

Cambios en las leyes mundiales sobre el aborto inducido: 2008–2019

CONTEXTO: La evidencia muestra que las leyes que restringen el aborto no eliminan su práctica, sino que dan como resultado que las mujeres se sometan a abortos clandestinos, que probablemente sean inseguros. Es importante evaluar periódicamente los cambios en la situación legal del aborto en el mundo.

MÉTODOS: Se utilizaron los criterios del aborto legal en 199 países y territorios a partir de 2019 para distribuirlos a lo largo de un continuo de seis categorías mutuamente excluyentes, desde prohibido hasta permitido sin restricción en cuanto a razón. También se cuantificaron los tres motivos legales adicionales más comunes que caen fuera de este continuo: violación, incesto y malformación fetal. Se examinaron los patrones por región y por ingreso nacional bruto (INB) per cápita. Se evaluaron los cambios resultantes de la reforma legal y las decisiones judiciales a partir de 2008, así como los cambios en las políticas y lineamientos de servicios que afectan el acceso a los abortos legales.

RESULTADOS: La legalidad se correlacionó positivamente con el ingreso: las proporciones de países en las dos categorías más liberales aumentaron uniformemente con el INB. De 2008 a 2019, 27 países ampliaron el número de criterios para el aborto legal; de ellos, 21 avanzaron a otra categoría de legalidad y seis agregaron al menos una de los criterios adicionales más comunes. La reforma fue el resultado de una variedad de estrategias, las cuales generalmente involucran a múltiples partes interesadas y exigen el cumplimiento de las normas internacionales de derechos humanos.

CONCLUSIONES: La tendencia mundial hacia la liberalización continuó durante la última década; sin embargo, se necesitan avances aún mayores para garantizar el derecho de todas las mujeres al aborto legal y para asegurar un acceso adecuado a servicios seguros en todos los países.

Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2020,

<https://www.guttmacher.org/es/journals/ipsrh/2020/12/global-developments-laws-induced-abortion-2008-2019>

Por Lisa Remez,
Katherine Mayall y
Susheela Singh

Lisa Remez es escritora de investigación sénior y Susheela Singh es académica distinguida y vicepresidenta de Global Science and Policy Integration, ambas en el Guttmacher Institute de Nueva York. Katherine Mayall es directora de Strategic Initiatives, Global Legal Program en el Center for Reproductive Rights de Nueva York.

Las bases legales del aborto son clave para su seguridad. El derecho de las mujeres de interrumpir legalmente y de manera segura los embarazos no deseados varía muchísimo según el país. Restringir legalmente esta intervención común no reduce la frecuencia con la que ocurre.¹ En cambio, las restricciones legales resultan en abortos practicados en la clandestinidad para evitar el estigma y el enjuiciamiento, a pesar del riesgo para la salud que a menudo representan esos abortos fuera de la ley. De hecho, la proporción de abortos considerados “los menos seguros” (es decir, realizados por un proveedor no capacitado utilizando un método no recomendado) aumenta con las crecientes restricciones legales: menos del 1% de los abortos son los menos seguros en los países que permiten el aborto sin restricción de motivos, en comparación con el 31% en aquellos donde el aborto está prohibido o es legal solo para salvar la vida de la mujer.²

Las complicaciones médicas del aborto son extremadamente infrecuentes donde la intervención es legal: cuando se la realiza según las pautas de mejores prácticas, solo el 0.5% de los abortos en el primer trimestre tiene complicaciones que requieren atención en una institución de salud.³ No se dispone de datos directamente comparables

sobre la frecuencia con la que las intervenciones ilegales (o legales pero altamente estigmatizadas) necesitan atención médica; sin embargo, casi siete de cada 1,000 mujeres en edad reproductiva en las regiones en desarrollo recibieron atención postaborto (APA) después de una intervención insegura en 2012.⁴ Sin embargo, este total anual estimado de siete millones de mujeres no incluye a las mujeres que no pueden, o simplemente están demasiado avergonzadas para, buscar la atención necesaria, así como a aquellas que mueren antes de llegar a un lugar de atención.

Este artículo, el tercero de una serie, revisa el estado legal del aborto en todo el mundo desde 2008 hasta 2019. Al igual que en las dos revisiones anteriores, que resumieron los cambios de 1985 a 1997,⁵ y de 1998 a 2007,⁶ proporcionamos una descripción general de cómo las leyes nacionales regulan actualmente el aborto y qué países han cambiado sus leyes durante la última década aproximadamente. Evaluar periódicamente hasta qué punto las leyes restringen el aborto es valioso a nivel nacional, regional y mundial. Proporcionamos información esencial a una amplia gama de partes interesadas que trabajan para hacer que el aborto sea más seguro y accesible (formuladores de políticas, proveedores de servicios, investigadores y activistas).

ENFOQUE

Para esta revisión, nos basamos en un sistema de clasificación desarrollado por el Center for Reproductive Rights (CRR), que categoriza a 199 países, territorios y jurisdicciones administrativas* sobre la base de las leyes con jurisdicción nacional, incluidas las decisiones judiciales con fuerza de ley.⁷ Utilizamos fuentes primarias de la ley cuando la categoría de un país según el CRR difiere de lo que indica el texto preciso de la ley, como fue el caso de tres países: Etiopía,⁸ Mozambique⁹ y Rwanda.¹⁰ Las regulaciones complementarias, como las directivas ministeriales o los códigos de ética médica, pueden orientar la implementación de estas leyes o aún las contradecir; así, el análisis se mantiene a nivel de las leyes nacionales para asegurar la uniformidad y comparabilidad. Para Australia, México y Micronesia, que regulan el aborto a nivel estatal en lugar de federal, colocamos a cada país en la categoría que cubre a la mayor proporción de la población. Nuestra revisión de los cambios a lo largo del tiempo hace uso de varias fuentes: para las reformas legales entre 1994 y 2014, el informe de CRR que evalúa 20 años de reforma;¹¹ y para cambios desde 2014 hasta diciembre de 2019, el mapa de los países según leyes del CRR⁷ y las leyes mismas de los países.

Usamos un sistema de clasificación para distribuir a los países en seis categorías mutuamente excluyentes y examinamos cómo las proporciones de países en estas categorías cambian por agrupación geográfica y económica. La clasificación jerárquica ordena las bases legales de manera acumulativa, agregando sucesivamente las causales de salud y socioeconómicas hasta que las leyes ya no restrinjan el aborto en cuanto al motivo. Destacamos que esta categorización concuerda con una lectura literal de las leyes vigentes en cada país, que puede diferir de cómo esas leyes se aplican en la práctica. También reconocemos que las leyes que reglamentan la práctica del aborto tienen muchos matices y admiten diversas bases legales adicionales que no siempre encajan en nuestras categorías designadas. No obstante, para cuantificar de manera significativa cómo se reglamenta el aborto y registrar las tendencias a lo largo del tiempo, debemos aplicar un estándar estrictamente comparable.

*Este total refleja el precedente establecido por CRR en el cual se considera las leyes en los 193 estados miembros de las Naciones Unidas, más dos estados no miembros (Estado de Palestina y Kosovo) y cuatro territorios u otras jurisdicciones administrativas (Hong Kong, Irlanda del Norte, Puerto Rico y Taiwán).

†Casi todos los países de la categoría tres (los que *no* mencionan explícitamente la salud mental) no modifican en absoluto la palabra “salud”. Solo dos, Mónaco y Zimbabwe, limitan la excepción de salud explícitamente a la salud física.

‡Otros incluyen los casos en los que la mujer embarazada tiene una discapacidad mental, es VIH positiva, es menor de edad, es una menor de edad que no está preparada para la maternidad o está emocionalmente alterada; o los casos en los que el embarazo resulta de un matrimonio forzado, de la falla de los métodos anticonceptivos o de una inseminación artificial no consentida.

§Este valor, y todas las semanas de gestación en este artículo, se refieren al tiempo transcurrido desde la última menstruación. Para los pocos países que cuantifican el embarazo en semanas desde la concepción, que serían dos semanas menos, se las han recalculado para que todas las edades gestacionales sean estrictamente comparables. Para información específica sobre los 28 países de la categoría seis cuyo límite gestacional difiere de las 12 semanas, consultar la referencia 17.

Los países que prohíben el aborto por completo se colocan en la categoría uno, y los que permiten el aborto sin restricción de motivo, en la categoría seis. Las categorías intermedias presentan criterios sucesivos y, a partir de la categoría tres, cada una incluye los criterios de la categoría anterior. La categoría dos comprende los países que permiten explícitamente el aborto solo para salvar la vida de la mujer. Las dos artículos anteriores de esta serie combinaban las categorías uno y dos. Las mantenemos separadas para: enfatizar que a diferencia de los países de la categoría uno, los de la categoría dos sí deben proporcionar servicios de abortos legales; para indicar que los países de la categoría dos pueden permitir los criterios legales adicionales de violación, incesto y malformaciones fetales; y para establecer las líneas claras de base y de ende para los países que pasen de la categoría uno a dos a lo largo del tiempo.

Los países de la categoría tres, que incorpora de forma inherente la excepción para salvar la vida de la mujer, también permiten el aborto para preservar la salud de la mujer.† Estas leyes comúnmente se refieren a motivos “de salud” o “terapéuticos”. Mantenemos esta categoría separada de la siguiente, la categoría cuatro, que comprende los países que también permiten el aborto para explícitamente proteger la salud mental de la mujer. Reconocemos que esta es una solución imperfecta, porque se puede interpretar que las leyes de la categoría tres incluyen la salud mental. Sin embargo, esta distinción nos permite documentar cuándo un país actúa para incluir expresamente la salud mental. La categoría cinco abarca los motivos legales de las tres agrupaciones anteriores y agrega razones socioeconómicas. Esas razones a menudo toman en cuenta que la mujer ya tiene hijos, las condiciones de su vida o su “entorno real o razonablemente previsible”.

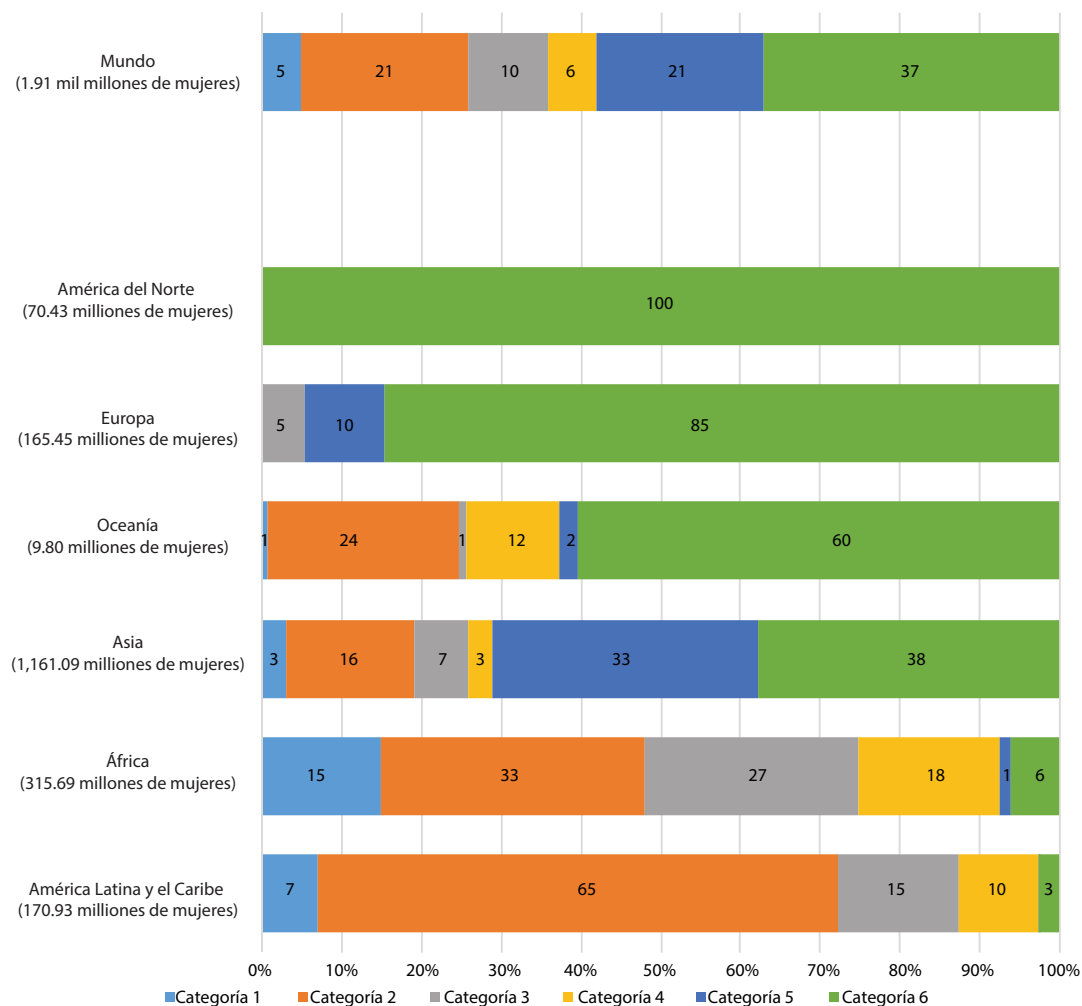
Los países especifican muchos otros motivos legales para el aborto que quedan fuera del continuo de seis categorías. Los más comunes son la violación, el incesto y las malformaciones fetales.‡ Cuantificamos hasta qué punto los países de cualquiera de las cuatro categorías intermedias contemplan alguno de estos criterios legales adicionales más comunes. Consideramos que un motivo legal adicional es válido solo si toda mujer, no solo un subgrupo de mujeres, puede satisfacer dicho requisito para un aborto legal. Por ejemplo, en Zambia, la base legal de la violación se limita al estupro, que es la actividad sexual por debajo de la edad de consentimiento.¹² Debido a que las mujeres de 16 años o más no pueden satisfacer el motivo legal de violación, no clasificamos a Zambia como país que contempla este motivo adicional. De manera similar, debido a que Brasil permite el aborto para solo un tipo de malformación fetal, en lugar de para todo tipo, la ley de ese país no admite el motivo adicional de malformaciones fetales.¹³

La ligera mayoría (58%) de los países de la categoría seis establece el límite de edad gestacional para los abortos bajo solicitud en 12 semanas.§ Muchos países en todas las categorías aplicables amplían estos límites cuando la vida o la salud de la mujer está en peligro, así como por el motivo específico de malformaciones fetales, que en mu-

CUADRO 1. Distribución de los 199 países y territorios, según categoría de legalidad del aborto, y los tres criterios adicionales más comunes, según el grupo de ingreso nacional bruto del Banco Mundial, 2019

Categoría y criterio	Bajo (N = 29)	Medio bajo (N = 50)	Medio alto (N = 55)	Alto (N = 65)	
Categoría 1 (n=24) Ninguno	Haití Madagascar Sierra Leona	Angola El Salvador Egipto Filipinas Honduras Laos Mauritania Micronesia Nicaragua Rep. Congo Senegal	Iraq Jamaica Islas Marshall Rep. Dominicana Suriname Tonga	Andorra Malta Palau San Marino	
Categoría 2 (n=41) Para salvar la vida de la mujer	Afganistán Gambia (F) Malawi Mali (V,I) Siria (CC,CP) Somalia Sudán (V) Sudán del Sur Uganda Yemen (CC)	Bangladesh Bhután Côte d'Ivoire (V) Estado de Palestina Islas Salomón Kiribati Myanmar (V,I) Nigeria Papua Nueva Guinea Sri Lanka Tanzania Timor-Leste (CP)	Brasil (V) Dominica Gabón (V,I,F) Guatemala Irán (F) Libano Libia México (V,F) Paraguay Tuvalu Venezuela	Antigua y Barbuda Bahrein Brunei Darussalam Chile (V,F) Emir. Árabes Unidos (CC,CP) Omán Panamá (V,F,CP)	
Categoría 3 (n=32) Para salvar la vida de la mujer y preservar su salud (pero sin mención explícita de la salud mental)	Burkina Faso (V,I,F) Burundi Etiopía (V,I,F) Guinea (V,I,F) Níger (F) Rep. Centroafricana (V,I,F) Togo (V,I,F)	Benin (V,I,F) Camerún (V) Comoras Djibouti Kenya Lesotho (V,I,F) Marruecos (CC) Pakistán Vanuatu Zimbabue (V,I,F)	Argentina (V) Costa Rica Ecuador Guinea Ecuatorial (CC,CP) Granada Jordania Perú	Arabia Saudita (CC,CP) Bahamas Corea del Sur (V,I,F,CC) Kuwait (F,CC,CP) Liechtenstein (CP) Mónaco (V,I,F) Polonia (V,I,F,CP) Qatar (F)	
Categoría 4 (n=25) Para salvar la vida de la mujer y preservar su salud, con mención explícita de la salud mental	Chad (V,I,F) Eritrea (V,I) Liberia (V,I,F) Mozambique (V,I,F) Rep. Dem. Congo (V,I,F) Rwanda (V,I,F)	Argelia Bolivia (V,I) Eswatini (V,I,F) Ghana (V,I,F)	Botswana (V,I,F) Colombia (V,I,F) Malasia Namibia (V,I,F) Samoa Santa Lucía (V,I) Tailandia (V,F)	Irlanda del Norte Israel (V,I,F) Mauricio (V,I,F,CP) Nauru (V,I,F) Nueva Zelanda (V,F) Saint Kitts y Nevis Seychelles (V,I,F) Trinidad y Tobago	
Categoría 5 (n=11) Para salvar la vida de la mujer y preservar su salud, más criterios socioeconómicos		India (V,F,CP) Zambia (F)	Belice (F) Fiji (V,I,F,CP) San Vicente y las Granadinas (V,I,F)	Barbados (V,I,F,CP) Finlandia (V,F) Gran Bretaña (F) Hong Kong (V,I,F) Japón (V,CC) Taiwán (V,I,F,CC,CP)	
Categoría 6 (n=66) Sin restricción en cuanto al criterio (con límites gestacionales y otros requisitos)	Corea del Norte Guinea-Bissau Tayikistán	Cabo Verde Camboya (CP) Kirguistán Moldova (CP) Mongolia Nepal Sto Tomé y Príncipe Túnez Ucrania Uzbekistán Vietnam	Albania (CP) Armenia (CP) Azerbaiyán Belarús Bosnia y Herzegovina (CP) Bulgaria China Cuba (CP) Fed. de Rusia Georgia (CP) Kazajistán Kosovo (CP) Macedonia del Norte (CP) Maldivas Montenegro (CP) Serbia (PC)	Sudáfrica Turquía (CC,CP) Turkmenistán Alemania Australia Austria Bélgica Canadá Chipre Croacia (CP) Dinamarca (CP) EE.UU. (CP) Eslovaquia (CP) Eslovenia (CP) España (CP) Estonia Francia Grecia (CP) Hungria	Islandia Irlanda Italia Letonia (CP) Lituania (CP) Luxemburgo Noruega (CP) Países Bajos Portugal (CP) Puerto Rico Rumania Singapur Rep. Checa (CP) Suecia Suiza Uruguay (CC)

Notas: Los tres criterios adicionales más comunes que no están en el continuo son: V = violación; I = incesto; y F = malformaciones fetales. Umbrales de ingreso nacional bruto per cápita del Banco Mundial para el año calendario 2019: <\$1,036 para países de bajo ingreso; \$1,036–4,045 para países de ingreso medio bajo; \$4,046–12,535 para países de ingreso medio alto; y >\$12,535 para países de ingreso alto (consultar la referencia 14). CC = consentimiento del cónyuge necesario. CP = consentimiento (o notificación, para los EE.UU) de los padres necesario. Para conocer los límites de edad gestacional para los países de la categoría 6, consultar la referencia 17. Fuentes: referencias 7–10.

FIGURA 1. Distribución porcentual de las mujeres del mundo de 15 a 49 años, por categoría de legalidad del aborto, según región, 2019

Notas: Las seis categorías en el continuo de criterios legales para el aborto son 1 = ninguno; 2 = salvar la vida de la mujer; 3 = salvar la vida de la mujer y preservar su salud en general (sin mencionar explícitamente la salud mental); 4 = salvar la vida de la mujer y preservar su salud general, con mención explícita de la salud mental; 5 = salvar la vida de la mujer y preservar su salud general/mental, y amplios motivos socioeconómicos; y 6 = sin restricción en cuanto al motivo (con requisitos gestacionales y otros). Los datos reflejan la asignación de países por regiones de la división de población de las Naciones Unidas, según la cual México se considera parte de América Latina, y no de América del Norte. *Fuentes:* referencias 7–10, y 15.

chos casos solo pueden diagnosticarse después del primer trimestre del embarazo. En lugar de informar de manera exhaustiva tales límites gestacionales específicos por cada motivo por cada país (que varían ampliamente entre los países y dentro de ellos, y no están disponibles en una sola fuente), ofrecemos algunos ejemplos ilustrativos.

También cuantificamos algunas restricciones legales que afectan el acceso al aborto, como los requisitos de consentimiento de los cónyuges o de los padres o tutores. Aunque existen otros requisitos para obtener un aborto legal, incluidos la consejería y los períodos de espera obligatorios, no los cuantificamos en este artículo, ya que no se contemplan muy a menudo en los documentos con fuerza de ley. Tampoco identificamos lo que se conoce como cláusulas de objeción de conciencia, que permiten a los profesionales optar por no proporcionar servicios de aborto por creencias religiosas o de otro tipo. Nuevamente, ofrecemos

solo ejemplos ilustrativos de tales objeciones, en lugar de una descripción completa de su uso.

Por último, las restricciones de los servicios de salud y su racionamiento en respuesta a la pandemia de la COVID-19 en 2020 sin duda han socavado el acceso al aborto seguro en muchos contextos. No podemos abordar el impacto de la pandemia dentro del alcance de este análisis, que se limita al estado legal del aborto hasta finales de 2019.

EN DICIEMBRE DE 2019

Continuo de criterios legales

A partir de diciembre de 2019, de los 199 países y territorios, 24 (12%) prohíben el aborto por completo (Cuadro 1, página 3). Unos 41 países (21%) permiten el aborto solo para salvar la vida de la mujer, y 32 (16%) lo permiten tanto para salvar la vida de la mujer como para preservar su salud, sin mencionar explícitamente la salud mental.

FIGURA 2. Países que ampliaron los criterios para el aborto legal, con progresión a través del continuo de categorías de legalidad, y la adición de cualquiera de los tres criterios legales más comunes, de 2008 a 2019

Categorías de criterios de legalidad del aborto

REGIÓN Y PAÍS	1	2	3	4	5	6
	Ninguno	Para salvar la vida de la mujer	Para salvar la vida de la mujer y preservar su salud (pero sin mención explícita de la salud mental)	Para salvar la vida de la mujer y preservar su salud, con mención explícita de la salud mental	Para salvar la vida de la mujer y preservar su salud, más criterios socioeconómicos	Sin restricción en cuanto al criterio (con límites gestacionales y otros requisitos)
África						
Chad				F	V I	
Cote d'Ivoire		V				
Rep. Dem. del Congo					V I F	
Eritrea					V I	
Gabón		V I F				
Gambia		F				
Kenya						
Lesotho			V I F			
Mauricio					V I F	
Mozambique					V I F	
Rwanda			V I F			
Sto Tomé y Príncipe						
Somalia						
Asia						
Chipre						V I
Indonesia		V F				
Maldivas						
Oceanía						
Australia						
Fiji					V I F	
Nauru				V I F		
Europa						
Islandia					V I F	
Irlanda						
Luxemburgo					V I F	
Mónaco			V I F			
España				V F		
América Latina y el Caribe						
Argentina				V		
Chile		V F				
Uruguay			V			

Notas: Muchos criterios para el aborto legal son independientes de la clasificación de un país en el continuo. Los más comunes son los que permiten el aborto en los casos de violación, incesto y malformaciones fetales. Estos se indican para las cuatro categorías del continuo en las que estos motivos adicionales se aplican por lógica (categorías 2, 3, 4 y 5). Los símbolos de estos motivos adicionales se corresponden con la categoría del continuo en el momento en que se promulgaron los motivos adicionales. V = violación. I = incesto. F = malformaciones fetales. Fuentes: Punto de partida y punto final para países con reformas entre 2008 y 2013: para Argentina, Fiji, Indonesia, Kenya, Lesotho, Luxemburgo, Mauricio, Mónaco, España, Somalia y Uruguay: referencia 11; para Gambia y Sto Tomé y Príncipe: leyes nacionales individuales, disponibles de los autores. Punto de partida y punto final para países con reformas entre 2014 y 2019: para Australia, Chad, Chile, Côte d'Ivoire, Chipre, República Democrática del Congo, Eritrea, Gabón, Irlanda, Islandia, Maldivas, Mozambique, Nauru y Rwanda: leyes individuales nacionales (y estatales, para Australia), disponibles de los autores y referencia 7 (excepto para Mozambique y Rwanda).

Otros 25 países (13%) incluyen explícitamente la salud mental, y 11 (5%) también permiten el aborto por motivos socioeconómicos. Finalmente, en 66 de los países del mundo (33%), las mujeres tienen derecho a un aborto sin restricción de motivo.

Si los países más pobres también tuvieran las leyes más restrictivas, las mujeres que viven en ellos tendrían una doble desventaja: las que viven en países pobres y restrictivos no solo tendrían menos probabilidades de tener un aborto legal seguro en primer lugar, sino que también tendrían menos probabilidades de recibir los servicios de APA necesarios debido a los presupuestos nacionales de salud limitados y a los sistemas de salud relativamente débiles. Medimos la riqueza mediante los ingresos nacionales br-

tos (INB) de los países para el año calendario de 2019 según el Banco Mundial que los clasifica en cuatro grupos.¹⁴ Nuestro análisis muestra que la riqueza se asocia con la legalidad del aborto de una manera positiva: las regiones de Europa (excepto Europa del Este) y América del Norte, que comprenden los países de ingresos más altos, tienen las leyes de aborto menos restrictivas. Si se analiza la legalidad según el INB per cápita, se confirma este patrón. La probabilidad de que el aborto esté muy o moderadamente restringido (es decir, en categorías uno a cuatro) está inversamente relacionada con la riqueza. Alrededor del 42% de los países de ingresos altos, el 58% de los países de ingresos medios altos, el 74% de los de ingresos medios bajos y el 90% de los de ingresos bajos se incluyen en estas cate-

gorías restrictivas. Por el contrario, la proporción de países que cuentan con leyes de aborto liberales (categorías cinco y seis) aumenta de manera uniforme con el INB, del 10% de los países de bajos ingresos al 58% de los países de altos ingresos.

Si bien es importante señalar el número de países en cada categoría para identificar divergencias y puntos en común, considerar las diferencias en el tamaño de la población proporciona información sobre el número de mujeres afectadas por leyes restrictivas. Utilizar mujeres en edad reproductiva (15–49) como unidad de análisis¹⁵ en lugar de países, muestra que alrededor del 42% de las mujeres del mundo viven en lugares donde el aborto está muy o moderadamente restringido (Figura 1, página 4). Este promedio mundial enmascara enormes diferencias por región, dado que solo entre cero y el 5% de las mujeres en Europa y América del Norte viven en países restrictivos, en comparación con el 97% de las mujeres en América Latina y el Caribe.[¶] En el extremo más restrictivo del continuo, el 15% de las mujeres en África viven en países donde el aborto está prohibido (categoría uno), la mayor proporción, con mucho, entre las principales regiones del mundo. Por otro lado, la proporción de mujeres que viven donde el aborto está prohibido oscila entre cero en América del Norte y el 7% en América Latina y el Caribe.

Crterios adicionales que no figuran en el continuo

Los motivos adicionales más comunes que quedan fuera del continuo de seis categorías son los de violación, incesto y malformaciones fetales. Debido a que los países de la categoría uno no permiten el aborto bajo ninguna circunstancia, y los países de la categoría seis permiten el aborto sin restricción en cuanto al motivo, cuantificamos estos motivos adicionales solo entre los países relevantes en las categorías dos a cinco. Estas bases legales pueden ser cruciales para permitir que las mujeres obtengan un aborto seguro y legal en países que de otro modo son altamente restrictivos. Por ejemplo, a partir de diciembre de 2019, 12 países de la categoría dos (es decir, aquellos que contemplan como única base legal salvar la vida de la mujer) también permiten el aborto por al menos uno de estos motivos adicionales (Cuadro 1).^{**}

Entre los 109 países o territorios en las categorías intermedias, 51 (47%) no contemplan ninguno de estos motivos adicionales; 27 (25%) consideran uno o dos; y 31 (28%) incorporan los tres. La mayoría de los países del último grupo se encuentran en África subsahariana, lo que puede reflejar en parte la influencia del lenguaje prescriptivo en el Protocolo de Maputo de la Unión Africana en el que se establece que el aborto debe ser legal en estas tres

circunstancias.¹⁶ En particular, la incorporación de estos tres motivos por parte de los países africanos comenzó antes de la adopción del Protocolo en 2003 y ha continuado durante los últimos 15 años.^{5,6}

Restricciones procesales para el acceso

Además de especificar las bases legales, las leyes a menudo establecen trámites administrativos, de procedimiento y reglamentarios que afectan directamente el acceso de las mujeres al aborto legal. Cuando dichos trámites no confieren un beneficio de salud o de otro tipo a las mujeres, pueden obstaculizar el acceso. Por ejemplo, muchos países requieren el consentimiento de un padre o tutor o de un cónyuge como requisito. De los 175 países y territorios con al menos un motivo legal (los de las categorías dos a seis), 39 requieren el consentimiento o la notificación por parte de los padres/tutores para las menores.¹⁷ Estos países permiten en su mayoría el aborto por criterios amplios (categorías cinco y seis) y se centran en Europa. Sin embargo, 12 países o territorios en las categorías dos a seis requieren que las mujeres casadas obtengan el consentimiento de su esposo.^{††} De estos, solo Turquía está en la categoría seis, lo que significa que es el único país que permite el aborto bajo solicitud y requiere que una mujer casada obtenga el consentimiento de su esposo.

Sanciones penales

La mayoría de los países, incluidos muchos que permiten el aborto sin restricciones de motivo, reglamentan el aborto en sus códigos penales, que establecen penas de prisión y multas para los abortos que ocurren fuera de la ley. Los castigos varían ampliamente entre países. Las leyes de la mayoría de los países en las categorías uno a cinco castigan tanto a la mujer como al profesional de la salud o al lego que realiza el aborto; además, los códigos penales de al menos 28 países sancionan la difusión de información al público sobre la disponibilidad del aborto.¹⁸ Côte d'Ivoire, por ejemplo, impone penas de prisión que van de seis meses a tres años por este delito, incluso si esa información no conduce a la realización de un aborto.¹⁹

Mientras que la mayoría de los países nunca aplican tales sanciones, otros enjuician activamente a mujeres y proveedores. Por ejemplo, continúan los enjuiciamientos por realización de abortos en El Salvador,²⁰ México²¹ y Nepal.²² Los enjuiciamientos en curso en Nepal son especialmente preocupantes. A pesar de que el país permite el aborto sin restricción de motivo, las bases legales aún están recogidas en el código penal, por lo que las mujeres son sancionadas por abortos que supuestamente no cumplen con estos criterios. Incluso después de reformar las leyes restrictivas, sus efectos perjudiciales pueden continuar, porque la mayoría de las liberalizaciones no son retroactivas. Rwanda es una excepción: en abril de 2019, el presidente del país, Paul Kagame, indultó a unas 370 personas que habían sido condenadas por delitos relacionados con el aborto, lo que demuestra el potencial de los actores gubernamentales para corregir el problema, cuando deciden hacerlo.²³

¶Estos datos se basan en la asignación de países por regiones de la división de población de las Naciones Unidas, según la cual México se considera parte de América Latina, y no de América del Norte.

**Bhután, Brasil, Chile, Côte d'Ivoire, Gabón, Gambia, Indonesia, Irán, Malí, México, Panamá y Sudán.

††Arabia Saudita, Corea del Sur, Emiratos Árabes Unidos, Guinea Ecuatorial, Indonesia, Japón, Kuwait, Marruecos, Siria, Taiwán, Turquía y Yemen.

Finalmente, algunos países reducen las multas o las penas de prisión en circunstancias atenuantes, como cuando se necesita un aborto para ocultar la “vergüenza” de una mujer o preservar el “honor” de ella o su familia, como en Angola,²⁴ Filipinas²⁵ y Sudán del Sur,²⁶ entre otros. Etiopía considera la pobreza extrema como un factor atenuante.⁸

CAMBIOS DESDE 2008 HASTA 2019

La tendencia global hacia la ampliación de los motivos para el aborto legal, observada de 1997 a 2007, continuó de 2008 a 2019. Durante este período, ningún país retrocedió en el continuo de la legalidad y 27 ampliaron las bases legales para el aborto (Figura 2, página 5). De los países que ampliaron los motivos, 21 pasaron a otra categoría de legalidad y seis agregaron al menos uno de los tres motivos adicionales más comunes. Ocho países (Chile, Gabón, Lesotho, Mauricio, Mónaco, República Democrática del Congo, Santo Tomé y Príncipe, y Somalia) pasaron de la prohibición a permitir el aborto bajo al menos un criterio legal. De estos, la expansión de la ley fue la más reducida en Somalia y la más amplia en Santo Tomé y Príncipe.

También hubo variaciones regionales en las reformas legales. África subsahariana registró el mayor número de países que ampliaron los criterios (13), lo que probablemente refleja el impacto del Protocolo de Maputo. En América Latina y el Caribe, la reforma se centralizó en la región del Cono Sur; Argentina, Chile y Uruguay ampliaron la legalidad del aborto. En otras regiones, el progreso fue mucho más disperso geográficamente.

Vías de reforma

La reforma de las leyes del aborto se produjo principalmente a través de la legislación y las decisiones judiciales; la reforma constitucional desempeñó un papel menor. Los protocolos y las convenciones internacionales y regionales apoyaron a los actores a nivel nacional que defendieron la reforma legal.

• **Legislación.** Las liberalizaciones se produjeron predominantemente a través de la legislación, en muchos casos mediante la reforma de los códigos penales. Chile es uno de varios países que tomaron esta vía. En 2017, la entonces presidenta Michelle Bachelet encabezó el intento de revocar la prohibición absoluta del aborto en el país. A partir de ese año, Chile permite el aborto cuando la vida de la mujer está en peligro y en casos de violación y malformaciones fetales fatales.²⁷ La Corte Constitucional del país anuló las objeciones a la nueva ley al afirmar que dicha ley estaba de acuerdo con la Constitución.²⁸ Otro país sudamericano de altos ingresos, Uruguay, despenalizó el aborto en 2012 para convertirse en el primer país de América del Sur de categoría seis con ascendencia latina en aquella época.²⁹ Con su despenalización ese mismo año, Santo Tomé y Príncipe atravesó todo el continuo de la legalidad,³⁰ algo que ningún otro país ha hecho excepto Nepal.³¹ En mayo de 2019, el parlamento de Islandia adoptó una legislación que permite el aborto bajo solicitud hasta las 22 semanas.³²

• **Decisiones judiciales.** Varias decisiones de los tribunales

nacionales también dieron lugar a importantes reformas legales. En 2012, la Corte Suprema de Justicia Nacional de Argentina emitió una decisión aclarando que la ley permite el aborto a todas las mujeres cuyo embarazo sea resultado de una violación, no solo a las mujeres con discapacidad mental, como implicaba la redacción ambigua de la ley. La decisión aclaró además que no se necesitaba autorización judicial previa.³³ Ese mismo año, el Supremo Tribunal Federal del Brasil dictaminó que el aborto debe permitirse en casos de anencefalia, un defecto fatal del tubo neural.¹³

Las decisiones judiciales a menudo han tenido en cuenta los precedentes y las recomendaciones formuladas por órganos internacionales y regionales de derechos humanos. Por ejemplo, la República Democrática del Congo ilustra el potencial de los estados miembros de la Unión Africana para convertir las disposiciones sobre aborto seguro del Protocolo de Maputo en leyes nacionales. El Protocolo requiere que los países que lo ratifican legalicen el aborto para ubicarse en la categoría cuatro, con los tres motivos adicionales más comunes.¹⁶ Doce años después de su ratificación de 2006, la República Democrática del Congo publicó el Protocolo en su boletín nacional.³⁴ Dado que la constitución del país eleva el derecho internacional por encima del derecho interno, la publicación del Protocolo de Maputo en 2018 significó que sus criterios reemplazaban al código penal del país, convirtiendo al Protocolo en ley nacional. El presidente de la Corte Constitucional emitió un memorando legal afirmando esta jerarquía e impidiendo enjuiciamientos por los nuevos criterios legales del Protocolo de Maputo.³⁵

• **Reforma constitucional.** Tres países promulgaron medidas constitucionales que afectaron la legalidad del aborto. Con la nueva constitución de Kenya en 2010, que se decidió en un referéndum, el país pasó a permitir los abortos necesarios para proteger la salud de las mujeres.³⁶ La nueva constitución de Somalia, aprobada en 2012, autorizó el aborto para salvar la vida de la mujer.³⁷ Y, en mayo de 2018, Irlanda celebró un referéndum para derogar la Octava Enmienda de la constitución irlandesa. Esa enmienda de 1983 reconocía el derecho a la vida del “nonato” y lo colocaba en pie de igualdad con el de la mujer embarazada.³⁸ Después de que la amplia mayoría votara a favor de la derogación (66%),³⁹ Irlanda promulgó rápidamente una ley que permite el aborto bajo solicitud dentro de las primeras 12 semanas de embarazo.⁴⁰

Durante la última década, se enmendaron algunas constituciones federales y estatales para incluir la protección de la vida desde la concepción. Dichas enmiendas se promulgaron en Kenya y en 17 de los 31 estados de México, aunque siete de estas enmiendas estatales contienen lenguaje que dice “excepto donde esté contraindicado por la ley”.⁴¹ Las enmiendas para proteger la vida antes del nacimiento no siempre tienen una relación legal directa con el aborto, pero a menudo crean incertidumbre sobre el estado legal del mismo; y los tribunales de algunos países se refieren a dichas enmiendas con el fin de justificar las restricciones al aborto.

Reformas respecto al acceso

Las leyes que permiten el aborto por motivos particulares no necesariamente van acompañadas del acceso a servicios de aborto bajo esos motivos. La implementación plena y efectiva de la ley es esencial para ejercer cualquier derecho legal. Varios países han ampliado recientemente el acceso mediante mejoras de la implementación de su ley existente a través de la legislación, decisiones judiciales, directivas ministeriales y otras políticas nacionales. Estas políticas a menudo brindan certeza jurídica al aclarar, a través de especificaciones de procedimiento, cuándo se permiten los abortos, quién puede ofrecerlos, qué métodos de aborto están permitidos y dónde pueden llevarse a cabo.

Sin embargo, estas mismas políticas también pueden erigir barreras que impiden el acceso al aborto legal. Tales barreras pueden incluir trámites para la aprobación por parte de varios médicos en países con muy pocos médicos en primer lugar. La condición de que solo un tipo específico de profesional médico puede administrar la atención de aborto evita que se compartan las tareas entre los niveles del personal, lo que mejoraría la disponibilidad de servicios y reduciría los costos.⁴² Las regulaciones relacionadas que restringen de forma innecesaria la prestación de servicios de aborto a los establecimientos de salud de nivel superior limitan aún más el acceso oportuno, al igual que los requisitos previos de procedimiento, como los períodos de espera y la consejería directiva obligatoria (en contraposición a la consejería por consentimiento informado).⁴³

• **Legislación.** En Francia, una ley de igualdad de género de 2014 eliminó el requisito de que las mujeres estén “en peligro” para obtener un aborto legal. Los profesionales médicos que niegan el acceso o se niegan a proporcionar información sobre los servicios de aborto legal también están sancionados por la legislación francesa.⁴⁴ Dos países redujeron las barreras financieras: Israel, en 2014,⁴⁵ amplió el rango de edad en el cual las mujeres pueden obtener un aborto subsidiado por el gobierno,⁴⁶ y Nepal, en 2018, hizo que el aborto sea gratuito para cualquiera que no pueda pagarlo.⁴⁶

Sin embargo, muchos otros países promulgaron leyes destinadas a restringir el acceso al aborto legal, a menudo trasladando los límites gestacionales a etapas más tempranas del embarazo. Desde 2008 hasta 2019, un total de 18 estados de los EE. UU. (excluidas las leyes estatales ahora anuladas) cambiaron los límites de edad gestacional para el aborto legal desde la viabilidad hasta las 20 o 22 semanas.⁴⁷ Tres estados adicionales (Arizona, Carolina del Norte y Tennessee) y tres naciones (Armenia, Eslovaquia y la Federación Rusa)⁴⁸ promulgaron otra medida regresiva común: períodos de espera obligatorios antes de someterse a un aborto legal.⁴⁷ Otros ocho estados de los EE. UU. alargaron los períodos de espera existentes. La Federación

Rusa y Macedonia del Norte agregaron los requisitos obligatorios de consejería directiva;⁴⁸ lo hicieron también los estados norteamericanos de Arizona, Carolina del Norte e Iowa, lo que eleva el número de estados cuyas leyes imponen la consejería de este tipo a 30 en total.⁴⁷ Además, Macedonia del Norte y 12 estados norteamericanos aprobaron leyes que exigen que todas las mujeres que buscan un aborto se sometan a una ecografía fetal, lo que eleva el total de dichos estados a 15. Tres estados exigen que el proveedor muestre la imagen de la ecografía a la mujer.

• **Decisiones judiciales.** En 2009, en Nepal, el caso *Lakshmi v. Nepal* tuvo como resultado que la Corte Suprema del país ordenara al gobierno garantizar la accesibilidad y la asequibilidad económica de los servicios de aborto legal.⁴⁹ En 2014, el Tribunal Constitucional de Bolivia derogó el requisito de que se necesita autorización judicial para acceder al aborto por embarazos resultantes de violación.⁵⁰ En 2016, la decisión de la Corte Suprema de los EE. UU. en el caso *Whole Woman’s Health v. Hellerstedt*, aclaró que las regulaciones sobre el aborto deben otorgar beneficios que superen la carga impuesta a las mujeres por obtenerlo, con lo que se derogaron regulaciones diseñadas para dificultar el acceso al aborto.⁵¹ Entre estas regulaciones se incluían los requisitos de privilegios de admisión hospitalaria y de dimensiones físicas del establecimiento.

• **Directivas ministeriales.** Ghana y el Perú ofrecen ejemplos loables del potencial de las directivas para mejorar el acceso. El documento de los Servicios de Salud de Ghana, *Prevention & Management of Unsafe Abortion: Comprehensive Abortion Care Services, Standards and Protocols*, de 2012, contiene varias directivas que mejoran el acceso, incluido el mandato de que, en casos de violación, la mujer no está obligada a proporcionar pruebas legales, sino que su palabra es suficiente.⁵² La publicación de lineamientos para el aborto en el Perú, a partir de 2014,⁵³ siguió peticiones exitosas ante dos órganos de tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas (ONU) que supervisan el cumplimiento de los tratados de derechos humanos por parte de los países. El Comité de la CEDAW, en el caso *LC v. Perú*, y el Comité de Derechos Humanos, en *KL v. Perú* (ambos órganos de la ONU) condenaron la denegación de servicios de aborto legal por parte del Perú a las mujeres que los solicitaron.^{54,55}

Sin embargo, las disposiciones de los lineamientos ministeriales también son más vulnerables porque se las pueden revocar con más facilidad que los instrumentos constitucionales, legislativos y judiciales, como lo ilustran los acontecimientos en Kenya y Uganda. En 2012, el Ministerio de Salud de Kenya publicó el documento *Standards & Guidelines for Reducing Morbidity & Mortality from Unsafe Abortion* en un esfuerzo por aclarar la ley sobre el aborto y difundir directivas sobre el aborto seguro.⁵⁶ Al año siguiente, se retiró este documento en circunstancias dudosas, amenazando con sanciones a los proveedores que recibieran capacitación sobre la atención del aborto seguro. De manera similar, en 2012 Uganda actualizó el documento *National Policy Guidelines for Sexual and*

##Antes de 2014, los abortos se incluían en la “canasta de salud” pagada por el gobierno israelí para las mujeres menores de 20 años o mayores de 40, así como para aquellas de cualquier edad cuyo embarazo fuera el resultado de violación o incesto, o cuya salud estuviera amenazada. Ahora, cualquier mujer que tiene hasta los 33 años puede recibir un aborto subsidiado por cualquier motivo.

Reproductive Health Services, pero se eliminaron los motivos legales que permitían el aborto en casos de violación, incesto y malformaciones fetales, contenidos en la versión anterior de 2006.⁵⁷ Una versión posterior de estos lineamientos emitida en 2015 fue inmediatamente cuestionada por actores interesados y se la retiró y, hasta 2019, no se ha reinstalado ninguna norma, lo que deja a las mujeres que solicitan abortos y a los proveedores que los realizan sin orientación sobre los requisitos legales y administrativos y las mejores prácticas.⁵⁸

Avances en la legislación internacional de derechos humanos

Las normas legales internacionales continúan afectando la evolución de las leyes nacionales sobre el aborto. Sobre la base de los avances logrados en los documentos de consenso internacional, como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995, los órganos de tratados de derechos humanos de la ONU han reconocido a las leyes restrictivas del aborto como violaciones de los derechos humanos. Casi todos han pedido a los países que reformen esas leyes para cumplir con sus obligaciones en materia de derechos humanos. Por ejemplo, en 2013, en el caso *Mellet v. Ireland*, el Comité de Derechos Humanos de la ONU reconoció que la penalización del aborto viola la ley internacional de derechos humanos y pidió a Irlanda que emprenda una reforma legal que incluya, si es necesario, una reforma constitucional.⁵⁹

La despenalización, un paso esencial para garantizar el acceso y reducir el estigma, se ha planteado en una serie de recomendaciones de los órganos de tratados emitidas a los estados signatarios. De hecho, los órganos regionales de derechos humanos han desempeñado papeles igualmente importantes durante la última década: en dos casos polacos, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos afirmó las obligaciones de los estados miembros del Consejo de Europa de garantizar el acceso al aborto legal y que la objeción de conciencia de los proveedores no niegue a las pacientes la atención médica legal.^{60,61} En un caso italiano, el Comité Europeo de Derechos Sociales reconoció que la objeción de conciencia generalizada que obstaculiza el acceso a los abortos legales puede violar el derecho a la salud.^{62,63}

De manera similar, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y su Corte Interamericana de Derechos Humanos, han ordenado a los gobiernos de Nicaragua y El Salvador a brindar atención médica en los casos en que la había sido negada debido a leyes restrictivas del aborto. En el caso de Nicaragua de 2010, la corte ordenó al gobierno que proporcionara el tratamiento contra el cáncer que se le había negado a una mujer embarazada con el argumento de que podía provocar un aborto espontáneo.⁶⁴ En el caso de El Salvador de 2013, la corte ordenó que se practicara un aborto para evitar la muerte de una mujer embarazada.⁶⁵ Además, en 2016, la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos lanzó una campaña continental para la despenalización del aborto en África, a fines de ga-

rantizar el cumplimiento de los estados con respecto a los criterios legales especificados en el Protocolo de Maputo para el aborto seguro.⁶⁶ Al año siguiente, líderes de todo el continente respaldaron la “Declaration on Safe, Legal Abortion as a Human Right”, que apoya el aborto legal y seguro como derecho humano.⁶⁷

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

La clasificación de los países y su progreso a través del continuo de legalidad es un primer paso para conocer hasta qué punto las mujeres al menos reúnen los criterios legales para obtener un aborto seguro. Es alentador que muchos países hayan agregado criterios legales durante la última década, de modo que la tendencia de liberalización global haya continuado. Ningún país retrocedió eliminando criterios legales, aunque varios países impusieron requisitos que dificultan el acceso oportuno al aborto. La expansión de motivos legales resultó principalmente de un consenso general sobre la necesidad de erradicar el aborto inseguro y garantizar la autonomía reproductiva de las mujeres.⁶⁸

Se puede llegar a la reforma legal por diferentes vías en diferentes subregiones y países, y lo que funcionó bien en algunos contextos culturales, incluso cuando se modificara para otros entornos, puede no producir resultados similares. Nuestro panorama general no cubre los muchos esfuerzos de reforma que fueron insuficientes o se estancaron, y que son ellos mismos un testimonio de la dificultad de cambiar una práctica que ha sido proscrita cultural y religiosamente durante siglos. Por ejemplo, en 2019, los intentos prometedores de agregar bases legales en Angola, Bolivia y Sierra Leona se estancaron, en algunos casos porque el momento político, y por lo tanto la oportunidad de aprovechar una apertura para la reforma, ya pasó. En otros casos ocurrió lo contrario, ya que las manifestaciones masivas en Polonia⁶⁹ y España⁷⁰ frustraron proyectos de ley que hubieran prohibido o restringido aún más el aborto.

Incluso cuando se llegan a adoptar nuevos motivos legales, dicha ampliación no se traduce de manera definitiva en un mayor acceso. Los países pueden tardar años en establecer un entorno que permita la prestación de servicios de aborto seguros y accesibles. Entre la larga lista de pasos que los gobiernos deben tomar figuran informar y educar sobre la legalidad del aborto a todas las partes relevantes (p. ej., el público, los políticos, el personal de atención médica, el personal de farmacia, la policía y el personal judicial); capacitar al personal de la salud en las mejores prácticas de la prestación del aborto; hacer que los establecimientos de salud adquieran equipo quirúrgico y medicamentos, y que los mantengan actualizados y disponibles; asegurar la asequibilidad económica de los servicios de aborto; y establecer mecanismos de rendición de cuentas para abordar las denegaciones de servicios y la mala calidad de la atención. Quizás la barrera más difícil de superar es la del estigma arraigado que persiste en casi todos los entornos. Incluso en países que permiten el aborto sin restricciones de motivo, el peso del estigma puede motivar a algunas mujeres a arriesgar su salud al buscar abortos

potencialmente inseguros fuera de los canales oficiales.⁷¹

La falta de claridad sobre lo que constituye el criterio de la “salud” continúa obstaculizando el acceso al aborto legal. Todos los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han adoptado su definición de la salud: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.⁷² En su orientación sobre abortos seguros, la OMS ha pedido a los estados miembros que interpreten los motivos de salud de acuerdo con esta definición.⁷³ Sin embargo, el progreso hacia este objetivo básico aún es mínimo.

El acceso a intervenciones seguras también puede verse restringido por leyes casi ininteligibles o incoherentes. Las disposiciones sobre el aborto en muchos países son confusas o incluso contradictorias, lo que genera incertidumbre sobre cuándo el aborto es, de hecho, legal. Las complejidades de establecer un precedente legal cuando existen disposiciones contradictorias probablemente se ilustran mejor con el ejemplo de la República Democrática del Congo. Para 2019, el país tenía tres disposiciones sobre el aborto legal concurrentes: el código penal que prohíbe todos los abortos;⁷⁴ una ley de salud pública que permite los abortos para salvar la vida de la embarazada y en casos de malformaciones fetales incompatibles con la vida;⁷⁵ y el Protocolo de Maputo publicado en el boletín nacional, con un memorando legal emitido por la Corte Constitucional que dictamina los criterios del Protocolo como ley nacional.^{34,35} Dado el artículo 215 de la constitución del país, según el cual el derecho internacional prevalece sobre el derecho interno,⁷⁶ se puede presumir que los criterios del Protocolo de Maputo continúan vigentes. Para alcanzar la claridad jurídica en cualquier país se debe armonizar los criterios contradictorios en las leyes a nivel nacional, al igual que garantizar la coherencia entre el contenido de las leyes y las políticas o directivas de su implementación.

La plena implementación de la ley es fundamental. Varios países han logrado una amplia disponibilidad de los abortos seguros con solo unos pocos criterios legales. Destaca el ejemplo de Etiopía: en 2006, el país mejoró el acceso al aborto legal al permitir que los profesionales de la salud aceptaran la edad declarada por las mujeres sin pedir la documentación.⁷⁷ El código penal ya especificaba que la palabra de la víctima era suficiente para satisfacer el motivo de violación o incesto.⁸ Como resultado de estas y otras reformas, la proporción de abortos en Etiopía que son legales y se realizan en establecimientos de salud casi se duplicó entre 2008 y 2014, del 27% al 53%.⁷⁸ Etiopía también amplió el alcance y la calidad de los servicios de APA para las intervenciones aún clandestinas. El probable impacto combinado de estas reformas se puede ver en una disminución sustancial de las muertes relacionadas con el aborto, como se informó una revisión de la mortalidad materna entre 1980 y 2012.⁷⁹ Incluso cuando la ley permite el aborto por motivos limitados, las interpretaciones amplias de dichos motivos y la difusión de información precisa sobre el misoprostol puede reducir las tasas de abortos inseguros y brindar a las mujeres una mayor autonomía reproductiva.

Las leyes que establecen límites de edad gestacional temprana pueden negar a las mujeres su derecho a acceder a intervenciones legales, dado el número de trámites ya inherentes para acceder al aborto. Cuando se requiere que la mujer embarazada satisfaga las condiciones burocráticas que consumen mucho tiempo (p. ej., períodos de espera y consejería directiva obligatorios), la posibilidad de acceder al aborto dentro de los límites gestacionales puede verse comprometida. Dichos requisitos no tienen nada que ver con la seguridad o la calidad de la atención, pero sí pueden conducir a intervenciones a edades gestacionales posteriores, para las cuales pocos profesionales están capacitados.⁴² Las mujeres pueden optar por un aborto clandestino o verse forzadas a llevar un embarazo no deseado a término, lo cual presenta su propio conjunto de riesgos y desafíos.^{80,81} Los límites gestacionales deben sopesarse para garantizar que no socaven el acceso al aborto legal, y los límites siempre deben extenderse para circunstancias especiales. Los bloqueos y las suspensiones del acceso a la atención del aborto durante la pandemia de COVID-19 en 2020 son un excelente ejemplo de cómo circunstancias imprevistas pueden obligar a las mujeres a buscar abortos más allá de los límites gestacionales legales.

Aunque se supone que la redacción de las cláusulas de objeción de conciencia previene su abuso a gran escala, se han registrado negativas ilegales coordinadas a nivel institucional para la prestación de servicios de aborto.^{82,83} Dichos abusos de la objeción de conciencia pueden retrasar o, en última instancia, negar a las mujeres el acceso a un aborto legal. La aceptación de tales objeciones se basa en el requisito complementario de que se derive a las mujeres inmediatamente a otro proveedor que esté dispuesto a brindar el servicio y pueda hacerlo. Es esencial que los países controlen hasta qué punto se niega a las mujeres su derecho legal al aborto y, cuando sea necesario, instituyan medidas para hacer cumplir la ley. Un camino prometedor hacia menos objeciones para ofrecer abortos radica en aumentar los abortos con medicamentos, porque los proveedores de todo el mundo expresan menos objeciones a dar píldoras a las mujeres que a realizar procedimientos quirúrgicos.⁸⁴

El aumento del uso del aborto con medicamentos, ya sea el protocolo de la combinación de mifepristona y misoprostol o el uso de misoprostol solo, ha creado muchas oportunidades para expandir el acceso y mejorar la seguridad. En particular, los abortos con medicamentos pueden hacer que los abortos clandestinos sean más seguros en entornos restrictivos. La evidencia demuestra que el uso cada vez más generalizado de misoprostol solo en uno de esos países, Brasil, se relacionó con complicaciones menos graves⁸⁵ y, por lo tanto, probablemente menos muertes. Otros estudios han demostrado que el simple hecho de brindar información sobre el uso correcto del misoprostol, aunque no el medicamento en sí, reduce la probabilidad de que los abortos clandestinos sean inseguros.^{86,87}

La velocidad de los avances en las tecnologías médicas y de comunicaciones ha dejado atrás las disposiciones de

las actuales leyes del aborto. Algunas leyes obsoletas requieren que solo los profesionales con el más alto nivel de capacitación proporcionan los abortos con medicamentos, y solo en establecimientos de salud terciarios. Estas reglas claramente han perdido su relevancia, ya que el aborto con medicamentos puede ser proporcionado de manera segura por parte de una amplia gama de personal en los centros de atención primaria de salud.⁴² Además, la OMS ha respaldado dos de los tres pasos en el aborto autogestionado con medicamentos.⁸⁸ A medida que mejore la precisión y la disponibilidad de las pruebas de embarazo multinivel, las mujeres podrán evaluar por sí mismas que su aborto con medicamentos haya completado.⁸⁹ A medida que las mujeres adquieran más control sobre cuándo y dónde pueden tener un aborto seguro, las leyes que restringen la legalidad y el acceso serán cada vez más desaconsejables e innecesariamente punitivas, y servirán principalmente para socavar la autonomía reproductiva. Mientras tanto, las leyes y regulaciones arcaicas deben actualizarse para reflejar la nueva realidad.

En ausencia de una reforma legal, el abordaje de las complicaciones del aborto inseguro mediante la mejora de la calidad y la cobertura de la APA debe permanecer en la agenda mundial de salud. En la actualidad, mejorar la APA es imperativa para reducir la discapacidad y la muerte que resultan de los abortos inseguros, que inevitablemente ocurren en países con leyes restrictivas. Sin embargo, legalizar el aborto bajo criterios amplios y permitir el acceso de las mujeres en todos los países tendrían aún más sentido. Hacerlo sería un paso importante hacia una mejor salud y una mayor autonomía reproductiva en todo el mundo.

REFERENCIAS

- Bearak J et al., Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019, *Lancet Global Health*, 2020, 8(9):e1152–e1161, [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30315-6).
- Ganatra B et al., Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model, *Lancet*, 2017, 390(10110):2372–2381, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4).
- Meckstroth KR y Paul M, First-trimester aspiration abortion, en: Paul M et al., eds., *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*, Oxford: Blackwell Publishing, 2009, pp. 136–137.
- Singh S y Maddow-Zimet I, Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries, *BJOG*, 2016, 123(9):1489–1498, <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13552>.
- Rahman A, Katzive L y Henshaw SK, A global review of laws on induced abortion, 1985–1997, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(2):56–64, <http://dx.doi.org/10.2307/2991926>.
- Boland R y Katzive L, Developments in laws on induced abortion: 1998–2007, *International Family Planning Perspectives*, 2008, 34(3):110–120, <https://www.jstor.org/stable/27642866>.
- Center for Reproductive Rights (CRR), The World's Abortion Laws, sin fecha, <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>.
- Criminal Code of the Federal Democratic Republic of Ethiopia, Proclamation No. 414/2004, <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/et/et011en.pdf>.
- Assembleia da República de Moçambique, Lei da Revisão do Código Penal, Lei nº 35/2014, 31 de diciembre, 2014, <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/01-Mozambique-Penal-Code-2013.pdf>.
- Ministry of Health of Rwanda, Ministerial Order N°002, Determining Conditions to Be Satisfied for a Medical Doctor to Perform an Abortion, 8 de abril, 2019, <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/10-Rwanda-Order-on-abortion-MoH-2019.pdf>.
- CRR, *Abortion Worldwide: 20 Years of Reform*, Briefing Paper, Nueva York: CRR, 2014, <https://www.reproductiverights.org/document/abortion-worldwide-20-years-of-reform>.
- Government of the Republic of Zambia: The Penal Code (Amendment) Act of 2005, 28 de septiembre, 2005.
- Supremo Tribunal Federal (STF), Gestantes de anencéfalos têm direito de interromper gravidez, *Notícias STF*, Brasília, 12 de abril, 2012, <http://stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=204878>.
- Grupo Banco Mundial, World Bank country and lending groups, sin fecha, <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>.
- División de Población de las Naciones Unidas, World Population Prospects: the 2019 Revision, 2019, <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>.
- African Union, Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa (the Maputo Protocol), 11 de julio, 2003, https://www.un.org/en/africa/osaa/pdf/au/protocol_rights_women_africa_2003.pdf.
- CRR, Categorías de legalidad del aborto desde la más restrictiva hacia la menos restrictiva, límites gestacionales legales y requisitos de consentimiento de terceros, abril de 2019, <https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/World-Abortion-Map.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), General Abortion Policies Database, sin fecha, Clinical and service-delivery aspects of abortion, <https://abortion-policies.srhr.org/>.
- Côte d'Ivoire, Loi n° 2019-574 Portant Code Pénal, 10 de julio, 2019.
- CRR y Agrupación Ciudadana, *Excluidas, perseguidas y encarceladas: los efectos de la criminalización absoluta del aborto en El Salvador*, Nueva York: CRR, 2013, <https://agrupacionciudadana.org/download/excluidas-perseguidas-encarceladas-el-impacto-de-la-criminalizacion-absoluta-del-aborto-en-el-salvador/?wpdmdl=522&efresh=60281ab0d379b1613241008>.
- Paine J, Noriega RT y Puga ALB, Using litigation to defend women prosecuted for abortion in Mexico: challenging state laws and the implications of recent court judgments, *Reproductive Health Matters*, 2014, 22(44):61–69, [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(14\)44800-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(14)44800-6).
- CRR y Forum for Women, Law and Development (FWLD), *Reforms Required in Laws Related to Abortion and Legal Enforcement: Facts Revealed from the Review of Case-files*, Katmandú, Nepal: FWLD, 2018 [en nepali], http://fwld.org/wp-content/uploads/2020/03/Abortion-factsheetNepali_17June018final.pdf.
- Republic of Rwanda, Office of the Prime Minister, Statement on Cabinet Decisions of 03.04.2019, 2019, https://www.primature.gov.rw/index.php?id=131&L=0&tx_news_pi1%5Bnews%5D=793&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=8feac1f6738f7d7458a6d93067a2c38c.
- Angola, Código Penal, Artigo 140° (Aborto consentido), No. 3, <https://cyber.harvard.edu/population/abortion/Angola.abo.html>.
- República de las Filipinas, The Revised Penal Code of the Philippines, Act. No. 3815, 8 de diciembre, 1930, Artículos 256–259, <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/01-PHILLIPINES-REVISED-PENAL-CODE-1930.pdf#page=69>.
- South Sudan, Penal Code Act, 2008, 10 de febrero, 2009, https://sudantribune.com/IMG/pdf/penal_code_act_2008-2.pdf.

27. Congreso Nacional de Chile, Regula la Despenalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Tres Causales, Ley 21030, 23 de septiembre, 2017, <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=1108237&f=2017-09-23&p=>.
28. Sentencia de la Tribunal Constitucional de Chile, Rol N° 3729(3751)-17 CPT, 28 de agosto, 2017, <https://www.camara.cl/verDoc.aspx?prmTipo=SI&prmlD=36761&formato=pdf>
29. República Oriental del Uruguay, Ley n° 18.987: Ley sobre interrupción voluntaria del embarazo, Ley del aborto, 30 de octubre, 2012, <https://www.imo.com.uy/bases/leyes/18987-2012/3>.
30. Assembleia Nacional, São Tomé e Príncipe, Código Penal, Lei n° 6/2012, 5 de julio, 2012, <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/01-Sao-Tome-and-Principe-Penal-Code-2012.pdf>.
31. Singh S et al., *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2018, <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>.
32. Ministry of Health, Government of Iceland, Termination of Pregnancy Act, No. 43/2019, 22 de mayo, 2019, <https://www.government.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=60ae8fd2-0b91-11ea-9453-005056bc4d74>.
33. Sentencia: 13 de marzo de 2012, Nro Interno: 259.XLVI, Corte Suprema de Justicia de la Nación, Buenos Aires, 2012, <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/04-Argentina-FAL-Supreme-Court-Ruling-2012.pdf#page=1>.
34. Cabinet du Président de la République, Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique, *Journal Officiel de la République Démocratique du Congo*, 59e année, numéro spécial, 14 de marzo, 2018, <https://www.leganet.cd/Legislation/JO/2018/JOS%2014%2003%202018.pdf>.
35. Cabinet du Président de la République, Circulaire N° 04/SPCSM/CFLS/EER/2018, Relative à la Mise en Exécution des Dispositions de l'Article 14 du Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, relative aux droits de la femme en Afrique, *Journal Officiel de la République Démocratique du Congo*, 59e année, numéro spécial, 5 de junio, 2018, <http://www.leganet.cd/Legislation/JO/2018/jos.05.06.2018.o.pdf>.
36. Constitution of Kenya, Art. 26(4), 2010.
37. The Federal Republic of Somalia, Provisional Constitution, Ch. 2, Art. 15(5), 1 de agosto, 2012, <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/som127387.pdf>.
38. Republic of Ireland, Eighth Amendment of the Constitution Act, 1983, <http://www.irishstatutebook.ie/eli/1983/ca/8/enacted/en/html>.
39. Ireland's abortion referendum result in 5 charts, *Irish Times*, 27 de mayo, 2018, <https://www.irishtimes.com/news/social-affairs/ireland-s-abortion-referendum-result-in-five-charts-1.3509845>.
40. Government of Ireland, Health (Regulation of Termination of Pregnancy) Act 2018, No. 31 (2018), <http://www.irishstatutebook.ie/eli/2018/act/31/enacted/en/html?q=health+regulation+of+termination+of+pregnancy&years=2018>.
41. Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), *Constituciones Estatales que Protegen la Vida desde la Concepción*, sin fecha, Ciudad de México: GIRE, <https://gire.org.mx/consultations/constituciones-que-protegen-la-vida-desde-la-concepcion/>.
42. OMS, *Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto*, Ginebra: OMS, 2015, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204374/9789243549262_spa.pdf;jsessionid=504866617634F16DEF945243593D3AB?sequence=1.
43. Vandewalker I, Abortion and informed consent: how biased counseling laws mandate violations of medical ethics, *Michigan Journal of Gender & Law*, 2012, 19(1), <https://repository.law.umich.edu/mjgl/vol19/iss1/1>.
44. République Française, Pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, Loi n° 2014-873, 4 de agosto, 2014, <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2014/8/4/2014-873/jo/texte>.
45. State of Israel, Ministry of Health, Induced Abortion, sin fecha, <https://www.health.gov.il/English/Topics/Pregnancy/Abortion/Pages/default.aspx>.
46. Federal Parliament of Nepal, Right to Safe Motherhood and Reproductive Health Act, 2075 (2018), Act No. 9 of the year 2075, 18 de septiembre, 2018, <http://www.lawcommission.gov.np/en/archives/20866>.
47. Nash E, Guttmacher Institute, datos sobre cambios desde enero de 2008 hasta diciembre de 2019 en leyes estatales que afectan los límites gestacionales, y los requisitos de períodos de espera, ecografías y consejería directa.
48. CRR, *Mandatory Waiting Periods and Biased Counseling Requirements in Central and Eastern Europe*, Ginebra: CRR, 2015, <https://oursplatform.org/resource/mandatory-waiting-periods-biased-counseling-requirements-central-eastern-europe-crr/>.
49. *Lakshmi Dhikta & Others v. Government of Nepal*, Supreme Court of Nepal (2009).
50. Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014, Tribunal Constitucional Bolivia (2014).
51. *Whole Woman's Health v. Hellerstedt*, 136 U.S. Supreme Court 2292 (2016).
52. Ghana Health Service (GHS), Republic of Ghana, *Prevention & Management of Unsafe Abortion: Comprehensive Abortion Care Services, Standards and Protocol*, tercera ed., Accra, Ghana: GHS, 2012, <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/02-Ghana-Comprehensive-Abortion-Care-Services-Standards-and-Protocols-Ghana-Health-Service-2012.pdf>.
53. Ministerio de Salud, Perú, *Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo Menor de 22 Semanas con Consentimiento Informado en el Marco de lo Dispuesto en el Artículo 119° del Código Penal*, Lima: Ministerio de Salud, 2014, http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/dais/materno/NORMAS%20RTN/03/RM%20486-2014%20-%20GTN%20DE%20ABORTO%20TERAPEUTICO.pdf.
54. *L.C. v. Perú*, Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Comunicación N° 22/2009 (2011), CEDAW_C_50_D_22_2009-ES.pdf.
55. *K.L. v. Perú*, Comité de Derechos Humanos, Dictamen Comunicación No. 1153/2003, CCPR/C/85/D/1153/2003 22 de noviembre de 2005.
56. Ministry of Medical Services, Republic of Kenya, *Standards & Guidelines for Reducing Morbidity & Mortality from Unsafe Abortions in Kenya*, Nairobi, Kenya: Ministry of Medical Services, 2012, <https://www.safeabortionwomensright.org/wp-content/uploads/2018/02/Standards-Guidelines-for-the-Reduction-of-Morbidity-and-Mortality-from-Unsafe-Abortion.pdf>.
57. Ministry of Health, Republic of Uganda, *National Policy Guidelines for Sexual and Reproductive Health Services*, Kampala, Uganda: Ministry of Health, 2006.
58. Mulumba M et al., Access to safe abortion in Uganda: leveraging opportunities through the harm reduction model, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2017, 138(2):231–236, <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12190>.
59. CRR, *Breaking Ground, 2018: Treaty Monitoring Bodies on Reproductive Rights*, Nueva York: CRR, 2018, <https://reproductive-rights.org/document/breaking-ground-2020-treaty-monitoring-bodies-reproductive-rights>.
60. *P. and S. v. Poland*, No. 57375/08, Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2012), <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-114098>.
61. *RR v. Poland*, No. 27617/04, Tribunal Europeo de Derechos Humanos, 26 de mayo, 2011, <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-104911>.
62. *Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) v. Italy*, Complaint No. 91/2013, Decision on Admissibility and the Merits, Comité Europeo de Derechos Sociales, 2016, <http://hudoc.esc.coe.int/eng/?i=cc-91-2013-dadmissandmerits-en>.
63. *International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF EN) v. Italy*, Complaint No. 87/2012, Decision on the Merits, Comité Europeo de Derechos Sociales, 2014, <http://hudoc.esc.coe.int/eng/?i=cc-87-2012-dmerits-en>.

64. Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Medidas Cautelas*, 2010, "Amelia", Nicaragua, 26 de febrero, 2010, <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10493.pdf>PM 43-10.
65. Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Resolución de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 19 de Agosto de 2013: Medidas Provisionales Respecto de El Salvador, Asunto B.*, 2013, https://www.corteidh.or.cr/docs/medidas/B_se_02.pdf.
66. African Union, Statement by Commissioner Lucy Asuagbor during launch of ACHPR Campaign for the Decriminalization of Abortion in Africa, Adis Abeba, Etiopia, 18 de enero, 2016, <https://www.acdhrs.org/wp-content/uploads/2016/01/Comm-Asuagbor-statement-at-GIMAC-Launch-Revised.pdf>.
67. The Africa Leaders' Declaration on Safe, Legal Abortion as a Human Right, 20 de enero, 2017, <https://www.sexrightsfrica.net/wp-content/uploads/2018/01/AU-Declaration-Safe-Abortion-2017.pdf>.
68. Chavkin W et al., Implementing and expanding safe abortion care: an international comparative case study of six countries, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2018, 143(Suppl. 4):3-11, <http://dx.doi.org/10.1002/ijgo.12671>.
69. Santora M y Berendt J, Polish women protest proposed abortion ban (again), *New York Times*, 23 de marzo, 2018, <https://www.nytimes.com/2018/03/23/world/europe/poland-abortion-women-protest.html>.
70. Sahuquillo M, Decenas de miles protestan en Madrid contra la ley del aborto de Gallardón, *El País*, 1 de febrero, 2014, https://elpais.com/sociedad/2014/02/01/actualidad/1391248581_002084.html.
71. Singh S et al., Incidence of treatment for postabortion complications in India, 2015, *BMJ Global Health*, 2020, 5:e002372, <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002372>.
72. OMS, Constitución de la Organización Mundial de la Salud, *Documentos Básicos*, 48a edición, Ginebra: OMS, 2014, <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>.
73. OMS, *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, segunda ed., Ginebra: OMS, 2012, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf?sequence=1.
74. Cabinet du Président de la République, Code Pénal Congolais, Décret du 30 janvier 1940 tel que modifié et complété à ce jour, mis à jour au 30 novembre 2004, *Journal Officiel de la République Démocratique du Congo*, 45e année, numéro spécial, 30 de noviembre, 2018, <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/cd/cd004fr.pdf>.
75. Cabinet du Président de la République, Loi n° 18/035 du 13 décembre 2018, fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique, *Journal Officiel de la République Démocratique du Congo*, 49e année, numéro spécial, 31 de diciembre, 2018, <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/Cng190586.pdf>.
76. Cabinet du Président de la République, Constitution de la République Démocratique du Congo, *Journal Officiel de la République Démocratique du Congo*, 52e année, numéro spécial, 5 de febrero, 2011, <https://www.leganet.cd/Legislation/JO/2011/JOS.05.02.2011.pdf>.
77. Family Health Department, Federal Ministry of Health, *Technical and Procedural Guidelines for Safe Abortion Services in Ethiopia*, Federal Democratic Republic of Ethiopia, 2006, http://phe-ethiopia.org/resadmin/uploads/attachment-161-safe_abortion_guideline_English_printed_version.pdf.
78. Moore AM et al., The estimated incidence of induced abortion in Ethiopia, 2014: changes in the provision of services since 2008, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2016, 42(3):111-120, <http://dx.doi.org/10.1363/42e1816>.
79. Berhan Y y Berhan A, Causes of maternal mortality in Ethiopia: a significant decline in abortion related death, *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 2014, 24(Special Issue):15-28, <http://dx.doi.org/10.4314/ejhs.v24i0.35>.
80. Foster DG et al., Socioeconomic outcomes of women who receive and women who are denied wanted abortions in the United States, *American Journal of Public Health*, 2018, 108(3):407-413, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2017.304247>.
81. Upadhyay UD et al., Denial of abortion because of provider gestational age limits in the United States, *American Journal of Public Health*, 2014, 104(9):1687-1694, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2013.301378>.
82. Coppola F et al., Conscientious objection as a barrier for implementing voluntary termination of pregnancy in Uruguay: gynecologists' attitudes and behavior, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2016, 134(Suppl. 1):S16-S19, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.06.005>.
83. Harries J et al., Conscientious objection and its impact on abortion service provision in South Africa: a qualitative study, *Reproductive Health*, 2014, 11(1):16, <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-16>.
84. Advancing abortion care workforce policy, transcript of discussion, ponencia presentada en la E-conferencia de Investigación sobre el Aborto, London School of Economics, 8-9 de junio, 2015, <https://zambiatop.files.wordpress.com/2015/05/transcript-of-discussion-of-theme-1-abortion-care-workforce.pdf>.
85. Singh S, Monteiro MFG y Levin J, Trends in hospitalization for abortion-related complications in Brazil, 1992-2009: why the decline in numbers and severity? *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2012, 118(Suppl. 2):S99-S106, [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(12\)60007-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(12)60007-1).
86. Briozzo L et al., A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2006, 95(2):221-226, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2006.07.013>.
87. Fiol V et al., Improving care of women at risk of unsafe abortion: implementing a risk-reduction model at the Uruguayan-Brazilian border, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2012, 118(Suppl. 1):S21-S27, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.05.006>.
88. OMS, *Tratamiento médico del aborto*, Ginebra: OMS, 2019, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1>.
89. Raymond EG et al., Serial multilevel urine pregnancy testing to assess medical abortion outcome: a meta-analysis, *Contraception*, 2017, 95(5):442-448, <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.12.004>.

Contacto con la autora: lremez@guttmacher.org