

Abortos sin riesgo: un componente indispensable de las políticas y prácticas adecuadas de salud pública

M. Berer¹

A nivel mundial la mortalidad por aborto es responsable al menos del 13% de la mortalidad materna global. La peligrosidad de las técnicas abortivas, la intervención de personas no preparadas para practicar abortos, las leyes restrictivas sobre el aborto y la elevada mortalidad y morbilidad por aborto discurren en paralelo. La prevención de la mortalidad y la morbilidad por aborto en los países donde esas tasas siguen siendo altas constituye un componente de buena política de salud pública y práctica médica, y representa una parte importante de las iniciativas de maternidad sin riesgo. Este artículo analiza los cambios que es necesario introducir en las políticas y en la prestación de servicios de salud para hacer seguros los abortos. Se basa para ello en una amplia revisión de las fuentes publicadas e inéditas. Unas medidas de salud pública eficaces deben tener en cuenta las razones que llevan a las mujeres a recurrir al aborto, el tipo de servicios que deben prestarse y en qué fases del embarazo, el tipo de dispensadores de atención necesarios, y los aspectos de formación, costos y asesoramiento. La transición de abortos peligrosos a abortos sin riesgo requiere las tres acciones siguientes: introducir cambios en la política nacional; adiestrar en las prácticas de aborto a los dispensadores de asistencia y ofrecer servicios en los puntos de prestación apropiados del sistema de atención primaria; y asegurar que las mujeres utilicen esos servicios y no recurran a dispensadores de asistencia sin cualificación. La sensibilización del público respecto a la existencia de servicios de aborto constituye un elemento crucial de este cambio, sobre todo entre las adolescentes y las mujeres solteras, cuyo acceso a los servicios de salud reproductiva es por lo general menor.

Artículo publicado en inglés en el *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, **78** (5): 580–592.

Introducción

La OMS ha calculado que, a nivel mundial, un 25% de los embarazos terminan en un aborto provocado, lo que representa aproximadamente 50 millones de abortos anuales. De ellos, 20 millones se practican en condiciones peligrosas, debido a la intervención de personas sin preparación, al empleo de técnicas peligrosas o a ambas cosas. En los países desarrollados, se calcula en 80 000 el número de muertes anuales, esto es, 400 muertes por cada 100 000 abortos, como resultado de abortos peligrosos. Sin embargo, esta cifra oculta la significativa variación regional de los abortos peligrosos en África, con una probabilidad al menos 700 veces mayor de causar la muerte que los abortos seguros en los países desarrollados (tabla 1). Aunque en éstos se han producido en los últimos 10 años avances en la seguridad de las técnicas abortivas, así como en el acceso al tratamiento de las complicaciones para algunas mujeres, sigue siendo muy elevado el número de éstas que necesitan tratamiento por complicacio-

nes graves de los abortos peligrosos, y muchas de ellas nunca reciben asistencia (1–8).

Se observa una tendencia a que en los mismos países concurren las técnicas abortivas peligrosas, los dispensadores de servicios de aborto sin capacitación, las leyes restrictivas en esta materia y la alta mortalidad y morbilidad por aborto. Este artículo analiza la forma de lograr abortos más seguros a través de una adecuada política de salud pública y de una buena calidad en la práctica médica. Se basa en una revisión de fuentes publicadas e inéditas, identificadas mediante una búsqueda en MEDLINE y POPLINE, así como de artículos aparecidos en varias revistas, boletines, libros y otras publicaciones en este campo.

El descenso de la fecundidad y la necesidad de abortar

Los embarazos no planeados ni deseados suponen una grave responsabilidad de salud pública. Mientras que en los países desarrollados la fecundidad se ha reducido casi a la mitad desde la década de 1960 (9), el interés por controlar y espaciar los nacimientos ha aumentado más rápidamente que las tasas de utilización de los métodos anticonceptivos. Una vez que las personas deciden tener pocos hijos, recurren a

¹ Directora de *Reproductive Health Matters*, y Presidenta del Cuadro Consultivo sobre las Diferencias por razón de Sexo, Departamento de Salud e Investigación Reproductiva, Organización Mundial de la Salud. (Correspondencia: *Reproductive Health Matters*, 444 Highgate Studios, 53–79 Highgate Road, Londres NW5 1TL, Inglaterra.)

una combinación de estrategias para conseguirlo, entre las que se incluyen los métodos modernos o tradicionales de anticoncepción y el aborto. La disminución de la fecundidad se atribuye en ocasiones y de forma exclusiva a unas prácticas anticonceptivas eficaces, pero el aborto también es un elemento importante (10–13). El alcance y la eficacia de la utilización de los anticonceptivos repercuten sobre las tasas de aborto, pero estos métodos pueden fracasar pese a un empleo correcto y constante (14, 15). En Italia, Turquía y el Reino Unido, las razones más habituales para abortar fueron la práctica incorrecta del coitus interruptus, el fallo de los preservativos y la toma irregular de anticonceptivos orales (16–18). Grecia es uno de los pocos países en los que, aunque las mujeres acceden a la anticoncepción, muchas prefieren utilizar el aborto como método primario para el control de la natalidad (19). Éste ha sido también el caso de la Federación de Rusia, la antigua Yugoslavia (20) y muchos países de la antigua Unión Soviética en los que la imposibilidad de acceder a métodos anticonceptivos, así como la preferencia por el aborto, han contribuido a las altas tasas de éste.

La creciente separación entre la edad de la menarquía y la edad del matrimonio supone la existencia de un periodo más prolongado durante el cual las mujeres solteras pueden tener un embarazo no deseado. La imposibilidad de acceder a los servicios de planificación familiar para jóvenes y mujeres solteras contribuye en gran medida a la tasa de abortos. En Argentina, Chile, Ghana, Kenia y Viet Nam, las mujeres solteras con embarazos no deseados refieren escasa comunicación con la pareja, pocos conocimientos sobre fecundidad y anticoncepción y un uso escaso, irregular o ineficaz de métodos anticonceptivos (21–26).

El aumento de las tasas de aborto también puede deberse a una mayor utilización de los preservativos más que al empleo de métodos anticonceptivos más eficaces, sobre todo entre las mujeres que necesitan una doble protección, tanto frente a enfermedades de transmisión sexual como a embarazos no deseados (27). Así mismo, se considera que unas tasas de aborto más elevadas reflejan por lo general un resultado negativo del empleo del preservativo, pero la disminución de las tasas de enfermedades de transmisión sexual, sobre todo de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), gracias al uso de los preservativos, debería considerarse como un resultado positivo y una política adecuada de salud pública, siempre y cuando el aborto sea seguro.

La mayoría de las mujeres recurren a los anticonceptivos, y si es necesario al aborto, porque desean ser unas buenas madres para los hijos que ya tienen (28). Algunas mujeres no se encuentran preparadas o no son capaces de tener hijos, y un número pequeño, pero creciente, cuya postura merece respetarse, no desean en modo alguno tenerlos (29). Los problemas relacionados con la salud de la mujer, el bienestar familiar y la pobreza son razones frecuentes para abortar, especialmente entre las mujeres con varios hijos (14, 30, 31).

Tabla 1. **Mortalidad por abortos peligrosos** (3)

Región	Mortalidad por 100 000 abortos
América Latina	119
Asia meridional y sudoriental	283
África	680
Países en desarrollo	400
Países desarrollados	0,2–1,2

En los países asiáticos, las políticas nacionales sobre población han ejercido una influencia directa sobre la tasa de aborto. En China, tras la implantación de la política de un solo hijo, aumentó mucho el número de abortos (32). Del mismo modo, en Viet Nam, la política de dos hijos, el deseo de familias menos numerosas y los insuficientes servicios de anticoncepción (33) influyen sobre la tasa de aborto. En China, incluida la Provincia de Taiwan y la República de Corea, la preferencia por los hijos varones influye también en las decisiones sobre los abortos en un contexto de predominio de las familias con pocos miembros (34).

Incluso en los países con una elevada prevalencia de anticoncepción, todavía se producen embarazos no planeados y abortos. Los Países Bajos, donde predominan las familias con pocos miembros, disponen de un programa completo de educación sexual, de buenos servicios de anticoncepción normal y urgente, y de servicios para abortar seguros y legales: tan sólo un 6% de los primeros nacimientos pueden ser no planeados, y la tasa de aborto es una de las más bajas del mundo (6 por 1000 en 1994, comparada con el 26 por 1000 en los Estados Unidos), aunque el aborto sigue siendo una parte necesaria del control de la fecundidad (35).

La transición del aborto peligroso al aborto sin riesgo

En los últimos 15 años se han tomado diversas medidas para reducir la mortalidad y la morbilidad por aborto en un número creciente de países. Desde 1980, se han liberalizado en cierta medida las leyes del aborto en Albania, Argelia, Barbados, Bélgica, Botswana, Bulgaria, Burkina Faso, Camboya, Canadá, China (Provincia de Taiwan), Chequia, España, Ghana, Grecia, Guyana, Hungría, Indonesia, Malasia, Mongolia, Pakistán, Rumania, Sudáfrica y Turquía (36–43). En otros países, se ha intentado modificar las leyes muy restrictivas sobre el aborto o se han suscitado importantes debates nacionales sobre el tema (37, 44–48). En el Brasil, por ejemplo, entre 1946 y 1995, el Congreso examinó 46 proyectos de ley sobre el aborto; 13 de los 16 proyectos de ley, en el periodo 1991–1995, fueron favorables a la legalización del aborto en determinadas circunstancias (49).

La ausencia de cambios legales no ha sido óbice para que las mujeres logren más fácilmente un tratamiento para las complicaciones del aborto en

grandes hospitales, al menos en las áreas urbanas. También se está abordando en muchos países en desarrollo el problema de los elevados costos y la escasa calidad asistencial de muchos hospitales públicos. Las técnicas de aspiración manual por vacío están por fin sustituyendo a la dilatación y al legrado como normativa asistencial en el aborto incompleto; lo que en sí mismo disminuye las complicaciones (18, 50, 51). Además, ha aumentado el número de dispensadores de servicios de aborto con cierta formación y mayor conocimiento de métodos y prácticas más seguros, de modo que, por ejemplo, en Bangladesh se producen menos complicaciones graves y muertes que hace 10 años (7).

En algunos países, las mujeres están comenzando por sí solas a utilizar métodos más seguros para abortos autoprovocados, en concreto, la aplicación intravaginal de la prostaglandina misoprostol, lo que origina menos complicaciones y estancias hospitalarias más cortas. Existe amplia documentación al respecto en el Brasil (52–56), y se cree que es frecuente en otros países de la región (57). Estos cambios han logrado reducir al menos algunos de los ejemplos más llamativos de morbilidad y mortalidad causados por la introducción de palos, raíces e instrumentos afilados en el útero.

Sin embargo, es posible que las medidas aplicadas en el seno de este proyecto no repercutan en la salud pública. Por ejemplo, en América Latina los proyectos piloto que han tenido éxito en la mejora de la calidad de la asistencia postaborto no siempre se han ampliado o mantenido (58). El verdadero progreso depende de cambios legales y de otra índole en las políticas y prácticas nacionales.

Necesidad de legalizar el aborto

La legalización del aborto es una condición esencial para hacerlo más seguro. En relación con ello, reviste importancia la modificación de la ley y las afirmaciones en contra están mal concebidas y carecen de base práctica. Aunque en muchos países la tendencia a la disminución de la peligrosidad del aborto comenzó antes de que se modificaran las leyes, o sin necesidad de tales modificaciones, es indispensable la modificación de la legislación si se desea mantener la seguridad adecuada para todas las mujeres.

La seguridad no se refiere sólo a las intervenciones médicas utilizadas por los dispensadores de los servicios. Guarda relación con la supresión del riesgo de exposición y el temor al encarcelamiento, y la adopción de otras medidas punitivas tanto contra las mujeres como contra los dispensadores de estos servicios, incluso cuando el Estado tolera el aborto ilegal. Los profesionales de la salud que dispensan abortos seguros, pero clandestinos, en ciudades de América Latina, refieren la falta de apoyo médico y la necesidad del secreto, así como la amenaza de la violencia, la extorsión y el procesamiento (5). En Bolivia y Chile, el interrogatorio a las mujeres que demandan tratamiento para las complicaciones del

aborto en hospitales públicos es o ha sido sistemático (30, 58). En Nigeria, el aborto ilegal supone una sentencia de hasta 14 años de prisión, salvo cuando esté en riesgo la vida de la mujer (59). Sin embargo, aunque en los últimos 10 años se ha tolerado el aborto ilegal en varios países, se han efectuado detenciones sin previo aviso.

Seguridad supone también garantizar que los abortos no van a ser practicados en medios clandestinos, ni por personas no capacitadas cuyas condiciones de trabajo ponen en peligro la vida de las mujeres, incluso actuando con la mejor intención. Cuando el aborto es ilegal, la mujer dispone de escasos o nulos recursos, aun en el caso de que presente lesiones graves, haya sufrido malos tratos, se le niegue el uso de analgésicos, haya sido enviada a casa en malas condiciones, se le haya cobrado una gran cantidad de dinero o sufra cualquier otra forma de negligencia o malpraxis. No son infrecuentes los embarazos que siguen adelante tras un intento de aborto autoprovocado, y a veces las mujeres necesitan un seguimiento asistencial por otras razones pero resulta imposible ponerse en contacto con ellas debido a que proporcionan una dirección falsa (60–62).^a

Unas leyes y políticas adecuadas sobre el aborto, además de proporcionar un instrumento jurídico, demuestran la aceptación pública del control de la fecundidad y de la necesidad de las mujeres de abortar. Significan un reconocimiento de las limitaciones de la anticoncepción y del uso de los anticonceptivos, así como del derecho de las mujeres para decidir el número de hijos y el intervalo entre ellos. Además, son expresión de respeto y reconocimiento hacia la responsabilidad de las mujeres como madres, y lo que no es menos importante, conciencian a la salud pública de los costos que representan los abortos peligrosos, no sólo para las mujeres, sino también para sus hijos, sus parejas y sus familias, así como para los servicios de salud y la sociedad.

Tanto el contenido de la ley como la política que define su aplicación son aspectos de relevancia. Los «detalles» son a menudo los que facilitan o impiden la dispensación del servicio. Es habitual citar erróneamente Zambia (63) y la India (64) como ejemplos de que la modificación de la legislación carece de importancia, puesto que ambos se clasifican como países en los que el aborto es «legal», pero en los que la mortalidad por aborto continúa siendo alta. Sin embargo, el término «legal» no significa necesariamente que la ley sea adecuada a las circunstancias en las que debe aplicarse. La mortalidad por aborto sigue siendo elevada en Zambia y en la India debido a los obstáculos para aplicar la ley, entre los que cabe citar la mala disposición de los dispensadores de los servicios y su falta de formación, la no autorización de

^a En un hospital del Brasil, el 18% de 803 mujeres que habían dado a luz habían intentado antes abortar infructuosamente (67). También en el Brasil, en un estudio reciente de abortos no consumados, mediante el misoprostol, que incluía a 42 lactantes con anomalías congénitas, se observó que éstas eran compatibles con roturas vasculares en el feto *in utero* provocadas por las contracciones debidas a la prostaglandina, aunque se requiere confirmar esta asociación (62).

proveedores e instalaciones, y la carencia de recursos y de compromiso para proporcionar buenos servicios en el nivel de atención primaria. En Zambia, para abortar la ley exige las firmas de varios médicos, cuando en la mayoría de los lugares hay pocos o ningún médico y la falta de recursos supone un problema importante. En un estudio se encontró que los servicios de aborto legal eran inaccesibles o inaceptables para las estudiantes, entre las que se producían muertes por aborto en más de la mitad de los casos, por la falta de confidencialidad de los dispensadores de estos servicios. Se les pedía a las mujeres jóvenes, en contra de su voluntad, que revelaran quién las había dejado embarazadas, por lo que temían ser expulsadas del colegio (63). El aborto se legalizó en la India en 1972 por muy diversas razones sociales y médicas, cuando era más limitada la experiencia en abortos más seguros. Hoy día, gran parte de los 6,7 millones de abortos anuales llevados a cabo en el país siguen siendo efectuados por personas no preparadas en lugares sin autorización. Las clínicas autorizadas para practicar abortos se concentran en las ciudades (64) y se encuentran distribuidas desigualmente. Entre el 16% y el 32% de los centros de atención primaria autorizados en cuatro Estados no han ofertado nunca servicios para abortar, por carecer de personal capacitado y de equipo operativo. En un Estado se ha solicitado la aceptación de la esterilización tras el aborto (65), aunque no está estipulado en la ley. Además, es frecuente que las mujeres acudan sin cita previa y, si el médico se halla demasiado ocupado, se les dice que vuelvan otro día, sin citación también. Además, a veces se cobra a las mujeres por abortar en función del número de semanas de gestación, aunque se supone que la técnica es gratuita (T. K. Sundari Ravindran, comunicación personal, 1997). De ahí que en la práctica por vías nunca previstas por la ley, se desaliente o se impida a las mujeres buscar servicios *bona fide*.

Modificación de la legislación y las políticas

La seguridad de los abortos exige derogar, enmendar o sustituir las leyes restrictivas; cuando se contempla el cambio legal (66), puede ser necesario también atender a los preceptos tradicionales y en algunos casos religiosos. Los países han adoptado tres vías principales para este fin: la liberalización de la ley vigente en el código penal; la legalización parcial o total del aborto por medio de una ley positiva o una resolución judicial; y la despenalización del aborto, excluyéndolo definitivamente de la ley. Estos cambios ya han ocurrido en casi todos los países industrializados y se están produciendo igualmente en un número creciente de países en desarrollo.

Distintas leyes permiten combinaciones diferentes de elección individual y compromiso estatal frente al control estatal del aborto. Se considera que Suecia tiene una ley «permissiva», por cuanto el Estado otorga libertad de elección y proporciona los medios para aplicarla. La ley de Irlanda es «restrictiva», porque

el Estado niega la elección privada y no alienta o prohíbe su aplicación; por lo tanto, las mujeres irlandesas viajan con frecuencia al Reino Unido para abortar, mientras que en la mayor parte de los países con este tipo de leyes, los abortos se realizan de forma clandestina. La ley de los Estados Unidos se describe como «entorpecedora» en el sentido de que el Estado concede capacidad de elección individual para abortar, pero no dispensa servicios. Israel, por otro lado, posee una ley «intervencionista» en virtud de la cual el Estado limita la elección individual al requerir la autorización para todos los abortos, pero dispensa todos los servicios de aborto que han sido autorizados (67).

La mortalidad y la morbilidad por aborto tienden a ser mayores en los países en los que las leyes son más restrictivas. Muchas de esas leyes proceden de épocas coloniales y ya no tienen vigencia en los países en los que se redactaron. Las leyes restrictivas permiten el aborto únicamente cuando una mujer puede considerarse víctima de las circunstancias, es decir, en caso de urgencia médica, anomalía fetal, o tras violación o incesto (68). Sin embargo, la inmensa mayoría de las mujeres necesitan abortos por razones de planificación familiar, económicas y sociales.

La forma menos radical de reforma de la ley del aborto es añadir supuestos limitados para el aborto a una ley penal ya restrictiva. En Ghana, por ejemplo, una ley de 1960 permitió el aborto solamente en los casos en los que la vida de una mujer corría peligro, mientras que una enmienda de 1985 permitió el aborto para proteger su salud física o mental, así como por razones jurídicas y alteraciones del feto (37). Sin embargo, en 1995, los abortos peligrosos y la alta mortalidad por aborto seguían siendo habituales en Ghana (69); en la práctica, poco ha cambiado.

Para lograr una legalización parcial deben añadirse a la ley vigente supuestos más amplios para el aborto. Por ejemplo, actualmente Malasia permite abortar durante los primeros 120 días de embarazo cuando la continuación de éste supone una amenaza para la vida de la mujer o su salud física o mental mayor de la que supondría su interrupción (70). Puesto que en el primer trimestre del embarazo un aborto provocado es siempre más seguro que un embarazo, esa fórmula se presta a una interpretación liberal, tal como ha sucedido en el Reino Unido, si bien puede aplicarse también estrictamente.

El Canadá es hasta la fecha el único país que ha despenalizado por completo el aborto (37). En 1988, el más alto tribunal de justicia del país derogó la ley federal sobre el aborto y el parlamento no la sustituyó. Aunque existen leyes estatales sobre el aborto, toda repenalización del aborto sería ilegal. Esto representa la forma más completa posible de normalización y despolitización, pues equipara el aborto a todas las demás intervenciones médicas y hace de las buenas prácticas médicas y la calidad asistencial en la dispensación de servicios los únicos criterios de interés. Cualquier vulneración de la buena práctica médica es sancionable considerando las otras leyes vigentes.

¿Quién y cuándo toma la decisión?

Cuanto más precoz es el aborto, más seguro es para la salud de la mujer y menos complicaciones acarrea para el dispensador del servicio. De ahí que, por motivos de salud pública, deban evitarse las normativas que tienden a retrasar la intervención, como por ejemplo la transferencia de la decisión de abortar a personas distintas de la propia mujer, la inclusión de cláusulas de «objeción de conciencia» a favor de los dispensadores que deseen excluirse voluntariamente, o la exigencia de un periodo de espera entre la obtención del permiso y la realización del aborto.

En la India, la ley exige la autorización del médico para el aborto. Además, los servicios de salud pública solicitan a veces a las mujeres la firma del consentimiento de sus maridos, aunque no lo estipule la ley. En el Punjab, el Tribunal Supremo permitió que un hombre se divorciara de su mujer por motivos de crueldad, ya que había tenido dos abortos en contra de sus deseos, lo que implica la aceptación del consentimiento del marido (64, 65). En 14 países^b es obligatoria la autorización del marido (37), que sólo puede eludirse recurriendo a un tribunal o a personal médico designado, por ejemplo por motivos de salud. Por el contrario, la nueva ley de Sudáfrica estipula que el único consentimiento necesario para el aborto es el de la propia mujer (40). En el caso de las jóvenes, se necesita el consentimiento de los padres en 27 países, con más frecuencia en los países de Europa oriental y occidental, pero también en China, la India y algunos Estados de los Estados Unidos (36). También en estos casos, ese consentimiento puede obviarse por decisión judicial, pero el procedimiento no es fácil. Por otra parte, la nueva ley de Sudáfrica estipula que un médico o una partera diplomada deben aconsejar a la joven que «consulte con sus padres, tutores, familiares o amigos», pero no se le niega el aborto si no lo hace (40).

En los países en los que los abortos seguros constituyen la norma, más del 90% de las mujeres abortan en el primer trimestre del embarazo.^c Las leyes de Europa occidental permiten generalmente el aborto a solicitud de la mujer durante ese periodo, mientras que en el segundo trimestre se exige el permiso de uno o más médicos o de un comité médico designado, o bien rigen supuestos más restringidos. Las leyes de este tipo fueron aprobadas hace unos 20–30 años y, junto con la dispensación de un buen servicio, han hecho que la mortalidad y morbilidad por aborto sean muy bajas (37). Sin embargo, una de las consecuencias imprevistas es la aparición de una minoría de mujeres excluidas que

tienen problemas para abortar en el segundo trimestre y que deben viajar a otros países por este motivo. Además, pocos dispensarios ofrecen intervenciones para el segundo trimestre (71).^d En consecuencia, los obstáculos y retrasos para abortar después de la 12ª semana contribuyen generalmente a alargar la intervención y a complicarla más de lo necesario.

Entre las mujeres que necesitan abortar después del primer trimestre del embarazo se incluyen las siguientes: las que desconocen que están embarazadas o se niegan a reconocerlo hasta que existen signos visibles de embarazo (casi siempre mujeres jóvenes); las que creen que son demasiado mayores para quedarse embarazadas; aquellas cuyas circunstancias personales cambian espectacularmente durante el embarazo (p. ej, el marido las abandona o muere); las que presentan razones médicas para abortar; y las que descubren que el feto padece lesiones graves. Allí donde el aborto ha sido previamente ilegal y clandestino, entre las mujeres que necesitan abortar en el segundo trimestre se incluye también aquellas que ignoran que la ley se ha modificado, las que viven lejos de los servicios médicos, las que necesitan más tiempo para averiguar dónde abortar con seguridad y las que han intentado sin éxito un aborto autoprovocado y siguen adelante con el embarazo.

Cuba fue uno de los primeros países en desarrollo que legalizó el aborto con amplias indicaciones. En el contexto de los grandes cambios introducidos en los servicios de salud del país en 1959, una ley de 1936 que había legalizado el aborto en los casos de grave riesgo para la salud de la madre fue interpretada oficialmente como si abarcara la definición más global de «salud» de la OMS como un estado de bienestar total. Los servicios de aborto se extendieron a todos los hospitales obstétrico-ginecológicos. En 1979, cuando se redactó un nuevo Código Penal, se especificó cuándo era ilegal el aborto en lugar de cuándo era legal: cuando se llevara a cabo sin el consentimiento de la mujer o fuera del medio hospitalario, cuando el dispensador del servicio no observara las normas establecidas o cuando se realizase con ánimo de lucro. Ya que existen hospitales en todo el país que proporcionan abortos gratuitos, estas condiciones no crean obstáculos a las mujeres. Además, la ley especificaba que la inducción farmacológica de la menstruación no equivalía a aborto, puesto que el retraso en la menstruación podría deberse a causas diferentes del embarazo (72).

La ley de 1996 de Sudáfrica es un ejemplo más reciente y ha ido acompañada por esfuerzos para desarrollar la dispensación de buenos servicios en todo el país. Sin embargo, impone límites cada vez mayores después del primer trimestre: puede interrumpirse un embarazo a petición de la mujer durante las primeras 12 semanas del embarazo, pero entre la

^b Arabia Saudita, Egipto, Emiratos Árabes Unidos, Guinea-Bissau, Iraq, Japón, Kuwait, Malawi, Marruecos, Nicaragua, República de Corea, Siria, Taiwán y Turquía.

^c En ocasiones se determinan las semanas de embarazo a partir del primer día del último periodo menstrual (UPM), y a veces a partir de la fecha en que es probable que la concepción tuviera lugar, lo que ocurre unas dos semanas después. Las fuentes no siempre distinguen entre ambas fechas. Los abortos que emplean la aspiración por vacío pueden realizarse hasta 14 semanas después del UPM.

^d Unas 2000 mujeres de fuera del Reino Unido abortaron en Inglaterra y Gales en 1997, casi todas ellas procedentes de países en los que el aborto a solicitud de la mujer está limitado al primer trimestre (71).

13ª y 20ª semana la interrupción debe ser autorizada por un médico, y después de la 20ª semana se necesita la autorización de dos médicos (o un médico y una partera diplomada) (40). Estas restricciones pueden resultar problemáticas, especialmente en las zonas rurales.

En Bangladesh, la inducción farmacológica de la menstruación es posible sólo hasta la 10ª semana del embarazo. Un estudio de 1990 de mujeres que solicitaron ese tratamiento mostró que aproximadamente el 20% fueron rechazadas porque habían superado ese límite plazo (73). Muchas otras no intentaban acceder a dichos servicios, sino que acudían directamente a los dispensadores no autorizados, posiblemente una fuente importante de continua mortalidad y morbilidad.

En Suecia, el aborto puede practicarse a petición de la mujer hasta la 18ª semana de embarazo, y después de esa fecha se requiere la aprobación de un consejo médico (74). Prácticamente todos los abortos son decididos exclusivamente por la mujer, gracias a una política de facilitación basada en la experiencia y en un progresivo conocimiento de las necesidades de la mujer por parte de los profesionales médicos y las instancias normativas.

Un consejo médico y los facultativos a título individual pueden ser elementos de apoyo o de restricción. Sin embargo, al dejar la decisión en manos de cualquiera excepto de la mujer que desea abortar, los países se arriesgan a perpetuar la necesidad de recurrir a servicios no autorizados e intervenciones peligrosas, manteniendo de este modo el problema de salud pública que desean paliar. Los ejemplos de Suecia y el Canadá demuestran que no hay ninguna necesidad de regular el aborto mediante el derecho penal o con restricciones complicadas, y constituyen modelos exentos de ambigüedad y dignos de emulación.

Búsqueda de un equilibrio

Algunas leyes estipulan que los profesionales de la salud pueden negarse a participar en abortos legales por motivos de conciencia. Es el caso de Gran Bretaña, a menos que esté en peligro la vida de la mujer. Además, a nadie que solicite trabajar en ginecología en Gran Bretaña se le puede preguntar su opinión sobre el aborto durante la entrevista de trabajo, aunque la práctica del aborto conste en la descripción del puesto de trabajo. Sin embargo, los dispensadores de estos servicios pueden excluirse voluntariamente sin necesidad de recurrir a razones de conciencia, lo que coloca a las mujeres en una situación de vulnerabilidad y las obliga a buscar por sí mismas un dispensador, tarea que puede ser difícil y lenta (81). En Sudáfrica, el proyecto de la nueva ley estipulaba que toda persona que objetara por motivos de conciencia estaba obligada a derivar a la mujer a otro dispensador, pero esa circunstancia fue omitida en el texto definitivo (75), que se limita a estipular que la mujer será «informada de sus derechos» (40). Una ley equilibrada protegería tanto una verdadera

objección de conciencia como el derecho de la mujer a abortar legalmente sin demora. Sin embargo, algunos defensores de la libertad de aborto argumentan que los profesionales de la salud tienen la obligación de llevar a cabo todos los servicios médicos aprobados socialmente, incluido el aborto (76). Del mismo modo, puede argumentarse que los abortos deberían ser realizados por servicios especializados y que sólo deberían trabajar en ellos profesionales que sintonicen con la necesidad de las mujeres de abortar, por razones de calidad asistencial y de respeto hacia los sentimientos de la mujer.

Una determinada proporción de mujeres cambian de opinión y deciden continuar su embarazo después de haberlo dispuesto todo para abortar (77). Ello no justifica la imposición de un periodo de espera entre los preparativos del aborto y su realización, como ocurre en Francia y los Países Bajos, en donde esta normativa pretende también impedir que las mujeres salgan del país para abortar.

Si ha de ofrecerse asesoramiento, las leyes pueden especificar en qué debe consistir, y si es o no obligatorio. El asesoramiento puede ser parcial, en un intento de influir o dirigir la decisión de una mujer. Por ello, las organizaciones antiabortistas de algunos países desarrollados dispensan a veces servicios de asesoramiento. En Singapur, se liberalizó la ley del aborto en 1974 como parte de la política nacional para fomentar las familias de pocos miembros; en 1986, comenzó a aplicarse el asesoramiento obligatorio para animar a las personas que pudieran permitírselo a tener más hijos, lo que disminuyó el número de abortos (78). Por el contrario, la finalidad del asesoramiento imparcial, que se considera la forma más ética de asesoramiento, es ayudar a las mujeres a decidir lo que crean que es mejor para ellas. La nueva ley de Sudáfrica estipula que el Estado promoverá «el asesoramiento voluntario e imparcial antes y después de la interrupción del embarazo» (40).

En Viet Nam, muy pocas mujeres que ya han abortado reciben información sobre el modo de evitar futuros embarazos, a pesar de que les gustaría disponer de ella. Algunas se ven obligadas a buscar información en otros lugares, y otras siguen con la poca información que tenían antes del aborto (26). En Guyana, por el contrario, la ley de 1995 previene que debe darse consejo antes y después del aborto, subraya la importancia de la anticoncepción, propone incorporar a la pareja de la mujer al asesoramiento para estimular la responsabilidad del varón, y explica en detalle el contenido del asesoramiento (información sobre alternativas para abortar, métodos abortivos, posibles reacciones adversas, anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual, y orientación psicosocial). Impone incluso un periodo de espera de 48 horas antes de la realización del aborto para dar tiempo al asesoramiento (39). Sin embargo, en el año posterior a la modificación de la ley, los informes de los médicos demostraban que el asesoramiento se centraba casi exclusivamente en la oferta de anticoncepción (57), hecho que no debe sorprender puesto que estos médicos no estaban formados como asesores.

Es aconsejable buscar una solución de compromiso realista y determinar las necesidades de las mujeres. Los servicios de aborto de acceso público tienen la oportunidad de ofrecer información y servicios de planificación familiar y salud sexual, proporcionando así a las mujeres los medios para autoprotgerse. En los países desarrollados la experiencia ha demostrado que pocas de las mujeres que desean abortar necesitan realmente «asesoramiento» en relación con su decisión, pero sí necesitan información. Ello incluye información sobre el método de interrupción y la elección del mismo antes del aborto, las características de la intervención, las posibles complicaciones y la búsqueda posterior de ayuda, la reanudación de las relaciones sexuales, la prevención de la infección por el VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual, y la oferta de diversos métodos anticonceptivos. Debería ser posible la participación de la pareja, pero únicamente si lo solicita la mujer, con objeto de proteger su derecho a la intimidad.

Cómo costear el aborto sin riesgo

Cuando el aborto es clandestino y peligroso, las mujeres (sus parejas o familias) compran fármacos y otros medios para el aborto autoprovocado o pagan a dispensadores clandestinos, mientras que los servicios de salud pública y las mujeres pagan por el tratamiento de las complicaciones del aborto, habitualmente en hospitales de nivel terciario donde los costos son mayores. Sin embargo, los costos (económicos y sociales) por abortos peligrosos incluyen no solamente la asistencia en situaciones de urgencia, sino también las complicaciones a largo plazo por las lesiones a los órganos reproductivos, la enfermedad pélvica inflamatoria y la esterilidad secundaria. Además, debería tenerse en cuenta la necesidad de transfusiones sanguíneas para hacer frente a las complicaciones hemorrágicas y de otro tipo en los abortos peligrosos, en un contexto de creciente seroprevalencia del VIH en muchos países en desarrollo. Los costos para las familias, especialmente para los hijos de la mujer, engloban también los que resultan de la muerte de la madre.

Las situaciones de aborto peligroso se caracterizan por la falta de equidad en el costo, falta de seguridad y mala calidad de la asistencia. En algunos hospitales de Bolivia, a las mujeres que se presentan con signos de aborto provocado se les cobra honorarios más altos por el tratamiento de las complicaciones que a las mujeres que parecen haber abortado espontáneamente, lo que contribuye a los retrasos en la asistencia (58). En Egipto, como en otros lugares, el precio por un aborto clandestino aumenta en proporción a su nivel de seguridad (79).

La mayoría de los autores coincide en que el tratamiento de las complicaciones del aborto en el África subsahariana consume una cantidad desproporcionada de los recursos hospitalarios (50), mientras en Bangladesh, según se ha publicado, hasta el 50% de las camas hospitalarias de ginecología están ocupadas

como consecuencia de complicaciones del aborto (6). Las mujeres tienden a esperar hasta que las complicaciones llegan a ser graves antes de buscar ayuda, con lo que aumentan los costos y la complejidad del tratamiento. Además, se ha observado que las mujeres que acuden a los dispensadores sin capacitación hacen más visitas para ser atendidas y en conjunto gastan más que las mujeres que acuden desde un primer momento a los dispensadores capacitados (7). En la República Unida de Tanzania un estudio estimó que el costo diario del tratamiento de las complicaciones del aborto, incluidos los medicamentos, las comidas, la estancia y las intervenciones quirúrgicas, equivalía a más de siete veces el presupuesto anual por habitante del Ministerio de Salud. Sólo 3 de las 455 mujeres fueron tratadas y dadas de alta en el mismo día; el 25% necesitó un día para recuperarse, casi el 50% necesitó 2 días, y el resto necesitó 3–5 días (80). En Guyana, alrededor del 25% de la sangre disponible en el principal hospital público se utilizó para tratar las complicaciones del aborto antes de que se modificara la ley (57).

Por consiguiente, para costear los abortos sin riesgo en los servicios de salud pública no es necesario crear una nueva partida de gastos, basta con destinar parte de los fondos invertidos en el tratamiento de los casos complicados en los hospitales de nivel terciario a introducir técnicas seguras y sencillas en los dispensarios locales. A las mujeres se les puede cobrar honorarios o no en el lugar de la prestación del servicio, pero la seguridad debería significar la asequibilidad tanto para las mujeres más pobres como para las que pueden pagarlo, con un alto nivel de calidad asistencial para todas ellas.

Requisitos para un aborto sin riesgo

La mayoría de los países desarrollados exigen todavía que sean los ginecólogos los que realicen los abortos, aunque esto no es necesario, especialmente en el caso de los abortos anteriores a la 14ª semana de embarazo, dado que el nivel de capacitación necesario se ha simplificado mucho y la tasa de complicaciones es muy baja (81). Con una formación adecuada, las parteras o trabajadores con una cualificación comparable constituirían los dispensadores más adecuados.

Se requiere la formación de los instructores, el suministro de equipo y la formación en las técnicas de aspiración por vacío, así como en la práctica de abortos farmacológicos. En muchos países, una de las consecuencias de la prolongada ilegalidad del aborto es que muchos dispensadores emplean aún la dilatación y el legrado y otros métodos obsoletos, que llevan muchos años en desuso en los países desarrollados debido a su mayor morbilidad. En la última década, se ha utilizado en un número creciente de países en desarrollo (82) la aspiración manual por vacío, considerablemente más segura y menos costosa, para tratar los abortos incompletos resultantes de técnicas peligrosas. En Nigeria, la aspiración manual por vacío se ha usado en régimen ambulatorio en la

mayor parte de las complicaciones por aborto, disminuyendo el tiempo de espera de las mujeres de 48–72 horas a 10–15 minutos (83). Además de reducir la mortalidad y morbilidad de los abortos peligrosos (84), la aspiración por vacío puede emplearse también en abortos seguros y precoces hasta la 14ª semana de embarazo, evitando por completo las consecuencias de los abortos peligrosos. En Sudáfrica, la preparación de las parteras para el empleo de la aspiración manual por vacío es una actividad fundamental del nuevo programa nacional del aborto (85).

«Las directrices para la formación de parteras establecen como norma un curso de 160 horas que combina teoría y prácticas clínicas. El programa incluye una visión de conjunto de la legislación y los problemas relacionados con el aborto peligroso, la práctica profesional y sus aspectos éticos, las habilidades de comunicación y las técnicas de asesoramiento, la evaluación y preparación de la paciente, la farmacología, la técnica AMV (aspiración manual por vacío), el control de las infecciones, el tratamiento de las complicaciones del aborto, la planificación familiar postaborto, la anticoncepción de urgencia, el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y las estrategias para la doble protección frente al embarazo no deseado y las ITS...» (85).

Los abortos en el primer trimestre mediante métodos quirúrgicos o farmacológicos^e pueden dispensarse en régimen ambulatorio en los centros de atención primaria; los métodos más modernos para el segundo trimestre requieren también una menor preparación técnica que en el pasado (p. ej. misoprostol intravaginal entre la 12ª y la 22ª semana del embarazo) (86, 87). En los países donde la prevalencia de infecciones de transmisión sexual es elevada entre las mujeres que desean abortar, la profilaxis antibiótica antes del aborto quirúrgico puede prevenir las infecciones del útero y sus anejos (88).

Un estudio en que se comparó el aborto farmacológico mediante mifepristona-misoprostol con el aborto quirúrgico precoz en China, Cuba y la India, mostró que el aborto farmacológico era seguro, eficaz y aceptable bajo ciertas condiciones (89). No es necesario que estén plenamente establecidos los servicios para el aborto quirúrgico antes de ofrecer el aborto farmacológico, aunque la aspiración por vacío es un apoyo necesario en las técnicas farmacológicas del primer y segundo trimestre para el pequeño número de casos de aborto incompleto (90). Se ha argumentado de modo convincente que el aborto farmacológico puede llevarlo a cabo la propia mujer en buena medida, siempre y cuando considere aceptable el método, se encuentre en una fase suficientemente temprana del embarazo (hasta 9 semanas después del UPM), pueda observar el

protocolo, pueda tratar reacciones adversas leves y buscar ayuda para las más graves, sea capaz de darse cuenta de la expulsión del embrión y afrontar la situación, y pueda reconocer un aborto completo y volver a la visita de seguimiento o al uso de la prueba de embarazo en el domicilio (91).

Además de métodos seguros y dispensadores capacitados, los programas exigen servicios accesibles localmente en áreas tanto rurales como urbanas. En Zambia, se ha observado que los ginecólogos representan un importante obstáculo a la creación de servicios para abortos seguros (92). Se ha descubierto también que, en Indonesia, la ambivalencia de los médicos dificulta la aplicación de una ley revisada del aborto (41). En Bangladesh y la India, a los dispensadores sin formación, que a menudo son más accesibles en las áreas rurales, nunca se les ha impedido actuar en la práctica (7, 64). En Sudáfrica, por el contrario, a medida que han surgido casos de dispensadores sin licencia que han continuado ofreciendo sus servicios pese a la nueva situación legal del aborto, se han presentado denuncias penales contra ellos. Un programa coordinado a nivel nacional procura garantizar que en todo el país se disponga de centros de atención primaria y secundaria para realizar abortos. Las nueve provincias de Sudáfrica han desarrollado planes provinciales, cada uno en colaboración con una facultad de medicina o un hospital terciario con acreditación docente. Se ha creado un comité consultivo nacional para coordinar y supervisar la aplicación de la nueva ley, integrado por gerentes de los servicios de salud, representantes de las facultades de medicina, profesores universitarios y especialistas, el consejo de enfermería, diversos investigadores y el sector no gubernamental. Este grupo proyecta reunirse cada 4–6 meses y proponer recomendaciones al gobierno sobre problemas importantes (85).

Calidad de la asistencia

Sacar a la luz los servicios abortivos es una condición previa para garantizar la calidad asistencial, la accesibilidad, la disponibilidad y la asequibilidad, especialmente para las mujeres más pobres. Esto estimula a los profesionales de la salud a dispensar un servicio justificable. En la Guyana, por ejemplo, aunque la mayoría de los dispensadores de abortos clandestinos eran profesionales médicos antes de que se modificara la ley, en 1995, el aborto séptico representaba la tercera causa (19%) de ingresos hospitalarios. Una vez que se modificó la ley, este mismo grupo de dispensadores de servicios se organizó y comenzó voluntariamente a administrar profilaxis antibiótica. Tras esta decisión, los ingresos en el principal hospital público por abortos sépticos e incompletos disminuyeron en un 41% al cabo de seis meses (57).

Gracias a la visibilidad pública de los servicios, las mujeres pueden elegir entre una mayor gama de dispensadores para abortar, y emprender acciones si sus derechos son violados o la asistencia es deficiente; la legalización garantiza también que pueda demandarse a

^e Aquí el aborto quirúrgico se refiere a la aspiración por vacío y a la aspiración manual por vacío. El aborto farmacológico se refiere a la aplicación intravaginal de una combinación de mifepristona y una prostaglandina, que puede ser gemeprost (que necesita refrigeración) o misoprostol (que no la necesita).

los dispensadores que intenten abusar sexualmente de sus clientes, problema nada infrecuente entre las mujeres que solicitan abortos clandestinos (57). Es importante el tratamiento comprensivo por parte de los dispensadores del servicio. En América Latina está bien documentado el tratamiento poco atento y los insultos por parte del personal de los servicios de salud hacia las mujeres que demandan tratamiento para las complicaciones del aborto clandestino (29, 51). De hecho, la falta de comprensión representa un problema en muchos países, incluso en aquellos con servicios de aborto seguros, como Gran Bretaña y los Estados Unidos (81, 93), donde el aborto es legal desde hace 30 años. Sudáfrica está tratando de afrontar este problema a través de talleres de trabajo dirigidos a los dispensadores de esos servicios, a fin de aclarar los valores por los que se deben guiar y de aumentar la comprensión y el respeto hacia las mujeres con embarazos no deseados (85).

Otras formas de supervisar y garantizar la calidad asistencial tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados (57, 85) son las siguientes: supervisión por un órgano consultivo nacional independiente, decisiones sobre si el seguro público de enfermedad va a cubrir o no la técnica, requisitos que deben satisfacer las instituciones autorizadas, regulación de los honorarios por los servicios, y requisitos para el archivo de las historias clínicas y la recogida de datos. En Guyana, la recogida de los datos incluye información demográfica pertinente sobre la mujer, la duración del embarazo, las razones del aborto, el tipo de intervención, las posibles complicaciones, el suministro o no de un método anticonceptivo, el tipo de método suministrado. En los países con antecedentes de altas tasas de defunción por aborto peligroso, a fin de procurar que la tasa de mortalidad tienda a cero, la recogida de datos basales (57) y el análisis regular de todas las defunciones por aborto notificadas — como parte de auditorías generales de la mortalidad materna — pondrán de manifiesto los riesgos persistentes y permitirán examinar el tema y actuar para reducirlos.^f

Las directrices para los profesionales de los servicios de salud resultan útiles para garantizar la equidad en el acceso y la calidad de la asistencia. El Royal College of Obstetricians and Gynaecologists del Reino Unido está preparando en la actualidad unas directrices basadas en la evidencia que abarcan la organización de los servicios, la información para las mujeres, las evaluaciones preaborto, las técnicas abortivas, el tratamiento de las complicaciones y la asistencia postaborto (94).

Sensibilizar a la opinión pública

Aunque el aborto es legal en la India desde 1972, las entrevistas realizadas a 67 mujeres en el medio rural

^f Por ejemplo, *Why mothers die: report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom 1994–1996*. London, Her Majesty's Stationery Office, 1998. Estos informes se publican cada tres años.

de Maharashtra en 1997 revelaron que sólo el 18% lo sabía, mientras que el 64% pensaba que no era legal, y el resto dudaba. Algunas de las que sabían que era legal poseían información insuficiente o incorrecta sobre si para abortar se necesitaba la conformidad de sus maridos y sobre los plazos en los que estaba permitido el aborto (64).

En Puerto Rico, aunque el aborto es legal desde hace 20 años (como consecuencia de su condición de Estado asociado a los Estados Unidos), todavía existe la impresión de que el aborto sigue siendo ilegal. La información pública sobre dónde pueden abortar las mujeres es muy limitada, y los centros médicos siguen utilizando eufemismos para indicar que se dispensan servicios abortivos. Así mismo, los estudiantes de medicina saben muy poco sobre lo que está permitido (95).

En Mozambique, aunque el aborto no ha sido legalizado como tal, desde 1981 se realizan abortos sin riesgo en el hospital principal de Maputo para reducir la mortalidad por aborto. Sin embargo, en un estudio publicado en 1997 se observó que las mujeres jóvenes que habían emigrado recientemente a la ciudad, que no tenían pareja estable, que pertenecían a los grupos socioeconómicos más pobres, que no utilizaban métodos anticonceptivos y que no habían sufrido otros abortos tenían menos probabilidades de saber que podían abortar de un modo seguro en el hospital citado. También era más probable que abortaran clandestinamente y que sufrieran complicaciones, por las que acudían a ese mismo hospital. Así pues, las mujeres con mayor riesgo eran también las peor informadas (96).

Se desprende de todo ello que el logro de una amplia sensibilización pública es un requisito importante para poder abortar en condiciones seguras en países en los que antes resultaba peligroso; las mujeres necesitan saber no sólo que las técnicas abortivas sin riesgo están permitidas, sino que pueden acceder a ellas.

Conclusiones

A pesar de que es difícil modificar las leyes nacionales sobre el aborto, es mucho lo que se puede hacer. Los grupos defensores de la salud de la mujer y otros activistas, parlamentarios y profesionales de la salud pueden trabajar conjuntamente para defender el derecho de las mujeres a no morir por abortos peligrosos y para garantizar que reciban tratamiento para las complicaciones. Pueden instar a los hospitales para que no informen a la policía de la identidad de las mujeres y de los dispensadores autorizados, así como defender la despenalización del aborto. En los países donde la ley no es un obstáculo fundamental, pueden también hacer campañas en pro de la elección de métodos abortivos sin riesgo, de mejoras en la regulación de la autorización de dispensadores y centros, y de una mejor formación del personal. Además, pueden vigilar hasta qué punto esos

servicios son accesibles, asequibles y de buena calidad asistencial (97, 98).

Incluso allí donde no ha habido cambios legislativos o no es probable que los haya en breve, la mejora de los métodos utilizados para abortar y de la capacidad de respuesta de los dispensadores de esos servicios a la demanda de abortos más seguros puede aliviar la situación en cierta medida. Los médicos comprometidos pueden desempeñar un papel decisivo tratando las complicaciones del aborto (99), interpretando la ley de forma laxa y proporcionando servicios seguros allí donde los abortos sean legales (92), y formando a los dispensadores en las técnicas más seguras para disminuir la mortalidad y morbilidad (96, 100). Además, los tribunales pueden dictar sentencias que se traduzcan en penas de prisión más cortas y en un menor número de denuncias por aborto, y propiciar así la reforma de la ley. Eso ocurrió en Nepal durante la década de 1990 (101), al igual que en otros países, como España, en los años setenta.

La reforma de la ley del aborto es una condición necesaria para lograr abortos sin riesgo, aunque no es suficiente por sí misma. Las mujeres siguen siendo vulnerables cuando el aborto sin riesgo no está sancionado legalmente, porque no puede garan-

tizarse la calidad asistencial, no es posible evitar los abusos, y tanto las mujeres como los dispensadores de servicios abortivos se arriesgan a ser denunciados, chantajeados y estigmatizados social y profesionalmente. La dedicación de algunos individuos al tratamiento de las complicaciones del aborto o a la práctica de abortos sin riesgo en un contexto de clandestinidad, siendo importante, no puede compensar la falta de un marco legal y de programas nacionales. A la larga, es necesario despenalizar el aborto si se quieren evitar riesgos.

Aunque la legislación, las políticas y los derechos de las mujeres son esenciales para resolver este problema, lograr abortos sin riesgo es ante todo una responsabilidad de salud pública que incumbe a los gobiernos. Además, disminuir la mortalidad materna haciendo los abortos más seguros es también parte del compromiso internacional contraído en 1994 en El Cairo en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (ICPD) de las Naciones Unidas, y reafirmado en la reunión de El Cairo+5 en 1999. A la mayor parte de los países les llevaría pocos años desarrollar las iniciativas necesarias para lograr los cambios esbozados en el presente artículo, una vez asumido el compromiso de lograr abortos sin riesgo. ■

Referencias

1. *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence and mortality due to unsafe abortion*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (documento inédito WHO/RHT/MSM/97.16).
2. *Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide*. New York, NY, Alan Guttmacher Institute, 1999: 35.
3. *Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide*. New York, NY, Alan Guttmacher Institute, 1999: 36.
4. **Wulf D, Jones H**. Health professionals' perceptions about induced abortion in South Central and Southeast Asia. *International Family Planning Perspectives*, 1997, **23** (2): 59–67.
5. **Rodríguez K, Strickler J**. Clandestine abortion in Latin America: provider perspectives. *Women and Health*, 1999, **28** (3): 59–75.
6. **Ahmed S et al**. Induced abortion: what's happening in rural Bangladesh. *Reproductive Health Matters*, 1999, **7** (14): 19–29.
7. **Makinwa-Adebusoye P, Singh S, Audam S**. Nigerian health professionals' perceptions about abortion. *International Family Planning Perspectives*, 1997, **23** (4): 148–154.
8. **Mahomed K et al**. Improved treatment of abortion complications and post-abortion family planning in Zimbabwe. Paper presented at: *120th Annual Meeting, American Public Health Association, Washington, DC, 8–12 November 1992*.
9. **Bongaarts J**. Trends in unwanted childbearing in the developing world. Presented at: *Annual Meeting, Population Association of America, Washington, DC, 27–29 March 1997*.
10. **Singh S, Henshaw S**. The incidence of abortion: a worldwide overview. Presented at: *Seminar on Socio-Cultural and Political Aspects of Abortion from an Anthropological Perspective, Trivandrum, India, 25–28 March 1996*.
11. **Desgrées du Lou A et al**. Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan. Une cause de la baisse de la fécondité? *Population*, 1999, **54** (3): 427–446.
12. **Laughrin AK et al**. Abortion and contraception in Kazakhstan, Kyrgyzstan, and Uzbekistan: the provider perspectives (preliminary results), 1994 (unpublished data).
13. **Bankole A, Singh S, Haas T**. Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries. *International Family Planning Perspectives*, 1998, **24** (3): 117–127.
14. **Frejka T, Atkin LC**. The role of induced abortion in the fertility transition of Latin America. In: Guzman JM et al. eds. *The fertility transition in Latin America*. Oxford, Oxford University Press, 1996: 179–191.
15. **Huntington D**. *Advances and challenges in postabortion care operations research: summary report of a global meeting, 19–21 January 1998*. New York, NY, Population Council, 1998.
16. **Bastianelli C et al**. Contraccezione e interruzione volontaria della gravidanza. Indagine conoscitiva su di un campione di 500 donne. *Minerva Ginecologica*, 1996, **48** (9): 359–363.
17. **Price SJ et al**. Use of contraception in women who present for termination of pregnancy in inner London. *Public Health*, 1997, **111** (6): 377–382.
18. **Pile J et al**. The quality of abortion services in Turkey. In: Huntington D. *Advances and challenges in postabortion care operations research: summary report of a global meeting, 19–21 January 1998*. New York, NY, Population Council, 1998.
19. **Georges E**. Abortion policy and practice in Greece. *Social Science and Medicine*, 1996, **42** (4): 509–519.
20. **Rašević M**. Yugoslavia: abortion as a preferred method of birth control. *Reproductive Health Matters*, 1994, **2** (3): 68–74.
21. **Geldstein RN, Pantelides EA**. Double subordination, double risk: class, gender and sexuality in adolescent women in Argentina. *Reproductive Health Matters*, 1997, **5** (9): 121–131.
22. **Palma I, Quilodrán C**. Adolescent pregnancy in Chile today: from marriage to abortion. *Reproductive Health Matters*, 1995, **3** (5): 12–21.
23. **Adjase ET**. "Hu M'Ani So Ma Me Nti" (*Two heads are better than one*): teenage sexuality, unwanted pregnancy and the consequences of unsafe abortion in Sunyani district, Ghana. Amsterdam, Royal Tropical Institute, 1997 (MA thesis).
24. **Lema VM, Rogo KO, Kamau RK**. Induced abortion in Kenya: its determinants and associated factors. *East African Medical Journal*, 1996, **73** (3): 164–168.
25. **Bélanger D, Khuat TH**. Young single women using abortion in Hanoi, Vietnam. *Asia Pacific Population Journal*, 1998, **13**: 3–26.

26. **Bélanger D, Khuat TH.** Single women's experiences of sexual relationships and abortion in Hanoi, Vietnam. *Reproductive Health Matters*, 1999, **7** (14): 71–82.
27. **Calves AE, Meekers D.** *Gender differentials in premarital sex, condom use, and abortion: a case study of Yaoundé, Cameroon.* Washington, DC, Population Services International Research Division, 1997 (Working Paper No. 10).
28. **Petchesky RP, Judd K,** eds. *Negotiating reproductive rights: women's perspectives across countries and culture.* London, Zed Books, 1998.
29. **Gillespie R.** Voluntary childlessness in the UK. *Reproductive Health Matters*, 1999, **7** (13): 43–53.
30. **Casas-Becerra L.** Women prosecuted and imprisoned for abortion in Chile. *Reproductive Health Matters*, 1997, **5** (9): 29–36.
31. **Johansson A et al.** Husbands' involvement in abortion in Vietnam. *Studies in Family Planning*, 1998, **29** (4): 400–413.
32. **Wu T, Parish WL.** The one-child policy and induced abortion in Jilin, China. Presented at: *Annual Meeting, Population Association of America, Miami, 5–7 May 1994.*
33. **Johansson A et al.** Abortion in context: women's experience in two villages in Thai Binh province, Vietnam. *International Family Planning Perspectives*, 1996, **22** (3): 103–107.
34. **Westley SB.** Evidence mounts for sex-selective abortion in Asia. *Asia-Pacific Population and Policy*, 1995, **34**: 1–4.
35. **David H, Rademakers J.** Lessons from the Dutch abortion experience. *Studies in Family Planning*, 1996, **27** (6): 341–343.
36. **Henshaw SK.** Induced abortion: a world review, 1990. *Family Planning Perspectives*, 1990, **22** (2): 76–89.
37. **Rahman A, Katzive L, Henshaw SK.** A global review of laws on induced abortion, 1985–1997. *International Family Planning Perspectives*, 1998, **24** (2): 56–64.
38. **Gursoy A.** Abortion in Turkey: a matter of state, family or individual decision. *Social Science and Medicine*, 1996, **42** (4): 531–542.
39. **Nunes FE, Delph YM.** Making abortion law reform happen in Guyana: a success story. *Reproductive Health Matters*, 1995, **3** (6): 12–23.
40. Choice on Termination of Pregnancy Act, 1996. Republic of South Africa. *Reproductive Health Matters*, 1996, **5** (9): 116–118.
41. **Djohan E et al.** The attitudes of health providers towards abortion in Indonesia. *Reproductive Health Matters*, 1993, **1** (2): 32–40.
42. *Barbados Medical Termination of Pregnancy Act, 1983–4, Supplement to Official Gazette.* Barbados, 17 February, 1983.
43. **Tietze C, Henshaw SK.** *Abortion: a world review.* New York, NY, Alan Guttmacher Institute, 1986: 26.
44. **Gabriel A.** Amathila goes it alone. *Sister Namibia.* September/October, 1997.
45. Bill proposes to allow some abortions under health care system. *Conscience*, 1997, **18** (3): 31.
46. Bill to ease abortion restrictions narrowly defeated: Portugal. *Conscience*, 1997, **18** (1): 34.
47. *Abortion debate in Mexico.* Press release, Grupo de Información en Reproducción Elegida. Mexico City, October, 1998.
48. **Tornaria C.** Aborto: debate reabierto. *Mujer/Fempress*, 1994, **148/149**: 4.
49. **Baltar da Rocha MI.** The abortion issue in Brazil: a study of the debate in Congress. *Estudos Feministas*, 1996, **4** (2): 505–522.
50. **Benson J et al.** Complications of unsafe abortion in sub-Saharan Africa: a review. *Health Policy and Planning*, 1996, **11** (2): 117–131.
51. **Langer A et al.** Improving post-abortion care in a hospital in Oaxaca, Mexico. *Reproductive Health Matters*, 1997, **5** (9): 20–28.
52. **Arilha M, Barbosa RM.** Cytotec in Brazil: "At least it doesn't kill". *Reproductive Health Matters*, 1993, **1** (2): 41–52.
53. **Costa SH.** 1998. Commercial availability of misoprostol and induced abortion in Brazil. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1998, **63** (suppl. 1): S131–S139.
54. **Fonseca W et al.** [Características sociodemográficas, reproductivas y clínicas de las pacientes hospitalizadas por aborto en el sur del Brasil.] *Cadernos Saúde Pública*, 1998, **14** (2): 279–286 (en portugués).
55. **Faúndes A.** Data from the Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Unificado de Saúde, 1998, (citado en la ref. 2).
56. **Faúndes A et al.** Post-abortion complications after interruption of pregnancy with misoprostol. *Advances in Contraception*, 1996, **12** (1): 1–9.
57. **Nunes F, Delph Y.** Making abortion law reform work: steps and slips in Guyana. *Reproductive Health Matters*, 1997, **5** (9): 66–76.
58. **Diaz J et al.** Evaluation of a strategy for improving the quality of services and contraceptive acceptance in the post-abortion period in three public sector hospitals in Bolivia. In: *Huntington D. Advances and challenges in postabortion care operations research: summary report of a global meeting, 19–21 January 1998.* New York, NY, Population Council, 1998.
59. **Okagbue I.** Pregnancy termination and the law in Nigeria. *Studies in Family Planning*, 1990, **21** (4): 197–208.
60. **Kissling F.** Abortion: the link between legality and safety. *Reproductive Health Matters*, 1993, **1** (2): 65–67.
61. **Costa SH, Vessey MP.** Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet*, 1963, **341**: 1258–1261.
62. **Hajaj Gonzalez C et al.** Congenital abnormalities in Brazilian children associated with misoprostol misuse in first trimester of pregnancy. *Lancet*, 1998, **351**: 1624–1627.
63. **Koster-Oyekan W.** Why resort to illegal abortion in Zambia? Findings of a community-based study in Western Province. *Social Science and Medicine*, 1998, **46** (10): 1303–1312.
64. **Gupte M, Bandewar S, Pisal H.** Abortion needs of women in India: a case study of rural Maharashtra. *Reproductive Health Matters*, 1997, **5** (9): 77–86.
65. **Khan ME et al.** Situation analysis of medical termination of pregnancy (MTP) services in Gujarat, Maharashtra, Tamil Nadu and Uttar Pradesh. In: *Huntington D. Advances and challenges in postabortion care operations research: summary report of a global meeting, 19–21 January 1998.* New York, NY, Population Council, 1998.
66. **Banwell SS, Paxman JM.** The search for meaning: RU486/PG, pregnancy and the law of abortion. *American Journal of Public Health*, 1992, **82** (10): 1399–1406.
67. **Yishai Y.** Public ideas and public policy: abortion politics in four democracies. *Comparative Politics*, 1993, **25** (2): 207–228.
68. **Smyth L.** Narratives of Irishness and the problem of abortion: the X case 1992. *Feminist Review*, 1998, **60**: 61–83.
69. **Lassey AT.** Complications of induced abortions and their prevention in Ghana. *East African Medical Journal*, 1995, **72** (12): 774–777.
70. Malaysia Act A727 of 1989. *Annual Review of Population Law*, 1989, **16**: 32.
71. *Abortion statistics 1997: England and Wales.* Pro-Choice Alliance, London. From: Office for National Statistics Monitors AB 98/3 & 4, 26 June 1998.
72. **Alvarez-Lajonchere C.** Commentary on abortion law and practice in Cuba. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1989, **3** (suppl.): 93–95.
73. **Kamal MG et al.** *Study on interventions necessary for preventing rejection of MR clients.* Dhaka, Bangladesh Association for Prevention of Septic Abortion, 1990.
74. *The Swedish Abortion Act.* Stockholm, Ministry of Health and Social Affairs, 1995.
75. **Stevens M, Xaba M.** Commentary. *Reproductive Health Matters*, 1997, **5** (9): 119.
76. **Meyers C, Woods RD.** An obligation to provide abortion services: what happens when physicians refuse? *Journal of Medical Ethics*, 1996, **22** (2): 115–120.
77. **Soderberg H et al.** Continued pregnancy among abortion applications. A study of women having a change of mind. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 1997, **76** (10): 942–947.

78. **Singh K et al.** Abortion trends in Singapore: a 25-year review. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 1996, **9** (1): 27–30.
79. **Lane SD et al.** *Social Science and Medicine*, 1998, **47** (8): 1089–1099.
80. **Mpangile GS et al.** Factors associated with induced abortion in public hospitals in Dar es Salaam, Tanzania. *Reproductive Health Matters*, 1993, **1** (2): 21–31.
81. **Roe J, Francome C, Bush M.** Recruitment and training of British obstetrician-gynaecologists for abortion provision: conscientious objection versus opting out. *Reproductive Health Matters*, 1999, **7** (14): 97–105.
82. **Johnson BR et al.** *Costs of alternative treatments for incomplete abortion*. Washington, DC, Population and Human Resources Department, World Bank, 1993 (Policy Research Working Papers WPS 1072).
83. **McLaurin KE.** A pro-active approach: meeting women's needs for abortion care in restrictive environments. Paper presented at: *119th Annual Meeting, American Public Health Association, Atlanta, GA, 11–14 November 1991*.
84. **Rogo KO et al.** Strategies to reduce morbidity and mortality due to unsafe abortion at the community level. *East Africa Medical Journal*, 1999, **76** (Suppl.).
85. **Dickson-Tetteh K, Rees H.** Efforts to reduce abortion-related mortality in South Africa. In: Berer M, Ravindran TKS, eds. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. London, Blackwell Science, 1999.
86. Bugalho A et al. The effectiveness of intravaginal misoprostol (Cytotec) in inducing abortion after 11 weeks of pregnancy. *Studies in Family Planning*, 1993, **24** (5): 319–323.
87. **Carbonell JL et al.** Vaginal misoprostol for abortion at 10–13 weeks' gestation. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 1999, **4** (1): 35–40.
88. **Blackwell A et al.** Health gains from screening for infection of the lower genital tract in women attending for termination of pregnancy. *Lancet*, 1993, **342**: 206–210.
89. **Winikoff B et al.** Safety, efficacy and acceptability of medical abortion in China, Cuba and India: a comparative study of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997, **176**: 431–437.
90. **Population Council.** Medical methods of early abortion in developing countries: a consensus statement. *Contraception*, 1998, **58**: 257–259.
91. **Ellertson C, Elul B, Winikoff B.** Can women use medical abortion without supervision? *Reproductive Health Matters*, 1997, **5** (9): 149–161.
92. **Castle MA, Likwa R, Whittaker M.** Observations on abortion in Zambia. *Studies in Family Planning*, 1990, **21**: 231–235.
93. **Joffe C.** *Doctors of conscience: the struggle to provide abortions before and after Roe v. Wade*. Boston, MA, Beacon Press, 1995.
94. *The care of women requesting induced abortion. Evidence-based Guideline No. 7*. London, Royal College of Obstetrician-Gynaecologists, 2000.
95. **Azize-Vargas Y, Avilés LA.** Abortion in Puerto Rico: the limits of colonial legality. *Reproductive Health Matters*, 1997, **5** (9): 56–65.
96. **Hardy E et al.** Comparison of women having clandestine and hospital abortions. *Reproductive Health Matters*, 1997, **5** (9): 108–115.
97. **Lamas M.** The feminist movement and the development of political discourse on voluntary motherhood in Mexico. *Reproductive Health Matters*, 1997, **5** (10): 58–67.
98. **Bellucci M.** Women's struggle to decide about their own bodies: abortion and sexual rights in Argentina. *Reproductive Health Matters*, 1997, **5** (10): 99–106.
99. **Mora M, Villarreal J.** Unwanted pregnancy and abortion: Colombia. *Reproductive Health Matters*, 1993, **1** (2): 11–20.
100. **Rogo K, Orero S, Oguttu M.** Preventing unsafe abortion in Western Kenya: an innovative approach through private physicians. *Reproductive Health Matters*, 1998, **6** (12): 77–83.
101. **Ramaseshan G.** Women imprisoned for abortion in Nepal: report of a Forum Asia fact-finding mission. *Reproductive Health Matters*, 1997, **5** (10): 133–138.