
Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana

**The
Alan Guttmacher
Institute**

New York and Washington

Investigadores:

Sarah Hawker Costa, *Fundação Oswaldo Cruz,
Rio de Janeiro, Brasil*

Delicia Ferrando, *Pathfinder International,
Lima, Perú*

Silvia Llera, *University of Pennsylvania,
Filadelfia, P.A., EE.UU.*

Mário Monteiro, *Núcleo de Estudos de Saúde
Coletiva—NESC/UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil*

Leopoldo Núñez Fernández, *Pathfinder
International, México D.F., México*

Denise Paiewonsky, *Consultora Independiente,
Santo Domingo, República Dominicana*

Elena Prada, *Consultora Independiente,
Bogotá, Colombia*

Susheela Singh, *The Alan Guttmacher
Institute, Nueva York, N.Y., EE.UU.*

Mónica Weisner, *Universidad de Chile,
Santiago de Chile, Chile*

Deirdre Wulf, *The Alan Guttmacher Institute,
Nueva York, N.Y., EE.UU.*

ISBN 0-939253-32-1

© The Alan Guttmacher Institute, 1994

La ficha bibliográfica recomendada para esta publicación es:
The Alan Guttmacher Institute, 1994, *Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana* (Nueva York: The Alan Guttmacher Institute).

CREDITOS

Redactora de Estilo: Dore Hollander; **Gerente de Producción:** Kathleen Randall; **Asistente Senior de Producción:** Paul Blaser; **Asistente de Producción:** Jessica Black; **Diseño:** Emerson Wajdowicz Studios, Inc.; **Impresión:** Berger/McGill

Agradecimientos

Esta publicación fue patrocinada en gran parte por la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur; contó además con el apoyo de la Fundación Jessie Smith Noyes, y la Escola Nacional de Saúde Pública—Fundação Oswaldo Cruz del Estado de Rio de Janeiro.

Los investigadores expresan su agradecimiento a las siguientes instituciones e individuos que ayudaron en la obtención de los datos oficiales sobre pacientes dados de alta:

BRASIL

Dr. Ernani Bento Bandarra, Director, Departamento de Informática do Sistema Unificado de Saúde (DATASUS)
Ani Faro Mendes, Analista de Sistemas, DATASUS
Ilara Hammerli Sozzi de Moraes, Gerente Técnica de Disseminação de Informações, DATASUS
Jacques Levin, Coordenador de Sistemas de Informação de Saúde, DATASUS
Carlos Alfredo Neves de Burgos Cabral, Gerente Técnico de Banco de Dados, DATASUS

COLOMBIA

Dr. Roberto Carrascal, Director, Hospital Materno-Infantil, Bogotá
Dr. Julio Naranjo, Director, Hospital Kennedy, Bogotá
Dr. Luis Alberto Perea M., Jefe, Oficina de Informática, Ministerio de Salud, Colombia
Dr. Juan Carlos Prieto, Director, Hospital La Victoria, Bogotá

CHILE

Dr. Guillermo Galán, Secretario de la Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA)
Ministerio de Salud, *Anuario de Egresos Hospitalarios, 1990*
Instituto Nacional de Estadística y Censos de Chile

MEXICO

Eduardo Navarrete Hernández, Centro de Estudios de Población y Microcomputación, México, D. F.
Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, *Anuario Estadístico*, varios años
Sistema Nacional de Salud, *Daños a la Salud, Boletín de Información Estadística*, varios años

PERU

Miguel Cruz, Ministerio de Salud, Perú
Aurora Gavancho, Ministerio de Salud, Perú
Lidia Mendoza, Ministerio de Salud, Perú

REPUBLICA DOMINICANA

Departamento de Estadísticas, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)

Asimismo, deseamos agradecer la contribución de Edgar Dorado (Colombia), Simone Gomes Ouvinha Peres y Marcia Lacerda, del Núcleo de Saúde da Mulher da Escola Nacional de Saúde Pública—Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos (Brasil), y Ana María Silva (Chile), quienes colaboraron en la recolección y tabulación de los datos; de Carlos Indacochea (Perú) y Carlos Eduardo Siqueira (Brasil), por su labor de divulgación del proyecto entre los funcionarios públicos y los organismos privados; de Ethel Brooks, quien prestó un apoyo incansable y entusiasta en las tareas de investigación y administración durante todo el proyecto; y de los siguientes colegas por sus ponderadas revisiones de varios borradores del informe: Jacqueline Darroch Forrest, Beth Fredrick, Kathryn Kost, Olivia Schieffelin Nordberg y Jeannie I. Rosoff, The Alan Guttmacher Institute (AGI), Nueva York; Anameli Monroy de Velasco, Centro de Orientación para Adolescentes (CORA), México, D.F.; Jacqueline Pitanguy, Ciudadanía: Estudio, Pesquisa, Informação e Ação (CEPIA), Rio de Janeiro; y Jorge Villarreal, Oriéntame, Bogotá.

Por último, deseamos expresar nuestros agradecimientos a los 197 médicos, enfermeras, expertos en ciencias sociales y otros profesionales que participaron en 1992 en la Encuesta de Opinión sobre la Práctica del Aborto en Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y la República Dominicana, llevada a cabo por el AGI. Sin su generosa contribución y valentía al compartir sus conocimientos y opiniones sobre el aborto inducido, no hubiera sido posible la investigación en la que se basa este informe.

El aborto clandestino en América Latina

E

l embarazo y el parto constituyen dos de los acontecimientos más felices que ocurren en la vida de las familias. Un embarazo planeado que produce un niño deseado es un acontecimiento que alegra por igual a la familia y a sus amigos. Sin embargo, suponer que todas las mujeres quedan embarazadas y dan a luz

sólo cuando así lo desean sería una ilusión. Igualmente, sería irresponsable desconocer la terrible disyuntiva que enfrentan muchas mujeres quienes, por numerosas y complejas razones, no pueden planificar sus embarazos y partos con la eficiencia que quisieran. Un embarazo no planeado termina frecuentemente en un aborto inducido clandestino, sea o no sea permitido por la ley, y se haya realizado o no en condiciones seguras.

En América Latina, es comprensible el silencio alrededor del tema del aborto: en todos los países salvo Cuba, en donde es legal, la práctica es castigada por la ley, con algunas excepciones por causas médicas muy estrictas.¹ No obstante, su uso está difundido entre mujeres de todas las clases sociales, y en todo tipo de condiciones—desde la terminación del embarazo efectuada en clínicas por personal calificado, hasta el uso de procedimientos peligrosos aplicados por personal no calificado, y los intentos de las propias mujeres por terminar su embarazo con métodos tradicionales como hierbas abortivas, el exceso de actividad física, y la violencia.

Según una estimación de 1991, en todo el mundo se provocan 44 millones de abortos por año. En América del Norte, Europa y algunos países de Asia, la mayoría son realizados legalmente; pero al parecer, en el resto del mundo se practican clandestinamente unos 15 millones de abortos—alrededor de cuatro millones sólo en América Latina.² Sin embargo, por razones obvias, existe escasa información concreta acerca del aborto clandestino, no sólo en América Latina sino en la mayor parte de África y el Oriente Medio, donde el procedimiento es también generalmente ilegal.

Diversos profesionales de la salud y especialistas en ciencias sociales reconocen desde hace muchos años las consecuencias adversas de los abortos clandestinos hechos en condiciones inseguras, tanto para las mujeres como para la sociedad en general.³ Entre tales consecuencias figuran la muerte de la mujer por el uso de procedimientos peligrosos, graves secuelas físicas a largo plazo para la salud de la mujer (por ejemplo, problemas ginecológicos e infertilidad), y los costos que implica para la sociedad el uso de escasos recursos médicos para el tratamiento de mujeres por las complicaciones que ocasionan los abortos. De ahí que los dirigentes recurran cada vez con mayor frecuencia a la reducción

del aborto clandestino como justificación para introducir y apoyar servicios y programas de planificación familiar.⁴

Por falta de estadísticas confiables, la mayor parte de la información sobre el alcance y la naturaleza del aborto clandestino se basa en testimonios orales. En algunos países, los medios de comunicación, en un afán sensacionalista, exageran el número de mujeres que se provocan el aborto. Los que se oponen a esta práctica tienden a minimizar su prevalencia.

Este informe intenta llenar importantes vacíos que existen en el conocimiento del aborto, suponiendo que las estimaciones fidedignas sobre su alcance sean útiles para lograr en la región un análisis más objetivo de la política oficial sobre este tema. La tarea no es fácil: es complicado obtener informaciones precisas acerca de un tipo de comportamiento humano considerado ilícito, por lo que los investigadores deben recoger datos de una variedad de fuentes que permitan obtener un panorama más real y completo.

Este estudio examina las dos principales estrategias para evitar los nacimientos indeseados a las cuales recurren las mujeres de Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y la República Dominicana—la anticoncepción y el aborto inducido o provocado. En el estudio se examinan en primer lugar los niveles y las características del uso de anticonceptivos en estos seis países, así como algunos de los problemas comunes asociados con tal práctica, para demostrar el papel que juega el aborto en el marco más amplio de la vida reproductiva de las mujeres. Luego se describen en términos generales los principales agentes que efectúan los abortos, los métodos empleados, y el riesgo de hospitalización asociado con las distintas técnicas y con quienes las practican. Por último, el informe calcula en cifras anuales el número de mujeres que recurren al aborto para terminar embarazos no planeados.

Las conclusiones se basan en un esfuerzo de investigación conjunto realizado por expertos de cada uno de los países antes mencionados y por el personal del Instituto Alan Guttmacher (AGI) de Nueva York.* Las tres fuentes principales de información son las siguientes:

- análisis de encuestas recientes de fecundidad de cada país;
- una encuesta entre casi 200 profesionales de los seis países conocedores de las condiciones en las cuales se realiza el aborto provocado; y
- estadísticas oficiales sobre el número de mujeres hospitalizadas cada año por complicaciones del aborto.

*Para obtener más información sobre la metodología usada en el cálculo de las estimaciones incluidas en este informe, véase la cita bibliográfica 26.

La práctica de la anticoncepción y problemas asociados

Grandes transformaciones económicas, sociales y culturales en toda América Latina han modificado a fondo las aspiraciones de la pareja sobre el número de hijos que desea tener. Se ha difundido la aspiración de tener familia pequeña en todos los países de la región, y la motivación para practicar la planificación familiar es probable-

mente mucho más fuerte hoy que antes.⁵ Cuando se preguntó en encuestas recientes de fecundidad cuántos niños representaban el número ideal, las mujeres de Perú contestaron 2,7, las de Colombia y Chile 2,8, las de Brasil 3,0 y las de México y la República Dominicana 3,3.⁶ Pero es probable que aun estos números exageren la cantidad de hijos que en realidad las parejas preferirían tener.

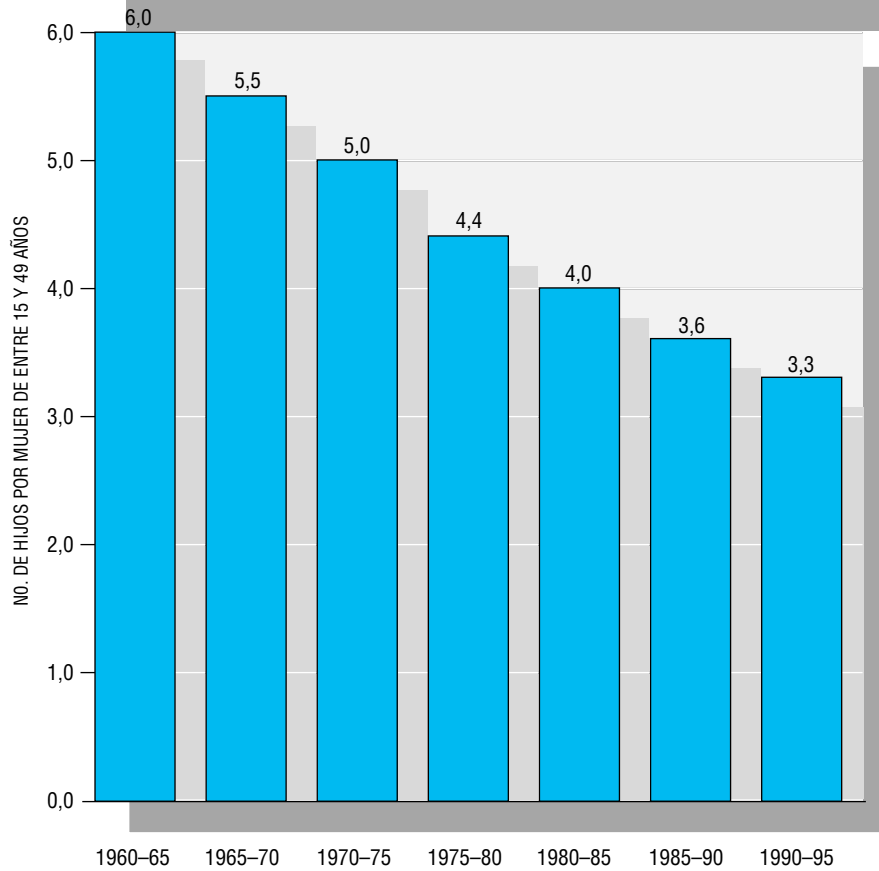
América Latina a menudo se cita como ejemplo exitoso en el desarrollo de programas de planificación familiar. La mayoría de los países de la región han adoptado políticas en favor de servicios de planificación familiar públicos y privados; el uso de anticonceptivos en muchos países ha aumentado extraordinariamente en los últimos 20 años (es de señalar, en particular, el aumento de la esterilización femenina a edades cada vez más tempranas en varios países⁷). De la misma manera, las tasas de natalidad han descendido radicalmente. En general, el tamaño promedio de la familia en América Latina ha bajado en casi 45% desde principios del decenio de 1960—de cerca de seis hijos por mujer a un poco más de tres.⁸

En el afán de tener familias más pequeñas, se ha generalizado el uso de anticonceptivos en casi todos los países. Según encuestas de fecundidad recientes,⁹ muchas parejas practican la planificación familiar para tener hijos cuando las circunstancias sean más propicias, y dejar de procrearlos cuando ya hayan tenido los que desean. La planificación familiar es más útil para las mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años de edad) que han tenido alguna vez relaciones sexuales. Cerca del 70% de todas las mujeres entre esas edades en cada país corresponde a esta categoría. El 30% remanente o todavía no ha formado pareja (ya sea legal o consensual) o informa no haber tenido nunca relaciones sexuales. Las mujeres en esta última categoría son principalmente las menores de 20 años.

Al comparar el 70% de las mujeres de 15 a 44 años de edad que podrían embarazarse con la proporción de mujeres que usa anticonceptivos, se advierte que no todas están protegidas de un posible embarazo. La proporción de mujeres de 15 a 44 años de edad que está usando un método anticonceptivo varía

Tamaño de la familia

El tamaño promedio de la familia latinoamericana ha disminuido dramáticamente—de seis hijos por mujer en la década de 1960 a cerca de tres actualmente.



Fuente: Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), “América Latina: Fecundidad, 1950-2025”, *Boletín Demográfico*, Vol. 21, No. 41, 1988, Figura 5A, pág. 37.

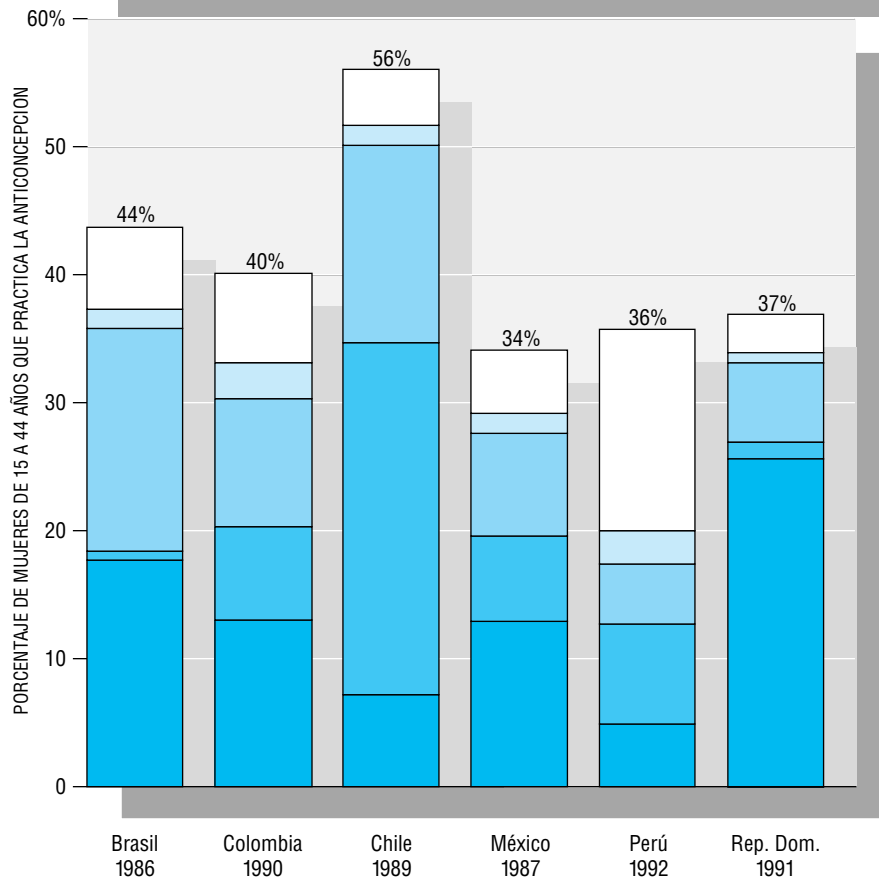
entre el 34% en México y el 44% en Brasil,* y se agrupa entre el 36% y el 40% en Colombia, Perú y la República Dominicana. En Chile, la proporción es mucho más alta—el 56%.¹⁰

El tipo de método anticonceptivo usado varía considerablemente entre los países. La esterilización femenina es el método más comúnmente usado en la República Dominicana (elegido por el 26% de mujeres de 15 a 44 años), y, con cifras más bajas, en Brasil (18%) y México (13%). El uso de la píldora anticonceptiva o de inyecciones hormonales es alto en Brasil y Chile (cerca del 16%), y el uso del dispositivo intrauterino lo es sólo en Chile (28%). Los métodos más usados en Perú (16%) son el ritmo

*Las Encuestas de Demografía y Salud (EDS) de Brasil y México se efectuaron hace siete u ocho años, por lo tanto es muy probable que las tasas de uso de anticonceptivos hayan aumentado desde entonces. Si fuera así, el uso de anticonceptivos en México se acercaría ahora a las tasas indicadas en las encuestas más recientes de Colombia, Perú y la República Dominicana. Los verdaderos niveles no serán conocidos hasta que se hagan otras encuestas nacionales.

Uso de anticonceptivos

En los países latinoamericanos estudiados, entre un 34% y un 56% de mujeres de 15 a 44 años practican la planificación familiar. Los métodos más frecuentemente utilizados son la esterilización femenina (especialmente en Brasil y la República Dominicana), el dispositivo intrauterino (en Chile), la píldora u hormonales inyectables (en Brasil y Chile), y métodos tradicionales (en Perú).



Fuentes: Para Brasil, Colombia, México, Perú y la República Dominicana, tabulaciones especiales de los datos de las Encuestas de Demografía y Salud; véase la cita bibliográfica 6. Para Chile, véase la cita 10.

Datos para cada método (de abajo hacia arriba): Brasil: 17,7, 0,7, 17,4, 1,5, 6,4; Colombia: 13, 7,4, 9,9, 2,7, 6,9; Chile: 7, 27,6, 15,3, 1,6, 4,4; México: 12,8, 6,6, 8, 1,6, 4,4; Perú: 4,7, 7,8, 4,7, 2,6, 15,8; República Dominicana: 25,5, 1,3, 6,2, 0,8, 3.

- Tradicional: ritmo o coito interrumpido (retiro)
- Preservativo o métodos vaginales
- Píldora o inyecciones
- Dispositivo intrauterino
- Esterilización femenina

y el coito interrumpido. El diafragma, los espermicidas y otros tipos de anticonceptivos son poco usados en estos países, y el uso de los preservativos y la vasectomía (esterilización masculina) por parte de los hombres es poco frecuente por no decir inexistente.

La planificación familiar en América Latina es por lo tanto una responsabilidad que recae principalmente sobre la mujer, la cual depende en general de los anticonceptivos orales, la esterilización femenina, el dispositivo intrauterino o los métodos tradicionales para evitar los embarazos no deseados.

La información obtenida revela también que

¿Cuál es la necesidad insatisfecha de planificación familiar?

gran proporción de parejas no usa ningún método de planificación familiar, o no los usa tan eficazmente como debería. ¿Por qué ocurre esto?

Muchos factores contribuyen a que las parejas no usen métodos eficaces de planificación familiar. Algunos tienen relación con la accesibilidad y la calidad de los servicios de planificación familiar; otros se originan en actitudes personales o culturales. Por ejemplo, algunas mujeres viven demasiado lejos de una clínica o centro de salud; pueden no saber dónde obtener servicios de planificación familiar; pueden no tener cómo pagarlos; o pueden sentirse incómodas en algunas clínicas o descontentas por el trato que reciben. Incluso cuando los servicios de planificación familiar son accesibles o están al alcance económico de la mujer, hay factores personales que pueden limitar el uso de los programas. Por ejemplo, es común el miedo a los efectos secundarios de los métodos modernos; muchas mujeres forman parte de uniones consensuales inestables; y otras no entienden la importancia de usar los métodos correctamente y en forma continua. A algunas mujeres pueden estarles vedados ciertos métodos y no tener otra opción disponible. Estos variados obstáculos técnicos y humanos se conjugan en lo que los especialistas denominan una “necesidad insatisfecha” de planificación familiar.

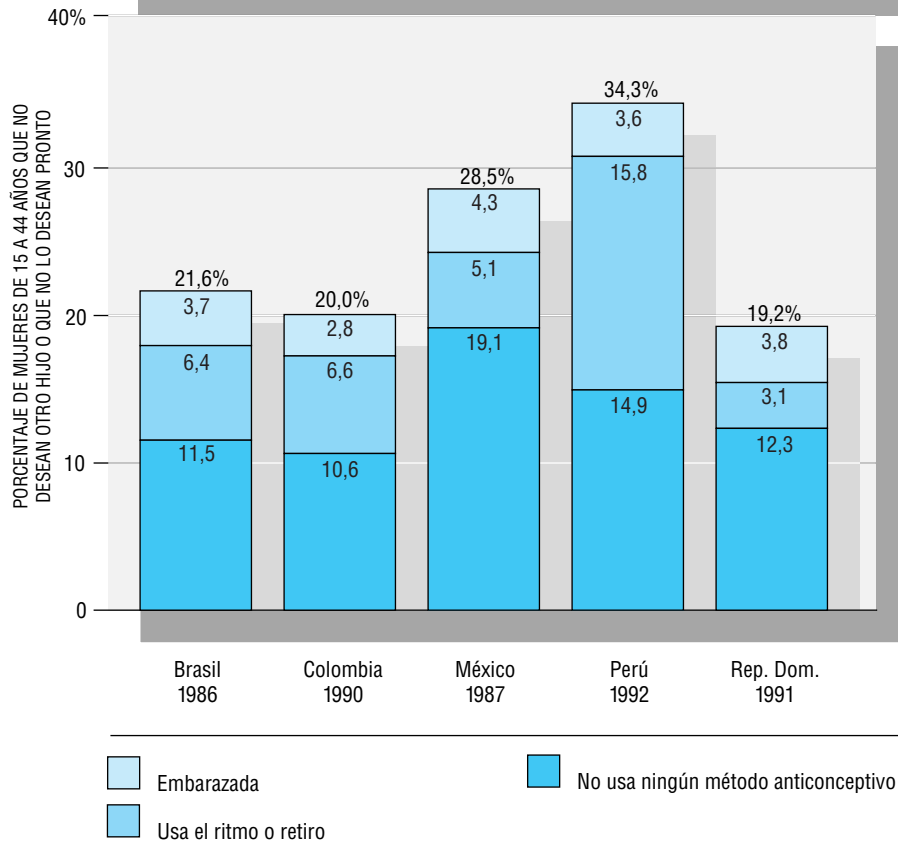
Para medir la necesidad insatisfecha, hay que identificar a las mujeres que están en realidad “expuestas” al riesgo de embarazo—o sea las mujeres en edad reproductiva que tienen relaciones sexuales y que no desean tener más hijos o no lo desean en el futuro cercano pero que no están usando métodos eficaces de anticoncepción. Otras mujeres están embarazadas a pesar de no desearlo. Una definición más estricta coloca a las mujeres con necesidad de acceso a servicios de planificación en uno de los siguientes tres grupos:

- las que no desean tener más hijos, o las que no desean tenerlos dentro de los próximos dos años, pero que no están usando ningún método anticonceptivo, con lo cual corren alto riesgo de quedar embarazadas;¹¹
- las que no desean tener más hijos, o las que no los desean dentro de los próximos dos años, y que usan métodos anticonceptivos tradicionales (ritmo o retiro), ya que éstos proporcionan menor protección contra el embarazo que los métodos modernos; y
- mujeres embarazadas como consecuencia de una falla en el uso de su método anticonceptivo, es decir, están embarazadas a pesar de que no lo habían deseado.*

*A pesar de que las mujeres no necesitan protección anticonceptiva durante el breve período del embarazo, la misma existencia de un embarazo no deseado indica una necesidad pasada y probablemente futura de protección. Por esta razón, se incluyen en la medición más refinada de la necesidad de planificación familiar a las mujeres con un embarazo no deseado.

Necesidad insatisfecha

Entre un 20% y un 35% de todas las mujeres de 15 a 44 años no tienen éxito en su control de la fecundidad y por lo tanto necesitan practicar la anticoncepción o usar métodos mejores.



Fuente: Tabulaciones especiales de las Encuestas de Demografía y Salud (véase la cita 6).

Con la definición anterior de mujeres que se encuentran en riesgo de embarazarse sin desearlo, resulta que entre un 19% y un 34% de todas las mujeres de 15 a 44 en los seis países están insuficientemente protegidas. El grupo más importante de ellas está formado por las mujeres entre 15 y 44 años que no desean de ningún modo un hijo o no lo desean en el futuro cercano, pero que no están usando ningún tipo de anticonceptivo. El grupo que sigue está formado por las mujeres que no desean quedar embarazadas, pero que están usando métodos anticonceptivos tradicionales.

En cifras concretas, estas proporciones sugieren que en 1994, unos 8,0 millones de mujeres entre los 15 y 44 años de edad en Brasil, 1,8 millones en Colombia, 6,7 millones en México, 1,9 millones en Perú, y 351.000 en la República Dominicana necesitaban servicios de planificación familiar o mejores métodos para evitar los embarazos. (Las estimaciones no pudieron realizarse para Chile.)

¿Por qué es tan elevada la necesidad insatisfecha de planificación familiar?

Las encuestas de planificación familiar en cada país, así como encuestas más circunscritas, dan alguna indicación sobre las causas de que tantas mujeres corran el riesgo de tener un embarazo no planeado por no practicar la planificación familiar o por utilizar un método ineficaz.

La falta de conocimiento sobre anticoncepción ya no parece ser un problema importante. Cerca del 90% de las mujeres en Brasil, Colombia, México, Perú y la República Dominicana están informadas sobre la píldora, y casi el mismo número están al tanto de la esterilización femenina. El conocimiento de otros métodos, como el preservativo, el diafragma y los espermicidas, es también bastante común, salvo en algunas zonas rurales.¹²

Pero no todas las mujeres que saben que existe un método saben cómo usarlo correctamente. Por ejemplo:

- Cerca del 80% de las mujeres en la República Dominicana que dicen conocer el uso de la píldora, no saben en realidad cómo emplearla correctamente.¹³
- En Colombia, el 58% de las mujeres en las zonas rurales que usan la píldora lo hacen equivocadamente,¹⁴ entre las mujeres de bajos ingresos en Rio de Janeiro que usan la píldora, el 23% no entiende cómo usarla correctamente.¹⁵
- Una alta proporción de usuarias de la píldora la obtiene directamente de farmacias (50% en Perú; 60% al 75% en Colombia, México y la República Dominicana; y un 93% en Brasil), lo cual significa que muchas no tienen la instrucción adecuada sobre el uso correcto de este método o pueden tener dificultades con la lectura y comprensión de las instrucciones impresas que contienen los paquetes de píldoras.¹⁶
- Cerca de un 60% de las mujeres en Brasil, Colombia, Perú y la República Dominicana cree que la píldora produce graves efectos secundarios. Alrededor de 40% piensa que el uso del dispositivo intrauterino produce complicaciones de salud.¹⁷

Según estos datos, muchas mujeres desconfían de los métodos modernos y muchas usuarias no están bien informadas sobre el uso correcto o los efectos secundarios posibles de los anticonceptivos. Por ello, se producen frecuentes interrupciones de su uso, reinicios, o cambios y discontinuidad en el uso de métodos. Por ejemplo:

- En Brasil, el 50% de mujeres entre los 15 y 44 años ha usado la píldora alguna vez, pero sólo el 17% la está usando en la actualidad.¹⁸
- En México, el 25% de las mujeres entre los 15 y 49 años ha usado alguna vez el dispositivo intrauterino, pero sólo el 7% lo está usando ahora.¹⁹
- En Perú, el 50% de las usuarias de la píldora dejaron de usarla después de un año, y sólo el 3% la abandonó para poder quedar embarazadas. El resto suspendió el uso porque ocurrió un em-

barazo accidental (5%), o porque tomó la decisión de cambiarse a otro método (24%), o de abandonar del todo la anticoncepción (18%).²⁰

Aun cuando las mujeres no cambien o no discontinúen el uso de los métodos, se presentan altas tasas de falla con métodos que, de usarse correctamente, deberían de ofrecer una gran protección contra el embarazo. Por ejemplo, entre las mujeres de Colombia y la República Dominicana que usan la píldora, el dispositivo intrauterino o los inyectables, aproximadamente un 10% quedó embarazadas accidentalmente durante el primer año de uso.^{21*} Y en Perú, el 17% de las mujeres que usan cualquier método reversible quedan embarazadas dentro de los 12 meses de haber iniciado su uso.²²

En general, por lo tanto, la situación es mixta: por una parte las parejas desean y en realidad están teniendo familias más pequeñas. El deseo intenso de tener menos hijos se refleja en los niveles actuales de uso anticonceptivo—inimaginables hace 30 años. No obstante, como hemos visto, millones de mujeres a quienes les gustaría limitar el número de hijos en estos seis países, no pueden usar o no usan ninguna forma de anticoncepción. Además, muchos millones usan métodos eficaces incorrectamente (sobre todo la píldora), usan métodos con elevadas tasas de falla (abstinencia periódica y coito interrumpido), o experimentan altas tasas de falla con métodos teóricamente eficaces. El resultado acumulado de esos patrones de no uso o uso de anticonceptivos ineficaces es el alto nivel de embarazos no deseados.

¿De qué manera enfrentan las mujeres los embarazos accidentales cuando no desean tener un número mayor de hijos que ellas y sus familias pueden atender responsablemente? ¿Llevan el embarazo a término y dan a luz a hijos que no habían deseado, a quienes a menudo no pueden alimentar, vestir, ni proveer de vivienda y educación decentes? ¿O encuentran alguna forma de terminar los embarazos no planeados? En cualquier caso, las mismas mujeres y la sociedad en su conjunto deben encarar las graves consecuencias de tales decisiones.

*Estas tasas probablemente están subestimadas ya que incluyen sólo los embarazos que terminan en nacidos vivos y, por no existir estadísticas útiles, no consideran los embarazos que se terminaron por un aborto.

“[Las razones porque las mujeres se practican un aborto son] Por falta de información sobre los métodos. Por factores económicos y financieros. Por no tener nadie para cuidar a los niños. Por tener que trabajar turno doble. Por presión social y de la familia.”

—Encuesta del AGI, participante brasileño

La práctica del aborto clandestino

Encuesta sobre cómo se practica el aborto en América Latina

Para conocer más de cerca la situación de las mujeres que resuelven sus embarazos indeseados provocándose un aborto, en 1992 los investigadores realizaron una encuesta en pequeña escala sobre la práctica del aborto. Se entrevistaron a 197 profesionales de diferentes disciplinas, reconocidos en sus países por sus conocimientos científicos o experiencia sobre el aborto. Entre los participantes figuraban: médicos, enfermeras y parteras de instituciones públicas y privadas de salud; investigadores médicos; psicólogos; sociólogos; representantes de grupos de mujeres; trabajadores sociales; y funcionarios de salud pública.

Los hallazgos de la Encuesta de Opinión sobre la Práctica del Aborto en Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y la República Dominicana en 1992, no miden directamente la experiencia de las mujeres; reflejan, en cambio, las opiniones de los entrevistados sobre el significado de esa experiencia. No obstante, los resultados son impresionantes, al menos por la gran similitud entre los seis países. El hecho de que los profesionales de cada país describieran modalidades muy similares sobre la práctica del aborto, avala las conclusiones generales presentadas aquí, aun cuando los resultados sólo pueden considerarse como estimaciones. A continuación se describen algunas de las conclusiones más importantes de la encuesta.

Según los entrevistados, las mujeres usan una amplia variedad de métodos para interrumpir los embarazos no deseados. Las técnicas van desde procedimientos médicos modernos, eficaces y seguros (como la dilatación quirúrgica y el curetaje [D y C] y la aspiración por vacío realizada en consultorios médicos o en clínicas especiales), a un amplio surtido de métodos populares usados por las propias mujeres o por personal no capacitado (según el país se llaman curanderas, curiosas, aborteras, comadronas, empíricas, etc.).

En Brasil, y en menor medida en Colombia y la República Dominicana, la administración vaginal u oral del misoprostol (o Cytotec) se ha desarrollado rápidamente desde 1990. El fármaco, aprobado originalmente para tratar úlceras gástricas y duodenales, es una prostaglandina que hace contraer los músculos uterinos, con la consiguiente hemorragia y expulsión parcial o completa del contenido del útero.²³ En Brasil, donde el producto al comienzo se vendía sin receta, ahora sólo puede obtenerse por prescripción médica, y en algunos estados se está tratando prohibirlo completamente.

Otros métodos mencionados frecuentemente son la aplicación vaginal o ingestión oral de infusiones de hierbas (a menudo usados en ayunas, y muy comunes en Perú y la Repúli-

MÉTODOS ABORTIVOS CITADOS EN LA ENCUESTA DE OPINION SOBRE LA PRACTICA DEL ABORTO

Métodos tradicionales—naturales

Agua de borraja
Aguitas de matico
Algas
Aralén
Arena verde
Brote de papas
Calabaza
Cebolla
Comino
Flor de retama
Infusiones, brebajes y tés
Marijuana
Pepillas de calabaza
Perejil y cilantro
Roble y aguacate
Junquillo o arfillerio
Maíz germinado
Mejoral y lurica, ruda u orégano
Pepa de palta y ruda hervidas
Radal
Raíz de mullaca
Raíz y corteza de apio
Ramas de ruda
Ramitas y raíces de perejil
Semilla de palta cocinada
Tallos de cardenal
Tallos de hierbas para dilatar
Tallos de laminaria
Tallos de ricino

Métodos tradicionales—fabricados

Cerveza con aspirina
Hierbas y cerveza, malta o vino tinto tibio
Jabón de cuaba
Sustancias caústicas
Acidos—acetilo, silícico
Alumbre
Fuerte azul
Fuerte azul con orina
Formol
Hipoclorito de sodio
Lejía (cloro)
Pastillas de éter con hierbas
Permanganato de potasio
Tintura barata del pelo
Sustancias jabonosas
Té de monedas hervidas
Té con inyección hormonal
Vinagre

¿Qué métodos, según se informa, son usados para provocar el aborto?

¿A dónde se conoce que las mujeres acuden para solicitar el aborto?

ca Dominicana), la inyección o ingestión oral de productos hormonales, la introducción de sondas, y la utilización de técnicas que van desde ejercicios violentos a saltos o caídas repetidas.

Entre las técnicas no médicas, se informa que la introducción en el útero de una sonda o catéter (un pedazo de tubo de goma) se practica en todos los países. En algunos, la sonda también se usa para introducir fluidos tóxicos (permanganato, quinina, vinagre o líquidos jabonosos) en el útero. En otros casos el catéter o sonda se usa solo, a veces reforzado por una vara de metal con la cual es insertado en el útero para provocar la hemorragia. También se usan otros objetos como palos, ramas, tallos, o pedazos de alambre o metal. Algunos expertos creen que el uso de la sonda disminuye a medida que avanzan otros métodos como las preparaciones hormonales inyectadas o ingeridas oralmente. La lista completa de los métodos usados sirve para recordar las medidas desesperadas a las que recurren las mujeres latinoamericanas para evitar un nacimiento indeseado.

Como las mujeres que viven en las ciudades o pueblos grandes pueden tener la posibilidad de recurrir a mayor variedad de aborteros que las mujeres de las zonas rurales, y como las mujeres de mayores recursos financieros probablemente pueden tener acceso a una gama más amplia de servicios de aborto que las mujeres pobres, se pidió a los encuestados informar sobre los tipos de servicios que ellos creían estar disponibles para los siguientes cuatro grupos de población: mujeres rurales pobres, mujeres urbanas pobres, mujeres rurales de altos ingresos, y mujeres urbanas de altos ingresos. Muchos entrevistados comentaron que son escasas las mujeres de las zonas rurales que no son pobres, y las pocas de mayores ingresos probablemente comparten las mismas experiencias cuando buscan provocarse un aborto que sus similares de las zonas urbanas. La investigación se concentró entonces en tres grupos: mujeres rurales pobres, mujeres urbanas pobres y mujeres urbanas de mayores ingresos.

Los encuestados señalaron que en las zonas rurales la mayoría de las mujeres pobres se provocan el aborto ellas mismas o buscan la ayuda de una persona empírica sin capacitación. También en las zonas urbanas una gran mayoría de las mujeres pobres acuden a personas sin capacitación o se provocan el aborto ellas mismas, pero se estima que cerca de dos quintas partes usan los servicios de médicos, parteras capacitadas o enfermeras.

Las mujeres de las zonas urbanas con mayores recursos generalmente acuden a profesionales de salud capacitados (médicos, parteras o enfermeras) para hacerse un aborto. Las mujeres colombianas, dominicanas y mexicanas pobres que viven en las zonas urbanas tienen aparentemente mejores posi-

Métodos tradicionales—físicos

Catéter/sonda/perita
Manipulación vaginal/uterina
Objetos punzantes
Agujas de tejer
Alambres
Crochet
Cucharas
Ganchos de ropa
Lápices
Palillos
Varillas de sombrillas

Técnicas médicas

Aspiración por vacío
Curetaje

Técnicas farmacéuticas

Cytotec
DIU con fines abortivos
Dosis altas de estrógenos
Ergotrate
Hipofisinas
Inyecciones de
Entocol
Flavicornipin
Nupavin
Pitocin
Sintocinón
Tocofinal
Laxantes
Ocitócios con suero
Prostaglandina veterinaria
Prostaglandinas y urea
Quinina
Retractores uterinos

Rezos

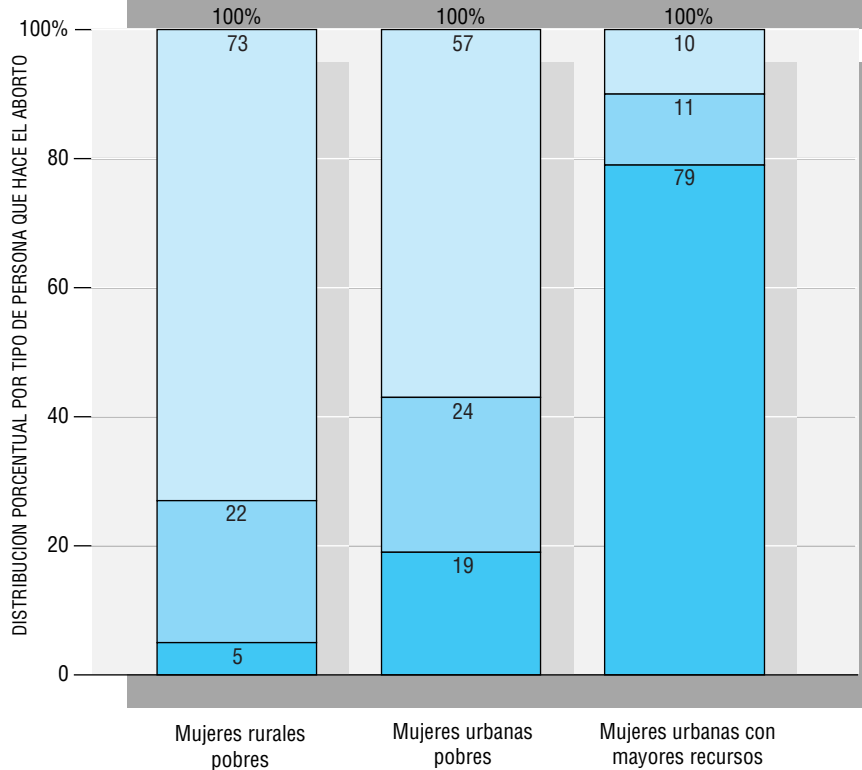
Trauma voluntario

Baile y licor
Caídas intencionales
De un árbol
De una escalera
De un techo
Estandrón prolongado
Golpes voluntarios
Del marido
En el vientre

Fuente: Encuesta de Opinión sobre la Práctica del Aborto en Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y la República Dominicana, llevada a cabo por el AGI en 1992.

Tres grupos, tres fuentes de aborto

Las mujeres pobres tanto rurales como urbanas que buscan un aborto recurrirían a una persona no calificada o se provocarían el aborto ellas mismas, mientras que la mayoría de las mujeres urbanas de mayores recursos acudirían a un médico.



Persona no capacitada o la mujer misma
 Médico

Partera capacitada o enfermera

Fuente: Encuesta de Opinión sobre la Práctica del Aborto en Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y la República Dominicana, llevada a cabo por el AGI en 1992. Los porcentajes señalados son promedios para todos los seis países.

bilidades que sus congéneres de otros países de acudir a un médico, una partera capacitada o una enfermera, probablemente por tener más fácil acceso a servicios de aborto de bajo costo en las grandes ciudades de esos tres países.

En Brasil, una proporción ligeramente más alta de mujeres urbanas de mayores recursos aparentemente utiliza servicios de personas sin capacitación (cerca de un 20%, frente al 5–15% en los otros países). Esto quizás se debe al uso del misoprostol como abortivo por algunas mujeres de la clase media en Brasil.

Se pidió también a los encuestados que calcularan el costo de un aborto realizado por los distintos tipos de personas que los hacen. Como se esperaba, los cálculos varían mucho, desde el pago en especie, o US\$10 por la compra de hierbas medicinales en algunos lugares, hasta tanto como el ingreso anual para una familia promedio por un aborto practicado por un médico en una clínica privada.

¿Qué se sabe sobre cuánto se paga por un aborto clandestino?

¿Cuáles se estiman son los riesgos de complicaciones del aborto inducido?

El costo de un aborto realizado por una persona capacitada parece ser menor en Colombia (el equivalente de cerca de US\$44 por intervención de un médico privado), lo cual podría explicar en parte por qué éste es el país con la mayor proporción de mujeres urbanas pobres que aparentemente tienen acceso a servicios ofrecidos por personal calificado (61%).

Sin embargo, muchos encuestados se negaron o no pudieron responder a la pregunta sobre los costos de un aborto. Algunos señalaron que el costo correspondiente a un solo método para abortar es un engañoso indicador del costo financiero general para la mujer que se practica un aborto. Es común que la mujer se embarque en una serie de etapas, cada una potencialmente más peligrosa y más cara que la anterior, antes de lograr el objetivo deseado. Puede comenzar ingiriendo infusión de hierbas o dejándose caer por una escalera. Si esos métodos fracasan, podrá comprar un producto abortivo (o pseudoabortivo) de una farmacia. Si con ello no tiene éxito, podrá buscar los servicios de empíricas o, si puede pagarlos, los de un médico capacitado. Si se produce la hemorragia o un aborto incompleto, llegará el momento de acudir a la sala de emergencia del hospital local para obtener un aborto completo mediante un D y C. Es probable que sea considerable el costo acumulado de todas estas etapas, sobre todo para mujeres con ingresos familiares mínimos, o para mujeres sin ingresos propios, como las amas de casa, las adolescentes o las estudiantes.

Se pidió a los entrevistados que calcularan la proporción de mujeres que experimentaría complicaciones del aborto en tres circunstancias: cuando el aborto es provocado por un médico; cuando es provocado por una partera capacitada o enfermera; y cuando es provocado por una persona empírica sin capacitación o por la propia mujer. Cabe señalarse que muchos de los encuestados eran médicos o enfermeras, de modo que probablemente conocían bien las complicaciones más graves del aborto—es decir, los casos que terminan en la sala de emergencia del hospital. De ahí que sus respuestas probablemente exageren la posibilidad de complicaciones en cada uno de las tres circunstancias.

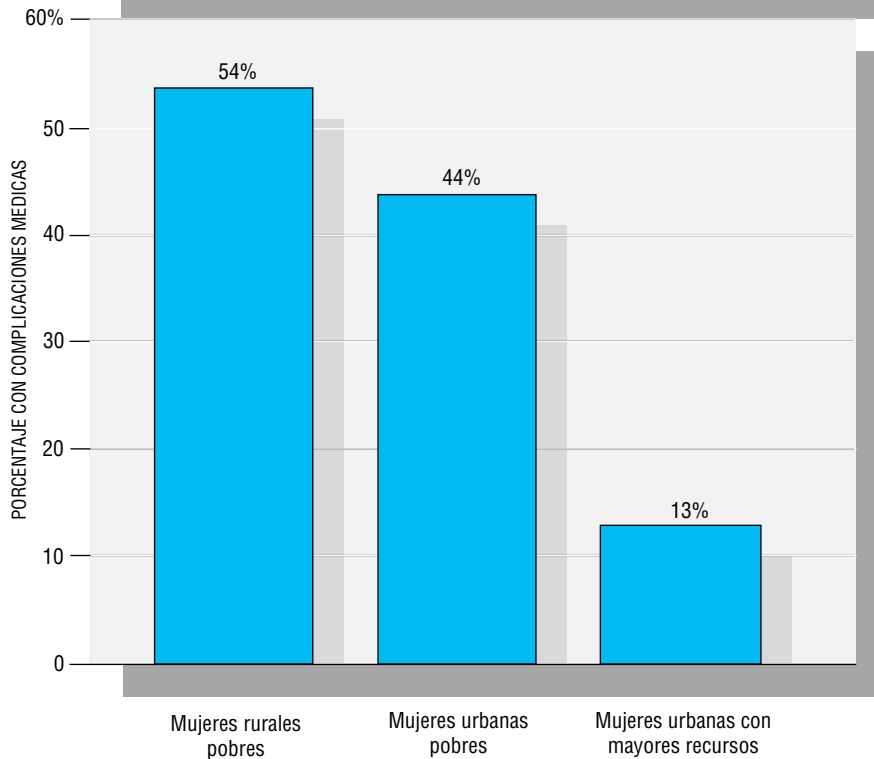
Como era de esperar, la probabilidad de complicaciones se consideró mucho más elevada si la mujer se provoca el aborto ella misma o acude a una persona empírica sin capacitación, que si es atendida por un médico, por una partera capacitada o por una enfermera. Los entrevistados estimaron que, en promedio, entre un 50% y un 60% de las mujeres que se hacen abortos por empíricas sin preparación o que se inducen el aborto ellas mismas experimentarán complicaciones (incluso el aborto incompleto). Esto se compara con un riesgo de complicaciones estimado en 20% a 30% para las mujeres que usan los servicios de una

“Las mujeres de esta área utilizan básicamente la sonda, que es colocada por una comadrona. Esta persona sólo inicia el aborto y le da instrucciones a la mujer de acudir al hospital tan pronto empiece a sangrar.”

—Encuesta del AGI, participante colombiano

Complicaciones del aborto

Se cree que entre mujeres rurales pobres, el riesgo de complicaciones médicas* por aborto inducido es cuatro veces más elevado que entre las mujeres urbanas con mayores recursos.



*Las complicaciones médicas varían desde problemas menores que no requieren hospitalización, como hemorragias, calambres sin fiebre o infección, hasta complicaciones más graves y potencialmente mortales, como la sepsis o el shock séptico.

Fuente: Encuesta de Opinión sobre la Práctica del Aborto en Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y la República Dominicana, llevada a cabo por el AGI en 1992. Los porcentajes indicados son promedios para todos los seis países.

partera capacitada o una enfermera, y en 7% al 14% para una mujer que acude a un médico. Sin embargo, aun tratadas por el mismo tipo de personal, las mujeres pobres aparentemente corren más riesgo de complicaciones que las mujeres de altos ingresos. Los encuestados sugirieron varias explicaciones: las mujeres pobres pueden padecer precarias condiciones de salud, por anemia o desnutrición; algunas pueden estar debilitadas por intentos previos de aborto con métodos tradicionales; los médicos, parteras y enfermeras que trabajan en sectores de bajos ingresos pueden tener menos capacitación técnica y usar métodos de mayor riesgo en condiciones antihigiénicas; y es más factible que en comparación con las mujeres de mayores ingresos, las mujeres pobres busquen la interrupción del embarazo cuando éste está más avanzado.

Según estimaciones del riesgo general de complicaciones para los tres grupos de población, las mujeres pobres corren riesgos mucho mayores—cualquiera sea el tipo de aborto que tengan. Se cree que más de cinco de cada 10 mujeres rurales pobres, y cerca de cuatro de cada 10 mujeres urbanas pobres, comparadas con un poco más de una de cada 10 mujeres urbanas de altos ingresos, tienen complicaciones por un aborto in-

ducido. El mayor riesgo para las mujeres pobres está, por supuesto, relacionado con el uso de servicios prestados por personas menos idóneas, porque son tratadas con métodos menos eficaces (los cuales tienen un riesgo mayor de complicaciones) o porque se provocan el aborto ellas mismas.

La alta tasa de complicaciones por aborto entre las mujeres urbanas pobres es un hallazgo preocupante, ya que el número de esas mujeres ha aumentado aceleradamente por efecto de la gran migración rural-urbana y las elevadas tasas de crecimiento de la población durante la década de 1960 y principios de la de 1970. (Al despuntar el decenio de 1990, casi el 72% de todos los latinoamericanos vivía en ciudades, frente al 58% del decenio de 1970.²⁴) El solo hecho de que la población de las ciudades sea mayor ahora que hace 25 años puede explicar en parte por qué siguen siendo elevadas las cifras de mujeres atendidas en los hospitales por secuelas del aborto, pese a que muchos observadores opinan que las técnicas del aborto son ahora mucho más seguras.²⁵ También es posible que el deterioro de las condiciones económicas, fruto de las políticas de reajuste estructural aplicadas en toda la región (en distintas épocas según el país) hayan hecho subir la proporción de la población que vive en condiciones de pobreza, y así, indirectamente, haya aumentado la proporción de mujeres que sufre complicaciones por abortos clandestinos. Para otros observadores, los altos números de mujeres todavía hospitalizadas por complicaciones del aborto muestran cuánto más fuerte es la motivación ahora que en el pasado entre las mujeres decididas a no tener hijos indeseados.

No todas las mujeres que experimentan complicaciones del aborto son atendidas en el hospital. En la mayoría de los países en los cuales el aborto está prohibido por la ley, hay mujeres que tienen miedo a las consecuencias personales o legales de solicitar tratamiento para las complicaciones. Otras, en especial en las zonas rurales, donde los hospitales son pocos y distantes, pueden no tener acceso a la atención. Algunas mujeres pueden experimentar efectos secundarios menos serios (como abundante pérdida de sangre durante un par de días) sin señales de infección, y por lo tanto no se exponen a revelar su situación solicitando tratamiento en el hospital. Además, la organización de los sistemas de salud y la facilidad con que puede obtenerse atención médica varían considerablemente entre los seis países. Por todas estas consideraciones, las mujeres hospitalizadas por complicaciones del aborto sólo representan una ínfima parte del total. Son simplemente la parte visible de un número mucho mayor de mujeres que han sufrido un aborto.

Los expertos encuestados calcularon que una de cada cinco mujeres (en Perú y Colombia) y una de cada 3,5 mujeres (en Brasil) que habían tenido un aborto inducido podrían ser

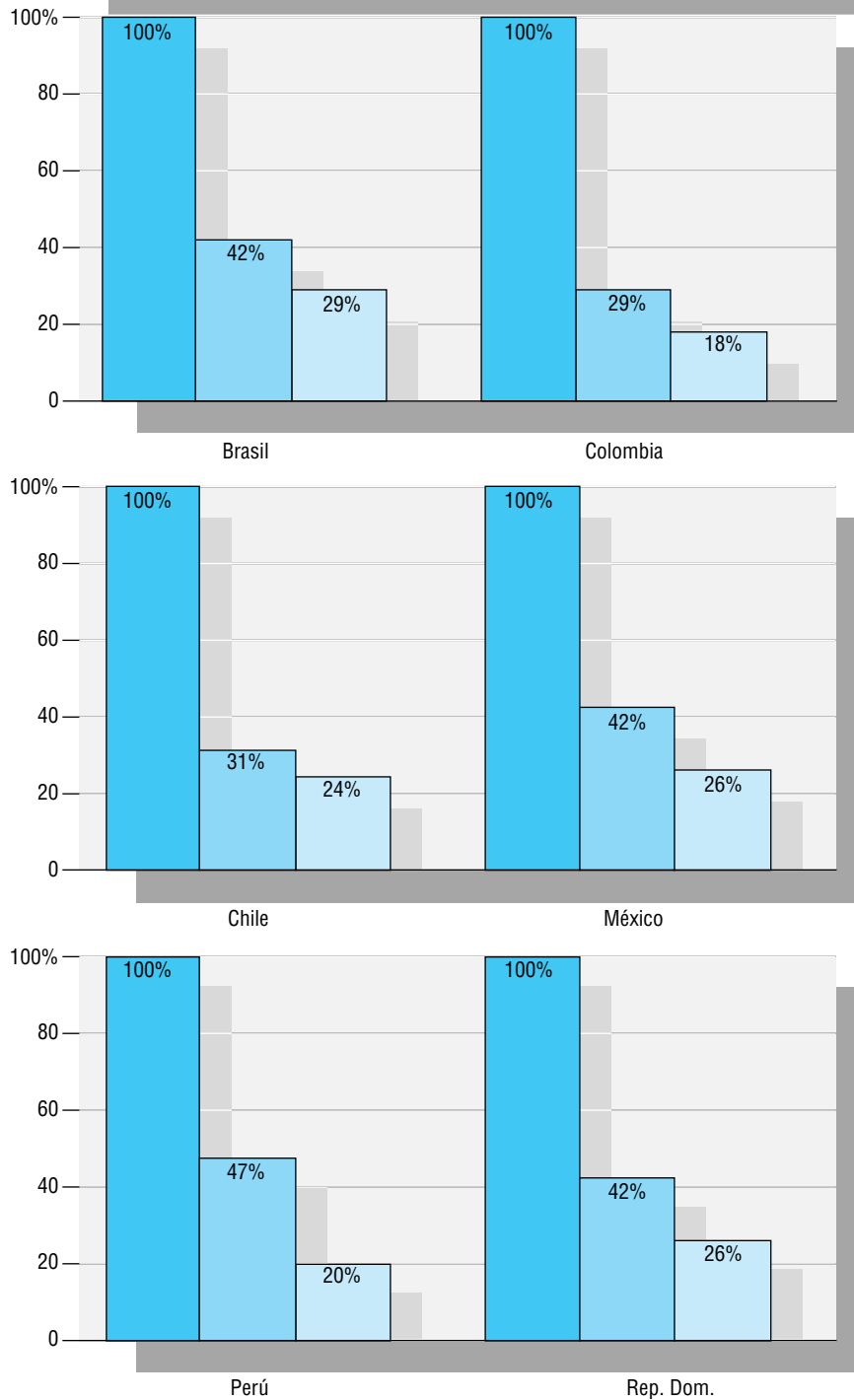
“[El aborto] es un problema de salud pública. Una cadena simple, con respecto a la información y la desinformación. La mujer se embaraza por desinformación y recurre a cualquier recurso para liberarse del embarazo. Se trata de una serie de eventos complicados.”

—Encuesta del AGI, participante brasileño

¿Cuál se opina es la proporción de las mujeres con complicaciones del aborto que es atendida en los hospitales?

Hospitalizaciones

En los seis países, de cada 100 mujeres que se provocan un aborto, se cree que entre un 30% y un 45% sufren complicaciones, pero sólo entre un 20% y un 30% son hospitalizadas para el tratamiento de las complicaciones.



Fuente: Encuesta de Opinión sobre la Práctica del Aborto en Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y la República Dominicana, llevada a cabo por el AGI en 1992.

■ Todas las mujeres que sufren un aborto inducido
 ■ Porcentaje con complicaciones
 ■ Porcentaje hospitalizado por complicaciones

hospitalizadas para el tratamiento de las complicaciones. En Chile, México y la República Dominicana, la proporción es aproximadamente una de cada cuatro mujeres. Estas estimaciones son de suma importancia, porque ayudan a cuantificar el peso que los servicios de atención del aborto imponen al sistema hospitalario de un país, y demuestran también que gran número de mujeres que se provocan abortos no son contabilizadas porque no necesitan o no buscan tratamiento en un hospital. Estos casos "ocultos" o no enumerados, incluyen a las mujeres que no sufren ninguna complicación de sus abortos (presumiblemente porque han sido efectuados en condiciones higiénicas, con métodos modernos, seguros y eficaces), así como a las mujeres que sufren complicaciones pero no encuentran, o temen recibir, tratamiento en un hospital. Los casos ocultos también incluyen a mujeres que van a las farmacias, a los puestos de salud, y a las consultas privadas de los médicos para el tratamiento de complicaciones, al igual que el número desconocido de mujeres que muere a consecuencia del aborto, sin haber recibido nunca tratamiento en un hospital.

Las estimaciones de la encuesta sobre la proporción de mujeres internadas para tratamiento de un aborto corresponden a promedios nacionales que incluyen a las mujeres tanto rurales como urbanas. Sin embargo, es posible que en los grandes centros urbanos de ciertos países donde existen servicios de aborto seguros y de bajo costo, la proporción sea bastante más baja (quizás una de cada 10, o una de cada 20). Por otra parte, las personas que realizaron la encuesta advirtieron que las estimaciones anteriores quizás sean demasiado altas, porque muchos de los encuestados, en razón de su trabajo, conocen los casos más graves de complicaciones, y probablemente exageran la posibilidad que ocurran.

Además de los cálculos de los expertos de la región consultados, hay estadísticas más concretas sobre el número de mujeres hospitalizadas por complicaciones del aborto. Como parte del sistema de estadísticas de salud, todos los países recogen datos sobre el tema. Este tipo de estadística es recolectado por los ministerios de salud en Colombia, Chile, Perú y la República Dominicana; por varios organismos gubernamentales de salud en México; y por un sistema unificado de estadísticas gubernamentales recién establecido en Brasil, que recoge las informaciones sobre los pacientes dados de alta en los varios sistemas hospitalarios del país. Para Perú, por el deterioro gradual de grandes partes del sistema de recolección de estadísticas, los datos nacionales fueron estimados por el AGI con base en la información recolectada por el Ministerio de Salud sobre una muestra de los hospitales más grandes del país.²⁶

A continuación se dan las cifras oficiales de mujeres atendidas por complicaciones del aborto en cada país, para el

“El aborto en las áreas rurales no es una práctica lucrativa. Hay una actitud solidaria con la mujer; y generalmente, hay un intercambio en especie.”

—Encuesta del AGI, participante mexicano

¿Cuántas mujeres probablemente se provocan un aborto al año?

año más reciente sobre el cual se cuenta con estadísticas elaboradas. Se sabe, sin embargo, que en muchos países estos datos están incompletos y algunas veces son inexactos. En algunos países, no todos los hospitales entregan sus estadísticas al sistema central de información, y algunos no las entregan en forma completa o a tiempo. Además, algunas mujeres clasificadas por complicaciones del aborto están en realidad recibiendo tratamiento hospitalario por otros problemas relacionados con el embarazo (como embarazo ectópico y embarazo molar). Al contar las complicaciones del aborto inducido, estos casos deben ser separados del total de mujeres hospitalizadas. Sin embargo, aun después de la corrección, las cifras incluyen a algunas mujeres que no deberían incluirse, porque en realidad fueron hospitalizadas por abortos espontáneos y no inducidos. Estos casos deben ser eliminados de la enumeración, para obtener sólo el total de abortos inducidos.²⁷ Por estos problemas, comunes en las estadísticas oficiales, y por recomendación de funcionarios gubernamentales y expertos en salud conocedores de los datos sobre pacientes dados de alta de los hospitales de cada país, se ajustaron de la siguiente manera las estadísticas de hospitalización por complicaciones del aborto, para corregirlas por información incorrecta, subregistro, y por la inclusión de abortos espontáneos:

País y año	Número de casos hospitalizados (estadísticas oficiales)	Número ajustado por información errada y subregistro	Número ajustado para excluir los abortos espontáneos*
Brasil, 1991	341.910	384.890	288.670
Colombia, 1989	66.680	76.900	57.680
Chile, 1990	44.470	42.570	31.930
México, 1990	118.790	142.160	106.620
Perú, 1989 ²⁸	75.530	72.310	54.230
Rep. Dom., 1992	14.650	22.000	16.500
Total	662.030	740.830	555.630

*Número ajustado de la segunda columna, menos un 25%, suponiendo que esa proporción corresponde en realidad a abortos espontáneos.

El último paso para calcular el total de mujeres que han tenido abortos inducidos consiste en un ajuste por el hecho, discutido previamente, de que no todas ellas necesitan o buscan hospitalización. Un método corriente para calcular los demás casos "ocultos" y no informados es formular hipótesis acerca de la probabilidad de complicaciones que requieren hospitalización entre todas las mujeres que han tenido abortos. Sobre la base de esas hipótesis, los expertos en salud multiplican los datos sobre abortos atendidos en el hospital por un factor que refleja esa probabilidad.

El método más usado es el de suponer que las mujeres hospitalizadas representan una de cada tres, una de cada cinco o una de cada siete de todas las mujeres que han tenido un aborto inducido. La hipótesis sobre la cual se basan estas cifras se

“No van siempre al hospital, especialmente si no era deseado, salvo que la hemorragia sea muy intensa o haya infección.”

—Encuesta del AGI, participante chileno

relaciona con la seguridad de la técnica de aborto usada: en los lugares donde los abortos son procedimientos seguros y relativamente pocas mujeres padecen complicaciones, se supone que sólo una de cada siete (o quizás menos) necesite hospitalización, y las seis restantes no serán enumeradas. Pero donde son comunes las técnicas de aborto inseguras y es probable que gran número de mujeres tengan complicaciones, se supone que una de cada tres mujeres requerirá hospitalización, y las dos restantes no se registrarán. En general, cuanto más segura la técnica del aborto, más alto el factor multiplicador.

El factor multiplicador refleja no sólo el riesgo o la seguridad de los métodos de aborto empleados por los diversos agentes (médicos, parteras calificadas, enfermeras, empíricas no capacitadas, las propias mujeres), sino la disponibilidad general de los servicios hospitalarios en el país y la probabilidad de que la mujer busque y obtenga ese tipo de atención. Esta última probabilidad presenta amplia variación, según el lugar en el cual vive la mujer, su grado de instrucción, sus recursos financieros y varias características psicológicas (por ejemplo, la confianza en sí misma, la timidez, su aceptación del riesgo, o su capacidad para soportar el dolor).

En este estudio, se multiplicó el número de hospitalizaciones estimadas por el factor cinco en los seis países.* Este multiplicador es el punto medio entre los dos multiplicadores más frecuentemente usados (tres y siete). Se lo eligió suponiendo que al cerrar el decenio de 1980, el aborto se practicaba en condiciones más seguras²⁹ que hace 20 ó 30 años, cuando el factor multiplicador más aceptado era el de tres. Además, según indicaron muchos de los expertos entrevistados, las personas que hacen abortos con y sin capacitación tienden cada vez con mayor frecuencia a recetar antibióticos rutinariamente como precaución ante posibles infecciones. A pesar de estos avances, las condiciones en las cuales se efectúan abortos clandestinos entre ciertos subgrupos importantes de mujeres (sobre todo las de los tugurios urbanos y de las zonas rurales) son todavía menos seguras que las sugeridas por el uso de un multiplicador global de siete.

La desventaja de aplicar un factor multiplicador uniforme es que las estimaciones resultantes no muestran en los seis países la diversidad de situaciones que sin duda existe en cuanto a la disponibilidad de los servicios de aborto y de tratamiento de sus complicaciones. Estas limitaciones deberán

*Los encuestados suponían que de 18% a 29% de todas las mujeres que se habían provocado un aborto serían hospitalizadas por complicaciones. Estos cálculos dan multiplicadores de 5,5 (100 dividido por 18) y 3,5 (100 dividido por 29), respectivamente, lo que indicaría que sólo uno de cada 5,5 o uno de cada 3,5 casos de aborto requieren hospitalización. No usamos los multiplicadores resultantes de la encuesta porque, como se mencionó anteriormente, concluimos que los encuestados habían probablemente sobrestimado la posibilidad de hospitalización por secuelas del aborto, y que ese sesgo se había traducido en multiplicadores demasiado bajos.

tenerse en cuenta al estudiar las estimaciones siguientes:

País y año	Total estimado de abortos inducidos*	Proporción por cada 100 nacidos vivos	Tasa anual por cada 100 mujeres de 15 a 49 años
Brasil, 1991	1.443.350	44	3,65
Colombia, 1989	288.400	35	3,37
Chile, 1990	159.650	55	4,54
México, 1990	533.100	21	2,33
Perú, 1989	271.150	43	5,19
Rep. Dom., 1992	82.500	39	4,37

*Casos hospitalizados ajustados, multiplicados por cinco.

Estas estimaciones indican que aproximadamente 2,8 millones de abortos se provocan todos los años en Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y la República Dominicana. Como la población de estos seis países representa cerca del 70% de la población total de América Latina, si se extrapolan estas estimaciones a toda la región, resultan unos cuatro millones de abortos inducidos por año en esta parte del mundo.

Las estimaciones sugieren que se registran casi cuatro abortos por cada 10 nacidos vivos en cuatro países (Brasil, Colombia, Perú y la República Dominicana). Las estimaciones son mucho más altas para Chile—cerca de seis abortos por 10 nacimientos, y mucho más bajas para México—alrededor de dos abortos por cada 10 nacidos vivos.

En América Latina, las mujeres peruanas tienen mayor riesgo a provocarse un aborto en un año cualquiera (5,2% de mujeres entre los 15 y 49 años de edad), seguidas por las mujeres de Chile (4,5%) y la República Dominicana (4,4%). Las estimaciones para las mujeres brasileñas y colombianas son muy similares (3,7% y 3,4%). Las mujeres mexicanas registran una cifra inferior (2,3%), aunque esta tasa indica un nivel bastante elevado. En comparación, a mediados de la década de 1980, se calculaba en países con aborto legalizado que un 0,5% de las mujeres de 15 a 44 años en los Países Bajos, 1,2% en el Canadá, 1,4% en Inglaterra y Gales, el 2,7% en los Estados Unidos, 5,8% en Cuba y 18,1% en la antigua Unión Soviética se habían practicado un aborto cada año.³⁰ (Las tasas para las mujeres de 15 a 49 años son un poco más bajas que las correspondientes a las mujeres entre 15 y 44 años.)

Puede apreciarse muy claramente la magnitud del problema de los embarazos no planificados cuando se combina el total de abortos con la estimación del número de nacimientos para mujeres en un año típico a principios del decenio de 1990. La combinación de ambos eventos da el total de embarazos en cada país, con lo cual es posible calcular la proporción de embarazos que terminan en nacimientos indeseados o en abortos.

“[Mujeres pobres rurales] van con frecuencia a donde las comadronas, o a las enfermeras de las clínicas rurales a buscar consejo (van a sus casas, no a la clínica). Sólo las muy severamente complicadas buscan atención hospitalaria.”

—Encuesta del AGI, participante dominicano

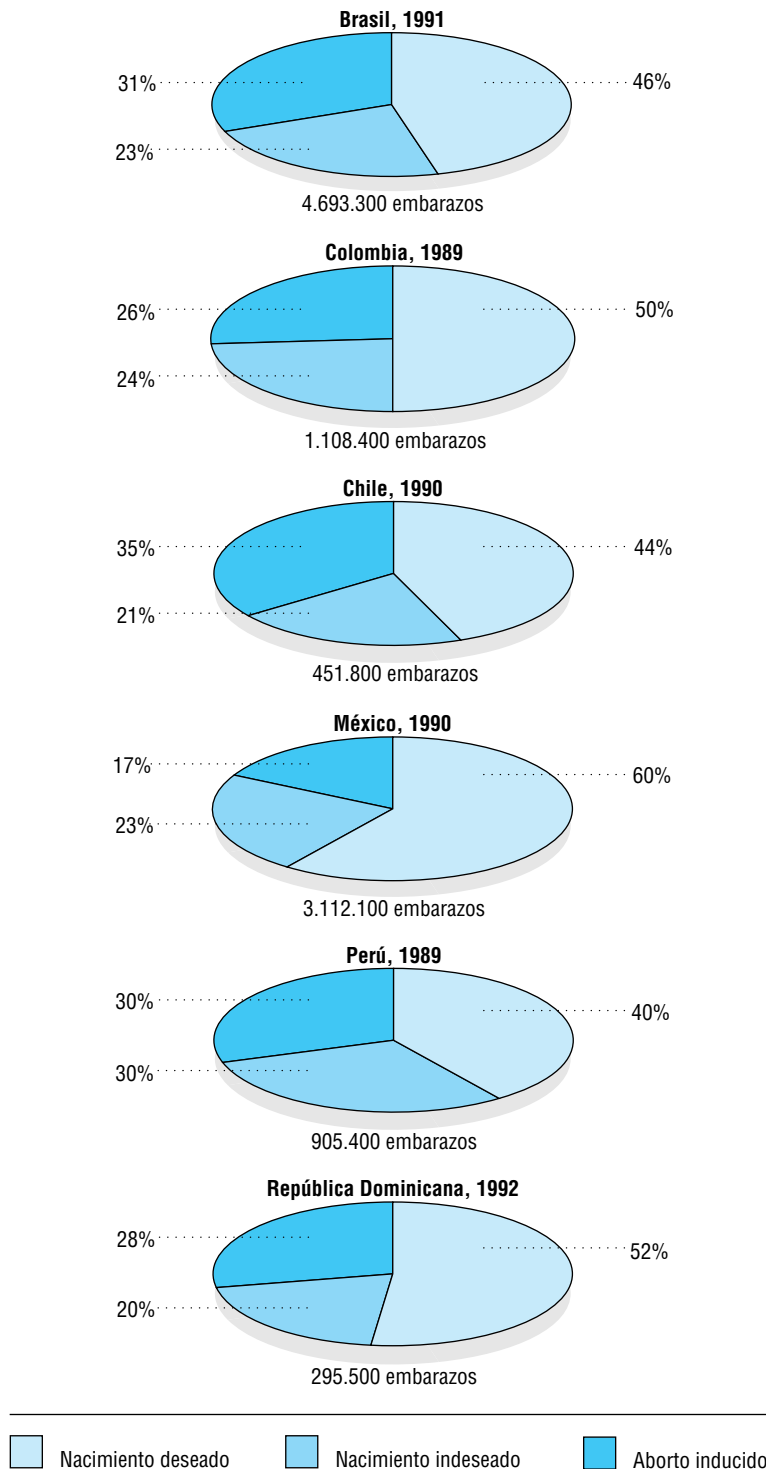
¿CUAL ES EL NIVEL DEL ABORTO EN OTROS PAISES?

País	Tasa anual de abortos inducidos por cada 100 mujeres de 15 a 44 años de edad
Países Bajos	0,53
Canadá	1,20
Inglaterra y Gales	1,42
Estados Unidos	2,73
Cuba	5,80
Antigua Unión Soviética	18,10

¿Cuántos embarazos no son planificados?

Resolución de los embarazos

Entre un 40% y un 60% de todos los embarazos en estos seis países son indeseados, y termina en un nacimiento indeseado o en un aborto inducido.



Fuente: La proporción de nacimientos no deseados se deriva de las Encuestas de Demografía y Salud (véase la cita bibliográfica 6); para Chile, la estimación se basa en los promedios de los valores para los cinco demás países. El número total de nacidos vivos se deriva de estimaciones de CELADE para Colombia, México y la República Dominicana, y de estimaciones nacionales para Brasil, Chile y Perú (véase CELADE, "América Latina: Fecundidad, 1950-2025", *Boletín Demográfico*, Vol. 21, No. 41, 1988, Figura 5A, pág. 37). El número de abortos se deriva de las estimaciones presentadas en este informe.

¿Por qué recurren las mujeres al aborto?

En Colombia, la República Dominicana y México, sólo cerca de la mitad de los embarazos terminan en nacimientos deseados* (50%, 52% y 60%, respectivamente). En los otros tres países, cerca del 40% de los embarazos producen un nacimiento deseado. Por lo tanto, entre 40% y 60% de todos los embarazos en estos seis países no son planificados; y de éstos, un 20% al 30% producen nacimientos indeseados y un 17% al 35% se terminan por un aborto inducido.

Es evidente que las mujeres recurren al aborto porque deciden no llevar a término un embarazo no planificado. Pero, ¿qué razones mueven a las mujeres a sufrir el estrés y correr el peligro de un aborto inseguro e ilegal, en lugar de tener un hijo no deseado? Como el aborto provocado es ilegal, muy pocas mujeres están preparadas para hablar abiertamente sobre la experiencia. Sin embargo, algunos investigadores han podido entrevistar a mujeres que admiten que sus abortos fueron provocados, y les han preguntado por qué decidieron interrumpir el embarazo. También se preguntó a los profesionales entrevistados sus opiniones sobre las principales razones. Las más comúnmente mencionadas por ambas fuentes³¹ son las siguientes:

- La mujer no puede permitirse tener y criar un hijo porque ella o su compañero reciben un bajo salario, tienen trabajos inestables, están desempleados o son estudiantes.
- La relación de la mujer con su compañero no es estable ni suficientemente sólida como para que la pareja abrigue la posibilidad de tener y criar hijos juntos, o porque al enterarse del embarazo, el hombre deja de prestarle apoyo emocional y económico a la mujer.
- La mujer o la pareja han tenido todos los hijos que desean, o desean tener un hijo pero más adelante.
- Las adolescentes y las solteras embarazadas a menudo temen el rechazo de su familia y de la sociedad.
- Algunas solteras jóvenes desean alcanzar cierto grado de satisfacción personal antes de ser madres.
- En alguna proporción de casos—que parece ser muy pequeña—el embarazo es el resultado de la violación o del incesto, o el feto es anormal.

En un estudio, se sugiere que las mujeres de distintos estratos sociales reaccionan ante motivos diferentes al decidir poner término a un embarazo no planeado. Las mujeres más instruidas dicen que no pueden tener un hijo porque tienen

*Las estimaciones de los nacimientos deseados y no deseados se basan en el número de nacimientos en los dos años previos a las encuestas EDS que son en exceso al tamaño ideal de la familia de la entrevistada (véase la cita bibliográfica 6). Para Chile, donde no existen datos comparables, se adoptó como hipótesis el promedio de los cinco países.

que terminar sus estudios, encontrar un trabajo y lograr una mayor autonomía personal y autosatisfacción antes de asumir la maternidad. Las mujeres con menor instrucción, en cambio, creen, aparentemente, que tienen menos opciones: tienen menos posibilidad para planear el futuro, basan la decisión del aborto en las circunstancias presentes de su vida, en el fracaso o la incertidumbre de su relación consensual o matrimonial, o en las dificultades económicas.³² Sin embargo, es bastante sorprendente que las razones aducidas por las mujeres de todos los grupos sociales sean muy parecidas a las señaladas por las mujeres de los Estados Unidos en un estudio de 1988,³³ lo que estaría admitiendo que existe cierta universalidad en la experiencia de la mujer frente al embarazo indeseado y al aborto.

“En este hospital [donde trabaja el entrevistado] el 50% de la demanda por servicios de ginecología corresponde al aborto inducido. Esto incluye las complicaciones también.”

—Encuesta del AGI, participante brasileño

Cómo reducir la severidad de las opciones

En este estudio se ha examinado la experiencia del aborto provocado como parte de la vida reproductiva en general de las mujeres en seis países latinoamericanos. Muestra que los dos tipos de medidas preventivas principales que adoptan las mujeres de la región para evitar el embarazo son los métodos reversibles de anticoncepción y la esterilización voluntaria. Pero las medidas preventivas son a todas luces difíciles de adoptar para muchas mujeres, ya que un 20% a 35% de las mujeres entre los 15 y los 44 años de edad continúan con escasa protección o están totalmente desamparadas frente al riesgo de un embarazo indeseado. Además, gran número de mujeres que usan métodos anticonceptivos tienen un embarazo por falla de los mismos. Es así como las mujeres recurren a otra opción más desesperada para prevenir los nacimientos no deseados: dependen en gran número del aborto inducido. Las tasas estimadas de aborto que sugiere este estudio implican que todos los años, cientos de miles de mujeres en toda edad y condición social en Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y la República Dominicana corren el grave riesgo físico y legal de terminar en forma clandestina su embarazo para no dar a luz a un hijo no deseado.

La mayoría de los funcionarios públicos, los dirigentes políticos de todo nivel, la opinión mundial en general y las parejas de toda la región parecen estar a favor de la familia poco numerosa. Sin embargo, se da poca importancia al hecho de que ese objetivo se está cumpliendo, en parte, gracias al uso generalizado del aborto inducido—a un costo considerable para la salud, la seguridad y la dignidad de la mujer. También es ingente el costo para la sociedad—medido por el uso de recursos médicos escasos para atender a las mujeres hospitalizadas por las secuelas del aborto, así como por la pérdida de productividad económica de la mujer. El estudio demuestra, además, que muchas mujeres de la región están dando a luz a hijos que no deseaban o no tenían la intención de tener. Nuevamente, recae sobre la sociedad el costo a largo plazo de mantener a millones de niños que nacen cada año en familias que no pueden satisfacer adecuadamente sus necesidades básicas.

Estas preocupantes conclusiones deberían servir de gran motivación a los dirigentes de cada país para revisar sus programas y políticas de planificación familiar y sus metas más amplias de salud en materia reproductiva. Pese a los grandes avances en la distribución más amplia de los servicios y los métodos anticonceptivos, muchas personas todavía están mal atendidas por los programas de planificación familiar de sus países. Y muchas mujeres todavía no pueden planificar el nacimiento de sus hijos a causa de dificultades económicas o personales, o su confusa

“Las mujeres pobres tienen que salir rápidamente del hospital aunque no estén del todo bien, porque como van a hospital público, las camas son escasas y las sacan para recibir a otras pacientes.”

—Encuesta del AGI, participante peruano

apreciación del valor de la procreación y de su propio papel cambiante en la sociedad. También se advierten problemas considerables en el mejoramiento de la eficacia con que las parejas utilizan los métodos anticonceptivos.

Sería posible aplicar muchísimas medidas para resolver estos grandes problemas de la planificación familiar: estimular actitudes más abiertas hacia la sexualidad y la planificación familiar; mejorar la educación sexual en las escuelas y en la comunidad; abrir posibilidades laborales y educativas para la mujer; lograr una mayor igualdad entre los sexos; ofrecer una selección más variada de métodos anticonceptivos; crear servicios de planificación familiar más sensibles a las necesidades y preocupaciones de las mujeres; y alcanzar una distribución más equitativa de la responsabilidad anticonceptiva entre mujeres y hombres. Muchas de estas medidas han probado su eficacia en otras partes del mundo, y la mayoría son muy conocidas por los expertos de planificación familiar de la región.

Aunque una planificación familiar mejorada y más amplia puede traducirse en la reducción de los embarazos no deseados, aun en el mejor de los casos un comportamiento anticonceptivo eficiente demora en arraigarse en todos los niveles de la sociedad; no desaparecerían nunca del todo las fallas en el uso de los métodos anticonceptivos; y los embarazos indeseados seguirán ocurriendo. En efecto, aun en algunos países desarrollados en los cuales los servicios anticonceptivos están ampliamente disponibles y las tasas de uso de anticonceptivos son altas (como el Canadá, Inglaterra y los Estados Unidos), el aborto sigue teniendo gran importancia en la regulación de la fecundidad.³⁴ Sin embargo, el aborto no tiene por qué ser una experiencia peligrosa que ponga en juego la vida de la mujer. Investigaciones en los países en donde el procedimiento es legal muestran que, cuando es practicado por médicos o por enfermeras capacitadas que usan métodos modernos, la terminación del embarazo es un procedimiento clínico casi inocuo. Por ejemplo, en los Estados Unidos en 1985, ocurrieron 0,4 muertes por cada 100.000 abortos.³⁵

Si en América Latina sigue creciendo el deseo de familias menos numerosas, las tasas de aborto subirán todavía más. Por lo tanto, la situación legal del aborto y la relación entre el aborto practicado en condiciones de riesgo y la mortalidad materna, y entre aquél y la salud y dignidad de la mujer, continuarán siendo asuntos que cada país de la región tendrá que examinar y solucionar a su modo. Por otro lado, América Latina no está sola en su preocupación por los efectos e implicaciones de las altas tasas de aborto en condiciones de riesgo. Como preparación para la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, un seminario convocado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas

“La causa principal de muerte materna por infección es aborto séptico provocado.”

—Encuesta del AGI, participante mexicano

(FNUAP) ha emitido la siguiente declaración sobre este tema:

Se insta a los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales a reconocer que el aborto inseguro es una preocupación importante de la salud pública y uno de los problemas más descuidados que afectan la vida de las mujeres. Por lo tanto, se insta a los gobiernos a enmarcar sus leyes y políticas en el compromiso con la salud de la mujer, en lugar de basarse en códigos penales y otras medidas punitivas. Las mujeres que deseen terminar sus embarazos deberían tener libre acceso a información confiable, a consejería completa, a servicios de aborto seguro, y a servicios para el tratamiento de las complicaciones del aborto clandestino.³⁶

Si las mujeres de América Latina no estuvieran en la encruzijada entre el aborto inseguro y el nacimiento indeseado, la sociedad entera sin duda se beneficiaría en cuanto a mejores niveles de salud en las mujeres, mayor igualdad social y reducidos costos económicos. Y si el mayor reconocimiento de la importancia internacional de este problema se conjugara con una mayor preocupación por éste en cada país, las mujeres tendrían opciones más racionales y más humanitarias cuando toman decisiones en asuntos reproductivos.

Referencias

1. H. P. David y S. Pick de Weiss, "El Aborto en las Américas", en eds., G. López, J. Yunes, J. A. Solís y A. R. Omran, *Salud Reproductiva en las Américas*, Organización Panamericana de Salud, Washington, D.C., 1992, capítulo 13, págs. 377-379.
2. S. K. Henshaw, "Induced Abortion: A World Review", *Family Planning Perspectives*, 22: 76-89, 1990.
3. S. Gaslonde, "Abortion Research in Latin America", *Studies in Family Planning*, 7: 211, 1975; L. Liskin, "Complications of Abortion in Developing Countries", *Population Reports*, Series F, No. 7, 1980; H. Pereira de Melo, "Seqüelas do Aborto (Custos e Implicações Sociais)", Fundação Carlos Chagas e Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social—INAMPS, São Paulo, mayo de 1982; M. Weisner H., "Fecundidad y Aborto Provocado en Mujeres Chilenas de Sectores Populares desde la Perspectiva de la Antropológica Médica", *Enfoques en Atención Primaria*, Año 3, No. 3, septiembre de 1988; D. Paiewonsky, *El Aborto en la República Dominicana*, Centro de Investigación para Acciones Femenistas (CIPAF), Santo Domingo, octubre de 1988; B. Viel, "The Risk of Unwanted Pregnancy", *IPPF Medical Bulletin*, 23: 1-3, Londres, 1989; J. A. Pinotti y A. Faúndes, "Unwanted Pregnancy: Challenges for Health Policy", *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, Special Supplement, No. 3, 1989; M. Weisner H., "Induced Abortion in Chile with References to Latin American and Caribbean Countries", ponencia presentada en la reunión anual de la Population Association of America, Toronto, 3-5 de mayo de 1990; T. Frejka, L. C. Atkin, O. L. Toro y J. Paxman, "A Conceptual Framework for the Study of Induced Abortion", The Population Council, Ciudad de México, octubre de 1990; E. Hardy e Ivanise Rebello, "Aborto Provocado: Quem Fez e Como?" Departamento de Tocoginecología, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), octubre de 1991; COIN-SOS-IPAS-CPFH, "Memorias del Seminario 'Impacto del Aborto en el Sistema de Salud Ecuatoriano'", Quito, 7 de mayo de 1992; M. Requena B., *Aborto Inducido en Chile*, Edición Sociedad Chilena de Salud Pública, Santiago de Chile, 1992; K. G. Foreit y D. L. Nortman, "A Method for Calculating Rates of Induced Abortion", *Demography*, 29:127-137, 1992; Oriéntame/Organización Mundial de la Salud (OMS), *Embarazo Indeseado y Aborto*, Bogotá, 1993; A. P. Rodríguez, *Aborto Inducido y Espontáneo*, República de Colombia, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, División de Investigaciones Especiales, Santafé de Bogotá, abril de 1993; D. Huntington, B. Mensch y N. Toubia, "A New Approach to Eliciting Information About Induced Abortion", *Studies in Family Planning*, 24: 120-131, 1993; M. L. Mejía Suárez, "El Aborto: Un Problema Mundial", *Vanguardia Liberal de Bucaramanga*, Bucaramanga, Colombia, 20 de febrero de 1993; International Planned Parenthood Federation (IPPF), "Unsafe Abortion—Dialogue, Overview, Responses, Action", *Planned Parenthood Challenges*, 1993/1, Londres; y OMS, "Understanding Abortion", *Progress in Human Reproduction Research*, No. 25, 1993.
4. *Ibid*; y A. Tinker y M. A. Koblinsky, "Making Motherhood Safe", *World Bank Discussion Papers*, No. 202, The World Bank, Washington, D.C., 1993; y S. A. Cohen, "The Safe Motherhood Conference", *International Family Planning Perspectives*, 13: 68-70, 1987.
5. C. F. Westoff, "Reproductive Preferences: A Comparative View", *DHS Comparative Studies*, No. 3, Institute for Resource Development (IRD), Columbia, Md., 1991.
6. Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana (PROFAMILIA) e IRD/Macro International, Inc., *Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud*, 1990, Bogotá; Instituto Nacional de Estadística (INE), Asociación Benéfica PRISMA e IRD/Westinghouse, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1991/1992*, Lima, 1992; Instituto de Estudios de Población y Desarrollo, PROFAMILIA, Oficina Nacional de Planificación Familiar e IRD/Macro Systems, Inc., *República Dominicana: Encuesta Demográfica y de Salud, 1991*, Santo Domingo, 1992; Dirección General de Planificación Familiar (DGPF), Secretaría de Salud e IRD/Macro Systems, Inc., *México: Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987*, DGPF e IRD, Columbia, Md. 1989; y J. M. Arruda, N. Rutenberg, L. Morris y E. A. Ferraz, *Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar; Brasil—1986*, Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil e IRD/Westinghouse, Rio de Janeiro, 1986.
7. N. Rutenberg et al., "Knowledge and Use of Contraception", *DHS Comparative Studies*, No. 6, IRD, Columbia, Md., 1991.
8. J. Chackiel y S. Schkolnik, "Latin America: Overview of the Fertility Transition, 1950-1990", ponencia presentada en el Seminario sobre la Transición Demográfica en América Latina, Buenos Aires, abril de 1990.
9. *Op. cit.*, véase cita 6.

10. Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA), *Encuesta de Fecundidad, 1989: Región Metropolitana, Informe Preliminar*, inédita, Santiago de Chile, enero de 1990; y tabulaciones inéditas de la encuesta correspondiente realizada en las zonas rurales. Los resultados que se indican aquí son las estimaciones ponderadas de las muestras urbanas y rurales. La muestra urbana es sólo de la zona metropolitana de Santiago, lo cual sugiere que las estimaciones generales para Chile podrían ser demasiado altas.
11. J. Trussell y K. Kost, "Contraceptive Failure in the United States: A Critical Review of the Literature", *Studies in Family Planning*, 18: 237-283, 1987.
12. Análisis especiales de las Encuestas de Demografía y Salud en los cinco países, realizados por el Alan Guttmacher Institute (AGI).
13. Análisis especial de la Encuesta de Demografía y Salud de la República Dominicana, realizado por el AGI.
14. L. Potter et al, "Oral Contraceptive Compliance in Rural Colombia: Knowledge of Users and Providers", *International Family Planning Perspectives*, 14: 27-32, 1988.
15. S. H. Costa, I. Ramos Martin, S. R. da Silva Freitas y C. Schuch Pinto, "Family Planning Among Low-Income Women in Rio de Janeiro: 1984-1985", *International Family Planning Perspectives*, 16:16-22, 1990.
16. Op. cit., véase cita 12.
17. Ibid.
18. J. M. Arruda et al., 1986, op. cit. (véase cita 6, págs. 105 y 107).
19. N. Rutenberg, M. Ayad, L. H. Ochoa y M. Wilkinson, "Knowledge and Use of Contraception", *DHS Comparative Studies*, No. 6, julio de 1991, Cuadro 4.1; y análisis especiales de las Encuestas de Demografía y Salud por el AGI.
20. K. Kost. "The Dynamics of Contraceptive Use in Peru", *Studies in Family Planning*, 24:109-119, 1993, Cuadro 2.
21. L. Moreno, "Differences by Residence and Education in Contraceptive Failure Rates in Developing Countries", *International Family Planning Perspectives*, 19: 54-60, 1993, Cuadro 2.
22. K. Kost, 1993, op. cit. (véase cita 20).
23. S. H. Costa y M. Vessey, "Misoprostol and Illegal Abortion in Rio de Janeiro, Brazil", *Lancet*, 341:1258-1261, 1993; y H. Lutécia Luna Coêlho et al., "Misoprostol and Illegal Abortion in Fortaleza, Brazil", *Lancet*, 341:1261-1263, 1993.
24. CELADE, "América Latina: Porcentajes Urbanos, 1990", *Boletín Demográfico*, Año 24, No. 47, Santiago de Chile, enero de 1991, pág. 17.
25. M. Paxman, A. Rizo, L. Brown y J. Benson, "La Epidemia Clandestina: La Práctica del Aborto Ilegal en América Latina", *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, Número especial de 1993, págs. 9-15.
26. Para conocer en más detalle cómo se calcularon las estimaciones, véase: S. Singh y D. Wulf, "Estimated Levels of Induced Abortion in Six Latin American Countries", *International Family Planning Perspectives*, 20: 4-13, 1994.
27. Ibid.
28. Ibid.
29. J. M. Paxman, A. Rizo, L. Brown y J. Benson, 1993, op. cit. (véase cita 25).
30. S. K. Henshaw, 1990, op. cit. (véase cita 2).
31. M. Weisner H., 1988, op. cit. (véase cita 3); D. Paiewonsky, "Determinantes Sociales y Consecuencias del Aborto Inducido en la República Dominicana", Informe Preliminar de Investigación de la Encuesta Hospitalaria, Proyecto No. 89085 patrocinado por la OMS, y el Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (IEPD) y PROFAMILIA, Santo Domingo 1993; y S. H. Costa, Rio de Janeiro, comunicación personal, 30 de abril de 1993.
32. D. Paiewonsky, 1993, op. cit. (véase cita 31).
33. A. Torres y J. D. Forrest, "Why Do Women Have Abortions?" *Family Planning Perspectives*, 20: 169-176, 1988.
34. E. F. Jones, et al., *Pregnancy, Contraception and Family Planning in Industrialized Countries*, Yale University Press, New Haven, Conn. y Londres, 1989.
35. S. K. Henshaw, "How Safe is Therapeutic Abortion?" en Eng-Soon Teoh et al., eds., *Pregnancy Termination and Labour*, Vol. 5 of Proceedings of the XIII World Congress of Gynaecology and Obstetrics, Singapur, septiembre de 1991, Parthenon Publications, Nueva York, 1993.
36. Fondo de Población de las Naciones Unidas, mesa redonda sobre el tema, Perspectivas Femeninas sobre Planificación Familiar, Salud Reproductiva y Derechos Reproductivos: Recomendaciones Preliminares, Ottawa, 26-27 de agosto de 1993.