

Gaceta Médica de México

Volumen
Volume **139**

Suplemento
Supplement **1**

Julio-Agosto
July-August **2003**

Artículo:

Aborto inseguro en América Latina y el Caribe: definición del problema y su prevención

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Academia Nacional de Medicina de México, A.C.

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Aborto inseguro en América Latina y el Caribe: definición del problema y su prevención

Henry Espinoza,* Lizbeth López-Carrillo**

Resumen

El aborto inseguro atenta contra la salud y la vida de la mujer. En este artículo se revisan diversos factores legales, sociales y de servicios de salud que coadyuvan a su existencia en la región de América Latina y el Caribe. Las restricciones legales al aborto en la mayoría de países latinoamericanos resultan en la carencia de un sistema de salud que proporcione a las mujeres servicios seguros de interrupción. Ante esta situación, las mujeres con embarazos no deseados optan por prácticas clandestinas que pueden potencialmente resultar en una alta morbilidad y mortalidad maternas. Dentro de lo social, diversos factores asociados, como violencia, han sido identificados en mujeres que abortan.

Presentamos diversas propuestas de prevención como la reducción de embarazos no deseados entre adolescentes y la organización de servicios de abortos legales. Además, identificamos aspectos del aborto inseguro que necesitan ser exploradas en América Latina y el Caribe.

Palabras clave: Aborto inseguro, América Latina, embarazo no planeado, violencia, leyes del aborto

Introducción

El aborto inseguro es el procedimiento para terminar un embarazo no deseado que se lleva a cabo por personas que carecen del entrenamiento necesario y/o en condiciones no sanitarias.¹ El aborto inseguro, por lo tanto, atenta contra la salud y la vida de la mujer. El aborto inseguro se practica en la región de América Latina y el Caribe con mayor frecuencia que en el resto de regiones del planeta.

Summary

Unsafe abortion is a threat to the health and life of women. This article reviews the many legal, social, and health service factors that together contribute to the problem of unsafe abortion in the Latin American and Caribbean region. Legal restrictions on abortion in the majority of Latin American countries result in a deficiency within the health system with respect to providing safe services to women for termination of pregnancy. In this context, women with unwanted pregnancies often opt for clandestine procedures that result in high rates of maternal morbidity and mortality. In addition, within the social sphere diverse factors related to violence have been identified in women who abort. We present several proposals for primary prevention of unsafe abortion, such as reduction of unwanted pregnancies among adolescents as well as the organization of services for providing legal abortions. Additionally, we identify aspects of unsafe abortion that need to be explored further in the region.

Key words: Unsafe abortion, Latin America, unintended pregnancy, violence, abortion law

En América Latina y el Caribe se estima que la tasa de aborto inseguro por cada 1000 mujeres en edad reproductiva es de 30, la cual es 10 veces mayor que la observada en los países desarrollados en su conjunto (Cuadro I).² La práctica del aborto inseguro es independiente de las características sociodemográficas, reproductivas y religiosas de las mujeres; no obstante, aquellas con menos recursos económicos optan generalmente por los métodos más peligrosos de aborto inseguro.³

* Investigador Asociado del Population Council, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.

** Investigadora Titular Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, Morelos, México.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Henry Espinoza, Panzacola No. 62-102, Col. Villa Coyoacan, México, D.F. C.P. 04000, México. Email: hespinoza@popcouncil.org.mx; Fax: (52) 5554 1226.

Cuadro I. Magnitud del aborto inducido por cada región del mundo en desarrollo y el conjunto de países desarrollados.²

Región del mundo	África	América Latina y el Caribe	Asia	Todos los países desarrollados juntos
Tasa de aborto inseguro por cada 1000 mujeres en edad reproductiva	27	30	11	3
Razón de aborto inseguro por cada 100 nacidos vivos	16	36	13	7

La magnitud y falta de reconocimiento de los problemas de morbilidad y mortalidad relacionados con el aborto inseguro constituyen un problema de salud pública que se presenta a continuación.

Necesidad de recurrir al aborto

La necesidad de interrumpir un embarazo por causas diversas es evidente a través de la historia.^{4,5} No obstante, las mujeres que en la actualidad recurren al aborto inseguro lo hacen, en gran parte, debido a la carencia de un sistema de salud que las ayude a resolver en forma segura un embarazo no deseado. Se ha documentado que algunas mujeres deciden interrumpir un embarazo por la necesidad de no procrear más en forma temporal o definitiva o bien por dificultades económicas asociadas a la necesidad de mantener el hogar, conservar un empleo, continuar con un programa de educación o por la actitud negativa de la pareja y/o de la familia hacia el embarazo. Otras circunstancias que influyen son el peligro para la salud o la vida de la mujer, la presencia de problemas congénitos en el feto, que el embarazo sea producto de una violación sexual o incesto, e inclusive el aborto forzado, es decir, el que realizan a la mujer en contra de su voluntad.⁶ Algunas de esas razones son compartidas tanto por mujeres adultas como por adolescentes.⁷

El marco legal del aborto

La carencia de un sistema de salud que atienda en forma segura un embarazo no deseado es, en parte, el resultado de la falta de un marco legal que lo soporte. De acuerdo a las leyes de aborto, los países de América Latina y el Caribe pueden dividirse en tres grupos. Mientras que en Cuba, Guyana y Puerto Rico el acceso al aborto no se limita por razón alguna, en la mayoría de los demás países el aborto es permitido sólo bajo algunas circunstancias

especiales, que incluyen comúnmente poner en peligro la vida de la mujer y la violación sexual. En el otro grupo se encuentran tres países donde se prohíbe el aborto, incluso aquel para salvar la vida de la mujer, estos son Chile, El Salvador y Honduras. No obstante, es importante mencionar que la despenalización del aborto no siempre garantiza ni el acceso universal, ni la calidad óptima del servicio médico correspondiente. Por ejemplo, en Puerto Rico, este procedimiento no es ofrecido por el sistema público de salud, lo cual limita el acceso a las mujeres de escasos recursos.⁸ En Brasil, donde una de las causales de aborto legal son los problemas congénitos del feto, se informó que bajo esas circunstancias, hubo mujeres a quienes no se les autorizó la interrupción del embarazo. En ese informe se analizaron las resoluciones de 219 casos en el período de 1996 a 1999, de las cuales al 28% no se le autorizó interrumpir el embarazo, en tanto que en el grupo restante, la autorización fue tardía, hasta de 45 días.⁹ Este retraso en la aplicación de la ley hace que el procedimiento se realice a una edad gestacional mayor, lo que aumenta la probabilidad de complicaciones para la mujer.¹⁰

Cuadro II. Condiciones bajo las cuales el aborto no es penalizado en las 32 entidades federativas de la república mexicana (31 Estados y 1 Distrito Federal).¹¹

Motivo para la interrupción del embarazo	Número de Estados
El embarazo es resultado de una violación	32
Imprudencial o accidental	29
Peligro de muerte para la mujer	27
Malformaciones congénitas severas en el producto	13
Grave daño a la salud de la mujer	9
Inseminación no consentida	8
Razones económicas	1

En México, de acuerdo a la ley de cada Estado, existen numerosas causales para interrumpir el embarazo que incluyen los embarazos producto de una violación sexual, la necesidad de proteger la salud y la vida de la mujer, la evidencia de problemas congénitos severos en el feto y problemas económicos (Cuadro II).¹¹ Con relación a la violación sexual, cabe aclarar que en este país las menores de 12 años embarazadas se consideran violadas.¹² No obstante, en la presencia de este marco legal, existen problemas de acceso para obtener un aborto legal, debido principalmente al desconocimiento general de la ley, los prolongados, y en ocasiones costosos, procedimientos burocráticos, así como la falta de un sistema de servicios con personal capacitado en métodos seguros de interrupción del embarazo.¹³

La despenalización del aborto en Guyana en 1995 y la ratificación de la Ley Robles en el año 2002, la cual permite el aborto en casos de violación o malformaciones congénitas, por la corte suprema de México, son importantes acontecimientos dentro de la esfera de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres latinoamericanas. En ambos casos se antepuso la integridad física y la dignidad de las mujeres a cualquier consideración moral o religiosa.^{14,15}

Frecuencia del aborto inseguro y complicaciones de salud

Las estadísticas sobre la frecuencia del aborto inseguro no reflejan con certeza la magnitud del problema, pues la mayoría están subestimadas y/o distorsionadas. Las repercusiones legales, éticas y emocionales conllevan a la falta de informe del aborto inseguro y en su caso, al de las complicaciones de salud relacionadas.¹⁶ En México, en un estudio de seguimiento de 118 mujeres hospitalizadas por aborto espontáneo, se encontró que el 77% correspondieron en realidad a abortos inducidos.¹⁷ Asimismo, la carencia de sistemas eficientes de información sobre eventos vitales y morbilidad influye en la baja confiabilidad de las cifras sobre aborto.¹⁸ Respecto a esto último, mencionaremos que en Nicaragua, existe una cobertura del 50% de la mortalidad general, en contraste con un 90% en México.¹⁹

Las fuentes de información del aborto inseguro comprenden tanto datos primarios que provienen de encuestas comunitarias y a proveedores de servicios de salud, estudios específicos de mortalidad, así como información secundaria proveniente de registros hospitalarios. En base a dichas fuentes se asume que a nivel mundial ocurren cada año 20 millones de abortos inseguros, de los cuales 4.6 millones se llevan a cabo en América Latina y el Caribe. Aunque existe un margen amplio en la estimación del número de abortos inseguros

en México, desde 100,000 hasta 1,600,000 abortos inseguros anuales,^{3,20,21} se trabaja por consenso de facto con la cifra de 500,000. En este contexto, se estima que la tasa de aborto inducido por cada 1000 mujeres en edad fértil en México es similar a la de Estados Unidos (23 vs. 22) las cuales son menores a las observadas en Brasil, Chile y Perú (36, 45 y 51, respectivamente).^{3,22,23} La cifra aproximada promedio para la región de América Latina y el Caribe es de 30 abortos inseguros por cada 1000 mujeres en edad reproductiva (15-49 años).¹⁸

El margen de variación en la estimación de la frecuencia del aborto inseguro es evidencia de la heterogeneidad en la sensibilidad para medir este evento, probablemente por las razones ya mencionadas. En una encuesta domiciliaria, realizada recientemente en la Ciudad de México (2000-2001) con una muestra representativa de mujeres de 15 a 55 años de edad, se encontraron variaciones en la frecuencia de aborto inseguro dependiendo del instrumento de recolección utilizado. Así, los resultados fueron: 18% con técnica de respuesta aleatoria, 11% con cuestionario auto-administrado, 9% con cuestionario administrado a través de una computadora y 7% cuando se utilizó la entrevista personal.²⁴

Morbilidad, mortalidad y años de vida perdidos por el aborto

El aborto inseguro puede tener diferentes consecuencias en la salud. La morbilidad y/o mortalidad hospitalaria relacionada con el aborto inseguro se utiliza en ocasiones como un indicador indirecto de la frecuencia de aborto.¹⁸ Aunque existe escasa información al respecto, en un estudio realizado en Nigeria con 840 mujeres que abortaron, el 86% presentó sepsis, el 35% hemorragia, el 16% perforación uterina, el 10% heridas en los genitales y el 7% fallecieron.²⁵

La infertilidad puede ser la consecuencia de un aborto complicado. Esto puede suceder por afectarse cualquier nivel de la lumen del aparato reproductor; tal es el caso de la obstrucción de las trompas uterinas después de un proceso séptico, el cual además incrementa el riesgo de embarazos ectópicos, pudiendo ser también este último causa de muerte.²⁶ La remoción quirúrgica parcial o total del órgano reproductor, es también causa de infertilidad. Al respecto, Richards y cols.²⁷ informaron que en un hospital de Sudáfrica se practicó la histerectomía a 35 de 647 mujeres con abortos inseguros complicados durante el periodo 1983-1984. La mitad de esas mujeres eran nulíparas y 8 eran menores de 20 años.²⁷ En un estudio multicéntrico desarrollado en varios países (1979-1984) se encontró que la infección postparto y/o postaborted aumenta alrededor de 2 veces (2.3, 95% CI 1.5-3.7) el riesgo de infertilidad; este estudio no discriminó entre

aberto espontáneo o inducido, ni el tipo de complicación.²⁸

El 13% de la mortalidad materna mundial se debe al aborto.² En Latinoamérica y el Caribe esta cifra presenta gran variación, desde 8% en México hasta 33% en Argentina, 37% en Chile y 50% en Trinidad y Tobago.¹⁸ En el grupo de adolescentes la mortalidad relativa asociada al aborto podría ser el doble que aquella observada en mujeres de 20 a 34 años, tal como lo mostró un estudio realizado en Matlab, Bangladesh.²⁹ En Centroamérica cada año mueren más de 100 mujeres por complicaciones del aborto inseguro³⁰ y se estima que la cifra total para Latinoamérica y el Caribe es de 5,000 a 10,000 muertes por aborto.³¹

La información sobre aborto inseguro obtenida indirectamente de la mortalidad materna es también imprecisa. Al respecto, en 1967 la Organización Panamericana de la Salud identificó que en América Latina y el Caribe, el 33% de las muertes maternas atribuibles al aborto no se clasificaron como tales.³² Un porcentaje aún mayor (60%) de muertes maternas directamente relacionadas con el aborto y clasificadas como problemas infecciosos fue identificado en dos estudios independientes realizados en Colombia y en Brasil durante los años ochenta.^{33,34} Mas aún, en el caso específico de la infertilidad por aborto existen problemas metodológicos para estimar su magnitud real, que incluyen la falta de uniformidad de los resultados de encuestas sobre frecuencia de aborto, la frecuencia de enfermedades de transmisión sexual, la falta de consistencia en los resultados de evaluaciones clínicas y de laboratorio, así como la presencia de antecedentes infecciosos relacionados simultáneamente a la infertilidad y a otros padecimientos como la enfermedad pélvica inflamatoria.³⁵ En base a las dificultades inherentes a la estimación de la magnitud del aborto inseguro, se le ha calificado como "la epidemia clandestina de América Latina."²¹

Adicionalmente, es importante destacar que el aborto inseguro ocasiona muertes a edades tempranas, las cuales producen cerca de 1,800,000 años perdidos de vida productiva en mujeres de todo el mundo. De este total de años perdidos, el 98% se pierden en los países en desarrollo. Se estima, además, que los años perdidos por discapacidad permanente por infertilidad asociada al aborto ascienden a 440 millones en América Latina y el Caribe.¹⁸

Métodos de aborto inseguro

Los métodos para inducir un aborto inseguro varían en principio, de acuerdo a la persona que lo realiza, desde la propia mujer embarazada, personas externas sin información médica o bien por personal entrenado pero en condiciones no reguladas por el sistema de salud. Las mujeres

embarazadas, tanto adultas como adolescentes,⁷ utilizan en general la inserción de objetos sólidos y/o punzantes en el útero (como agujas de tejer, cucharas, lápices, catéteres), la aplicación directa en la vagina de jabón y vinagre entre otros compuestos, la ingestión de substancias diversas, ácidas, cáusticas e infusiones de hierbas e inclusive, en ocasiones, la práctica de métodos más extremos como provocar contusiones directas en el vientre.³ En una revisión realizada por Paxman y col., en el período de 1981 a 1990, sobre mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto en varios países de América Latina, se encontró que la inserción de una sonda la utilizó el 80% del grupo estudiado en Colombia, el 65% en México, el 40% en Paraguay, el 35% en Chile y el 27% en Bolivia.²¹ Se estima que en los últimos años, el método farmacológico a base de misoprostol, ha cobrado mayor popularidad entre las mujeres brasileñas,³⁶ pero también hay informes de su uso en otros países Latinoamericanos y del Caribe.³⁷ A la fecha, no se cuenta con cifras nacionales en México, sobre la frecuencia con que se usa dicho método.

Las mujeres con menor escolaridad recurren a métodos de aborto inseguro más riesgosos. En un estudio realizado en Perú con 23 mujeres de las cuales el 70% había terminado secundaria, se encontró que ellas optarían por la asistencia de personal entrenado en consultorios médicos y/o clínicas especializadas, y estarían dispuestas a pagar entre 80 y 140 dólares en caso de requerir un aborto.³⁸ Por el contrario, en un estudio realizado en Bolivia, con 30 mujeres pobres de las cuales sólo el 25% contaban con primaria terminada, se identificó que el método abortivo más utilizado fue el herbolario.³⁹

Los consultorios médicos y clínicas especializadas donde se practican abortos ofrecen una variedad de técnicas para tal fin, pero son el legrado uterino y la aspiración las más usadas.^{3,38} Al respecto, el misoprostol lo utilizan de dos formas, como abortivo para generar contracciones uterinas y como dilatador cervical antes del legrado o aspiración por su efecto de relajación del cuello uterino.^{37,40}

Violencia y aborto

La relación entre aborto y violencia hacia la mujer es en ocasiones un círculo vicioso. Por un lado, las mujeres que sufren violencia intrafamiliar informan con más frecuencia embarazos no deseados, mismos que probablemente abortarán, pero por el otro, el embarazo no deseado y el aborto son factores que pueden desencadenar o incrementar la violencia. En Nicaragua, la encuesta nacional de salud de 1989 reveló que el porcentaje de mujeres embarazadas que sufría violencia reciente (definida como violencia dentro de los últimos 12 meses

al momento de la entrevista) era más del doble (31%) del encontrado en mujeres de la población general (12%).⁴¹ Varios estudios recientes han vertido mayor información sobre la relación entre embarazo no deseado, aborto y violencia. En un estudio realizado en los Estados Unidos de Norteamérica se encontró que la violencia fue 3 veces menos frecuente cuando el embarazo era deseado que en caso contrario (5% vs. 15%), lo que corresponde a un riesgo de 4.1 veces de sufrir violencia si el embarazo era no deseado.^{42,43} En la India, otro estudio reveló que en un grupo de mujeres embarazadas la violencia intrafamiliar era más común en aquellas con embarazos no deseados.⁴⁴ En Uganda se identificó que cerca del 40% de las mujeres que interrumpieron el embarazo tenían como motivo la violencia intrafamiliar.⁴⁵ La prevalencia de violencia intrafamiliar en un grupo de mujeres de una clínica de aborto en Hong Kong fue de 27.3% comparado con 8.2% en mujeres de otros servicios ginecológicos.⁴⁶

Las mujeres que interrumpen sus embarazos también sufren violencia por parte de los trabajadores de la salud. Esta violencia incluye: negligencia intencionada, ofensas verbales, amenazas, regaños o reproches, gritos, actos de humillación, violencia física y negación a dar tratamientos para calmar el dolor.⁴⁷

Prevención primaria del aborto

No toda la sociedad mexicana condena el aborto, hay evidencias de una actitud más tolerante hacia esta práctica. En el año 2000, una encuesta con 3000 empleados gubernamentales reveló que más del 60% estaba de acuerdo con la existencia de causales para el aborto legal.⁴⁸ En otra encuesta de opinión nacional realizada ese mismo año se encontró que la mayoría de los mexicanos (69%) consideran que el aborto debe permitirse en varias circunstancias, como en embarazos por violación o embarazos que ponen en peligro la vida de la mujer. Asimismo se identificó que la mayoría de los individuos desearía expresar su opinión en la discusión de leyes sobre el aborto y considera que las creencias religiosas de los legisladores deberían permanecer al margen de ese proceso.

En la medida en que la población y sus diferentes sectores se informen sobre la situación epidemiológica y legal del aborto en México, se abrirán los espacios para su debate de manera objetiva y se podrán tomar diversas acciones preventivas para disminuir su incidencia y sus complicaciones. En este contexto, la prevención primaria del aborto debería ser una parte integral no solo de los programas de planificación familiar sino también de los programas de prevención primaria de enfermedades de transmisión sexual incluyendo el SIDA.⁴⁹ En el año 1994 se encontró que en México existían casi siete millones de

mexicanas con demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar y en ese mismo año habían ocho millones de brasileñas en la misma condición.³ Mientras no se satisfaga esa demanda, es probable que no disminuya la frecuencia de abortos.

La prevención primaria debería ser dirigida con mayor énfasis a las adolescentes. En la mayoría de los países, particularmente en las áreas urbanas, hay una tendencia al aumento del número de adolescentes que recurre al aborto inseguro.² Las adolescentes representan un grupo de alto riesgo de incidencia de aborto y sus complicaciones pues utilizan con menor frecuencia métodos anticonceptivos, acuden tardíamente a los servicios de aborto⁵⁰ optan con más frecuencia por métodos peligrosos y en caso de complicaciones, se retrasan más en buscar atención médica.²⁹

No obstante, en los Estados Unidos de Norteamérica ha ocurrido un descenso en la última década en la frecuencia con que las adolescentes americanas se embarazan. Según el Instituto Alan Guttmacher, el 75% de ese descenso se puede atribuir al incremento en el uso de métodos anticonceptivos modernos y el 25% a la abstinencia sexual.⁵¹

Prevención secundaria del aborto

La mayoría de trabajadores de la salud en México está de acuerdo con la prestación de servicios de abortos legales y perciben el problema del aborto inseguro como un problema de salud pública. Los resultados de encuestas realizadas en México (2000-2001) revelan que el 90% de los trabajadores de la salud están a favor de mejorar el acceso de las mujeres a los servicios de aborto legal y el 80% cree que los programas académicos de las escuelas de medicina deberían incluir entrenamientos para los médicos en formación sobre cómo realizar un aborto y tratar un aborto complicado.⁵²

Los servicios de abortos legales deberían estar organizados de tal forma que permitan a todas las mujeres el acceso a todos los métodos modernos disponibles (quirúrgicos y no quirúrgicos). La técnica de aspiración manual endouterina (conocida como AMEU o LUI) incrementa la posibilidad de dar servicios en zonas de escasos recursos puesto que es un tratamiento ambulatorio y el equipo no requiere de energía eléctrica. Así mismo, las técnicas no quirúrgicas o farmacológicas pueden incrementar el acceso y ampliar las opciones. Un estudio multicéntrico finalizado recientemente en la India despejó algunas dudas sobre si el aborto inducido con medicamentos (también conocido como aborto médico, medicamentoso o farmacológico) puede ofrecerse en las condiciones rurales o urbanas de los países subdesarrollados; el éxito del tratamiento farmacológico

para interrumpir embarazos de menos de 9 semanas de amenorrea fue mayor del 90% (95% en la zona rural y 92.8% en la zona urbana).⁵³ Cabe señalar que el advenimiento de medicamentos eficaces y seguros para interrumpir embarazos de forma no invasiva, no eliminará el riesgo de complicaciones severas si su uso se promueve dentro de un clima de ignorancia y/o clandestinidad.

Necesidades de información y de investigación

La carencia de información sobre aspectos específicos del aborto es una necesidad en México y el resto de Latinoamérica. Al respecto se requiere estimar su frecuencia precisa, los proveedores y métodos en forma representativa, así como los costos tanto médicos como sociales de dicha práctica.

Por otra parte es necesario identificar los factores sociales, médicos y biológicos que incrementan el riesgo de sufrir complicaciones, incluyendo diversos tipos de violencia, como la intrafamiliar y del personal de salud, y el impacto debido a los cambios parciales o totales de las leyes y políticas de salud sobre el aborto. La reciente penalización absoluta del aborto en el Salvador y la despenalización completa en Guyana son oportunidades únicas para este tipo de investigación, así como lo son México y Brasil con sus numerosas causales para abortos legales, cuyas experiencias en la organización y prestación de servicios de abortos legales aún no están documentadas.

Referencias

1. World Health Organization. The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group. Geneva, Switzerland: WHO;1992. (WHO/MSM/92.5).
2. World Health Organization. Unsafe abortion. Global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion, with a listing of available country data. Geneva, Switzerland: WHO;1998. (WHO/RHT/MSM/97).
3. The Alan Guttmacher Institute. Aborto clandestino: una realidad latinoamericana. New York; The Alan Guttmacher Institute; 1994.
4. Riddle J. Contraception and abortion from the ancient world to the renaissance. Cambridge, MA, USA: Harvard University Press;1992.
5. Amuchástegui A. Virginidad e iniciación sexual en México: experiencias y significados. México, D.F.: Edamex;2001.
6. Bankole A, Singh S, Haas T. Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries. International Fam Plann Perspec 1998;24:117-127&152.
7. González D. Características psicosociales de mujeres adolescentes que interrumpen su embarazo. Trabajo presentado en la reunión El embarazo no deseado y el aborto inducido: desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe. Cuernavaca, México, 12-14 noviembre, 2001.
8. Colón A, Dávila L, Frenos M, Vicente E. Políticas, visiones y voces en torno al aborto en Puerto Rico. Centro de Investigaciones Sociales. San Juan, Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico Recinto de Río Piedras;1999.
9. Frigeiro M. Trabajo presentado en la reunión El embarazo no deseado y el aborto inducido: desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe. Cuernavaca, México, 12-14 noviembre, 2001.
10. National Abortion Federation. The truth about abortion. Washington, D.C., USA: NAF;1996.
11. Grupo de Información sobre Reproducción Elegida. Aspectos del aborto en México. México, D.F.: GIRE;2000.
12. Ipas. Carpeta del programa de capacitación "Mujeres, Violencia y Salud: Construyendo Alternativas para la Atención Integral." México, D.F. Ipas;2002.
13. Billings D, Moreno C, Ramos C, González D, Ramírez R, Martínez L, Rivera M. Constructing access to legal abortion services in Mexico City. Reproductive Health Matters 2002;10:86-94.
14. Normas sobre despenalización del aborto, a favor de las mujeres: SCJN. Ciudad de México, febrero 2002. Sitio en Internet Cimacnoticias. Disponible en <http://www.cimacnoticias.com/especiales/leyrobles/>. Acceso el 03 de Octubre del 2002.
15. Ramsammy L. Update on law reform: Guyana. Trabajo presentado en la reunión El embarazo no deseado y el aborto inducido: desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe. Cuernavaca, México, 12-14 noviembre, 2001.
16. Barreto T, Campbell O, Davies J, Fauveau V, Filippi V, Graham W, Mamdani M, Rooney C, Toubia N. Investigating induced abortion in developing countries: methods and problems. Stud Fam Plann 1992;23:159-170.
17. Canto de Cetina T, Colven C, Hernández J, Vera L. Incomplete abortion: characteristics of the patients treated in the O'Horan Hospital of Mérida, Yucatán. Salud Pública Mex 1985;27:507-513.
18. AbouZahr C, Ahman E. Unsafe abortion and ectopic pregnancy. In: Murray C, López A, editors. Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies. Cambridge, MA, USA: The Harvard School of Public Health;1998.
19. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Publicación científica 569. Washington, D.C., USA: OPS;1998.
20. Consejo Nacional de Población. Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. México, D.F.: Consejo Nacional de Población;1999.
21. Paxman J, Rizo A, Brown L, Benson J. The clandestine epidemic: the practice of unsafe abortion in Latin America. Stud Fam Plann 1993;24:205-226.
22. Henshaw SK. Abortion incidence and services in the United States, 1995-1996. Fam Plann Perspect 1998;30:263-270, 287.
23. Induced abortion (US), 2001. Sitio Internet The Alan Guttmacher Institute. Disponible en http://www.guttmacher.org/pubs/fb_induced_abortion.html. Acceso el 03 de octubre del 2002.
24. Lara D. Measuring the prevalence of induced abortion in Mexico City: comparison of four methodologies. Trabajo presentado en la reunión El embarazo no deseado y el aborto inducido: desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe. Cuernavaca, México, 12-14 noviembre, 2001.
25. Adewole IF. Trends in postabortal mortality and morbidity in Ibadan, Nigeria. Int J Gynaecol Obstet 1992;38:115-118.
26. Jain A, Solima E, Luciano A. Ectopic pregnancy. Am Assoc Gynecol Laparoscop 1997;4:513-530.

27. **Richards A, Lachman E, Pitsoe SB, Moodley J.** The incidence of major abdominal surgery after septic abortion - an indicator of complications due to illegal abortion. *South African Med J* 1985;68:799-800.
28. World Health Organization. *Infections, pregnancies, and infertility: perspectives on prevention*. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on the Diagnosis and Treatment of Infertility. *Fertil Steril* 1987;47:964-968.
29. **Olukoya A, Kaya A, Ferguson B, AbouZahr C.** Unsafe abortion in adolescents. *Int J Gynaecol Obstetr* 2001;75:137-147.
30. **McNaughton H, Catotti D, Blandon M, Rayas L.** Forjando alianzas hacia una visión de derechos sexuales y reproductivos de Centroamérica. *Dialogo* 2002 May;6:2.
31. **Langer A.** Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública* 2002;11:192-204.
32. **Puffer R, Griffith G.** Características de la mortalidad urbana. Scientific Publications No.151. Washington D.C., USA: PAHO;1967.
33. **Muñoz L, Náñez H, Becerra E, Klevens J.** Mortalidad materna en el Instituto Materno-Infantil de Bogotá (1976-1980). *Rev Fac Med* 1985;39:331-351.
34. **LaGuardia K, Rothoz M, Belfort P.** A 10-year review of maternal mortality in a municipal hospital in Rio de Janeiro: a cause for concern. *Obstet Gynecol* 1990;75:27-32.
35. **Bhatia J, Cleland J.** Methodological issues in community-based studies of gynecological morbidity. *Stud Fam Plann* 2000;31:267-273.
36. **Costa SH.** Commercial availability of misoprostol and induced abortion in Brazil. *Int J Gynaecol Obstet* 1998;63(Suppl 1):131-9.
37. **Gómez P.** PATH-Engender health study of misoprostol use in developing countries. Trabajo presentado en la reunión "El embarazo no deseado y el aborto inducido: desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe. Cuernavaca, México, 12-14 noviembre, 2001.
38. **Huapaya V.** La percepción de las mujeres acerca de la opciones disponibles para acceder al aborto. Trabajo presentado en la reunión El embarazo no deseado y el aborto inducido: desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe. Cuernavaca, México, 12-14 noviembre, 2001.
39. **Gisbert M.** Modalidades de aborto de las mujeres sub-urbanas andinas. Trabajo presentado en la reunión El embarazo no deseado y el aborto inducido: desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe. Cuernavaca, México, 12-14 noviembre, 2001.
40. **Clark S, Blum J, Blanchard K, Galvao L, Fletcher H, Winikoff B.** Misoprostol use in obstetrics and gynecology in Brazil, Jamaica, and the United States. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;76:65-74.
41. **Ellsberg M, Heise L, Peña R, Agurto S, Winkvist A.** Researching domestic violence against women: methodological and ethical considerations. *Stud Fam Plann* 2001;32:1-16.
42. **Goodwin MM, Gazmararian JA, Johnson CH, Gilbert BC, Saltzman LE.** Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: findings from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 1996-1997. *Matern Child Health J* 2000;4:85-92.
43. **Gazmararian J, Adams M, Saltzman L, Johnson C, Bruce F, Marks J, Zahniser S.** The relationship between pregnancy intendedness and physical violence in mothers of newborns. *Obstet Gynecol* 1995;85:1031-1038.
44. **Muthal-Rathore A, Tripathi R, Arora R.** Domestic violence against pregnant women interviewed at a hospital in New Delhi. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;76:83-85.
45. **Kaye D.** Domestic violence among women seeking post-abortion care. *Int J Gynaecol Obstet* 2001;75:323-325.
46. **Leung T, Leung P, Chan P.** A comparison of the prevalence of domestic violence between patients seeking termination of pregnancy and other general gynecology patients. *Int J Gynecol Obstet* 2002;77:47-54.
47. **d'Oliveira A, Diniz S, Schraiber L.** Violence against women in health-care institutions: an emerging problem (Violence against women VI). *Lancet* 2002;359:1681-1685.
48. **García RH, González A, García C, Galicia J.** Aceptación o rechazo del aborto por motivos maternos. Encuesta en 3021 empleados del gobierno federal. *Ginecol Obstet Mex* 2000;68:198-203.
49. **Meniru G, Hecht B, Hopkins M.** Comprehensive preventive health care in female-factor infertility: issues, problems and proposals. *Prim Care Update Ob/Gyns* 2002;9:44-50.
50. **Singh K, Fong YF, Loh SY.** Profile of women presenting for abortions in Singapore at the National University Hospital. *Contraception* 2002;66:41-46.
51. US abortion rates continue to decline, especially among teens, oct, 2002. Sitio en Internet The Alan Guttmacher Institute. Available at http://www.guttmacher.org/pubs/archives/nr_340502.html. Acceso el 03 de Octubre del 2002.
52. **González D, Billings D.** Attitudes towards abortion among medical trainees in Mexico City public hospitals. *Gender Dev* 2001;9:87-93.
53. **Coyaji K, Elul B, Krishna U, Otv S, Ambardekar S, Bopardikar A, Raote V, Ellertson C, Winikoff B.** Mifepristone-misoprostol abortion: a trial in rural and urban Maharashtra, India. *Contraception* 2002;66:33-40.