



Index de Enfermería

versión impresa ISSN 1132-1296

Index Enferm v.15 n.55 Granada invierno 2006

<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962006000300003>

ORIGINALES

El aborto en las mujeres inmigrantes. Una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda en Madrid*

Abortion in immigrant women: the perspective of the social and health professionals who deal with the demand in Madrid

A. Llácer Gil de Ramales,¹ C. Morales Martín,² S. Castillo Rodríguez,³ L. Mazarrasa Alvear,⁴ M. L. Martínez Blanco⁵

¹Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III (ISCIII)

²Becaria Red Temática de Investigación Salud y Género (R.I.S.G.), ISCIII

³Universidad Complutense de Madrid

⁴Escuela Nacional de Sanidad, ISCIII

⁵Servicio de Promoción de Salud. Instituto de Salud Pública. Madrid, España

*Este estudio es parte de un proyecto financiado por la Red Temática de Investigación de Salud y Género (R.I.S.G.)(ISCIII)(G03/042)

[Dirección para correspondencia](#)

Mi SciELO

Servicios personalizados

Servicios Personalizados

Artículo

- Artículo en XML
- Referencias del artículo
- Como citar este artículo
- Traducción automática
- Enviar artículo por email

Indicadores

Links relacionados

Bookmark

| Otros

RESUMEN

La elevada fecundidad del importante contingente de mujeres inmigrantes residentes en España plantea el interés de explorar su contribución a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), las circunstancias del embarazo que se interrumpe, las razones para hacerlo y las barreras que encuentran hasta realizarlo. Para ello se ha hecho en Madrid una encuesta en profundidad a profesionales que atienden la demanda de IVE en distintos puntos del circuito sociosanitario. En mujeres de otros países la IVE está muy asociada a su situación de inmigrantes: desde el fallo en la anticoncepción que conduce al embarazo hasta la imposibilidad de asumir el cuidado de la criatura. Destacan la inadecuación horaria de las consultas de anticoncepción, la burocratización del itinerario asistencial y la falta de transparencia de los criterios de financiación en un marco normativo restrictivo de escasos recursos públicos.

ABSTRACT

The high fertility rate of immigrant women resident in Spain raises the question of studying how many elective abortions they have, the circumstances behind the pregnancy which they decide to interrupt, their reasons for having the abortion and the obstacles encountered. In-depth interviews of the professionals –both of social services and health care– who deal with the demand for elective abortions at different stages in the process were carried out in Madrid. For women from other countries, elective abortion is closely associated with their

situation as immigrants: from the failure of birth control to the impossibility of caring for the baby. The most relevant problems are the opening hours of birth control services, the bureaucratisation of health care provisor and the lack of transparency regarding [finacial](#) criteria in a framework of legal restrictions and insufficient public resources.

Introducción

Se estima que anualmente 46 millones de mujeres en el mundo interrumpen un embarazo que no pueden asumir.^{1,2} Las condiciones en las que se realizan los abortos varían enormemente según los países, en función del grado con el que se respetan los derechos de la mujer a decidir sobre su maternidad y la coherencia de su aplicación.³ La penalización del aborto no determina que haya menor número de ellos pero hace que se realicen en condiciones de riesgo⁴ constituyendo un problema grave de salud pública.¹

En el mundo existen distintas situaciones legales respecto al aborto: está permitido para salvar la vida de la madre, por razones de su salud física, de su salud mental, por razones socioeconómicas y sin restricciones.⁵ Para los tres primeros supuestos, en España, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) esta despenalizada desde 1985.⁶ Desde entonces el número de IVEs ha ido aumentando progresivamente; en los diez últimos años lo hicieron un 63% y más del doble en las menores de 19 años.⁷ En 2003 hubo 79788 IVEs, suponiendo una tasa de 8,8 por 1000 mujeres entre 15 y 44 años. Un 97% de los casos se realiza en centros privados.⁷ En ese año había 2,7 millones de extranjeros empadronados, casi la mitad mujeres y en gran parte en edad reproductiva siendo las más numerosas las marroquíes seguidas de ecuatorianas y colombianas.⁸ Al inicio de ese año había muy pocos datos sobre IVE en mujeres inmigrantes porque la ficha normalizada del registro estatal del IVE no recogía el país de origen y no era posible diferenciar entre población residente española y extranjera. Pero sí se sabía que, en el último quinquenio, los nacimientos de madre extranjera se habían más que triplicado.⁹ Alguna comunicación científica^{10,11} y de la propia red de centros de IVE parecían indicar un incremento progresivo del procedimiento en mujeres inmigrantes en los últimos años.

Este estudio se enmarca en el objetivo estratégico de análisis de la salud sexual y reproductiva de las mujeres inmigrantes en España para poder detectar y prevenir posibles situaciones de inequidad en relación a las mujeres españolas. A partir de la información aportada por los profesionales que atienden la demanda de IVE se plantearon los siguientes objetivos específicos en relación a las mujeres inmigrantes: a) analizar las circunstancias relacionadas con el embarazo no deseado que provoca la petición de IVE; b) valorar los factores individuales y sociales asociados a la decisión de interrumpir el embarazo; c) caracterizar las barreras de acceso y utilización de los servicios sociosanitarios y d) recoger las propuestas de medidas de prevención y atención de la IVE mas adecuadas para esta población.

Participantes y métodos

Se realizó un estudio exploratorio mediante entrevistas semi-estructuradas a profesionales sociosanitarios clave. Las personas informantes fueron seleccionadas entre aquellas que atienden la demanda de IVE en los distintos niveles de atención en centros sanitarios públicos y privados acreditados, en asociaciones de inmigrantes y en mediación intercultural. Las entrevistas se realizaron de septiembre a diciembre de 2003 por dos miembros del equipo de investigación, fueron grabadas y transcritas y su duración media fue 1 hora 50 minutos. Se procedió al análisis de contenido de las entrevistas, entresacando aquella información más descriptiva que permitiera la reconstrucción del proceso de IVE. En este artículo presentamos los resultados de las entrevistas a profesionales sociosanitarios que trabajaban en dos tipos de instituciones: aquellas que mediaban en el proceso de orientación, gestión y derivación para la realización de la IVE (Consultas de Especialidades en Ginecología, Salud Mental y Trabajo social de Centros de Salud del Ayuntamiento de Madrid, Centro de Orientación Familiar de la Comunidad de Madrid e INSALUD) y aquellas donde tenía lugar la IVE (hospitales públicos y clínicas privadas).

Los informantes pertenecían al ámbito de la ginecología, trabajo social, enfermería, psiquiatría y mediación. Diez eran mujeres y dos eran hombres, siendo su media de experiencia de 10,4 años. Las entrevistas se estructuraron siguiendo los objetivos específicos del estudio.

Resultados

a) **Importancia y características sociodemográficas de las mujeres inmigrantes que realizan una IVE.** Los profesionales coincidían en la gran importancia y tendencia creciente de la demanda de IVE de mujeres inmigrantes, asociada al aumento de la población inmigrante en España y de los nacimientos de madre extranjera. Señalaban que las más numerosas eran las mujeres ecuatorianas, seguidas principalmente de las procedentes de Colombia, Rumania y Marruecos y comentaban la reciente incorporación de mujeres chinas y la tendencia creciente de las del Este europeo. La mayoría veían pocas adolescentes y en general atendían a mujeres mayores de 25 años, muchas de ellas con hijos, aquí o en sus países. El nivel educativo era heterogéneo: mujeres con educación superior (Este europeo), estudios primarios (dominicanas) o analfabetas funcionales (nigerianas y de zonas rurales latinoamericanas). La mayoría trabajaban, sobre todo en el servicio

doméstico; había más amas de casa entre las mujeres marroquíes, veían pocas estudiantes y algunas de las mujeres del Este europeo y subsaharianas ejercían la prostitución. En conjunto, eran mujeres en muchos casos recién llegadas, en situación de precariedad laboral, sin recursos económicos, escasa cobertura social, sin regularizar, con falta de apoyo familiar y sin su pareja en España.

b) Circunstancias relacionadas con el embarazo no deseado. El embarazo venía dado básicamente por no utilizar métodos anticonceptivos o usar métodos no seguros. No utilizaban la anticoncepción de emergencia. Interrumpían los métodos utilizados en su país al llegar a España, porque fueran distintos o porque emigraban sin sus parejas y entraban en periodo de descanso de anticonceptivos orales o uso del DIU al no plantearse nuevas relaciones. Muchas no habían usado antes ningún método y no lo usaban en España, exponiéndose a relaciones sin protección. También influía la dificultad de acceso a los anticonceptivos por no tener receta y su alto precio. En todas estas situaciones subyacía la resistencia de los hombres a usar el preservativo. Una de las profesionales planteaba que no era infrecuente el maltrato de las parejas, incluido el sexual, circunstancia que también ocurría en las mujeres españolas.

En el itinerario asistencial resaltaban la dificultad de acceso de las mujeres inmigrantes a los servicios de Planificación Familiar porque la mayoría tenían trabajos -servicio doméstico, cuidado a personas dependientes y restauración- incompatibles con los horarios de las consultas y dada su precariedad, no resultaba fácil obtener permiso o no lo solicitaban por temor al despido. Se producían pérdidas de citas médicas que sumadas a las listas de espera resultaban en una demora en la atención, un tiempo de riesgo y exposición al embarazo no deseado para estas mujeres.

Referían diferencias según procedencia:

-Algunas mujeres, sobre todo las del Este europeo tenían historia de abortos previos (1 a 6, incluso más), habían utilizado la IVE como método anticonceptivo en sus países y aquí, aunque iniciaran nuevos métodos, recurrían a ella si les fallaban.

-Entre las mujeres latinoamericanas era frecuente la negativa de sus parejas a utilizar preservativo y la desorientación acerca de los anticonceptivos idóneos y sus pautas, sobre todo porque interrumpían los que estaban acostumbradas a utilizar al no encontrarlos en España y desconfiaban de los indicados para sustituirlos. También era frecuente haber dejado al marido en sus países y la imprevisión ante una pareja esporádica.

-En las mujeres marroquíes el uso de anticonceptivos era menos frecuente, por desconocimiento, por no querer usarlos ellas o sus parejas, o por creencias religiosas que consideran la reproducción como fin último de la sexualidad. También era importante la negativa masculina a usar preservativo.

-En las mujeres subsaharianas parecía general la ausencia de control de anticoncepción y no usaban preservativo. Su escasa visibilidad en los servicios de salud podría denotar mayores dificultades de acceso y por tanto menor información y educación en sexualidad y anticoncepción. Algunas de estas mujeres que estaban en la prostitución creían que el embarazo podría permitirles dejarla aunque luego veían frustradas sus expectativas.

c) La decisión de realizar una IVE. La mayoría de las mujeres aducían problemas psicológicos para no continuar el embarazo, coincidiendo con la opción legal. Sin embargo, las personas entrevistadas dejan entrever o comentan explícitamente otras razones personales o sociales que influyen en la decisión de IVE entre las mujeres inmigrantes:

-Por un lado era frecuente que las mujeres tengan ya uno, dos o más hijos aquí o en sus países por lo que la IVE no solía entrar en conflicto con la maternidad no satisfecha.

-Respecto a la pareja podían darse distintas situaciones. Las mujeres llegaban a la decisión de IVE porque no existía una corresponsabilización de la pareja y no se sentían respaldadas para afrontarlo. También decidían abortar por temor al conflicto con la pareja estable en su país siendo el embarazo resultado de una relación esporádica o cambio de pareja. Esto era frecuente sobre todo en mujeres del Ecuador y de otras mujeres latinas que son las primeras en emigrar del núcleo familiar.

-Acudían solas a las consultas. Los hombres escasamente tenían presencia física o discursiva; la decisión parecía ser más individual que conjunta.

-Entre los motivos económicos más descritos y comunes a todas las mujeres inmigrantes cualquiera que fuera su país de origen se incluían el temor a perder el trabajo o a reducir los ingresos ante la expectativa de dedicar parte del tiempo al cuidado de la nueva criatura y los gastos que implicaba; todos ellos serían además aspectos incompatibles para muchas de ellas con las responsabilidades adquiridas de envío regular de dinero a sus países.

-Los informantes referían que había jóvenes menores de 20 años que aducían como razones para la IVE el tener ya un hijo, el temor a su padre y que la pareja no se corresponsabilizara.

d) Barreras de acceso y utilización de los servicios socio sanitarios. Los profesionales informaban que las mujeres inmigrantes conocían el procedimiento para conseguir la IVE sobre todo por el boca a boca, páginas amarillas, publicidad de los centros privados, información directa por profesionales de atención primaria o especializada y en menor medida, por asociaciones propias. Las barreras que describían se resumen en dos grandes apartados:

-Las propias de la situación de especial vulnerabilidad para la mayoría de las mujeres que se plantean una IVE en la que los aspectos de comunicación, confianza y confidencialidad son esenciales. Las principales barreras observadas en las mujeres inmigrantes serían el idioma en algunos casos y el temor a proporcionar datos, sobre todo si están en una situación de irregularidad.

-Las propias del circuito sanitario público de IVE caracterizado por su burocratización y precariedad de recursos y que se expresaban fundamentalmente en problemas de acceso y tiempos de demora, incluyendo posibles barreras para conseguir financiación. Estas dificultades comenzaban a veces en las propias consultas de atención primaria, que no derivaban correctamente a las mujeres, muchas veces por desconocimiento y escasa transparencia del procedimiento, incluso para los profesionales.

El circuito burocrático de la red pública para la realización de una IVE podía conllevar hasta seis citas previas. Antes del aborto eran varias las entrevistas y la documentación requeridas a las mujeres que eran remitidas a las consultas de trabajo social, pasando a continuación por psicología y otras especialidades hasta llegar al hospital o clínica privada donde hacían la intervención. En definitiva, implicando un tiempo de demora real y psicológica que añadía ansiedad al proceso.

Los profesionales también señalaban que la falta de recursos para la IVE en el sector público resultaba en una derivación casi absoluta al sector privado. La objeción de conciencia opera jerárquicamente en los servicios a partir de la toma de postura de sus responsables y anula la oferta del centro en su conjunto. La oferta pública en Madrid en el 2003 eran sólo dos hospitales (reducido a un sólo hospital al escribir el trabajo).

La financiación pública de las IVE derivadas al sector privado era discrecional, realizándose por pago directo al centro o a través del reembolso directo a la mujer sin que fuera posible valorar en qué medida esta financiación estaba siendo equitativa. Se pensaba que podía estar operando cierta discriminación positiva a favor de las mujeres inmigrantes pero también que en ocasiones era difícil para estas mujeres acogerse a los criterios de financiación.

e) Medidas de prevención y atención de la IVE. Por último, los profesionales de la salud entrevistados proponían una serie de medidas a adoptar por la administración pública para mejorar la prevención de la IVE. Las principales serían:

-Simplificar el circuito sanitario para reducir las barreras de acceso al mismo y contemplar la situación de urgencia en la que se encuentran las mujeres inmigrantes. En especial, adecuar los horarios de los servicios de planificación familiar.

-Incluir en el registro de IVE al menos la variable país de origen, así como otras variables de interés para adecuar las intervenciones.

-Llevar a cabo programas de educación y promoción de la salud para mejorar las prácticas anticonceptivas en la población inmigrante, incluida la de emergencia, y facilitar el seguimiento post-IVE en Planificación Familiar.

-Sensibilizar a los profesionales que atienden la demanda de IVE, adecuando su competencia profesional, mejorando la coordinación entre servicios (atención primaria, planificación familiar, hospitales) y promoviendo la formación ante las nuevas necesidades.

Discusión

La opinión de los proveedores en la IVE ya se había utilizado previamente.^{1,12,13} En nuestro caso, se trataba de obtener una primera información sobre la realidad muy poco conocida de las mujeres inmigrantes que realizaban una IVE. El aborto era más frecuente en ellas al igual que en otros países desarrollados receptores de inmigración¹⁴⁻¹⁹ y, en general, sus características sociodemográficas no diferían de las de la población femenina inmigrante. Estas características serían atribuibles a rasgos compartidos entre los países emisores como la mayor fecundidad y las edades más tempranas de inicio de la maternidad, que explicarían entre otros aspectos, la menor importancia relativa de la IVE en comparación con las adolescentes autóctonas tal como se describe internacionalmente.²⁰ La mayor frecuencia de IVE recurrente en mujeres inmigrantes que en autóctonas¹⁴⁻¹⁶ es una circunstancia común aún entre mujeres de muy distinto bagaje cultural y variados marcos legislativos, normativos y de servicios de anticoncepción en sus países de origen. Hecho que apunta a que más allá de las características sociodemográficas, la IVE está asociada con rasgos propios del hecho migratorio lo que algunos estudios parecen corroborar.^{15,16}

Al inicio del 2004, durante la elaboración de este trabajo, se publicaron los datos del Registro autonómico de IVE de Madrid del 2003, en los que por primera vez venían diferenciadas las mujeres españolas y extranjeras²¹ y un estudio²² sobre este tema. Ambos confirmaban los datos del nuestro.

Circunstancias del embarazo que conducen al aborto. En las mujeres inmigrantes que realizan una IVE, comparativamente con las del país receptor se ha descrito un mayor recurso a métodos anticonceptivos no seguros, como la interrupción del coito^{15,22} o el uso del método Ogino^{16,22} y una alta proporción de mujeres que no usaban ningún anticonceptivo en el momento del embarazo.^{15,16} Por otra parte, para mujeres habituadas a la escasez y alto coste de los anticonceptivos seguros, el aborto opera objetivamente como un método anticonceptivo.¹⁴

La inadecuación de las consultas específicas de planificación con las condiciones laborales de estas mujeres y la infrutilización de los recursos asistenciales de la atención primaria se han descrito en otros estudios.²²⁻²⁴ Otras fuentes confirman que las mujeres inmigrantes en mayor porcentaje que las españolas no habían acudido a ningún centro de control de anticoncepción en los dos últimos años previos a la IVE.²¹

Los motivos para decidir una IVE. Las razones para abortar se han analizado en muchos países y circunstancias.^{16,22,25,26} Helstrom¹⁶ las agrupa en grandes categorías: razones de edad, problemas de pareja, limitación del número de hijos y motivos económicos, dando un espectro amplio de la importancia relativa de unas y otras en Suecia, USA, Holanda y Suiza pero la propia clasificación de las motivaciones, muchas veces priorizadas con mecanismos de selección múltiple poco homogéneos, enmascara la cadena causal que subyace en ellos, simplificando en exceso un proceso que como apuntan nuestros resultados y otros estudios²⁷ es más complejo.

La violencia de género contra las mujeres como antecedente del embarazo no planificado y condicionante de la decisión de IVE ya ha sido descrita en algunos estudios²⁸ donde se señala la dificultad de visibilizarla más allá de las situaciones extremas de IVEs por razón de violación. Un estudio desde una de las clínicas privadas de IVE de la Comunidad de Madrid (CM) ha dimensionado dicho problema.²⁹

Los problemas de acceso a los recursos. En 2003 la natalidad de las mujeres inmigrantes en la CM fue más del doble que la de las españolas. Se estima que por cada 100 nacidos vivos de madre extranjera^{9,21} se produjeron 58 IVEs, casi cuatro veces las producidas en españolas,^{7,9} sugiriendo un posible desajuste en el acceso a los servicios y métodos anticonceptivos.

En general, existen problemas de acceso a la IVE,^{1,12,23,30-32} incluso en países donde no hay limitaciones legales para el aborto, teniendo que ver con la formación de los profesionales y el diseño y financiación de los servicios que delimitan la oferta. Además, en el caso de población inmigrante se añaden problemas específicos como los lingüísticos y culturales. Frecuentemente la dificultad de acceso se refleja en el tiempo de gestación en el momento de la intervención, dando IVEs más tardías entre las inmigrantes.^{17,19} Este hecho también se ha descrito en los EEUU en determinados grupos étnicos, asociado en parte a su situación socioeconómica.³³

En España sólo un 2,5% de las IVE se realizan en centros públicos⁷ y una parte indeterminada de las restantes en régimen de concierto en centros privados acreditados, según criterios variables en las Comunidades y circuitos que difieren en complejidad. En el 2003 las IVEs concertadas fueron más frecuentes en las mujeres inmigrantes en la CM pero también tuvieron un ligero desplazamiento de la edad gestacional con IVEs más tardías.²¹

Alternativas que proponen los profesionales. Las medidas coincidían básicamente con las planteadas en otros países^{12,23,32} para mejorar los servicios de IVE en general y que también contribuirían a mejorar el acceso de las mujeres inmigrantes, sobre todo en relación al circuito de derivación. La información para el primer contacto con dicho circuito puede ser muy importante y facilitador para estas mujeres, planteándose reforzar el papel de los profesionales de atención primaria, en ocasiones insuficientemente informados del mismo.²³ También se destaca la necesidad de adecuar y extender las prácticas de anticoncepción¹⁶ y en especial la de emergencia a la que suelen tener peor acceso.¹⁵ Es importante asimismo reforzar el seguimiento posterior a la IVE. Las posibles reservas para incorporar la variable país de origen en el registro estatal de IVE podrían contrastarse con la experiencia de otros países en el uso de variables de origen étnico en salud pública.³⁴

Concluyendo, la población de mujeres residentes inmigradas a España desde países de renta inferior a la nuestra está recurriendo a la IVE en una proporción importante en relación a su fertilidad. Las situaciones que inciden en ello son muy variadas como lo son sus características de procedencia, familia, relaciones de género, educación, trabajo y red social, pero ponen de manifiesto una mayor vulnerabilidad debida a las propias condiciones vitales y laborales de la inmigración que se enfrentan con una inadecuación e insuficiencia de la oferta de los servicios de sexualidad y anticoncepción. La realización de la IVE en España, practicada casi en su totalidad en centros privados, y sujeta a criterios variables de concierto para su financiación pública, plantea problemas de derivación y seguimiento de la intervención por parte de la red pública de atención y crea situaciones de inequidad que habría que poder caracterizar. Garantizar los derechos sexuales y reproductivos también de las mujeres inmigrantes, requiere un esfuerzo de revisión del marco actual normativo, institucional y de servicios.

Bibliografía

1. Henshaw SK, Singh S, Haas T. The incidence of abortion worldwide. *Int Fam Plann Persp* 1999;5(Suppl):S30-S38. [[Links](#)]
2. The Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide. Nueva York: The Alan Guttmacher Institute; 1999. Disponible en: <http://www.agi-usa.org/pubs/sharing.pdf> [accedido en junio 2005]. [[Links](#)]
3. Naciones Unidas. Declaración de Beijing y Plataforma para la Acción. IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres. Beijing (China). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer; 1995. [[Links](#)]

4. Ahman E, Shah I. Unsafe abortion: worldwide estimates for 2000. *Reprod Health Matters* 2002; 10(19):13-17. [[Links](#)]
5. Tautz S. (Un)safe abortion. Review paper, GTZ, Sector project Reproductive Health/evaplan gmbh, 2004. Disponible en: <http://www.evaplan.org/website/evaplan/grafik/pdf/abortion.pdf> [accedido en junio 2005]. [[Links](#)]
6. Ley orgánica 9/1985 de 5 julio de Reforma del Artículo 417 bis del Código Penal (Jul.12,1985). [[Links](#)]
7. Ministerio de Sanidad Consumo. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003. [[Links](#)]
8. Instituto Nacional de Estadística. Padrón continuo de habitantes 2003. INE:2004. Disponible en: <http://www.ine.es> [accedido en mayo 2005]. [[Links](#)]
9. Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de Población, 2003. INE: 2004. Disponible en: <http://www.ine.es> [accedido en mayo 2005]. [[Links](#)]
10. Barroso P, Lucerna M, Parrón T. Evolución de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en un Distrito Sanitario. Planteamiento de nuevas estrategias. *Gac Sanit* 2003; 17(2):116. [[Links](#)]
11. Zurriaga O, Martínez-Beneito M, Peñalver J, Bosch S, García M, Amador A et al. Análisis de las características diferenciales de las inmigrantes atendidas en centros de planificación familiar. *Gac Sanit* 2003; 17(2):115. [[Links](#)]
12. Ferris L, McMain-Klein M, Iron K. Factors influencing the delivery of abortion services in Ontario: a descriptive. *Fam Plann Perspect* 1998; 30(3):521-530. [[Links](#)]
13. Beckman LJ, Harvey SM, Satre SJ. The delivery of medical abortion services: the views of experienced providers. *Women's Health Issues* 2002; 12(2):103-112. [[Links](#)]
14. Sabatello E. Continuity and change in reproductive and abortion patterns of Soviet immigrants in Israel. *So Sci Med* 1995; 40(1):117-124. [[Links](#)]
15. Addor V, Narring F, Michaud PA. Abortion trends 1990-1999 in a Swiss region and determinants of abortion recurrence. *Swiss Med Wkly* 2003; 133(15-16):219-226. [[Links](#)]
16. Helstrom L, Odland V, Zatterstrom C, Johansson M, Granath F, Correia N et al. Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scand J Public Health* 2003; 31(6):405-410. [[Links](#)]
17. Papini P, Rosano A, Schifano P, Cesaroni G, Di Lena P. The relationship between the methods for performing voluntary pregnancy interruption and the sociodemographic characteristics of the women: the differences between Italian and on-EEC women in Rome, 1987-1993. *Epidemiol Prev* 1996; 20(2-3):115-118. [[Links](#)]
18. Moscioni P, Romagnoli C, Pomili G, Gilardi G. Immigrant women and health services. Experience with hospital obstetric-gynecologic department (1992-94). *Minerva Ginecol* 1995; 47(9):373-379. [[Links](#)]
19. Medda E, Baglio G, Guasticchi G, Spinelli A. Reproductive health of immigrant women in the Lazio region of Italy. *Ann Ist Super Sanita* 2002; 38(4):357-365. [[Links](#)]
20. Minnis AM, Padian NS. Reproductive health differences among Latin American-and US-born young women. *J Urban Health* 2001; 78(4):627-637. [[Links](#)]
21. Lopez-Gay D, Izarra C, Peña-Rey I, Gil A, Monteagudo O. Interrupciones Voluntarias de Embarazos en la Comunidad de Madrid 2001-2003. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 2004; 10(2):89-107. [[Links](#)]
22. Bravo A. El aborto en la población inmigrante: contextualización. En Esteban Galarza M, Pallarés J, editors. *La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización*. Sevilla, FAAEE y ASANA. 2005. [[Links](#)]
23. Bajos N, Moreau C, Ferrand M, Bouver J. Access to health care for an induced abortion: qualitative and quantitative approaches. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2003; 51(6):631-647. [[Links](#)]
24. Serrano I. La salud sexual de las mujeres inmigrantes. *Dialogos* 2003;(56):25-26. [[Links](#)]
25. 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-&152. [[Links](#)]
26. Lapple M. Abortion on demand. Descriptive and quantitative study of psychological and psychosocial aspects *Contracept Fertil Sex* 1994; 22(2):117-1. [[Links](#)]
27. Bosch S, Zurriaga O, Molins T, Vanaclocha H, Escolano M. Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVEs) en la Comunidad Valenciana durante 2001. *Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat i Consum*; 2002. [[Links](#)]
28. Glander S, Moore M, Michielutte R, Parsons L. The prevalence of domestic violence among women seeking

abortion. *Obstet Gynecol* 1998; 91(6):1002-1006. [[Links](#)]

29. Virtudes V. Mujeres extranjeras, aborto y violencia de género. En: I Jornada sobre Los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres inmigrantes. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2005. [[Links](#)]


30. Pinter B. Medico-legal aspects of abortion in Europe. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2002; 7(1):15-19. [[Links](#)]

31. Kumar U, Baraitser P, Morton S, Massil H. Decision making and referral prior to abortion: a qualitative study of women's experiences. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2004; 30(1):51-54. [[Links](#)]

32. Say L, Foy R. Improving induced abortion care in Scotland: enablers and constraints. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2005; 31(1):20-23. [[Links](#)]

33. Jones R, Darroch J, Henshaw SK. Patterns in the socioeconomic characteristics of women obtaining abortions in 2000-2001. *Perspect Sex Reprod Health* 2002; 34 (5): 226-235. [[Links](#)]

34. Smith G. Learning to live with complexity: ethnicity, socioeconomic position, and health in Britain and the United States. *Am J Public Health* 2000; 90(11):1694-1698. [[Links](#)]

 **Dirección para correspondencia:**

Lucía Mazarrasa Alvear
Escuela Nacional de Sanidad
Instituto de Salud Carlos III
C/ Sinesio Delgado, 8
Madrid 28029.España
E-mail: lmazarra@isciii.es

Recibido el 25.10.2005

Aceptado el 4.01.2006

© 2011 *Fundación Index*

Apartado de correos: nº 734
18080 Granada
España
Telf./Fax: (34)958 293 304



secretaria@ciberindex.com