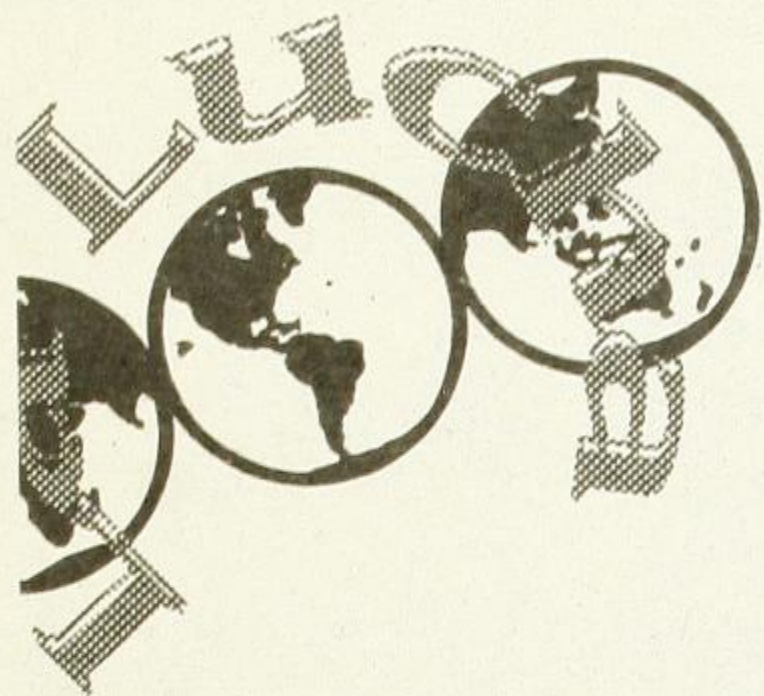


Haciendo que la Ley de Reforma funcione: avances y traspiés



Frederick E. Nunes & Yvette M. Delph

Reproductive Health Matters, N° 9, mayo de 1997

En la tarde del 4 de mayo de 1995, tras dos años de intenso debate público, la Asamblea Nacional de Guyana aprobó el proyecto de ley de Terminación Médica del Embarazo. Al hacer esto, se convirtió en el primer país del continente sudamericano en contar con una ley liberal de aborto.

Al día siguiente de aprobada la ley, dos mujeres se acercaron al Hospital Público de Georgetown (PHG), el principal hospital público del país, buscando terminaciones. No fueron atendidas ni se les proporcionó ayuda o asesoría. El hospital no estaba preparado, y como señaló un administrador, no habían recibido instrucciones del Ministerio de Salud ni lineamientos sobre como implementar la ley. Adicionalmente, varios miembros del personal, especialmente muchas enfermeras, eran objetores de conciencia.

En el lapso transcurrido entre la aprobación parlamentaria, la presidencial y la publicación del Acta en la Gaceta, nadie sabía con seguridad qué hacer. Dentro del Ministerio de Salud existía indecisión sobre

dónde, o si se debería, establecer servicios de aborto. La administración del PHG había contemplado tomar acción, pero el Ministerio de Salud pensaba que podría estar mejor localizado en el Hospital West Demerara donde había un gran espacio disponible.

A fines de mayo, un asesor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que estaba dispuesto a ayudar a instalar un servicio de aborto, se reunió con enfermeras en ambos hospitales y con el ejecutivo de la Asociación de Enfermeras y les brindó una orientación básica sobre la ley y la necesidad de asesoramiento. Él habló sobre la ley y la realidad social del aborto en Guyana y les señaló algunas habilidades básicas necesarias para los consejeros.

Los opositores religiosos estaban confiados en que el proyecto nunca se convertiría en ley y que el presidente no lo firmaría. En cuestión de unas semanas los grupos que se habían opuesto férreamente a la ley parecieron disiparse y rara vez volvieron a debatir. Sin embargo, un año más tarde, un pequeño grupo de profesionales destacados, que compartían una fuerte creencia religiosa y eran con-

trarios al aborto, formó el Servicio de Consejería para Embarazos Tempranos (EPAS), con el objetivo de alentar a las mujeres a continuar con sus embarazos y a pensar en la posibilidad de dar al niño en adopción. La Asociación Médica de Guyana emitió en la televisión un comunicado de prensa expresando su apoyo a la ley y proporcionando información buscando desalentar a las mujeres a fiarse del 'rojo y negro' (cápsulas de ampicilina), medicina tradicional o mezclas herbales como métodos de inducir el aborto.

El Grupo Pro-Reforma (PRG) que había dominado el debate en la prensa, cambió de énfasis de las páginas editoriales de los diarios a la radio. La prensa les había permitido tener acceso a los líderes de opinión hecho fundamental para lograr cambiar la ley; en esta etapa, el PRG sintió que la radio sería un instrumento esencial para llegar a una audiencia mucho más amplia que necesitaba aprender sobre la nueva ley. El PRG preparó varios avisos de sesenta segundos para la radio pero debido a falta de fondos solamente pudo realizar este esfuerzo por seis meses.

Por parte de la muy grande Asociación de

Enfermeras, la Asociación de Farmacéuticos, el afiliado al IPPF o la Asociación de Paternidad Responsable de Guyana no hubo comentario alguno, así como tampoco se pronunciaron varios grupos de mujeres. El 14 de junio el Presidente firmó el Acta y se publicó en la Gaceta tres días después. Sin embargo, todavía se les negaba a las mujeres la terminación del embarazo (TOP) o consejería en las instituciones públicas y no se les enviaba a servicios de planificación familiar o a doctores que proporcionaban el servicio TOP. A fines de agosto, la OPS había realizado dos talleres adicionales sobre la ley y la asesoría contraceptiva. Uno estuvo dirigido a las enfermeras y profesores y otro a las enfermeras, profesores, estudiantes y padres. Una gran parte de la capacitación fue llevado a cabo por tres estudiantes universitarios voluntarios.

LA VISIÓN DE LOS DEFENSORES

Los opositores de la nueva ley habían criticado la falta de capacidad de los hospitales públicos para proporcionar servicios básicos de maternidad, sin mencionar los servicios de aborto. Ellos habían predicho que una gran cantidad de mujeres comenzaría a buscar terminaciones, causando que los recursos ya de por sí deficientes se volvieran aun más escasos.

El Comité Especialmente Selecto del Congreso que había trabajado en el anteproyecto preparó también el proyecto del Reglamento tanto para asegurar que quedaran cubiertos asuntos

prácticos no plasmados en la ley como para evitar demoras para su entrada en vigencia. De esta manera, el Reglamento, que tenía un respaldo multipartidario, estaba listo para ser emitido tan pronto como fuese aprobada la ley. De hecho, el Comité había ido más lejos. Había propuesto una moratoria de unos tres meses para poder preparar la introducción efectiva del nuevo Acta.

En este periodo:

- Los profesionales podrían recibir educación sobre cuáles serían sus responsabilidades con la nueva ley; las instituciones podrían prepararse para dar servicios adecuados.
- Los doctores podían capacitarse en la aspiración y otros métodos seguros de terminación y pedir autorización para proporcionar los servicios TOP.
- Se podría hacer una currícula para la capacitación de los consejeros y podría capacitar a las enfermeras y voluntarios.
- Los administradores de los hospitales podrían tomar las medidas necesarias para alcanzar los estándares necesarios para ser considerados como 'instituciones aprobadas'.
- Se podría buscar sensibilizar al público, la policía y los líderes de la comunidad frente a la nueva ley.
- Se podrían reunir estadísticas de base sobre el aborto.
- Se podría imprimir formularios y distribuirlos a aquellos que ofreciesen dicho servicio.

Un aspecto de particular importancia del Reglamento se refería al nombramiento de un Organismo Consultor no guber-

namental, encargado de monitorear el impacto de la ley. El periodo de moratoria era visto como necesario para poder elegirlo y brindarle orientación.

El Comité Selecto, que incluía al Ministro de Educación, había alentado al gobierno a incluir un curso de educación sobre vida familiar en las escuelas. Esto implicaría asesoría en el desarrollo del currícula, preparación de material y capacitación de los docentes.

Los profesionales involucrados en todos estos esfuerzos podían visitar países donde se proporcionaban servicios legales de aborto - por ejemplo: Barbados, Cuba, Canadá y los EEUU - para aprender de su experiencia y explorar la perspectiva de establecer un servicio modelo para un cuidado completo de la salud reproductiva. Se habían establecido contactos con organizaciones gubernamentales en Holanda, Bangladesh, India,



Rotmi Enciso

Canadá, el Reino Unido, los Estados Unidos y otros, durante el debate. Los que apoyaban la ley planeaban pedirles ayuda para poder implementarla.

Pero sucedió que el Presidente al firmar el Acta no señaló la fecha en que debía entrar en funcionamiento. En ausencia de esta cláusula, el Acta entró en vigor inmediatamente, pero sólo a nivel técnico.

LA REALIDAD

El proyecto del Reglamento había estado listo desde noviembre de 1994. Sin embargo, a pesar de existir presión pública después de aprobada la ley, no fue expedida hasta octubre de 1995, cuatro meses después que el presidente firmara el Acta. Es probable que se ejerciera un poco de presión contra el Ministro de Salud detrás de bambalinas, pero si este fue el caso, nunca se hizo público y el proyecto de Reglamento no fue modificado. Cuando el Reglamento fue publicado, la Ministra anunció que la ley entraría en efecto a fines de enero de 1996.

Algunas semanas después, la Asociación Médica de Guyana (GMA), cuyo directivo había cambiado desde que había sido aprobada la ley, señaló ciertas objeciones a aspectos específicos del Acta y el Reglamento. Solicitó que el Ministro volviera a demorar la fecha de implementación de la ley para que sus miembros pudieran prepararse adecuadamente. También nombró un comité de tres personas, que estudió tanto el Acta como el Reglamento y preparó un documento para el Ministro solicitando ciertas modificaciones.

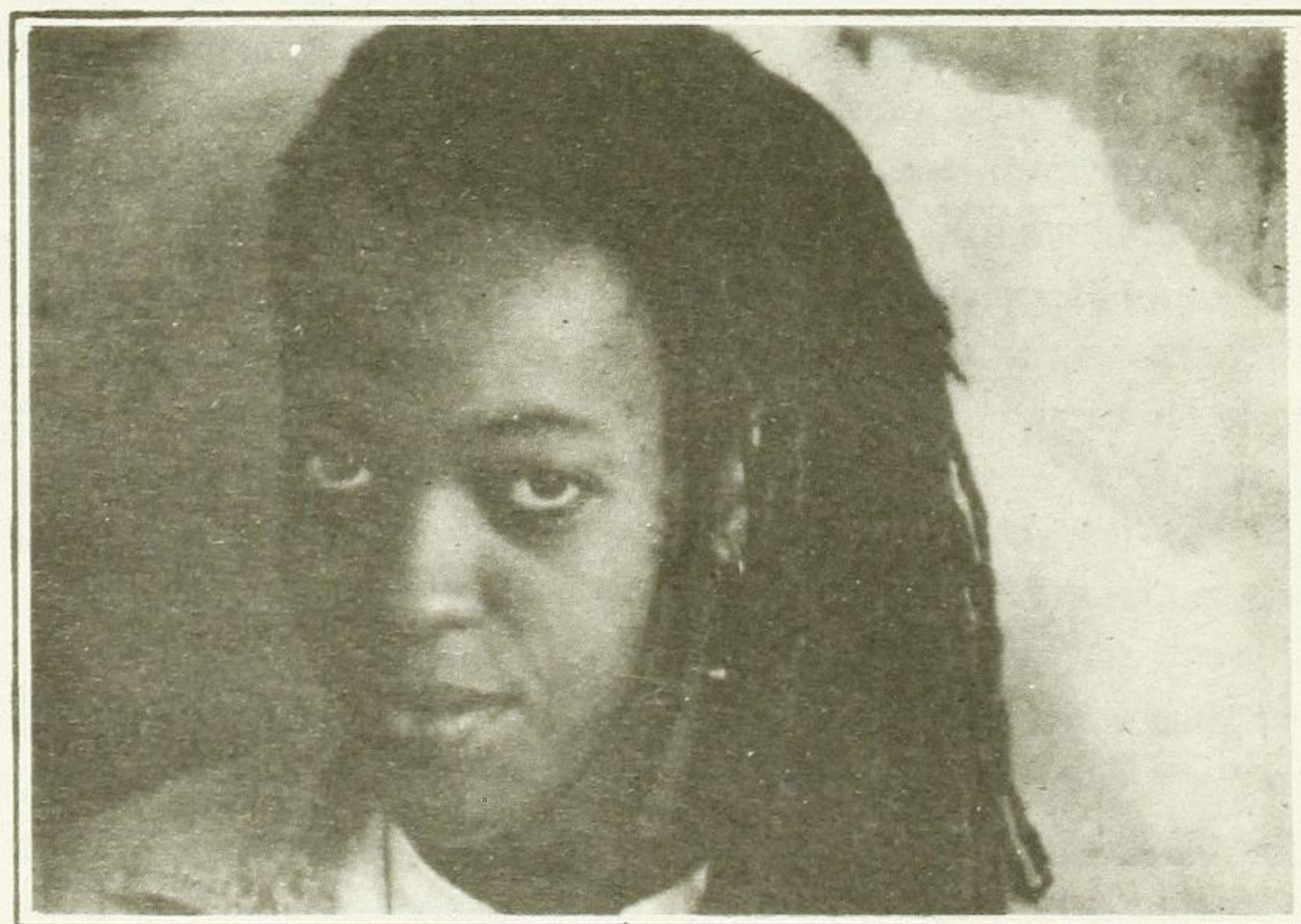
En este documento, el GMA cuestionó el requisito obligatorio de asesoramiento, el período de 48 horas de espera entre el pedido de aborto y el procedimiento en sí. Estaba en desacuerdo con el requisito de realizar abortos no quirúrgicos dentro de las primeras ocho semanas, y señaló las dificultades prácticas que enfrentaban las mujeres que vivían al interior del país por el límite máximo impuesto de dieciséis semanas. El comité también propuso que todos los doctores que desearan hacer terminaciones sean capacitados y que se establezca un estándar de condiciones mínimas en todos los lugares donde se ofreciera este servicio. Estas últimas propuestas eran aún más rígidas que lo establecido en el Acta.

En respuesta, el Ministro de Salud le aseguró al GMA que sus recomendaciones serían entregadas al Organismo Consultor tan pronto como fuese nombrado. También hizo un comunicado de prensa en que señalaba que la fecha de implementación sería pospuesta al primero de marzo de 1996. Este plazo luego se extendió al 31 de marzo de 1996. Por ende, un periodo de moratoria de nueve meses se instituyó de facto. Esta peculiaridad legal

fue duramente criticada en los medios.

El Ministerio de Salud recibió una creciente presión por parte del público para ofrecer los servicios de aborto, pero durante el primer año de aprobada la ley, parecían no estar preparados para responder ante la demanda pública y estar inseguros de su papel. En diferentes momentos, el Ministro afirmó que **a)** se tendría que esperar la apertura de un nuevo Centro de Cuidados Ambulatorios que liberaría salas de operaciones ya existentes para contar con disponibilidad de servicios TOP en el Hospital de Georgetown; **b)** un aborto en hospital público no le costaría a una mujer menos que en un hospital privado, y **c)** nada en la ley señalaba que los hospitales públicos tenían que ofrecer servicios TOP. Por el lado contrario, el Plan Nacional de Seguros (NIS) conocía claramente su rol y respondió públicamente que el aborto estaría cubierto por el NIS. El NIS también aceptó una propuesta de una nueva ONG, la Asociación de Planificación Familiar de Guyana (FPAG): el NIS acordó que sus enfermeras sean capacitadas por la FPAG para proporcionar asesoría.

El Director Médico



Rotmi Enciso

(CMO) preparó un conjunto de formularios de aplicación para los doctores que deseaban pedir autorización para realizar los TOP y para los administradores que deseaban que sus instituciones sean registradas. A enero de 1996, el CMO había recibido varios pedidos de autorización por parte de doctores que había enviado al Consejo Médico de Guyana (GMC), el organismo nacional a cargo de otorgar las licencias.

El GMC podía decidir bajo la nueva ley si un doctor contaba con las calificaciones y la experiencia suficiente para realizar terminaciones después de las ocho semanas de embarazo. Al principio se le otorgó esta autorización a siete doctores y luego se les dio a diez más, sin que recibieran capacitación. La aprobación de por lo menos 17 doctores sin pasar por una capacitación especial sorprendió a algunos doctores sénior y estuvo lejos de seguir lo recomendado por GMA que señalaba que se capacitara a los doctores. Existen sólo tres ginecólogos en Guyana.

El GMC también debía evaluar y aprobar el programa de capacitación para aquellos que proporcionarían el servicio de aborto que sería preparado por el CMO. El Servicio de Asistencias de Proyectos Internacionales (IPAS), una ONG con una reputación distinguida en esta área, le proporcionó el currícula a CMO. Sin embargo, el CMO no logró preparar el programa de capacitación y no se desarrolló ningún otro.

En enero de 1996, el CMO recibió solicitudes de acreditación por parte de tres hospitales privados en Georgetown que eran conocidos por haber otorgado servi-

cios de aborto antes de la dación de la nueva ley. Después de inspeccionar sus locales obtuvieron la condición de instituciones aprobadas.

También se preparó el detallado Formulario F, que debe ser llenado por todos los doctores y entregado dentro de los 30 días de practicada cada terminación. Después de algunas pocas modificaciones, con las cuales la GMA estuvo de acuerdo, el Formulario F incluyó no sólo la información médica solicitada sino también importante información sociológica. En febrero de 1996, el CMO imprimió 20,000 copias que esperaba alcanzarían para un año. La Unidad de Estadística sobre la Salud (HSU) desarrolló un programa de cómputo para el ingreso de datos y diseñó un informe estadístico simple y estándar de los datos contenidos en el Formulario F. A marzo de 1996, el HSU ya se encontraba ingresando los datos de los formularios devueltos. El primer informe estuvo listo en junio de 1996. Incluía casi 400 casos reportados por dos doctores, para el período del 1 al 30 de marzo de 1996. Aun cuando la Ministra había anunciado que la ley entraría en vigor el 31 de marzo de 1996, dos doctores privados importantes habían estado llenando y entregando formularios a partir del primero de marzo. Esto permitió que el HSU pudiera identificar problemas en el proceso de recabar información y chequear su programa de ingreso de datos y análisis antes del plazo decretado por la Ministra.

Desafortunadamente, el informe no fue mostrado al Organismo Consultor ni tampoco al público.

De todas maneras, constituyó un logro importante y un

signo alentador que los doctores podían acatar el requisito de informar. Aun cuando no era del todo completo, Guyana había logrado producir un informe dentro de un año de la aprobación de la nueva ley de aborto.

EL ORGANISMO CONSULTOR

El Comité Selecto había recomendado formar un organismo supervisor independiente para monitorear el impacto de la nueva ley de aborto y hacer recomendaciones al Ministro para poder asegurar su efectividad. Se incluyó una sección en el proyecto del Reglamento que versaba sobre su formación, composición y mandato. Una idea era usar este organismo para juntar a los principales grupos de interés - líderes cristianos, hindúes y musulmanes, así como diversos intereses legales y médicos - e informarles sobre el funcionamiento de la ley. Otra posibilidad era utilizarlo como un canal para mantener informado al público - para mantener la transparencia del debate durante el proceso de implementación. La tercera idea era establecer un proceso de monitoreo continuo para que se pudiera recoger las oportunidades de mejoramiento rápidamente y que no sean retrasadas por un escrutinio formal.

Tras la dación del Reglamento en octubre de 1995, hubo una presión creciente para nombrar al Organismo Consultor que era un requisito legal. La esperanza de los defensores era que este Organismo pudiera servir como foro para que las personas con posiciones contrapuestas

pudieran mantener un diálogo significativo e instruido. Sin embargo, la directiva más conservadora de la oposición religiosa, especialmente los Católicos por la Vida, hizo campaña para desalentar a sus miembros de participar en este Organismo. Algunas personas fueron invitadas por la Ministra de Salud y estaban deseosas e interesadas en participar pero fueron disuadidas.

El proceso de trabajar con las instituciones religiosas establecidas tomó tiempo. A la larga, el Consejo estuvo compuesto por una variedad de candidatos de grupos o individuos que habían sido invitados a participar por la Ministra. No se incluyó a nadie que se sabía había hecho campaña contra la nueva ley. En el momento que la Ministra nombró a dicho Organismo, había esperado casi un año para que respondieran las organizaciones religiosas. El ímpetu para la reforma había disminuido en este período.

El Ministerio de Salud publicó un comunicado de prensa donde se indicaba que el Oficial Médico Sénior (SMO), encargado de la salud materna, ocuparía un lugar ex officio en el Consejo. Sin embargo, varias cartas publicadas en los diarios y un comentarista de televisión mostraron fuerte oposición pública a esta idea dado que el Reglamento establecía que el Organismo debía estar compuesto por representantes de ONGs. Como resultado el SMO no se unió a este Organismo.

En su primera reunión el 27 de junio de 1996, el Organismo Consultor incluía la primera mujer presidente de la Asociación de Abogados; un respetado obstetra-ginecólogo recientemente retirado; el director ejecutivo del GRPA; una

miembro de la oposición que previamente había conformado el Comité Selecto; un ministro luterano que había sido director de escuela; la esposa del obispo anglicano; una representante de la Organización Progresiva de la Mujer del partido gobernante; y una joven ministra bautista. No respondió ninguna organización religiosa nacional a la invitación de la Ministra. Con una sola excepción, el Organismo se reunió regularmente cada mes desde su comienzo hasta diciembre de 1996.

En los primeros seis meses, este Organismo buscó definir su rol, establecer su dirección y superar ciertas dificultades administrativas. A fines de 1996, todavía no había recibido respaldo administrativo o financiero por parte del Ministerio. Los miembros no recibían reembolsos por asistir a las reuniones, aun aquellos que debían viajar largas distancias y pasar la noche allí.

Indeciso sobre su relación con el GMC, este Organismo no cuestionó la autorización otorgada por el Consejo Médico a 17 doctores que no habían pasado por una capacitación previa. Tampoco le pidió al GMC que señalara bajo qué cláusula habían cumplido con el requisito legal. Estas debilidades son típicas de organismos públicos similares en Guyana. A no ser que logre superar estas debilidades, puede tener dificultades para lograr su cometido.

Los miembros de dicho Organismo se percataron de la necesidad fundamental de contar con información veraz y precisa. Hacia fines de 1996, recibieron un informe consolidado sobre los primeros 2610 TOPs reportados en el período del 1 de marzo al 21 de junio

de 1996, que incluía información sobre la ciudadanía, edad, raza, educación, religión, abortos previos, número de hijos vivos, motivo por la TOP, método de TOP, complicaciones, tratamiento adicional, duración del embarazo, asesoría pre y post aborto, contracepción post aborto, si el TOP fue practicado en una clínica privada o en un hospital, la duración de la permanencia y así sucesivamente. Información como esta permitirá que este Organismo formule recomendaciones prácticas a la Ministra y, con informes regulares monitoree el impacto de la ley. Desafortunadamente, a enero de 1997, el Consejo no había formulado recomendación alguna a la Ministra.

EL INFORME

El Ministerio de Salud, especialmente su Unidad de Estadística sobre la Salud, debe ser ampliamente felicitado por este informe. Es rara la ocasión en que los guyaneses tienen acceso a información actual sobre la salud, especialmente en lo referido a un tema tan controversial. Lo significativo del informe tal vez se pueda apreciar mejor luego de una comparación con Barbados, el país de donde Guyana derivó su nueva ley de aborto. Aun cuando en Barbados también se exige legalmente informes similares, son casi inexistentes. Tras 13 años de contar con una ley liberal, Barbados todavía no tiene datos sobre el aborto.

A pesar de estos grandes avances, los datos guyaneses sólo son parciales. A junio de 1996, solamente ocho doctores habían entregado sus informes

y sólo dos lo habían hecho para todo el período, aun cuando se creía que casi una treintena de doctores estaban realizando abortos en Guyana. Cuando un mayor número de doctores de zonas rurales presenten sus informes, el sesgo urbano tenderá a reducirse y el perfil probablemente cambiará.

PERFIL DE LAS MUJERES QUE ABORTAN

Del primer informe se puede observar que el 99 por ciento de las mujeres que tuvieron abortos eran guyanesas. El temor que muchas mujeres de otros países acudirían a Guyana buscando una terminación parece haber sido infundado, por lo menos hasta este momento. Así mismo, y contrario a la creencia popular, solamente 14 por ciento de los abortos fueron practicados a adolescentes y casi tres cuartos de ellas tenían entre 18 y 19 años.

La típica mujer que buscaba una terminación era soltera (54 por ciento), tenía entre 20 a 29 años (52 por ciento), east indian (48 por ciento), más que afro-guyanesa (39 por ciento), cristiana (57 por ciento), tenía por lo menos educación secundaria (57 por ciento) y residía en la Región 4 (75 por ciento). Los abortos fueron casi todos practicados en el día (99 por ciento) en hospitales privados (87 por ciento) en Georgetown (94 por ciento), por dilatación y raspado (38 por ciento) y con antibiótico profiláctico (79 por ciento). Se reportaron complicaciones solamente en el 2 por ciento de los casos y fue necesario repetir procedimientos o brindar un

tratamiento ulterior en sólo seis casos. Sólo 20 por ciento de los abortos fueron realizados por aspiración. En tres casos (0.1 por ciento) se necesitó una transfusión sanguínea.

La distribución racial reflejaba la composición étnica de la población. Igualmente, aun cuando las mujeres que abortaron provenían de casi todas las regiones, el mayor número de mujeres de la Región 4 se debió también a que allí existía un mayor número de servicios médicos, el hecho de que allí se encuentra la capital, Georgetown (donde hay 42 por ciento de la población), y que los doctores en las áreas rurales no reportan todos los abortos practicados.

Casi un 18 por ciento de las mujeres no tenían hijos, mientras que 82 por ciento tenía de tres a cuatro. Hasta un 65 por ciento de ellas señalaron que habían tenido abortos previos, y de estas más de la mitad había tenido dos ó más abortos previos. De las 1701 mujeres que reportaron haber tenido abortos previos, el 13 por ciento había tenido el más reciente en el primer bimestre de 1996 y otro 36 por ciento había tenido el suyo en 1995. El alto índice de abortos repetidos muestra claramente la promoción inadecuada de y la dificultad de acceder a contraceptivos en Guyana. También muestra la existencia de una necesidad sustancial de asesoramiento.

La mayor parte de las mujeres (62 por ciento) señaló que sus razones para abortar eran socioeconómicas, mientras que el 33 por ciento indicó que eran 'otras' causas, una respuesta que incita a una investigación más profunda. No se reportaron casos de violación o incesto. En sólo 3 por ciento de los casos fue señalada

como causa el fallo de métodos contraceptivos. La mayoría de los abortos (65 por ciento) tuvo lugar dentro de las primeras ocho semanas de embarazo. Un 29 por ciento fue realizado entre la novena y doceava semana. En consecuencia, el 94 por ciento de los abortos se llevaron a cabo en el primer trimestre del embarazo. Solamente se reportó un 2 por ciento de abortos realizados en las semanas del 13 al 16 y sólo 1 por ciento después dieciséis semanas.

Un reto claro es obtener una imagen completa y precisa de todas las terminaciones que se están llevando a cabo. Esto implicará conseguir la información por parte de aquellos doctores que están realizando terminaciones pero no las están reportando. También será importante identificar cualquier factor que pueda demorar a las mujeres a obtener una terminación y luego buscar hablar sobre ellas.

El impacto del requisito de autorización por parte de dos doctores para la terminación de embarazos entre la semana 13 y 16 y tres doctores luego de la semana 16, es otro aspecto sobre el cual se debe prestar atención. No se ha examinado si existe cumplimiento de este requisito y si puede afectar el acceso al servicio y de qué manera.

Para la contracepción post-aborto, hasta un 37 por ciento de las mujeres eligieron usar la píldora, 17 por ciento seleccionaron el condón, 7 por ciento los dispositivos intrauterinos, 7 por ciento inyecciones y 2 por ciento implantes. En conjunto, el índice de aceptación superó el 70 por ciento, porcentaje mayor al 42 por ciento de uso de contraceptivos en Guyana, y un



éxito importante para el asesoramiento. Por otro lado, las mujeres que rehusaron utilizar anticonceptivos representan un reto para los proveedores de servicios. Se debe tratar de entender los factores que las llevan a rehusar los contraceptivos.

Aun cuando está incompleta, esta información sí proporciona una importante visión sobre la situación del aborto en Guyana, que ha sido reprimida y mantenida lejos del escrutinio público. Poder contar con esta información representa un avance significativo y un preludio interesante a una acción constructiva para poder tratar sobre los temas planteados.

SEGURIDAD

La cruda realidad de los abortos riesgosos en Guyana aceleró gran parte del interés en la reforma de la ley de aborto. La revisión de datos de admisiones en hospitales en 1991 develó que la infección causada por un aborto constituía la tercera causa de admisión, siendo la proporción 1 de 5 (19 por ciento) de todas las admisiones, mientras que el aborto incompleto era la octava causa. Casi un cuarto de la sangre

disponible en el Hospital Público de Georgetown (PGH) era usado para tratar complicaciones surgidas de abortos. Más aún, unas 20 camas en las salas ginecológicas estaban reservadas para tratar los casos de complicaciones surgidas de abortos. Esta sección de la sala ha sido conocida por décadas como "Resbalar y Caer".

Sin embargo, poco días después de aprobada la nueva ley, se reunieron varios médicos de la actividad privada y acordaron introducir un nuevo protocolo de tratamiento para reducir la incidencia de la infección post-aborto.

Comenzaron a dar a sus pacientes un antibiótico profiláctico media hora antes de comenzar el procedimiento. Este cambio, realizado voluntariamente, probablemente contribuyó para reducir dramáticamente el nivel de complicaciones. Entre el último trimestre de 1994 (seis meses antes de la nueva ley) y el último trimestre de 1995 (seis meses después de la dación de la nueva ley) hubo una reducción del 41 por ciento en las admisiones por causa de infecciones o abortos incompletos en PHG, un ejemplo del impacto inmediato de la nueva ley. Similarmente, hubo una reducción del 35 por ciento en el volumen de sangre utilizado para tratar las complicaciones surgidas del aborto en PHG en 1996 en comparación con las cifras de 1995.

Un aspecto particularmente controversial de la ley es que se requería usar métodos "no quirúrgicos" para terminaciones dentro de las primeras ocho semanas de embarazo. La intención era tratar de evitar el uso de la dilatación y el raspado (D&C) para los abortos tempranos y alentar el uso de

aspiraciones, que es un método más seguro para las terminaciones tempranas, con un número sustancialmente menor de complicaciones. Pero es un método quirúrgico, hecho que escapó del conocimiento de aquellos que redactaron la ley. En los datos del informe, 97 por ciento de todas las terminaciones, incluyendo aquellas en las primeras ocho semanas, fueron hechas por métodos quirúrgicos y ninguno con un método médico. El GMA objetó esta restricción a "métodos no quirúrgicos". Ellos argumentaban que el único método existente médico para las terminaciones, mifeprisone (RU486), no se encontraba en Guyana y que su costo sería prohibitivo. Esta puede ser la posición oficial de GMA pero antes que se cambiara la ley, algunos doctores venían usando misoprostol (Cytotec) para inducir el aborto.

UN CAMBIO EN EL EQUILIBRIO DE PODER

La ley produjo un cambio en el equilibrio de poder entre los doctores y las mujeres. Bajo la antigua ley, que prohibía el aborto legal excepto cuando se buscaba salvar la vida de la madre, tanto los que brindaban este servicio como las mujeres estaban fuera de la ley. Los que proveían el servicio de aborto sabían que las mujeres no podían ejercer ninguna acción legal contra ellos, sin importar lo mal que habían sido tratadas. Hasta 1993 casi el 86 por ciento de las terminaciones estaban siendo realizadas por doctores, pero la calidad del servicio que las mujeres recibían dependía de las habilidades y actitud de aquel que lo realizaba. No

había nada que exigiera un servicio de calidad.

Es más, un argumento de aquellos que se oponían a la nueva ley era que no habría ninguna diferencia dado que los doctores eran los responsables de la mayor parte de las complicaciones tratadas en los hospitales públicos. Ellos señalaban que la nueva ley simplemente legalizaría una práctica pobre de la medicina. Pero estaban errados.

De hecho, la nueva ley llevó al aborto de ser una operación clandestina a un servicio profesional, regulado y competitivo y permitió que la mujer tuviera acceso legal y el poder de elegir un doctor. Las mujeres podían tomar acciones legales, o de otro tipo, contra los doctores cuyo servicio no estuviera de acuerdo con estándares éticos, profesionales y médicos. Por interés propio, los médicos debían mejorar la calidad de su servicio. Esto era especialmente cierto en las áreas urbanas donde las mujeres tendría un mayor número de opciones. Y esto fue precisamente lo que sucedió.

Probablemente, la evidencia más marcada de este cambio de poder fue un informe en la prensa donde un doctor había sido acusado de molestar sexualmente a mujeres que buscaban abortar. En el pasado las mujeres que sufrían estos abusos no tenían posibilidad de acudir a ningún recurso legal.

ASESORAMIENTO

Uno de los temas principales del debate sobre esta ley se basó en el papel de la asesoría y la educación como medios para fomentar una conducta

sexual informada entre hombres y mujeres y por ende reducir el índice de abortos, especialmente la repetición de ellos. El Acta planteó el asesoramiento con carácter de obligatorio y señaló un periodo de espera de 48 horas para lograr este fin.

El Reglamento fue muy específico al requerir que el asesoramiento tratara un rango amplio de temas, incluyendo alternativas al TOP, métodos de TOP, posibles efectos adversos, contracepción, enfermedades de transmisión sexual, y orientación psico-social. Se les pidió a los doctores informar sobre esto al detalle en el formulario F. El Informe muestra, sin embargo, que los doctores estaban sobre todo tratando el tema de la contracepción. En ningún caso llega a seis por ciento cualquier otro elemento de la consejería. No se ha recibido informes que se esté llevando a cabo un asesoramiento completo como se establece en la ley.

El formulario F no recoge información en el periodo de espera. Dado que ha habido críticas que la espera de 48 horas produce dificultades para la mujer, sería interesante saber hasta que punto se cumple con este requisito y si los beneficios de crear un tiempo para el asesoramiento exceden a las desventajas.

En abril de 1995, menos de un mes antes de la dación de la ley, la Asociación de Planificación Familiar de Guyana (FPAG) fue fundada por un grupo pequeño de profesionales que apoyaban la nueva ley. Uno de sus primeros proyectos fue preparar los recursos para el asesoramiento del aborto dirigido a aquellos que proporcionan el servicio, las mujeres y sus parejas. De

acuerdo al Reglamento, se cubrían temas sobre formas alternativas de anticonceptivos, métodos de terminaciones, posibles complicaciones, enfermedades de transmisión sexual y contracepción, e incluía referencias a agencias que ofrecían servicios especializados. Un año más tarde, el FPAG redactó el folleto con un lenguaje más coloquial y lo presentó como una serie de volantes, así mismo estuvo preparando cassettes y videos, donde se cubría todos los aspectos de la ley, para ser usados en las salas de espera de los consultorios médicos para complementar el asesoramiento.

El FPAG se encargó de capacitar a tres asesores y en mayo de 1996, dos de ellos ya se encontraban trabajando en un hospital privado con clientes que pensaban abortar. Con ayuda de Stimezo (la federación holandesa de clínicas de aborto), el capacitador de consejeros de FPAG visitó Holanda en julio de 1996 y observó su sistema de asesoramiento. En octubre de 1996, el FPAG presentó una propuesta para capacitar a los asesores al Organismo Consultor.

Es un tributo al compromiso del pequeño grupo nuclear de miembros del FPAG que pudieran hacer tanto con tan pocos ingresos financieros. El FPAG ha hecho gran esfuerzo para preparar propuestas para ganar respaldo pero sus sueños de atraer ayuda financiera siguen sin cumplirse. No obstante, es una organización que ha tomado la nueva ley con seriedad y ha tratado de asegurar que la operacionalización de aquellos puntos que pueden contribuir a reducir los abortos. A enero de 1997, seguía funcionando por la buena voluntad de un puñado

de individuos talentosos y determinados.

REDUCIENDO EL ÍNDICE DE ABORTOS

Guyana es el primer país en el que una ley liberal ha prometido formalmente reducir el índice de abortos. Esta fue indudablemente la característica central del debate para la reforma de la ley de aborto en Guyana - aquellos que buscaban la nueva ley aseguraban que eran pro-vida y pro-elección y constructivamente anti-aborto.

Para medir cualquier reducción, primero debía existir información de base bien documentada sobre la incidencia del aborto. No existían estos datos. Sin embargo, un estudio de 1996 sobre el conocimiento que tenían las mujeres, que acudían donde diez doctores y tres hospitales privados buscando terminaciones, sobre el control de la natalidad mostró que en una semana se habían practicado 316 abortos. Sólo sobre esta base se podría calcular que el número de abortos en un año sería de 16,000. El número de mujeres en edad reproductora es de 200,000. Se ha estimado que 30 doctores estaban realizando abortos, pero como no todos los abortos eran realizados por doctores, el índice podría exceder los 100 abortos por 1000 mujeres entre los 15-44 años.

La incidencia de repetición de abortos es alta y subraya la necesidad de contar con una educación amplia sobre la vida familiar en los colegios y con servicios efectivos de planificación familiar, especialmente dada la intensidad del compromiso de la población a

tener familias pequeñas. De las mujeres que se practicaron abortos, el 82 por ciento tenía menos de tres hijos y el número promedio de hijos era de dos. Casi dos tercios de las mujeres que se habían practicado una terminación tenía menos de 30 años. En Guyana hay una correlación positiva entre la edad y el uso de anticonceptivos. Y precisamente como el índice de repetición de abortos es alto existe una posibilidad real de reducirlo.

Una corporación grande quasi-gubernamental, la Compañía Azucarera de Guyana (GUYSUCO), que maneja todas las haciendas azucareras de propiedad pública en Guyana, tiene su propio servicio de salud en hospitales y consultorios pequeños en cada una de las haciendas.

No hay duda que una ley liberal de aborto, conjuntamente con acceso a buenos servicios médicos, elimina la necesidad de acudir a agentes clandestinos e inseguros y reduce el índice de mortalidad y mortandad materna. Como en Guyana, estas mejoras son típicamente dramáticas. Lo que atrae comentarios y parecería contrario a la intuición, es el alegato que una ley liberal pueda ayudar a reducir los abortos. En un ambiente donde el uso de anticonceptivos es bajo, donde el conocimiento sobre la salud reproductora es pobre, donde las oportunidades para abortar eran abundantes aun bajo la ley restrictiva, donde existe un alto índice de abortos con un gran número de repeticiones, existen grandes oportunidades para lograr la reducción del número de abortos. Si la ley es respaldada por cursos de educación sobre la vida familiar en las escuelas, por un mejor acceso a los anti-

conceptivos y por asesoría al momento de abortar, tanto la proporción de abortos repetidos como el número total de abortos podría disminuir.

Si la ley liberal logra proporcionar una plataforma para discusiones más abiertas sobre sexo en los colegios y hogares, habrá planteado la base para un cambio importante en cuanto a los valores sociales. Diversos estudios han mostrado que es menos probable que chicos y chicas que han recibido educación sexual tengan actividad sexual que los que no han recibido dicha capacitación. Y entre aquellos que han recibido educación sexual y que sí tienen relaciones sexuales un mayor número utiliza métodos anticonceptivos que sus pares que no han recibido este tipo de educación. La educación sobre la vida familiar en los colegios puede contribuir a disminuir el nivel de embarazos entre las adolescentes y por ende reducir el número de abortos.

Ciertamente, el oponente religioso más ferviente de la reforma de ley en Guyana, un sacerdote católico, concedió que "si el gobierno hace todo lo que promete en el Acta y hay una disminución en el número de abortos en Guyana, entonces ciertamente podría considerarse una ley pro-vida".

RESPUESTA SOCIAL

La lucha por reformar la ley fue intensa desde el momento en mayo de 1993 en que la Ministra de Salud anunció su intención de examinar la ley de aborto hasta el debate parlamentario en mayo de 1995. El debate público se dispersó luego de convertirse en ley el

anteproyecto en junio de 1995. No hubo manifestaciones fuera de las instituciones donde se llevaban a cabo abortos. La publicación en los diarios de una lista de doctores autorizados no recibió críticas. Algunos miembros del Comité Educativo Anti-Aborto anunciaron que habían formado un nuevo grupo, Marcus Media Monitor, que prometía observar cuidadosamente a los medios de comunicación y continuar estando involucrado con el tema del aborto. Pero esto no le siguió ninguna acción pública: no hubo declaraciones, vigili-
 as, marchas ni protestas. Nada. La oposición se retiró por completo. De modo similar, entre aquellos que habían defendido la nueva ley, el éxito parlamentario no significó que un incremento de acciones para asegurar que la ley cumpliera su propósito. Pareciera que tanto los vencidos como los vencedores abandonaron el campo de batalla. Al no existir una sociedad civil fuerte al darse la nueva ley, la búsqueda de acción para lograr su efectividad no generó una gran movida social, sino que más bien engendró pequeños grupos que actuaban de forma limitada pero creciente. No hay duda que la debilidad y la vacilación de los grupos cívicos puede ser atribuida a los casi 30 años de gobierno autoritario que precedieron las elecciones generales de 1992.

LECCIONES APRENDIDAS

No se puede subestimar el desgaste emocional causado por una larga campaña de reforma de ley. La suposición que todos aquellos que lucharon larga y

difícilmente por conseguir la dación de la ley lo harían también para su implementación no es necesariamente correcta. Más aún la idea ilusa que una vez que se aprobase la ley un buen número de personas que se habían mantenido en silencio previamente se presentarían con energía y se unirían al esfuerzo de volverlo operativo, también es falsa. No es fácil que las personas asuman partes activas en relación a temas controversiales. El reto para los activistas consiste en conseguir roles para las personas para que no todas tengan que estar en la línea del frente.

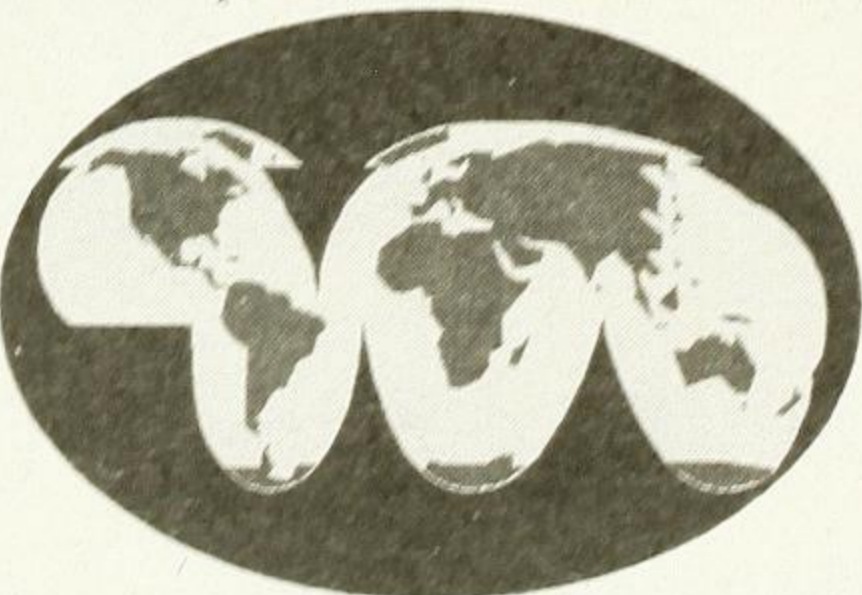
La calidad de la ley y la habilidad para implementarla disminuye cuando partes importantes dejan de lado su responsabilidad para desarrollarla. La idea de una moratoria antes de la entrada en vigor de la nueva ley puede proporcionar una oportunidad para un esfuerzo concentrado o una excusa para una inacción prolongada. Si se aprovecha se le debe prestar previamente mucha atención a la planeación en detalle. El error de no permitir el aborto por un método quirúrgico en las primeras ocho semanas no hubiese ocurrido si la profesión médica hubiese

estado al tanto del anteproyecto. Ciertamente, este tipo de debilidad solamente se señaló unos nueve meses después de aprobada la ley.

Así mismo, es errado asumir que el sector público siempre liderará la reforma y que el sector privado se opondrá al cambio. Esto no se vio en Guyana. La mayor respuesta ha provenido de doctores de la actividad privada, y la más tardía del sector público. En Barbados, raramente se encontraban disponibles los formularios para los informes y nunca se desarrolló la cultura de informar. En Guyana, los formularios sí estaban disponibles y los principales doctores de la actividad privada informaban de buenagana; al escribir esto todavía se está esperando la respuesta del sector público.


CONSEJO NACIONAL PARA LA CULTURA Y LAS ARTES

XEPPM DE MEXICO



**RADIO EDUCACION
ONDA CORTA:**

MUSICA, NOTICARIOS Y
PROGRAMAS CULTURALES



CULTURA CON IMAGINACION

**LAS ONDAS
HERTZIANAS
NO TIENEN
FRONTERAS**

**XEPPM
6185 KHZ
TRANSMITE
DE MEXICO
PARA EL
MUNDO**

En aquellos lugares donde el mayor problema, como en Guyana, reside en los abortos riesgosos, un objetivo de corto plazo principal deberá ser el capacitar a los doctores sobre cómo realizar un procedimiento seguro, especialmente en cuanto a la aspiración. Es inquietante que en Guyana después de 18 meses de la dación de la nueva ley todavía no se había proporcionado dicho entrenamiento a pesar de que el Ministerio de Salud había establecido contactos con organizaciones de capacitación. Al mismo tiempo, es prioritario el entrenamiento de los asesores de aborto.

Es importante establecer registros fiables, incluyendo la

formulación, impresión y distribución de formularios para informar, desarrollar un programa de computadoras para el procesamiento de datos y capacitar al personal en la recolección de información. Una de las debilidades en Guyana fue el no alentar que los doctores informaran más. Otra ha sido el no insistir en el uso de formularios en los hospitales públicos, donde la mayor parte de las complicaciones surgidas de abortos riesgosos terminan y donde se podría advertir cualquier reducción en su número.

Un organismo consultor como aquel de Guyana puede ser crucial para el éxito de una nueva ley y necesita de ayuda

para poder funcionar efectivamente, incluyendo un presupuesto apropiado y el adecuado respaldo administrativo. Los miembros de dicho organismo deberán ser capacitados en su función; es errado asumir que cada miembro automáticamente entenderá los puntos de vista, las preocupaciones y las habilidades que los demás miembros traen consigo. Ellos necesitan comprender la ley y su papel como monitores, y necesitan también respaldo para poder interpretar la información que reciben. De esta manera, el organismo podrá alentar discusiones con partes interesadas, solicitar ideas del público y transformar mucho de lo hablado sobre aborto en acciones prácticas y recomendaciones.

Guyana ha probado que es válido buscar alcanzar metas muy altas: no importando que tan lejanas pueden parecer, son alcanzables. Con todas sus deficiencias constituyen eventos sumamente importantes la reducción en las complicaciones surgidas del aborto, el cambio del equilibrio de poder a favor de la salud y seguridad de la mujer, y la habilidad de monitorear los servicios de aborto a través de la información detallada proporcionada por los doctores, procesada y analizada por el Ministerio de Salud y puesta a disposición de un organismo no gubernamental compuesto por intereses religiosos, legales y médicos. *jam*

Feria Internacional del Libro



Palacio de Minería
Ciudad de México

Estados invitados

Aguascalientes ▼ Colima ▼ Jalisco ▼ Michoacán

Cultura dentro de la cultura

- ▼ Más de 500 editoriales (nacionales y extranjeras)
- ▼ Conferencias, mesas redondas y seminarios
- ▼ Presentaciones de libros por sus autores
- ▼ Música, cine, video y danza
- ▼ Talleres infantiles y exposiciones

Tacuba 5,
Centro Histórico

Del 13 al 21 de marzo de 1999
11:00 a 21:00 horas.



Precios de entrada: \$ 8.00 entrada general.
\$ 4.00 personas de la tercera edad, maestros
y estudiantes con credencial y niños menores de 13 años.

