

Las evidencias hablan por sí solas:

**DIEZ
DATOS
SOBRE
ABORTO**

ISBN: 1-933095-63-6

© 2010 Ipas.

Producido en Estados Unidos de América.

Cita sugerida: Ipas. 2010. *Las evidencias hablan por sí solas: Diez datos sobre aborto*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas trabaja a nivel mundial para incrementar la capacidad de las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, y reducir el número de muertes y lesiones relacionadas con el aborto. Nos esforzamos por ampliar la disponibilidad, calidad y sostenibilidad de los servicios para la atención del aborto y otros servicios relacionados de salud reproductiva, así como por mejorar el ambiente político para defender los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. En Ipas, creemos que ninguna mujer debería verse obligada a poner en riesgo su vida o su salud por carecer de opciones seguras de salud reproductiva.

Ipas es una organización sin fines de lucro registrada 501(c)(3). Toda donación a Ipas es desgravable al máximo grado permitido por la ley.

Para mayor información o para donar a Ipas:

Ipas

P.O. Box 5027

Chapel Hill, NC 27514 EE.UU.

1-919-967-7052

ipas@ipas.org

www.ipas.org

Diseño gráfico: Jamie McLendon

Traducción: Lisette Silva

♻️ Impreso en papel reciclado.

Las evidencias hablan por sí solas:



**DIEZ
DATOS
SOBRE
ABORTO**

Índice

Introducción	3
1. Mito: El aborto ocasiona el “síndrome postaborto”	4
2. Mito: El aborto causa cáncer de mama.	6
3. Mito: La anticoncepción de emergencia causa aborto.	8
4. Mito: El embarazo es más seguro que el aborto.	10
5. Mito: La legalización del aborto no lo hace seguro.	12
6. Mito: Restringir el acceso a los servicios de aborto es la mejor manera de disminuir el índice de abortos.	16
7. Mito: El aborto con medicamentos es peligroso y puede causar la muerte de las mujeres.	20
8. Mito: Si el aborto es legal, las mujeres lo utilizarán para el control de la natalidad.	24
9. Mito: El aborto es exportado por el Occidente imperialista a los países en desarrollo.	28
10. Mito: El aborto nunca es necesario para salvar la vida de una mujer.	32
Glosario	35
Referencias bibliográficas	41
Personas que aportaron a la elaboración de este manual	56

Ipas se compromete a utilizar un lenguaje no sexista y neutral en género, que es inclusivo y no refleja prejuicios basados en sexo. No obstante, con el fin de simplificar la lectura de este documento, se utiliza de vez en cuando el género gramatical masculino con el significado inclusivo que le es propio –para referirse tanto a hombres como a mujeres–, a menos que se indique lo contrario.

Introducción

El aborto es un asunto polémico. Las personas que se oponen a la legalización del aborto y disponibilidad de los servicios de aborto han propagado información errónea para reducir el acceso de las mujeres a toda la gama de opciones reproductivas. Se proponen estigmatizar el procedimiento, las personas que proporcionan los servicios de aborto y las mujeres que tienen abortos. Por ello, Ipas elaboró *Diez datos sobre aborto*, un recurso que ofrece información científica para defensores y defensoras de los derechos reproductivos.

El movimiento antiaborto ha creado y propagado muchos mitos, cuyo objetivo es plantear el aborto como un procedimiento peligroso que debería prohibirse. Estas distorsiones de la ciencia y buenas prácticas de salud tienen un efecto perjudicial para la salud, los derechos y la vida de las mujeres. Por desgracia, estos mitos han empezado a arraigarse en algunos círculos.

El apoyo de la comunidad pro elección a favor del derecho de la mujer a tener un aborto se basa en ciencia, historia y derechos humanos. Existen abundantes evidencias científicas para refutar la información errónea sobre el aborto, desde la falsedad de que el aborto causa cáncer de mama hasta la noción del “síndrome postaborto”.

Este manual sirve de guía de consulta rápida para las personas defensoras del derecho a decidir. La guía ofrece evidencias factuales que desacreditan diez mitos muy extendidos sobre el aborto, así como antecedentes y otros recursos. Esperamos que esta guía ayude a activistas de derechos reproductivos a responder con confianza a los retos que enfrentamos en nuestro trabajo y a continuar abogando por el aborto basándose en datos científicos concretos y sin prejuicios.

1

Mito: El aborto ocasiona el “síndrome postaborto”.

Dato: El síndrome postaborto no es un diagnóstico psiquiátrico válido.

No existe evidencia científica para corroborar la idea de que las mujeres que tienen abortos sufren el supuesto “síndrome postaborto”. Debido a la falta de evidencia científica, la Asociación Psiquiátrica Americana no reconoce al “síndrome postaborto” como un diagnóstico legítimo de salud mental (APA 2002).

Rigurosas revisiones de la literatura científica de muy buena calidad, que examinan las consecuencias del aborto en la salud mental, concluyen que los estudios de la más alta calidad encuentran *pocas diferencias, si alguna, entre las mujeres que tuvieron abortos y las que no habían tenido abortos en cuanto a resultados de salud mental a largo plazo* (Vignetta et al. 2008, Ney y Wicket 1989, Thorp et al. 2005). La Asociación Psicológica Americana también apoya estas conclusiones (APA 2008).

Estudios científicos fidedignos también concluyen que las tasas de trastornos psiquiátricos son las mismas para las mujeres después del aborto que para las mujeres después del parto (Gilchrist et al. 1995); que las mujeres que abortan no son más propensas a sufrir depresión clínica que las mujeres que llevan a término un embarazo no deseado (Schmiege y Russo 2005); y que la violencia, específicamente la violación, está asociada con el embarazo no deseado y el aborto (Coker 2007, García-Moreno et al. 2005, Goodwin et al. 2000), así como con la ansiedad y otros problemas de salud mental (Adams y Bukowski 2007).

En estudios debidamente realizados, a menudo se encuentra que la mejor manera de predecir la salud mental de la mujer después del aborto es evaluar su salud mental antes del aborto. Cuando no se toma en cuenta la salud mental de la mujer antes del aborto, los problemas de salud mental postaborto podrían parecer un resultado del aborto cuando en realidad estos problemas ya existían.

Las mujeres tienen diversas experiencias con relación al aborto, las cuales varían en los diferentes contextos socioeconómicos, religiosos y culturales. Los intentos por definir deliberadamente las experiencias de todas las mujeres como homogéneas hacen caso omiso de las maneras personales en que cada mujer vive, experimenta e interpreta su embarazo y su aborto.

Antecedentes:

El término “síndrome postaborto” fue acuñado por primera vez a principios de la década de los noventa y se basa en un estudio realizado en 1992 de 30 mujeres en Estados Unidos. Postula que el aborto es una experiencia traumática que ocasiona graves problemas de salud mental como depresión, profunda pena, ira, vergüenza, drogadicción, disfunción sexual, trastornos alimentarios y pensamientos suicidas (Speckhard y Rue 1992, Speckhard 1985). El “síndrome postaborto” es definido por sus defensores como una forma de trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Las mujeres en la pequeña muestra del estudio fueron reclutadas *porque* definieron su experiencia de aborto como “muy estresante”. Casi la mitad de las mujeres incluidas en el estudio tuvieron abortos en el segundo trimestre y algunas tuvieron su aborto antes que fuera permitido por la ley en Estados Unidos. Por lo tanto, el estudio estaba sesgado para representar sólo a las mujeres en Estados Unidos que estimaban que sus experiencias de aborto eran negativas.

2

Mito: El aborto causa cáncer de mama.

Dato: No existe ninguna relación causal entre el aborto (ya sea espontáneo o inducido) y un aumento en el riesgo de que la mujer desarrolle cáncer de mama.

Muchos estudios con sólidos diseños de investigación realizados a nivel mundial con millares de mujeres, concluyeron de manera unánime que las mujeres que han tenido un aborto, ya sea espontáneo o inducido, no corren mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama. Estas conclusiones son apoyadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2000) y por el Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (RCOG 2004).

En el año 2003, el Instituto Nacional del Cáncer (NCI, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos, llevó a cabo el Taller sobre Eventos Reproductivos Tempranos y Cáncer de Mama. Asistieron más de 100 de los principales expertos del mundo en riesgos relacionados con el embarazo y el cáncer de mama, quienes revisaron los estudios y encontraron que:

- El riesgo de cáncer de mama aumenta por un corto tiempo después de un embarazo que tiene como resultado el nacimiento de un niño vivo;
- Ni el aborto inducido ni el espontáneo están asociados con un aumento en el riesgo de cáncer de mama (NCI 2003).

En agosto de 2003, el Comité sobre la Práctica Ginecológica, del *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), también estudió la evidencia disponible y publicó sus propios hallazgos, que concuerdan con las conclusiones del Taller del NCI:

“Estudios recientes más rigurosos argumentan en contra de una relación causal entre el aborto inducido y un subsiguiente aumento en el riesgo de cáncer de mama” (ACOG 2003).

Antecedentes:

La manera en que un estudio está diseñado afecta sus resultados y conclusiones. Los estudios que comparan a las mujeres con y sin cáncer de mama se enfrentan con el problema de *sesgo de recuerdo* cuando piden a las mujeres que recuerden sus abortos. Los estudios muestran que el sesgo de recuerdo es preocupante debido al estigma asociado con el aborto. Las mujeres saludables tienden a mencionar un número de abortos anteriores menor al número real, mientras que las mujeres con cáncer de mama tienden a relatar su historia reproductiva con exactitud en busca de las causas de su cáncer.

Entre los factores conocidos por aumentar la probabilidad de que una mujer desarrolle cáncer de mama se encuentran: su edad (la probabilidad de que la mujer desarrolle cáncer de mama aumenta con la edad), historia familiar de cáncer de mama, temprana edad en el momento en que tuvo su primera menstruación, edad tardía al iniciar la menopausia, edad tardía en el momento en que nació su primer bebé a término completo y ciertas afecciones de los senos. La obesidad también es un factor de riesgo de cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas (NCI 2008). El ejercicio y menor exposición al estrógeno durante los años fértiles posiblemente sean factores que protejan contra el cáncer de mama.

3

Mito: La anticoncepción de emergencia causa aborto.

Dato: La anticoncepción de emergencia evita el embarazo. Si la mujer ya está embarazada, la anticoncepción de emergencia no tendrá ningún efecto en el embarazo y no causará un aborto.

La anticoncepción de emergencia es control de la natalidad que previene el embarazo hasta cinco días después de tener relaciones sexuales sin protección. El principal y muy probablemente único mecanismo de acción es que la anticoncepción de emergencia (AE) suspende o interrumpe la ovulación (Reznik 2010, OMS et al. 2010, FIGO e ICEC 2008). Esto significa que ningún óvulo maduro es liberado del ovario. Si no se libera un óvulo maduro, éste no puede ser fecundado y la mujer no puede quedar embarazada. Esto es similar al mecanismo mediante el cual funcionan los anticonceptivos hormonales. El uso de AE no impide que el óvulo fecundado se adhiera al endometrio.

La forma de anticoncepción de emergencia más fácil de obtener es píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel solo (PAE de LNG), a veces llamada “la píldora del día siguiente” y disponible en varias marcas, como Norlevo, Postinor y Plan B. Éste es el régimen recomendado por la Organización Mundial de la Salud y disponible en la mayoría de los países.

Las investigaciones muestran que el hecho de que las PAE sean más fáciles de obtener ni afecta adversamente el uso habitual de anticonceptivos ni aumenta la toma de riesgos, como tener relaciones sexuales sin protección (Polis et al. 2010).

Seguridad de las PAE de LNG

Levonorgestrel, el ingrediente activo en las PAE de LNG, se ha utilizado mucho en diversas formulaciones durante más de treinta años y se ha estudiado extensamente en mujeres en edad reproductiva. Se ha comprobado que las PAE de LNG son seguras. Los efectos secundarios de usar las PAE de LNG son infrecuentes y, por lo general, leves (OMS et al. 2010, FIGO e ICEC 2008).

Las PAE de LNG no hacen daño a una mujer embarazada o un embrión en desarrollo si se toman al principio del embarazo (OMS 2005). En un estudio en que se compararon los resultados del embarazo en mujeres que usaron PAE de LNG durante su ciclo conceptivo con mujeres que no habían usado las PAE de LNG, no se encontraron diferencias en las tasas de aborto espontáneo, peso al nacer, malformaciones o en la proporción de sexos entre recién nacidos (Zhang et al. 2009).

El uso de las PAE de LNG es seguro para todas las mujeres, incluidas las adolescentes (OMS et al. 2010, FIGO e ICED 2008). Las investigaciones muestran que el uso de anticoncepción hormonal, incluidas las PAE, no tiene ningún efecto adverso en la futura fertilidad y que las PAE de LNG no interrumpen un embarazo establecido ni hacen daño a un embrión en desarrollo (Lisking y Rutledge 1984).

La mayoría de las marcas de anticonceptivos orales (AO) se pueden utilizar como anticoncepción poscoital. En el sitio web www.not-2-late.com se ofrecen instrucciones, incluso las marcas de AO y cuántas píldoras se deben tomar para que sirvan de anticoncepción de emergencia poscoital eficaz. Es importante tener información correcta ya que las dosis hormonales varían según la marca.

4

Mito: El embarazo es más seguro que el aborto.

Dato: Los procedimientos de aborto efectuados por profesionales de la salud capacitados, en condiciones higiénicas, son mucho más seguros que el embarazo y el parto.

La Organización Mundial de la Salud calcula que en el año 2008 unas 358,000 mujeres del mundo murieron por causas relacionadas con el embarazo y el parto, como hemorragia, trastornos hipertensivos, sepsis e infecciones, anemia y parto obstruido (OMS 2010). Cálculos anteriores de la OMS, que reflejan los datos para el 2003, indican 66,500 muertes atribuibles a las complicaciones relacionadas con el aborto inseguro (OMS, 2007A). Según la Organización Mundial de la Salud, el aborto realizado en condiciones inadecuadas (o aborto inseguro) es la interrupción de un embarazo realizada por alguien sin la capacitación o las habilidades necesarias para efectuar el procedimiento de manera segura, o que ocurre en un ambiente que no cumple con los mínimos requisitos médicos, o ambas cosas (OMS 2003).

El contexto importa: el 87% de las mujeres que mueren anualmente a causa del embarazo y el parto viven en pobreza en África subsahariana y Asia meridional. Estas mujeres se enfrentan con enormes barreras sociales, jurídicas y económicas para obtener atención prenatal, cuidados obstétricos de emergencia y servicios de aborto *seguro*. Por consiguiente, sufren complicaciones del embarazo que son evitables o tratables. Estas complicaciones a menudo ocasionan problemas de salud a largo plazo o la muerte. En los países en desarrollo, 59 mujeres por cada 100,000 nacidos vivos mueren a causa de las complicaciones del aborto inseguro (Hill et al. 2007, Shah

y Say 2007, OMS 2007A), mientras que unas 260 mujeres por cada 100,000 nacidos vivos mueren debido al embarazo y el parto (OMS 2010).

En los países desarrollados donde el aborto es permitido por la ley y el personal de salud está capacitado para ofrecer servicios seguros, la tasa de mortalidad por aborto es baja, 0.2 a 2.0 muertes por cada 100,000 abortos (OMS 2007A, OMS 2007B), aunque la mortalidad relacionada con el embarazo es aproximadamente nueve veces más alta: nueve muertes por cada 100,000 nacidos vivos (Hill et al. 2007).

Antecedentes:

Entre las campañas mundiales para disminuir las tasas de muertes relacionadas con el embarazo y el parto se encuentran la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos y La Alianza Cinta Blanca por una Maternidad sin Riesgos (*White Ribbon Alliance for Safe Motherhood*). Uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados en la Cumbre del Milenio es mejorar la salud materna (ODM5) (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2010). Todas estas iniciativas reconocen que el embarazo y el parto presentan graves riesgos para la salud y la vida de las mujeres, particularmente aquéllas con acceso limitado a los servicios de salud y educación. El aborto *inseguro* también es reconocido por expertos en salud a nivel mundial como un importante factor de riesgo para la salud y la vida de las mujeres. Los esfuerzos por lograr la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de aborto seguro y por disminuir la incidencia del aborto inseguro son imperativos para conservar la salud y la vida de las mujeres.

5

Mito: La legalización del aborto no lo hace seguro.

Dato: Cuando las mujeres tienen acceso a servicios de aborto seguro, legal y a precios asequibles, se reducen drásticamente las tasas de muertes y lesiones maternas atribuibles al aborto inseguro.

Las leyes restrictivas que penalizan al aborto no impiden que las mujeres obtengan abortos inseguros para interrumpir embarazos no deseados (Sedgh et al. 2007). El marco jurídico que regula los servicios de aborto afecta directamente la seguridad del procedimiento de aborto. En los lugares donde el aborto no es permitido por la ley, los servicios no son regulados y no se pueden ofrecer abiertamente. En los países donde el aborto es ilegal, el riesgo de muerte y lesión de las mujeres que buscan servicios de aborto es en promedio 30 veces más alto que en países donde el aborto es permitido por la ley (Grimes et al. 2006).

Los abortos inseguros ocurren principalmente en los países en desarrollo, donde el aborto es muy restringido por la ley.

De unos 41.6 millones de abortos realizados mundialmente en 2003, casi la mitad, 19.7 millones, fueron abortos inseguros y se realizaron en países en desarrollo con leyes de aborto muy restrictivas (Singh et al. 2009). Los abortos inseguros a menudo son realizados por personas no calificadas, que utilizan métodos peligrosos en condiciones antihigiénicas. También pueden ser autoinducidos por las mujeres, quienes se introducen objetos extraños o líquidos en la vagina y/o en el cuello uterino, beben sustancias peligrosas, emprenden actividades físicas traumáticas

o peligrosas, se toman productos farmacéuticos o manipulan el abdomen, entre otros métodos.

Tres estudios de casos bien documentados demuestran cómo la legalización del aborto aumenta la seguridad del procedimiento.

Rumania:

Antes de 1966, las mujeres rumanas podían obtener servicios de aborto seguro y legal por medio del sistema de salud nacional. En aquel entonces, la baja tasa de mortalidad materna de Rumania era similar a la de otros países de Europa Oriental donde el aborto era permitido por la ley. En 1966, el presidente Nicolae Ceausescu penalizó tanto el aborto como el uso de anticonceptivos. Por consiguiente, aumentó drásticamente la razón de mortalidad materna de Rumania de 16.9 por cada 100,000 nacidos vivos en 1965 a 151.3 por cada 100,000 nacidos vivos en 1982: 10 veces más alta que en cualquier otro país europeo con aborto legal (David 1999). Desde 1980 hasta 1989, aproximadamente 500 mujeres rumanas murieron anualmente por complicaciones relacionadas con el aborto inseguro. Tras la expulsión de Ceausescu en 1989, Rumania legalizó el aborto y la anticoncepción. Esto tuvo como resultado una reducción del 50% en la tasa de muertes maternas durante el primer año después de la legalización (Stephenson et al. 1992).

Sudáfrica:

En 1996, la Ley de Libre Elección en cuanto a la Interrupción del Embarazo (CTOP, por sus siglas en inglés) liberalizó las leyes de aborto en Sudáfrica. Según un estudio realizado antes de la legalización, en 1994, unas 45,000 mujeres eran atendidas anualmente en hospitales públicos por complicaciones relacionadas con aborto inseguro; de éstas, aproximadamente 425 mujeres murieron (Rees et al. 1997). Las tasas de muertes maternas relacionadas con aborto disminuyeron en un 91% durante los siete años entre 1994 y 2001 (Jewkes y Rees 2005). La tasa de morbilidad grave también disminuyó entre 1994 y

2000, del 17% al 10% entre las mujeres que buscaban atención postaborto en hospitales sudafricanos (Jewkes et al. 2002).

Carolina del Norte, EE. UU.:

Desde 1963 hasta 1972, el 15% de todas las muertes relacionadas con el embarazo en Carolina del Norte, EE. UU., fueron causadas por las complicaciones del aborto inseguro (Meyer y Buescher 1994). En 1973, el fallo de la Suprema Corte de EE. UU. en el caso de *Roe contra Wade*, estableció la inconstitucionalidad de las leyes estatales que restringen el derecho de una mujer a la interrupción legal del embarazo. Por consiguiente, la legislatura del estado de Carolina del Norte modificó su estatuto de aborto para permitir el aborto durante las primeras 20 semanas del embarazo por personal médico titulado en clínicas y hospitales certificados. Inmediatamente después de *Roe contra Wade*, desde 1973 hasta 1977, la tasa de mortalidad materna relacionada con el aborto disminuyó en un 85% en Carolina del Norte, comparada con el periodo anterior (Meyer y Buescher 1994).

Antecedentes:

Los datos sobre aborto del año 2003 indican que la gran mayoría de abortos (el 92%) en países industrializados con leyes de aborto progresistas son *seguros* comparados con los países en desarrollo con leyes restrictivas, donde el 55% de los abortos son realizados en condiciones *inseguras* y clandestinas (Sedgh et al. 2007). Un número desproporcionado de mujeres jóvenes sufren discapacidad inmediata y a largo plazo y mueren a consecuencia de las complicaciones relacionadas con el aborto inseguro. En el año 2003, un 40%, o dos de cada cinco abortos inseguros en las regiones en desarrollo, eran realizados en mujeres jóvenes menores de 25 años de edad (Shah y Ahman 2009).

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la incidencia del aborto, aproximadamente 70,000 mujeres mueren cada año a nivel mundial a consecuencia de abortos inseguros. La gran mayoría de estas muertes ocurren en países en desarrollo: 36,000 en África, 28,400 en Asia y 2000 en Latinoamérica y el Caribe (1400 de estas muertes ocurren en países sudamericanos) (OMS 2007).

6

Mito: Restringir el acceso a los servicios de aborto es la mejor manera de disminuir el índice de abortos.

Dato: La mejor manera de disminuir el índice de abortos es reducir el número de embarazos no intencionales por medio de educación sexual integral, prevención de la violencia basada en género y acceso a métodos anticonceptivos eficaces centrados en la mujer.

Restringir el acceso a los servicios de aborto *seguro* sólo aumenta el riesgo de las mujeres de tener un aborto *inseguro*. Cuando las mujeres deciden interrumpir un embarazo no deseado y no tienen acceso a servicios de aborto seguro y legal proporcionados por profesionales médicos bien capacitados, se ven obligadas a autoinducirse el aborto o a tener abortos clandestinos, a menudo efectuados por personal médico no calificado y en condiciones antihigiénicas.

En los países con leyes de aborto permisivas, principalmente los países desarrollados, no aumentan las tasas de aborto, mientras que en los países con leyes de aborto muy *restrictivas*, principalmente los países en desarrollo, existen altas tasas de aborto *inseguro* (Sedgh et al. 2007). El 40% de las mujeres del mundo (de 15 a 44 años de edad) viven en países en desarrollo con leyes de aborto muy restrictivas (Singh et al. 2009).

En una encuesta de 197 países realizada en el año 2009 por el Instituto Guttmacher, se encontró que al restringir el acceso a los servicios de aborto legal no se reduce el número de

mujeres que intentan interrumpir un embarazo no deseado (Singh et al. 2009). Las tasas de aborto son más o menos las mismas cuando se comparan las regiones del mundo, sin importar lo que permita la ley. Unas 70,000 mujeres y niñas mueren mundialmente cada año como consecuencia del aborto inseguro y millones sufren graves complicaciones (OMS 2007). De todos los abortos inseguros realizados en el año 2003, el 97% ocurrió en países en desarrollo con leyes de aborto restrictivas.

En los lugares donde el aborto es sumamente restringido, esto a menudo les cuesta a las mujeres su salud y su vida (Singh et al. 2009).

Antecedentes

Estudios rigurosos y bien realizados demuestran que la mejor manera de reducir el número de embarazos no planeados y abortos es brindar a las mujeres y a los hombres la información que necesitan sobre los métodos anticonceptivos y acceso a estos. El *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), asociación líder de profesionales de Estados Unidos que guía los servicios de salud para las mujeres, encontró que reducir el número de embarazos no planeados indudablemente contribuye a disminuir tanto las tasas de aborto inseguro como el índice general de aborto (ACOG 2009).

ACOG recomienda enfáticamente que en las estrategias para reducir el número de embarazos no deseados se incluya:

- Educación sexual integral;
- Mejor acceso a métodos anticonceptivos eficaces y anticoncepción de emergencia para todas las mujeres y niñas que desean evitar el embarazo;
- Disponibilidad de servicios accesibles y de alta calidad de aborto seguro y legal;
- Formación en salud reproductiva y anticoncepción, y capacitación en la prestación de servicios de aborto para cada

estudiante de medicina como parte integral de la formación sobre la salud reproductiva y como un elemento integrado de la capacitación de gineco-obstetras en residencia.

7

Mito: El aborto con medicamentos es peligroso y puede causar la muerte de las mujeres.

Dato: El aborto con medicamentos es una opción segura y eficaz para la interrupción del embarazo en el primer trimestre.

El aborto con medicamentos, también conocido como la “píldora abortiva”, se refiere a la interrupción del embarazo con medicamentos que inducen el aborto, en lugar de intervenciones quirúrgicas. La Organización Mundial de la Salud recomienda el aborto con medicamentos, junto con la aspiración por vacío, como un método seguro para la interrupción del embarazo en el primer trimestre (OMS 2003, Winikoff et al. 1997). Desde hace siglos, las mujeres utilizan medicamentos para inducir el aborto. No fue sino hasta en los últimos 25 años que empezaron a desarrollarse regímenes médicos seguros, confiables y basados en evidencia para inducir el aborto en el primer trimestre (Creinin 2000). Éste es un adelanto tecnológico importantísimo para la salud de las mujeres.

Los estudios científicos muestran que, cuando se utilizan correctamente, los métodos médicos para inducir el aborto en las etapas iniciales del embarazo, son seguros y eficaces. El riesgo de muerte asociado con el aborto con medicamentos es remoto y casi idéntico al del aborto espontáneo. Se calcula que la tasa de muerte a causa del aborto con medicamentos en Estados Unidos es de 0.8 muertes por cada 100,000 procedimientos. Este riesgo es indistinguible de la tasa de muerte de 0.7 por cada 100,000 abortos espontáneos. El riesgo de muerte a causa del aborto con medicamentos es mucho menor que el riesgo asociado con el parto y otras causas relacionadas con el embarazo (Grimes 2005).

El régimen más eficaz de aborto con medicamentos es la combinación de mifepristona (comunmente conocida como RU-486 o la “píldora abortiva”) y misoprostol (Christin-Maitre et al. 2000, Kulier et al. 2004).

Los estudios con excelentes diseños de investigación realizados mundialmente con miles de mujeres concluyen que este régimen puede ser ofrecido a las mujeres de manera segura y eficaz (Elul et al. 2001).

Antecedentes:

Desde 1988, los datos sobre las muertes y daños relacionados con el aborto con medicamentos en Europa y Estados Unidos muestran que, entre los 5.5 millones de mujeres que han tenido aborto con medicamentos, la muerte es sumamente rara (Delchambre 2009). En otras partes del mundo, como India y China, millones de mujeres han tenido aborto con medicamentos, pero no se han establecido o no se han reportado sistemas para seguir los resultados adversos. En Estados Unidos, ocho muertes fueron causadas por infección debido a un organismo raro, *Clostridium* (CDC 2005). Este organismo no se manifiesta exclusivamente con el aborto con medicamentos, ya que ha habido mujeres que también han fallecido a causa del *Clostridium* después de un parto, un aborto espontáneo, un aborto quirúrgico y después del tratamiento de patología cervical entre mujeres no embarazadas (Fisher et al. 2005, Cohen et al. 2007, Ho et al. 2009). En Europa, ocho mujeres han fallecido por diferentes causas, principalmente hemorragia. Una muerte fue causada por un medicamento con prostaglandinas que ya no se utiliza (Delchambre 2009). Se calcula que, en el Reino Unido y Europa, el índice de mortalidad como consecuencia del aborto con medicamentos inducido con el régimen de mifepristona-misoprostol es de 0.2 muertes por cada 100,000 procedimientos (RCOG 2004, Delchambre 2009).

Todos los procedimientos médicos tienen algún grado de riesgo. Sin embargo, el aborto con medicamentos es un procedimiento muy seguro, especialmente en comparación con otros resultados del embarazo. En Estados Unidos, por ejemplo, el riesgo de muerte en el parto es de 12.9 por cada 100,000 nacidos vivos (Grimes 2005), pero la tasa de mortalidad materna en el parto es mucho más alta en algunos otros países; 900 mujeres por cada 100,000 nacidos vivos mueren en algunas regiones en desarrollo (OMS 2007B).

El aborto con medicamentos es seguro particularmente en comparación con el aborto inseguro, al cual recurren millones de mujeres cada año. El riesgo de muerte asociado con el aborto inseguro a nivel mundial es de unas 300 muertes por cada 100,000 procedimientos de aborto inseguro, pero en algunas regiones del mundo, el riesgo es tan alto como 750 muertes por cada 100,000 procedimientos de aborto inseguro (OMS 2007A).

8

Mito: Si el aborto es legal, las mujeres lo utilizarán para el control de la natalidad.

Dato: Las mujeres que no tienen información y acceso a métodos anticonceptivos confiables se enfrentan con tasas más altas de embarazo no planeado y posiblemente recurran al aborto para interrumpir el embarazo, sin importar la legalidad del aborto.

Existe una correlación directa entre la falta de acceso a los anticonceptivos y las tasas elevadas de aborto.

Aproximadamente la mitad de todos los embarazos no intencionales del mundo terminan en aborto (Singh et al. 2009). En un informe de 2007 se mostró que cuando los anticonceptivos no son fáciles de conseguir o cuando su uso no es una práctica aceptada culturalmente, es probable que ocurran abortos en niveles más altos que de costumbre entre mujeres que desean evitar o postergar la maternidad (Sedgh et al. 2007).

La evidencia también muestra que en los países desarrollados con altas tasas de aborto, el índice de abortos inducidos disminuye rápidamente cuando diversos métodos anticonceptivos son fáciles de conseguir y se utilizan de manera eficaz. La legalización del aborto y el acceso a los servicios de aborto no promueven una mayor dependencia del aborto para el control de la fertilidad a largo plazo (Marston y Cleland 2003, Henshaw et al. 1999).

Holanda

Holanda es un excelente ejemplo de un país donde un enfoque pragmático e integral de planificación familiar ha tenido como resultado bajas tasas de aborto.

El programa holandés de planificación familiar se inició a mediados de la década de los sesenta. Para finales de esta década, casi todos los médicos de cabecera en los Países Bajos ofrecían servicios de planificación familiar. En 1971, se incluyeron los servicios de planificación familiar en el sistema nacional de seguro médico público, el cual ofrecía a las mujeres píldoras anticonceptivas gratuitas, el dispositivo intrauterino y el diafragma.

El programa holandés de planificación familiar estuvo en vigor por casi una década antes de que se liberalizara la práctica del aborto en este país entre 1967 y 1972. Hubo un aumento inicial en la incidencia de aborto después de la liberalización. No obstante, el número de abortos bajó a un ritmo constante para principios de la década de los setenta. El aborto inducido fue legalizado oficialmente en 1984. Desde 1973 hasta el año 2003, la tasa de abortos en Holanda fluctuó entre el 5% y el 9% por cada 1000 mujeres. Esta tasa es históricamente más baja que la tasa de aborto en otros países europeos (Ketting y Visser 1994, Sedgh et al. 2007).

Rumania

Antes de 1966, las mujeres rumanas podían obtener abortos legales, pero el acceso a los anticonceptivos era muy limitado. Las píldoras anticonceptivas y el dispositivo intrauterino eran ilegales y otros métodos anticonceptivos eran difíciles de conseguir. Se utilizaban métodos tradicionales no confiables para controlar la fertilidad, como el retiro (David 1999). La única opción legal y accesible para controlar la fertilidad era el aborto: de bajo costo, generalmente seguro y disponible a petición. En 1965, la tasa de aborto subió hasta 252 por cada

1000 mujeres en edad fértil, y la tasa de mortalidad materna era baja.

En 1966, el presidente Nicolae Ceausescu penalizó el aborto y prohibió todos los anticonceptivos para aumentar la población de Rumania. En un año, la tasa de aborto bajó a 46 por cada 1000 mujeres. Sin embargo, la disminución en la tasa de aborto coincidió con un aumento masivo en la tasa de mortalidad materna relacionada con aborto, ya que las mujeres que necesitaban servicios de aborto los obtenían ilegalmente y en condiciones de riesgo. Antes de 1966, la tasa de mortalidad materna relacionada con aborto era de 16.9 por cada 100,000 nacidos vivos; para 1982, había subido a 151.3 por cada 100,000 nacidos vivos.

Tras el cambio de régimen en 1989, el aborto fue legalizado. La tasa de aborto inicialmente saltó a 199 por cada 1000 mujeres. Al año siguiente, Rumania autorizó la importación, producción y venta de anticonceptivos modernos. En 2001, el Ministerio de Salud amplió los servicios de anticoncepción ofreciendo métodos anticonceptivos gratuitos y subsidiados. Además, aseguró que se continuara ofreciendo servicios de aborto a costos asequibles. A medida que mejoró el acceso a los anticonceptivos modernos, la tasa de aborto disminuyó (David 1999). Para el año 2003, la tasa de aborto era de 35 por cada 1000 mujeres rumanas.

Antecedentes:

En algunos países, las tasas de aborto aumentan después de su legalización en parte debido al cambio de abortos ilegales indocumentados a abortos legales documentados. Los aumentos en las tasas de aborto son una respuesta a la demanda de servicios, los cuales a menudo pasan a ser accesibles y seguros después de la legalización. En países donde las parejas practican anticoncepción de manera eficaz para limitar o espaciar los embarazos, las tasas de aborto disminuyen a niveles moderados. En cambio, en los países donde el uso de anticonceptivos continúa siendo bajo o ineficaz y donde existe gran o cada vez mayor motivación para tener familias pequeñas y espaciar los embarazos, es posible que los índices de aborto aumenten y tarden un tiempo en moderarse (Guttmacher 1999).

9

Mito: El aborto es exportado por el Occidente imperialista a los países en desarrollo.

Dato: Desde el inicio de la historia documentada, las mujeres en todo el mundo han interrumpido embarazos no deseados. Esta práctica está bien documentada

(Rylko-Bauer 1996, Devereux 1976, Gallen et al. 1981, Riddle 1992).

Historiadores y antropólogos han realizado numerosos estudios descriptivos transculturales, centrados en creencias tradicionales, los conocimientos y las prácticas de las mujeres con relación al aborto y la regulación de la fertilidad (Devereux 1967, Devereux 1976). Estos estudios han encontrado que el aborto es una de las prácticas médicas más antiguas, ya que se remonta a la antigüedad de Egipto, Grecia y Roma. Las técnicas de aborto eran documentadas en los antiguos papiros egipcios (1550 aC) (Dabash y Roudi-Fahimi 2008). Hace cinco mil años, el emperador chino Shen Nung describió el uso del mercurio para inducir el aborto (Glenc 1974).

Históricamente, la mayoría de los embarazos eran interrumpidos con métodos no quirúrgicos como administrarse hierbas abortivas (Riddle 1997) y hojas irritantes, ayunar, realizar sangrías, verter agua caliente en el abdomen, pasar hambre y acostarse sobre una superficie caliente. Otras técnicas comunes, las cuales suelen ser muy peligrosas, eran el uso de herramientas afiladas, la aplicación de presión abdominal y actividades físicas posiblemente peligrosas como trabajo extenuante, trepar, remar, cargar objetos pesados o zambullirse.

En *A Typological Study of Abortion in 350 Primitive, Ancient and Pre-industrial Societies* (Un estudio tipológico del aborto en 350 sociedades primitivas, antiguas y preindustriales), George Devereux, etnopsiquiatra y antropólogo, escribe: “existe toda indicación de que el aborto es un fenómeno absolutamente universal y que es imposible construir un sistema social imaginario donde ninguna mujer se ve obligada alguna vez en su vida a tener un aborto.” Devereux cita 20 grupos: Aztecas, Incas, Persia aqueménida, Persia islámica, la antigua Asiria y el antiguo y moderno Egipto (Devereux 1967).

Las leyes de aborto a nivel mundial

La práctica de aborto no es un producto exportado por el Occidente, pero las leyes de aborto restrictivas que se remontan a la era colonial sí. Durante la era colonial y después de ésta, la mayoría de los países colonizados adoptaron leyes restrictivas basadas en las leyes de los países europeos (Ernst et al. 2004). Las primeras condenas del aborto aparecieron en el Código de Derecho Canónico de la Iglesia católica romana en el siglo XII. Para fines del siglo XIX, la Iglesia había decretado que el aborto en cualquier momento después de la concepción era un crimen penado con excomunión (Francome 1988, Cook 2003).

Con la aprobación de la ley de 1803, “Irish Chalking Act”, Inglaterra fue el primer país en prohibir el aborto en *todas* las etapas del embarazo. Las infractoras eran castigadas con condena a cadena perpetua (Francome 1988). Esta ley sentó las bases para la ley de 1861 de delitos contra la persona (*Offenses against the Person Act*), la cual penalizó el aborto en Inglaterra y fue la base para penalizar el aborto en todos los países de la Comunidad Británica (Cook y Dickens 1979). En 1967 se legalizó el aborto en Inglaterra con la aprobación de la Ley de Aborto.

Influenciada por el Código de Derecho Canónico, Francia prohibió el aborto con el Código Napoleónico de 1810, el cual trató el aborto como homicidio e impuso estrictas penalidades criminales tanto a las mujeres que daban su consentimiento para que se les practicara el procedimiento como a las personas que lo efectuaban. El Código Napoleónico fue difundido por toda Europa e impuesto en los territorios coloniales franceses (Knoppers y Brault 1990). La Ley Veil, promulgada en 1975, despenalizó el aborto en Francia.

10

Mito: El aborto nunca es necesario para salvar la vida de una mujer.

Dato: El aborto para salvar la vida de una mujer o una niña es médicamente necesario en ciertas circunstancias y es muy aceptado por profesionales e instituciones como la Organización Mundial de la Salud.

Un aborto por indicación médica se efectúa para disminuir el riesgo de salud física o mental de una mujer o niña o para salvarle la vida. También puede referirse a la interrupción del embarazo en casos de violación o anomalía fetal (McNaughton et al. 2003).

Resulta difícil definir qué constituye un aborto médicamente necesario porque las decisiones médicas respecto a posibles morbilidad y mortalidad son muy subjetivas. Una variedad de afecciones médicas en mujeres embarazadas tienen el potencial de afectar negativamente la salud de la mujer y causar complicaciones que podrían poner su vida en peligro.

Aproximadamente un 94% de los países del mundo permiten el aborto para salvar la vida de la mujer (Singh et al. 2009). En algunos países se proporcionan listas detalladas de las afecciones consideradas muy graves. Según la Organización Mundial de la Salud, “Por lo general, estas listas tienen como objetivo dar ejemplos ilustrativos de situaciones que son consideradas peligrosas para la vida, pero no fueron creadas para descartar el criterio clínico del personal médico en cuanto a qué es peligroso para la vida de una mujer. No obstante, dichas listas pueden ser interpretadas de manera restrictiva o consideradas

exhaustivas, cuando en realidad no lo son. Por ejemplo, si una lista de peligros físicos a la vida es considerada exhaustiva, eso excluiría las afecciones de salud mental con riesgo de muerte” (OMS 2003).

Si un aborto para salvar la vida de una mujer es determinado por profesionales médicos que consultan sólo las listas establecidas de afecciones físicas muy graves, las mujeres tienen poco control sobre su derecho legal a un aborto.

Activistas antiaborto arguyen que el aborto nunca es médicamente necesario debido a los avances tecnológicos en la atención médica (American Life League 2002). Sin embargo, incluso en países con tecnología médica muy avanzada, las mujeres que se enfrentan con afecciones muy graves durante el embarazo, como cáncer no diagnosticado anteriormente o afecciones con riesgo de muerte que se presentan durante el embarazo como preeclampsia (un tipo avanzado de hipertensión) posiblemente aún necesiten un aborto (Cook et al. 2003). Más aún, los avances médicos no están disponibles a la gran mayoría de mujeres y niñas, principalmente aquéllas que viven en lugares con escasos recursos.

Antecedentes:

En tres países –Chile, El Salvador y Nicaragua– existen leyes específicas que prohíben el aborto en todos los casos, incluso para salvar la vida de la mujer (Centro de Derechos Reproductivos 2008). En 36 países se permite el aborto inducido sólo para salvar la vida de la mujer; el 21% de todas las mujeres en edad fértil viven en esos países. Unos pocos países en esta categoría hacen excepciones en sus códigos penales para casos de violación, incesto o malformación fetal grave. Cuando las leyes de aborto son restrictivas o ambiguas, le toca al personal de salud usar su propio criterio e interpretación de la ley. En muchos casos, el personal de salud puede negarse a realizar un aborto para salvar la vida de la mujer por temor a

acciones penales.

Glosario

Abortivo: Medicamento, hierba o dispositivo que puede causar un aborto.

Aborto: La interrupción y expulsión de un embarazo antes de la viabilidad.

Aborto con medicamentos: El uso de uno o más medicamentos para la interrupción del embarazo. Estos medicamentos interrumpen el embarazo, que es expulsado por el útero en un proceso similar al de un aborto espontáneo. El aborto con medicamentos a veces es llamado aborto farmacológico, aborto farmacéutico o la píldora abortiva. El aborto con medicamentos no es lo mismo que la anticoncepción de emergencia (AE), también conocida como la píldora del día siguiente, la cual impide que ocurra el embarazo.

Aborto espontáneo: Pérdida del embarazo; la interrupción no intencional de un embarazo que no es viable (el feto no puede sobrevivir). El aborto espontáneo ocurre en por lo menos el 15-20 por ciento de todos los embarazos confirmados y generalmente se produce antes de la decimotercera semana del embarazo.

Aborto incompleto: Un aborto, ya sea espontáneo o inducido, en el cual parte de los restos ovulares fueron expulsados y otros permanecen en el útero.

Aborto inducido: La interrupción intencional del embarazo.

Aborto inseguro: Procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado realizado por una persona sin las habilidades o los conocimientos necesarios para efectuar el procedimiento de manera segura y/o en un lugar que no cumple con los mínimos requisitos médicos, o ambas cosas.

Aborto seguro: Abortos (a) realizados en países donde la ley de aborto *no es restrictiva* (definidos como países donde el aborto es permitido por la ley por razones sociales o económicas, o sin especificación en cuanto a la razón, y unos pocos países y territorios con leyes más restrictivas, donde no obstante los servicios de aborto seguro son fáciles de obtener) y (b) que cumplen con los requisitos jurídicos en países donde la ley es *restrictiva*.

Aborto terapéutico: Un aborto inducido legalmente por razones médicas (por ejemplo, cuando la vida de la madre corre peligro).

Anticoncepción/Anticonceptivo: El uso intencional de todo comportamiento, dispositivo, medicamento o procedimiento utilizado para evitar la concepción. Todos los métodos anticonceptivos son también métodos para el control de la natalidad (aunque algunos métodos para el control de la natalidad, como la esterilización no son anticonceptivos).

Anticoncepción de emergencia (AE): Medicamentos o altas dosis de ciertas píldoras anticonceptivas, que se utilizan para evitar el embarazo después de tener coito vaginal sin protección.

Atención del aborto centrada en la mujer: Un enfoque integral para proporcionar servicios de aborto, que toma en cuenta los diversos factores que influyen en las necesidades de salud de una mujer, tanto física como mental, así como en su capacidad para acceder a los servicios y sus circunstancias personales. El modelo de atención del aborto centrado en la mujer comprende tres elementos fundamentales: libre elección, acceso y calidad.

Atención postaborto (APA): Conjunto específico de servicios ofrecidos a mujeres que presentan complicaciones del aborto, especialmente el aborto inseguro, como retención de restos ovulares, hemorragia e infección.

Concepción: El momento en que el preembrión se implanta en el revestimiento del útero y comienza el embarazo. También se utiliza para describir la fecundación del óvulo.

Derechos reproductivos: Derechos que se basan en el reconocimiento del derecho fundamental de todas las personas y parejas a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más alto posible de salud sexual y reproductiva. Entre los derechos reproductivos también figura el derecho de todas las personas y parejas a tomar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacción o violencia.

Dispositivo intrauterino (DIU): Pequeño dispositivo de plástico que contiene cobre o una hormona y se introduce en el útero para evitar el embarazo.

Educación sexual integral: Enfoque en la educación sobre la sexualidad y la salud reproductiva, que incluye información sobre la abstinencia, la fidelidad a la pareja/reducción del número de parejas sexuales, relaciones entre lesbianas, gays, bisexuales, transexuales y queers (LGBTQ) y uso de anticonceptivos/condones para evitar ITS/VIH y embarazos no deseados, así como sobre los beneficios para la salud y los efectos secundarios de todos los anticonceptivos y métodos de barrera. Estos programas también fomentan la comunicación entre padres e hijos respecto a la sexualidad y les enseñan a las personas jóvenes las habilidades necesarias para tomar decisiones responsables sobre la sexualidad.

Embarazo de alto riesgo: Embarazo durante el cual la mujer o el feto corren mayor riesgo de presentar complicaciones.

Embrión: El organismo que se desarrolla de un óvulo fecundado e implantado (cigoto), desde la segunda hasta concluida la décima semana del embarazo.

Fertilidad: La capacidad para concebir y tener hijos o la capacidad para quedar embarazada por medio de actividad sexual. La infertilidad se define como la inhabilidad de tener hijos o concebir después de un año de relaciones sexuales con penetración del pene en la vagina y sin anticoncepción, si la mujer es menor de 35 años de edad.

Feto: La etapa de desarrollo del embarazo después del estado embrionario.

Género: Las oportunidades y los atributos económicos, sociales y culturales asociados con ser hombre o mujer en determinado momento.

Hemorragia: Sangrado abundante o el flujo anormal de sangre, generalmente definido como pérdida de más de 500cc de sangre.

Indicación para aborto: Condiciones específicas bajo las cuales un aborto es legal según una ley o política: por ejemplo, un embarazo causado por una violación o un embarazo que pone en peligro la vida de la mujer.

Mifepristona: Originalmente conocida como RU-486, la mifepristona bloquea la acción de la progesterona en el útero, lo cual detiene el crecimiento del feto y produce el desprendimiento del embarazo. Además, sensibiliza al útero a las prostaglandinas (como misoprostol), aumenta sus efectos y madura el cuello uterino.

Misoprostol: Un análogo de prostaglandina utilizado a menudo para el aborto con medicamentos en el primer o segundo trimestre, con o sin mifepristona. Es administrado a diferentes intervalos para madurar el cuello uterino, estimular las contracciones uterinas y causar la expulsión del embarazo.

Morbilidad materna: Grave enfermedad, discapacidad o lesión

física a mujeres, causadas por complicaciones relacionadas con el embarazo.

Mortalidad materna: Muertes de mujeres durante el embarazo o en un plazo de 42 días después del embarazo (ya sea un aborto o nacimiento) causadas por el embarazo o su manejo o relacionadas con estos.

Organización Mundial de la Salud (OMS): Organismo de las Naciones Unidas que se especializa en salud; fue fundado el 7 de abril de 1948. El objetivo de la OMS, como se establece en su constitución, es que todas las personas alcancen el nivel más alto posible de salud, la cual define como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Píldora abortiva: Término popular para la mifepristona, un medicamento utilizado para la interrupción del embarazo. A veces se utiliza para describir el proceso general de aborto con medicamentos.

Píldora del día siguiente: (Ver “Anticoncepción de emergencia”).

Planificación familiar: El esfuerzo consciente de personas o parejas para planificar y alcanzar el número de hijos deseados y para regular el espaciamiento de sus nacimientos y el intervalo entre estos. La planificación familiar abarca una gama de servicios de anticoncepción y tratamiento de infertilidad involuntaria a fin de mejorar las opciones de la mujer para evitar o inducir el embarazo.

Prestador/a de servicios de salud: Una persona o institución que proporciona servicios médicos (por ejemplo, un médico o médica, personal de enfermería, una partera, un hospital o un laboratorio).

Primer trimestre: Los primeros tres meses del embarazo.

Salud pública: El bienestar colectivo de poblaciones y actividades emprendidas por una sociedad para asegurar condiciones en las cuales las personas puedan ser saludables. Esto abarca los esfuerzos comunitarios organizados para impedir, evitar y contrarrestar las amenazas a la salud del público.

Salud reproductiva: Un estado de completo bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos.

Sesgo de recuerdo: Un tipo de *sesgo sistemático* que ocurre cuando la manera en que la persona entrevistada contesta una pregunta es afectada no sólo por la respuesta correcta, sino también por la manera en que la persona entrevistada recuerda eventos o experiencias anteriores.

Tasa de aborto: El número de abortos por cada 1000 mujeres de 15 a 44 años de edad (edad fértil).

Trimestre: Los nueve meses de embarazo tradicionalmente se dividen en tres trimestres: distintos períodos de aproximadamente tres meses cada uno, en que se producen las diferentes fases del desarrollo fetal.

Violación: Contacto sexual no consensual forzado o manipulado, incluido el coito vaginal o anal, sexo oral o penetración con un objeto o dígito.

Violencia basada en género: Todo acto de violencia basada en género que produzca, o probablemente produzca, daños físicos, sexuales o psicológicos o sufrimiento a las mujeres, incluso amenazas de dichos actos, coacción o privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurran en público o en privado.

Referencias bibliográficas

Dato 1

Adams, Ryan y William Bukowski. 2007. Relationships with mothers and peers moderate the association between childhood sexual abuse and anxiety disorders. *Child Abuse & Neglect*, 31(6): 645-656.

Asociación Psicológica Americana, Comisión Especial sobre Salud Mental y Aborto. 2008. *Report of the task force on mental health and abortion*. Washington, D.C.: Asociación Psicológica Americana.

Asociación Psiquiátrica Americana. 2002. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington, VA: Asociación Psiquiátrica Americana.

Charles, Vignetta, Chelsea Polis, Srinivas Sridhara y Robert Blum. 2008. Abortion and long-term mental health outcomes: A systematic review of the evidence. *Contraception*, 78: 436-450.

Coker, Ann L. 2007. Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(2): 149-177.

García-Moreno, Claudia, Henrica A.F.M. Jansen, Mary Ellsberg, Lori Heise y Charlotte Watts. 2005. *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes, and women's responses*. Ginebra: OMS.

Gilchrist, Anne C., Philip C. Hannaford, Peter Frank y Clifford R. Kay. 1995. Termination of pregnancy and psychiatric morbidity. *British Journal of Psychiatry*, 167(2): 243-8.

Goodwin, Mary, Julie Gazmararian, Christopher Johnson, Brenda Colley Gilbert y Linda Saltzman. 2000. Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: Findings from the pregnancy risk assessment monitoring system, 1996-1997. *Maternal and Child Health Journal*, 4(2): 85-92.

Ney, Philip y Adele Rose Wickett. 1989. Mental health and abortion: Review and analysis. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 14: 506-16.

Rogers, James, George Stoms y James Phifer. 1989. Psychological impact of abortion: Methodological and outcomes summary of empirical research between 1966 and 1988. *Health Care for Women International*, 10(4): 347-76.

Schmiege, Sarah y Nancy Felipe Russo. 2005. Depression and unwanted first pregnancy: Longitudinal cohort study. *British Medical Journal*, 331(7528): 1303-6.

Speckhard, Anne. 1985. The psycho-social aspects of stress following abortion. PhD diss, University of Minnesota.

Speckhard, Anne y Vincent Rue. 1992. Postabortion syndrome: An emerging public health concern. *Journal of Social Issues*, 48: 95-119.

Thorp, John, Katherine Hartmann y Elizabeth Shadigan. 2005. Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: A review of the evidence. *Linacre Quarterly*, 72(1): 44-69.

Dato 2

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). 2003. ACOG News Release: ACOG finds no link between abortion and breast cancer risk. ACOG, 14 de abril de 2009, International. http://www.acog.org/from_home/publications/press_releases/nr07-31-03-2.cfm.

ACOG Committee on Gynecologic Practice. 2003. ACOG Committee Opinion. Número 285: Noviembre de 2003: Induced abortion and breast cancer risk. *Obstetrics & Gynecology*, 102(2): 433-435.

Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos. 2004. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based clinical guideline Number 7. Reino Unido: RCOG. <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/NEBInducedAbortionfull.pdf>.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. 2004. Breast cancer and abortion: Collaborative reanalysis of data from 53 epidemiological studies, including 83,000 women with breast cancer from 16 countries. *The Lancet*, 363(9414): 1007-1016.

Instituto Nacional del Cáncer. The National Cancer Institute: More than 70 years of excellence in cancer research. Instituto Nacional del Cáncer. <http://www.cancer.gov/aboutnci/excellence-in-research>.

Instituto Nacional del Cáncer. 2003. Summary report: Early reproductive events and breast cancer workshop. Instituto Nacional del Cáncer. <http://www.nci.nih.gov/cancerinfo/ere-workshop-report>.

Instituto Nacional del Cáncer. 2008. Pregnancy and breast cancer risk. Instituto Nacional del Cáncer. <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/pregnancy>.

Instituto Nacional del Cáncer. What You Need to Know About Breast Cancer™. Instituto Nacional del Cáncer. <http://www.cancer.gov/cancerinfo/wyntk/breast>.

Melbye, Mads, Jan Wohlfahrt, Jorgen Olsen, Morten Frisch, Tine Westergaard, Karin Helweg-Larsen y Per Kragh Andersen. 1997. Induced abortion and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 336(2): 81-85.

Dato 3

De Santis, Marco, Anna Franca Cavaliere, Gianluca Straface, Brigida Carducci y Alessandro Caruso. 2005. Failure of the emergency contraceptive levonorgestrel and the risk of adverse effects in pregnancy and on fetal development: An observational cohort study. *Fertility & Sterility*, 84(2): 296-299.

FIGO e ICEC. 2008. How do levonorgestrel-only emergency contraceptive pills (LNG ECPs) prevent pregnancy? *Consortio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia*, 14 de abril de 2009, International. http://www.cecinfo.org/PDF/ICEC_MOA_10_14.pdf.

Liskin, Laurie S. y Anne H. Rutledge. 1984. After contraception: Dispelling rumors about later childbearing. *Population Reports*, serie J(28).

OMS, ICEC, FIGO e IPPF. 2010. Fact sheet on the safety of levonorgestrel-alone emergency contraception pills (LNGECPs). Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. 2005. Emergency contraception fact sheet, No. 244. Ginebra: OMS.

Polis, Chelsea B., David A. Grimes, Kate Schaffer, Kelly Blanchard, Anna Glasier y Cynthia Harper. 2010. Advance provision of emergency contraception for pregnancy

prevention. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2 de marzo de 2010, International. <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab005497.html>.

Reznik, Sandra E. 2010. Plan B: How it works. Science shows it is not an abortifacient. *Health Progress*, 91(1): 59-61.

The Emergency Contraception Website. <http://ec.princeton.edu/questions/dedicated.html>.

Turner, Abigail N. y Charlotte Ellertson. 2002. How safe is emergency contraception? *Drug Safety*, 25(10): 695-706.

Zhang, Lin, Junling Chen, Yasun Wang, et al. 2009. Pregnancy outcome after levonorgestrel-only emergency contraception failure: A prospective cohort study. *Human Reproduction*, 24(7): 1605-1611.

Dato 4

Hill, Kenneth, Kevin Thomas, Carla AbouZahr, Neff Walker, Lale Say, Mie Inoue y Emi Suzuki. 2007. Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: An assessment of available data. *The Lancet*, 370(9595): 1311-19.

Organización Mundial de la Salud. 2007A. *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. 2007B. *Maternal mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. 2010. *Trends in maternal mortality: 1990-2008, Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. 2003. *Aborto sin Riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*. Ginebra: OMS.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 2010. *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo. <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>.

Shah, Iqbal y Lale Say. 2007. Maternal mortality and maternity care from 1990 to 2005: Uneven but important gains. *Reproductive Health Matters*, 15(30): 17-27.

Singh, Susheela, Deirdre Wulf, Rubina Hussain, Akinrinola Bankole y Gilda Sedgh. 2009. *Abortion worldwide: A decade of uneven progress*. Nueva York: Alan Guttmacher Institute.

Dato 5

David, Henry, ed. 1999. *From abortion to contraception: A resource to public policies and reproductive behavior in Central and Eastern Europe from 1917 to the present*. Westport, CT: Greenwood Press.

Grimes, David, Janie Benson, Susheela Singh, Mariana Romero, Bela Ganatra, Friday E. Okonofua e Iqbal H. Shah. 2006. Unsafe abortion: The preventable pandemic. *The Lancet*, 268(9550): 1909-19.

Jewkes, Rachel y Helen Rees. 2005. Dramatic decline in abortion mortality due to the Choice on Termination of Pregnancy Act. *South African Medical Journal*, 95(4): 250.

Jewkes, Rachel, Heather Brown, Kim Dickson-Tetteh, Jonathan Levin and Helen Rees. 2002. Prevalence of morbidity associated with abortion before and after legalization in South Africa. *British Medical Journal*, 324(7348): 1252-1253.

Meyer, Robert E. y Paul A. Buescher. 1994. Maternal mortality related to induced abortion in North Carolina: A historical study. *Family Planning Perspectives*, 26(4): 79-80.

Organización Mundial de la Salud. 2007. *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*. Ginebra: OMS.

Rees, Helen, Judy Katzenellenbogen, Rosieda Shabodien, Rachel Jewkes, Sue Fawcus, James McIntyre, Carl Lombard y Hanneke Truter. 1997. The epidemiology of incomplete abortion in South Africa. *South African Medical Journal*, 87: 432-437.

Sedgh, Gilda, Stanley Henshaw, Susheela Singh, Elizabeth Ahman e Iqbal H. Shah. 2007. Induced abortion: Estimated rates and trends worldwide. *The Lancet*, 370(9595): 1338-45.

Shah, Iqbal y Elisabeth Ahman. 2009. Unsafe abortion: Global and regional incidence, trends, consequences, and challenges. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 31: 1149-1158.

Singh, Susheela, Deirdre Wulf, Rubina Hussain, Akinrinola Bankole y Gilda Sedgh. 2009. *Abortion worldwide: A decade of uneven progress*. Nueva York: Alan Guttmacher Institute.

Stephenson, Patricia, Marsden Wagner, Mihaela Badea y Florina Serbanescu. 1992. Commentary: The public health consequences of restricted induced abortion – Lessons from Romania. *American Journal of Public Health*, 82(10): 1328-1331.

Dato 6

ACOG Committee on Health Care for Underserved Women. 2009. ACOG Committee Opinion No. 424: Abortion Access and Training. *Obstetrics & Gynecology*, 113(1): 247-250.

Organización Mundial de la Salud. 2007. *Maternal mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank*. Ginebra: OMS.

Sedgh, Gilda, Stanley Henshaw, Susheela Singh, Elizabeth Ahman e Iqbal H. Shah. 2007. Induced abortion: Estimated rates and trends worldwide. *The Lancet*, 370(9595): 1338-45.

Singh, Susheela, Deirdre Wulf, Rubina Hussain, Akinrinola Bankole y Gilda Sedgh. 2009. *Abortion worldwide: A decade of uneven progress*. Nueva York: Alan Guttmacher Institute.

Dato 7

Baird, David. 2002. Medical abortion in the first trimester. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 16(2): 221-36.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. 2005. *Clostridium sordellii* toxic shock syndrome after medical abortion with mifepristone and intravaginal misoprostol, United States and Canada, 2001-2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54(29): 724.

Christin-Maitre, Sophie, Philippe Bouchard e Irving Spitz. 2000. Medical termination of pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 342(13): 946-956.

Cohen, Adam, Julu Bhatnager, Sarah Reagan, et al. 2007. Toxic shock associated with *Clostridium sordellii* and *Clostridium perfringens* after medical and spontaneous abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 110(5): 1027-1033.

Creinin, Mitchell. 2000. Medical abortion regimens: Historical context and overview. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 183(2): 3-9.

Delchambre, J.M.D. 2009. Review of incidence of fatalities occurring after mifegyne for medical abortion. Exelgyn: Periodic Update Safety Report.

Elul, Batya, Selma Hajri, Nguyen thi Nhu Ngoc, Charlotte Ellertson, Claude Ben Slama, Elizabeth Pearlman y Beverly Winikoff. 2001. Can women in less-developed countries use a simplified medical abortion regimen? *The Lancet*, 357(9266): 1402-1405.

Fischer, Marc, Julu Bhatnager, Jeannette Guarner, et al. 2005. Fatal toxic shock syndrome associated with *Clostridium sordellii* after medical abortion. *New England Journal of Medicine*, 353(22): 2352-60.

Grimes, David. 2005. Risks of mifepristone abortion in context. *Contraception*, 71(3): 161.

Hertzen, Helena, Helena Honkanen, Gilda Piaggio, et al. 2003. WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. I: Efficacy. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 110(9): 808-18.

Ho, Christine, Julu Bhatnager, Adam Cohen, et al. 2009. Undiagnosed cases of fatal *Clostridium*-associated toxic shock in Californian women of childbearing age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 201(5): 459e1-459e7.

Kulier, Regina, A.M. Gulmezoglu, G. Justus Hofmeyr, Li-Nan Cheng y Aldo Campana. 2004. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5 de abril de 2010, International. <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab002855.html>.

Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos. 2004. The care of women requesting induced abortion. Evidence-based clinical guideline Number 7. Reino Unido: RCOG. <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/NEBInducedAbortionfull.pdf>.

Organización Mundial de la Salud. 2003. *Aborto sin Riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. 2007A. *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud. 2007B. *Maternal mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank*. Ginebra: OMS.

Singh, Susheela, Deirdre Wulf, Rubina Hussain, Akinrinola Bankole y Gilda Sedgh. 2009. *Abortion worldwide: A decade of uneven progress*. Nueva York: Alan Guttmacher Institute.

Winikoff, Beverly, Irving Sivin, Kurus J. Coyaji, Evelio Cabezas, Xiao Bilian, Gu Sujuan, Du Ming-kun, Usha R. Krishna, Andrea Eschen y Charlotte Ellertson. 1997. Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: A comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 176(2): 431-437.

Winikoff, Beverly, Ilana Dzuba, Mitchell Creinin, William A. Crowden, Alisa B. Goldberg, Juliana Gonzáles, Michelle Howe, Jeffrey Moskowitz, Linda Prine y Caitlin S. Shannon. 2008. Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion. A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 112(6): 1303-10.

Dato 8

Alan Guttmacher Institute (AGI). 1999. *Sharing responsibility: Women, society and abortion worldwide*. Nueva York y Washington, D.C.: AGI.

David, Henry, ed. 1999. *From abortion to contraception: A resource to public policies and reproductive behavior in Central and Eastern Europe from 1917 to the present*. Westport, CT: Greenwood Press.

Henshaw, Stanley, Susheela Singh y T. Haas. 1999. Recent trends in abortion rates worldwide. Research note. *International Family Planning Perspectives*, 25(1): 44-48.

Johnson, Brooke, Mihai Horga y Peter Fajans. 2004. A strategic assessment of abortion and contraception in Romania. *Reproductive Health Matters*, 12 (24 Supplement): 184-194.

Ketting, E. y A.P. Visser. 1994. Contraception in the Netherlands: The low abortion rate explained. *Patient education and Counseling*, 23(3): 161-71.

Marston, Cicely y John Cleland. 2003. Relationships between contraception and abortion: A review of the evidence. *International Family Planning Perspectives*, 29(1): 6-13.

Sedgh, Gilda, Stanley Henshaw, Susheela Singh, Akinrinola Bankole y Joanna Drescher. 2007. Legal abortion worldwide: Incidence and recent trends. *International Family Planning Perspectives*, 33(3): 106-116.

Singh, Susheela, Deirdre Wulf, Rubina Hussain, Akinrinola Bankole y Gilda Sedgh. 2009. *Abortion worldwide: A decade of uneven progress*. Nueva York: Alan Guttmacher Institute.

Dato 9

Cook, Rebecca y Bernard Dickens. 1979. *Abortion laws in Commonwealth countries*. Ginebra: OMS.

Cook, Rebecca, Bernard Dickens y Mahmoud F. Fathalla. 2003. *Reproductive health and human rights: Integrating medicine, ethics, and law*. Oxford: Clarendon Press.

Dabash, Rasha y Farzaneh Roudi-Fahimi. 2008. *Abortion in the Middle East and North Africa*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.

Devereux, George. 1976. *A study of abortion in primitive societies*. Nueva York: International Universities Press.

Devereux, George. 1967. A typological study of abortion in 350 primitive, ancient, and pre-industrial societies. In *Abortion in America*, ed. Harold Rosen, 97-152. Boston: Beacon Press.

Ernst, Julia, Laura Katzive y Erica Smock. 2004. The global pattern of U.S. initiatives curtailing women's reproductive rights: A perspective on the increasingly anti-choice mosaic. *University of Pennsylvania Journal of Constitutional Law*, 6(4): 752-796.

Francome, Colin. 1988. Reino Unido. In *International handbook on abortion*, ed. Paul Sachdev, 458-459. Nueva York y Londres: Greenwood Press.

Gallen, Moira, Tongplaew Narkavonkit, John B. Tomaro y Malcolm Potts. 1981. *Traditional abortion practices*. Research Triangle Park, Carolina del Norte: International Fertility Research Program.

Glenc, F. 1974. Induced abortion – a historical outline. *Poskil Tygodnik Lekarski*, 29(45): 1957-58 (en polaco).

Knoppers, Bartha Maria e Isabel Brault. 1990. Abortion Law in Francophone countries. *The American Journal of Comparative Law*, 38(4): 889-922.

Organización de las Naciones Unidas, División de Población. 2001. *Abortion policies: A global review. Volume 1-Afghanistan to France*. Nueva York: NY: ONU.

Riddle, John. 1992. *Contraception and abortion from the ancient world to the Renaissance*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Riddle, John. 1997. *Eve's herbs: A history of contraception and abortion in the West*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Rylko-Bauer, Barbara. 1996. Abortion from a crosscultural perspective: An introduction. *Social Science & Medicine*, 42(4): 479-482.

Singh, Susheela, Deirdre Wulf, Rubina Hussain, Akinrinola Bankole y Gilda Sedgh. 2009. *Abortion worldwide: A decade of uneven progress*. Nueva York: Alan Guttmacher Institute.

Dato 10

American Life League. 2002. Abortion: Not even when the pregnancy threatens the life of the mother? *American Life League*, 10 de diciembre de 2009, International. http://www.all.org/db_file/1013.pdf.

Centro de Derechos Reproductivos. 2008. *The world's abortion laws*. Nueva York: Centro de Derechos Reproductivos.

Cook, Rebecca J., Bernard M. Dickens y Mahmoud F. Fathalla. 2003. Responding to a request for pregnancy termination. In *Reproductive health and human rights: Integrating medicine, ethics, and law*. Oxford: Oxford University Press.

James, Denise y Natalie E. Roche. 2006. Therapeutic abortion. *eMedicine*, 2 de junio, International. <http://emedicine.Medscape.com/>.

McNaughton, Heathe Luz, Karen Padilla y Diony Fuentes. 2003. *El acceso al aborto terapéutico en Nicaragua*. Managua, Nicaragua: Ipas Centroamérica.

Organización Mundial de la Salud. 2003. *Aborto sin Riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*. Ginebra: OMS.

Singh, Susheela, Deirdre Wulf, Rubina Hussain, Akinrinola Bankole y Gilda Sedgh. 2009. *Abortion worldwide: A decade of uneven progress*. Nueva York: Alan Guttmacher Institute.

Personas que aportaron a la elaboración de este manual

Kristen Anderson

Debbie Billings

Tamara Fetters

Mary Fjerstad

Leila Hessini

Charlotte Hord Smith

Gillian Kane

Laura Villa

Elizabeth Westley

Silver Wevill

Merrill Wolf

