

# **La realidad social y sanitaria del aborto voluntario en la clandestinidad y la respuesta institucional del sector salud en Uruguay**

Alejandra López Gómez, Gualberto Arribeltz, Alicia Alemán,  
Elina Carril, Grazzia Rey

## **Introducción**

Este capítulo tiene como principal objetivo analizar la realidad de la práctica clandestina del aborto voluntario, en sus dimensiones y determinantes sociales, psicosociales y sanitarios, a la luz de los principales hallazgos de investigación relevados en nuestro país. A su vez, se presentan las respuestas institucionales generadas desde el sector salud frente a la práctica insegura del aborto, especialmente aquellas definidas desde el Ministerio de Salud Pública (MSP), en su rol de organismo rector de las políticas de salud en el país. A modo de presentación inicial se pone a consideración información general sobre precisiones terminológicas y conceptuales sobre aborto, tipos de práctica y técnicas utilizadas.

Para la elaboración de este capítulo, se realizó una búsqueda de resultados de investigación sobre aspectos psico-sociales, culturales y sanitarios publicados por autores/as uruguayos en libros, capítulos de libros y artículos, entre los años

1985 y 2008<sup>1</sup>. Se consultaron diferentes fuentes: base de datos de la Biblioteca Nacional; bibliotecas de los servicios de UdelaR; base de proyectos y publicaciones de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC, UdelaR), estudios realizados por organizaciones no gubernamentales, agremiaciones profesionales y universidades privadas. El relevamiento realizado permite afirmar que existe escasa investigación nacional sobre estas dimensiones de la práctica del aborto, que haya sido publicada y se encuentre disponible, si bien se puede señalar que en los últimos años existe una mayor concentración de estudios, fundamentalmente generados por organizaciones no gubernamentales y por investigadores/as de la UdelaR en consonancia con el contexto de debate social y político que vive el país respecto al marco jurídico sobre aborto.

## **A modo de información general sobre aborto: Definiciones y clasificaciones**

La palabra aborto proviene del latín *abortus* o *aborsus*, que a su vez deriva del término *aborior*. Este concepto se utilizaba para referir lo contrario a *orior*, o sea, lo contrario a nacer. El aborto es la interrupción del desarrollo del embrión o el feto durante el embarazo. La Real Academia Española (22<sup>o</sup> edición) define aborto como la “interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadamente provocadas”.

Un aborto se define como la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio (pared interna del útero), antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir, previo a que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente. De acuerdo a la tradición médica, la viabilidad fetal se logra luego de las 20-22 semanas de gestación, contando desde el primer día de la última menstruación. Luego de este periodo, se habla de muerte fetal, parto prematuro y no de aborto (OMS, 1997 y 2003).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el aborto como la interrupción de la gestación cuando el producto de la concepción pesa hasta 499 gramos, lo que habitualmente ocurre antes de las 20 semanas de embarazo. Dado que el peso fetal es un dato más preciso y objetivo que la amenorrea, si no existe coincidencia entre ellos, debe prevalecer el dato del peso fetal. En Uruguay, desde el punto de vista médico-legal, para los productos sin vida de un embarazo que sean mayores de 500 gramos, es obligatorio completar el certificado de defunción prenatal, no así para los menores de dicho peso.

---

(1) A posteriori se incluyeron algunos artículos publicados en 2009-2010.

El aborto puede clasificarse en dos tipos: espontáneo e inducido. Dentro de la segunda categoría, se incluye el aborto voluntario. El **aborto espontáneo** ocurre cuando un embrión o el feto se pierde por causas naturales y sin que medie voluntad de eliminar al *nasciturus* por parte de la mujer o por parte del médico. Son los que se producen en ausencia de maniobras facilitadoras, es decir sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación. Se estima su frecuencia en alrededor del 15% del total de los embarazos.

El **aborto inducido** es el que surge como resultante de maniobras practicadas con la intención de interrumpir el embarazo. Estas pueden ser realizadas por la propia mujer o por otra persona por encargo de ésta. También se ha definido como la interrupción provocada del desarrollo vital del embrión o feto –con o sin asistencia médica, y en cualquier circunstancia social o legal–, que se realice antes de que la gestación haya alcanzado las 20 semanas. Los abortos inducidos pueden ser legales o ilegales, dependiendo de los marcos jurídicos vigentes en cada país. El aborto ilegal, aquel realizado en contextos donde las leyes lo prohíben y/o lo consideran un delito punible, se realiza generalmente en los circuitos clandestinos y, por definición, se trata de abortos inseguros.

El aborto se clasifica también en función de los motivos para practicarlo. Los abortos inducidos se clasifican en distintos tipos:

- a) *aborto terapéutico*: es el realizado cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer embarazada, es decir que se justifica para salvar su vida o cuando la continuación del embarazo o el parto representan un riesgo grave para su salud;
- b) *aborto eugenésico*: es el realizado cuando se busca evitar que el niño nazca con una enfermedad congénita o genética grave, que lo coloque en riesgo de muerte o con inviabilidad fetal extrauterina o que lo condene a discapacidades severas permanentes;
- c) *aborto ético o humanitario*: cuando el embarazo ha sido consecuencia de una acción delictiva, fundamentalmente violación o relaciones incestuosas;
- d) *aborto psicosocial*: es el realizado cuando la mujer no puede o no desea mantener el embarazo por razones personales, familiares, económicas, sociales, etc. Es indiscutible que esta situación incluye el mayor porcentaje de abortos practicados en el mundo. El aborto psicosocial y el aborto ético o humanitario se agrupan como abortos electivos o voluntarios. De ellos, los que ocurren durante el primer trimestre, representan el 80% de los casos en todo el mundo.

## **Prácticas y técnicas**

Existen distintos procedimientos para la interrupción de un embarazo, los cuales pueden ser definidos como seguros e inseguros desde el punto de vista sanitario, dependiendo si se cumplen o no determinados estándares de calidad. Desde el punto de vista técnico, se puede clasificar en aborto con medicamento y aborto quirúrgico. A su vez, se pueden identificar un conjunto de prácticas que se basan en el conocimiento colectivo del saber popular, generalmente vinculados a prácticas inseguras.

### **a) El aborto con medicamento**

El aborto con medicamento consiste en la administración de agentes farmacéuticos para propiciar la expulsión del contenido del útero. También se lo denomina aborto farmacológico, aborto químico u aborto farmacéutico.

A partir de fines de la década del 60 se comenzaron a utilizar las prostaglandinas en ginecología y obstetricia. La primera clínicamente utilizada fue la F2a, actualmente en desuso. Luego se incorporó la PgE2 y, a partir de la década del 80, el misoprostol se incluyó para distintos usos en ginecología y obstetricia, luego que la Foods and Drugs Administration (FDA) de los Estados Unidos aprobó en 1992 su uso para el tratamiento de la dispepsia. El misoprostol fue creado originalmente para tratar algunas úlceras gástricas. Es eficaz en el tratamiento del aborto incompleto o aborto espontáneo, así como en otras complicaciones del embarazo, incluida la hemorragia posparto. También es utilizado por sí solo o con mifepristona para inducir el aborto. Su uso se ha extendido en los últimos años en los países en desarrollo, donde existen altas tasas de mortalidad materna a consecuencia de hemorragia posparto, aborto inseguro y aborto espontáneo. En los países con leyes no restrictivas respecto al aborto voluntario, el aborto con medicamento es una de las vías más utilizadas para la interrupción del embarazo.

En abril de 2009, la OMS añadió al misoprostol a la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales, para su uso en el tratamiento de aborto y aborto incompleto, basándose en la eficacia y seguridad probada del medicamento. La lista de la OMS de medicamentos esenciales es una orientación para el desarrollo de las listas nacionales e institucionales de medicamentos y tiene la finalidad de

centrar los recursos en medicinas que ayudan a evitar y resolver los problemas más graves de salud. La lista también favorece la preparación médica de ayuda humanitaria para los casos de urgencia, ya que sirve de guía para organizaciones que suministran medicamentos a países en desarrollo y/o en crisis.

Un análisis de revisión de los datos de venta utilizados por las empresas farmacéuticas en los últimos seis años, mostró que gran parte del misoprostol vendido es una combinación de este medicamento y otro antiinflamatorio no esteroideo (AINE), que se vende principalmente en Norteamérica y Europa Occidental. La mayoría de las formulaciones que utilizan únicamente misoprostol se venden en Asia, con importantes aumentos en ventas en Bangladesh y la India, donde se pueden adquirir muchas de las marcas a precios bajos. En África y Oriente Medio, las ventas han aumentado pero el misoprostol no está ampliamente difundido (Fernández et al, 2009)

El misoprostol se encuentra disponible en más de 80 países en el mundo. Es económico, estable a temperatura ambiente, fácil de transportar y de administrar y no requiere refrigeración, aún en climas cálidos. Es por esto que este medicamento cuenta con el potencial de expandir el acceso al aborto seguro, en países sub-desarrollados y en aquellos con marcos regulatorios restrictivos.

Según un estudio realizado por el Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI), son variadas las marcas de misoprostol que se comercializan en América Latina y El Caribe y generalmente las presentaciones son en forma de tabletas orales de 200 ug y sólo un medicamento se presenta en forma de comprimidos vaginales de 25, 50, 100 y 200 ug. Algunas presentaciones asocian al misoprostol la presencia de un antiinflamatorio. 17 laboratorios producen el medicamento siendo el Laboratorio Pfizer el que tiene más presencia en los países. Cuatro presentaciones que se comercializan son de producto genérico y 35 corresponden a específicos. Es generalmente obligatoria la receta médica, pero el medicamento se puede obtener sin la misma en el mercado informal, farmacias o droguerías. El costo varía notablemente de un país a otro, siendo exagerado en aquellos países donde se lo obtiene clandestinamente. Mayormente las regulaciones establecen que el medicamento es de uso gastrointestinal. En 12 países se acepta algunas indicaciones obstétricas y de uso intrahospitalario, para la inducción del parto, huevo muerto y retenido y/o manejo de hemorragia postparto. Se han registrado pocas iniciativas específicas para restringir el acceso al misoprostol. Según este informe, a pesar de la gran producción de publicaciones que sobre el misoprostol se han realizado a nivel global, en la región se han producido muy pocas (CLACAI, 2007).

En Uruguay en el año 2006 el Ministerio de Salud Pública autorizó el uso intrahospitalario del misoprostol para fines obstétricos. Desde entonces, este medicamento se puede utilizar en los centros hospitalarios para inducción del parto, manejo de hemorragia postparto, huevo muerto y retenido y aborto

incompleto, utilizando los esquemas recomendados por la Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia (FLASOG).

Está autorizada su venta en farmacias bajo receta médica (emitida por un médico gastroenterólogo) para el tratamiento de úlceras duodenales. Hasta el año 2006 no se requería de receta para su compra en farmacias. En ese año el MSP –a partir de acciones realizadas por sectores de profesionales contrarios al aborto legal– estableció la obligatoriedad de uso de la receta médica para su adquisición en farmacias, lo cual restringió el acceso del medicamento en el mercado formal. Como consecuencia, se generó un mercado informal y clandestino donde puede obtenerse el medicamento a altos costos y sin garantías de seguridad de la medicación. El aborto con medicamento ha generado un sistema de venta del producto que ha desplazado a las tradicionales clínicas clandestinas que realizaban aborto quirúrgico. La práctica del aborto por medicamento como método eficaz, seguro y ambulatorio de interrupción temprana de embarazo, ha modificado las prácticas de aborto provocado, especialmente en contextos legales restrictivos. Varios estudios reportan que las mujeres prefieren el uso de este método al aborto quirúrgico, en particular en contextos de ilegalidad de la práctica (Carril y López, 2008a).

La literatura científica reporta pocas contraindicaciones para el uso del misoprostol en la interrupción de un embarazo precoz, siempre y cuando el procedimiento tenga un seguimiento técnico adecuado. Pero, no es recomendable su uso, en especial en mujeres con infección urinaria, enfermedades cardiovasculares, hipertensas o con anemia severa. Las contraindicaciones para usar misoprostol son embarazo ectópico (confirmado o sospechado), alergia a la mifepristona, al misoprostol o a otras prostaglandinas, uso actual de corticoesteroides sistémicos de acción prolongada o insuficiencia renal crónica (IPAS, 2005).

El misoprostol –en sus diferentes usos obstétricos– puede ser administrado por vía oral, sublingual, vaginal y/o bucal. El esquema utilizado con mayor frecuencia para la interrupción de un embarazo temprano es de 800 ug vía vaginal cada 6 a 12 horas hasta completar tres dosis (para embarazos menores a 12 semanas) y de 800 ug vía vaginal cada 3 a 4 horas hasta completar tres dosis (para embarazos iguales o menores a 9 semanas). La vía vaginal es la primera elección, si bien se puede usar la vía sublingual si la mujer lo prefiere. Tiene una eficacia del 92 al 98 % en embarazos iguales o menores a 9 semanas de gestación, desde la fecha de inicio la última menstruación. Los efectos secundarios más comúnmente reportados son: náuseas, diarrea, dolor abdominal, temperatura corporal igual o mayor a 38 C, estreñimiento, cefalea,

temblor y vértigo. El temblor y la fiebre son transitorios y habitualmente ceden a las dos horas (FLASOG, 2007)<sup>2</sup>.

## **b) El aborto quirúrgico**

Existen distintas técnicas para realizar un aborto quirúrgico. Para que éste sea seguro, se requiere de personal entrenado en la realización del procedimiento así como instrumental adecuado y condiciones higiénicas del establecimiento de salud donde se realice, incluida una adecuada orientación, seguimiento y acompañamiento técnico (OMS, 2003).

En Uruguay se estimó que hasta el año 2002, el 80% de los abortos provocados se producían mediante técnicas quirúrgicas (Sanseviero et al., 2003). Si bien no se disponen de nuevas estimaciones luego de esta fecha, es altamente probable que la introducción del misoprostol en el mercado clandestino, haya producido importantes variaciones en estas cifras. Estudios parciales reportan una tendencia creciente al uso de misoprostol por parte de las mujeres en Uruguay (Carril y López, 2008a; Briozzo, 2008, RUDA/AUPF, 2008). Estos hallazgos son coincidentes con reportes disponibles en otros países de la región<sup>3</sup>.

El legrado uterino instrumental (LUI) es un procedimiento mediante el cual se vacía el útero raspándolo con instrumental metálico. Otra denominación de este método es dilatación y curetaje. El LUI se efectúa usando dilatadores mecánicos para abrir el cuello uterino y curetas de metal para raspar las paredes uterinas. Por lo general, este procedimiento requiere sedación intensa y anestesia general y, debido a un mayor riesgo de complicaciones, debe efectuarse sólo cuando no sea posible practicar otros métodos menos invasivos.

La aspiración endouterina es una técnica mediante la cual se extrae el contenido del útero, aplicando succión a través de una cánula que se introduce en el orificio cervical hacia la cavidad del útero. Según la OMS, la aspiración endouterina se suele practicar hasta las 12 o 15 semanas de gestación, según el instrumental disponible y las habilidades y capacitación del prestador de servicios de salud. La aspiración endouterina puede subdividirse en dos tipos: aspiración eléctrica endouterina (AEEU) y aspiración manual endouterina (AMEU), la cual utiliza un aspirador no eléctrico. La mayoría de los instrumentos empleados para efectuar la AMEU son aspiradores portátiles. Este método tiene ventajas comparativas con el LUI ya que tiene bajo riesgo de infección y/o lesión, se requiere de poca o

---

(2) Para información técnica sobre uso del misoprostol puede consultarse: [www.misoprostol.org](http://www.misoprostol.org); [www.clacai.org](http://www.clacai.org); [www.medicalabortionconsortium.org](http://www.medicalabortionconsortium.org)

(3) Ver Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro: [www.clacai.org](http://www.clacai.org)

ninguna dilatación del cuello uterino, se puede realizar como un procedimiento ambulatorio y se necesitan menos anestésicos (IPAS, 2005).

### **c) Prácticas “populares”**

Existen un conjunto de prácticas “populares” para la interrupción de un embarazo. Estas se transmiten oralmente de generación en generación y habitualmente son definidas como aborto inseguro, tomando en cuenta –tal como establece la OMS– que las mismas no cumplen con estándares de calidad, no responden a evidencias científicas disponibles, no son realizadas por personal calificado ni se realizan en condiciones higiénicas (OMS, 2003). En la literatura nacional relevada se describen las variantes de técnicas abortivas inseguras existentes distinguiendo entre sustancias abortivas y maniobras abortivas (Nuñez, 1989; Borges et al., 1988; Sanseviero et al., 2003).

Las llamadas sustancias abortivas son tóxicas y de dosificación incierta, lo cual puede provocar daños, coma y/o muerte de la mujer. Son sustancias de origen vegetal dentro de las que se encuentran: ruda, perejil, salina y azafrán, tejo, hierba hombriguera, cornezuelo de centeno, sales de quinina. Existen también de origen mineral denominado extracto de saturno, que contiene plomo. También se encuentra el fósforo, mercurio, arsénico. Se ha constatado el uso de permanganato de potasio en forma de pastillas, producto cáustico y dañino para la vagina pero que no produce aborto.

Entre las maniobras abortivas clasificadas como inseguras se ubica la dilatación del cuello con tallos de laminaria o por agujas de tejer. Para pinchar o desprender el huevo, se utilizan en forma casera, sondas, tallos de hierbas, varillas metálicas, plumas, agujas de tejer, agujas y otra serie de objetos punzantes. Otro tipo de maniobra insegura es el método de injuria por acción química sobre el huevo. Consiste en la inyección intrauterina a través de la pared abdominal de una solución de formol al 40% o una solución hipertónica de cloruro de sodio al 50% o suero glucosado hipertónico.

Las complicaciones más comunes del aborto inseguro son el aborto incompleto, la pérdida excesiva de sangre y la sepsis. Complicaciones menos comunes pero muy serias son el shock séptico, la perforación de los intestinos y la inflamación del peritoneo. Las mujeres pobres, con menor nivel educativo, con menor acceso a información y recursos y aquellas que viven en el medio rural tienden a depender de los métodos menos seguros y de prestadores de servicios sin capacitación. Éstas son, por tanto, las que tienen mayor probabilidad de sufrir efectos mórbidos graves (OMS, 2003).



## **Aborto inseguro, mortalidad y morbilidad materna en Uruguay**

Los contextos legales restrictivos, las censuras sociales que condenan embarazos en mujeres jóvenes, en mujeres pobres, en aquellas que no tienen pareja formal; la falta de acceso equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva integrales; la ausencia de información oportuna, pertinente y calificada; el no reconocimiento y respeto de los derechos sexuales y reproductivos, son factores que favorecen la práctica del aborto inseguro. Éste es considerado un grave problema de salud pública y tiene una incidencia significativa a nivel regional y mundial, en la muerte y en la morbilidad severa de mujeres en edad reproductiva (OPS, 2003).

En los contextos de ilegalidad y penalización, las prácticas de aborto inducido pueden ser definidas como inseguras, tanto para las mujeres como para el personal de salud que lo practica (cuando éste interviene) (Pinotti y Faúndes 1989; Faúndes y Barzellato, 2005).

Los grados de inseguridad se incrementan cuando las condiciones sanitarias en las que se realiza la práctica no son adecuadas o cuando las mujeres carecen de todo tipo de apoyo familiar, social y/o de acceso a información confiable y técnicamente calificada.

El aborto inseguro es un asunto relacionado con la equidad y la justicia social, ya que cuando se produce en la ilegalidad y la clandestinidad, son las mujeres más pobres quienes arriesgan sus vidas y su salud. Sin embargo, cuando se considera el aborto inseguro como un problema de salud pública pocas veces se repara en el impacto psicológico que tiene esta práctica producto de su realización en contextos adversos. Las marcas en la subjetividad que deja la experiencia del aborto clandestino y el aborto inseguro han sido escasamente exploradas por quienes investigan en este campo (Carril y López, 2008a).

La muerte materna es definida por la OMS (OPS/OMS, 1995) como

la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Estadísticamente, se considera el número de muertes maternas por cada 10.000 nacidos vivos. Durante el embarazo, las causas más importantes de mortalidad materna son las hemorragias post parto, la hipertensión (o “toxemia”) y el aborto inseguro.

La mortalidad materna es un problema relevante para la salud pública y el desarrollo de los países. Cuando una mujer muere es una tragedia no sólo por lo que implica de pérdida de vida humana, sino también para sus hijos y su familia. Las repercusiones sociales y económicas son diversas: un número importante de niños y niñas quedan huérfanos comprometiéndose su normal desarrollo emocional y la alimentación y cuidados durante la infancia así como su rendimiento escolar; la pérdida de la productividad económica y de los ingresos familiares, ya que una gran proporción de las mujeres en edad fértil pertenecen a la población económicamente activa. Las consecuencias negativas de esta tragedia trascienden generaciones. Cada vez que una mujer en edad reproductiva muere, los marcadores de mortalidad infantil, deserción escolar, consumo de sustancias psico-activas, violencia doméstica y pobreza aumentan sensiblemente en esa familia (Langer et al 1999; Sloan et al 2001; Kane et al 1992; Gajalakshmi et al 2002; Espinoza et al 2003). Las causas de la muerte materna y sus consecuencias psicológicas, sociales y económicas han sido investigadas mediante el uso de la técnica de autopsia verbal, la cual es utilizada también en el estudio de la mortalidad neonatal y la mortalidad infantil, la muerte por accidentes y el suicidio (OMS, 1995; Anker et al 1999; Soleman et al, 2006; Chandramohan et al, 1998 y 2005; Cárdenas 2000; OMS 2007).

En una gran mayoría de los casos, las muertes maternas son evitables y pueden representar un evento trazador de las limitaciones de los servicios de salud, incluida la calidad de atención y las barreras de acceso (Fathalla 1987 y 1992). Las intervenciones para prevenir las muertes maternas y sus causas están probadas, disponibles y la relación costo-efectividad es ampliamente favorable. Entre ellas se incluye la accesibilidad a programas de planificación familiar, el manejo apropiado del embarazo de alto riesgo, el uso de evidencias científicas disponibles para la atención del embarazo normal, el parto y el puerperio, la provisión de abortos seguros a nivel institucional y el tratamiento integral de sus complicaciones cuando el aborto fue provocado en condiciones de riesgo y la vigilancia de las muertes maternas como política activa que permita detectar no solamente el subregistro sino también las causas asociadas (OMS, 1995; OPS, 2003).

En nuestro país no se han realizado estudios en base a autopsias verbales, así como tampoco se han analizado sistemáticamente los factores sociales, culturales y sanitarios que han incidido para que estas mujeres tuvieran el trágico final (MSP, 2009). Este tipo de estudio permitiría identificar las causas por las cuales se producen estos desenlaces, tanto desde las actitudes de la mujer frente a los síntomas, las actitudes de los integrantes de la familia, como de los proveedores de salud y la respuesta de los servicios.

A escala mundial, según la OMS, ocurren en la actualidad 650.000 muertes maternas por año, lo que representa una defunción materna por minuto, siendo la amplia mayoría de ellas en países subdesarrollados. En América Latina y el Caribe y en la gran mayoría de los países del mundo donde el aborto está penalizado, el aborto inseguro es una de las principales causas de muerte materna y de morbilidad severa. La diferencia estadística de mortalidad entre mujeres que practican aborto en un contexto de legalidad y en un contexto donde es ilegal, es por demás significativa: una muerte por cada 100.000 abortos. Mientras tanto en países donde el aborto es ilegal, se producen 1.000 muertes por cada 100.000 abortos. Se estima que en América Latina y el Caribe, una de cada ocho muertes maternas resulta de un aborto inseguro. Cerca de un millón de mujeres en la región son hospitalizadas anualmente para ser tratadas por complicaciones derivadas de abortos inseguros (OMS, 2003).

### **Causas de mortalidad materna en Uruguay, 1980-2009**

Uruguay se ha caracterizado por ser un país de relativamente baja mortalidad materna en el escenario regional, entre otras cosas, debido al desarrollo temprano de políticas públicas de salud materna que se iniciaron a mediados del siglo XX, promoviendo el temprano control del embarazo y la atención institucional del parto. Sin embargo, el retraso en implementar políticas integrales hacia la salud de las mujeres y en particular en salud sexual y reproductiva, ha generado que en el sistema institucional de la salud perviviera durante muchos años una actitud pasiva frente al período del puerperio y frente a las complicaciones derivadas de los abortos inseguros.

En el año 2006, el MSP aprobó la creación de la Comisión Nacional para el Monitoreo y Reducción de las Muertes de Mujeres por causa de embarazo, parto, puerperio y aborto (MSP, Ordenanza N° 751, 20/11/06). La Comisión comenzó a funcionar en mayo de 2007 integrada por representantes de la Dirección General de la Salud (DIGESA, MSP), de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), de la Sociedad de Ginecología del Uruguay, de Facultad de Medicina y Escuela de Parteras de la Universidad de la República y del Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres, MIDES). La Comisión trabajó mediante un procedimiento de búsqueda activa y pudo registrar un número 50% superior de muertes maternas en comparación con registros anteriores, sugiriendo un importante sub-registro para los años previos al 2007.

En el informe presentado con los resultados 2007-2009 (MSP 2009), se señala que “la Comisión ha podido encontrar cifras oficiales proporcionadas por el Departamento de Información Poblacional de la DIGESA-MSP a partir

del año 1980. A esta tabla se ha agregado en las últimas filas los valores correspondientes a los años 2007, 2008 y 2009 elaborados por la Comisión”. A continuación se presentan los resultados obtenidos.

**Cuadro 1. Razón de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos (1980-2009)**

Año	Nacimientos de recién nacidos vivos	Muertes maternas	
		Frecuencia absoluta	Razón /10.000
1980	53.860	27	5,1
1981	53.923	33	6,1
1982	53.594	20	3,7
1983	53.405	21	3,9
1984	53.348	10	1,9
1985	53.766	23	4,3
1986	54.080	14	2,6
1987	53.368	15	2,8
1988	55.797	10	1,8
1989	55.324	8	1,4
1990	56.514	9	1,6
1991	54.754	21	3,8
1992	54.190	14	2,6
1993	56.076	14	2,5
1994	55.990	12	2,1
1995	56.664	13	2,3
1996	58.862	11	1,9
1997	58.032	17	2,9
1998	54.760	11	2,0
1999	54.055	6	1,1
2000	52.770	9	1,7
2001	51.959	19	3,6
2002	51.953	18	3,4
2003	50.631	11	2,2
2004	50.052	9	1,8
2005	47.334	11	2,3
2006	47.422	6	1,3
2007	48.243	14	2,9
2008	46.814	4	0,9
2009	47.152	16	3,6

Fuente: informe 2007-2009 elaborado por el MSP (2009).

En el quinquenio 1995-1999 las complicaciones relacionadas con el aborto provocado causaron 27,4% de las muertes maternas totales en Uruguay. En ese período se produjo un cambio de formularios: hasta 1996 se discriminaban las causas obstétricas directas de muerte materna y a partir de 1997 se comenzó a presentarlas agregadas.

En los años 1998 y 1999 cuando ya se discriminaban las causas obstétricas directas, en un total de 25 muertes maternas, las complicaciones relacionadas con el aborto inseguro causaron 36% de la mortalidad materna, constituyéndose, en la primera causa de muerte materna, seguida en segundo lugar por “otras causas directas” con un 24% (Briozzo et al, 2002).

**Cuadro 2: Causas de mortalidad materna (1995-1999)**

	Año	1995	1996	1997	1998	1999	Total	Frecuencia absoluta / frecuencia relativa (%)
<b>Aborto</b>		5	4	4	3	1	17	27,4
<b>Causas obstétricas directas</b>		7	7	11	6	5	36	58,0
• Hemorragias		0	2	-	-	-	-	-
• Estados hipertensivos		1	1	-	-	-	-	-
• Infecciones genitourinarias		1	0	-	-	-	-	-
• Puerperales		2	1	-	-	-	-	-
• Otras		3	3	-	-	-	-	-
<b>Causas obstétricas indirectas</b>		2	0	2	5	0	9	14,5
<b>TOTAL</b>		14	11	17	14	6	62	100,0

Nota: En el año 1997 se modificó el tipo de formulario; a partir de entonces no se discriminan las causas obstétricas directas.

Fuente: informe 2007-2009 elaborado por el MSP (2009).

Si se analizan las causas de muerte materna desde el año 1999 hasta el año 2009, según el mencionado informe oficial, se puede observar que la muerte materna como consecuencia del aborto provocado en condiciones de riesgo, tuvo variaciones en el período. Se observa claramente un pico ascendente en los años 2001 y 2003 y luego una estabilización en una a dos muertes por año (MSP, 2009). Según se señala en el informe:

surge la pregunta del motivo por el cual la razón de mortalidad materna comienza a disminuir a partir del año 2002 pese a que la crisis económica se profundiza en los años posteriores y se mantiene por algunos años más; las explicaciones de este hecho son especulativas pero es importante tener en cuenta que esta disminución es principalmente debida a un descenso de la mortalidad secundaria al aborto provocado en condiciones de riesgo. Desde esta perspectiva, creemos que al menos existen varios factores que se intrincan y potencian y podrían haber tenido incidencia en la disminución de muertes por aborto provocado. Uno de los factores podría ser la aparición en el mercado de la droga misoprostol y la popularización de su uso. Es sabido que esta droga provoca la interrupción del embarazo con un riesgo bajo de complicaciones comparado con otros métodos. Actualmente la gran mayoría de los abortos se practican con esta droga, autogestionados por las propias usuarias e inclusive las clínicas clandestinas están utilizándolo para sus interrupciones. Es importante destacar que la curva de descenso de muertes maternas por aborto provocado en condiciones de riesgo en nuestro país es similar a la curva que ha habido en otros países de la región y del mundo, cuando la población ha adoptado al misoprostol como método abortivo de elección. El fenómeno misoprostol se ha visto potenciado debido al cambio experimentado en los equipos de salud los cuales cada vez son más receptivos y comprensivos ante la mujer en situación de embarazo no deseado. Este cambio de actitud ha motivado que estas mujeres sean incluidas en el sistema sanitario en vez de ser excluidas; algunas concurriendo al sistema de salud a solicitar información sobre las distintas opciones ante un embarazo no deseado y otras, una vez interrumpido el embarazo, concurriendo al sistema para evitar las complicaciones (MSP 2009: 13-14)

En el MSP no se cuenta con la historia clínica de las mujeres que han fallecido en los años anteriores al 2007, por lo que es poca la información que la Comisión pudo obtener de estas muertes. No obstante se pudo recabar el número de ellas por causa de aborto provocado en condiciones de riesgo y su frecuencia relativa, a partir del año 1999. Se ilustra en el siguiente cuadro:

**Cuadro 3. Mortalidad materna por aborto provocado en condiciones de riesgo (1999-2009)**

Año	Nacimientos	Muertes maternas totales		Mortalidad materna por APCR	
		Frecuencia absoluta	Razón /10.000	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa (%)
1999	54.055	6	1,1	1	16,6
2000	52.770	9	1,7	0	0,0
2001	51.959	19	3,6	8	42,1
2002	51.953	18	3,4	5	24,8
2003	50.631	11	2,2	6	54,5
2004	50.052	9	1,8	1	11,1
2005	47.334	11	2,3	2	18,2
2006	47.422	6	1,3	2	33,3
2007	48.243	14	2,9	2	14,3
2008	46.814	4	0,9	0	0,0
2009	47.152	16	3,6	0	0,0

APCR: aborto provocado en condiciones de riesgo.

Fuente: informe 2007-2009 elaborado por el MSP (2009).

Respecto del aborto provocado en condiciones de riesgo, en el informe se establece:

podemos informar que en el año 2007 ocurrieron dos muertes, al igual que en los anteriores dos años, y en el año 2008 y 2009 no hubo ninguna muerte por esta causa. El porcentaje de muertes por aborto provocado en condiciones de riesgo en el total parecería mostrar una disposición descendente. Con respecto al número total de muertes maternas, podría llamar la atención el número registrado en el año 2007, que muestra un aumento con respecto a los años precedentes. La Comisión opina que este aumento podría ser debido al mejor sistema de vigilancia ya descrito con anterioridad a consecuencia de la creación de la Comisión. Luego de un estudio de los años precedentes aplicando la metodología de funcionamiento de la Comisión (y teniendo en cuenta que a mayor dilación la metodología tiene mayor imprecisión) hemos concluido que podría existir un subregistro importante en el número muertes de los años precedentes. Este subregistro ha mejorado a partir del año 2005, es moderado desde el año 2001 y podría ser muy importante con anterioridad a este año. (MSP, 2009: 14)

Finalmente, hay que señalar que el incremento de muerte materna producido en el año 2009 se debió a complicaciones secundarias a la infección de la influenza H1N1 y las restantes presentaron características epidemiológicas similares a años anteriores vinculadas a muertes ocurridas en el puerperio (MSP, 2009).

## **Morbilidad materna**

Sin duda uno de los aspectos más relevantes del aborto en condiciones de riesgo lo constituye su importante morbilidad, origen de secuelas graves en muchos casos. No existen en Uruguay reportes globales sobre las complicaciones del aborto en condiciones de riesgo, que enfoque de manera integral la morbilidad derivada del mismo. Sólo existen algunos reportes parciales sobre las complicaciones más graves y a corto plazo de algunas series de pacientes que han ingresado a los CTI hospitalarios. Estos reportes que serán referidos en este apartado fueron elaborados hace ya varios años.

Esto puede deberse a diversos factores, entre los que se destaca en primer lugar la ilegalidad del aborto, lo que condiciona un subregistro que impide tener datos seguros. Además, no todas las mujeres que sufren complicaciones durante el aborto asisten a instituciones y/o consultas médicas, por lo que es difícil estimar y conocer la frecuencia con que se presentan sus consecuencias. Muchas de las complicaciones menores, pero que pueden dejar secuelas se resuelven automedicándose o recibiendo el consejo de gente amiga o vecinas que solucionan parcial o totalmente el problema. Otras veces pueden ser asistidos por un médico en domicilio, amigo, conocido o incluso dependiente de una institución pública o privada, al que se le oculta el antecedente inmediato del aborto. La consulta médica puede aplazarse por muchos motivos, entre ellos por vergüenza a preguntar e informarse sobre su estado de salud o para identificar signos de complicaciones, por desconocimiento del lugar donde deben acudir para asistirse, por temor a ser denunciadas, por factores económicos o en algunos casos por no existir servicios adecuados. El temor al estigma puede retardar la consulta. Incluso, entre las mujeres que son ingresadas a nivel hospitalario, no todas son registradas como complicaciones de aborto y esto también ocurre entre los ingresos a CTI. Todos estos factores contribuyen para que sea muy difícil conocer la verdadera magnitud del problema.

La OMS estima que entre 10 y 50% de los abortos inseguros requieren atención médica y tratamiento por complicaciones, aún cuando no todas las mujeres la solicitan (OMS, 2003). En América Latina cinco a diez de cada mil mujeres hospitalizadas anualmente son internadas debido a las complicaciones de un aborto. Se ha demostrado en diversas publicaciones latinoamericanas que las posibilidades de complicación dependen de varios factores: condición socioeconómica, lugar de residencia, tipo de proveedor al que recurra y de los métodos empleados y la capacitación de quienes los practiquen. Por ejemplo, el riesgo global de complicación es de 30%, pero aumenta a 44% si la mujer



proviene de áreas rurales pobres, de 27% para áreas urbanas pobres y varía entre 5% y 24% para las mujeres de zonas urbanas no pobres. Mientras tanto, la hospitalización global es de 14%, siendo de 18,5% para las mujeres pobres rurales, 16,6% pobres suburbanas, 9,4% no pobres rurales y 1,5% no pobres urbanas (Ferrando, 2002).

Estos mismos hechos se constatan cuando se analizan a las mujeres que no reciben atención médica post-aborto: 39% de las mujeres pobres provenientes de áreas rurales contra 28% de las provenientes de áreas urbanas y de las mujeres no pobres, 21% de las provenientes de las zonas rurales contra 12% de las zonas urbanas (Prada et al, 2005).

Los métodos empleados y la capacitación de quienes los practiquen influyen también en la morbilidad. Se ha estimado que el 50% de los abortos realizados por las propias mujeres o por personal no calificado tienen diferentes complicaciones. En contraste con estos datos, en países cuya legislación permite el aborto y, por consiguiente, se realizan en condiciones adecuadas, sólo el 5% de las mujeres que interrumpen sus embarazos sufren de complicaciones.

Cuando los abortos clandestinos son realizados en servicios que cuentan con personal capacitado y condiciones sanitarias adecuadas, sólo un 3% de las mujeres atendidas tiene complicaciones causadas por el procedimiento utilizado. Entre ellos se destacan, sangrado profuso pero controlable, dolor pélvico, reacción vaginal o irregularidad menstrual subsiguiente, además en algunos casos se reportan sentimientos de malestar emocional, culpa, ansiedad o depresión. Dichas complicaciones requieren de atención médica o psicológica, pero no constituyen una amenaza para la vida de las mujeres o problemas de salud a largo plazo. Un 2% presenta complicaciones severas, como inflamación pélvica, hemorragias, retención de restos ovulares, fiebre y sospecha de perforación uterina (Strickler et al, 2001).

Los métodos considerados más “riesgosos” son los tradicionales, entre los cuales se encuentran la inserción de objetos en el útero, la ingesta de fármacos en dosis mayores a las prescritas y el empleo de productos tóxicos. Aunque métodos quirúrgicos de aborto, como la dilatación y el legrado, ofrecen mayor seguridad que los tradicionales, pueden implicar altos riesgos cuando son practicados por personal de salud no calificado y/o en un ambiente sanitario inadecuado. El uso de algunos métodos no produce siempre los efectos esperados. En ocasiones los procedimientos utilizados terminan con una falla del aborto, secuelas en el feto (malformaciones, mortinatalidad), riesgo de abortos en los embarazos siguientes o problemas de salud para la mujer. Se ha constatado que con el uso del misoprostol la tasa de complicaciones y su gravedad es más baja (CLACAI, 2007).

Se ha estimado que por cada muerte materna que ocurre por aborto existe la posibilidad que de 60 a 100 mujeres sufran complicaciones o lesiones que pueden afectar seriamente su fecundidad futura (Gutiérrez y Ferrando, 2004).

Según un reporte nacional (uno de los pocos que se han producido) en el Hospital de Clínicas hacia la década de los 70, las infecciones post-aborto fueron tres veces más frecuentes entre los abortos clandestinos que entre los abortos institucionales y un 1% de esas pacientes que se internaron luego de un aborto llegaron a la complicación más grave: la sepsis (Correa, 1980). Con respecto a esta última, en nuestro medio el Dr. Giampietro informó que 63% de las sepsis obstétricas ingresadas al CTI del Hospital de Clínicas entre 1971 y 1980 eran debidas a abortos provocados con un promedio de edad de 27 años y cuya mortalidad fue del 58%. Se comprobó además perforación uterina en 26% de las pacientes y peritonitis en 90% de ellas (Giampietro, 1980). La asociación y gravedad de la insuficiencia renal aguda ha sido demostrada en nuestro medio por varios autores, estando presente en más del 70% de las enfermas sépticas (Bagnulo et al., 1979; Lombardi et al., 1979).

El número de sepsis post-aborto y su mortalidad han ido disminuyendo con el tiempo. En nuestro país Correa informó que entre 1971 y 1974 que una de cada cuatro sepsis (25%) eran post-aborto, mientras que en el período 1975-1989 el porcentaje bajó a un 10%. En una revisión de 25 años (1975-1999) de pacientes sépticas ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Italiano las sepsis post-aborto constituyeron el 4,1% del total (Correa, 2000). En cuanto a la mortalidad de la sepsis, Correa informó en su estudio de los años 70 que ésta era superior al 50%, coincidiendo con los datos aportados por Giampietro. Mientras tanto, en la revisión de los 25 años ya referida, fue de 25% para todo el período. Desde mediados de los '80 hasta fines de los '90 la mortalidad se ha mantenido entre 10% y 20%, refiriendo un mínimo de 10% para el sector privado (UCI Hospital Italiano) y de 20% para el sector público (UCI Hospital Maciel) (Correa, 2000).

En conclusión, si bien el estudio de la morbilidad derivada del aborto en condiciones de riesgo, es aún insuficiente a nivel nacional debido –entre otras razones– a la complejidad metodológica que implica, existe importante evidencia a nivel internacional sobre la enorme magnitud y trascendencia de las graves complicaciones y secuelas que puede ocasionar.

## **Estimaciones sobre aborto voluntario**

En los países donde el aborto es legal, es posible contar con estadísticas oficiales sobre su incidencia. En los países donde es ilegal se han desarrollado modelos para estimar la magnitud del fenómeno mediante el uso de métodos directos e indirectos (Alan Guttmacher Institute, 2009). En un estudio realizado

en Colombia utilizando el método directo se encontró 15,3 abortos por 100 nacidos vivos. Extrapolando los datos obtenidos por métodos indirectos se estimó en 700 a 900 mil abortos inducidos por año en América Latina y El Caribe, y utilizando el dato de Colombia obtenido con método directo, la región en su conjunto tendría cerca de cuatro millones de abortos inducidos por año para ese entonces (Zamudio et al., 1998 y 1999).

Según los últimos reportes del Instituto Alan Guttmacher (2006, 2009), el número estimado de abortos por año en América Latina y el Caribe cambió poco entre 1995 (4.2 millones) y 2003 (4.1 millones). Sin embargo, debido a que el número de mujeres en edad reproductiva aumentó, la tasa anual de aborto disminuyó entre 1995 y 2003, de 37 a 31 abortos por 1,000 mujeres de 15 a 44 años de edad.

De los 4.1 millones de abortos realizados en 2003, 3.9 millones fueron inseguros. La mayoría de abortos seguros ocurrieron en Cuba, Guyana y Puerto Rico, donde el procedimiento es permitido en determinadas circunstancias y es practicado por profesionales de la salud capacitados.

En 2003, la tasa anual estimada de abortos inseguros para la región en su conjunto fue de 29 por 1,000 mujeres de 15 a 44 años de edad, mientras que la tasa de procedimientos seguros fue de uno por 1,000.

Sin embargo, la tasa de aborto varió por subregión. Fue de 33 por 1,000 en América del Sur y 25 por 1,000 en América Central (incluyendo a México, conforme a la clasificación de países de las Naciones Unidas); todos los procedimientos en estas subregiones fueron inseguros. La tasa de aborto en El Caribe fue de 35 por 1,000, 19 abortos inseguros y 16 seguros por 1,000 (la mayoría de estos últimos ocurrieron en Cuba). Los cambios recientes en las leyes de aborto que han conducido a la prestación de servicios de aborto seguro en Colombia y la Ciudad de México no se reflejan en estas estadísticas. Las estimaciones preliminares sugieren que unos 7,000 abortos legales y seguros se realizaron en la Ciudad de México en los 10 meses posteriores a la reforma de la ley en abril de 2007 (Alan Guttmacher Institute, 2009).

Las evidencias disponibles permiten afirmar que existe una fuerte correlación entre el aborto y el uso de anticonceptivos, de tal manera que en lugares con tasas estables de fecundidad, con el correr del tiempo, la incidencia de aborto descende a medida que el uso de anticonceptivos aumenta (Sedgh et al., 2007).

### **Barreras para la investigación de la prevalencia de abortos provocados en el marco de la ilegalidad**

La principal dificultad que se presenta para conocer la incidencia de la práctica de aborto provocado es la obtención de información fidedigna y de

alta calidad debido a que la ilegalidad de la práctica impide su obtención. Los factores que inciden en esta imposibilidad son:

- sub-registro o registro de baja calidad;
- temor por las consecuencias legales;
- inexistencia o pobreza de estadísticas oficiales sobre el tema;
- negativa de las mujeres a responder sobre el tema por temor a la sanción penal y/o moral.

Esta evidencia ha generado que se hayan propuesto diferentes metodologías para estimar la prevalencia de abortos provocados ocurridos en los países la práctica es ilegal. La mayoría de ellas han sido probadas en los diferentes países pero resulta difícil evaluar la sensibilidad y especificidad de estos instrumentos en el diagnóstico de la magnitud del fenómeno ya que no existe un estándar de oro que nos permita comparar las prevalencias calculadas con la verdadera prevalencia.

A continuación se presentan y se analizan las metodologías más frecuentemente usadas (Rossier 2003; Juárez 2007):

- 1) **Encuestas transversales en la comunidad.** En este tipo de estudios se incluyen preguntas dirigidas a las mujeres sobre sus historias reproductivas, pérdidas de feto, interrupción de la gestación, etc. Las limitaciones de este tipo de metodologías según los reportes es que captan cerca del 50% al 80% de los abortos espontáneos esperables en la población, frecuentemente debido a olvidos o sub-reportes por parte de la mujer. La identificación de los abortos provocados puede tener aún más error y puede presentar una muy amplia variabilidad.
- 2) **Encuestas prospectivas en la comunidad.** En este tipo de estudios, se toma una cohorte de embarazadas en la comunidad, se las encuesta y reencuesta para determinar si se produce una interrupción de la gestación. Las limitaciones radican en que nunca se incluyen las mujeres que han tenido un aborto reciente en el momento de la encuesta, sub-reportes de la condición final del embarazo, casos perdidos, entre otros.
- 3) **Técnica de Respuesta Aleatoria (Random-Response Technique).** Consiste en entregar a un grupo de individuos un cuestionario que se debe contestar de manera anónima y auto-administrada. El encuestado utiliza un dispositivo que al azar en cada pregunta debe establecer si esa pregunta debe ser contestada con la verdad o debe darse una respuesta no veraz. Este procedimiento permite garantizar la confidencialidad en mayor medida que en las encuestas cara a cara. Han sido pocos los estudios que utilizan esta metodología. En algunos, la metodología mostró ser más efectiva que la estándar pero en otros no fue posible demostrar una mayor prevalencia de respuestas positivas a prácticas sensibles en

el grupo que usó esta técnica, en comparación con el grupo que tuvo una entrevista cara a cara (Linden y Weiss, 1994).

- 4) **Cuestionario Auto-Administrado.** Se entrega el formulario que la persona debe contestar de manera anónima y auto-administrada, el cual se debe regresar en sobre cerrado o depositar en buzón. La limitación radica en la falta de respuesta en las preguntas que indagan sobre temas sensibles.
- 5) **Auto-entrevista asistida con computadora.** El principio es similar al anterior, pero utiliza para el cargado de la respuesta un sistema electrónico similar a una computadora. Las limitaciones son similares a la anterior.
- 6) **Método de la urna secreta o sobre cerrado.** El que responde introduce sus respuestas en una urna o sobre cerrado para garantizar confidencialidad. Similares a los dos últimos en cuanto a sus limitaciones.
- 7) **Encuesta a proveedores de abortos o personal de salud.** Consiste en encuestar profesionales de la salud solicitándoles que estimen la cantidad de mujeres que buscan la interrupción voluntaria del embarazo. Las limitaciones radican que en el marco de la ilegalidad es posible no obtener respuestas fidedignas al cual se suma el sesgo de memoria.
- 8) **Método del reporte anónimo de terceras partes.** Se basa en la premisa de que las mujeres con embarazos no deseados frecuentemente hablan de este tema con sus pares y buscan entre ellas información sobre proveedores de aborto. El método consiste en realizar una encuesta a mujeres a las que se les pregunta frecuencia de abortos entre sus pares conocidas y en base a esto se realiza una estimación de la frecuencia de aborto en la población por grupo de edad. Las limitaciones son que se apela a la memoria de las mujeres, puede haber sesgos en la selección de la muestra de mujeres consultadas y en el reporte de las mujeres que abortaron por parte de las encuestadas (puede que más de una mujer reporte el mismo caso de aborto ocurrido en la comunidad). Si bien mantiene la confidencialidad en relación a la práctica, puede no ser una estimación muy exacta especialmente si no se tienen en cuenta los sesgos.
- 9) **Método de la estimación indirecta a partir de las complicaciones hospitalarias.** El procedimiento consiste en: a) obtener el número de casos de mujeres hospitalizadas por aborto (incluyendo aborto espontáneo e inducido) a través de la revisión de registros hospitalarios; b) el total de abortos espontáneos se estima a partir del número de nacidos vivos en el país y la distribución esperada de todos los embarazos según gestación. Luego se estima el porcentaje de abortos espontáneos que se espera sean hospitalizados. El número estimado de abortos espontáneos hospitalizados se resta del total del número de casos hospitalizados por

complicaciones y esto da el número de abortos inducidos hospitalizados. c) Se deriva un multiplicador –factor de expansión– para estimar el número de mujeres que han tenido un aborto que no necesitaron o que no obtuvieron un tratamiento en el hospital (el número de abortos provocados sin tratamiento hospitalario se estima a través de una encuesta a proveedores). Por ejemplo, el factor de expansión de 5 significa que 1 de cada 5 mujeres tuvo un aborto por el que fue hospitalizada. El método proporciona estimaciones relativamente confiables.

- 10) Método de los determinantes próximos de Bongaarts (1978, 1982).** El modelo de Bongaarts relaciona la fecundidad real observada con la fecundidad potencial, la prevalencia de uniones, de uso de métodos anti-conceptivos, de aborto y de infertilidad postparto (los cuatro determinantes próximos más importantes). Este modelo supone que los tres determinantes próximos no considerados (duración del período fértil, mortalidad intrauterina y esterilidad) tienen un efecto reductor de la fecundidad poco significativo y prácticamente invariante en el tiempo o entre distintas poblaciones. En efecto, en un estudio de 41 poblaciones —que incluyó países en desarrollo, países desarrollados y poblaciones históricas— se demostró que los cuatro determinantes próximos principales explican el 96% de la variación en la fecundidad. Johnston y Hill en sus trabajos, demuestran que la duración del período fértil y la mortalidad intrauterina no sesgan las estimaciones del aborto como residuo y que, por lo tanto, no es necesario considerarlas en el modelo.

## **Estimaciones realizadas en Uruguay**

En Uruguay, las primeras estimaciones del número de abortos provocados fueron realizadas hacia la década del 30 del siglo XX y las últimas fueron realizadas ya entrado el nuevo milenio, en 2003. Sin embargo, las metodologías utilizadas para estas estimaciones y con ellas el número de abortos provocados estimados, varía notablemente entre los diferentes autores. Por ello, se consideró importante consultar directamente las fuentes de estas estimaciones y determinar sus fortalezas y debilidades con el fin de poder acercarnos a la verdadera magnitud de este problema.

### **A. Turenne (1930)**

Hacia 1930, el Dr. Augusto Turenne analizó datos obtenidos de las memorias clínicas del Hospital Maciel y a través de ellos realizó una estimación

del número de abortos provocados y su evolución en 15 años. El siguiente cuadro ilustra los resultados obtenidos:

**Cuadro 4. Estimación de abortos realizada por Turenne, 1899-1925**

Año	Número de partos	Número de abortos	% de abortos en relación a partos
1899	195	4	2,05
1908	404	41	10,14
1914	687	159	21,69
1925	1.054	480	45,50

Fuente: Turenne (1930).

Estimó que en ocho años se habían asistido en los hospitales públicos y privados de Montevideo un aproximado de 9.000 abortos.

La principal fortaleza de la metodología utilizada por Turenne radicó en haber sido una estimación basada en registros y no en supuestos, lo que para la época en la cual tuvo lugar puede considerarse una virtud. Entre sus debilidades se puede señalar que estas estimaciones se basaron en abortos asistidos en hospitales, los cuales (como el propio autor comenta) eran sólo aquellos que presentaban complicaciones de hemorragia o infecciones. La estimación realizada dejó por fuera los abortos que requerían de servicios médicos en los domicilios (especialmente los producidos en las clases más acomodadas) o aquellos que no requirieron de esta asistencia. Los partos considerados en estos registros fueron sólo los institucionales, dejando por fuera los partos domiciliarios que en aquel entonces significaban un porcentaje muy elevado del total de partos. A su vez, el autor no diferenció abortos complicados espontáneos de abortos provocados por lo cual se hace imposible establecer el peso porcentual de cada uno de ellos en el total de la estimación. Por último, no se puede descartar que haya existido una mejoría de los registros médicos con el pasar de los años, lo cual podría introducir un sesgo en los resultados.

#### **H. Alvarez (1934 y 1965)**

El Profesor Dr. Hermógenes Alvarez estimó que se realizaban 50 abortos por cada 100 partos para 1934 y 300 abortos por cada 100 partos para 1965. No fue posible obtener los originales de dichos estudios por lo cual se desconoce la metodología utilizada para llegar a estos resultados.

### **O. Camacho (1967)**

La Dra Olga Camacho realizó en 1967 un estudio cuyo objetivo fue estimar la “incidencia de abortos en el medio y ratificar su progresivo aumento en esos años”. Para alcanzar este objetivo realizó una revisión de 10.000 historias de ingreso de mujeres al servicio de Ginecología del Prof. Humberto May entre los años 1956 y 1967 (este servicio funcionó hasta 1962 en el Centro Hospitalario Pereira Rossell y a partir de 1962 en el Hospital de Clínicas). De las historias se obtuvieron los siguientes datos: edad, edad gestacional, partos y abortos de cada mujer y los abortos complicados como motivo de ingreso. De los 10.000 registros estudiados se comprobó la existencia de 2.119 ingresos por complicaciones de aborto (sin contar los casos de traslados de otros servicios por complicaciones médicas de abortos). Estas cifras correspondían a 21% del total de ingresos al mencionado servicio. La autora informó que por cada 100 partos se practicaban 434 abortos de acuerdo a las cifras de dicho servicio. La Dra. Camacho concluyó que teniendo en cuenta que el total de nacimientos del país en 1963 fue de 63.000, el número de abortos en ese año fue de 273.000.

Esta estimación tuvo como fortaleza principal, el haberse tratado de un estudio basado en registros y que utilizó un número importante de historias clínicas de un servicio público de Montevideo. Sus limitaciones radicarón en referir el número de abortos al número de partos del servicio, realizar extrapolaciones al total de la población y sacar conclusiones en relación a ésta. Lo cual puede no ser correcto por tener sesgos importantes en la medida que las mujeres ingresadas con complicaciones de abortos proceden de todo el país y el número de partos utilizados para el cálculo de estimación es referido a un sector de la población de Montevideo. Por otra parte, no se consideraron los abortos espontáneos, que se estiman en 10% a 15% de los partos. Tampoco se consideraron las variaciones en la proporción de abortos provocados en poblaciones de clases sociales más altas que sí son incluidos en el denominador del número de embarazos.

### **R. Morel (1977 y 1981)**

El Dr. Ricardo Morel en el año 1977 en la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigación sobre la Reproducción Humana (AUPFIRH), hoy denominada AUPF, publicó un estudio mostrando que “el gran aumento en el uso de anticonceptivos orales no modificó la natalidad y si contribuyó al descenso de los abortos provocados en los distintos niveles sociales de la población”. El texto completo de este estudio original no fue encontrado, aunque sí se pudo obtener un estudio posterior, del mismo autor, en el cual se



estimaba la evolución de la recurrencia de aborto en adolescentes de bajos recursos en Montevideo en los 15 años previos (Morel y González, 1981). El estudio utilizó, como fuente de datos para la estimación de la frecuencia de abortos, las historias clínicas de adolescentes ingresadas al consultorio central de Asociación entre 1966 y 1981 (circunscribiendo la investigación a adolescentes con vida sexual activa declarada).

De acuerdo a este estudio, la frecuencia de aborto provocado en la población estudiada sería:

**Cuadro 5. Estimación de abortos en adolescentes de bajos recursos en Montevideo realizada por Morel, 1966-1981**

<b>Año de ingreso</b>	<b>Número de abortos provocados</b>	<b>% de abortos provocados</b>
1966-69	155	38,1
1970-73	361	23,0
1974-77	1.004	6,2
1978-81	685	1,8

Fuente: Morel y González (1981).

El siguiente cuadro muestra los datos sobre recurrencia de aborto por edad:

**Cuadro 6. Estimación de aborto voluntario según edad de la mujer**

<b>Edad de la mujer</b>	<b>% recurrencia de aborto provocado</b>
14-15	4,6
16-17	7,3
18-19	11,2

Fuente: Morel y González (1981).

Los datos aportados muestran una disminución de la ocurrencia de aborto provocado en la población estudiada pero con los datos aportados no es posible calcular tasas de mortalidad por aborto

La fortaleza mayor de este estudio radica en haberse basado en registros. Sus debilidades principales son que la frecuencia de abortos reportada no esta estandarizada por edad, lo cual en este tipo de eventos es una consideración importante (si bien las medias de edad son comparables de acuerdo a los datos aportados, no conocemos la distribución por grupos). A su vez, representa sólo una estimación de los abortos provocados en dicha población específica, lo

cual no es extrapolable de ninguna forma a la población total de adolescentes de Montevideo. Esta estimación se basa además en una población de adolescentes que concurren a un servicio de planificación familiar lo que las hace diferentes al grupo de adolescentes que no concurren a este tipo de servicio y que por tanto pueden tener frecuencias de aborto diferentes. Por otra parte, la población en estudio fue la de adolescentes que declararon mantener relaciones sexuales dejando por fuera a todas aquellas que aún manteniéndolas no lo declararon y en las que la frecuencia de aborto podría haber ser mayor (ya que podría ser más probable que no utilicen métodos anticonceptivos y que recurrieran al aborto clandestino). Finalmente, en cuanto a la frecuencia de recurrencia de aborto por edad, tiene valor limitado ya que el incremento en la edad es un factor que por si mismo incrementa el riesgo de embarazo y así el embarazo no deseado y por lo tanto de aborto recurrente.

### **M. Serra (1975)**

La Dra. Margarita Serra, realizo en 1975 una monografía denominada “Aborto provocado: complicaciones”. De acuerdo a la metodología utilizada, basada en la detección de complicaciones, se identificaron 18 ingresos por aborto cada 100 partos. No fue posible acceder a la publicación original por lo tanto no se pueden realizar otros comentarios.

### **E. Thevenet (1978)**

En algunas publicaciones se afirma que el Dr. Emilio Thevenet consideraba que se practicaban 100.000 a 150.000 abortos en el Uruguay. No hemos encontrado estudios originales del Dr Thevenet en los que se haga referencia al cálculo de esta estimación. Sin embargo en su publicación de 1978 “Aborto en el Uruguay” el autor hizo referencia a estas cifras, pero como aportadas por “destacados directores de la Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigación sobre Reproducción Humana del Hospital Pereira Rossel”. En función de ello, asumimos que se refería a las cifras generadas por el Dr Hermogenes Alvarez quien ocupaba entonces ese cargo.

### **M. Pienovi (1980, 1986)**

En 1980, el Dr Mario Pienovi publicó un artículo en los Archivos de Ginecología y Obstetricia del Uruguay denominado “Mortalidad materna en el Uruguay”. En el mismo desarrolló la evolución del aborto como causa de muerte materna de 1945 a 1979. En este periodo lo mortalidad materna por aborto ocupó el segundo lugar, siendo 21.2% promedialmente. En este

artículo no hay estimaciones del número de abortos provocados a partir de las cifras de mortalidad por aborto. En 1986/1987 el mismo autor publicó un estudio en el que estimó el número de abortos. Esta estimación fue realizada a través de una encuesta de 1.000 mujeres entre 15 y 83 años de edad, internadas por patologías varias en hospitales del Ministerio de Salud Pública de Montevideo. En esta encuesta se preguntó a las mujeres acerca de sus antecedentes obstétricos, incluyendo el haber tenido un aborto espontáneo o provocado. El análisis de los datos se realizó por quinquenios y se relacionó la frecuencia de abortos con la de partos para el periodo. De acuerdo a esta metodología los autores concluyeron que se producían alrededor de 20 abortos por cada 100 partos de los declarados por las encuestadas, en forma más o menos estable, a partir de 1955. La principal fortaleza de este estudio radica en que los datos se obtuvieron en forma directa (no a través de historias clínicas en las que el subregistro es mayor). El hecho de que se tratara de una práctica realizada en el pasado pudo haber hecho más factible el reporte por parte de las mujeres, aún cuando la misma se hubiera realizado en la ilegalidad.

Sus debilidades son la de tratarse de una muestra no representativa de la población general, de edades muy diversas y que por la condición de mujeres ingresadas a los hospitales públicos, hizo que la representación de mujeres jóvenes haya sido menos frecuente. A su vez, el hecho de considerar el número de abortos en relación al de partos reportados para el período hace que se trate de una estimación posiblemente inadecuada, ya que no hay garantías que esta población tenga las tasas de fecundidad de la población general.

### **J. Alonso (1998)**

El Dr. Justo Alonso y colaboradores publicaron en 1998 un estudio denominado “Incidencia de aborto espontáneo y provocado en la población hospitalaria”. El mismo consistió en la realización de entrevistas individuales a mujeres puérperas de la Clínica Ginecológica C de Facultad de Medicina ubicada en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, durante tres semanas entre 1996 y 1997. Se entrevistaron 427 mujeres a las que se les preguntó acerca del número de partos que habían tenido incluyendo el actual y el número de abortos provocados y espontáneos. Los resultados indicaron un total de 1.264 nacidos vivos en la población estudiada con abortos previos de 101 (tasa 79 por 1000 nacidos vivos) de los cuales sólo 10 fueron declarados como provocados (tasa 7.8 por 1000 nacidos vivos).

Las principales limitaciones de este estudio pueden resumirse en el hecho de que la encuesta se haya realizado en el periodo puerperal y en un servicio de ginecología, lo cual aumenta la probabilidad de que las mujeres nieguen la realización de un aborto previo ya sea por temor a la denuncia

penal o al castigo moral. Esta hipótesis es coherente con la baja estimación en la frecuencia de abortos provocados que este estudio reportó. Por otra parte, la población de estudio no era representativa de la población del Uruguay y por tanto los resultados obtenidos nos son representativos de la realidad nacional.

### **R. Sanseviero et al. (2003)**

En el año 2003, Rafael Sanseviero y colaboradores realizó la estimación del número de abortos producidos en un año en el país utilizando tres fuentes de datos:

- a) certificado de nacidos vivos (en los que figura el dato del número de abortos previos declarados por la mujer, tanto espontáneos como voluntarios sin discriminarlos, la edad actual de la mujer y el centro de salud donde tuvo lugar su parto). Este documento permite una aproximación al número de abortos que han tenido mujeres en edad reproductiva de todo el país (pero esta muestra sólo representa el 6.7% del total de las mujeres en edad reproductiva);
- b) egresos hospitalarios por causas relacionadas al embarazo parto y puerperio. Se consideró una muestra correspondiente al 20% de los egresos prehospitalarios de dependencias del MSP del interior clasificadas según la 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) como “embarazo terminado en aborto”. No incluyó datos del CHPR ni del sector privado;
- c) datos de cinco clínicas clandestinas distribuidas en todo el país y se estimaron datos de tres clínicas más.

En el cálculo final de la estimación del número de abortos, los autores consideraron además tres variables de interés en relación con la accesibilidad a la interrupción voluntaria del embarazo, lo cual tiene valor para poder hacer estimaciones a partir de las fuentes consultadas. Estas variables fueron: nivel económico, procedencia (Montevideo-interior) y capital social. De acuerdo a estos criterios se establecieron tres grupos de mujeres:

- mujeres de estrato socioeconómico más vulnerable (escasos recursos y escaso capital social): para este grupo se utilizaron datos procedentes de los egresos hospitalarios clasificados como abortos inducidos (CIE 10 R código 000-008, OS OPS/OMS 1995) y dentro de éstos el sub-tipo “aborto inducido”. Estos datos sólo estaban disponibles para el 20% de los egresos hospitalarios del interior del país por lo cual se expandió este porcentaje para el resto del país incluyendo Montevideo. De acuerdo a esta metodología se calcularon 4.289 abortos en el interior y 1.718 en Montevideo;
- mujeres de estrato socioeconómico medio del interior: para el cálculo del número de abortos provocados en este grupo se usó como

fueron los datos de las clínicas clandestinas del interior. Se realizó una estimación a partir de las cifras de una clínica del interior y el número de nacimientos departamentales donde la clínica estaba ubicada, utilizando este factor para expandir los resultados a todo el interior obteniéndose como valor 11.000;

- mujeres de estrato socioeconómico medio de Montevideo y estrato alto del interior y Montevideo: para la estimación del número de abortos de este grupo se usaron los datos de las clínicas clandestinas de Montevideo (el autor disponía de datos de la mayoría de las clínicas clandestinas que funcionaban en la capital). De acuerdo a esta metodología se realizaron en la población definida 10.400 abortos en mujeres procedentes de Montevideo y 5.600 abortos en mujeres del interior.

De esta forma los autores concluyeron que el total de abortos voluntarios producidos en el país para el período estudiado se estimaba en 33.000 al año. Este estudio es el único de los disponibles que discriminó la práctica de aborto según procedencia y nivel socio económico. Incluyó datos oficiales (Certificado de Nacido Vivo) y datos de las clínicas clandestinas. Sus debilidades radican en que todos los cálculos se basaron en el supuesto de que las muestras son representativas de la población en cuestión y por tanto que los resultados son expandibles a la población general. Este supuesto puede ser erróneo y las estimaciones no ser completamente precisas. Sin embargo, cabe destacar que se utilizaron fuentes de datos – bastante confiables y se estratificó la población lo cual tiende a minimizar estos sesgos en la generalización.

Las estimaciones de la prevalencia de aborto provocado realizadas en nuestro país y referidas son anteriores a la aprobación de la Ordenanza 369/04 “Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”, adoptada por el Ministerio de Salud Pública en agosto de 2004. Esta normativa trajo como consecuencia que se comenzaran a implementar en algunos servicios públicos de Montevideo y del interior del país, prestaciones de asesoramiento para reducir el daño generado por el aborto provocado en condiciones de riesgo. Tiene como principal cometido disminuir la incidencia del aborto inseguro en un contexto de ilegalidad de la práctica, así como fortalecer las maternidades buscadas mediante el asesoramiento anticonceptivo post aborto. Establece que ante un embarazo no deseado o inesperado, toda mujer tiene derecho a recibir asesoramiento técnico acerca de las posibilidades que dispone (continuar con el embarazo, adopción o interrupción) incluyendo en estas consultas información con relación a métodos seguros de aborto, en particular el uso de misoprostol. Dada la ilegalidad de la práctica, los servicios no pueden indicar ni recetar el medicamento u otro tipo de técnica para la interrupción, o proceder a la realización de la práctica de aborto voluntario, solamente pueden brindar información y asesoramiento.

El creciente uso del aborto por medicamento, en particular el uso del misoprostol y su ingreso en el mercado informal, junto con la existencia de la mencionada normativa y el desarrollo de políticas en salud sexual y reproductiva en el último quinquenio es probable que hayan incidido en la modificación de los patrones de interrupción de la gestación, haciendo que la misma se realice sin la participación de terceros, siendo la propia mujer la que toma la iniciativa utilizando un método con baja tasa de complicaciones (Carril y López Gómez, 2008; López Gómez y Carril, 2010; MSP, 2009).

Estudios realizados por el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, programa implementado por la organización MYSU (Mujer y Salud en Uruguay) para 2008 reportaron un bajo conocimiento de la existencia de la mencionada normativa en las mujeres usuarias y en los profesionales de la salud para el año 2008 (MYSU, 2008). Para el año 2009, los resultados muestran un mayor conocimiento pero reportan igualmente una baja implementación de la normativa en los servicios de salud públicos (MYSU, 2009).

El cambio en la práctica del aborto con una tendencia creciente hacia el uso del aborto con medicamento hace que las estimaciones basadas en consultas hospitalarias de complicaciones sean menos fidedignas en la actualidad. Por tanto, es un desafío identificar nuevas formas de estimación que sean aplicables a la realidad actual de la práctica.

## **Aspectos psicológicos y sociales de la práctica clandestina del aborto**

Para caracterizar los aspectos sociales y psicológicos asociados a la práctica clandestina del aborto, se buscó identificar y analizar los resultados de investigación publicados en el país entre 1985 y 2008. Se incluyeron estudios de corte cualitativo, de diseño mixto cuanti-cualitativo y sistematizaciones sobre la práctica profesional. Son escasas las publicaciones que refieren estrictamente a investigaciones originales publicadas (un total de seis). Muchos de los ensayos publicados en revistas, tratan sobre una misma investigación o refieren a sistematizaciones de prácticas. No hay pues, un número significativo de hallazgos producto de procesos sistemáticos de investigación en el tema.

El aborto realizado en un contexto legal restrictivo, no es sólo una experiencia individual y privada de cada mujer. Implica a numerosos protagonistas: actores del Poder Judicial, de los servicios de salud, de los operadores de los circuitos clandestinos, el sistema policial, de las organizaciones sociales y de las familias. Las dificultades para el acceso a información confiable y la carencia

de recursos económicos para llevar a cabo una práctica segura, exponen a estas mujeres al riesgo de complicaciones post aborto y en el límite, a la muerte.

A pesar de estar definida la importancia social de la problemática del aborto, ésta ha sido escasamente explorada en nuestro medio a través de investigaciones que tengan como objetivo generar información de calidad sobre los aspectos sociales y psicológicos implicados. Al mismo tiempo, son numerosos los artículos de opinión publicados en diversos medios de prensa y en revistas de divulgación que destacan la problemática social que rodea a la práctica clandestina.

En un estudio sobre sexualidad y aborto en mujeres católicas, Mazzotti, Pujol y Terra (1994) reportaron que las percepciones y prácticas de la sexualidad en mujeres católicas practicantes de sectores populares de tres países del Cono Sur estaban asociadas al pecado y que las mujeres que recurrieron al aborto manifestaron vivencias de culpa. Este evento fue vivido como una situación y una decisión dolorosa, pero reclamaron mayor comprensión de parte de la Iglesia Católica. Sus prácticas divergían de los mandatos religiosos, pero el aborto no estuvo planteado como derecho ni como una opción válida, sino como un recurso extremo al que debieron recurrir pero rechazaban.

El estudio de Sanseviero et al. (2003) presentó como una de sus principales conclusiones que la práctica del aborto es un medio a través del cual la sociedad uruguaya regula la fecundidad. Esta afirmación se sustentó tanto en el resultado de la estimación realizada como en el análisis de las circunstancias personales y colectivas en que los abortos se producen. La estimación indicó que 81 % de los abortos se producían en el ámbito medicalizado siendo el resto realizado mediante prácticas populares (19%). La capacidad de las mujeres para acceder a uno u otro tipo de aborto relacionada directamente por la dotación de recursos económicos y capital social. Independientemente del ámbito de realización de los abortos, en la medida que son ilegales representan experiencias violentas que vulneran los derechos para las mujeres. Los abortos en Uruguay se producen en el marco de una trama colectiva de la que participan diferentes actores y agentes sociales, algunos de ellos especialmente relevantes por su autoridad (médicos, policías, órganos de la justicia, medios de comunicación). Según los autores, la ley que penaliza el aborto ha caído en desuso y su práctica está desincriminada de hecho. No obstante ello, las resignificaciones de la penalización legal transmitidas a través de la tradición oral, instituyen un marco cultural específico que criminaliza el aborto más allá de los contenidos de la propia ley. Finalmente, señalan que el aborto es un hecho social denso y complejo en el que se anudan vulnerabilidades socialmente producidas con los significados y resignificaciones de su penalización. Ello determina un contexto cultural en el cual aquellas vulnerabilidades que

determinan la ocurrencia de un embarazo no viable, se ven reforzadas y potenciadas por la necesidad de recurrir a un aborto clandestino.

En base a esta investigación Rostagnol (2005) sostiene que las mujeres, al tomar sus decisiones, lo hacen usando esquemas de percepciones, representaciones y pensamientos que obedecen a un orden social signado por la dominación masculina. La disyuntiva de abortar implicó para las mujeres una cuota de dolor incluyendo pérdida de sentido acerca de la manera cómo habían organizado su mundo con sus divisiones y clasificaciones lo cual explicaría por qué el aborto fue una decisión tomada en solitario. Las motivaciones invocadas para abortar fueron múltiples y cuantas más combinaciones de motivaciones, menores las dificultades en la toma de decisión. Según la autora, la mayoría de las mujeres silencian sus abortos, aunque es más frecuente el silencio en las mujeres de sectores medios y altos, que en aquellas pertenecientes a sectores pobres. En todos los casos, se trató de experiencias dolorosas que la mayoría prefiere olvidar.

En otro estudio realizado por la misma autora en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, se identificaron algunas de las características sociales que rodean a la maternidad y la interrupción del embarazo. El aborto puede ser definido como un hecho social complejo y denso, que incluye diversas dimensiones que son observables en la consulta médica. Las condiciones de silenciamiento en que se producen los abortos como consecuencia de la penalización, la subordinación social de las mujeres y la censura social, constituyen elementos relevantes de la realidad social de la práctica clandestina. (Rostagnol, 2007).

Estos hallazgos son coincidentes con los generados en el estudio “Aspectos psicológicos del aborto voluntario en contextos de ilegalidad y penalización”, realizado desde la Facultad de Psicología de la UdelaR, los cuales ofrecen evidencias novedosas sobre esta dimensión de la práctica en las mujeres uruguayas. Se trató de un estudio empírico, en base a entrevistas en profundidad a mujeres entre 20 y 59 años con diferentes niveles educativos que se habían practicado abortos voluntarios en los últimos quince años (Carril y López Gómez, 2008a; López Gómez y Carril, 2010).

Los resultados de esta investigación permiten conocer los efectos en la subjetividad de las mujeres que vivieron un proceso de aborto voluntario en un contexto de ilegalidad y penalización. No se encontraron evidencias que indiquen que el aborto haya producido efectos traumáticos, inhabilitantes y duraderos en el tiempo. Asimismo no es posible afirmar que exista un síndrome traumático post evento, independientemente del nivel educativo y edad de la mujer en coincidencia con reportes internacionales disponibles (APA, 2008). Las autoras afirman que la ilegalidad y penalización genera altos montos de temor, incertidumbre y angustia. El contexto legal se transforma



en texto que determina no sólo el acceso a un aborto seguro, sino también reacciones emocionales como las mencionadas.

Existe una directa relación entre origen del embarazo, condiciones para la toma de la decisión (recursos económicos, afectivos y sociales), acceso a un aborto seguro y sentimientos post-evento. En aquellas mujeres que contaron con soporte afectivo y social para tomar la decisión, el sentimiento predominante posterior fue el alivio. A este sentimiento se asociaron sentimientos de pena y tristeza así como dolor psíquico. Aquellas mujeres que se sentían ambivalentes frente al embarazo, vivieron una lucha interna entre un aspecto de sí mismas que no quería –o no podía– y otro que la condenaba por el no deseo de hijo. Al decidir abortar, lo hicieron desde la duda, lo que se tradujo luego en un intenso malestar subjetivo. Las relaciones estables de pareja no vieron afectadas su continuidad por la situación del aborto. Todas las mujeres continuaron con sus proyectos de vida, que incluyeron la opción de tener o de no tener hijos. Las mujeres que habían abortado menos de un año al momento del estudio, estaban en muchos casos bajo el impacto emocional de todo el proceso y fue en ellas donde se observó mayor ambivalencia, angustia y culpa. En estos casos, se pudo constatar aspectos depresivos: rabia, cambios de humor, angustia, sueños recurrentes sobre la experiencia, auto-reproches. Estos signos aislados no son suficientes para hablar de depresión, tomando en cuenta la escasa distancia temporal con el episodio.

Se observó una relación directa entre la significación previa sobre el aborto que tenían las mujeres y las repercusiones emocionales de todo el proceso. En aquellas que significaron el aborto como asesinato, la culpa fue el sentimiento posterior más intenso. Se constató que el arrepentimiento ante la decisión tomada fue acompañado de auto reproche y auto castigo. Estas significaciones se asocian a discursos sociales y morales de condena y sanción de los cuales las mujeres con bajo nivel educativo son más permeables.

El concepto de aborto inseguro adquirió otra significación, más allá de lo biomédico. Desde el punto de vista social, las mujeres dieron cuenta de su exposición a la censura y las condiciones de silencio que acompañaron el proceso, independientemente de si hubieran contado o no con entornos familiares y sociales favorables. El temor al rechazo socio-familiar y/o la sanción legal generó en algunas el silenciamiento como estrategia para preservar la decisión, no exponerse al daño emocional y evitar conflictos con seres queridos. El acceso a información confiable, tanto para la toma de la decisión como para la efectivización del aborto, es una de las principales barreras que impone la clandestinidad de la práctica. Esta opera generando diques subjetivos y sociales que condiciona, a su vez, el acceso a prácticas más seguras. Las mujeres que pudieron contar con información y recursos de sostén afectivo, tuvieron mejores condiciones materiales y subjetivas para transitar y elaborar

la experiencia vivida. Para otras, el temor al daño, la angustia por no saber o el tener información fragmentada y/o parcial, fueron algunos factores que acompañaron el proceso de toma de decisión, generando una cierta paralización frente a la situación. Ello se asocia a las débiles condiciones sociales para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, a las fantasías sobre la invulnerabilidad personal que se traduciría en la frase “no me va a pasar a mí” y al contexto de ilegalidad que genera que la práctica del aborto continúe siendo predominantemente una práctica privada, a pesar de los avances notables que se pueden señalar en el campo del debate social en los últimos años.

El mundo de relaciones afectivas en las cuales cada mujer está inserta juega un papel fundamental en el proceso de aborto y en las dimensiones subjetivas que se ponen en juego. Si bien no necesariamente determinan la decisión, sí inciden en cómo se sienten emocionalmente. Generalmente, estas personas son “sus pares, sus iguales”, es decir otras mujeres: madres, amigas, tías, abuelas, compañeras de trabajo, cuñadas, suegras. La actitud de esas “otras mujeres” es de identificación con el malestar / sufrimiento / perplejidad que viven las mujeres, aunque las respuestas no fueron homogéneas. Es de resaltar el rol que juegan las madres de las mujeres, referencia, apoyo, compañía y respaldo durante el proceso. Por su parte, el rol de los varones (co-genitores, padres, amigos) se limita por lo general a brindar apoyo económico para acceder al procedimiento.

Una de las diferencias observadas fue sobre las vivencias que genera el tipo de procedimiento utilizado. Aquellas mujeres que abortaron en clínicas clandestinas mediante AMEU o legrado, enfrentaron el temor previo al daño corporal, al riesgo de salud y de vida, incrementado por el uso de anestesia. Al largo periplo que debieron transitar para acceder a las clínicas, se agregó otro caracterizado por el ambiente de secreto y riesgo que les reforzaba el estar cometiendo un delito. Aquellas que recurrieron al misoprostol se vieron enfrentadas a una experiencia corporal directa. Si bien la información recibida había sido comprendida por las mujeres, desde el punto de vista cognitivo, ello no impidió el surgimiento de temores y fantasías de daño corporal y/o de muerte asociados a la posibilidad de equivocarse en la utilización de las pastillas y/o al no obtener el resultado esperado. La vivencia corporal más recurrente fue la fantasía de estar desangrándose y los dolores abdominales intensos producidos por las contracciones.

Otro elemento interesante que surge de este estudio fue que independientemente de las opiniones sobre los posibles caminos a recorrer para cambiar el marco legal sobre aborto en el país y los tipos de despenalización a implementar, el denominador común entre las mujeres, fue la necesidad de cambiar la ley vigente que tipifica el aborto como un delito siempre.

En un estudio posterior, Sanseviero, Rostagnol y colaboradores (RUDA/AUPF, 2008) se propusieron identificar las barreras que obstaculizan el acceso

al aborto voluntario en mujeres adolescentes y adultas de bajos recursos. El estudio señala que la maternidad forzada es el resultado de un proceso donde la autonomía de la mujer para decidir sobre la continuidad o la interrupción del embarazo estuvo dramáticamente limitada, porque en su decisión tuvieron preeminencia razones diferentes al deseo de ser madre en ese momento. La ausencia de condiciones materiales y simbólicas socialmente legitimadas para que las mujeres puedan abortar voluntariamente en forma digna, constituye el núcleo fundacional del sistema de restricciones al derecho a decidir. Las políticas públicas a través de sus programas de salud reproductiva y relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, reflejan, amplifican y reproducen las representaciones y práctica sociales que inhabilitan o restringen el ejercicio de derechos para las mujeres en situación de aborto y para aquellas que necesitan regular su fecundidad. El análisis del material empírico reveló que las “madres forzadas” duplican a quienes abortaron en condiciones indignas y la suma de ambos grupos representa un valor muy próximo a las madres voluntarias. Tomando la maternidad voluntaria como variable de realización del derecho a decidir, el número de mujeres que no pudieron ejercer sus derechos es casi igual a aquellas que sí pudieron ejercerlo. Respecto a los abortos realizados en condiciones indignas se estimó que cada cuatro embarazos uno habría concluido en aborto voluntario entre las mujeres de la muestra del estudio.

Un conjunto de aportes sobre la dimensión psicosocial del aborto provienen de la sistematización de la práctica profesional generada en la Policlínica de Asesoramiento a mujeres en situación de embarazo no deseado, desarrollada por la organización Iniciativas Sanitarias en el marco de su trabajo en el Centro Hospitalario Pereira Rossel (Briozzo et al 2007 y 2008). A partir de la experiencia en este servicio, integrantes del equipo de trabajo sostienen la necesidad de incluir los aspectos psicológicos implicados en las situaciones de aborto, desde una perspectiva psicosocial y de la psicología médica. Se afirma que los factores éticos, ideológicos, culturales y religiosos pueden influir y determinar las decisiones de las mujeres respecto a su embarazo y condicionan la manera en que las mujeres procesan subjetivamente la experiencia. Se subraya la necesidad de una atención de alta calidad en situaciones de aborto, como un componente esencial de todos los servicios de asistencia sanitaria a la mujer. Asimismo, se identifican dimensiones relevantes para comprender la realidad psicosocial de la práctica. En especial se refiere la valoración social y cultural de la maternidad como atributo “esencial” de la subjetividad femenina, concepto central para comprender los aspectos psicológicos involucrados tanto en los equipos de salud como en la mujer y su entorno. Se señalan las dificultades de los profesionales frente al aborto provocado, las cuales estarían vinculadas con la formación médica, ética, religiosa, la ilegalidad y el estigma que rodea a la práctica del aborto voluntario. De acuerdo a las autoras, cuando una mujer manifiesta su deseo de abortar se

desencadenan en el personal médico reacciones defensivas, que pueden operar como barreras en el abordaje de la consulta. Finalmente, enfatizan que la personalidad de cada mujer es un aspecto clave, en la medida que el aborto implica necesariamente un proceso de duelo y para la mayoría de las mujeres ésta es una experiencia perturbadora. A partir de esas consideraciones, se enumeran diversas situaciones que deberían tenerse en cuenta en la consulta, asociadas al aumento de la probabilidad de que ocurran complicaciones psicológicas posteriores al aborto. Entre ellas, se describen factores de riesgo: personales y ambientales. Se enumeran algunos indicadores que el personal médico deberá atender para la derivación de las mujeres a psicología médica o instancias de asistencia conjunta médico/psicólogo (Leus y Stapff, 2008).

Según Abracinskas y López Gómez (2007), se ha generado luego de la recuperación de la democracia un proceso de construcción de una demanda ciudadana en esta agenda que trasciende y que incluye la reivindicación feminista histórica por el derecho al aborto legal. Señalan la necesidad de reforzar el cambio de paradigma en salud desde uno centrado en el enfoque Mujer, Salud y Desarrollo (MED) a otro basado en Género, Salud y Desarrollo (GED) como factor desencadenante de cambios en los modelos de atención de la salud. Consideran que el escenario propicio que ha permitido y permite construir respuestas integrales a la realidad del aborto voluntario tiene su sustento en el debate público sobre el cambio legal, la inclusión de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en la agenda social y política, la aprobación e implementación de la ordenanza ministerial N° 369, la incorporación creciente de prestaciones en salud sexual y reproductiva en los servicios de salud públicos y el fortalecimiento de alianzas entre diferentes actores.

El estudio más reciente disponible sobre aborto voluntario refiere a los significados, vivencias y opiniones de esta práctica en hombres de distintas generaciones y niveles educativos (Carril y López Gómez 2008b). Las autoras señalan que la experiencia del aborto no resulta ni indiferente ni ajena y que es una experiencia significativa para los hombres que están directamente involucrados. De esta manera, se contradice la idea de que es un tipo de experiencia a la que en general permanecen distantes. En consistencia con estudios que encontraron que el temor al rechazo socio familiar o a la sanción legal genera en algunas mujeres el no hablar de la experiencia, algo similar sucede con los varones. En el ocultamiento del aborto, se articulan las condiciones de clandestinidad con las dificultades propias de los hombres para hablar de sus experiencias emocionalmente significativas.

Un hallazgo interesante de este estudio refiere al proceso de decisión sobre el aborto. Las respuestas de los hombres de todos los niveles educativos y edades, acerca de quién puede decidir o tiene derecho a decidir y cómo se decide un aborto, reflejan la tensión entre el derecho de la mujer sobre su re-

producción y el derecho del varón a la paternidad, así como la dificultad para encontrar caminos de negociación. En general, se acepta el derecho de la mujer a decidir en caso de que esté sola. De lo contrario, se aspira a un consenso en la pareja o incluso a la intervención de un tercero que pueda ayudar a dirimir el conflicto. Las opiniones sobre en quién debe recaer la decisión de abortar, se pueden agrupar en tres tipos de argumentos. Por un lado, existiendo una pareja, la decisión tiene que ser compartida con el varón. La mujer tiene derecho a decidir, pero con el consentimiento del hombre. Solamente cuando el co-genitor no está presente o en caso de violación, tiene el derecho a decidir la mujer por sí misma. Otro argumento refiere que la mujer es quien debe y puede decidir, porque el embarazo y la futura crianza del hijo recaerán sobre su cuerpo y su vida. Finalmente, una tercer línea argumental se basa en que la mujer en ningún caso puede decidir por sí misma ya que se considera que ambos progenitores tienen iguales derechos.

Independientemente de cómo se significa el aborto o si se está o no de acuerdo con la práctica, la mayoría de los varones consideran que la decisión última sobre el aborto voluntario es de la mujer, porque es un evento que ocurre en sus cuerpos. Pero no puede desprenderse de esta afirmación, que se trata de un discurso homogéneo y sostenido sobre los mismos argumentos racionales y/o fundamentos subjetivos. Independientemente de la edad, el nivel educativo o la postura respecto a la (des) penalización, el aborto es una práctica connotada generalmente de manera negativa. Se identifican un conjunto de significaciones asociadas a ella: el aborto como asesinato / homicidio; el aborto como un acto de desamor/un acto antinatural; el aborto como un mal necesario producto del descuido y la irresponsabilidad y el aborto como un acto de libertad. El aborto como un asesinato es vivido especialmente por quienes se identifican y practican alguna religión. El aborto como un acto de desamor (de la mujer) reafirma la ecuación mujer = madre ya que éste desnuda que no toda mujer “naturalmente” desea ser madre o que la maternidad sea el destino ineludible del ser mujer. El aborto es considerado una práctica necesaria que debe ser tolerada en algunas circunstancias y se buscan justificaciones “objetivas” para su aceptación: pobreza, multiparidad, riesgo de vida de la mujer, violación. El sustento de estas justificaciones es que el aborto es una práctica considerada moralmente no aceptable ya que se asocia a actos de descuido e irresponsabilidad de las mujeres. El aborto como acto de libertad de las personas fue sostenido por varones de distintas edades y niveles educativos. Son estos varones quienes se afilian a la concepción de que la resolución del conflicto que implica un embarazo no deseado, es de resorte exclusivo de la mujer y/o de la pareja y que las sociedades y los Estados deben garantizar y respetar ese derecho. Al colocar a la mujer en tanto sujeto de derechos en el centro de la escena, se cuestiona que sean otros –apelando a la figura de los

“intermediarios de la verdad” (jueces, médicos, religiosos, familias) – quienes tengan el poder y las potestades de definir si ese aborto es aceptable o no aceptable. Esta concepción del aborto como un acto de libertad podría denominarse como contra-cultural, en el sentido de contravenir las representaciones sociales dominantes.

Los varones disponen de algún tipo de información sobre la realidad del aborto en el país, independientemente de su edad y nivel educativo. Las diferencias o matices que se relacionan con la calidad, precisión y cantidad de esa información, lo que depende fundamentalmente de la cercanía personal con la experiencia y del nivel educativo. Conocen –de forma vaga e imprecisa– los métodos disponibles para un aborto seguro, en particular el misoprostol y sus ventajas con relación al aborto quirúrgico. Sin embargo, existen confusiones con la pastilla de anticoncepción de emergencia.

Se podría correlacionar el nivel de información manejada con un contexto nacional de debate social y político sobre la realidad del aborto, muy particularmente, durante los últimos dos años, en coincidencia con el trabajo de campo de esa investigación. Respecto al marco legal, las opiniones son ampliamente favorables a la despenalización, en los distintos tramos etáreos e incluso en los diferentes niveles educativos. Los varones con niveles educativos bajos son los más proclives a condenar penalmente la práctica del aborto. La información es consistente con los datos que han aportado las distintas encuestas de opinión pública disponibles en el país (Bottinelli, 2010; Buquet, 2010). La experiencia personal parece ser un marcador de la opinión de los varones en relación a la (des)penalización. Esta tiene un impacto subjetivo que condiciona la opinión sobre el marco legal, conformando posturas a favor o en contra de la despenalización. También lo es la autoidentificación religiosa. La despenalización es aceptada en determinadas circunstancias: violación, riesgo de vida de la madre o situaciones de penuria económica, en base a consideraciones de tipo sanitario y/o de justicia social.

Se observa una tensión filosófica y ética entre la defensa del derecho de la mujer y los derechos del feto con un correlato respecto a las posturas sobre el marco legal. Quienes sostienen que hay otra persona en juego en ese dilema ético, se apoyan más hacia la concepción del aborto como un asesinato que debe ser castigado penalmente. Sin embargo, aún en aquellos que consideran que se es persona desde el momento de la concepción, se observan posturas flexibles respecto al marco legal.

Finalmente, un estudio sobre profesionales de la salud y aborto conducido por investigadoras de la Facultad de Psicología de la Udelar se está implementando en su fase final cuyos resultados finales aún no están disponibles. En esa misma dirección el estudio 2010 del Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva de MYSU se basa en una encuesta a

profesionales de la salud y salud sexual y reproductiva, en la cual se incluye un módulo específico sobre aborto. Ambas investigaciones serán insumos muy importantes para analizar el tercer componente de este triángulo: los servicios de salud y las prácticas profesionales frente al aborto voluntario.

## **La respuesta institucional del sector salud**

En el período de análisis que abarca este estudio (1985-2009), cronológicamente es posible identificar cinco medidas específicas implementadas por el Ministerio de Salud Pública ante la práctica del aborto clandestino como estrategias para disminuir las consecuencias del aborto inseguro o para registrar su incidencia, en el contexto de un conjunto de acciones vinculadas a las políticas en salud sexual y reproductiva y la incorporación de algunas prestaciones en los servicios de salud.

Ellas han sido:

- 1) Creación del Comando de Lucha contra el aborto criminal (1992);
- 2) Aprobación de la normativa sanitaria “Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo” y creación de la Comisión para su implementación y monitoreo (Ordenanza 369, 2004);
- 3) Creación de la Comisión para la Interrupción de la Gravidez, la cual sustituye al Comando de Lucha contra el aborto criminal (Ordenanza 890, 2005);
- 4) Creación de la Comisión para la Reducción y Monitoreo de muerte de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto, puerperio, cesárea y aborto (Ordenanza 759, 2006);
- 5) El decreto de aprobación del uso intrahospitalario con fines obstétricos del misoprostol (decreto MSP, 2006).

Estas respuestas institucionales desde el MSP deben ubicarse en un contexto más amplio del desarrollo de políticas en salud sexual y reproductiva que se comienzan a implementar en el país hacia 1996, en particular para favorecer el acceso a la anticoncepción en los servicios públicos de salud (López Gómez et al., 2003; CNS Mujeres, 1999, 2005, 2006 y 2008; MYSU, 2007, 2008 y 2009; López Gómez et al, 2009).

De todas las medidas señaladas, sólo se disponen de informes oficiales por parte de la Comisión para la Reducción y Monitoreo de muerte de mujeres creada en el 2006 y que presentara información producida para los años 2007 al 2009. No se disponen de informes del Comando de Lucha contra el aborto criminal ni tampoco de su sucesora Comisión para la Interrupción de la Gra-

videz. Tampoco se han generado reportes oficiales sobre la implementación de la ordenanza 369.

Como ya se ha señalado, respecto a la genealogía, diseño e implementación de estas políticas tanto a nivel nacional como departamental en Montevideo, han sido fundamentalmente las organizaciones de mujeres y feministas quienes han generado reportes sistemáticos de monitoreo ciudadano que dan cuenta de las fortalezas y barreras identificadas para garantizar el acceso universal e integral a un conjunto de prestaciones en salud sexual y reproductiva.

Los reportes más recientes son los elaborados por el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, programa desarrollado por MYSU con el apoyo de UNFPA. El Observatorio se fijó para los años 2008 y 2009 relevar información a través de una encuesta a mujeres usuarias de servicios de salud, encuesta autoadministrada a profesionales, entrevista a directores y observación directa de salas de espera y consultorios, con el objetivo principal de identificar barreras, avances y desafíos en la implementación de un conjunto de normativas y guías clínicas vigentes en distintos componentes de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la normativa sanitaria para la reducción del daño por aborto inseguro, Ordenanza 369 (MYSU, 2008 y 2009).

La ausencia de información oficial es un enorme déficit para poder acceder a una visión global que permita evaluar la implementación de las medidas adoptadas por el MSP para disminuir el riesgo por aborto inseguro. Esta respuesta adoptada por el organismo rector en salud pública surgió en el 2001 como iniciativa de un grupo de ginecólogos de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República pertenecientes a las Clínicas de Ginecología del Hospital Pereira Rossell conjuntamente con otros profesionales de la salud e integrantes de organizaciones de mujeres, ante el aumento de las muertes maternas por aborto inseguro, Desde allí se diseñó una estrategia sanitaria para reducir la muerte materna por aborto provocado en condiciones de riesgo. Se creó Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo, organización de profesionales de la salud que comenzó a funcionar en ese hospital. La adopción de esta normativa por parte del MSP suponía su extensión al conjunto del sistema de salud. Sin embargo, la misma se implementa en el CHPR, en algunos centros públicos de atención primaria de Montevideo y en algunos hospitales públicos del interior del país. Lejos se está aún de ser implementada en la totalidad de los servicios públicos y privados del país.

Recientemente, esta normativa fue incluida en la Ley 18.426 de Defensa al Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva lo cual le otorga un rango jurídico mayor y la “blinda” –junto a las otras prestaciones en salud sexual y reproductiva incluidas en la ley – de los avatares de cambios de gobierno al



trascender su carácter de decreto ministerial y adquirir rango de ley (López Gómez y Abracinskas, 2009)<sup>4</sup>.

El acceso al aborto seguro implica el desarrollo de un conjunto de acciones integrales de tipo sanitario y legal aún pendientes en el país. Las medidas para la disminución del aborto inseguro y para mitigar sus consecuencias son una estrategia que no resuelve el problema de fondo de la práctica ilegal y clandestina del aborto voluntario. Es una respuesta sanitaria para evitar un “daño mayor”. La disponibilidad de misoprostol en el mercado informal, la creciente difusión de la existencia de este recurso, el debate social y político sobre el cambio legal ocurrido en los últimos años, el involucramiento ciudadano y la existencia de la mencionada normativa, son algunos de los factores que explican la disminución de la muerte de mujeres por aborto inseguro. Pero, como ya hemos señalado, el aborto clandestino y sus consecuencias no sólo remiten a un problema de salud pública. Es ante todo un problema de justicia social, de equidad, de derechos humanos y de democracia que refuerza la situación de desventaja social y desigualdad de las mujeres en nuestra sociedad.

La realidad del aborto deja en evidencia que la información, educación y el acceso universal a métodos anticonceptivos como componentes centrales de una estrategia de prevención de embarazos no deseados o no esperados, no son suficientes para impedir que éstos se produzcan. Cuando se trata de la condición humana, el diseño de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva no puede soslayar las dimensiones subjetivas implicadas en la sexualidad y la reproducción. Esas que nos recuerdan que los seres humanos no somos perfectos ni estamos inmunizados contra los olvidos, las contradicciones, los descuidos y los errores.

---

## **Bibliografía citada**

Abracinskas L. y A. López Gómez (2007). “Problemas complejos, intervenciones integrales. Aborto inseguro, mortalidad maternal, reducción de incidencia y ejercicio de

---

(4) El 27 de setiembre de 2010 se aprobó el decreto reglamentario de la Ley N° 18.426 aprobado por el Poder Ejecutivo. El mismo determina la obligatoriedad de prestar servicios en salud sexual y reproductiva en el Sistema Nacional Integrado de Salud, medida que se pondrá en marcha a partir del 1° de enero de 2011.

- derechos”. En L. Briozzo (ed.), *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Arena.
- Alan Guttmacher Institute (2006). *Abortion in women lives*. Washington: AGI.
- Alan Guttmacher Institute (2009). *Abortion worldwide: A decade of uneven progress*. Washington: AGI.
- Alonso, J. et al. (1998). “Incidencia de aborto espontáneo y provocado en la población hospitalaria”. *Actas del Congreso de Ginecología y Obstetricia 1998*. Montevideo.
- American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion (2008). *Report of the task force on mental health and abortion*. Washington DC: American Psychological Association. Consultado el 09/04/2010 en <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>
- Anker et al. (1999). *A standard verbal autopsy method for investigating causes of death in infant and children*. Geneva: WHO.
- Bagnulo, H., D. Rivara, R. Lobardi, M. Olazabal, L. A. Campalans y D. Petruccelli (1979). “Aborto séptico e IRA” (11). *Archivo Médico Int*, 1(2).
- Bongaarts, J. (1978). “A framework for analyzing the proximate determinants of fertility”. *Population and Development Review*, 4(1).
- Bongaarts, J. (1982). “The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables”. *Studies in Family Planning*, 13 (6/7).
- Borges, F., M. de Pena, M. Mercant y G. Gallino (1988). “Medicina legal”. *Oficina del Libro AEM*, Montevideo, 1(4): 160-173.
- Bottinelli, O. (2010). “La opinión pública en los últimos quince años, la relación entre sistema político y opinión pública”. En MYSU, *El aborto en la opinión pública*. Montevideo: MYSU, Cuadernos de divulgación sobre ciudadanía, salud y derechos, época I, Nº 1.
- Briozzo L., G. Vidiella, B. Vidarte, G. Ferreiro, J. Pons y J. Cuadro (2002). “El aborto provocado en condiciones de riesgo. Emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay”. *Revista Médica Uruguay*, 18: 4-13.
- Briozzo, L. (comp.) (2008). *Aborto en condiciones de riesgo en Uruguay. Iniciativas Sanitarias – la experiencia del modelo de reducción de daños en el aborto inseguro*. Montevideo: Dedos.
- Briozzo, L. (ed) (2007) *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Arena.
- Buquet, D. (2010). “La opinión de las elites”. En MYSU, *El aborto en la opinión pública*. Montevideo: MYSU, Cuadernos de divulgación sobre ciudadanía, salud y derechos, época I, Nº 1.
- Camacho O. (1967). “Encuesta sobre casos de aborto en pacientes ingresados en la Clínica Ginecotológica “B” del Ministerio de Salud Pública”. *Actas Ginecotológicas (Uruguay)*, año XXI: 25-59.
- Cardenas, R. (2000) “El uso de la autopsia verbal en el análisis de la salud. Estudios demográficos y urbanos”. *El Colegio de México*, Nº 045: 665-683.
- Carril Berro, E. y A. López Gómez (2008a). *Entre el alivio y el dolor. Mujeres, aborto voluntario y subjetividad*. Montevideo: Trilce.
- Carril E. y A. López Gómez (2008b). *Varones y aborto voluntario. Significados y opiniones de varones de distintas generaciones y niveles educativos*. Informe técnico proyecto I + D, presentado a CSIC. Disponible en [www.csic.edu.uy](http://www.csic.edu.uy).

- Chandramohan, D. et al. (1998). “The validity of verbal autopsies for assessing the causes of institutional maternal death”. *Studies in Family Planning*, 29(4): 414-422.
- Chandramohan, D. et al. (eds) (2005). “Ethical issues in the application of verbal autopsies in mortality surveillance systems”. *Tropical Medicine and International Health*, 10: 1087-1089.
- CNS Mujeres (1999) *El estado uruguayo y las mujeres. Monitoreo de políticas públicas*. Montevideo: CNS.
- CNS Mujeres (2005). *Uruguay y políticas en salud sexual y reproductiva. Una mirada de lo hecho para las acciones del futuro*. Montevideo: CNS.
- CNS Mujeres (2006). *2006: a un año del gobierno progresista. Uruguay y las políticas en salud sexual y reproductiva*. Montevideo: CNS.
- CNS Mujeres (2008). *Monitoreo 2008. Transversalización de la equidad de género en las políticas públicas. Derechos sexuales y derechos reproductivos*. Montevideo: CNS.
- Consortio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (2007). *Disponibilidad y uso obstétrico del misoprostol en países de América Latina y El Caribe*. Lima: CLACAI.
- Correa, H. (1980). “Sepsis en obstetricia”. En *Sepsis, tratamiento intensivo de las infecciones graves*. Montevideo: Colección CTI Universitario/Oficina del Libro/FEFMUR.
- Correa, H. (2000). “Clasificación y epidemiología de la sepsis de acuerdo al foco de origen”. En *Sepsis, tratamiento intensivo de las infecciones graves*. Montevideo: Colección CTI Universitario/Oficina del Libro/FEFMUR.
- Espinoza H., Hernandez B., Campero L., Walker D., Reynoso S., Langer A. (2003). “Muertes maternas por aborto y por violencia en México: narración de una experiencia en la formulación e implementación de una metodología de investigación”. *Perinatal Reproduction Human Research*, 17(4): 193-204.
- Fathalla, M. (1987). “El largo camino a la muerte materna”. *People*, 14 (3), traducción del Área de Salud, Economía y Sociedad del CEDES, Buenos Aires.
- Fathalla, M. (1992). “Society and reproductive life”. En K. Wijma y B. von Schoultz (eds), *Reproductive life. Advances in research in psychosomatic obstetrics and gynaecology*. Memoria del 10<sup>th</sup> International Congress on Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology. Nueva Jersey: The Parthenon Publishing Group.
- Faúndes, A. y J. Barzelatto (2005). *El drama del aborto. En busca de un consenso*. Editorial Tercer Mundo Editores del Grupo TM S.A.
- Federación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia (2007). *Uso del misoprostol en ginecología y obstetricia*. FLASOG, 2da. Edición. Consultado 5/6/2009 en [www.flasog.org/images/misoprostol.pdf](http://www.flasog.org/images/misoprostol.pdf)
- Fernández, M., F. Coeytaux, R. Gómez Ponce de León y D. Harrison (2009). “Assessing the global availability of misoprostol”. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 105: 180–118.
- Ferrando, D. (2002). *El aborto clandestino en Perú: hechos y cifras*. Lima: Centro de la Mujer Flora Tristán, Pathfinder International 32. Consultado el 24/09/2009 en [www.abortolegal.org/aborInducPeru.doc](http://www.abortolegal.org/aborInducPeru.doc)
- Gajalakshmi, V. et al. (2002). “Verbal autopsy of 48,000 adults deaths attributable to medical causes in Chennai, India”. *BMC Public Health*, 2 (7).
- Giampietro, C. (1980). “Sepsis en obstetricia”. Paper presentado en el *Séptimo Congreso Uruguayo de Ginecología*, Montevideo, diciembre 1980.

- Gutiérrez M. y D. Ferrando (2004). “Incidencia del aborto y sus efectos sobre la fecundidad”. En Seminario *La fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?*, Santiago de Chile, 9-11 junio 2003, CEPAL.
- IPAS (2005). *La atención del aborto centrado en la mujer. Manual del capacitador*. Versión CD. Chaper Hill: IPAS.
- Juárez F. (2007). *Estimación de la incidencia del aborto clandestino, un reto metodológico*. Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales (CEDUA). El Colegio de México. [www.andar.org.mx/pruebas/micr\\_aborto/03\\_panel\\_metodos/Juarez.pdf](http://www.andar.org.mx/pruebas/micr_aborto/03_panel_metodos/Juarez.pdf) consultado 1/12/09.
- Kane, T. T., A. A. El-Kady, S. Saleh, M. Hage, J. Stanback y L. Potter (1992). “Maternal mortality in Giza, Egypt, magnitude, causes, prevention”. *Studies of Family Planning*, 23: 45-57.
- Langer, A., B. Hernández, C. García, G. Saldana (1999). “Identifying interventions to prevent maternal mortality in Mexico: a verbal autopsy study”. En: M. Berer y T. Sundari (eds), *Reproductive health matters. Safe motherhood initiatives: critical issues*. Londres: Blackwell Science.
- Linden, L. E. y D. J. Weiss (1994). “An empirical assessment of the Random Response Method of sensitive data collection”. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 9 (4): 823-836.
- Leus, I. y C. Stapff (2008). “Fundamentos desde la psicología médica. Aspectos psicológicos orientados a mejorar la calidad de atención para la disminución del daño por aborto provocado”. *Revista Itinerario*, 4 (9), mayo. <http://www.itinerario.psyco.edu.uy/Fundamentosdesdelapsicologamdic.htm>
- Lombardi, R., D. Rivara, H. Bagnulo, M. Olazabal, L. A. Campalans y D. Petrucci (1979). “Aborto séptico e IRA (1)”. En *Archivo Médico Int.* 1979, 1 (1).
- López Gómez, A. y E. Carril (2010). “Efectos del aborto clandestino en la subjetividad de las mujeres. Resultados de una investigación cualitativa en Uruguay”. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, 5: 127-164, España.
- López Gómez, A., L. Abracinskas y M. Furtado (2009). *Balance a quince años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Avances y retos para el pleno cumplimiento del Programa de Acción*. Montevideo: Cuadernos del UNFPA, 3 (4).
- López Gómez, A. y L. Abracinskas (2009). *El debate social y político sobre el proyecto de ley de defensa al derecho a la salud sexual y reproductiva*. Montevideo: Cuadernos del UNFPA, 3(3).
- López Gómez, A., W. Benia, M. Contera y C. Güida (2003). *Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*. Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología, Udelar/Fundación Mexicana para la Salud/UNFPA.
- Mazzotti, M., G. Pujol y C. Terra (1994). *Una realidad silenciada. Sexualidad y maternidad en mujeres católicas*. Montevideo: Trilce.
- Ministerio de Salud Pública (2009). *Informe 2007-2009. Comisión Nacional para el Monitoreo y Reducción de las muertes de mujeres por embarazo, parto, cesárea, puerperio y aborto*. Montevideo: MSP.
- Ministerio de Salud Pública (2004). *Ordenanza 369/04: Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: MSP.

- Morel, R. y G. Gonzalez (1981). “Evolución de la recurrencia al aborto voluntario en las adolescentes de bajo nivel socio-económico de Montevideo en los últimos 15 años”. *VI simposio mundial de Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia*. Punta del Este. Uruguay.
- Morel, R., M. Serra, H. Alvarez y G. Gonzalez (1977). *Incidencia de aborto voluntario en el Uruguay*. Montevideo: AUPFIRH.
- MYSU (2007). *Informe 2007. Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva*. Montevideo: MYSU.
- MYSU (2008). *Informe 2008. Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva*. Montevideo: MYSU.
- MYSU (2009). *Informe 2009. Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva*. Montevideo: MYSU.
- Núñez Salas, A. (1989). Capítulo 3 en H. Puppo Touriz, A. Soiza Larrosa y D. Puppo Touriz (eds), *Medicina Legal Latinoamericana*. Montevideo.
- Organización Panamericana de la Salud (2003). *Adelantos programáticos de la OPS y estrategias para la incorporación de la perspectiva de género*. Informe presentado por la Iniciativa regional para la reducción de la mortalidad materna a la 20ª sesión del Subcomité de la mujer, la salud y el desarrollo del Comité Ejecutivo de la OPS. Washington DC: OPS.
- OPS/OMS (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*, décima revisión (CIE-10). Washington DC: OPS/OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1995) *Verbal autopsies for maternal deaths*. Reporte del Taller convocado por OMS, Londres 10 al 13 de enero de 1994. Ginebra
- Organización Mundial de la Salud (1997) *Abortion: A tabulation of Available Information* (3rd.edition). WHO, Geneva
- Organización Mundial de la Salud (2003). *El aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Ginebra: OMS. Consultado el 12/03/2009 en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Verbal autopsy standards. Ascertaining and attributing cause of death*. Ginebra: OMS.
- Pienovi M., F. Blois y G. Rodríguez (1986). “Cifras sobre aborto provocado en el Uruguay”. *IX Congreso Uruguayo de Ginecología*, Montevideo, 7-12 diciembre, Libro de Resúmenes.
- Pienovi M., F. Blois y G. Rodríguez (1987). “Cifras sobre aborto provocado en el Uruguay”. *Revista Uruguaya de Sexología*, 6 (3-4): 7-19.
- Pienovi M. (1980). “Mortalidad materna en el Uruguay”. *Archivos de Ginecología y Obstetricia*, 29 (3): 100-112.
- Pinotti, J. A. y A. Faúndes (1989). “Unwanted pregnancy: Challenges for health policy”. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Sup. N° 3 Women’s Health in the Third World: The impact of unwanted pregnancy. Dublin, Ireland.
- Prada, E., S. Singh, E. Kestler y C. Sten (2005). “Atención post-aborto y morbilidad por aborto en Guatemala 2002-2003. Una visión cuantitativa y cualitativa del problema”. II Reunión de investigación sobre embarazo no deseado y aborto inseguro. Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe, México: El Colegio de México.
- Rossier, C. (2003). “Estimating induced abortion rates: A review”. *Studies in Family Planning*, 34 (2): 87-102.

- Rostagnol, S. (2005). “Autonomía y subordinación en el tránsito de las mujeres por el aborto clandestino”. *Revista Otras Miradas*, 5 (2). Caracas.
- Rostagnol, S. et al (2007). “Iniciativas sanitarias en la práctica clínica”. En: L. Briozzo (ed), *Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo*. Montevideo: Arena.
- RUDA/AUPF (2008). *Barreras. Investigación y análisis sobre el acceso de las mujeres al derecho a decidir*. Montevideo: RUDA/AUPF.
- Sanseviero, R., S. Rostagnol, M. Guchín y A. Migliónico (2003). *Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay*. Montevideo: Universidad para la Paz, Naciones Unidas.
- Sedgh, G., S. Henshaw, S. Singh, E. Ahman e I. Shah (2007). “Induced abortion: Estimated rates and trends worldwide” *The Lancet*, 370: 1338-1345, Londres.
- Serra, M. (1975). *Aborto voluntario, complicaciones*. Monografía, Escuela de Graduados, Facultad de Medicina, UdelaR, Montevideo.
- Sloan N., A. Langer, B. Hernandez, M. Romero y B. Winikoff (2001). “The etiology of maternal mortality in developing countries. What do verbal autopsies tell us?”. *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (9): 805-810. Ginebra.
- Soleman N. et al. (2006). “Verbal autopsy: current practices and challenges”. *Bulletin of the World Health Organization*, 84: 239-245. Ginebra.
- Strickler, J., A. Heimburger y K. Rodríguez (2001). “El aborto clandestino en América Latina: perfil de una clínica. En *Perspectivas internacionales en planificación familiar*, número especial. Consultado el 03/03/2008 en [www.guttmacher.org/pubs/journals/2702401sp.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2702401sp.pdf)
- Thevenet, E. (1978). *Aborto en el Uruguay*. Montevideo.
- Turenne, A. (1930). “Consideraciones sobre la lucha en el Uruguay contra el aborto provocado”. *Obstetricia clínica y obstetricia social*. Montevideo: 417-441.
- Zamudio, L., N. Rubiano, M. Viveros y H. Salcedo (1998). *Problemas sensibles y estrategias metodológicas a propósito de investigaciones sobre aborto inducido*. Bogotá: Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social, Universidad Externado de Colombia.
- Zamudio, L., N. Rubiano, M. Viveros y H. Salcedo (1999). *El aborto inducido en Colombia*. Bogotá: Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social, Universidad Externado de Colombia.