

Panorama general del aborto clandestino en América Latina

Cada año, más de cuatro millones de mujeres en América Latina tienen un aborto inducido. Dado que la mayor parte de los abortos son ilegales, estos procedimientos se efectúan en condiciones clandestinas y muchas veces peligrosas. Como resultado, la región enfrenta un serio problema de salud pública que amenaza las vidas de las mujeres, pone en peligro su salud reproductiva y pone una gran presión sobre los sistemas de salud y hospitales ya sobrecargados.

La práctica del aborto inducido en América Latina está envuelta en un velo de secretividad, resultado directo de las severas limitaciones que impone la ley sobre el aborto en gran parte de la región. El aborto inducido es castigado por ley en casi todos los países, con excepción de Cuba, Puerto Rico y otros países del Caribe. En gran parte de la región, los médicos pueden legalmente terminar un embarazo sólo en los siguientes casos: cuando éste amenaza la vida de una mujer; cuando es el resultado de una violación o de incesto; o cuando se caracteriza por la deformidad del feto.¹ Muy rara vez, sin embargo, se aducen estas opciones.

La preocupación por el alto nivel de abortos clandestinos en América Latina no es nada nuevo. Durante los últimos 20 ó 30 años, las personas responsables de formular políticas públicas y los profesionales de la salud han estado al tanto de que en la mayor parte de los países de la región, se han estado practicando abortos inseguros a una

prevalencia que tiene serias consecuencias sobre la salud de la mujer y sobre los costos de los servicios nacionales de asistencia médica.

Una serie de encuestas comunitarias realizadas en Chile a principios de la década del 1960, constituyen el primer intento de medir el alcance del problema. Estas encuestas indicaron que las mujeres con toda probabilidad tendrían dos o tres abortos en el transcurso de sus años reproductivos.² Estudios llevados a cabo en la década del 1970 en países tan diversos como Brasil, Colombia, México, Perú, la República Dominicana y Venezuela, indicaron que las mujeres tenían un promedio de 0.5 a 1.5 abortos inducidos durante su vida reproductiva en esos países, y 2.0 o más abortos inducidos en Chile y en Cuba.³

Aunque la mayor parte de los expertos en salud en América Latina tenían conocimiento de la gran cantidad de abortos clandestinos y de los problemas relacionados con éstos, hasta hace poco contaban con muy poca información confiable para poder contestar muchas de las siguientes preguntas: ¿Cuáles son los métodos utilizados para inducir el aborto? ¿Quiénes son los proveedores principales? ¿Cuántas mujeres se hospitalizan para recibir tratamiento por las complicaciones relacionadas con el aborto, y qué proporción es ésta del número real de mujeres que se practican un aborto inducido? ¿Qué mujeres están más propensas a hacerse un aborto inducido y por qué razones?

Este informe presenta un panorama general de la práctica del aborto inducido en América Latina. El mismo gira en torno a varias fuentes: un estudio conjunto sobre el aborto clandestino en seis países; un estudio a gran escala efectuado en zonas urbanas de Colombia; un estudio a fondo sobre las tendencias en el aborto y la anti-concepción en tres países; y una serie de estudios a menor escala. Los hallazgos de muchos de estos estudios se presentaron en la primera reunión regional sobre aborto inducido en América Latina, celebrada en Colombia en 1994.⁴

Nivel actual del aborto

Las tasas estimadas de aborto son más altas en Perú y Chile (por lo menos una mujer de cada 20 entre los 15 y 49 años tiene un aborto inducido cada año), son intermedias en el Brasil, Colombia y la República Dominicana (por lo menos una mujer de cada 30) y son más bajas en México (aproximadamente una de cada 40). Si estas tasas se mantuvieran así durante los 35 años de vida reproductiva de una mujer, la mujer promedio en México con toda probabilidad tendría por lo menos un aborto al llegar a los 50 años, comparado con 1.6 abortos entre las mujeres de Chile y aproximadamente 1.8 entre las de Perú.

Si el número anual de abortos que se estima ocurran en estos seis países (2.8 millones a principios de la década del 1990) se extrapolara a toda la región, traería como resultado que cada



tabla 1
Incidencia de aborto

País/año	Núm. de abortos por año	Tasa por cada 1,000 mujeres	Promedio por mujer
Total	2,768,150	33.9	1.2
Brasil, 1991	1,433,350	36.5	1.3
Chile, 1990	159,650	45.4	1.6
Colombia, 1989	288,400	33.7	1.2
Rep. Dominicana, 1992	82,500	43.7	1.5
México, 1990	533,100	23.2	0.8
Perú, 1989	271,150	51.8	1.8
América Latina*	4,000,000	33.9	1.2

*Estimado a base de la presunción de que estos seis países cuentan con el 70% de la población de América Latina y de que todos los países de la región tienen niveles similares de hospitalización; redondeado a los próximos 100,000.

año en América Latina se realizan alrededor de cuatro millones de abortos inducidos (Tabla 1).

Mayor parte de las mujeres que desean abortar están casadas y tienen hijos

Es muy útil contar con un perfil—basado en datos a nivel nacional—de las mujeres que obtienen abortos. Es importante saber cuáles son las mujeres más propensas a terminar un embarazo no deseado, puesto que esto ayuda a identificar los subgrupos de la población que más necesitan de la protección anticonceptiva. Además, la información indica que el aborto clandestino es común en muchos niveles de la sociedad y que los procedimientos inseguros tienen consecuencias en la salud de una amplia muestra representativa de mujeres.

Una forma de obtener información sobre las mujeres que tienen abortos es mediante el estudio de los datos sobre las mujeres que han sido hospitalizadas como resultado de las complicaciones de procedimientos clandestinos. Sin embargo, son muy pocos los

sistemas a nivel nacional que proveen datos sobre las características de las mujeres hospitalizadas y, por otro lado, las mujeres hospitalizadas no necesariamente son representativas de todas las mujeres que tienen abortos inducidos.

No obstante, éstos y otros datos demuestran que la mayor parte de las mujeres latinoamericanas que se someten a abortos inducidos tienen 20 años o más, están casadas y ya son madres. Por el contrario, en la mayor parte de los países desarrollados, las mujeres que tienen abortos inducidos son generalmente muy jóvenes, la gran mayoría son solteras y por lo menos la mitad no tienen hijos.⁵

En Colombia, por ejemplo, las estadísticas nacionales de la década del 1980 demuestran que aproximadamente el 87% de todas las pacientes de aborto hospitalizadas tenían más de 20 años.⁶ En una encuesta representativa de hogares de áreas urbanas, efectuada en Colombia en 1992, el 23% de todas las mujeres entre los 15 y 55 años indicaron que habían tenido un aborto inducido en

algún momento de sus vidas; la proporción fue algo mayor entre las mujeres que no habían completado los grados primarios (29%, véase la Tabla 2), entre las mujeres que tenían algunos estudios universitarios (28%) y entre las mujeres en el mercado laboral (27%, no indicado).⁷

Un estudio efectuado en 1990 por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) en cuatro países (Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela, véase la Tabla 3), reveló que la inmensa mayoría (79%) de las pacientes de aborto hospitalizadas eran mujeres casadas, la mitad (51%) tenían dos o más hijos, y la mitad también tenían siete años o más de estudios escolares. El 86% tenía 20 años o más.⁸

Otro estudio realizado en 1990 entre mujeres chilenas hospitalizadas en nueve hospitales de la ciudad de Santiago debido a las complicaciones causadas por un aborto, también demostró que había muy pocas mujeres jóvenes (sólo el 11% eran menores de 20 años), que la inmensa mayoría (78%) estaban casadas o vivían en una relación consensual, que el 76% de estas mujeres ya tenían hijos, y que más del 80% habían cursado siete o más

años de estudios escolares.⁹

Un estudio sobre pacientes de aborto llevado a cabo en 1992–1993 en dos maternidades grandes de Fortaleza, un estado pobre al noreste del Brasil, reflejó que el 77% de las pacientes tenían más de 20 años, y que el 68% habían cursado cinco o más años de estudios escolares. En este estudio, sin embargo, el 53% de las mujeres nunca habían estado casadas o en una unión estable, y el 9% estaban separadas o divorciadas, o habían enviudado.¹⁰

Entrevistas a fondo realizadas en la República Dominicana en 1992 con mujeres hospitalizadas por complicaciones relacionadas con un aborto en dos hospitales grandes de Santo Domingo (Tabla 4), revelaron que el 84% de las mujeres tenían 20 años o más, el 88% estaban en una unión, y el 73% habían cursado cinco o más años de estudios escolares (no indicado).¹¹

Técnicas de aborto

Un estudio realizado en 1993 en Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y la República Dominicana demostró que en todas partes, las mujeres están familiarizadas con los téis e infusiones hechos de hierbas y de otros productos

tabla 2
En Colombia

Nivel educativo de la mujer que reside en áreas urbanas	% que tuvo un aborto
Todos los niveles	23
No terminó la primaria	29
Terminó la primaria	22
No terminó la secundaria	21
Terminó la secundaria	18
No terminó la universidad	28
Terminó la universidad	24

Fuente: Véase la referencia 7.

tabla 3
En cuatro países

Características de las pacientes de aborto	Distribución porcentual
Estado civil	
Soltera.....	21
Casada o en unión consensual.....	79
Núm. de hijos	
0.....	26
1.....	23
2-4.....	40
≥5.....	11
Años de estudios cursados	
0-4.....	21
5-6.....	27
7-9.....	28
≥10.....	24

Nota: Información obtenida de hospitales en Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela.

vegetales que se cree que pueden inducir el aborto (Tabla 5).¹²

Si estos productos no tienen el efecto deseado (y nadie sabe si son realmente abortivos), las mujeres con toda probabilidad recurrirían a métodos más arriesgados como la introducción de un tubo de goma, de líquidos cáusticos o de cualquier otro objeto extraño en el útero, o la aplicación vaginal o por vía oral de productos farmacéuticos y hormonales potentes. En Brasil, un fármaco que generalmente se receta para el tratamiento de úlceras gástricas y del duodeno—misoprostol (Cytotec)—suele utilizarse para terminar los embarazos.¹³

En las áreas urbanas de algunos países, las mujeres acomodadas pueden acudir a clínicas privadas donde se practican abortos médicos seguros utilizando técnicas de dilatación y legrado—D&C, por sus siglas en inglés—o de succión o aspiración al vacío. Y a través de

toda América Latina, se reconoce que las mujeres de clase media o alta obtienen abortos seguros en los consultorios médicos.

Tres tipos principales de proveedores practican el aborto clandestino en América Latina: médicos; enfermeras; y personas no capacitadas, como lo son los proveedores tradicionales o las propias mujeres embarazadas. Como es de esperarse, las mujeres de clase más alta y las mujeres de las áreas urbanas tienen más probabilidades de acudir a un médico; las mujeres de bajos recursos de las áreas urbanas pueden recurrir a cualquiera de los tres tipos de proveedores; y las mujeres de escasos recursos en las áreas rurales por lo general dependen de proveedores no capacitados o recurren a métodos tradicionales que ellas mismas pueden usar para inducirse el aborto.¹⁴ Los procedimientos que utilizan las mujeres pobres de las áreas rurales suelen darse bajo condicio-

nes peligrosamente insalubres y las complicaciones más serias incluyen hemorragias e infecciones que deben ser tratadas en el hospital.

Los investigadores estiman que en los seis países mencionados, más de medio millón de mujeres tienen que ser hospitalizadas cada año para ser tratadas por complicaciones relacionadas con un aborto. Si este número se extrapolara a todos los países de América Latina (si damos por sentado que condiciones similares existen en otros países y consideramos que los seis países estudiados representan el 70% de la población total de América Latina), unas 800,000 mujeres cada año con toda probabilidad necesitarían de tratamiento médico en un hospital como resultado de complicaciones del aborto inducido (Tabla 6). Estos datos ponen de manifiesto la necesidad de mejorar el tratamiento de las complicaciones relacionadas con el aborto y de reducir sus consecuencias peligrosas.

Se reduce la tasa de complicaciones

Obviamente, mientras más seguro sea el procedimiento utilizado para practicar un aborto bajo cualquier condición, menos serán las mujeres que requerirán de hospitalización. Desde luego, el número de mujeres hospitalizadas también dependerá de la disponibilidad de servicios hospitalarios. Las mujeres que viven en áreas rurales con toda probabilidad tendrán menos acceso a tratamiento en un hospital que las mujeres que viven en áreas urbanas, a pesar de que son precisamente las que más estarán expuestas al uso de técnicas inseguras, a proveedores no capacitados y a condiciones antihigiénicas.

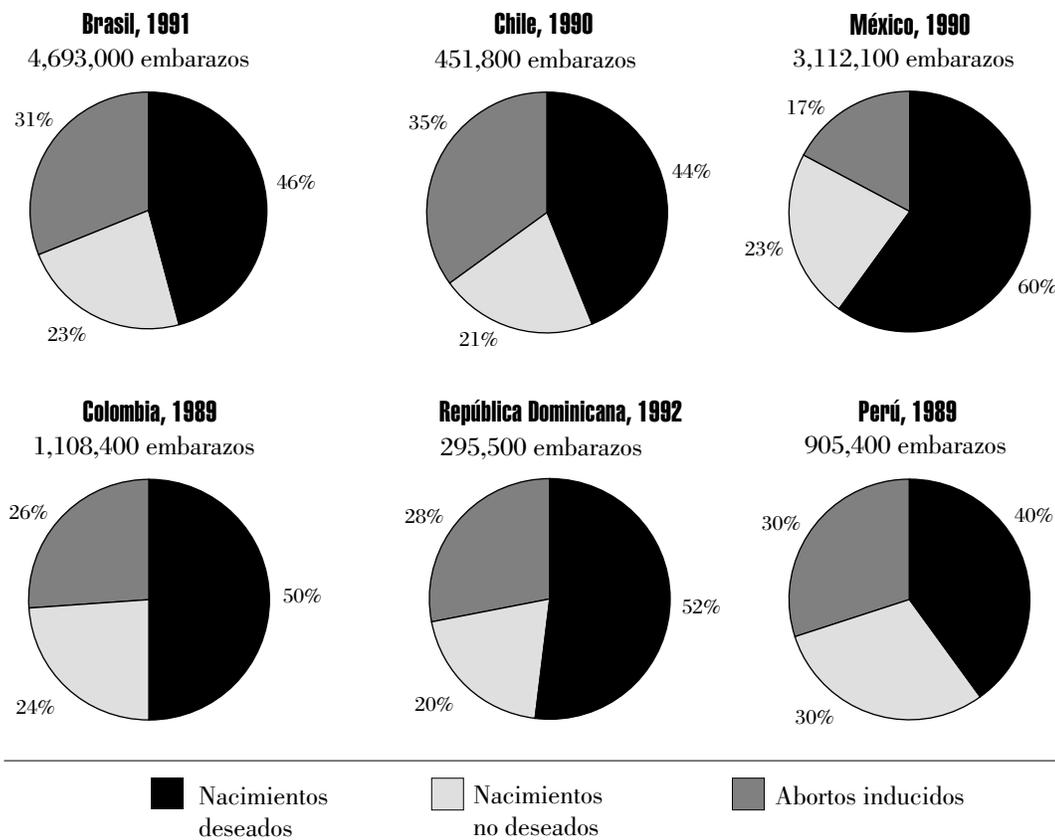
La mayor parte de los profesionales de la salud opinan que en América Latina, hoy en día hay menos riesgo de tener complicaciones relacionadas con el aborto inducido que en el pasado. Las razones para la reducción del riesgo son las siguientes: más mujeres tienen acceso a procedimientos médicos seguros;

tabla 4
En Santo Domingo

Características de las pacientes de aborto	Distribución porcentual
Edad	
<20.....	16
20-24.....	33
25-29.....	25
30-34.....	15
≥35.....	11
Estado Civil	
No está en una unión.....	12
Unión de visitante.....	9
Está en una unión consensual.....	66
Casada.....	13

Fuente: Véase la referencia 11.

figura 1
Resultado del embarazo



más mujeres están conscientes de la necesidad de buscar tratamiento médico rápidamente cuando surge una complicación; y más agentes proveedores—aun aquéllos que no tienen capacitación médica—rutinariamente les recetan antibióticos a sus pacientes.

Se cree que el número de mujeres hospitalizadas con una infección severa se ha reducido dramáticamente como resultado de estas tendencias. Por otro lado, el uso cada vez mayor de métodos hormonales y de técnicas como el uso del misoprostol, que causa fuertes hemorragias, probablemente haya aumentado el número de mujeres que buscan tratamiento para las hemorragias. Encuestas comunitarias lle-

vadas a cabo en Chile en la década del 1960, cuando las condiciones para terminar un embarazo eran mucho menos seguras que hoy en día, revelaron que una de cada tres mujeres que se practicaban un aborto inducido tenía que ser hospitalizada. Los investigadores y los profesionales de la salud estiman que hoy una de cada cinco pacientes de aborto requiere de hospitalización para el tratamiento de complicaciones.¹⁵

¿Qué mueve a las mujeres a tener un aborto?

La mayoría de los estudios sobre mujeres que han tenido que ser hospitalizadas por complicaciones relacionadas con el aborto concluyen que la razón principal por la cual las mujeres optan por no lle-

var a término su embarazo es porque no pueden tener o mantener un hijo debido a razones económicas, personales o familiares. Muchas de éstas no están casadas o están en relaciones inestables. Si son solteras o muy jóvenes, con toda probabilidad decidirán que no pueden hacerse cargo de un hijo solas y sin apoyo económico.

Pero parece que la mayor parte de las pacientes son mujeres casadas que ya han tenido todos los hijos que ellas entienden que están capacitadas para cuidar. Las condiciones sociales y económicas difíciles por las que atraviesan millares de familias en las áreas rurales pobres y en los enormes arrabales de las ciudades de América Latina motivan en las parejas el deseo de tener

menos hijos. Este deseo de tener familias más pequeñas es igualmente motivado por aumentos en el nivel de instrucción de las mujeres y por la participación cada vez mayor de la mujer en el mercado del trabajo.

Aun así, a pesar del deseo de tener familias más pequeñas y de esperar por el momento más oportuno para tener hijos, las mujeres no siempre logran tener control sobre sus embarazos. Las encuestas de mujeres en América Latina reflejan que hay una proporción sustancial de mujeres que no desean quedar embarazadas, pero que no están utilizando un método anticonceptivo o dependen de métodos tradicionales como la abstinencia periódica o la interrupción del coito, ambos altamente inefectivos. Estas mujeres, a quien con frecuencia se les atribuye una “necesidad insatisfecha” para la anticoncepción, representan desde el 17% de las mujeres de 15 a 44 años en Colombia, al 43% en Bolivia.¹⁶

Además, algunas mujeres tienen embarazos no planificados porque desconocen cuándo están más propensas a concebir,¹⁷ y debido a que aun las mujeres que usan métodos anticonceptivos efectivos pueden utilizar éstos de manera irregular o de forma incorrecta.¹⁸

Encuestas realizadas en 10 países de América Latina demuestran que como resultado de todos estos factores, del 24% al 65% de las mujeres que han tenido un hijo en los últimos cinco años han manifestado que no deseaban su más reciente embarazo en el momento en que ocurrió, o que nunca más deseaban tener otro hijo.¹⁹

tabla 5
Métodos de aborto

Trauma voluntario

Caídas, golpes, actividad física excesiva, etc.

Productos naturales ingeridos por vía oral o aplicados por la vagina

Algas marinas, verduras/hortalizas, semillas
Tés e infusiones preparadas de hierbas y de verduras/hortalizas

Productos fabricados ingeridos por vía oral o aplicados por la vagina

Cerveza, vino, vinagre
Sustancias jabonosas
Sustancias cáusticas, que incluyen blanqueadores, tinturas, sales de potasio

Objetos físicos introducidos en el útero

Catéter (tubo de goma)
Catéter utilizado para regar líquidos tóxicos
Objetos puntiagudos como alambre, agujas de tejer y varas

Productos farmacéuticos administrados por la vía oral o por la vagina

Misoprostol, prostaglandinas, estrógenos, laxantes, quinina, oxitocinas, etc.

Técnicas médicas

Dilatación y legrado
Succión o aspiración al vacío

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 (véase la referencia 12).

Al combinar las estimaciones del número de abortos inducidos con la información que arroja la encuesta realizada en los seis países en torno a la proporción de nacimientos no planificados, vemos que el 60% de los embarazos en México terminan en nacimientos deseados—la proporción más alta en cualquiera de los seis países—y el 17% terminan en abortos inducidos. En contraste, aproximadamente el 30% de todos los embarazos en los otros cinco países terminan en abortos inducidos (Figura 1).

Estos niveles de aborto no son exclusivos de América Latina. En los Estados Unidos, por ejemplo, casi el 30% de todos los embarazos terminan en un aborto. En China y en Japón, las proporciones son de 30% y 25%, respectivamente.²⁰ Sin

embargo, la mayor parte de las regiones del mundo en vías de desarrollo tienen niveles inferiores.

Las mujeres usan tanto el aborto como los métodos anticonceptivos

Aunque existe muy poca información sobre las tendencias históricas del aborto en América Latina, el nivel de aborto con toda probabilidad era bastante bajo antes de la década del 1960, cuando no se hacían grandes esfuerzos por controlar el tamaño de la familia y la mujer promedio tenía seis o más hijos. Es sólo dentro del contexto de condiciones socioeconómicas en cambio acelerado y de un mayor deseo de alcanzar un mejor nivel de vida, que las mujeres han comenzado a recurrir cada vez más al

aborto y a métodos anticonceptivos para lograr familias más pequeñas.

A finales de la década del 1960 y durante la década del 1970, los investigadores tenían la teoría de que si la práctica del aborto se generalizaba antes de que el uso anticonceptivo se extendiera, la incidencia del aborto se mantendría elevada, según se fuera intensificando el deseo de reducir el tamaño de la familia, aun cuando el uso anticonceptivo aumentara.²¹ De acuerdo con esta teoría, el nivel de aborto no bajaría hasta que hubiera transcurrido un tiempo suficiente para que afincara el uso generalizado, consuetudinario y efectivo de anticonceptivos en todos los niveles de la sociedad.

Hoy existen investigaciones que comparan los niveles del aborto y el uso de anticonceptivos en Brasil, Colombia y México en tres momentos diferentes: a finales de la década del 1970, a mediados de la década del 1980 y a principios de la década del 1990.²² La comparación refleja que, según aumentó el uso de anticonceptivos a finales de la década del

1970, el aborto alcanzó un nivel moderado (de 20 a 30 abortos por cada 1,000 mujeres por año) en los tres países. El aborto alcanzó su nivel más alto en Colombia y en México a mediados de la década del 1980, y hubo indicaciones de una leve baja en algunas áreas urbanas a principios de la década del 1990. Durante este mismo período, los niveles de aborto en Brasil continuaban en aumento.

Los programas más organizados de planificación familiar a nivel nacional en Colombia y en México, puede que hayan comenzado a crear una “cultura anticonceptiva” permanente en sus países. En Brasil, por el contrario, tanto el tamaño de la familia existente como la familia deseada es de pocos hijos, pero no existe ningún programa nacional de planificación familiar; muchas mujeres del área rural no tienen acceso a servicios anticonceptivos de alta calidad, y muchas de las mujeres que adquieren métodos anticonceptivos de fuentes comerciales los utilizan incorrectamente o esporádicamente. La reducción en los niveles de aborto con toda probabilidad tardará más en

tabla 6
Abortos inseguros

País/año	Núm. de hospitalizaciones
Total	555,630
Brasil, 1991	288,670
Colombia, 1989	57,680
Chile, 1990	31,930
Rep. Dominicana, 1992	16,500
México, 1990	106,620
Perú, 1989	54,230
América Latina*	800,000

*Estimado a base de la presunción de que estos seis países cuentan con el 70% de la población de América Latina y de que todos los países de la región tienen niveles similares de hospitalización; redondeado a los próximos 100,000.

llegar al Brasil que a cualquiera de los otros dos países.

El aborto no desaparecerá

El aborto inducido sigue siendo una práctica generalizada en América Latina, principalmente porque el uso de anticonceptivos de parte de las mujeres, y la habilidad de éstas para utilizar métodos consistentemente y correctamente, no ha ido a la par con la intensidad con que ha ido creciendo el deseo de tener familias más pequeñas—deseo que se nutre, tal vez, del aumento en las aspiraciones y, a menudo, de las situaciones de inestabilidad familiar.

Aunque se desconocen los niveles reales del aborto, es evidente que por lo menos 800,000 de las cuatro millones de mujeres que se estima que tienen un aborto inducido cada año requieren de hospitalización para el tratamiento de las complicaciones relacionadas con el aborto. Aunque las tasas de aborto son más bajas en algunos países que en otros, la práctica del aborto no está desapareciendo y, en algunos países, puede ser que los niveles de aborto sigan en aumento.

A pesar de este escenario pesimista, en la actualidad el aborto con toda probabilidad es todavía un procedimiento más seguro para las mujeres que lo que fue durante el pasado. Debido al uso más generalizado de técnicas médicas y al uso más frecuente de antibióticos, es probable que menos mujeres en la región mueran como resultado de las complicaciones del aborto o que sufran consecuencias graves de salud causadas por el aborto,

aunque ambos resultados todavía ocurren con demasiada frecuencia.

Mejores servicios anticonceptivos y un mejor uso de anticonceptivos podrían resultar sumamente útiles para reducir los niveles de embarazos no planificados en América Latina. Por ejemplo, existen pruebas de que las tasas de aborto podrían estar nivelándose o aun declinando en algunas partes de Colombia y México, dos países donde el uso de anticonceptivos está generalizado. No obstante, los estudios indican que aun en aquellos lugares donde los servicios de planificación familiar están disponibles y son accesibles, muchas mujeres tienen dificultad en utilizar dichos métodos de forma consistente y efectiva, y las tasas de abandono de uso y las de falla pueden ser igualmente altas.

Lo que es más, muchas circunstancias conspiran para hacer más difícil el proceso de tomar decisiones anticonceptivas efectivas y de poner en práctica dichas decisiones, particularmente para aquellas mujeres que no tienen apoyo social y familiar. En esta región del mundo—en vías de rápido desarrollo—los papeles que desempeñan las mujeres y las responsabilidades de éstas siguen cambiando; la vida en las grandes ciudades y en áreas agrícolas en decadencia es a menudo precaria y la estabilidad económica es fugaz; la migración se percibe como una necesidad para la sobrevivencia y la disolución familiar es común.

Muchas de estas condiciones y restricciones que recaen sobre las mujeres sólo se pueden mejorar mediante un cambio fundamental en el entorno social y económico.

Sin embargo, sería útil que las personas encargadas de formular las políticas públicas junto con los administradores de programas, centraran sus esfuerzos en aquellos servicios que pueden tener un impacto más inmediato sobre la habilidad de las mujeres para planificar mejor sus familias y para tener menos embarazos no planificados y abortos. Hay dos medidas directas que se pueden tomar de inmediato—mejorar la disponibilidad, prestación y calidad de los servicios anticonceptivos; y establecer los servicios de consejería anticonceptiva post-aborto en los hospitales públicos más grandes.

A largo plazo, los gobiernos deben considerar las posibilidades de revisar las leyes que contienen medidas punitivas contra las mujeres que han tenido un aborto ilegal, y de mejorar los servicios para el manejo de las complicaciones relacionadas con el aborto. Estas dos iniciativas son parte de las recomendaciones aceptadas y aprobadas por casi todas las naciones del mundo que participaron en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en el Cairo en 1994, y en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing en 1995.

Referencias

1. Henshaw SK, Informe mundial sobre el aborto, 1990, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1990, págs. 16–23.
2. Frejka T y Atkin LC, The role of induced abortion in the fertility transition of Latin America, Guzmán JM et al., eds., *The Fertility Transition in Latin America*, Nueva York: Oxford University Press, 1996, Tabla 9.1, pág. 182.

3. Ibid.; y Frejka T, The role of induced abortion in contemporary fertility regulation, *Proceedings of the Conference of the International Union for the Scientific Study of Population*, Montreal, 1993.

4. Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 15–18 de noviembre, 1994; y Remez LC, Confrontando la realidad del aborto en América Latina, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1995, págs. 29–33.

5. Henshaw SK y Morrow E, *Induced Abortion: A World Review, 1990 Supplement*, Nueva York: The Alan Guttmacher Institute (AGI), 1990.

6. Prada Salas E, Aborto complicado: la punta del iceberg de la práctica clandestina, ponencia presentada en el Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido . . . (véase la referencia 4).

7. Zamudio L, Rubiano N y Wartenberg L, La incidencia del aborto inducido en Colombia, ponencia presentada en el Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido . . . (véase la referencia 4).

8. Pardo F y Uriza G, Estudio de morbilidad y mortalidad por aborto en 36 instituciones de Bolivia, Colombia, Perú y Venezuela, *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 1991, 42:287–297.

9. Lavin PA, Informe preliminar sobre la caracterización de los casos y costo del tratamiento del aborto hospitalizado en Santiago de Chile, ponencia presentada en el Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido . . . (véase la referencia 4).

10. Misago C et al., Determinants of induced abortion among poor women admitted to hospitals in Fortaleza, North Eastern Brazil, ponencia presentada en el Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido . . . (véase la referencia 4).

11. Paiewonsky D, Algunos hallazgos en torno a los condicionantes sociales del aborto inducido en la República Dominicana, ponencia presentada en el Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido . . . (véase la referencia 4).

12. AGI, *Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana*, Nueva York: AGI, 1994; y Singh S y Wulf D, Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1994, págs. 3–13.

13. Costa SH y Vessey M, Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil, *Lancet*, 1993, 341:1258–1261; y Coêhlo HL et al., Misoprostol and illegal abortion in Fortaleza, Brazil, *Lancet*, 1993, 341:1261–1263.

14. AGI, 1994, op. cit. (véase la referencia 12), pág. 14.

15. Singh S y Wulf D, 1994, op. cit. (véase la referencia 12).

16. AGI, *Hopes and Realities: Closing the Gap Between Women's Aspirations and Their Reproductive Experiences*, Nueva York: AGI, 1995, tabla 7 del apéndice, columnas 6 y 7, pág. 52.

17. *Ibid.*, tabla 6 del apéndice, columna 3, pág. 50.

18. *Ibid.*, tabla 6 del apéndice, columna 16, pág. 51.

19. *Ibid.*, tabla 5 del apéndice, columnas 18 y 19, pág. 49.

20. *Ibid.*, Figura 13, pág. 25.

21. Requena M, Condiciones determinantes del aborto inducido, *Revista Médica de Chile*, 1996, 94:714–722; y Tietze C y Bongaarts J, Fertility rates and abortion rates: simulations of family limitation, *Studies in Family Planning*, 1976, 6:114–120.

22. Singh S y Sedgh G, Relación del aborto con las tendencias anti-conceptivas y de fecundidad en el Brasil, Colombia y México, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1997, págs. 2–13.

Susheela Singh hizo la investigación para este informe y Deirdre Wulf escribió el texto.

© 1996, The Alan Guttmacher Institute, 12/96

Traducción al español en mayo de 2001: Olga Lasa, Proyecto de Transformación Curricular en Salud Sexual/Reproductiva, PRO MUJER, Universidad de Puerto Rico en Cayey.



Una corporación sin fines de lucro dedicada a la investigación de la salud reproductiva, análisis de políticas y educación pública

120 Wall Street
New York, NY 10005
Teléfono: 212.248.1111
Fax: 212.248.1951
info@agi-usa.org

1120 Connecticut Avenue, N.W.
Suite 460
Washington, DC 20036
Teléfono: 202.296.4012
Fax: 202.223.5756
e-mail: policyinfo@agi-usa.org

Web site: www.agi-usa.org