiere de niveles de diferenciación poblacional que comprometen la calidad y la productividad de los cuidados al tiempo que excluyen de manera directa a las mujeres del ámbito laboral remunerado, y ese mecanismo contribuye a la negación de las mujeres como dueñas de sus propios cuerpos.

No obstante, en un sentido lógico, así como la calidad de la educación disminuye cuando aumenta el volumen de estudiantes por docente; al ser feminizados los cuidados e impuestas las maternidades, la calidad de éstos disminuye por cada nuevo embarazo. Esto no sólo demanda la distribución de las labores de cuidados entre las personas que ejercen maternidades y paternidades, las empresas y el Estado; sino el derecho a interrumpir un embarazo, cuando así lo decida la mujer o la persona gestante.

Luego, en tanto la sociedad y las instituciones tengan la última palabra sobre la maternidad de las mujeres y las personas con capacidad gestante, ni la autonomía económica, ni la transición de los cuidados al espacio público, ni la optimización de esfuerzos para generar bienes y servicios necesarios, serán realizables.

La obligatoriedad de la maternidad y el acceso a los recursos

En principio la autonomía Económica implica acceso universal a los recursos, incluyendo la salud, el trabajo, el tiempo, la justicia, las oportunidades.

En primera instancia, la salud es un tema público, pero no por ser público es estándar, sino que debe responder a las necesidades de las poblaciones en particular. Sin embargo, las instituciones no reconocen la necesidad que tienen las mujeres de decidir sobre su maternidad y en cambio descargan juicios sobre ellas en relación con las razones que las llevaron a quedar embarazadas. En términos simples, se trata de un problema de exclusión sexual que no puede

Aborto libre, legal, seguro, gratuito: tenemos un proyecto, ganémoslo en las calles 20

seguir excusándose en argumentos morales; constituye la negación a las mujeres del acceso universal a la salud como un Derecho Humano.

Por otro lado, las maternidades obligatorias profundizan la exclusión laboral de las mujeres, y con ello el acceso a los ingresos. Para el II trimestre de 2020 las mujeres con hijos representaron el 76% de la población femenina fuera de la fuerza de trabajo (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2021). Lo anterior se explica por la discriminación estadística, según la cual a las mujeres se les atribuye la propensión a dejar sus puestos de trabajo para asumir responsabilidades de cuidados (Espino, 2012), lo cual responde al hecho innegable de que, al quedar embarazadas, la mayoría no puede disponer libremente de su cuerpo, y por tanto de su carrera profesional.

Aunado a esto, los mecanismos de resistencia al desarrollo de la autonomía económica de las mujeres en relación con la imposición de la maternidad, también se refleja en el fracaso sistemático de las políticas de emprendimientos femeninos.

El proyecto Emprende fue aplicado entre octubre 2012 y abril 2018, y financiado mediante el “Convenio de Financiación N° DCI-ALA/2011/021-605 entre la Unión Europea y el Gobierno de Costa Rica (...) cuyo costo total inicial fue de 5 511 900 Euros” (Proyecto Emprende, 2018, pág. 6). En su informe final se destaca que para 2018 del total de negocios en marcha liderados por mujeres como producto del proyecto, el 78,16% se mantienen en la informalidad, el 17, 06% se encuentran en la formalidad, y para el resto no se presentan datos sobre su condición de formalidad (2018).

Por otro lado, del total de emprendimientos, el 1,1% exportan, 7,24% venden a nivel nacional, y el resto se mantiene en mercados locales y regionales. Además, “según la percepción de las mujeres, más del 40% de las MYPE reciben menos de cien mil colones por mes (₡100.000) y ni siquiera el 30% llega a superar los trescientos mil colones (₡300.000) mensuales” (Proyecto Emprende, 2018, pág. 56).

La clara insuficiencia de resultados para este proyecto responde a un elemento de la población atendida que no podía pasarse por alto: “más del 80% de las mujeres tienen personas bajo su cuidado: 54% son menores de edad, 19% son personas mayores de edad y el 8% de las mujeres cuidan tanto personas menores como mayores de edad. Solo un 19% indica no tener responsabilidades de cuidado de otras personas.” (Proyecto Emprende, 2018, pág. 51).

En esa línea, el Estado puede invertir presupuestos con el objetivo de promover la inserción laboral femenina que, si no se considera la universalización del recurso tiempo, salud, acceso a la justicia, entre otras dimensiones de la autonomía, incluyendo el aborto legal, estará señalando a las trabajadoras el camino a la dependencia asistencial perpetua.

De lo anterior se desprende, además, que son las mujeres más pobres las que más afectadas se ven ante la ilegalidad del aborto, cuya clandestinidad se traduce en las condiciones más inseguras. Por tanto, cada que el Estado niega a una mujer su derecho a decidir, le está poniendo barreras a su desarrollo social y económico.

En relación con el acceso a oportunidades de desarrollo, entre 2016 y 2019, el número de embarazos de niñas y adolescentes se muestra oscilante revelando los límites de las actuales políticas en salud sexual y reproductiva, con promedios para las niñas de 300 embarazos por año y para las adolescentes de 9 367 embarazos por año (INEC, 2020). Además, INEC ha

planteado en reiteradas ocasiones que los altos porcentajes de desconocimiento sobre la edad del progenitor no permiten identificar el número de embarazos producto de relaciones impropias.

La maternidad como proceso de revictimización a las mujeres que se han enfrentado a abusos sexuales, junto con las políticas compensatorias que rodean fenómenos colaterales como la deserción escolar, simplemente explican los límites del Estado para erradicar la violencia Patriarcal y la exclusión sexual. Demostrando que, a pesar de las medidas afirmativas, sigue existiendo un acceso desigual a recursos como la justicia, la seguridad, y la salud, en especial cuando a estas mujeres se las obliga a llevar los embarazos no deseados a último término.

La obligatoriedad de las maternidades derivadas de la violencia, tanto para mayores como para menores de edad, contribuye, aunque no de manera exclusiva, a minar el empoderamiento que las mujeres requieren para enfrentarse a espacios laborales históricamente masculinizados y que están cargados de mecanismos de rechazo contra la participación femenina. No es casual que sean las trabajadoras quienes ostentan menores salarios y enfrentan peores condiciones de trabajo las que resultan más leales y dóciles a las patronales.

Sobre los costos del aborto

El primer costo asociado al Aborto está determinado por su negación en tanto comprometa la salida de los cuidados a la esfera pública, que genere transferencias económicas, movimientos de capital, nuevos empleos, recaudación tributaria, y mejoramiento de la calidad de vida. En total, se puede tomar como indicador el costo del trabajo no remunerado realizado por hombres y mujeres para el año 2017: 8 billones de colones (BCCR, 2017), lo que equivale a un 30% del PIB (BCCR, 2020).

Aunado a esto se deben agregar otros costos asociados a la exclusión social de las mujeres y el costo individual en términos de proyecto de vida o detimento del cuidado para hijos anteriores al embarazo no deseado, costos asociados a las repercusiones en la salud que se derivan de llevar a último término este tipo de embarazos, o relativos al desarrollo de una vida en hogares que no pueden ofrecer todas las condiciones económicas y afectivas necesarias para la vida digna. Sin hablar del alto costo en oportunidades y salud que implica obligar a niñas y adolescentes emprender la maternidad a edades tempranas.

Otro elemento que representa un costo de la ilegalidad del aborto es el hecho de la no regulación de un mercado que podría estar lucrando con medicamentos abortivos sin que el Estado esté vigilando la calidad de los medicamentos, los impactos sobre el cuerpo de las mujeres, y las ganancias de estos agentes. Además de los costos de salud que del consumo de este tipo de medicamentos o de su poca supervisión se deriven.

Con respecto al costo total para garantizar el derecho al aborto lo primero que debe aclararse es ¿Deberá asumir la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ese gasto? ¡Por supuesto que sí! De lo contrario se estaría reproduciendo la exclusión para quienes no puedan costearlo.

Luego, es importante plantear que la CCSS deberá hacer las estimaciones respectivas pero que la institución ya cuenta con los equipos necesarios para la aplicación de la interrupción voluntaria del embarazo. Además, la Constitución Política señala en su artículo 73 las funciones del seguro de salud para atender “los riesgos de enfermedad, invalidez, maternidad, vejez, muerte y demás

Aborto libre, legal, seguro, gratuito: tenemos un proyecto, ganémoslo en las calles 22

contingencias que la ley determine” (Asamblea Nacional Constituyente, 1949), entre esas contingencias se puede incluir el derecho al aborto.

Cabe destacar que, para el Seguro de Salud durante 2019 cotizaron un total de 682 411 mujeres que representan el 38% de las personas trabajadoras cotizantes, lo cual implica un ingreso total de 415 millones de colones (CCSS, 2019). Luego, al incentivar el derecho de las mujeres a decidir sobre su maternidad, se estaría fomentando la inserción laboral femenina, por ende, el incremento en la población que cotiza actualmente.

A lo largo de este análisis se ha logrado comprobar que los costos asociados a la negación del aborto, y la perpetuidad de la estructura económica basada en la doble explotación y la subordinación de las mujeres, no sólo entorpecen la dinámica de mercado interno, sino que comprometen el desarrollo del país en términos sociales.

Finalmente debe destacarse que, así como el derecho a decidir acompaña el cambio estructural hacia la inclusión y autonomía económica de las mujeres, una serie de medidas relativas a la educación sexual, libre acceso a la anticoncepción y procesos de desfeminización de los cuidados son determinantes para garantizar el desarrollo económico y la mejora en la calidad de vida de todas las personas.

En conclusión, el derecho al aborto libre, legal, seguro, y gratuito es un componente del desarrollo económico; quien impulse agenda económica, apelando a “reactivación”, sin considerar el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos estará orientando medidas parciales e ineffectivas al no atender las profundidades de la crisis actual.

Referencias

- Asamblea Nacional Constituyente. (7 de Noviembre de 1949). *Constitución Política de la República de Costa Rica*. San José, Costa Rica. Recuperado el 16 de Abril de 2020, de http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=871&nValor3=0&strTipM=TC
- Banco Central de Costa Rica. (2017). *Cuenta Satélite de Trabajo doméstico no remunerado*.
- Banco Central de Costa Rica. (2020). *Informe Mensual de Coyuntura Económica*. San José, Costa Rica: BCCR. Recuperado el Abril de 2020, de https://activos.bccr.fi.cr/sitios/bccr/publicaciones/DocPoliticaMonetariaInflacion/IMCE_agosto_2020.pdf
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2019). *Seguro de Salud: Patronos, trabajadores asegurados y masa cotizante por sexo, según sector institucional, provincia y cantón*. San José, Costa Rica.
- Comisión Económica para América Latina y El Caribe. (2017). *Planes de igualdad de género en América Latina y el Caribe: Mapas de ruta para el desarrollo* (1a ed.). Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Espino, A. (2012). *Perspectivas teóricas sobre género, trabajo y situación del mercado laboral latinoamericano*. En ONU Mujeres, La economía feminista desde América Latina: Una hoja de ruta sobre los debates actuales en la región (págs. 190-246). Santiago, Chile: ONU Mujeres.
- Instituto Mixto de Ayuda Social. (2020). *Informe del Programa Protección y Promoción Social, Del 01 de enero al 31 de diciembre del 2019*. San José, Costa Rica.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2017). *Resultados Encuesta Nacional de Uso del Tiempo*. Montes de Oca, Costa Rica: INEC.

Aborto libre, legal, seguro, gratuito: tenemos un proyecto, ganémoslo en las calles 23

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2018). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*. Montes de Oca, Costa Rica.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2020). *Estadísticas demográficas*. Montes de Oca, Costa Rica: INEC.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2021). *Encuesta Continua de Empleo*. Montes de Oca, Costa Rica.

Ministerio de Salud. (2015). *II Encuesta de salud sexual y salud reproductiva*. San José, Costa Rica.

Observatorio de Violencia del Poder Judicial. (2020). *Denuncias netas por delito interpuestas ante el Ministerio Público y el Organismo de Investigación Judicial*. San José, Costa Rica.

Proyecto Emprende. (2018). Informe Final, octubre de 2012-abril 2018. San José, Costa Rica.



Parte IV: Insumos para el debate

A continuación, plantearemos una recopilación de viarios insumos, donde figuran los aportes de IPAS (2010) con el documento *Las evidencias hablan por sí solas: Diez datos sobre aborto*¹, el aporte de Grupo De Información En Reproducción Elegida (GIRE) titulado *Mitos y preguntas sobre el aborto* (2020)², datos y reflexiones propias y colectivas que han sido desarrolladas en diversos espacios feministas sobre mitos y prejuicios en torno a la interrupción del embarazo, los cuales parten del desconocimiento y desinformación sobre hechos en torno al aborto en américa latina. Este es un documento para el debate que estaremos llevando adelante en las calles durante lo que esperamos sea la primera Campaña Nacional por el Aborto Legal en Costa Rica.

Mitos y prejuicios sobre el aborto

Recopilado por Valeria Marín y Paula Rodríguez Amador

Una ley que despenaliza el aborto no obliga a ninguna mujer a abortar, mientras que penalizarlo si obliga a todas aquellas que no desean continuar un embarazo a hacerlo en contra de su voluntad, poniendo en riesgo su salud y su vida o bien a recurrir a un aborto inseguro. Mientras se prohíba el acceso a este servicio, las mujeres seguirán realizándolo, aunque sea de forma insegura e insalubre. (GIRE, 2020, p. 14)

Importancia

Los mitos en torno al aborto obstaculizan su despenalización y entendimiento como un servicio de salud. Las implicaciones para las mujeres van más allá de ir prisión o no por una sospecha de aborto, ya que permea en la percepción de la sociedad sobre las discusiones alrededor del tema. La criminalización del aborto afecta a todas las mujeres, no solo a las que llevan a cabo un embarazo no deseado, a las que pasan por un aborto espontáneo o a las que tienen un parto fortuito, sino que también incluye a las niñas y jóvenes que enfrentan el estigma del tema desde pequeñas. Por ello, es de gran relevancia destruir esta barrera, desmitificar y propiciar información a partir de la objetividad y la ciencia. (GIRE, 2020)

Diferencia entre aborto clandestino y aborto seguro

Por aborto clandestino se entiende la interrupción del embarazo fuera o al margen de la ley, independientemente de las condiciones sanitarias en las que se realice. (GIRE, 2020)

¹ El cual puede ser consultado en su totalidad en:

<https://www.ipasmexico.org/wpcontent/uploads/2017/12/10-DATOS-SOBRE-EL-ABORTO.pdf>

² Disponible en: https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2020/11/mitos_y_preguntas_sobre_el_aborto.pdf

Aborto libre, legal, seguro, gratuito: tenemos un proyecto, ganémoslo en las calles 25

Un aborto con medicamentos debidamente asesorado puede ser clandestino más no inseguro. Por su parte, el aborto inseguro ha sido definido por la oms como “un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos”. La distinción es importante, ya que en los países donde el aborto está prohibido o restringido, quienes disponen de mejores recursos económicos pueden pagar los servicios de personas debidamente capacitadas, que practican el procedimiento en instalaciones equipadas e higiénicas; mientras que las mujeres pobres se someten a abortos igualmente clandestinos, pero realizados en condiciones insalubres probablemente por personal no capacitado, lo que los hace inseguros. (GIRE, 2020, p. 4)

Datos de la OMS (GIRE, 2020)

- Entre 2010 y 2014 hubo en el mundo un promedio anual de 56 millones de abortos provocados (en condiciones de seguridad o sin ellas).
- Se calcula que cada año se realizan cerca de 25 millones de abortos inseguros casi todos en países en desarrollo.
- 3 de cada 4 abortos practicados en África y América Latina discurrieron sin condiciones de seguridad. Cada año alrededor de 7 millones de mujeres son hospitalizadas a consecuencia de un aborto inseguro en los países en desarrollo.

Mitos, prejuicios, hechos y conclusiones

El aborto viola el derecho a la vida

El derecho a la vida se obtiene a partir del nacimiento, esto basado en el consenso fundamentado en el marco de los derechos humanos y las obligaciones internacionales y constitucionales de cada país (GIRE, 2020).

La protección a la vida prenatal, debe ser un objetivo que se logra mediante la protección de la mujer gestante y no en oposición a ella. Ejemplo de esto es la sentencia Artavia Murillo y otros vs. Costa Rica, en que la Corte Interamericana de Derechos Humanos resolvió en 2012, de manera definitiva, la interpretación que debe hacerse de la protección a la vida prenatal: resignificar dicha protección como una que requiere necesariamente proteger los derechos reproductivos de las mujeres. (GIRE, 2020, p. 1)

El embarazo es más seguro que el aborto

Esto es falso, el aborto realizado de manera segura y por personal de salud capacitado es más seguro que el embarazo y el parto:

Aborto libre, legal, seguro, gratuito: tenemos un proyecto, ganémoslo en las calles 26

En los países desarrollados donde el aborto es permitido por la ley y el personal de salud está capacitado para ofrecer servicios seguros, la tasa de mortalidad por aborto es baja, 0.2 a 2.0 muertes por cada 100,000 abortos (OMS 2007A, OMS 2007B), aunque la mortalidad relacionada con el embarazo es aproximadamente nueve veces más alta: nueve muertes por cada 100,000 nacidos vivos (Hill et al. 2007). (IPAS, 2010, p. 11)

La legalización del aborto no lo hace seguro

El acceso a servicios de aborto seguro ayuda a reducir drásticamente las tasas de muertes y lesiones maternas atribuibles al aborto inseguro (IPAS, 2010). No obstante, es importante que estos servicios sean gratuitos y de acceso universal para permitir que personas de bajos ingresos tengan acceso a un procedimiento que cumpla con las mejores prácticas médicas.

Restringir el acceso a los servicios de aborto es la mejor manera de disminuir el índice de abortos

La mejor manera de disminuir el índice de abortos es reducir el número de embarazos no intencionales por medio de educación sexual integral, prevención de la violencia basada en género y acceso a métodos anticonceptivos eficaces centrados en la mujer. (...) (IPAS, 2010, p. 16)

En países con leyes menores restricciones para el acceso a la interrupción del embarazo, las tasas de aborto suelen ser constantes. Por el contrario, cuando las restricciones son altas, también existen tasas elevadas de abortos con el agravante de que la clandestinidad también es un factor que fomenta la inseguridad. existen altas tasas de aborto inseguro (IPAS, 2010)

El aborto es algo nuevo

Diversos estudios en Historia y antropología revelan que el aborto ocurre desde inicios de la historia documentada:

Estos estudios han encontrado que el aborto es una de las prácticas médicas más antiguas, ya que se remonta a la antigüedad de Egipto, Grecia y Roma. Las técnicas de aborto eran documentadas en los antiguos papiros egipcios (1550 aC) (Dabash y Roudi-Fahimi 2008). Hace cinco mil años, el emperador chino Shen Nung describió el uso del mercurio para inducir el aborto (Glenc 1974). (IPAS, 2010, p. 28)

El aborto nunca es necesario para salvar la vida de una mujer

El aborto para salvar la vida de una mujer o una niña es médicaamente necesario en ciertas circunstancias y es muy aceptado por profesionales e instituciones como la Organización Mundial de la Salud. (...) Un aborto por indicación médica se efectúa para disminuir el riesgo de salud física o mental de una mujer o niña o para salvarle la vida. También puede

referirse a la interrupción del embarazo en casos de violación o anomalía fetal (McNaughton et al. 2003) (IPAS, 2010, p. 28)

El aborto es un procedimiento riesgoso y causa secuelas físicas

El aborto realizado en condiciones adecuadas es un procedimiento seguro. Puede volverse muy arriesgado cuando se realiza en condiciones insalubres y mediante procedimientos inadecuados, generalmente prevalentes en entornos legalmente restringidos y un fuerte estigma en torno al tema. (GIRE, 2020, p. 2)

La posibilidad de enjuiciamiento penal hace que muchas mujeres tomen las decisiones más inseguras, poniendo en riesgo sus vidas y su salud. Cuando existe una condición legal para tratarlo como un servicio médico, el riesgo asociado con el aborto se reduce considerablemente (GIRE, 2020).

Las mujeres pueden someterse a un aborto seguro con dos medicamentos (mifepristona y misoprostol) durante el primer trimestre del embarazo. La tasa de éxito del aborto realizado de esta manera está entre 91% y 98%, y es la forma más confiable de realizarlo (GIRE, 2020). Sin embargo, es fundamental contar con la asesoría óptima. Dicho acompañamiento debe ser provisto por servicios de salud públicos o privados. En condiciones restrictivas, hay grupos que acompañan a las mujeres, lo que ayuda a reducir los riesgos, incluso en circunstancias de penalización (GIRE, 2020).

Algunas personas que se han opuesto a la legalización del aborto han argumentado que este es un procedimiento que causa secuelas físicas como el cáncer de mama. No obstante, este dato es erróneo, debido a que la OMS no considera al aborto como un factor de riesgo en este tipo de cáncer. (IPAS, 2010, p. 28)

Aunado a lo anterior, el IPAS (2010), menciona que, en el 2003, el Instituto Nacional del Cáncer (NCI) realizó un seminario sobre eventos reproductivos tempranos y cáncer de seno. Más de 100 personas expertas a nivel mundial concluyen que:

- El riesgo de cáncer de mama aumenta por un corto tiempo después de un embarazo que tiene como resultado el nacimiento de un niño vivo (IPAS, 2010, p. 6)
- Ni el aborto inducido ni el espontáneo están asociados con un aumento en el riesgo de cáncer de mama (NCI 2003) (IPAS, 2010, p. 6)

Interrumpir el embarazo es traumático y causa trastornos psicológicos

Según la OMS en los Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health (2008) la evidencia muestra que el aborto no está asociado a consecuencias negativas en la salud mental de las mujeres y que el procedimiento en sí mismo no representa un estrés mayor que el de otro procedimiento obstétrico. Al contrario, lo que muestra la evidencia es que,

Aborto libre, legal, seguro, gratuito: tenemos un proyecto, ganémoslo en las calles 28

en realidad, lo que más afecta a las mujeres a nivel emocional es el estigma y el miedo a ser criminalizadas y no el procedimiento en sí mismo. (GIRE, 2020, p. 3)

Situaciones que sí pueden generar estados de angustia son el estigma y la posibilidad real de enfrentar un proceso penal por abortar y la posibilidad de enfrentar una investigación penal. “Por otro lado, quienes se ven obligadas a llevar a término embarazos no deseados pueden sufrir graves impactos en su salud emocional” (GIRE, 2020, p. 3).

Síndrome Posabortedo

Las tasas de trastornos psiquiátricos son las mismas para las mujeres después del aborto que para las mujeres después del parto (Gilchrist et al. 1995); que las mujeres que abortan no son más propensas a sufrir depresión clínica que las mujeres que llevan a término un embarazo no deseado (Schmiege y Russo 2005); (...) La mejor manera de predecir la salud mental de la mujer después del aborto es evaluar su salud mental antes del aborto. Cuando no se toma en cuenta la salud mental de la mujer antes del aborto, los problemas de salud mental postabortedo podrían parecer un resultado del aborto cuando en realidad estos problemas ya existían. Las mujeres tienen diversas experiencias con relación al aborto, las cuales varían en los diferentes contextos socioeconómicos, religiosos y culturales. Los intentos por definir deliberadamente las experiencias de todas las mujeres como homogéneas hacen caso omiso de las maneras personales en que cada mujer vive, experimenta e interpreta su embarazo y su aborto. (IPAS, 2010, p. 4)

Las mujeres que abortan son egoístas

Hay muchas razones por las cuales las mujeres deciden interrumpir su embarazo: plan de vida, violencia doméstica, situación económica inestable, estado de salud, etc. Algunas mujeres que abortan no tienen hijos y no quieren tener hijos. Otras son madres o quieren ejercer su maternidad en otros momentos de sus vidas (GIRE, 2020).

¿Por qué no optar por la adopción en lugar del aborto?

La adopción puede ser una alternativa para quienes cursan embarazos no deseados. Sin embargo, esto no implica que el Estado deba forzar a las mujeres a vivir un proceso de gestación que, por diferentes razones, no quieran llevar a cabo, en especial considerando las afectaciones de salud, física y mental, relacionadas con un embarazo forzado. (GIRE, 2020, p. 6)

Si se despenaliza habría más abortos

La aseveración es incierta, pero, para países como Uruguay y México, sin mencionar otros casos, ocurrió lo contrario:

A partir de la despenalización en la Ciudad de México en 2007, el número de abortos inducidos en dicha entidad ha disminuido. De acuerdo con datos de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México —obtenidos a través de solicitudes de acceso a la información pública, el programa ile-cdmx tuvo una tendencia de aumento durante los primeros años de su implementación. Sin embargo, ésta se desaceleró rápidamente, e incluso se ha reducido en los últimos años. (GIRE, 2020, p. 9)

El caso de Uruguay es muy similar. De acuerdo con datos del Ministerio de Salud, la tendencia de Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVES) realizadas aumentó de forma considerable durante los primeros dos años de implementación (poco más de 19%) y más tarde tuvo un periodo de desaceleración. Al observar las tasas por cada mil mujeres en edad reproductiva, la tendencia de desaceleración es aún más drástica, pues el número de interrupciones de 2017 a 2018 fue únicamente de 1.14%. (GIRE, 2020, p. 10)

En este sentido, es posible inferir que la liberalización del marco legal no necesariamente incentiva a que más mujeres interrumpan su embarazo, sino que les brinda un espacio seguro para hacerlo. (GIRE, 2020, p. 10)

La anticoncepción de emergencia causa aborto

La utilización de Anticonceptivos de Emergencia no impide que el óvulo fecundado se adhiera al endometrio. Según el IPAS (2010), “la anticoncepción de emergencia es control de la natalidad que previene el embarazo hasta cinco días después de tener relaciones sexuales sin protección” (IPAS, 2010, p. 9). La función de los AE es cesar o interrumpir la maduración de los óvulos, impidiendo que los óvulos maduros sean liberados y por consiguiente no pueda haber fecundación. Tienen una función muy similar a la de los anticonceptivos hormonales. En Costa Rica, el AE de más fácil acceso es el Levonorgestrel, conocido popularmente como “píldora del día después”.

La mayoría de las marcas de anticonceptivos orales (AO) se pueden utilizar como anticoncepción poscoital. En el sitio web www.not-2-late.com se ofrecen instrucciones, incluso las marcas de AO y cuántas píldoras se deben tomar para que sirvan de anticoncepción de emergencia poscoital eficaz. Es importante tener información correcta ya que las dosis hormonales varían según la marca. (IPAS, 2010, p. 9)

Si el aborto es legal, las mujeres lo utilizarán para el control de la natalidad

En algunos países, las tasas de aborto han aumentado después de la legalización, en parte debido a la transición de abortos ilegales indocumentados a abortos legales con licencia. El aumento en las tasas de aborto es una respuesta a la demanda de servicios, que generalmente se vuelven accesibles y seguros después de la legalización. En los países donde las parejas

Aborto libre, legal, seguro, gratuito: tenemos un proyecto, ganémoslo en las calles 30

usan anticonceptivos para restringir o restringir el embarazo, las tasas de aborto se reducen a niveles moderados. Por el contrario, en los países donde las tasas de uso de anticonceptivos continúan siendo bajas o ineficaces, y los países donde existe una fuerte o creciente motivación para dar a luz a familias pequeñas y el embarazo, las tasas de aborto pueden aumentar y tomará algún tiempo resolverlo. (IPAS, 2010)

Referencias

IPAS. (2010). Las evidencias hablan por sí solas: Diez datos sobre aborto. Obtenido de: <https://www.ipasmexico.org/wp-content/uploads/2017/12/10-DATOS-SOBRE-EL-ABORTO.pdf>

Grupo de información en reproducción elegida. (2020). Mitos y preguntas sobre el aborto. Obtenido de <https://gire.org.mx/>

