

El embarazo no deseado
y el aborto inducido:
Desafíos de salud pública en
América Latina y
el Caribe



Unwanted Pregnancy
and Abortion:
Public Health Challenges in
Latin America and
The Caribbean

Meeting Report

Reporte de la Reunión

Unwanted Pregnancy
and Abortion:
Public Health Challenges in
Latin America and
The Caribbean



El embarazo no deseado
y el aborto inducido:
Desafíos de salud pública en
América Latina y
el Caribe



Asociación Mexicana de Genética Humana

Clínica de Atención a Víctimas de Delitos Sexuales,
Hospital General de México

Consejo Nacional de Población (CONAPO)

Dirección General de Salud Reproductiva,
Secretaría de Salud

Facultad de Medicina,
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia

Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina
y el Caribe (SIDALAC)

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)

Ipas

Partners in Population and Development

Planned Parenthood Federation of America, Inc.
Family Planning de International Assistance (PPFA/FPIA)

Programa "Salud y Sociedad" del Colegio de México

Programa Latinoamericano de Capacitación e
Investigación en Reproducción Humana/
Programa Regional de Capacitación en Salud Sexual y
Reproducción (PLACIRH/PROGRESAR)

Sociedad Mexicana de Ginecología y Obstetricia

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994) recomienda que: "Los Gobiernos y organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales reconozcan el impacto que el aborto inseguro tiene sobre la salud y lo encaren como un importante problema de salud pública, reduciendo el recurso al aborto mediante la expansión y mejoramiento de servicios de planificación familiar".

Asociación Mexicana de Genética Humana
Clínica de Atención a Víctimas de Delitos Sexuales,
Hospital General de México
Consejo Nacional de Población (CONAPO)
Dirección General de Salud Reproductiva,
Secretaría de Salud
Facultad de Medicina,
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)
Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia
Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina
y el Caribe (SIDALAC)
Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)
Ipas
Partners in Population and Development
Planned Parenthood Federation of America, Inc./
Family Planning de International Assistance (PPFA/FPIA)
Programa "Salud y Sociedad" del Colegio de México
Programa Latinoamericano de Capacitación e
Investigación en Reproducción Humana/
Programa Regional de Capacitación en Salud Sexual y
Reproducción (PLACIRH/PROGRESAR)

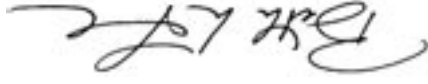
The International Conference on Population and Development (Cairo, 1994) recommends: "All Governments and relevant intergovernmental and non-governmental organizations are urged to strengthen their commitment to women's health, to deal with the health impact of unsafe abortion as a major public health concern and to reduce the recourse to abortion through expanded and improved family-planning services."

Este informe presenta un resumen de la conferencia. Este informe presenta un resumen de la conferencia de embarazo no deseado y aborto inducido. Desaffos de salud pública en América Latina y el Caribe, celebrada en Cuernavaca, México, del 12 al 14 de noviembre de 2001. El Population Council y el Instituto Alan Guttmacher tuvimos el gusto de promover este importante acontecimiento, aprender de la experiencia de tantos colegas de la región y compartir información con ellos. En particular, nos sentimos honrados de haber contado con la colaboración de la Academia Nacional de Medicina de México para organizar esta conferencia y con el apoyo de distinguidos copatrocinadores, como son la Asociación Mexicana de Genética Humana; la Clínica de Atención a Víctimas de Delitos Sexuales; el Hospital General de México; el Consejo Nacional de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud; la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia; la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC); el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP); Ipas; Partners in Population and Development; Planned Parenthood Federation of America, Inc./Family Planning International Assistance (PPFA/FPIA); Programa Salud y Sociedad del Colegio de México; Programa Latinoamericano de Capacitación e Investigación en Reproducción Humana/Programa Regional de Capacitación en Salud Sexual y Reproducción (PLACIRH/PROGRESAR); and Sociedad Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Finalmente, this meeting would not have been possible without the generous financial support provided by the William and Flora Hewlett Foundation, the David and Lucile Packard Foundation, and The Wellcome Trust.

Además de transmitir los puntos tratados en las presentaciones que constituyeron esta conferencia, el presente informe se centra primordialmente en los hallazgos de los artículos que se publicaron como resultado de la misma. No se pretende ofrecer un relación detallada de cada sesión, sino proporcionar un panorama global de la información y los temas tratados y discutidos en los tres días que duró el evento. Tampoco representa los puntos de vista del Population Council, del Instituto Alan Guttmacher, ni de ninguno de los copatrocinadores o presentadores. Por su carácter de resumen, este documento no pretende hacer justicia a la evidencia presentada que invita a la reflexión, a las enriquecedoras sesiones de discusión, ni al respeto académico y buena voluntad que impregnaron la conferencia.



Dra. Ana Langer
The Population Council



Beth Fredrick
Instituto Alan Guttmacher

Prefac

Por otra parte, queremos reconocer la colaboración de nuestros colegas del Population Council: Charlotte Ellertson, Henry Espinoza y Abigail Norris Turner, cuya ardua labor, creatividad y esfuerzos organizacionales hicieron de esta reunión todo un éxito. Asimismo, queremos agradecer a Hilda Castro, Laura

Latinoamericano de Capacitación e Investigación en Reproducción Humana/Programa Regional de Capacitación en Salud Sexual y Reproducción (PLACIRH/PROGRESAR); y la Sociedad Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Por último, debemos decir que esta reunión no hubiera sido posible sin el generoso patrocinio de las fundaciones William y Flora Hewlett, David y Lucile Packard, y de The Wellcome Trust. Todos los expositores y asistentes a esta conferencia mostraron un nivel de compromiso notable hacia la tarea de mejorar la salud reproductiva de las mujeres. En particular, la presencia de tantos investigadores resultó ser un testimonio alentador de ese compromiso.

Forwar

This report provides an overview of the conference “Unwanted Pregnancy and Abortion: Public Health Challenges in Latin America and the Caribbean,” held in Cuernavaca, Mexico, November 12–14, 2001. The Population Council and The Alan Guttmacher Institute are pleased to have been part of this momentous event and to have had the opportunity to learn from and share information with so many colleagues throughout the region. We are particularly honored to have organized this event with the Academia Nacional de Medicina de México and to have been joined by a distinguished group of co-sponsors: Asociación Mexicana de Genética Humana; Clínica de Atención a Víctimas de Delitos Sexuales, Hospital General de México; Consejo Nacional de Población (CONAPO); Dirección General de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud; Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia; Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC); Instituto Nacional de Salud Pública (INSP); Ipas; Partners in Population and Development; Planned Parenthood Federation of America, Inc./Family Planning International Assistance (PPFA/FPIA); Programa Salud y Sociedad del Colegio de México; Programa Latinoamericano de Capacitación e Investigación en Reproducción Humana/Programa Regional de Capacitación en Salud Sexual y Reproducción (PLACIRH/PROGRESAR); and Sociedad Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Finally, this meeting would not have been possible without the generous financial support provided by the William and Flora Hewlett Foundation, the David and Lucile Packard Foundation, and The Wellcome Trust.

All presenters and meeting attendees showed remarkable commitment to the task of improving women’s reproductive health. Specifically, the presence of so many researchers at this event was an inspiring testimony to the potential contribution of scientific investigation to the endeavor.

We would particularly like to recognize our colleagues at the Population Council—Charlotte Ellertson, Henry Espinoza and Abigail Norris Turner, whose hard work, creativity and organizational efforts made

the meeting a success. In addition, we wish to thank Hilda Castro, Laura Carrillo, María Fernanda Díaz de León and Claudia Vizcaino for their outstanding logistical support. From The Alan Guttmacher Institute, we thank Susan Tew for organizing the dissemination sessions, Louis Guzik and Judith Rothman for sustaining the conference web page, and Lisa Remez for drafting this document.

While this report attempts to convey the breadth of the meeting’s presentations, it focuses primarily on the findings of papers made available following the conference. It does not seek to provide a detailed account of each session, but rather to give an overall sense of the information and issues discussed and debated during the three-day meeting. It does not represent the views of the Population Council, The Alan Guttmacher Institute, any of the co-sponsors, or any one presenter. Finally, it does not—and no summary could—do justice to the thought-provoking evidence presented, the rich discussions, or the collegial respect and goodwill that permeated the meeting.



Dr. Ana Langer
The Population Council



Beth Fredrick
The Alan Guttmacher Institute

Table of

Introduction	5
Summary of Plenary Sessions	6
Summary of Presentations	7
Disseminating Research Results	12
Overall Conclusions	13
List of Attendees	15



Indic

Introducción	5
Resumen de las Sesiones Plenarias	6
Resumen de Presentaciones	7
Diseminación de Resultados de Investigación	12
Conclusiones Generales	13
Lista de Participantes*	

*Para ver la Lista de Participantes referirse a la página 15 de la versión en inglés.



Introducci

La conferencia “Embarazo no deseado y el aborto inducido: Desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe” reunió a más de 300 científicos que investigan las consecuencias de los cuatro millones de abortos clandestinos que se realizan cada año en la región. El propósito de la conferencia fue facilitar el intercambio de información sobre trabajos recientes y programados, así como ofrecer oportunidades para la creación de redes de colaboración. En los tres días de la conferencia, se hicieron 62 presentaciones orales y 31 presentaciones de póster** y se contó con la participación de investigadores de 24 países, de los cuales 17 pertenecen a la región de América Latina y el Caribe.

Todo tipo de investigación enfrenta ciertos obstáculos para la obtención de datos confiables, pero la recopilación y disseminación de información sobre una actividad tan cargada de matices emocionales y realizada frecuentemente de manera clandestina adquiere dimensiones desafiantes. Además de presentar informes detallados sobre avances recientes en la investigación del aborto, la conferencia subrayó la importancia de fortalecer las herramientas prácticas que se utilizan para compartir los resultados en esa materia. En los primeros dos días de esta reunión, se llevaron a cabo una sesión plenaria formal y presentaciones orales y de póster; el último día, se dedicó a la realización de prácticas para la disseminación efectiva de resultados de investigación y para interactuar con los medios de comunicación y adaptar la presentación de hallazgos a diferentes públicos. Las palabras inaugurales de los representantes del Population Council, la Academia Nacional de Medicina de México, el Instituto Nacional de Salud Pública y de la Organización Mundial de la Salud confirmaron la necesidad de contar con información confiable y sólida desde el punto de vista científico, debido a que la discusión pública del aborto ha adquirido mayor visibilidad. Es esencial que diseñadores de políticas e investigadores que se dedican al estudio del aborto y el embarazo no deseado, y de problemas relacionados como igualdad de género, calidad de la atención y pobreza, cuenten con evidencia objetiva e irrefutable.

**Este documento no incluye referencias, porque en muchos casos los hallazgos de investigación fueron presentados antes de su publicación y las presentaciones no fueron acompañadas de documentos formales; en otros casos, los hallazgos se consideraron confidenciales debido a la naturaleza del tema estudiado.

Introducción

The conference “Unwanted Pregnancy and Abortion: Public Health Challenges in Latin America and the Caribbean” brought together more than 300 researchers investigating the consequences of the region’s four million annual clandestine abortions. The meeting’s purpose was to facilitate the exchange of information on recent and planned work and to provide opportunities for networking. Sixty-two oral presentations and 31 poster presentations* were given over the course of the three-day meeting, which drew participants from 24 nations, including 17 countries in Latin America and the Caribbean.

All types of research entail certain obstacles in the effort to obtain reliable data, but collecting and disseminating information on this emotionally charged and often clandestine activity are especially daunting. The conference not only provided reports detailing recent developments in abortion research, but also emphasized the importance of strengthening practical tools for sharing those research results. The first two days revolved around formal plenary, oral and poster presentations, while the final day involved a hands-on practicum on disseminating research results effectively, interacting with the media and tailoring findings to different audiences.

Opening remarks from representatives of the Population Council, the Mexican National Academy of Medicine, the Mexican National Institute of Public Health and the World Health Organization confirmed the need for reliable and scientifically sound information as public discussion of abortion comes to the fore. Such objective and irrefutable evidence is essential to inform policymakers and researchers who are addressing the linked problems of unsafe abortion, unwanted pregnancy, gender equity, quality of care and poverty.

* References are not included here since in many cases, research findings were presented pre-publication, presentations were not accompanied by a formal document, or findings were deemed confidential due to the nature of the subject matter.

Summary of Plenary

Plenary speakers began the meeting by providing an impressive overview of the legal climate in Latin America and the Caribbean, where at least 6,000 women die each year from complications associated with clandestine abortion. They detailed recent legal reforms that have helped women, including depenalization of abortion in Guyana in 1995, as well as those measures that have inflicted further harm, such as passage of legislation in El Salvador in 1997 and in Chile in 2000 that criminalized all abortions, even those needed to save a woman's life. Despite these efforts of abortion opponents, however, legal restrictions have not reduced rates of abortion. The opposite, in fact, is true. The estimated rate of abortion—and, by definition, of illegal abortion—for countries such as Brazil, Colombia and Chile is generally twice as high as rates for the United States and Canada, where safe, legal abortions are available.

Plenary speakers described clinical advances in abortion provision, which have made the procedure simpler, safer and less expensive. Some of the recent developments in surgical abortion include improvements in: pregnancy detection and dating (through ultrasound); priming of the cervix (with misoprostol); infection prevention (through prophylactic antibiotics); pain control (through use of paracervical blocks and conscious sedation); new surgical techniques (including the use of flexible cannulas and hand-held suction devices); and confirmation of completeness of the procedure (through ultrasonography and review of tissue).

Presenters also discussed advances in medical methods of abortion, including the advantages and disadvantages of the use of the antiprogestone mifepristone, which, when used in combination with the E₁ prostaglandin analog misoprostol, offers women an additional safe option for early pregnancy termination. Women have another nonsurgical option in the inexpensive antimetabolite methotrexate (also typically used with misoprostol), although the regimen does not produce equally high success rates nor is it as acceptable to patients as the mifepristone-misoprostol regimen (for example, methotrexate abortions take longer than mifepristone abortions). Despite these advancements, speakers emphasized that the most important elements to improving access to safe abortion involve objectively

examining the causes and consequences of unwanted pregnancy; paying appropriate attention to women's comfort, convenience, choice and cost; and examining the concept of “wantedness” (or “unwantedness”) in the specific legal, cultural, and social context of Latin America and the Caribbean.

The Minister of Health of Guyana, the South American country that legalized abortion in 1995, shared valuable lessons from Guyana's campaign for legal reform. That campaign was evidence-based, used a public-health focus and employed simple tactics, such as newspaper cartoons with easy-to-understand captions. Most importantly, the campaign had the necessary political leadership and backing. The Minister noted some of the provisions that, in his opinion, led to approval of the revised law by Guyana's legislature—a politically persuasive title (recognizing the need to preserve the sanctity of life and the dignity of women by eliminating illegal abortions); permission for health professionals who are not physicians to perform abortions; mandated transparent monitoring; a requirement that women undergo a counseling protocol before the procedure; and the appointment of an advisory board comprising religious, legal and medical professionals. Although fears that the law would encourage an increase in the number of abortions have proved unfounded, the Minister emphasized the need to continue to focus on implementation issues and accessibility of services. He stressed that continued leadership is particularly vital to ensure that abortion services remain available in the public sector, that the private sector complies with counseling and other requirements, that physicians are adequately trained and that all complications are carefully monitored. A final presentation reinforced these points through an 11-country analysis of strategies that advocated increased access to abortion.

Los elementos más importantes para mejorar el acceso al aborto seguro se encuentran un examen objetivo de las causas y consecuencias del embarazo no deseado; dar atención adecuada al confort; a la conveniencia y preferencias de la mujer; a los costos; y analizar el concepto de “deseado” (o “no deseado”) dentro del contexto específico legal, cultural y social de América Latina y el Caribe.

El Ministro de Salud de Guyana, país sudamericano que legalizó el aborto en 1995, compartió valiosas lecciones aprendidas de la campaña realizada en ese país para lograr la reforma legal. Esa campaña se basó en evidencia y utilizó una perspectiva de salud pública y tácticas sencillas, como publicar en periódicos caricaturas con leyendas fáciles de entender. Sin embargo, la característica más importante de ese esfuerzo fue que contó con el liderazgo y respaldo político necesarios. Por otra parte, el ministro mencionó algunas de las disposiciones de la ley enmendada que, en su opinión, hicieron posible su aprobación por parte de la legislatura de Guyana: un título políticamente persuasivo (que reconoce la necesidad de preservar la sanidad de la vida y la dignidad de las mujeres mediante la eliminación del aborto ilegal); autorización para que profesionales de la salud que no sean médicos puedan llevar a cabo un aborto; obligatoriedad de dar seguimiento a las pacientes; requerir que las mujeres se sometan a un protocolo de consejería antes del procedimiento, y designación de un cuerpo consultivo constituido por representantes religiosos y profesionales de áreas legales y médicas. Aunque se demostró que un número de abortos, el ministro hizo énfasis en la necesidad de seguir enfocándose en cuestiones de implementación, disponibilidad y accesibilidad de los servicios. Subrayó también que la continuidad en el liderazgo es de especial importancia para asegurar la disponibilidad de los servicios de aborto en el sector público; que el sector privado cumpla con el requerimiento de consejería y demás disposiciones; que los médicos reciban capacitación, y que toda la atención se atienda adecuadamente.

Los puntos antes mencionados se reforzaron mediante la presentación final que incluyó el análisis de estrategias de once países que promueven el acceso mejorado a los servicios de aborto.

Asimismo, los conferencistas hablaron de los avances y revisión de tejidos).

que el procedimiento fue completo (mediante ecografía y revisión de tejidos).

Asimismo, los conferencistas hablaron de los avances en los métodos médicos de aborto e incluso de las ventajas y desventajas del uso de mifepristona, anti-progesterona que, usada en combinación con el misoprostol (análogo de la prostaglandina E₁), ofrece a la mujer una opción de seguridad adicional para la interrupción temprana del embarazo. Las mujeres cuentan con otra opción no quirúrgica, el metotrexato, un antimetabolito de bajo costo (que por lo general se utiliza también con el misoprostol), aunque este régimen no produce las mismas elevadas tasas de éxito ni es tan aceptable para las pacientes como el régimen mifepristona-misoprostol (por ejemplo, los abortos inducidos con metotrexato toman más tiempo en resolverse que los inducidos con mifepristona). A pesar de estos avances, los expositores subrayaron que entre

Resumen de las Sesiones

La segunda vertiente temática se dedicó a las experiencias de las mujeres con el aborto, incluyendo las perspectivas de los hombres sobre el procedimiento. Aunque esta categoría cubre necesariamente un amplio rango de individuos de diferentes ámbitos socioeconómicos y culturales, casi toda mujer latinoamericana (con excepción de las cubanas) que ha experimentado un aborto inducido ha cometido un “crimen”, hecho que tiene toda la fuerza de su vivencia. Todas las presentaciones tocantes a la perspectiva masculina (tres sobre varones latinoamericanos de Colombia, Cuba y Brasil, y una sobre hombres de India) recomendaban que los prestadores reconocieran

TEMARIO B: EXPERIENCIAS INDIVIDUALES RELACIONADAS AL ABORTO

La segunda vertiente temática se dedicó a las experiencias de las mujeres con el aborto, incluyendo las perspectivas de los hombres sobre el procedimiento. Aunque esta categoría cubre necesariamente un amplio rango de individuos de diferentes ámbitos socioeconómicos y culturales, casi toda mujer latinoamericana (con excepción de las cubanas) que ha experimentado un aborto inducido ha cometido un “crimen”, hecho que tiene toda la fuerza de su vivencia. Todas las presentaciones tocantes a la perspectiva masculina (tres sobre varones latinoamericanos de Colombia, Cuba y Brasil, y una sobre hombres de India) recomendaban que los prestadores reconocieran

Un conferencista describió la labor que realizó para encontrar una traducción adecuada al español del término en inglés “medical abortion”. Su investigación con grupos focales de personal médico en Honduras, México y Nicaragua reveló que estos profesionales están poco familiarizados con protocolos específicos y por tanto, dieron pocas sugerencias para posibles términos en español. Sin embargo, los términos “ganadores” fueron “aborto medicamentoso” e “interrupción medicamentosa del embarazo.” Los presentadores hablaron también de la seguridad y viabilidad de usar sólo misoprostol para inducir un

La segunda vertiente temática se dedicó a las experiencias de las mujeres con el aborto, incluyendo las perspectivas de los hombres sobre el procedimiento. Aunque esta categoría cubre necesariamente un amplio rango de individuos de diferentes ámbitos socioeconómicos y culturales, casi toda mujer latinoamericana (con excepción de las cubanas) que ha experimentado un aborto inducido ha cometido un “crimen”, hecho que tiene toda la fuerza de su vivencia. Todas las presentaciones tocantes a la perspectiva masculina (tres sobre varones latinoamericanos de Colombia, Cuba y Brasil, y una sobre hombres de India) recomendaban que los prestadores reconocieran

TEMARIO: AVANCES CLINICOS

- Las presentaciones diarias se dividieron en cinco vertientes temáticas:
- Avances clínicos en materia de aborto;
- Experiencias individuales relacionadas al aborto;
- Investigación de ciencias sociales en materia de aborto: conocimientos, actitudes y prevalencia;
- Política pública relacionada con el aborto, y
- Papel del aborto en los servicios de salud reproductiva.

Resumen de

Summary of

Each day’s presentations were divided into five thematic tracks:

- clinical advances in abortion;
- individuals’ experiences with abortion;
- social science research on abortion: knowledge, attitudes and prevalence;
- abortion-related public policy; and
- the role of abortion in reproductive health services.

TRACK A—CLINICAL ADVANCES

This group of presentations focused on advances in clinical care, specifically on the challenge of adapting the newer medical regimens, including the commonly used mifepristone-misoprostol protocol, to the actual situations in many developing countries.

Presenters provided a review of ongoing mifepristone trials in the United States and detailed several evidence-based alternatives to the protocol that is currently approved by the US Food and Drug Administration (FDA). These alternatives provide women with additional health choices without compromising the medical method’s safety or efficacy. They include providing a lower, and therefore less expensive, dose of mifepristone (200 mg instead of 600 mg); offering vaginal administration of a higher dose of misoprostol (800 µg vaginally instead of 400 µg orally); taking misoprostol any time from one to three days after mifepristone; taking misoprostol at home instead of in the clinic; and extending the gestational age limit for the procedure (from 49 days since a woman’s last menstrual period to up to 63 days).

Another presenter described his work to find an appropriate Spanish-language translation for the English term “medical abortion.” His focus-group research with medical personnel in Honduras, Mexico and Nicaragua revealed only limited familiarity with specific protocols and therefore few suggestions for possible terminologies. The “winners,” however, were “aborto medicamentoso” and “interrupción medicamentosa del embarazo.”

Presenters also discussed the safety and feasibility of using misoprostol alone to induce abortion. Current research suggests that such off-label use, despite the lack of a standard protocol or recommended dose, is relatively common among both providers and women. Its unregulated availability on the black market, however, can make such use risky.

Attendees also heard research findings from developing countries outside the region, including those with more liberal abortion laws (and therefore, more research). Research conducted in Mumbai, India, on women’s preferences for pain management during surgical abortion investigated the value of a new visual analog scale (using increasing sizes of circles to symbolize increasing pain). This study found that women had a strong preference for type of pain management (local or general anesthesia) and were usually highly satisfied with their choice.

Finally, the last presenter discussed the prevalence of the use of vacuum aspiration for completion of spontaneous abortion, and the need for promotion of this method throughout the region. The presenter emphasized that widespread knowledge of safe surgical abortion procedures is needed if services are to be available to all women who are legally eligible (i.e., the abortion falls into one of the exceptions allowed by law).

TRACK B—INDIVIDUALS’ EXPERIENCES WITH ABORTION

The second thematic track was devoted to women’s experiences with abortion, and also covered men’s perspectives on abortion. Although this category necessarily covers a broad range of individuals in different socioeconomic and cultural settings, nearly every Latin American woman (Cubans excepted) who has had an induced abortion has committed a “crime”, a fact that colors every facet of her experience. All presentations on men’s perspectives—three on Latin American men (from Colombia, Cuba, and Brazil) and one on Indian men—recommended that providers recognize the many roles that male partners may play in the abortion process—in decisions related to contraception and pregnancy, in post abortion care, and in influencing public opinion and policy reform. Data from a small-scale survey of Colombian men who accompanied their partners to the clinic suggested

that counseling efforts need to counter the widespread association of condom use with promiscuity. Attitudinal data collected from Cuban men revealed that most held a “neutral” attitude toward abortion, lending further support to the common perception that abortion is “a woman’s problem.” A 1994 survey of Brazilian men found that men’s opinions reflect generalized social norms: While more than half (53%) felt that women were “entitled” to end a pregnancy, the proportion of men who approved of abortion rose with some circumstances (for example, to 80–85%, if the pregnancy threatened a woman’s life or resulted from rape or incest) and fell in others (36–37% approved if a woman felt psychologically unfit to be a parent or simply did not want a child at that time).

Four presentations discussed small-scale, qualitative studies devoted to women’s psychosocial responses to terminating an unwanted pregnancy in a climate that punishes them with moral censure and dangerously inadequate medical care. These presentations described in-depth interviews conducted in Chile, Bolivia and Mexico. Two of the presenters expressly discussed how women’s economic situation influences the safety of abortion—that is, the rates of poor women who are treated for complications of clandestine abortion far exceed the rates of middle-class women who can afford to pay for a relatively safe abortion. All four presenters stressed how the illegality itself made an already traumatic event even worse. The fact that the procedure is criminalized increases its financial cost to women and also its emotional cost in feelings of physical and moral vulnerability and being alone.

All the presentations reported that women felt a wide range of conflicting emotions toward their abortion. A response of “relief” was more likely if the woman had made the abortion decision herself, if the abortion had been performed in a safe clinical environment, and if the woman had received adequate emotional support.

Interviews with public hospital clients revealed similar coping strategies. Women tended to deny that they were pregnant, and to claim that they had accidentally miscarried because of heavy lifting or a particularly hard fall. Presenters also emphasized the urgency of

sensitizing and training health personnel, since some providers engage in both punitive and judgmental treatment.

Four papers detailed women’s overall experience with and awareness of clandestine abortion in Latin America. These included reports on qualitative research conducted with indigenous immigrants seeking an abortion in La Paz, Bolivia; with urban women who used general obstetrics and gynecology services in Peru; with women whose pregnancies resulted from rape in Cali, Colombia; and with a large sample of women who obtained an abortion in a private clinic in an unspecified South American country.

The final presentation reported the findings of a descriptive study investigating complication rates following high-quality abortion services, such as manual uterine evacuation for first-trimester abortion. Three percent of women experienced slight complications and 2% experienced severe complications, none of which required hospitalization. In the Peruvian study, illegality also did not *necessarily* erect insurmountable barriers to safe abortion, as almost all women interviewed knew whom to go to access safe services as well as how much the procedure would cost.

Many of the Aymaran women in the Bolivian study expressed feelings of guilt after their abortion, fearing divine retribution from both Catholic and traditional religions in the form of hail storms and failed crops. The majority had induced their abortions at home using herbs. Similarly, the Cali women who had been raped expressed feelings of both guilt and shame no matter how their pregnancy was resolved. These women also voiced strong feelings of relief following the termination of a pregnancy that was so clearly unwanted, having resulted from an act of violence. Of the 121 women interviewed for the Cali study (when abortion was illegal in Colombia, even in cases of rape), 12% used emergency contraception in time to avoid the need for an abortion, 63% successfully terminated their pregnancies, 7% carried the pregnancy to term, but then put the child up for adoption, and 18% decided to carry and keep the child.

mismas habían tomado la decisión de abortar, si el procedimiento se había realizado en un escenario clínico seguro, y si habían recibido apoyo emocional adecuado. Los resultados de entrevistas con usuarias de hospitales públicos revelaron el uso de estrategias similares para manejar el aborto. Se observó en las mujeres una tendencia a negar el embarazo y a sostener que habían tenido un aborto accidental por haber cargado algo pesado o por una caída grave. Los expositores hicieron énfasis también en la urgente necesidad de sensibilizar y capacitar a los proveedores de salud, ya que algunos de ellos incurren en comportamientos punitivos y de crítica. Cuatro de los trabajos presentados detallaron las experiencias y conocimientos de las mujeres con respecto de abortos clandestinos en América Latina. Dichos trabajos incluyeron informes sobre investigación cualitativa realizada con inmigrantes indígenas que solicitaban servicios de aborto en La Paz, Bolivia; con mujeres de áreas urbanas usuarias de servicios generales de gineco-obstetricia en Perú; con mujeres cuyos embarazos eran resultado de una violación en Cali, Colombia, y con una gran muestra de mujeres a las que se les practicó un aborto en una clínica privada de un país sudamericano no especificado. La última presentación dio un informe de los hallazgos de un estudio descriptivo que investigaba las tasas de complicaciones subsiguientes a servicios de aborto de alta calidad, como la aspiración manual endouterina para abortos de primer trimestre. Tres por ciento de las mujeres experimentó complicaciones leves y 2% complicaciones severas, que no requirieron hospitalización. El estudio realizado en Perú reveló que la ilegalidad del aborto no constituyó *necesariamente* una barrera insuperable para que el procedimiento se realizara en condiciones seguras, porque casi todas las mujeres entrevistadas sabían a quién acudir para tener acceso a atención segura y también cuánto podría costar la intervención. Muchas de las mujeres Aymaras del estudio de Bolivia expresaron sentimientos de culpa después del aborto y temían que la retribución divina enseñada por la religión católica y las tradicionales se manifestara en forma de tormentas de granizo y malas cosechas. La mayoría de ellas había inducido su aborto en casa utilizando hierbas. De igual manera, las mujeres de Cali, víctimas de violación, expresaron sentimientos de culpa y vergüenza independientemente de la manera elegida para resolver el embarazo.

puede jugar en el proceso del aborto: en decisiones relacionadas con la anticoncepción y el embarazo, en la atención postaborto y en la influencia que pueden tener en la opinión pública y reforma de políticas. Datos obtenidos de una encuesta a pequeña escala de varones colombianos que acompañaron a sus parejas a la clínica sugieren que las actividades de consejería deben contrarrestar la asociación generalizada del uso del condón con la promiscuidad. Información sobre actitudes recopilada entre hombres cubanos revela que la mayoría tiene una actitud “neutral” hacia el aborto, postura que refuerza la percepción común de que el aborto es “problema de la mujer”. Un estudio realizado entre hombres brasileños en 1994 descubrió que las opiniones masculinas reflejan normas sociales generalizadas: aunque más de la mitad (53%) pensaba que las mujeres “tenían derecho” a interrumpir un embarazo, la proporción de hombres que aprobaba la consecución del aborto se elevaba en la presencia de ciertas circunstancias (por ejemplo, hasta 80%-85% si el embarazo ponía en peligro la vida de la mujer o era resultado de violación o incesto) o caía en presencia de otras (a 36%-37% si la mujer no se sentía apta psicológicamente para ser madre o simplemente si no deseaba tener un hijo en ese momento). En cuatro presentaciones, se expusieron los detalles de estudios cualitativos a pequeña escala que exploraron las respuestas psicosociales de mujeres que interrumpían un embarazo no deseado dentro de un ambiente punitivo de censura moral y de atención médica peligrosamente inadecuada. Los presentadores describieron entrevistas a profundidad realizadas en Chile, Bolivia y México; dos de ellos examinaron expresamente la forma en que la situación económica de las mujeres influye en las condiciones de seguridad bajo las que se realiza el aborto: el porcentaje de mujeres pobres atendidas por complicaciones derivadas de un aborto clandestino supera en mucho el de mujeres de clase media que pueden costear un procedimiento relativamente seguro. Los cuatro expositores recalcaron que la ilegalidad del aborto empeoró todavía más lo que es de por sí un suceso traumático. El hecho que el procedimiento se penalice aumenta no sólo el costo económico que paga la mujer sino el emocional, pues debe enfrentar una sensación de vulnerabilidad física y moral, así como de soledad. Todos los presentadores indicaron que las mujeres experimentaban una complejidad de emociones hacia su aborto y que las probabilidad de percibir una sensación de “alivio” aumentaban cuando las mujeres

Estas mujeres también dijeron sentirse muy aliviadas después de interrumpir un embarazo evidentemente no deseado, que había sido resultado de un acto violento. De las 121 mujeres entrevistadas para el estudio de Cali (cuando el aborto era ilegal en Colombia, aún en casos de violación), 12% utilizó oportunamente anti-concepción de emergencia para evitar recurrir al aborto, 63% interrumpió con éxito su embarazo, 7% debió que el embarazo llegara a término y entregó al bebé en adopción, y 18% decidió no interrumpir el embarazo y conservar al bebé.

Cuatro presentaciones exploraron las experiencias de adolescentes con el aborto. De éstas, tres presentaron datos de adolescentes que habían recibido un aborto o experimentado un aborto espontáneo comparando los datos de adolescentes que no habían interrumpido el embarazo. Una expositora presentó datos recopilados en Ceará, Brasil, y mencionó que se requiere apoyo emocional más sólido para adolescentes que deciden abortar, ya que estas jóvenes necesitaban más tiempo para alcanzar el mismo nivel de autoestima que las adolescentes citadas para solicitar un aborto era tener problemas con los padres (39%), seguida por no sentirse preparada para convertirse en madre (33%). El último expositor también hizo énfasis en datos obtenidos con instrumentos de detección de aspectos psicológicos que señalaban la necesidad de proveer consejería en salud mental, porque tanto las adolescentes que habían experimentado o un aborto espontáneo como las que se habían sometido a un aborto inducido decían sufrir niveles de ansiedad más elevados que las que habían dado a luz; la probabilidad de depresión era más elevada entre las que habían recurrido al aborto.

TEMARIO C: INVESTIGACIÓN DE CIENCIAS SOCIALES EN MATERIA DE ABORTO: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PREVALENCIA

El temario sobre ciencias sociales incluyó presentaciones sobre encuestas de opinión respecto del aborto, frecuencia del mismo y avances metodológicos para la medición de tasas de aborto inducido. Las tendencias generales indican que en vez de apoyar una legislación amplia que autorice la realización de un aborto bajo cualquier circunstancia, la mayoría de la gente está a favor de leyes que contengan ciertas limitaciones. Por ejemplo, tres de los artículos presentados incluyeron los resultados de encuestas de opinión pública realizadas en Argentina y México, cuyos hallazgos comunes relevantes fueron que en esos países el nivel de conocimientos del público sobre las leyes nacionales en materia de aborto era relativamente bajo (por ejemplo, 44% de los mexicanos encuestados pensaban erróneamente que el aborto era ilegal bajo cualquier circunstancia) y que existía un sorprendente consenso respecto de que el aborto debería ser legal en algunos casos. El análisis de una encuesta realizada durante el año 2000 en México, esfuerzo de representatividad nacional sobre conocimientos y actitudes hacia el aborto en ese país, mostró la existencia de grandes diferencias en cuanto a la aprobación de este procedimiento entre residentes de áreas urbanas y rurales, y que una abrumadora mayoría (95%) pensaba que se deberían realizar consultas públicas sobre las leyes relacionadas con el aborto. El análisis multivariado de adolescentes y adultos jóvenes que participaron en esa encuesta reveló que las afiliaciones de los jóvenes a grupos religiosos y partidos políticos no se asociaban con sus opiniones personales respecto del aborto. Dos exposiciones analizaron específicamente el reto que representa la recolección de información confiable respecto de un comportamiento tan sensible y estigmatizado, las más de las veces ilegal. De un grupo de cuatro metodologías (entrevista autoaplicada asistida por computadora (del inglés, ACASI), cuestionario autoadministrado, cuestionario administrado por una entrevistadora y técnica de respuesta aleatoria), un informe buscaba determinar cuál de ellas arrojaría la medición más exacta de la tasa de aborto inducido, con el fin de utilizarla en un futuro estudio nacional de frecuencia del aborto en México. Se encontró que la metodología que consistentemente superaba a las demás era la técnica de respuesta aleatoria. Otro estudio llevado a cabo en Campinas, Brasil, se abocó a examinar de qué manera influye el fraseo de las preguntas en la precisión de las respuestas de los participantes. Se encontró que las mujeres tendían a negar haber tenido un aborto cuando se les preguntaba directamente y que no sabían a ciencia cierta si tomar algún té o medicinas para “que les bajara” constituía un aborto. Otros tres expositores presentaron datos sobre el punto de vista de los profesionales de salud respecto del aborto y de las mujeres que habían optado por dicho procedimiento. Las enfermeras parteras tradicionales del estado de Morelos, México, quienes sostienen resesivamente una perspectiva conservadora de los papeles sociales de la mujer, condenaban enérgicamente a las mujeres que buscaban maneras de interrumpir un embarazo no deseado.

Los artículos presentados incluyeron los resultados de

TEMARIO C: INVESTIGACIÓN DE CIENCIAS SOCIALES EN MATERIA DE ABORTO: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PREVALENCIA

El temario sobre ciencias sociales incluyó presentaciones sobre encuestas de opinión respecto del aborto, frecuencia del mismo y avances metodológicos para la medición de tasas de aborto inducido. Las tendencias generales indican que en vez de apoyar una legislación amplia que autorice la realización de un aborto bajo cualquier circunstancia, la mayoría de la gente está a favor de leyes que contengan ciertas limitaciones. Por ejemplo, tres de los artículos presentados incluyeron los resultados de encuestas de opinión pública realizadas en Argentina y México, cuyos hallazgos comunes relevantes fueron que en esos países el nivel de conocimientos del público sobre las leyes nacionales en materia de aborto era relativamente bajo (por ejemplo, 44% de los mexicanos encuestados pensaban erróneamente que el aborto era ilegal bajo cualquier circunstancia) y que existía un sorprendente consenso respecto de que el aborto debería ser legal en algunos casos. El análisis de una encuesta realizada durante el año 2000 en México, esfuerzo de representatividad nacional sobre conocimientos y actitudes hacia el aborto en ese país, mostró la existencia de grandes diferencias en cuanto a la aprobación de este procedimiento entre residentes de áreas urbanas y rurales, y que una abrumadora mayoría (95%) pensaba que se deberían realizar consultas públicas sobre las leyes relacionadas con el aborto. El análisis multivariado de adolescentes y adultos jóvenes que participaron en esa encuesta reveló que las afiliaciones de los jóvenes a grupos religiosos y partidos políticos no se asociaban con sus opiniones personales respecto del aborto. Dos exposiciones analizaron específicamente el reto que representa la recolección de información confiable respecto de un comportamiento tan sensible y estigmatizado, las más de las veces ilegal. De un grupo de cuatro metodologías (entrevista autoaplicada asistida por computadora (del inglés, ACASI), cuestionario autoadministrado, cuestionario administrado por una entrevistadora y técnica de respuesta aleatoria), un informe buscaba determinar cuál de ellas arrojaría la medición más exacta de la tasa de aborto inducido, con el fin de utilizarla en un futuro estudio nacional de frecuencia del aborto en México. Se encontró que la metodología que consistentemente superaba a las demás era la técnica de respuesta aleatoria. Otro estudio llevado a cabo en Campinas, Brasil, se abocó a examinar de qué manera influye el fraseo de las preguntas en la precisión de las respuestas de los participantes. Se encontró que las mujeres tendían a negar haber tenido un aborto cuando se les preguntaba directamente y que no sabían a ciencia cierta si tomar algún té o medicinas para “que les bajara” constituía un aborto. Otros tres expositores presentaron datos sobre el punto de vista de los profesionales de salud respecto del aborto y de las mujeres que habían optado por dicho procedimiento. Las enfermeras parteras tradicionales del estado de Morelos, México, quienes sostienen resesivamente una perspectiva conservadora de los papeles sociales de la mujer, condenaban enérgicamente a las mujeres que buscaban maneras de interrumpir un embarazo no deseado.

Four presentations investigated adolescents’ experiences with abortion. Of these, three presented data in which adolescents who had either abortions or miscarriages were compared with those who carried their pregnancies to term. One presenter described data collected in Ceará, Brazil; she cited a need for stronger emotional support for adolescents who decide to abort, since these young women took a longer time than their peers who decided to give birth to reach the same level of self-esteem. The final two presentations detailed a case-control study of Chilean adolescents in which the most commonly cited reason for seeking an abortion was problems with parents (39%), followed by feeling unready to become a parent (33%). The last presenter also emphasized data from psychological screening instruments that pointed to the need for mental health counseling, since both adolescents who miscarried and those who aborted reported higher levels of anxiety than those who gave birth, and the likelihood of depression was highest among those who aborted.

TRACK C—SOCIAL SCIENCE RESEARCH ON ABORTION: KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PREVALENCE

The social sciences track included presentations on abortion opinion polls, the frequency of abortion and methodological advances in measuring rates of induced abortion. The general trends indicate that instead of supporting broad legalization of abortion in any circumstance, most people favor legalization with certain limitations. For example, three papers presented results from public opinion research conducted in Argentina and Mexico. Important common findings in these countries included the relatively low level of public knowledge about national abortion laws (for example, 44% of Mexicans mistakenly thought that abortion was illegal in all circumstances) and the surprisingly high level of agreement that abortion should be legal in some circumstances. Analysis of a Mexican survey conducted during 2000, a nationally

representative survey on abortion knowledge and attitudes in that country, showed that large differentials in approval existed by urban or rural residence, and that an overwhelming majority, 95%, thought that the public should be consulted on laws related to abortion. Multivariate analysis of the adolescents and young adults who participated in that survey showed that young people’s religious and political party affiliations were not associated with their opinions on abortion.

Two presentations dealt specifically with the challenges posed by gathering reliable data on a highly sensitive, and often illegal, stigmatized behavior. One report investigated which of four methodologies—face-to-face questionnaire, random-response technique, self-administered questionnaire or audio computer-assisted self-interview (ACASI)—yielded the most accurate measurement of induced abortion (to be utilized in a future national prevalence survey in Mexico). The methodology that consistently outperformed the others was the random-response technique. Another study conducted in Campinas, Brazil, looked at how the wording of questions affects the accuracy of participants’ responses. The researcher reported that women tended to deny having had an abortion when asked directly, and that they were unclear about whether drinking teas or taking medicines to “bring on a period” constituted an abortion.

Three additional presentations reported data on health professionals’ views of abortion and of the women who choose to have one. Traditional nurse midwives in Morelos, Mexico, who espoused staunchly conservative views on women’s societal roles, strongly condemned women who sought ways to terminate unwanted pregnancies. However, the same midwives acknowledged that the (legal) process of “menstrual regulation” avoids such strong moral censure, even though it may overlap somewhat with abortion.

A presentation of survey data from Mexico City medical residents underscored a persistent problem throughout the region: Many physicians who agree that public health facilities have an obligation to provide legal abortions nonetheless refuse to actually perform

Similarly, only half of obstetrics professors and students surveyed in a Peruvian study said they would themselves perform an abortion if the procedure were legalized, although most of the sample believed that all obstetricians should know how to perform, and be authorized to perform, uterine vacuum aspiration to treat incomplete abortion. Finally, a survey of 467 Argentinean obstetrician-gynecologists found that a solid majority (79%) agreed that depenalization would lower maternal mortality, but nearly the same proportion (74%) asserted that women presenting with complications from illegal induced abortions should be reported to the police.

The challenge of accurately assessing the prevalence of this socially and legally restricted procedure has spurred the development of numerous innovative methodologies. One presentation focused on a recent attempt to estimate abortion prevalence in Peru. That study used information from 103 “experts” on the proportion of abortion patients requiring hospitalization to calculate a multiplier for the total annual number of induced abortions. The experts agreed that the widespread use of prostaglandins such as misoprostol (easily obtainable in Peruvian pharmacies) has greatly reduced the frequency and severity of abortion complications. (For example, they cited far fewer cases of infection and uterine perforation caused by women inserting sharp objects into their uterus.) This reduced probability of complications (from 47% of abortions in 1994 to 40% in 2001) means that 14% of abortion patients (instead of 21% in 1994) require hospitalization. The resulting multiplier of seven yields a current prevalence of 350,000 abortions each year in Peru.

Another presentation focused on efforts to develop new measures of abortion that would be more comprehensible and compelling to policymakers and the public than the ones currently being used. A new calculation, which focuses on “lifetime abortion risk,” would estimate how many women in a cohort of 1,000 are likely to have ever had an abortion by age 44. The resulting numbers clearly demonstrate to nonexperts that abortion is a major public health problem rather than an issue that affects only a minority of women.

TRACK D—ABORTION-RELATED PUBLIC POLICY

The fourth thematic track included discussions of national policies toward abortion within Latin America and the Caribbean. In a presentation on the economic costs of abortion on the island nation of Trinidad and Tobago, one researcher extrapolated 1999 complications data from the private sector to estimate that \$5,767,000 USD in public-sector costs would be needed to treat complications of induced abortion. An overview of the abortion legislation in Brazil, the country that accounts for nearly one-quarter of the clandestine abortions in the region, cited incremental progress toward legislative reform in a political environment in which few politicians risk discussing abortion. A pending Brazilian law (endorsed in 1997, but not yet enacted) would require the public health system to provide abortions allowable under Brazilian law.

Another presentation described Cuba’s abortion policies, which are diametrically opposed to the policies of nearly all other countries in the region. Because of the nonrestrictive nature of these laws, the health and social costs of unsafe, illegal abortion for this island nation are much reduced. Cuba’s extraordinarily high rate of legal abortion (roughly 78 per 1,000 women aged 15–44), however, drains the island’s already scarce public health resources. A second presentation reported that—as in many other countries—Cuban couples regulate fertility using both contraceptives and abortion.

More couples report use of both contraception and abortion than exclusive use of contraceptives (61% vs. 37%). The next presentation reported the results of a comparative analysis of abortion laws in Colombia, the Dominican Republic, Cuba and Puerto Rico. Using the unique case of Puerto Rico, where U.S. law applies to a society that faces many of the same cultural barriers as other parts of the region, the presenter demonstrated that legality does not guarantee access to or quality of abortion services. The report revealed widespread social censure that perpetuates a clandestine climate; and, as is the case throughout much of the United States, no

para desarrollar nuevas mediciones del aborto que pudieran ser más inteligibles y persuasivas para los diseñadores de políticas y el público en general que las que se utilizan actualmente. Un nuevo cálculo, basado en el “riesgo de aborto a lo largo de la vida”, daría como resultado el número de mujeres dentro de una cohorte de 1,000 que probablemente hayan tenido un aborto antes de los 44 años de edad. Las cifras obtenidas demuestran claramente a las personas no versadas en el tema que el aborto es un importante problema de salud pública y no un inconveniente que afecta exclusivamente a unas cuantas mujeres.

TEMARIO D: POLÍTICA PÚBLICA RELACIONADA CON EL ABORTO

La cuarta vertiente temática incluyó un examen de las políticas nacionales en materia de aborto, en América Latina y el Caribe. En una presentación sobre los costos económicos del aborto en Trinidad y Tobago, un investigador extrapoló información sobre complicaciones, obtenida en 1999 en el sector privado, y encontró que el sector público requeriría US \$5,767,000 para el tratamiento de complicaciones derivadas del aborto inducido. Una revisión de la legislación sobre aborto en Brasil, país que contribuye con casi un cuarto del total de los abortos clandestinos de la región, reveló avances graduales encaminados hacia la reforma legislativa en un ambiente en que pocos políticos se arriesgan a discutir el aborto. Por otra parte, en ese mismo país, existe una ley (aprobada en 1997 pero no promulgada todavía) que exigiría que el sistema de salud pública ofreciera servicios de aborto de conformidad con las leyes brasileñas. Otro presentador describió las políticas de aborto vigentes en Cuba, que son diametralmente opuestas a las de casi todos los demás países de la región. Por la naturaleza no restrictiva de esas leyes, los costos sociales y de salud del aborto considerablemente. Sin embargo, la muy elevada tasa de abortos legales en Cuba (aproximadamente 78 de cada 1,000 mujeres de 15-44 años de edad) absorbe los ya escasos recursos de salud pública de la isla. Otra presentación informó que en Cuba, como en muchos otros países, las parejas utilizan tanto los anticonceptivos como el aborto para regular la fecundidad. Se encontró que hay más parejas que usan tanto la anticoncepción como el aborto que sólo la anticoncepción (61% vs. 37%). El siguiente expositor presentó los resultados de un análisis comparativo de las leyes sobre aborto en Colombia, República Dominicana, Cuba y Puerto Rico.

Sin embargo, las parteras también reconocían que el proceso (legal) de “regulación menstrual” evita esa censura moral tan estricta, aunque dicha regulación puede tener elementos comunes con el aborto. En otro trabajo, se presentaron datos de una encuesta realizada entre médicos residentes de la ciudad de México que pusieron en evidencia un problema persistente, observado en toda la región: aunque muchos médicos coinciden en que clínicas y hospitales públicos tienen la obligación de proporcionar servicios de aborto legal, se rehúsan a efectuar el procedimiento. De igual manera, sólo la mitad de los docentes y estudiantes de obstetricia encuestados para un estudio realizado en Perú dijeron que llevarían a cabo un aborto si el procedimiento se legalizara, aunque la mayor parte de la muestra creía que todo obstetra debería tener la autorización y los conocimientos para practicar una aspiración manual endouterina como tratamiento de un aborto incompleto. Por último, una encuesta realizada entre 467 gineco-obstetras argentinos reveló que una sólida mayoría (79%) estaba de acuerdo en que la despenalización del aborto reduciría la mortalidad materna, pero casi una misma proporción de ellos (74%) afirmó que las mujeres que se presentan con complicaciones derivadas de un aborto ilegal deberían ser reportadas a la policía.

El reto de evaluar con precisión la frecuencia de este procedimiento, restringido desde el punto de vista social y legal, ha dado lugar al desarrollo de numerosas e innovadoras metodologías. Uno de los trabajos presentados describió un reciente intento de calcular la frecuencia del aborto en Perú. El estudio utilizó información proporcionada por 103 “expertos” acerca de la proporción de clientes de servicios de aborto que requieren hospitalización para calcular un multiplicador que permitiera obtener el número total de abortos inducidos por año. Esos expertos coincidieron en que el amplio uso de prostaglandinas como el misoprostol (que se obtiene fácilmente en farmacias del Perú) ha reducido considerablemente la frecuencia y severidad de complicaciones derivadas del aborto. (Por ejemplo, esos fármacos han reducido significativamente los casos de infección y perforación uterina ocasionados por la inserción de objetos punteados en el útero.) La Cuba, como en muchos otros países, las parejas utilizan tanto los anticonceptivos como el aborto para regular la fecundidad. Se encontró que hay más parejas que usan tanto la anticoncepción como el aborto que sólo la anticoncepción (61% vs. 37%). El siguiente expositor presentó los resultados de un análisis comparativo de las leyes sobre aborto en Colombia, República Dominicana, Cuba y Puerto Rico.

A partir del caso único que representa Puerto Rico, donde leyes estadounidenses se aplican a una sociedad que enfrenta muchas de las mismas barreras culturales que otros países de la región, el expositor demostró que la legalidad no garantiza el acceso ni la calidad de los servicios de aborto. El informe reveló que existe una generalizada censura social que perpetúa el clima de clandestinidad que rodea al procedimiento y, como es el caso de gran parte de los Estados Unidos, no se cuenta con servicios de aborto subsidiados con fondos públicos. Finalmente, tres presentaciones exploraron nuevas tecnologías, todavía en evolución, de diagnóstico prenatal que podrían influir en las leyes y políticas de aborto en la región. Una de ellas examinó las que en ocasiones son sorprendentes posturas de geneticistas y jueces involucrados en el problema, que aparentemente apueban el aborto en algunos casos de anomalía fetal severa. Según los resultados de una encuesta realizada entre 69 geneticistas mexicanos, 93% apoya la reciente iniciativa de ley para la despenalización del aborto en casos de anomalías fetales severas, en la ciudad de México. Una pequeña encuesta llevada a cabo en Sao Paulo, Brasil, encontró que 69% de las parejas cuyo examen prenatal reveló la presencia de defectos graves optaron por interrumpir el embarazo, decisión que no se vio afectada por su nivel socioeconómico. Por último, entre los 219 casos en los que parejas de Sao Paulo solicitaron consentimiento judicial para abortar un feto con afecciones graves, el 28% de los casos, el aborto fue denegado.

TEMARIO E—SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA Y ABORTO

La última vertiente temática tratada en la conferencia se abocó a examinar el importante vínculo que existe entre los servicios de salud reproductiva y el aborto, es decir, en la manera en que servicios de anticoncepción y planificación familiar de alta calidad pueden evitar que las mujeres se vean en la necesidad de someterse a un aborto. Las presentaciones sobre este tema exploraron también el significado de una “buena” atención postaborto, dentro del contexto del aborto clandestino, a menudo incompleto. Un estudio en el que participaron casi 3,000 mujeres en Santiago de Chile utilizó un instrumento sencillo de nueve variables con el cual se logró identificar a mujeres con alto riesgo de aborto, que posteriormente se sometieron a una intervención de planificación familiar intensiva, centrada

en la comunidad. Dicha intervención redujo significativamente la tasa de abortos (en un 83%) entre mujeres de bajos ingresos y alto riesgo, en un país en el que el procedimiento se considera ilegal bajo cualquier circunstancia. Otros cuatro trabajos se centraron en el campo de la atención postaborto que cada día adquiere mayor importancia. A pesar de su carácter ilegal, millones de mujeres todavía se practican un aborto, que por las restricciones legales que lo rodean produce frecuentemente complicaciones que demandan atención inmediata. Tres de esas presentaciones se basaron en datos de encuestas, como fue el caso de un estudio transversal de pacientes y proveedores realizado en un hospital de Managua, Nicaragua; una encuesta llevada a cabo entre 323 mujeres peruanas para evaluar la sustentabilidad de una intervención de atención postaborto en un hospital de Lima, Perú, y una encuesta de proveedores en Perú, Bolivia y Ecuador. La cuarta exposición presentó un panorama general de las lecciones aprendidas de los servicios postaborto existentes en escenarios en vías de desarrollo. Estas cuatro exposiciones hicieron énfasis en que la capacitación de los profesionales de salud es una forma de proveer una atención postaborto más integral y de reducir la necesidad subsiguiente de recurrir al aborto. De esta manera, el “paquete” mejorado de prestación de servicios de salud combinaría atención del aborto completo y servicios de planificación familiar, al integrar, por ejemplo, el procedimiento de aspiración manual endouterina (AMBU) a los servicios normales de gineco-obstetricia. La recomendación final de estos trabajos fue que no era necesario utilizar salas de operación ni anestesia general para la mayoría de las pacientes postaborto, por lo que estos servicios se pueden implementar con éxito en áreas rurales, donde más se les necesita.

Finally, three presentations considered new and evolving prenatal diagnostic technologies that might affect abortion law and policy in the region. One presentation investigated the sometimes surprising views of geneticists and judges involved in the issue, who appear to grant approval for abortion in some cases of severe fetal abnormality. According to results of a survey of 69 Mexican geneticists, 93% supported the recent Mexico City legislative initiative to depenalize abortion in cases of severe fetal abnormalities. In a small survey in São Paulo, Brazil, 69% of couples whose prenatal exam revealed severe deformity opted for termination, a decision that was unaffected by socioeconomic status. Lastly, among 219 cases in which São Paulo couples applied for judicial consent to abort a gravely affected fetus, the original opinion allowing the abortion was denied in over one-quarter (28%) of cases.

TRACK E—REPRODUCTIVE HEALTH SERVICES AND ABORTION

The final track focused on the all-important link between reproductive health services and abortion—that is, how high-quality contraceptive and family planning services can prevent women from needing an abortion in the first place. The presentations in this track also investigated the meaning of “good” postabortion care in the context of clandestine, often incomplete abortion. A study involving nearly 3,000 women conducted in Santiago, Chile, used a simple instrument of nine variables to successfully identify individuals at high risk of abortion, who were then targeted to receive an intensive, community-centered, family planning intervention. The full intervention significantly lowered the abortion rate (by as much as 83%) among low-income, high-risk women in a country where the procedure is now illegal under all circumstances.

Four other papers were devoted to the increasingly important field of postabortion care. Despite abortion’s illegal status, millions of women still obtain the procedure, which, because of the legal restrictions, often results in complications that require immediate care. Three of these presentations were from surveys,

including a cross-sectional survey of patients and providers at a Managua, Nicaragua, hospital; a survey of 323 Peruvian women that assessed the sustainability of a postabortion care intervention in a Lima, Peru hospital; and a survey of providers in Peru, Bolivia and Ecuador. The fourth presentation provided an overview of lessons learned from existing postabortion services throughout the developing world.

All four presentations emphasized training of health professionals as a way of providing more comprehensive postabortion care and of reducing the need for subsequent abortion. The revised health delivery “package” would combine incomplete abortion services with family planning services, for example, by integrating manual vacuum aspiration (MVA) into regular obstetrics and gynecology services. A final recommendation included the suggestion that neither operating rooms nor general anesthesia are necessary for most postabortion care, so services can be successfully set up in rural areas where the need may be greater.

Disseminating Research

A central focus throughout the meeting was the role that rigorous research plays in informing the policy process and public discussion related to unwanted pregnancy and abortion. High-quality research can be a powerful tool to ensure that laws and policies in place or under consideration are fair, objective and evidence-based.

Yet, to be influential, research findings must also be effectively synthesized, disseminated and defended. The third day of the meeting, therefore, was devoted exclusively to hands-on training in dissemination of research findings, media relations and public education. Guest faculty focused presentations on:

- shaping public opinion in the debate about abortion,
- presenting and defending research findings in the media-case studies from Colombia and Mexico,
- communicating with the media,
- creating and implementing a communications plan and
- advocacy strategies.

Two presentations began the day-long workshop on communication and application of research findings. A Costa Rican journalist focused on sexual and reproductive health issues in the media in the first presentation. She described the difficulties facing editors and journalists in the Latin American region, and the challenges and opportunities that tackling these controversial topics can present. However, she also stressed that these issues are highly newsworthy, that media coverage can be very influential and that it is worth the effort to work with journalists to ensure accurate coverage.

The second presentation, by an international reproductive rights advocate and expert in communications, focused on practical ways to confront challenges and opportunities and the benefits from doing so. She emphasized the importance of preparing for all presentations and media interviews by determining the main point or research finding to convey and making sure that it is communicated with conviction at least once. She also made clear that no matter how experienced a researcher or advocate is, presentations and media interviews are by their nature very stressful and are made more so by the controversial nature of the issues surrounding unwanted pregnancy and

abortion. Nonetheless, there is great satisfaction from conveying essential knowledge to key audiences and from airing differences of opinion.

In the second session of the day, presenters from Colombia and Mexico led a discussion of their own experiences with communicating research findings and the associated advantages, pitfalls and lessons learned.

The day concluded with hands-on training workshops devoted to developing and implementing research-centered communication strategies. These specifically covered how to interact with a potentially unfriendly media, and how to defend and promote accurate information related to sensitive issues such as unintended pregnancy and abortion.

Throughout the highly interactive sessions, participants emphasized the value of sharing research findings with opinion leaders, media organizations, policymakers and wider audiences. Researchers and presenters acknowledged that being clear and realistic in setting goals, being sensitive to political and cultural realities, and knowing and relating research findings to priority interests and to the concerns of potential audiences are critical for good communication. Experts emphasized tips, such as concentrating on a few key points and repeating them in a variety of formats and networks. Finally, presenters stressed that it is critical to present the methodological approaches behind research findings, to anticipate questions and develop appropriate answers, and to infuse presentations with an understanding of the relationship between research, the actual lives of women, men and children, and communities.

El foco central de la conferencia fue el papel que juega la investigación rigurosa en la provisión de información para el diseño de políticas y la discusión pública del embarazo no deseado y del aborto. La investigación de alta calidad puede ser una poderosa herramienta para garantizar que leyes y políticas vigentes o bajo consideración sean justas, objetivas y estén basadas en evidencia. Con todo, para que los hallazgos de investigación sean un factor de influencia se deben sintetizar, diseminar y defender con efectividad. Por lo tanto, el tercer día de la reunión se dedicó exclusivamente a la capacitación y la comunicación de hallazgos de investigación, así como sus ventajas, riesgos y lecciones aprendidas. El día concluyó con talleres de capacitación práctica, dirigidos al desarrollo e implantación de estrategias de comunicación centradas en la investigación. Dichos talleres cubrieron específicamente formas de interactuar con un medio de comunicación que puede ser hostil y cómo defender y promover información precisa relacionada con temas sensibles como son el embarazo no deseado y el aborto. A lo largo de sesiones caracterizadas por una gran interactividad, los participantes destacaron el valor de compartir hallazgos de investigación con líderes de opinión, organizaciones de medios, diseñadores de políticas y públicos más amplios. Investigadores y presentadores reconocieron que establecer metas claras y realistas, mostrar sensibilidad hacia realidades políticas y culturales, y enterarse y relacionar hallazgos de investigación con intereses prioritarios e inquietudes de públicos potenciales son factores críticos de una buena comunicación. Los expertos hicieron varias recomendaciones, entre ellas concentrarse en unos cuantos puntos clave y repetirlos, utilizarlos para ello en formatos y redes. Por último, recalcaron la importancia crítica de presentar los enfoques metodológicos subyacentes a los resultados de investigación, anticiparse a las preguntas y preparar respuestas adecuadas, e infundir a las presentaciones conocimientos sobre la relación que existe entre la labor de investigación, la vida real de mujeres, hombres y niños, y las comunidades.

La segunda presentación, que estuvo a cargo de una defensora de derechos reproductivos a escala internacional que a la vez es experta en comunicación, se centró en formas prácticas para enfrentar retos y oportunidades, y los beneficios que ello conlleva. Subrayó la importancia de prepararse para toda presentación y entrevistista con los medios y que para

La segunda presentación, que estuvo a cargo de una defensora de derechos reproductivos a escala internacional que a la vez es experta en comunicación, se centró en formas prácticas para enfrentar retos y oportunidades, y los beneficios que ello conlleva. Subrayó la importancia de prepararse para toda presentación y entrevistista con los medios y que para

La segunda presentación, que estuvo a cargo de una defensora de derechos reproductivos a escala internacional que a la vez es experta en comunicación, se centró en formas prácticas para enfrentar retos y oportunidades, y los beneficios que ello conlleva. Subrayó la importancia de prepararse para toda presentación y entrevistista con los medios y que para

Diseminación de Resultados de

se encuentran disponibles para todos los segmentos que se le considera legal, esas tecnologías no solicitan este procedimiento en los contextos en una opción menos costosa y más segura para las mujeres. Aunque los nuevos métodos de aborto sean promisorios, pero distan de ser la respuesta total.

Las nuevas tecnologías de aborto son promisorias, pero distan de ser la respuesta total. Aunque los nuevos métodos de aborto sean promisorios, pero distan de ser la respuesta total. Aunque los nuevos métodos de aborto sean promisorios, pero distan de ser la respuesta total.

Las nuevas tecnologías de aborto son promisorias, pero distan de ser la respuesta total. Aunque los nuevos métodos de aborto sean promisorios, pero distan de ser la respuesta total. Aunque los nuevos métodos de aborto sean promisorios, pero distan de ser la respuesta total.

Las nuevas tecnologías de aborto son promisorias, pero distan de ser la respuesta total. Aunque los nuevos métodos de aborto sean promisorios, pero distan de ser la respuesta total. Aunque los nuevos métodos de aborto sean promisorios, pero distan de ser la respuesta total.

medios de comunicación y al público en general paso vital. Educar a los profesionales de salud, los de aborto ya contemplados por la ley es tan solo un Exigir que los hospitales públicos ofrezcan los servicios adecuada puede en sí contribuir a la reforma legal. proporcionar de conformidad con la ley y su provisión **mayor universalidad**. Los servicios se deberían dentro de la ley podría mejorar el acceso a servicios **Entender mejor que se considera permisible** sustanciales que se podrían evitar.

El acceso inadecuado es un factor que agrava la severidad de las consecuencias económicas y de salud del aborto. El acceso limitado a servicios de aborto seguro llevan a la mujer a tomar decisiones que pueden ir en detrimento de su propia salud y la de su familia. Aun en los lugares en que existen servicios de aborto, las más de las veces su provisión se realiza en condiciones inseguras, costosas y con poca consideración por el bienestar de la mujer. Además, depender de forma excesiva en los servicios de aborto para regular la fertilidad conlleva graves consecuencias económicas y de salud: se siguen registrando muertes y lesiones innecesarias y los gobiernos continúan incurriendo en costos económicos y de salud pública.

El acceso inadecuado es un factor que agrava la severidad de las consecuencias económicas y de salud del aborto. El acceso limitado a servicios de aborto seguro llevan a la mujer a tomar decisiones que pueden ir en detrimento de su propia salud y la de su familia. Aun en los lugares en que existen servicios de aborto, las más de las veces su provisión se realiza en condiciones inseguras, costosas y con poca consideración por el bienestar de la mujer. Además, depender de forma excesiva en los servicios de aborto para regular la fertilidad conlleva graves consecuencias económicas y de salud: se siguen registrando muertes y lesiones innecesarias y los gobiernos continúan incurriendo en costos económicos y de salud pública.

El acceso inadecuado es un factor que agrava la severidad de las consecuencias económicas y de salud del aborto. El acceso limitado a servicios de aborto seguro llevan a la mujer a tomar decisiones que pueden ir en detrimento de su propia salud y la de su familia. Aun en los lugares en que existen servicios de aborto, las más de las veces su provisión se realiza en condiciones inseguras, costosas y con poca consideración por el bienestar de la mujer. Además, depender de forma excesiva en los servicios de aborto para regular la fertilidad conlleva graves consecuencias económicas y de salud: se siguen registrando muertes y lesiones innecesarias y los gobiernos continúan incurriendo en costos económicos y de salud pública.

Se discutieron varios temas en los tres días de la

Conclusiones

Overall

Several themes permeated the three-day meeting:

Punishing women who have abortions, or the health providers who perform the procedure, will not decrease the incidence of abortion. Punitive measures are viewed by many opponents of abortion as a solution, yet they only push poor women into an even more desperate situation. Moreover, criminalization encourages an underground economy that removes important safety regulations and imposes costs.

Inadequate access to high-quality, comprehensive family planning services propels the epidemic of clandestine abortion. Women who are unable to effectively plan their pregnancies or negotiate contraceptive use will continue to experience unintended and unwanted pregnancies. Fulfilling the documented unmet need for contraception in the region is the first step toward reducing the numbers of women who resort to unsafe abortion.

Inadequate access is a driving force in the severity of the economic and health consequences of abortion. Restricted access to safe abortion services lead women to make choices that may be detrimental to their own health and to the health of their families. Where services do exist, they are often unsafe, costly and provided with little regard for women's well-being and undue reliance on abortion services has severe economic and health consequences. Unnecessary deaths and injuries continue to occur, and governments continue to incur substantial, and avoidable, public health and economic costs.

Greater understanding of what is legally permissible could improve access to safe services and could lead to more universal and comprehensive legal reform. Services should be provided as legally permitted, and adequate provision of such services may itself contribute to legal reform. Requiring public hospital systems to provide abortions that are already legal is just one vital step. Educating health professionals, the media, and the general public about which indications for abortion are currently allowable is another. Finally, giving researchers, health professionals and policymakers opportunities to share information and experiences with peers in other countries may increase chances of legal reform.

Training of health professionals must include discussion of the humane treatment of

women faced with an unwanted pregnancy. The complexity of the social and economic motivators behind the decision to terminate an unwanted pregnancy requires sensitivity and compassion from health care providers. Postabortion counseling and management of complications further necessitates the professional, nonjudgmental involvement of providers. Health professionals are on the front line of treating abortion complications, and they have an ethical obligation to provide emergency medical care to women who need it and to work to protect women's health and well-being. Moreover, health professionals are important spokespeople in the ethical and philosophical debates that surround abortion, and their support for easing restrictions on abortion can garner similar support in other sectors of society.

Recognizing the different roles that women and men play in abortion is critical. Denying women the right to abortion services is a tangible demonstration of gender inequity in access to and provision of health care. Men are not only often supportive of their partners' abortion decision, but are also increasingly supportive of women's right to abortion in general. Public education and advocacy strategies should thus include both female and male perspectives.

New abortion technologies may hold promise, but are not the complete answer. While newer medical methods of abortion may be a cheaper and safer option for women seeking an abortion where the procedure is illegal, these technologies are not readily available to all segments of society and do not eliminate the need for legal reform. However, existing laws may be out-of-step with new abortion technologies and may present opportunities for new discussion of the rights of women to legal abortions. Researchers and advocates need to be on top of the fast-breaking advances in other related technologies as well—including prenatal diagnostic and assisted reproduction techniques—since they might create new dilemmas and opportunities in the wider abortion debate.

- **Psychological sequelae of abortion are not well understood.** Although the conference presentations demonstrated a high level of interest in the psychological effects of abortion in both adolescents and women in the general population, the selectivity of the samples available for analysis leads to only limited knowledge about women’s feelings about unwanted pregnancy, their anxiety with clandestine or unsafe procedures and the intersection of abortion with other life events.

- **Good quality research cannot guarantee change, but is invaluable in calling attention to the magnitude of the problem.** Research is vital to make the connections between family planning, reduction of unintended pregnancy and abortion, to show that safe abortion care is possible even where the procedure is illegal, to document this “hidden” issue and to focus a call to action. By continuing to conduct rigorous and sound analyses of the consequences of clandestine abortion, researchers can help construct the foundations of evidence-based advocacy and reform.

To address the consequences of unwanted pregnancy and abortion will require that women, couples, communities and countries commit to both pregnancy prevention and to dealing sensitively and sensibly with the problems surrounding unwanted pregnancy. Given the desperation of many women and couples facing an unwanted pregnancy and the high levels of abortion and abortion complications that pervade Latin America and the Caribbean, it is imperative that societies invest wisely in sex education, contraceptive services, public education campaigns and treatment of post abortion complications. Moreover, in countries where laws and policies permit legal abortion, health care should include needed services and the use of the safest and most effective technologies for pregnancy termination. The Cuernavaca conference pointed to many avenues for progress, and it is now time to take the next steps made clear by the research and the participants. Often isolated and marginalized, researchers focusing on unwanted pregnancy and abortion had the unique opportunity in November 2001 to learn from and combine forces with peers as they shared their findings and expertise.

It is our hope that the meeting has served as a starting point—to stimulate new ideas and collaborations, to begin to address the problems of unwanted pregnancy and abortion more openly and to gain the attention and resources that these problems and women throughout the region and around the world deserve.

Population Council
One Dag Hammarskjold Plaza
New York, New York 10017

The Alan Guttmacher Institute
120 Wall Street
New York, NY 10005

Population Council
One Dag Hammarskjold Plaza
New York, New York 10017

The Alan Guttmacher Institute
120 Wall Street
New York, NY 10005



mujeres y parejas que enfrentan un embarazo no deseado y los altos niveles de aborto y complicaciones derivadas de este que prevalecen en América Latina y el Caribe, es imperativo que las sociedades de la región inviertan sabiamente en educación sexual, servicios de anticoncepción, campañas de educación pública y tratamiento de complicaciones postaborto. Más aún, en países donde las leyes y políticas permitan el aborto legal, la atención a la salud debería incluir los servicios requeridos y el uso de las tecnologías más seguras y efectivas para la interrupción del embarazo. La conferencia de Cuernavaca señaló muchas vías para el avance en este tema y se deben dar ya los siguientes pasos que la investigación y los participantes delinearon claramente. Con frecuencia aislados y marginados, los investigadores que trabajan en el embarazo no deseado y el aborto tuvieron en noviembre de 2001 una oportunidad sin igual para aprender de sus colegas y unir fuerzas al compartir sus hallazgos y conocimientos. Esperamos que esta reunión haya servido de punto de partida para estimular la creación de nuevas ideas y oportunidades de colaboración, para empezar a abordar los problemas del embarazo no deseado y del aborto de manera más abierta, y obtener la atención y recursos que merecen estos problemas, así como las mujeres de la región y el mundo.

encuentran disponibles para todos los segmentos sociales y tampoco eliminan la necesidad de una reforma legal. Sin embargo, las leyes existentes pueden no estar en sincronía con las nuevas tecnologías y ello puede crear oportunidades para nuevos debates sobre el derecho de la mujer a un aborto legal. Por otro lado, investigadores y defensores necesitan estar al tanto también de los rápidos avances de otras tecnologías, entre ellas el diagnóstico prenatal y las técnicas asistidas de reproducción, ya que podrían crear nuevos dilemas y oportunidades en el amplio debate del aborto.

- **Las secuelas psicológicas del aborto no se comprenden plenamente.** Aunque las presentaciones de la conferencia fueron testimonio del gran interés que se tiene en los efectos psicológicos del aborto tanto en adolescentes como en mujeres adultas, la selectividad de las muestras disponibles para análisis arroja únicamente conocimientos limitados sobre los sentimientos de las mujeres acerca de un embarazo no deseado, sobre su ansiedad hacia procedimientos clandestinos o inseguros y la intersección del aborto con otros acontecimientos de su vida.
- **La investigación de buena calidad no puede garantizar el cambio, pero su contribución para dirigir la atención hacia la magnitud del problema es invaluable.** La investigación es vital para establecer vínculos entre la planificación familiar, la reducción del embarazo no deseado y el aborto, para mostrar que los servicios de aborto seguro son viables aún en contextos donde el procedimiento es ilegal, para documentar este problema “oculto” y para dirigir un llamado a la acción. Al efectuar análisis rigurosos y sólidos de las consecuencias del aborto clandestino, los investigadores pueden ayudar a construir los fundamentos de esfuerzos de promoción y defensa basados en evidencia y de una reforma legal.

Abordar las consecuencias del embarazo no deseado y del aborto exigirá que mujeres, parejas, comunidades y países se comprometan tanto a la prevención de embarazos no deseados como a hacer frente de manera sensible e inteligente a los problemas que conlleva ese tipo de embarazo. Dada la desesperación de muchas

List of

Heathe McNaughton
IPAS

Heather Blank
FPIA

Janie Benson
IPAS

Jeffrey Michael Smith
Johns Hopkins University
Bayview Medical Center

Jennifer Blum
Population Council, New York

Jennifer Sticker
University of Vermont
Department of Sociology

Judith Wingerd
University of Wyoming/Anthropology

Karin Lockwood
Population Council/Harvard School
of Public Health

Laura Katzive
Center for Reproductive Law and Policy
CRLP

Lilia Cárdenas
Universidad de California, San Francisco

Lisa Remez
The Alan Guttmacher Institute

Lorenzo Martinez
International Planned Parenthood
Federation/Western Hemisphere

Michelle Cryer
Media and Development Strategies

Neena Philip
Population Council
New York

Patricia E. Bailey
Family Health International

Pearl Friedberg
IPAS

Ricardo Solomon
Clínica Bienvenidos

Sarah Jane Holcombe
The Packard Foundation

Stanley Henshaw
The Alan Guttmacher Institute

Stephanie Suzanne
FPIA

Stephen Fielding
University of Rochester
Highland Hospital

Susheela Singh
The Alan Guttmacher Institute

Tomas Frejka
International Consultant

Virginia Chambers
IPAS

Yvette Delph
Queen Elizabeth Hospital

Argentina

Maria Alicia Gutiérrez
Centro de Estudios de Estado y Sociedad /CEDES

Mariana Romero
Centro de Estudios de Estado y Sociedad /CEDES

Martha Ronsenberg
Foro por los Derechos Reproductivos

Bolivia

Ivana Calle
Católicas por el Derecho a Decidir, A.C.

Juan Rocha Solís
WINAY/FPPA

Maria Elena Gisbert
Taller de estudios sociales
Population Council, Bolivia

Mery Quiton Prado
Taller de estudios sociales
Population Council, Bolivia

Teresa Lanza Monje
Católicas por el Derecho a Decidir, A.C.

Brasil

Adriana Scavuzzi
Instituto Materno Infantil de Pernambuco

Elizabeth Saar de Freitas
Centro Feminista de Estudios e Assessoria
CFEMEA

Graciana Alves Duarte
Cemicamp/Cidade Universitaria Zeferino
Vas s/numero Endereco

Leila Adesse
IPAS/Brasil

Marcos Valentin Frigerio
Instituto de Medicina Fetal
e Genetica Humana

Maria Graciela González de Morell
Universidad Federal de Sao Paulo/UNIFESP

Maria Isabel Baltar da Rocha
Nucleo de Estudos de Populacao
Universidad de Estadual de Campinas

Rebeca De Souza e Silva
Universidad Federal de Sao Paulo

Walter Fonseca
Federal University of Ceara
Department of Public Health

Wilza Villela
Instituto de Saude

Chile

Electra González Araya
Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo
Integral del Adolescente /CEMERA

Gloria Salazar Rosas
Instituto Chileno de Medicina Reproductiva

Lidia Casas Becerra
Centro de Investigaciones Jurídicas
Facultad de Derecho/Universidad Diego Portales

Ramiro Molina Cartes
Facultad de Medicina
Universidad de Chile/CEMERA

Verónica Díaz Ramos
Católicas por el Derecho a Decidir, A.C.

Colombia

Bertha Ortiz
Fundación Servicios Integrales para la Mujer
SI MUJER

Cristina Villarreal Velásquez
Fundación Unidad de Orientación
y Asistencia Materna /ORIENTAME

Elena Prada
Consultora Independiente

Helena Acosta Madiedo de Hart
Fundación Unidad de Orientación
y Asistencia Materna /ORIENTAME

Judith Botero
Grupo Gemas

Margoth Mora Téllez
Fundación Unidad de Orientación
y Asistencia Materna /ORIENTAME

Rocío Castro Sánchez
Fundación Educación para la Salud
Reproductiva /ESAR

Costa Rica

Anna Arroba
AMES

Cuba

Caridad García Álvarez
Instituto Nacional de Endocrinología

Carlos Ortiz Lee
Hospital Ginecobstétrico Docente
CLODOMIRA ACOSTA

Luisa Álvarez Vázquez
Centro de Colaboración en Investigación
de Reproducción Humana

Guatemala

Bárbara Schieber
Asociación Guatemalteca
de Mujeres Médicas

Rosa Marina Escobar Rodas
Asociación de Mujeres en Solidaridad

Guyana

Leslie Ramsammy
Ministerio de Salud Guyana

México

Abigail Norris Turner
Population Council/México

Adelaida Martínez Chapa
Population Council/México

Adriana Ortiz-Ortega
El Colegio de México

Adriana de Lasse
Instituto Nacional de Salud Pública

Alessandra Carnevale
Instituto Nacional de Pediatría
Dirección de Investigación

Alicia Gorab
Dirección General
de Servicios Médicos/UNAM

Alma Yamina López Najera
Católicas por el Derecho a Decidir, A.C.

Ana Amuchástegui
Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco
Depto. De Educación y Comunicación

Ana Cortés
GIRE

South Africa

Zanele Hlatshwayo
Women's Health Project,
School of Public Health

Switzerland

Iqbal Shah
World Health Organization/Department
of Reproductive and Research

United Kingdom

Peter E. Hall
Reproductive Health Alliance Europe

USA

Alessandra Casanova Guedes
International Planned Parenthood Federation

Angeles Cabria
Pacific Institute for Women Healthy

Anne Burke
Johns Hopkins University
Bayview Medical Center

Anne Foster-Rosales
Universidad de California, San Francisco

Axel Mundigo
Center for Health and Social Policy

Batya Elul
Population Council, New York

Beth Fredrick
The Alan Guttmacher Institute

Beverly Winikoff
Population Council, New York

Bonnie Shepard
Francois Xavier Bagnoud Centre for
Health and Human Rights
Harvard School of Public Health

Caitlin Shannon
Population Council, New York

Catherine Maternowska
University of California
Department of Ob/Gyn and Reproductive
Sciences

Corey Cortez
Wyoming Hall Council

Cynthia Harper
Department of Ob/Gyn San Francisco
General Hospital/USCF

Cynthia Steele
International Women's Health Coalition

Charlotte Hord
IPAS

Christopher Bross
IPAS

Daniel A. Grossman
St. Luke's Women's Center

Dee Redwine
FPIA/PPFA

Denise Raquel Dunning
The Packard Foundation

Diane Catotti
IPAS

Elmar Vinh-Thomas
David & Lucile Packard Foundation

Emily Godfrey
University of Rochester, School of Medicine,
Reproductive Health Program

Eric Schaff
University of Rochester, School of Medicine,
Reproductive Health Program

Frederick Nunes
The World Bank

Susana Campos de Riestra
Consejo de ONG DF

Susana Lerner
El Colegio de México

Tess Aldrich
Population Council, México

Tomasa Reina Delgado
Hospital General de la SSA
Huajuapán de León

Verónica Cruz Sánchez
Centro Las Libres de Información
en Salud Sexual Región Centro, A.C.

Yadhira Flores
Hospital General Fernando Quíroz
ISSSTE

Zoila Osorio Velasco
Hospital General de Huajuapán de León
SS de Oaxaca

Nicaragua

Ivania Flores
Servicios Integrales para la Mujer
SI MUJER

Ligia Altamirano
Sociedad Nicaragüense de Ginecología
y Obstetricia

Tomasita Medina Cajina
Maestría Salud Sexual y Reproductiva
UNAN Managua

Wilder Cárdenas Manzanares
Maestría Salud Reproductiva
UNAN Managua

Pakistán

Zeba Sathar
Population Council/Pakistán

Perú

Delicia Ferrando
Pathfinder International

Enrique Loayza Céspedes
COMS

Hilda Baca
Universidad de San Martín
de Porres de Lima
Facultad de Obstetricia

Jesús Palma Pareja
Profamilia

Manuel Castañeda
Asociación Familia Sana

Reinhard Plaza
Profamilia

Rosa Castañeda Gamarra
Asociación Familia Sana

Rosa Jeri Pérez
COMS

Víctor Huapaya
IPAS

Puerto Rico

Alice Colón
Centro de Investigaciones Sociales
Universidad de Puerto Rico

República Dominicana

Jenny García Salazar
Colectiva Mujer y Salud

Pilar Llamas
Colectiva Mujer y Salud

Angela Heimbürger
Population Council, México/Independent

Anjarath Lorena Higuera Iglesias
Secretaría de Salud del DF

Beatriz Acuña Peralta
Hospital Regional General Ignacio Zaragoza
ISSSTE

Belinda Calvillo Salas
Marie Stopes México, A.C.

Bernardo Hernández
Instituto Nacional de Salud Pública /INSP

Bertha Santiago
Universidad Mexicana de Estudios a Distancia

Blanca Lilia Roldán Munguía
Centro de Atención al Maltrato
Intrafamiliar y Sexual /CAMIS
PGJ Estado de México

Carlos Meneses Campos
Hospital A. López Mateos/ISSSTE

Cecilia Torres Castro
Hospital General La Villa

Celia Ramos
IPAS

Claudia Moreno
IPAS

Charlotte Ellertson
Population Council, México

Dafna Feinholz-Klip
Secretaría de Salud: Programa Mujer y Salud

Dauida Becker
Population Council, México

Deborah Billings
IPAS

Deyanira González
Departamento de Atención a la Salud
Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco

Diana Lara
Population Council, México

Dionisio Parra Roldán
Hospital General Ignacio Zaragoza/ISSSTE

Dulce Ma. Vargas
Centro Las Libres de Información en Salud
Sexual /Región Centro, A.C.

Eduardo Barraza
GIRE

Eduardo del Valle Prieto
Hospital General La Villa

Elvia Caballero Vega
Centro de Apoyo a la Mujer/APPO BUSAS

Esperanza Delgado
Explora, A.C.

Esther Chávez Cano
Católicas por el Derecho a Decidir, A.C.

Felipe Pérez Zainos
Hospital General/Dr. Aurelio Valdivieso

Francisco Ortiz Canseco
Hospital Regional General Ignacio Zaragoza
ISSSTE

Gabriela Frago
Marie Stopes México, A.C.

Gloria Martínez Flores
Hospital Lic. A. López Mateos/ISSSTE

Guadalupe Chapela y Mendoza
ISDESU

Guillermina Herrera
Population Council, México

Guillermina Mejía Soto
Fundación Mexicana para la Planeación
Familiar/MEXFAM

Gustavo Quiroz
IPAS

Héctor Manuel Domínguez Velasco
Hospital General Fernando Quiroz
ISSSTE

Henry Espinoza
Population Council, México

Honorio Galván Espinoza
Servicios de Salud del Estado de Oaxaca
Hospital Manuel Velasco Suárez

Isauro G. González Pico Aguilar
Hospital Universitario
UANL

Ivonne Velasco
CIDHAL, A.C.

Jesús Almanza Escobedo
Servicios de Salud de Nuevo León
Hospital General Montemorelos

Jesús Gabriel Guzmán Rodríguez
Hospital General
Dr. Manuel Velasco Suárez

Joaquín López Barcena
Dirección General de Servicios Médicos
UNAM

Joaquina Erviti Erice
CRIM-UNAM

José David Ortiz Mariscal
IPAS

José Luis Palma
Investigación en Salud y Demografía, S.C.
INSAD

José Perales Dávila
Hospital General /Virginia Ayala de Garza
Sabinas

Juan Sánchez Vázquez
Servicios de Salud de Nuevo León
Hospital Dr. Arroyo

Julia Blanco Muñoz
Instituto Nacional de Salud Pública/INSP

Julieta Marisela Valencia Sandoval
Hospital General/Dr. Aurelio Valdivieso

Karla Paniagua
GIRE, A.C.

Leticia Suárez López
INSP

Lourdes Ramírez González
Hospital Lic. Adolfo López Mateos
ISSSTE

Lucia Rayas
IPAS

Luis Alcázar Álvarez
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos

Luis Carlos Martínez Garza
Hospital General/Virginia Ayala de Garza
Sabinas

Luis Jiménez Uscanga
GIRE

Maria Consuelo Meña
Católicas por el Derecho a Decidir, A.C.

María de Jesús Vergara Umana
O.P.D. Salud de Tlaxcala

María de Jesús Zamora Nino
Hospital Montemorelos /SSNL

María de los Ángeles González Ramírez
Programa de Estudios de Género

María de los Ángeles Salas Galindo
Hospital General La Villa

María del Pilar Sánchez
Católicas por el Derecho a Decidir, A.C.

María del Rocío Zepeda Rocha
Centro de Atención al Maltrato
Intrafamiliar y Sexual/CAMIS
PGJ Estado de México

María Enriqueta Dávalos Duarte
Centro de Atención al Maltrato
Intrafamiliar y Sexual/CAMIS
PGJ Chimalhuacán

Maria Eugenia Romero
Foro Nacional de Mujeres
y Políticas de Población

María Georgina Rivas Bocanegra
Marie Stopes México, A.C.

Martha Juárez
Grupo de Información en Reproducción
Elegida/GIRE

Martha Sánchez
Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas

Mercedes Ballesté Gálvez
Salud Integral para la Mujer/SIPAM

Miriam Moreno Ojeda
Centro Mujeres, A.C.

Nadine Gasman
IPAS

Nancy Castellón Fuentes
Procuraduría General de Justicia
Edo De México/CAMIA

Nellys Palomo
KINAL ANSETIK

Noemí Ehrenfeld Lenkiewicz
Universidad Autónoma Metropolitana

Norma Ubali Garcete
Grupo de Información en
Reproducción Elegida/GIRE

Patricia López Hernández
Red por la Salud de las Mujeres del D.F.

Patricia Rodríguez Nino
Hospital Universitario

Patricio Sanhueza Smith
Hospital General La Villa

Perla Marina Castillo Torres
CIDHAL, A.C.

Raffaella Schiavon
Population Council México

Ramón Ledesma Celis
Centro de Atención al Maltrato
Intrafamiliar y Sexual/CAMIS

Raquel Settels
CIDHAL, A.C.

Rodolfo Campos G.
Secretaría de Salud/Planificación Familiar

Rogello Rea Castaneda
Dirección General de Servicios Médicos
UNAM

Rosario Taracena
GIRE, A.C.

Rubén Lisker
Instituto Nacional de Nutrición
SALVADOR ZUBIRAN

Rubén Ramírez
IPAS

Sandra Peniche
SHSSR, A.C.

Sharon Bissell
Fundación MacArthur

Silvia García
GIRE, A.C.