

Las cifras hablan

El Aborto es un problema de Salud Pública



Las cifras hablan.

El aborto es un problema de salud pública

Elaboración 1era etapa: Hugo Arévalo.
Empresa Ruizmier Consulting and Research
Elaboración 2da etapa : Dr. Alberto De La Gálvez Murillo C.
Edición: Ximena Pabón Frías
Revisión: Eliana Del Pozo, Malena Morales, César Quiroga.
Impresión: xxx
Depósito Legal: xxx

La Paz – Bolivia
2011



Presentación

Hablar sobre el aborto no es una tarea fácil puesto que conlleva discusiones éticas, religiosas e incluso políticas, que derivan en la negación del problema, antes que en dar respuestas al hecho en sí: la existencia de abortos en Bolivia.

La dificultad con la que solemos tropezar quienes trabajamos a favor de los derechos de las mujeres y la despenalización del aborto, ha sido siempre cómo evidenciar la real magnitud del problema, es decir, la gravedad del aborto en nuestro país.

Los datos que actualmente se conocen sobre el aborto, provienen del año 1995, y señalan que cada año, aproximadamente 40.000 mujeres bolivianas recurren al aborto como última salida ante un embarazo no deseado. Asimismo, la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2008, indica que el aborto constituye la tercera causa de muerte materna. Estos datos, sin embargo, no han sido actualizados con lo cual poco se sabe de la magnitud actual del problema.

En un esfuerzo por contar con mayor información sobre el tema, Ipas Bolivia –Organización no gubernamental sin fines de lucro que trabaja por la disminución de la tasa de muertes maternas causadas por abortos realizados en condiciones de riesgo-, llevó a cabo la investigación denominada: “Las Cifras Hablan. El Aborto es un problema de salud pública”, estudio que responde algunas preguntas básicas relacionadas con la magnitud y ciertas características del problema del aborto.

El aborto como problemática de salud pública

En Bolivia el aborto representa la tercera causa por la que mueren las mujeres en el país¹. Los abortos son resultado de embarazos que no fueron planeados o bien de embarazos no deseados². En Bolivia, el embarazo no deseado, puede representar entre el 15% y 35% del total anual de embarazos, suele ocurrir como consecuencia de una relación sexual involuntaria (violación, incesto, estupro), por la falla en el uso de un método anticonceptivo o bien por no usar anticoncepción de ningún tipo, lo cual también tiene que ver con el acceso que se tiene a la información sobre anticoncepción, la disponibilidad de métodos en los servicios de salud, como con la capacidad de la población para acceder a los mismos.

En el país, de cada 10 personas sólo 4 utilizan un método anticonceptivo. El 64% de las y los bolivianos conoce pero no utiliza métodos anticonceptivos. Este hecho ha repercutido en el incremento de embarazos no deseados puesto que el 40% de las mujeres embarazadas en el país, no desean su embarazo³.

En cualquier tipo de aborto (sea espontáneo o inducido) por lo general hay hemorragia. La mujer llega al servicio de salud público o de la seguridad social con una condición

médica, que hasta hace unos años era denominada aborto incompleto, y que en la actualidad se denomina hemorragia de la primera mitad del embarazo⁴. Esta es una situación bastante frecuente en hospitales de 2do y 3er nivel. Recientemente, un estudio llevado a cabo por el Ministerio de Salud y Deportes, en cuatro maternidades de Bolivia, señalaba que alrededor del 38,5 % de embarazos en adolescentes menores de 15 años, terminaba en aborto.

Debido a que en Bolivia el aborto es penalizado, éste es realizado en lugares clandestinos y poco seguros, exponiendo a la mujer a infecciones, perforaciones de útero e incluso poniendo en riesgo su vida. La clandestinidad imposibilita conocer el porcentaje de mujeres que, luego de haberse sometido a un aborto inseguro, presentan complicaciones.

1 La Encuesta Postcensal de Salud Materna del año 2000, señala que el 9.1% de las muertes maternas son resultado de abortos.

2 Se distingue entre embarazo no planeado y embarazo no deseado, puesto que un embarazo no planeado puede convertirse en un embarazo deseado en el transcurso de la gestación, en tanto un embarazo no deseado representa en esencia la insatisfacción permanente ante el mismo.

3 Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA), 2008. Bolivia

4 El término Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo es introducido el año 1999, para no nombrar de manera directa la atención de abortos en curso o abortos inducidos, con el fin de evitar generar susceptibilidades que impidiesen introducir este servicio en las prestaciones de salud. A partir de 2009, con el apoyo de Ipas Bolivia, el Ministerio de Salud publica el Manual de "Normas, Reglas y Protocolos y Procedimientos Técnicos para el Manejo de las Hemorragias de las Primera Mitad del Embarazo", norma que cuenta con la Resolución Ministerial Nro 0133 del 31 de marzo de 1999, mediante la cual se resuelve aprobar las normas y su utilización en servicios.

Objetivos de la Investigación

1. Estimar para el año 2010 la magnitud del aborto en Bolivia
2. Identificar algunas características de la práctica del aborto, tanto en las mujeres con hemorragia de la primera mitad del embarazo atendidas en hospitales, como en el personal médico que brinda la atención.

Metodología

Primera Etapa

Se recabó información de 7 hospitales de 2do y tercer nivel de cinco ciudades del país (La Paz, Santa Cruz, Potosí, Tarija y Trinidad), en los cuales:

- Se recolectó Información estadística sobre Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo (HPME) atendidas mes a mes, entre enero 2010 y junio 2011, en siete hospitales de 2do y 3er nivel en cinco ciudades del país
- Se entrevistó a 258 usuarias atendidas por abortos incompletos en 7 hospitales del país, con el fin de reconstruir la experiencia del proceso por el que pasaron.
- Se entrevistó a proveedores de salud (médicos de planta, médicos residentes, enfermeras y auxiliares de enfermería), sobre sus percepciones y experiencias en relación a la atención

de abortos incompletos, para lograr la construcción de una idea clara de las situaciones de atención y las peculiaridades de la misma.

- Se observó, por el lapso de un mes, las atenciones efectuadas a mujeres que acudían a los 7 establecimientos de salud, con abortos incompletos.

Adicionalmente, en esta etapa, se entrevistó a responsables de 23 centros clandestinos capacitados y no capacitados.

Segunda Etapa

Desde una mirada salubrista, se efectuó el análisis de la información estadística recabada, cruzando la información hallada con datos del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE), y un estudio realizado por el Instituto de Investigación en Salud y Desarrollo (IINSAD) de la Facultad de Medicina de la UMSA, sobre patología obstétrica grave a partir de los datos del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) 2005.

Finalmente se efectuó un trabajo de gabinete en el cual se realizó una revisión profunda de documentación nacional e internacional para la construcción de dos modelos, uno conceptual y otro estadístico. Con el fin de obtener estimaciones lo más reales posibles⁵, se construyó un modelo de cálculo de 6 pasos mediante el cual fue posible establecer ocho indicadores específicos.

Tanto la cifra absoluta de abortos en el país, como los indicadores presentados en relación al tema, son considerados fiables, dado que para su obtención se recurrió al cruce de diverso tipo de información que permitió realizar las correspondientes estimaciones.

⁵ No es posible brindar una cifra exacta sobre la cantidad de abortos existentes en el país, debido a la existencia de subregistro de la información con la que cuenta el sistema de salud, como por el no registro de casos de abortos efectuados en la clandestinidad.

Magnitud del Aborto en Bolivia

El estudio realizado por Ipas Bolivia, arroja los siguientes datos sobre la magnitud del aborto en el país:

- **En los últimos 5 años, los casos de abortos incompletos atendidos en establecimientos públicos de salud, se incrementaron de 15 mil el año 2005 a 27 mil el año 2010.** Este incremento se debe a que desde el 2005 mejoró la calidad del reporte y que los diferentes Seguros de Salud permiten el acceso gratuito de las mujeres para la atención de las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo.
- **Del 2010 al 2011, la cantidad de atenciones de abortos incompletos en el Hospital Percy Boland de la ciudad de Santa Cruz y en el Hospital de la Mujer de la ciudad de La Paz, aumentaría de 4174 a 4709.**
- **185 abortos son practicados cada día en el país.** Las estimaciones muestran que en el año 2010, 66,497 casos de abortos con complicaciones fueron realizados, evidenciándose un incremento de los abortos en los últimos 10 años.
- **Por cada 1000 partos y cesáreas que se atienden, existen 173 casos de mujeres con hemorragias por aborto.**
- **Cada año alrededor de 44.000 abortos incompletos (hemorragias por aborto) son atendidos** por establecimientos de salud públicos, centros privados, ONG's y servicios de salud pertenecientes a la Iglesia católica .

Quienes acuden con abortos incompletos

El aborto se produce también en mujeres casadas.

El 84% de las mujeres que acuden a establecimientos de salud con complicaciones por aborto son mujeres casadas o en unión, sólo el 16% de ellas son solteras, viudas o separadas.

El aborto se produce en mujeres con nivel educativo medio.

La mayoría tuvo al menos 9 años de escolaridad, es decir llegó al ciclo medio. Estos datos señalan de manera indirecta su pertenencia a quintiles de ingreso superiores al más bajo.

Abortan mujeres que ya tienen hijos.

El 71% estuvo embarazada entre dos y tres veces. El promedio de edad que tienen es de 30 años con rangos extremos entre los 16 y 44 años.

Solamente 2 de cada 10 conocían alguna sustancia o procedimiento para interrumpir su embarazo.

Solamente citaron inyecciones, pastillas, mates y ampollas.

- **No todas las mujeres con complicaciones por abortos mal practicados acuden a establecimientos de salud formales.** De cada 100 mujeres que tienen complicaciones por un aborto mal practicado, tan solo 66 llegan a los servicios públicos de salud para recibir atención, las restantes 34 puede suponerse que son atendidas en

Las muertes por aborto se producen cuando éste es practicado en ambientes que no cuentan con las condiciones mínimas requeridas, ni con insumos y tecnologías adecuadas y donde el personal de salud no está capacitado para realizar el procedimiento.

establecimientos clandestinos o por personas particulares que pueden tener conocimiento o no de cómo hacerlo.

- **En Bolivia, 25 de cada 1000 mujeres en edad fértil terminan su embarazo en aborto.** Esto representa una cifra alta si se considera que a nivel mundial la tasa estimada de abortos se encuentra en 29 abortos por cada mil mujeres en edad fértil. En México, con una población de más de 113 millones de habitantes, la tasa de abortos es de 33, en tanto en Cuba, país donde el aborto es legal, la tasa de abortos es de 20 por cada 1000 mujeres. Por otro lado, Chile que mantiene políticas mucho más restrictivas en relación al aborto, presenta una tasa estimada de 50 abortos por cada 1000 mujeres en edad fértil.
- **100 muertes maternas se producirán este año por aborto.** Al finalizar el año 2011, aproximadamente 67.000 abortos serán practicados y a consecuencia de los mismos, 100 mujeres perderán la vida⁶.
- **De cada 100 embarazos, 19 acaban en aborto,** 80 terminan en parto y uno con niño nacido muerto. De los partos ocurridos no se puede afirmar que todos ellos fueron deseados.
- **Centros clandestinos u operadores privados con capacitación y sin capacitación, atienden un número mayor de hemorragias por aborto, además de practicar abortos.** Mensualmente los centros con capacitación atienden como mínimo 3600 abortos al mes, en tanto los centros sin capacitación practican al menos 760 abortos cada mes, lo que constituye un gran peligro para la salud de la mujer.

⁶ La letalidad esperada (mortalidad que sucederá en un tiempo determinado) es de 0,15% la misma que aplicada a 66.947 abortos esperados para ese año, habría ocasionado la muerte de alrededor de 100 mujeres por causa del aborto.

Consecuencias que trae la penalización del aborto al sistema de salud.

En Bolivia, el aborto aún es penalizado puesto que solamente es permitido cuando ha existido una violación, rapto de la mujer no seguido de matrimonio, estupro, incesto y riesgo para la vida o salud de la madre⁷. Para que la mujer pueda solicitar el aborto, se le pide contar con una orden judicial emitida por un juez, la misma que muchas veces tarda en salir o nunca sale, en caso de ser emitida posteriormente ésta debe ser presentada al médico, sin embargo se ha visto que pese a la existencia de la orden judicial, el/la médico/a decide no practicar el aborto, indicando razones de “objección de conciencia”⁸.

La penalización del aborto, ocasiona los siguientes problemas en el sistema de salud:

- **Temor del personal de salud para realizar la práctica del aborto en los casos permitidos por la Ley**

Cuándo se preguntó al personal médico sobre si darían cumplimiento con la orden judicial para la práctica de abortos en los casos permitidos, señalaron: *“el juez sólo firma, pero los que lo hacemos somos nosotros, los médicos”*; *“si sale*

7 Código Penal de 1973, artículo 266, actualmente vigente.

8 Se entiende por objeción de conciencia el incumplimiento de un deber legal o normativo, por parte de quien lo considera contrario a los mandatos de la propia conciencia. En Bolivia la objeción de conciencia no se encuentra suficientemente normada. Los médicos de un hospital no pueden ejercer en forma colectiva su decisión de no realizar un aborto. Este derecho es absolutamente personal, pero si bien un médico puede objetar la práctica, también constituye su responsabilidad derivar este servicio en otro médico. En: El derecho al aborto y la objeción de conciencia. Apuntes legales para los operadores de justicia y salud. Ipas Bolivia. 2009.

algo mal la culpa es nuestra mientras el juez no tiene problemas”.

- **Mala calidad en la atención de las complicaciones por aborto y postaborto.**

- 3 de cada 10 mujeres no recibieron ninguna información del médico sobre su problema y el procedimiento que se emplearía en la atención de la complicación que presentaban por aborto incompleto.

- 7 de cada 10 mujeres indicaron que sintieron mucho dolor durante el procedimiento.

- El personal de salud señala la necesidad de contar con equipos, suministros, espacios, capacitación y más personal para brindar una mejor atención, no mencionan, sin embargo, criterios vinculados con las necesidades de las pacientes como apoyo, respeto, comprensión, privacidad, evitar el trauma psicológico y aliviarles el dolor.

- **Los/as proveedores/as de salud no se sienten 100% capacitados para atender casos complicados.**

88% de las complicaciones por abortos incompletos son atendidas en hospitales y centros de salud del sistema público de salud utilizando la técnica de Aspiración

Manual Endouterina (AMEU). Esta es una prestación que normalmente es realizada por médicos.

- **Escasa prevención de nuevos abortos.**

El estudio evidenció que:

- Sólo 6 de cada 10 mujeres (57%), fueron consultadas sobre el uso de algún método anticonceptivo para evitar otro embarazo.

- Sólo la mitad de las mujeres a quienes se les consultó sobre el uso de algún método anticonceptivo, dijeron que sí. Esto evidencia que aún existe resistencia al uso de anticonceptivos modernos, la cual puede deberse a varios factores: prevalencia de mitos en torno al método; temor a la reacción de la pareja o bien deseo de uso de métodos tradicionales.

La escasa información brindada por los(as) proveedores(as) a las mujeres sobre métodos anticonceptivos, evidencia que no se están previniendo nuevos abortos, exponiendo a la mujer a un nuevo embarazo no planificado o a un embarazo no deseado.

- 7 de cada 10 mujeres con complicaciones por aborto salieron del servicio sin ningún método anticonceptivo.

- **El Estado gasta más de cuatro millones de bolivianos (más de medio millón de dólares) en resolver las complicaciones causadas por aborto.**

El costo de atención de las complicaciones del aborto, en el marco de las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), es semejante al del parto, es decir alcanza los 97 Bs (14 \$us americanos aprox.).

Cada año, los servicios públicos de salud atienden 44.000 casos de abortos incompletos, gastando en la prestación de este servicio aproximadamente 4 millones 268 mil bolivianos (619 mil 448 dólares americanos) en resolver este problema.

Conclusiones

- ✓ Las restricciones legales al aborto no están impidiendo su práctica. Las tasas más bajas de aborto se observan en países que tienen leyes liberales - como Holanda, Bélgica y Suiza (menos de 10 abortos inducidos por mil mujeres)⁹. En tanto en Bolivia la tasa de abortos está en 25 por cada 1000 mujeres.
- ✓ En los países donde el aborto está legalmente restringido, suceden en promedio 30 veces más muertes maternas que en los países donde este procedimiento es legal a solicitud de la mujer¹⁰. En tal sentido, es momento de que tanto el Estado, en los niveles del Poder ejecutivo y legislativo, como los Ministerios de Salud y Justicia brinden una respuesta a la problemática generada por la penalización del aborto.
- ✓ Cuando el aborto es ilegal, hay interferencia con la privacidad y confidencialidad médica para las mujeres. La falta de respeto del carácter confidencial de la información puede disuadir a la mujer de obtener asesoramiento y tratamiento y, por consiguiente, afectar negativamente su salud y bienestar. Por esa razón, la mujer estará menos dispuesta a obtener atención médica para casos de abortos incompletos, y en los casos en que haya sido víctima de violencia sexual o física. Asimismo, la ejecución de las disposiciones punitivas de la ley constituyen un ataque al derecho de las mujeres a la libertad, al encarcelarse arbitrariamente a mujeres que buscan satisfacer sus necesidades de salud.
- ✓ El Comité de la Convención por la Eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer (CEDAW) ha manifestado explícitamente en sus observaciones el año 2008 que los derechos humanos de las mujeres son vulnerados en Bolivia cuando los hospitales se niegan a proveer abortos a causa de la objeción de conciencia de los médicos y ha expresado su preocupación por el limitado acceso que tienen las mujeres al aborto debido a esta misma razón. En este sentido, es necesario establecer disposiciones normativas y legales que permitan a la mujer acceder a este servicio de manera legal y segura.
- ✓ El acceso a servicios de anticoncepción y la disponibilidad de métodos anticonceptivos es aún insuficiente en Bolivia, en este sentido es vital que el Estado, a través del Ministerio de Salud y Deportes y los Servicios Departamentales de Salud (SEDES), concentren mayores esfuerzos en la promoción de métodos anticonceptivos como en la dotación de los mismos a todos los centros y establecimientos de salud, para romper con la cadena de embarazos no planificados y embarazos no deseados.
- ✓ Se requiere trabajar en servicios de anticoncepción postaborto eficientes,

9 Alan Guttmacher Institute. Aborto inducido a nivel mundial, Hoja de datos, 1999.

10 Grimes DA, Benson J, Singh S, et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic, Lancet 2006; 368: 1908-19.

para ello será necesario llevar a cabo procesos formativos y sensibilizadores dirigidos a los/as proveedores/as de salud, así como la implementación de un sistema de control de la calidad de atención y de información que se brinda a las mujeres que acuden a los servicios de salud con abortos incompletos.

Siendo el aborto un problema de salud pública, la despenalización del aborto constituye una medida urgente y necesaria a tomar, no sólo para que el país logre cumplir con el quinto objetivo de milenio, que establece reducir la mortalidad materna en un 30% hasta el 2011, sino también porque la salud constituye un derecho humano, ampliamente reconocido por la actual Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia vigente desde el año 2009.

Bibliografía

Bolivia. Vice-Presidencia de la República, Presidencia del Honorable Congreso Nacional. Nueva Constitución Política del Estado. La Paz: Repac; octubre 2008.

Caja Nacional de Salud. Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico 2009. Disponible en: <http://www.sns.gob.bo> (Acceso el 29 de septiembre de 2011).

Campbell A. Manual para el análisis de la fecundidad. Washington, D.C.: OPS; 1986 (Publicación Científica No.494).

Católicas. Se logra reducir cifras de aborto al retirar asistencia financiera. Disponible en: <http://es.catholic.net/sexualidadybioetica/...> (Acceso el 30 septiembre de 2011)

CI-Fuentes. El aborto en España. Datos que alarman. Disponible en: <http://aborto.cc/porcentaje-de-abortos.html> (Acceso el 28 de septiembre de 2011).

Cooperativa. El Aborto en Chile. Disponible en: <http://www.coopetiva.cl> (Acceso el 01 de octubre de 2011)

De La Galvez Murillo Alberto, Pando Miranda Ramiro, Padilla C. Mario. Aborto: entre la realidad y el mito. En: Médicos Consultores. Educación para la vida familiar, sexual y de pareja. La Paz: Editora Atenea SRL; 1991:136-145 (Temas de Ginecología y Obstetricia No.4).

De La Galvez Murillo Alberto, Pando Miranda Ramiro, Padilla C. Mario. Mortalidad materna en la ciudad de La Paz. La pérdida de una batalla por la vida. La Paz: Médicos Consultores (Editora Atenea SRL); 1994 (Temas de Medicina Social No.3).

De La Galvez Murillo Alberto. Atención obstétrica y complicaciones del embarazo en beneficiarias del SUMI 2005. La Paz: Ministerio de alud y Deportes, Instituto de Investigación en Salud y Desarrollo (UMSA); 2008.

De La Galvez Murillo Alberto, Pando Miranda Ramiro, Padilla C. Mario. Aborto. En: Médicos Consultores. Salud sexual y reproductiva. Guía práctica para su promoción, gestión y atención en las redes municipales de salud. La Paz: Imprenta FACIL; 2011:112-120 (Temas de Ginecología y Obstetricia No.6).

De La Galvez Murillo Alberto, Pando Miranda Ramiro, Padilla C. Mario. Salud y población. En: Médicos Consultores. Salud sexual y reproductiva. Guía práctica para su promoción, gestión y atención en las redes municipales de salud. La Paz: Imprenta FACIL; 2011:355-390 (Temas de Ginecología y Obstetricia No.6).

De La Galvez Murillo Alberto. Pobreza y mortalidad materna en Chuquisaca 1998-2010. La Paz: Facultad de Medicina UMSA), Instituto de Investigación en Salud y Desarrollo; 2011.

Del Castillo Jorge, Rada Luisa. Conocimientos, actitudes y prácticas de concepción y anticoncepción en ciudades intermedias de Bolivia. La Paz: Ministerio de Previsión Social y Salud Pública; 1982.

Family Care International, International Planned Parenthood Federation, Population Council. Prevención y manejo del aborto que ocurre en condiciones de riesgo. Nueva York: FCI; 1999.

Faúndes A, Barzelatto J. El drama del aborto. En busca de un consejo. Colombia: Tercer Mundo Editores; 2005.

García Pascual Cristina. Cuestiones de vida y muerte. Los dilemas éticos del aborto. Derechos y Libertades. Número 16, Epoca II:181-209.

Greenslade FC, Mckay H, Wolf M, McLaurin K. Post-abortion care: a women's health initiative to combat unsafe abortion. IPAS. Advances in abortion care. 1994;4(1):1-8.

Hospital de la Mujer. Producción de servicios en el marco del SUMI, 2007 a 2009. Informe de la Oficina de Contabilidad. La Paz; 2010.

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1994. La Paz: INE; 1994.

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1998. La Paz: INE; 1999.

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003. La Paz: INE; 2004.

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008. La Paz: INE; 2010.

Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de la población 2005-2010 por sexo y edad. Disponible en: <http://www.ine.gob.bo> (Acceso el 30 de septiembre de 2011).

IPAS. Calculando la incidencia del aborto y las tasas de morbilidad. Disponible en: http://www.ipas.org/Library/News/News_items/... (Acceso el 30 de septiembre de 2011).

Kestler E, Valencia L, Del Valle V, Silva A. Scaling Up Post-Abortion Care in Guatemala: Initial Successes at National Level. Reproductive Health Matters 2006;14(27):138-147.

Langer A. El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública 2002;11(3):192-204.

Leonard AH, Ladipo OA. Post-abortion family planning: factors in individual choice of contraceptive methods. IPAS. Advances in abortion care. 1994;4(2):1-8.

Margolis A, Leonard AH, Yordy L. Pain control for treatment of incomplete abortion with MVA. IPAS. Advances in abortion care. 1993;3(1):1-8.

Ministerio de Salud y Deportes, Instituto Nacional de Estadística, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Encuesta PostCensal de Mortalidad Materna. La Paz: MSD; 2003.

Ministerio de Salud y Deportes, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Evaluación de la disponibilidad, acceso y uso de cuidados obstétricos de emergencia en los establecimientos cabecera de red del sector público de salud. La Paz: UNFPA; 2006.

Misterio de Salud Deportes, Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica. Vigilancia epidemiológica. Hemorragias de la primera mitad del embarazo. Disponible en: <http://www.sns.gob.bo> (Acceso el 30 de septiembre, y el 1º y 2 de octubre de 2001).

Misterio de Salud Deportes, Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica. Producción de servicios. Atención del parto en servicio. Disponible en: <http://www.sns.gob.bo> (Acceso el 30 de septiembre, y el 1º y 2 de octubre de 2001).

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, volumen 1. Washington, D.C.: OPS/OMS; 1995 (Publicación Científica No.554).

Pérez César. Dilemas éticos y políticos del aborto. Perspectiva ciudadana (24-04-2009). Disponible en: <http://www.hoy.com.chi/opiniones/2009> (Acceso el 28 de septiembre de 2011).

Terra Salud. ¿Quién registra la tasa de abortos más alta de América latina? Disponible en: <http://www.terra.com/salud/articulo/html> (Acceso el 28 de septiembre de 2011).

Toro Marcela. Tasas de aborto a nivel mundial. Globedia, octubre 2009. Disponible en: http://pe_obedia.com/tasas-aborto-nivel-mundial (Acceso el 28 de septiembre de 2011).

Varela Daniela. El aborto como problema de salud pública en Piura metropolitana. Ginecología y Obstetricia del Perú. 1997;43(3):231-235. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/ginecología/vol_43n3/el-aborto.htm (Acceso el: 06 de octubre de 2011).

Women's Link Worldwide. El aborto en cifras. Disponible en: [http://www.womenslinkworldwide.org/pdf_programa/...](http://www.womenslinkworldwide.org/pdf_programa/) (Acceso el: 06 de octubre de 2011).

