



**INTERNATIONAL WOMEN'S  
HEALTH COALITION**

**333 SEVENTH AVENUE  
6TH FLOOR  
NEW YORK, NY 10001**

**WWW.IWHC.ORG**

**T +1.212.979.8500  
F +1.212.979.9009**

## **PROMOVIENDO EL ACCESO DE LAS MUJERES AL ABORTO SEGURO: HERRAMIENTAS PARA ACTIVISTAS**

Se estima que 20 millones de abortos inseguros—cuatro de cada diez abortos a nivel mundial—son realizados anualmente por proveedores no cualificados o por las propias mujeres.<sup>1</sup> (La Organización Mundial de la Salud -OMS- define el aborto inseguro como “un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos”,<sup>1</sup> ya sea que resulte o no en complicaciones.) El 98 por ciento de estos abortos inseguros ocurre en países en desarrollo que tienen leyes sumamente restrictivas.

El aborto es permitido legalmente por una amplitud de razones o sin restricciones en cuanto a la razón para realizarlo en casi todas las naciones desarrolladas y también en algunos países del mundo en desarrollo tales como Camboya, China, Cuba, Guyana, India, Mongolia, Sudáfrica, Túnez, Turquía y Vietnam.<sup>2,3</sup> Recientemente se han logrado reformas importantes en Colombia, Etiopía, México (Distrito Federal) y Nepal.<sup>2</sup> La experiencia, sin embargo, ha mostrado que estas leyes liberalizadas no pueden darse por seguras. Las fuerzas que se oponen al derecho a decidir están muy bien organizadas casi en todas partes y las activistas deben estar atentas para prevenir que retrocesos como los ocurridos recientemente en El Salvador, Nicaragua e Indonesia sucedan en otros lugares.

Este cuadernillo de la Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres (IWHC) resalta cuatro mensajes sobre el aborto seguro y presenta una selección de “herramientas” de promoción y defensa—recursos con información, evidencias e ideas para acciones estratégicas, a los cuales puede accederse en línea. Activistas de todos los ámbitos—comunidades locales, las esferas estatal y nacional, así como foros internacionales—deben convencer a formuladores de políticas y proveedores de cuidados de salud de que asegurar el acceso de cada mujer a servicios seguros para prevenir e interrumpir embarazos no deseados es una prioridad urgente de salud pública y un derecho humano fundamental.<sup>4</sup>

### **1) EL ACCESO AL ABORTO SEGURO ES UN DERECHO DE LAS MUJERES**

Las convenciones y los acuerdos internacionales afirman que los derechos humanos de las mujeres incluyen:

- el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, así como a disponer de la información y los medios para ello;<sup>5</sup>

- el derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto a esas cuestiones, sin verse sujetas a coerción, discriminación ni violencia;<sup>6</sup> y
- el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. Lograr, para el año 2015, el acceso universal a [la atención de] la salud reproductiva es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM, Meta 5.B) de las Naciones Unidas.

Los acuerdos alcanzados en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995 exhortan a los gobiernos a:<sup>7</sup>

- ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas;
- proporcionar servicios seguros en los casos en que el aborto no es contrario a la ley; y
- asegurar, en todos los casos, un tratamiento de calidad y humanizado de las complicaciones derivadas de abortos.

En el examen de cinco años de la aplicación del Programa de Acción de la CIPD en 1999, la Asamblea General de las Naciones Unidas acordó que los gobiernos, en aquellos casos en que el aborto no es contrario a la ley, también deben:

- capacitar y equipar a quienes prestan servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas y sea accesible, así como adoptar medidas adicionales para salvaguardar la salud de la mujer.<sup>8</sup>

Dado que el aborto es legal bajo algunas circunstancias en casi todos los países, quienes defienden los derechos y la salud de las mujeres pueden, como mínimo, exigir cuentas a sus gobiernos documentando y publicitando los acuerdos, convenciones o tratados internacionales pertinentes que sus gobiernos han firmado o ratificado.<sup>9,10</sup> Activistas en países con leyes más liberales pueden trabajar para garantizar que los servicios sean accesibles y seguros, sobre todo para mujeres desfavorecidas debido a su lugar de residencia, su ingreso u otros factores.<sup>9</sup> En todos los casos, la meta final debería ser despenalizar por completo el aborto y asegurar que haya servicios seguros, legales y asequibles para todas las mujeres sin discriminación alguna, como es su derecho.

## **2) LAS LEYES RESTRICTIVAS NO REDUCEN EL NÚMERO DE ABORTOS Y TIENEN NEGATIVAS CONSECUENCIAS SANITARIAS, SOCIALES Y ECONÓMICAS**

Las evidencias muestran que las leyes restrictivas no reducen el número total de abortos sino, por el contrario, los llevan a la clandestinidad, donde no están regulados y son inseguros. Aunque las tasas totales del aborto varían relativamente poco en las diversas regiones del mundo a pesar de que cada región tiene regulaciones legales muy diferentes, las tasas de aborto *inseguro* varían drásticamente según la situación legal.<sup>2</sup> Por ejemplo:

- En América Central y del Sur, el aborto está altamente restringido por la ley casi en todas partes. Se estima que en Centroamérica ocurren anualmente 25 abortos por cada mil mujeres en edad

reproductiva y en Sudamérica la cifra es de 33 por cada mil mujeres.<sup>2</sup> Prácticamente todos los abortos que ocurren en estas regiones son ilegales e inseguros según la definición de la OMS.<sup>1a</sup>

- En África Occidental, donde el aborto también está muy restringido (como ocurre en casi todas partes del África subsahariana), se calcula que 28 abortos por cada mil mujeres en edad reproductiva son realizados al año, prácticamente todos ellos inseguros. Aunque la misma tasa de abortos (28 por cada mil mujeres) se observa en Asia Oriental, las leyes sobre el aborto en esta región son liberales (por ejemplo, en China y Japón) y casi todos los abortos se llevan a cabo de manera segura.<sup>2</sup>
- Las tasas de aborto son más bajas en Europa Occidental, del Norte y del Sur y en Norteamérica, pese a que la ley permite la interrupción del embarazo por motivos muy amplios o por demanda. Prácticamente todos los abortos en estas regiones se clasifican como seguros.<sup>2</sup>

Las consecuencias del aborto inseguro para la salud de mujeres adultas y adolescentes son graves.

- Se estima que el 40 por ciento de las mujeres que tienen abortos inseguros o intentan interrumpir su embarazo en condiciones riesgosas sufren complicaciones que requieren tratamiento médico, pero más de un tercio de las mujeres con complicaciones no reciben la atención médica que necesitan.<sup>2</sup>
- La distancia hacia un centro de salud, los elevados costos y el temor a un tratamiento deficiente por parte del personal de salud o a ser reportadas a las autoridades legales son razones principales por las cuales las mujeres que necesitan atención post-aborto no la reciben.
- Las complicaciones por abortos inseguros ocasionan 67,000 muertes cada año—una de cada ocho muertes maternas a nivel mundial. Además de esta impresionante pérdida de vida, el aborto inseguro causa lesiones perdurables y debilitantes a otros millares de mujeres.<sup>1</sup>

Las leyes restrictivas no sólo impiden que las mujeres ejerzan su derecho a servicios seguros, sino además carecen de igualdad y tienen resultados altamente discriminatorios.

- Las mujeres de escasos recursos, las adolescentes y aquéllas que están social o geográficamente marginadas tienen más probabilidades de recurrir a los servicios de proveedores no cualificados o usar métodos riesgosos para inducir por sí mismas la interrupción de embarazos no deseados.<sup>2</sup>
- En Guatemala, México, Pakistán y Uganda, las mujeres de escasos recursos tenían hasta un 75 por ciento más de probabilidades que las no pobres de sufrir complicaciones derivadas del aborto que requerían tratamiento, pero sus probabilidades de recibir atención médica eran menores que las de mujeres con más recursos.<sup>2</sup>

Los elevados costos económicos para las mujeres y sus familias pueden ser desastrosos. Algunas mujeres pagan dos veces: primero por un procedimiento clandestino (ilegal) y luego de nuevo si necesitan atención post-aborto de emergencia. Los proveedores médicos cualificados típicamente cobran más, pero los riesgos de que las mujeres sufran complicaciones son menores; por otro lado, aunque los proveedores no cualificados cobran menos, los riesgos de que surjan complicaciones son mayores.

- En Guatemala, médicos privados cobran en promedio de \$128 a \$1,026 por un procedimiento clandestino y las comadronas cobran entre \$38 y \$128;<sup>16</sup> en Pakistán, el pago promedio a un médico es de \$50 a \$104 y a una enfermera comadrona entre \$18 y \$26.<sup>2</sup> Las mujeres de escasos recursos no pueden pagar estas sumas.
- Los costos hospitalarios por atención de complicaciones derivadas del aborto también son altos, si bien la mayor parte de esta carga suele recaer en el sistema de salud pública. Aun así, las mujeres

tratadas por complicaciones del aborto en hospitales de Nigeria pagan en promedio \$95 del total de los costos hospitalarios (\$132) por honorarios, suministros y medicamentos.<sup>2</sup>

Los sistemas de salud en naciones del mundo en desarrollo que tienen leyes restrictivas absorben los altos costos de proporcionar atención post-aborto de emergencia.

- Los países del África subsahariana y de América Latina gastan \$280 millones anuales en tratamiento de emergencia del aborto inseguro (y aún más, según algunas estimaciones).<sup>14</sup>
- En Uganda, una ley de aborto sumamente restrictiva combinada con el uso de técnicas convencionales (dilatación y evacuación) para cada emergencia post-aborto en hospitales le cuesta al gobierno en promedio \$45 (y mucho más cuando las complicaciones son graves). La aspiración manual endouterina (AMEU) por demanda, realizada en un hospital y de manera legal, costaría alrededor de \$8.<sup>15</sup>
- En Bangladés, el costo promedio que al gobierno le representa proporcionar AMEU en un hospital es de \$9, comparado con \$21 para tratar un aborto incompleto y \$101 en caso de complicaciones graves. A nivel nacional, la provisión de AMEU para “regulación del ciclo menstrual” (un procedimiento legal pero no accesible a todas las mujeres) le ahorra al gobierno aproximadamente \$1.2 millones por año.<sup>15</sup>

Estos y otros estudios demuestran que la interrupción temprana del embarazo con AMEU o medicamentos realizada en clínicas de salud por personal de nivel medio es un procedimiento seguro, eficaz y de bajo costo.<sup>5,6,13,14,15</sup> Despenalizar el aborto y hacer que los servicios seguros sean accesibles en todo el sistema de salud eliminaría en gran medida la necesidad asociada al aborto de proveer instalaciones hospitalarias, especialistas médicos, suministros para emergencias (por ejemplo, transfusiones de sangre) y una costosa atención a largo plazo.

### **3) DEBEN ELIMINARSE LAS POLÍTICAS Y PRÁCTICAS QUE OBSTACULIZAN EL ACCESO AL ABORTO SEGURO EN LUGARES DONDE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO ES LEGAL**

Muchas políticas y prácticas impiden el acceso de las mujeres a servicios seguros a los cuales tienen derecho en virtud de leyes promulgadas, ya sea que éstas sean restrictivas, moderadas o liberales. Las activistas en cada nivel pueden identificar esos obstáculos y trabajar para eliminarlos. Estas barreras incluyen:<sup>2,10,11</sup>

- interpretaciones estrechas de las actuales leyes, tales como definiciones estrictamente médicas respecto a la preservación de la vida de la mujer o de su salud física o mental;<sup>20,21</sup>
- requisitos administrativos innecesarios para clientas y proveedores; por ejemplo: prueba de que las víctimas de violación acusaron formalmente ante la ley a los perpetradores; periodos mínimos de espera; límites cortos a la gestación; aprobaciones por dos o tres especialistas médicos; consentimiento parental para las adolescentes; requisitos excesivos de licencias para centros o proveedores de aborto, además de otros obstáculos;
- escasez de proveedores cualificados, en general o en áreas geográficas particulares, combinada con la negativa de proveedores cualificados o incluso de todo un centro de salud a realizar abortos bajo cualquier circunstancia, aun por razones que la ley permite;
- poca o ninguna capacitación para médicos generales y gineco-obstetras en facultades e Medicina, enfermeras-comadronas y otro personal de salud sobre los métodos de aborto y el tratamiento de abortos incompletos y otras complicaciones;

- altos costos que impiden a muchas mujeres tener acceso a los servicios legales a que tienen derecho y para los cuales necesitan atención subsidiada de bajo costo o sin costo alguno;
- calidad deficiente de la atención del aborto, incluyendo el uso de técnicas médicas obsoletas tales como dilatación y evacuación, y el trato perjudicado a las clientas por parte del personal de salud; y
- limitaciones o prohibiciones a la importación, manufactura, venta y/o uso de medicamentos y suministros tales como equipos de AMEU o los fármacos mifepristona y misoprostol que son necesarios para la interrupción segura del embarazo y el manejo del aborto incompleto.

Se necesitan acciones para identificar y eliminar cada uno de estos obstáculos, a fin de asegurar que todas las mujeres elegibles para servicios de aborto seguro según las leyes y regulaciones actuales puedan acceder a éstos.<sup>2,4,10,11</sup> Una útil herramienta de valoración para activistas es la serie de cuestionarios diseñados por la Federación Internacional de Planificación de la Familia, con los cuales se recaba información sobre los detalles de las leyes nacionales y sus interpretaciones legales e implementación en la práctica (por ejemplo, motivos de salud, violación, incesto, deformación fetal); obstáculos de procedimiento que impiden el acceso a los servicios; la disponibilidad y el costo de servicios tanto legales como clandestinos; el ambiente político y otros asuntos.<sup>11</sup>

#### **4) EN LUGARES DONDE SE HAN PROMULGADO LEYES RESTRICTIVAS, SE DEBEN APOYAR ALTERNATIVAS SEGURAS AL ABORTO LEGAL EN RECONOCIMIENTO DEL DERECHO DE TODAS LAS MUJERES A TOMAR DECISIONES LIBRES Y RESPONSABLES SOBRE SUS CUERPOS Y SUS VIDAS**

Mientras continúe habiendo restricciones legales y otros obstáculos, las mujeres deben tener acceso a fuentes alternativas de información y servicios para no verse obligadas a recurrir a métodos riesgosos y/o ineficaces de aborto auto-inducido o a matasanos, ni a pagar sumas exorbitantes a proveedores cualificados si es que llegan a encontrar uno. Las activistas pueden emprender en sus países iniciativas tales como las siguientes y, de ser necesario, pedir asistencia a colegas de otros lugares que han estado trabajando en estas áreas:

- compilar listas confidenciales de proveedores de aborto cualificados que estén anuentes a brindar servicios a las mujeres necesitadas por un precio razonable, y a quienes se pueda referir a clientas con seguridad;
- crear un fondo especial a fin de subsidiar transporte y servicios para mujeres de escasos recursos;
- organizar clínicas de salud comunitarias para mujeres (y apoyar las ya establecidas) que les ofrezcan una gama de servicios médicos y asesoramiento en materia de salud sexual y reproductiva, incluyendo el tratamiento de regulación del ciclo menstrual con AMEU o medicamentos;
- adquirir medicamentos y equipos de aspiración al vacío para estos propósitos y capacitar en estas habilidades a personal de salud de nivel medio (o enviarle a otro lugar donde reciba la capacitación);<sup>21,22</sup>
- informarles a las mujeres cómo ellas mismas pueden inducirse el aborto con seguridad usando el régimen combinado de mifepristona y misoprostol, o misoprostol solo, y dónde obtener estos productos;<sup>23,24,25</sup> y
- apoyar y defender a proveedores de aborto escrupulosos y/o clientas que han sido acusadas de realizarse un aborto penalizado, como también seleccionar casos convincentes para abogar por cambios en la ley.

Las activistas pueden iniciar proyectos de investigación por sí mismas; recolectar datos de fuentes locales, estatales o nacionales y de las propias mujeres; dar a conocer las evidencias disponibles a través de los medios de comunicación y mediante presentaciones a organizaciones de mujeres, asociaciones profesionales y representantes políticos/as, entre otros grupos; asimismo, organizar coaliciones de personas individuales y grupos para trabajar por la reforma de leyes, políticas y prácticas relacionadas con el aborto.

## **HERRAMIENTAS EN LÍNEA PARA PROMOCIÓN Y DEFENSA: (LAS REFERENCIAS 2, 5 Y 11 SON RECURSOS ESENCIALES)**

1. Organización Mundial de la Salud. 2007. *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003* [Aborto inseguro: Cálculos mundiales y regionales de la incidencia del aborto inseguro y su asociación con la mortalidad materna en 2003], 5ª edición. Ginebra: OMS (43 páginas), [http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications\\_Unsafe\\_Abortion.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_Unsafe_Abortion.pdf). Ver también: Ipas, “El aborto inseguro aún ocurre con demasiada frecuencia”, 29 de octubre de 2007, [http://www.ipas.org/Library/News/News\\_Items/El\\_aborto\\_inseguro\\_aun\\_ocurre\\_con\\_demasiada\\_frecuencia.aspx](http://www.ipas.org/Library/News/News_Items/El_aborto_inseguro_aun_ocurre_con_demasiada_frecuencia.aspx).  
1ª La definición del aborto inseguro se encuentra en español en: OMS. 2003. *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*. Ginebra: OMS, pág. 12, [http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf). Ver también la nota 6 al pie de la página 15 en: OMS. 2004. *Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo*, adoptada por la 57ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2004 (WHO/RHR/04.8). Ginebra: OMS, [http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO\\_RHR\\_04.8\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_RHR_04.8_spa.pdf).
2. Susheela Singh et ál. 2009. *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress* [El aborto a nivel mundial: Una década de progreso desigual]. Nueva York: Guttmacher Institute (64 páginas), <http://www.guttmacher.org/pubs/AWWfullreport.pdf>. Ver también, en español, la hoja informativa que acompaña a este informe: *Datos sobre el aborto y el embarazo no planeado en América Latina y el Caribe* (4 páginas), [http://www.guttmacher.org/pubs/IB\\_AWW-Latin-America-ES.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/IB_AWW-Latin-America-ES.pdf).
3. Centro de Derechos Reproductivos. 2008. “The World’s Abortion Laws” [“Leyes sobre el aborto en el mundo”]. Nueva York: Center for Reproductive Rights (2 páginas), <http://reproductiverights.org/en/document/world-abortion-laws-2008-fact-sheet>.
4. Marie Stopes International. 2007. *For Women’s Lives and Health: Report of the Global Safe Abortion Conference, Whose Right? Whose Choice? Who Cares?* [Por las vidas y la salud de las mujeres: Informe de la Conferencia Global sobre el Aborto Seguro – ¿El derecho de quién? ¿La decisión de quién? ¿A quién le importa?], 23 y 24 de octubre de 2007, Londres, Inglaterra (48 páginas), [http://www.ipas.org/Publications/asset\\_upload\\_file876\\_4310.pdf](http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file876_4310.pdf) (incluye un Llamado Global a la Acción).
5. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 1994, párrafo 7.3, <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>.
6. Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 1995, párrafo 96, <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/index.html>.

7. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 1994, párrafo 8.25, <http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/1973>.
8. Informe del Comité Especial Plenario del vigésimo segundo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, incluyendo las medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (A/S-21/5/Add.1). Nueva York, 1999, párrafo 63 i-iii, <http://www.un.org/popin/unpopcom/32ndsess/gass/215a1sp.pdf>.
9. Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres (IWHC). 2008. “El acceso al aborto seguro es un derecho humano”. Nueva York: IWHC (3 páginas), [http://www.iwhc.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3192&Itemid=753](http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3192&Itemid=753).
10. Organización Mundial de la Salud. 2003. *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*. Ginebra: OMS (110 páginas), [http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf).
11. Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). 2008. *Access to safe abortion: A tool for assessing legal and other obstacles* [Acceso al aborto seguro: Una herramienta para evaluar obstáculos legales y de otra índole]. Londres: IPPF (92 páginas), <http://www.ippf.org/en/Resources/Guides-toolkits/Access+to+safe+abortion.htm> (disponible en árabe, francés e inglés).
12. Ipas. 2009. *Fulfilling commitments under the ICPD Programme of Action and the Millennium Development Goals: Advancing women’s access to safe abortion* [Cumplimiento de los compromisos en virtud del Programa de Acción de la CIPD y los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Promoviendo el acceso de las mujeres al aborto seguro]. Chapel Hill, NC: Ipas (4 páginas), [http://www.ipas.org/Publications/Fulfilling\\_commitments\\_under\\_the\\_ICPD\\_Programme\\_of\\_Action\\_the\\_Millennium\\_Development\\_Goals.aspx](http://www.ipas.org/Publications/Fulfilling_commitments_under_the_ICPD_Programme_of_Action_the_Millennium_Development_Goals.aspx).
13. Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres (IWHC). 1999. “Five-year review of the International Conference on Population and Development, New York, 1999” [“Examen de cinco años de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Nueva York, 1999”], [http://www.iwhc.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3367&Itemid=548](http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3367&Itemid=548). Ver también: Françoise Girard. 1999. “Cairo + Cinco: Examen del progreso alcanzado por las mujeres cinco años después de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo”. *Journal of Women’s Health and Law*, Vol. I, No. 1, noviembre de 1999. Toronto / Vancouver: Butterworths (15 páginas), [http://www.iwhc.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3189&Itemid=753](http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3189&Itemid=753).
14. Michael Vlassoff *et ál.* 2010. “Estimaciones de los costos de abortos inseguros para los sistemas de atención sanitaria en África y América Latina”. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, Número especial de 2010. Nueva York: Guttmacher Institute, <http://www.guttmacher.com/journals/toc/ipsrh360Stoc.html>.
15. Heidi Bart Johnston, Maria F. Gallo y Janie Benson. 2007. “Reducing abortion costs to health systems” [“Reduciendo los costos del aborto para los sistemas de salud”], *id21 health focus*. Brighton, Reino Unido: Institute of Development Studies, pág. 4 (4 páginas), <http://www.guttmacher.org/pubs/id21.pdf>. Ver más sobre el método de regulación del ciclo menstrual en: Agnès Guillaume y Susana Lerner. 2007. “De los métodos tradicionales a los métodos medicalizados” (párrafo final del portal), en *El aborto en América Latina y el Caribe: Una revisión de la literatura de los años 1990 a 2005*. París / México: CEPED y Population Council, [http://www.ceped.org/cdrom/avortement\\_ameriquelatine\\_2007/es/chapitre6/page1.html](http://www.ceped.org/cdrom/avortement_ameriquelatine_2007/es/chapitre6/page1.html).

16. Sandra Sáenz de Tejada, Elena Prada y Gonzalo Ball. 2006. *Morbilidad por aborto en Guatemala: Una visión de la comunidad*. Informe Ocasional No. 27. Nueva York: Guttmacher Institute, pág. 46 (56 páginas), [http://www.guttmacher.org/pubs/2006/11/09/or\\_27.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/2006/11/09/or_27.pdf).
17. Panel Asesor Médico Internacional (IMAP). 2006. IMAP Statement on Safe Abortion [Declaración del IMAP sobre el aborto seguro]. Londres: Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) (7 páginas), <http://www.ippf.org/en/Resources/Medical/IMAP+Statement+May+2006.htm>.
18. Gynuity Health Projects. 2009. *Prestación de servicios de aborto con medicamentos en contextos de bajos recursos: Guía introductoria*, 2ª edición. Nueva York: Gynuity Health Projects (76 páginas), <http://gynuity.org/resources/info/medical-abortion-guidebook/> (la guía está disponible en varios idiomas, en formato PDF, al final de la columna derecha del portal, donde se puede descargar la versión en español).
19. Organización Mundial de la Salud. 2008. “Mid-level health-care providers are a safe alternative to doctors for first-trimester abortions in developing countries” [“Proveedores de cuidados de salud de nivel medio son una alternativa a médicos para abortos durante el primer trimestre en países en desarrollo”] (WHO/RHR/HRP/08.15). Ginebra: OMS (2 páginas), [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/rhr\\_hrp\\_08\\_15/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/rhr_hrp_08_15/en/index.html).
20. Federación Internacional de Planificación de la Familia / Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO). 2009. *Aborto Legal: Regulaciones sanitarias comparadas – Un análisis en América Latina y algunos países de Europa y África*. Nueva York: IPPF/RHO (204 páginas), <http://www.ippfwhr.org/es/node/375>.
21. Ana Cristina González Vélez y Juanita Durán. 2008. *Causal salud: Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos*. Bogotá, Colombia: La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, Alianza Nacional por el Derecho a Decidir y Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) (286 páginas), [http://www.causalsalud.org/?pagina=descargue\\_el\\_libro](http://www.causalsalud.org/?pagina=descargue_el_libro).
22. Ipas, Capacitación (oportunidades de capacitación para proveedores de aborto), <http://www.ipas.org/Spanish/Topics/Capacitacion.aspx>.
23. WomanCare Global (distribuidor de equipos de aspiración manual endouterina y otros productos), <http://www.womancareglobal.com>.
24. Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI). “El uso del misoprostol” (5 páginas), [http://www.clacai.org/index.php?option=com\\_rokdownloads&view=file&Itemid=14&id=97:folletou\\_sodelmisoprostol](http://www.clacai.org/index.php?option=com_rokdownloads&view=file&Itemid=14&id=97:folletou_sodelmisoprostol).
25. Misoprostol en obstetricia y ginecología (sitio en inglés, con recomendaciones de dosis también en ruso), <http://www.misoprostol.org>.
26. Women on Web (las mujeres que viven en países con leyes restrictivas del aborto pueden comprar el régimen combinado de mifepristona y misoprostol en este sitio, que está disponible en árabe, español, francés, holandés, inglés, polaco y portugués), <http://www.womenonweb.org/index.php?lang=es>.

Traducción del inglés: Laura E. Asturias