

Este trabajo fue coordinado por el Centro de Derechos de Mujeres. Se obtuvo el apoyo de algunas organizaciones del Colectivo de Mujeres contra la Violencia en la recolección de la información. Las organizaciones colaboradoras fueron CESADEH, CIPRODEH, ADP y CEM – H. También apoyaron la recolección de información una cooperante del DED en Colón y cuatro personas que trabajan en las Regiones 4 y 5 de la Secretaría de Salud.

En el CDM se realizó el procesamiento y el análisis de la información con la colaboración de una cooperante del DED. Agradecemos su colaboración a las colaboradoras para el levantamiento de la información en las ciudades fuera de Tegucigalpa.

La impresión de este boletín fue apoyado del DED e HIVOS

¿CÓMO CONJUGAR EL VERBO ABORTAR?

Cuando las compañeras de la Unidad de Análisis y Comunicación del CDM me pidieron hacer una breves reflexión para la presentación de la investigación sobre la opinión de gineco-obstetras respecto al aborto, lo primero que se me vino a la cabeza fue la pregunta ¿Qué dato o idea nueva puedo yo tener sobre este tema, cuando hablaré frente a personas que pueden tener mucha más información y mejor manejo sobre el mismo que lo que yo tengo?

Y siguiendo con esta reflexión, talvez lo novedoso o realmente original podría ser proponer que cada una de nosotras, recalco nosotras y no nosotros, tratara de conjugar el verbo abortar, tanto en el pasado, presente y en el futuro y acercarnos así, aunque es difícil hacer la abstracción, a esta problemática. Trataré de hacer el ejercicio desde la primera persona: yo aborté, yo aborto, yo abortaré. Suena tan fácil pero al leerlo, al verbalizarlo la piel se me eriza y soy sujeta de emociones fuertes, contradictorias, confusas.

Y me hago preguntas como las siguientes: ¿quiénes abortan?, ¿qué es el aborto en la vida de las mujeres?, ¿quiénes son las víctimas y quiénes los culpables? si podemos hablar de víctimas y culpables, en este tema, que es tabú en sociedades como la hondureña, en la cual los y las que se creen con derechos y con la verdad absoluta sobre el tema son generalmente hombres, célibes, personas con recursos suficientes para asumir, por lo menos desde el plano económico, cualquier responsabilidad en relación a la crianza de hijos/as, personas que tienen recursos para enfrentarse o por lo menos para salir mejor libradas de problemáticas tan dañinas como la violencia por razones de género. Y una última pregunta me surge ¿desde qué sitio o desde cuál mirada se puede impulsar un debate sobre el aborto?

Y tratando de responderme a las preguntas anteriores, expreso:

–¿Quiénes abortan? Desde una dimensión biológica obviamente los hombres no abortan. Si los hombres pudieran abortar biológicamente, seguro que el aborto no sería un delito, no sería perseguido por las Iglesias, sería algo así como sacarse una muela. Abortan las mujeres o mejor dicho, abortamos las mujeres. El aborto está ligado a la vida de las mujeres; hay narraciones o datos sobre abortos en cualquier época histórica, entre cualquier pueblo; el aborto ha estado siempre presente, legal o ilegalmente a lo largo de la historia de la humanidad. Simone de Beauvoir expresa en *El Segundo Sexo* (1948) que “el aborto es un fenómeno tan extendido que debe considerarse como uno de los riesgos inherentes a la condición femenina”.

Pero también son abortivas sociedades como la nuestra cuando le niegan a miles de seres, de todas las edades, pero especialmente y dramáticamente a los/as pobres y excluidos/as, la posibilidad de acceder a una vida digna, y los tiran a las calles, y les niegan educación, salud, trabajo, amor, dignidad, entre otras exclusiones.

—¿Cómo y qué es el aborto en la vida de las mujeres? Esta interrogante, tiene infinidad de respuestas, y depende de las condiciones de vida de cada mujer, del contexto social, económico y político en el que viva. No es lo mismo abortar en países europeos, en los Estados Unidos y en los cuales el aborto puede estar legalizado o despenalizado que abortar en un país como Honduras donde el aborto, en todas sus formas es ilegal. Y tampoco es lo mismo abortar desde una posición económica de clase alta o media que desde una mujer pobre, campesina, analfabeta, de escasos recursos en general, para la cual el concepto de derechos sexuales y derechos reproductivos no le dice nada, es una frase hueca desde su propia experiencia de vida.

Cada aborto es una historia, con múltiples sentimientos, variados dolores y razones. Sin embargo, aún con todas las diferencias, las historias de las mujeres se asemejan, confluyen, encuentran puntos de intersección, se unen y se entrelazan en la solidaridad, en la comprensión, en el autoreconocimiento. Algunas abortan por razones económicas y conocen, saben, de sus grandes limitaciones para traer una nueva vida a este mundo tan excluyente, otras porque no encuentran el apoyo necesario especialmente de la otra parte responsable de la gestación y resulta demasiado abrumador y emocional y psicológicamente difícil enfrentarse a este nuevo estado en su vida, su vida es una historia sucesiva de violencia y asumir un nuevo ser es otra violencia más. Otras lo hacen porque jamás lo desearon y de una forma u otra reconocen su derecho a decidir sobre su cuerpo.

En una historia de aborto podemos encontrar todas las razones rápidamente enunciadas en líneas arriba o nuevas razones, que nunca nos las habíamos imaginado, pero cada historia tiene sus razones y para la mujer que lo vive esas razones son válidas y le dan sentido a su decisión.

Algunos puntos o aspectos comunes entre estas historias, especialmente entre mujeres de países como Honduras, son el dolor o los dolores, dolores que pueden desgarrar la vida completa de las mujeres; dolores que muchas pueden amortiguarse con el tiempo pero que cuando menos acuerdan pueden volver y golpear con igual o mayor fuerza que en el pasado; el trauma, considero que la experiencia de abortar es muy traumática aún con cirujano, cama, anestesia, aspiración y suele ser peor con agujas o ganchos en el vientre o cualquier otro procedimiento de lo más séptico que las mujeres usan en su desesperación.

Otro rasgo común puede ser la soledad, generalmente las mujeres suelen encontrar únicamente el apoyo, la solidaridad, de una amiga; suele suceder que el compañero afectivo desaparezca en ese momento justo, cuando más se le necesita. Se puede agregar a la soledad la culpa, sentimiento cultivado por una sociedad que convierte a la víctima en culpable, en criminal.

Pero, aún en medio de tanto dolor, tanta soledad, tanta culpa, tanto riesgo, un rasgo común es la fuerza, la fortaleza de las mujeres al asumir esa decisión. Aún en

la desesperación, las mujeres no abortan a la ligera; se asume la decisión de abortar con todos los riesgos que esto implique, desde los aspectos físicos, biológicos, los emocionales, los psicológicos y los legales. Y es por eso que los sectores fundamentalistas no pueden entender la problemática del aborto, creen que lo detendrán con leyes punitivas, con llamados y castigos desde la religión, con promover la culpa. Aún con el subregistro o la inexistencia de estadísticas en nuestro país, el aborto resulta ser de grandes dimensiones y por años ha constituido la segunda causa de egresos hospitalarios.

Y, ¿quiénes son las víctimas en los abortos? y ¿quiénes son los culpables?. En lo particular no me gusta hablar de víctimas-culpables porque considero que se suele caer en una posición maniqueista de la realidad que puede ser mucho más compleja. Pero para efecto de esta reflexión utilizaré ese concepto, bajo el supuesto de que aún la persona más desvalida, puede tener la capacidad de superar una posición de víctima y convertirse en protagonista de su propia historia. En ese sentido, considero que en un debate sobre el aborto debemos trascender el análisis de ver a las mujeres como víctimas y depositar en ellas, en nosotras, la capacidad de tomar decisiones y asumir las riendas de nuestras vidas.

Ubico a las mujeres como víctimas en la medida que se nos ha negado la voz, se nos ha negado el derecho a decidir, se nos amenaza con el castigo eterno y se nos encarcela cuando ejercemos la sexualidad. Se nos usa, se nos nombra y se nos maneja de manera arbitraria e irrespetuosa. A las mujeres y especialmente a las mujeres pobres, la palabra se les ofrece y se les dirige cuando se trata de fundamentar políticas, medidas o candidatos. El fundamentalismo, las iglesias utilizan a las mujeres y colocan en su boca palabras, frases hechas que no responden a un pensamiento propio, reflexivo, producto de un autoanálisis. Porque aún las mujeres que forman parte de x o y expresión religiosa suelen abortar o acompañar a otra mujer en su aborto.

Y sitúo como culpables a los gestores y reproductores de una ideología que busca mantener a las mujeres en situaciones de opresión, de subordinación, de desigualdad y que se apoderan de su palabra, de su voz y de su vida.

¿Desde qué sitio o desde cuál mirada se puede impulsar un debate sobre el aborto? En primer lugar reconocer que el dogma impide el inicio del diálogo. Lastimosamente en nuestro país el poco debate se ha hecho desde el son que ha tocado la Iglesia Católica o una parte de ella y grupos como Pro-Vida. Los grupos de mujeres, los grupos feministas nos hemos ubicado un poco en la defensiva o en posición reactiva y diría que hasta con temores.

Una pregunta que nos debemos de contestar es desde ¿qué moral o desde qué ética podemos impulsar el debate sobre el aborto? Y considero que esta ética, esta moral, debe estar basada en aquella que rescata valores como la solidaridad, el respeto, el reconocimiento a la diferencia, la igualdad, el derecho a tomar decisiones de manera libre

y responsablemente. Debe estar basada en el reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de la población especialmente de las mujeres.

Y tratando de darme respuesta al nombre de esta plática ¿cómo conjugar el verbo abortar?, considero que hay que conjugarlo no desde la exclusión sino desde la posibilidad. Conjugarlo desde el escenario de los derechos, especialmente del derecho de las mujeres a decidir responsablemente sobre sus cuerpos y sobre sus vidas.

El aborto es un problema de salud pública pero es fundamentalmente un problema de derechos de las mujeres.

*Gilda Rivera Sierra
Coordinadora Ejecutiva
Centro de Derechos de Mujeres
Tegucigalpa, Abril 2004.*

Tabla de contenido

I.- <i>Introducción</i>	9
II.- <i>El debate sobre la despenalización del aborto inducido</i>	10
1.- Consecuencias de legislaciones restrictivas sobre el aborto inducido	10
2.- Patrones sociales y roles de género	17
3.- El aborto en el marco de convenios internacionales	19
III.- <i>Resultados de la Encuesta de Opinión entre Gineco-Obstetras en Honduras</i> 21	
1.- Situación en Honduras	21
2.- La muestra	22
3.- Numero de abortos que encontraron las/os Gineco-Obstetras	24
4.- Indicación médica	25
5.- Muertes maternas	29
6.- Despenalización	30
7.- Sociedad de Ginecología y Obstetricia	33
8.- Resumen	33
Anexo	35
Glosario	48

INTRODUCCIÓN

La legislación acerca del aborto inducido en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe es restrictiva, habiendo países en los que todas las formas de aborto inducido son penadas por la ley. A pesar de esto, la región cuenta con una de las más altas tasas de aborto en el mundo: La Organización Mundial de Salud¹ estima que se realizan 4 millones abortos anuales en América Latina. Una mujer que queda embarazada sin esperarlo o desearlo en muchas ocasiones recurre a un aborto en condiciones clandestinas e inseguras que pueden perjudicar su salud y hasta su vida.

Con el presente trabajo queremos aportar al debate sobre el aborto inseguro desde dimensiones de salud pública, de justicia social y de derechos humanos de las mujeres; aportar al análisis de las legislaciones al respecto y los resultados de la misma en la región de América Latina y el Caribe.

De otro lado, presentamos los resultados de una Encuesta de Opinión que el Centro de Derechos de Mujeres realizó entre las y los Gineco-obstetras en Honduras. Con esta encuesta nos interesaba identificar las opiniones del gremio respecto a la existencia de razones médicas para indicar la realización de un aborto, así como su posición respecto a la despenalización del mismo en la legislación nacional.

Para la realización de este estudio se contó con el apoyo del Centro de Estudios de la Mujer CEM-H, del Centro de Estudios y Acción Social para el Desarrollo de Honduras CESADEH, de Acciones para el Desarrollo Poblacional, ADP y del Centro de Investigación y Promoción de los Derechos Humanos en Honduras, CIPRODEH. Asimismo fue fundamental el apoyo de miembros del personal del Hospital del Sur, del Hospital de Occidente y de personas particulares.

¹ OMS 2002:201.



EL DEBATE SOBRE LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO INDUCIDO

En este capítulo vamos a plantear algunas consecuencias que tiene una legislación restrictiva sobre el aborto. No es posible constatar la relación entre el carácter de una legislación determinada y la ocurrencia de abortos inducidos. Lo que sí es posible confirmar es que en contextos donde las legislaciones son restrictivas muchas de las mujeres con embarazos inoportunos o no deseados se ven obligadas a recurrir abortos en condiciones precarias. ¿Pero por qué ocurren tantos embarazos no deseados?

Esto nos lleva necesariamente al plano de los patrones sociales y de género que existen en la sociedad y cómo ello influye en las conductas sexuales y reproductivas de mujeres y hombres. Estas conductas están íntimamente relacionadas con el ejercicio y goce de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, sobre los cuales ha habido cierto avance en el plano internacional pero que aún falta por materializarlos en los niveles nacionales.

1.- Consecuencias de legislaciones restrictivas sobre el aborto inducido

La lógica detrás de prohibir el aborto es evitar que ello ocurra. Asimismo hay sectores sociales con peso político y económico que plantean que con esta medida protegen la “vida de un futuro ser”. La evidencia histórica en muchos países con leyes restrictivas ha demostrado que con tales leyes, lo único que se ha logrado, es estigmatizar a las mujeres que se realizan abortos y orillar a que estas los realicen en la clandestinidad, y en la mayoría de los casos, en condiciones inseguras.

Vamos a discutir si se logran estos objetivos con la prohibición del aborto. A continuación, se mencionan dos implicaciones desfavorables de una legislación restrictiva y se analizan problemas colaterales que se generan: La injusticia social y de género y los costos para la sociedad.

a) La legislación restrictiva para evitar abortos

América Latina y el Caribe es una de las regiones con más restricciones legales al derecho de las mujeres a decidir sobre la interrupción de un embarazo inoportuno o no deseado. En varios países como Brasil, Panamá o Bolivia existe la figura legal de un aborto para salvar la vida de la mujer, también denominado aborto terapéutico. También en varios países se permite un aborto si el embarazo es el resultado de una violación sexual. Hay 4 países en las cuales el aborto es ilegal en cualquier circunstancia: Honduras, El Salvador, Colombia y Chile.²

² <http://www.modemmujer.org/280903/1.htm>

A pesar de estas restricciones, la incidencia grande de abortos inducidos muestra que las restricciones legales no reducen el número ni la necesidad de interrumpir embarazos: Cada año, según estimaciones de la OMS, se realizan 4 millones de abortos en América Latina y el Caribe, debido a que en países en los cuales el aborto está prohibido, las mujeres encuentran otra manera de poner fin a los embarazos inoportunos o no deseados. El aborto inseguro, es decir el que es practicado ya sea por personas que carecen de las destrezas necesarias o en un ambiente carente de las normas mínimas utilizadas en la práctica de la medicina, o ambos³ sigue siendo una de las causas más importantes de muertes maternas.⁴

Negar a las mujeres el derecho a tener un aborto no hace desaparecer la necesidad, mas bien provoca la situación que las mujeres pongan en riesgo su vida y sufran las consecuencias que comprometen su salud. La Organización Mundial de Salud⁵ lo describe de la manera siguiente:

“La legislación restrictiva está asociada con altas tasas de aborto inseguro. Sin embargo, esta legislación incide más fuertemente sobre el número de muertes maternas, que sobre el número de abortos.”

Con una despenalización del aborto se puede contribuir a reducir el gran número de muertes maternas que están relacionadas con abortos inseguros que a su vez son consecuencia de la prohibición legal del aborto.

La argumentación de que la despenalización del aborto provoca un aumento sustancial de abortos no es posible comprobarla completamente. Cuando el aborto es ilegal, las cifras con las que se cuenta son incompletas en razón de la clandestinidad en que ocurren ya que solamente se registran cuando presentan complicaciones y las mujeres se ven obligadas a acudir a un hospital. Esto hace imposible conocer la magnitud real del problema. Cuando se despenaliza, en algunos casos puede ocurrir que en un primer momento el número de casos sube debido a que los casos son registrados por primera vez oficialmente, pero no por la ocurrencia de más abortos. Posteriormente en muchos países, si se desarrollan programas de información sobre educación en sexualidad, anticoncepción y de accesibilidad, este número baja.

Hay países en los cuales el aborto es legal y que desarrollaron programas integrales para tratar la problemática del embarazo no deseado. Estos países llegaron a tener tasas bastante bajas: Por cada 100 mujeres en edad reproductiva se realizan en

³ OMS 1992.

⁴ OMS 2002:187.

⁵ en: Campaña 1999^a.

⁶ Campaña 1999c. *La mortalidad por aborto en los países industrializados con condiciones seguras es de 0.2 a 1.2 muertes por 100.000 abortos. En regiones en desarrollo, la tasa es de 330 muertes por 100.000 (Guttmacher 1999c:2)*

Holanda 0.53 abortos, en Canadá 1.26.⁶ Otros países como Cuba o Estados Unidos permitieron el aborto pero siguen con altas tasas de abortos. Aún con estas tasas altas, la despenalización contribuye a bajar la mortalidad materna. Por ejemplo, en 1970 se despenalizó el aborto en el Estado de Nueva York. En 1971 la tasa de mortalidad materna había disminuido en un 45% y para 1990, el riesgo de muerte por aborto legal había disminuido a 0,3 muertes por cada 100,000 abortos.⁷

Hay que destacar que hay países donde el aborto está totalmente prohibido y sin embargo anualmente se realiza un gran número de ellos en condiciones seguras y con personas capacitadas, como en Colombia, mientras hay otros países donde el aborto es legal y se brindan servicios en clínicas estatales, pero se recurre en numerosos casos al aborto en condiciones inseguras, como en India y en Bangladesh, debido a que no están informadas de su legalidad y no hay suficientes proveedores/as. Las/os que existen en muchos casos tratan a las mujeres con falta de ética y de respeto, por ejemplo las obligan a insertarse un DIU o esterilizarse si desean interrumpir un embarazo. Como resultado, muchas mujeres buscan otras soluciones para terminar con un embarazo no deseado. Esto muestra que aun si el aborto es legal, existe una falta de información y de accesibilidad.⁸

Resulta que una prohibición del aborto no logra su objetivo de evitar que sigan ocurriendo abortos, sino hasta provoca que mueran muchas mujeres por causa de abortos inseguros. Y si es legal, todavía existen limitaciones que no se pueden explicar con argumentos de falta de acceso e información, sino más bien pareciera que se derivan de patrones sociales que impiden que las mujeres puedan disponer sobre sus vidas y sus cuerpos.

Como lo menciona el padre Luis Perez Aguirre⁹:

“Pero si la penalización es inútil, todavía se podría pensar que la amenaza que ello significa cumple una función disuasiva para impedir que se siga abortando. Esto, sin embargo, se mostró totalmente falso. A los hechos nos remitimos: con las leyes penales vigentes desde hace muchos años en muchos países, ni se aplican con un mínimo de éxito ni se ha dejado de abortar. Y esto por la sencilla razón, entre otras, de que si una mujer llega a la circunstancia de verse tan acorralada y en tal angustia que decide incluso arriesgar su salud y hasta su vida para salir de ella, no se va a detener por el miedo al hipotético castigo, que por lo demás depende de si es descubierta o no, de si ulteriormente es acusada y de si finalmente es condenada...”

⁷ *Guttmacher 1999b:4.*

⁸ *Guttmacher 1999a:32.*

⁹ www.geocities.com/catolicas/articulos/aborto/lpa.htm

b) La legislación restrictiva para proteger el producto

La otra razón para la legislación restrictiva se basa en un supuesto “ser futuro” en el vientre de la mujer, cuya vida se debería de proteger. Esta argumentación está muy concentrada en el producto y no toma en cuenta la vida de la mujer, que en el caso de tener que recurrir un aborto inseguro también corre riesgo, como ya hemos visto.

Es muy difícil definir cuando comienza la vida. La vida existe en el óvulo y en el espermatozoide, en el óvulo fecundado, en el blastocisto, en el cigoto y en el embrión. Pero sobre la distinción entre estas entidades y una persona humana existe divergencia de opiniones entre filósofos/os, psicólogas/os, genetistas, neurólogas/os y profesionales del derecho. En la mayoría de las constituciones del mundo la categoría de persona con derechos de ciudadanía se aplica al ser humano ya nacido. La Corte Suprema de Estados Unidos argumenta que el producto representa, cuando mucho, la potencialidad de vida.¹⁰ En la legislación anglo-americana, el aborto ha sido tratado algunas veces ilegal, pero nunca como asesinato.¹¹

Ninguna ciencia puede garantizar cuando empieza la vida. La biología moderna dice que determinado porcentaje de estas “personas completas” alcanza la edad gestacional de hasta diez días y luego se divide para crear gemelos idénticos. Entonces, ¿se habla de medias personas?

Entre las/os teólogas/os tampoco hay acuerdo. La Iglesia institucional Católica se declara en contra de cualquier tipo de aborto porque afirma que existe una persona humana completa desde el momento de la concepción. Parece que las vidas de las mujeres que se pierden a causa de abortos inseguros, según esta posición, no tienen valor. Esto indica que el fondo de la oposición de la Iglesia institucional Católica al aborto no es la ética que prohíbe matar sino una ética que ve a mujeres como seres inferiores y rechaza una sexualidad libre. Existen registros sobre censuras del aborto emitidas por la Iglesia institucional que demuestra que no se creía que el feto era una vida humana y que se pensó que la mera razón de ser de las mujeres era la reproducción, por lo que condenaban a aquellas que recurrían al aborto como culpables de elegir el sexo para el placer y no para la procreación, lo que se vio como pecado.¹² Más recientemente – en la “Declaración sobre el aborto” promulgada en 1974¹³ – admite que no sabe cuando un embrión se convierte en un ser humano.

De hecho, a lo largo de los más de 2000 años de cristianismo las ideas sobre el aborto, al interior de la Iglesia Católica, han tenido múltiples variantes. Recién en 1869 se habla de excomunión en el tema de aborto. Antes era considerado como uno de los tantos

¹⁰ *Católicas 1999:3; Católicas 2001: 19,20.*

¹¹ *Católicas 2001:21.*

¹² *Católicas 2003:17.*

¹³ *Católicas 2003:19.*

¹⁴ <http://www.geocities.com/caticas/articulos/aborto/historia.htm>

pecados sexuales e incluso se lo castigaba menos drásticamente que pecados como el soborno, la adivinación y el hurto¹⁴.

El aborto es un proceso directamente relacionado con la vida humana y no puede ser considerado algo bueno en sí mismo. De otro lado, la continuación de un embarazo no deseado no puede ser valorado como una situación ansiabla. El aborto es un último recurso para evitar un mal mayor: No humanizar una vida. La humanización no culmina con el nacimiento; implica alimentación, afecto, educación, salud, empleo, intimidad, espiritualidad. Estas son las condiciones para el desarrollo pleno de las potencialidades de cada ser humano. El derecho a la vida implica todas estas condiciones.

En la argumentación que se basa en el “derecho a la vida” del producto, la vida humana queda reducida a la vida física. El producto no solamente tiene derecho a vivir físicamente, sino a nacer y desarrollarse en condiciones adecuadas. Si estas condiciones no son aseguradas, el aborto puede resultar la opción menos violenta, sobre todo para la mujer, que es el sujeto y debería estar en el centro de las discusiones.¹⁵

En resumen, pareciera que el objetivo de evitar abortos no se logra con la legislación restrictiva, ni tampoco el de proteger “vidas no nacidas”. Por ello no se puede confirmar una correlación entre la legislación de un país y la ocurrencia de abortos, pero sí entre la legislación restrictiva y las muertes maternas.

Pero una legislación restrictiva sobre el aborto tiene otras implicaciones: promueve la injusticia social y aumenta los costos en el sector social de la salud.

c) Injusticia social y de género

La legislación restrictiva tiene un carácter de injusticia social, puesto que las mujeres con recursos económicos pueden buscar la atención de profesionales capacitados y servicios de calidad.¹⁶ Con ello, el aborto clandestino no necesariamente tiene que ser inseguro, pero el precio a pagar será artificialmente alto debido a la ilegalidad en la que trabajan las/os proveedoras/es, ya que cuando el aborto es ilegal las mujeres no tienen la posibilidad de denunciar estos abusos o negligencias durante los tratamientos.

Mientras menores sean los recursos de las mujeres que quieren interrumpir un embarazo, peor será la calidad de servicios a los que ellas puedan recurrir. Por lo general, una mujer pobre se ve obligada a recurrir a personas no calificadas para hacerse el aborto, con instrumentos de mala calidad, materiales no esterilizados, sin

¹⁵ *Católicas 2003:36.*

¹⁶ *Católicas 2002:2.*

ninguna atención humana y falta de consejería y seguimiento. Todo ello se constituye en un aborto inseguro. Los métodos mas usados en la realización de abortos inseguros son la inserción de objetos agudos que pueden perforar el útero y el uso de material e instrumentos contaminados.¹⁷

Estas circunstancias pueden causar a la mujer una infección u otra complicación que justifica el internamiento en un hospital público, que probablemente es el mismo que antes le negó la atención segura para terminar con el embarazo. Las mujeres pobres son las que sufren las consecuencias de los abortos practicados en condiciones no adecuadas y pagan con su salud o con su vida.¹⁸

Esta injusticia social también se verifica en las relaciones de género: Las legislaciones restrictivas generalmente penalizan solamente a las mujeres y no a los hombres que tienen la misma responsabilidad en el origen del embarazo. Las mujeres quedan como delincuentes, lo que dificulta todavía mas una decisión que ya por si misma es complicada: Tomar una decisión de realizarse un aborto, culminar el embarazo y dar una criatura en adopción o tener un bebe que en realidad no se puede criar¹⁹.

Hay estudios que indican que cuando la opción tomada es realizarse un aborto, el sentimiento predominante en las mujeres es el alivio, pero también tristeza y en ocasiones la culpa, especialmente en contextos sociales culpabilizantes. Cuando un aborto se realiza en un contexto social que lo acepta, la mayoría de las mujeres se sienten profundamente aliviadas y menos angustiadas²⁰. Lo anterior puede llevarnos a concluir que la ilegalidad aumenta no solo el costo económico que paga la mujer sino también el costo emocional de su decisión²¹.

Negar a las mujeres el derecho a recibir servicios de aborto es una demostración tangible de desigualdad de género con respecto al acceso a servicios de atención a la salud. Hay que destacar que las relaciones desiguales de poder entre los géneros con frecuencia limitan el control de las mujeres sobre su sexualidad y su habilidad de protegerse a si mismas de embarazos inoportunos o no deseados, con lo que las legislaciones restrictivas sobre el aborto violan el principio de justicia en términos de equidad social y de género.

d) Costos para la sociedad

Más allá, la prohibición del aborto tiene consecuencias para la sociedad: costos en vidas de mujeres, pero también costos para el sistema de salud pública. En los países

¹⁷ Guttmacher 1999a:35.

¹⁸ Campaña 1999a.

¹⁹ Adopción en muy pocos casos es una opción solo 5% (Maguirre 1984:7).

²⁰ Sánchez 2001:24.

²¹ Instituto Nacional de Salud Publica 2001:8.

²² OMS 2002:201.

latinoamericanos la mayoría de las mujeres que se han realizado un aborto tienen 20 años o más, están casadas y ya son madres.²² Si estas mujeres mueren a causa de un aborto inseguro, además de perderse la vida de la mujer, las/os otras/os hijas/os pierden a sus madres, que es la persona encargada de ellas/os tanto afectiva como económicamente.

Los costos para el sistema de salud pública se pueden estimar: Un aborto legal que se realiza en condiciones adecuadas, por personas capacitadas y en condiciones de higiene es un procedimiento de pocos minutos y con muy pocos riesgos. De otro lado, cuando se realiza en la clandestinidad debido a la ilegalidad del mismo, muchas veces se da en condiciones no adecuadas, se trata de un procedimiento peligroso que puede dañar permanentemente la salud o terminar con la vida de la mujer. Estos abortos ilegales y mal hechos agotan los recursos de los sistemas de salud.

Se estima que en América Latina se realizan 4 millones de abortos anuales. Una tercera parte de estas mujeres sufre complicaciones severas, pero menos de la mitad de ellas recibe tratamiento en un hospital. Aún así, entre el 10% y el 30% de las camas de los servicios de ginecología y obstetricia están ocupadas por mujeres con diagnóstico de aborto incompleto o complicaciones del aborto, la mitad o más de los recursos de los bancos de sangre locales y la mitad del tiempo en las salas de operaciones se ocupa para ello.²³

Ante tal magnitud del problema, se llega a gastos considerables. Una investigación realizada por la doctora Ana María Pizarro en Nicaragua muestra que los costos económicos de un aborto legal fueron casi 4 veces menores que la atención de un aborto clandestino sin complicaciones y más de 100 veces menores cuando el aborto se complica.²⁴ Esto indica que una atención en condiciones legales sería una alternativa para reducir los costos económicos en salud.

De lo discutido se puede concluir que las legislaciones restrictivas no cumplen con sus propósitos de evitar abortos sino que incrementan la morbi-mortalidad de mujeres en edad reproductiva. A ello se suma la injusticia social que se genera ya que son las mujeres pobres las que en general sufren las consecuencias de abortos inseguros; la injusticia de género, debido a que las mujeres son las penalizadas, aun cuando los hombres tienen igual responsabilidad en el origen del embarazo. Esta penalización hace delincuentes a las mujeres y tiene efectos psicológicos sobre ellas en una situación que ya de por sí es difícil. Y más allá de esto, se suman los costos psico-sociales y económicos para la familia que pierde a una mujer madre y los costos económicos para el sistema de salud pública.

Una sociedad no debe obligar a las mujeres a procrear hijas/os no deseadas/os o a las que han interrumpido un embarazo a sentirse pecadoras. En un Estado Laico no

²³ *Católicas 2001:9; Campaña 1999b.*

²⁴ *Católicas 1999:2. En el estudio, que se realizó en el Hospital Bertha Calderón, se analizaron los gastos de la atención de 700 mujeres ingresadas por aborto clandestino en 1988.*

pueden prevalecer las creencias religiosas. Cada persona puede optar, individualmente, por aplicar o no principios religiosos, pero las convicciones religiosas no deben ser colocadas por encima del derecho de las mujeres de decidir libremente sobre su cuerpo y su privacidad o ser considerados como crímenes.²⁵ Una sociedad plural se basa en la tolerancia y el respeto a la diversidad, en la que las personas deben reconocer que las mujeres tienen derecho a controlar las cuestiones relativas a su propia sexualidad, aunque no estén de acuerdo personalmente.

2.- Patrones sociales y roles de género

En este momento hay que preguntar: ¿Por que se producen tantos embarazos no deseados? Las razones que dieron mujeres entrevistadas en estudios a nivel de América Latina son:

- Falta de conocimiento,
- Acceso insuficiente a servicios de planificación familiar,
- Miedo a los efectos colaterales de los métodos anticonceptivos,
- Falta de recursos para comprar los métodos y
- Oposición de su pareja al uso de los métodos.²⁶

Lo anterior indica falta de conocimientos y falta de acceso a los métodos. Pero muchas de las razones por las cuales las mujeres no usan métodos anticonceptivos van más allá de la información, del acceso o de recursos económicos. Son razones que tienen que ver con la sociedad y la cultura. En muchas regiones la planificación familiar no es culturalmente aceptada. La última razón – oposición de la pareja – ya indica eso. Existe una cultura patriarcal que impulsa a los hombres a afirmar su masculinidad mediante la conquista sexual de las mujeres. Los hombres no acuden a los centros de salud, más bien la cultura machista provoca que los hombres no quieran usar condones.²⁷

En la gran mayoría de los casos, les toca a las mujeres ocuparse de la anticoncepción, los hombres no lo consideran como parte de su responsabilidad y hasta ocurre que no aceptan que la mujer planifique y ejercen violencia sobre ella.²⁸ Frente a un embarazo inoportuno o no deseado y la decisión de realizarse un aborto, también éste resulta ser problema de la mujer. La desigualdad de poder en las relaciones de género impide en muchos casos que la mujer puede disponer sobre su cuerpo y su sexualidad.

²⁵ *Católicas 2003:5. Aun así, las estrategias de intervención institucional de sectores religiosos se notan mas a partir de 1997: Siete gobiernos instalaron el Día del No Nacido: Argentina, Costa Rica, Guatemala, Nicaragua, Perú, Republica Dominicana y Venezuela. En Costa Rica se modificó la ley en el sentido de que queda reconocido la vida desde la concepción. En Nicaragua se incorporó la defensa del o de la “no nacida” en el Código Penal (Católicas 2003:8).*

²⁶ *Campaña 1999a:8.*

²⁷ *Maguirre 1984; Instituto Nacional de Salud Pública 2001:8.*

²⁸ *Pizarro 2001:39.*

La tasa de uso de métodos anticonceptivos está directamente relacionada con menores tasas de mortalidad materna: La utilización de un método anticonceptivo contribuye a prevenir un embarazo no deseado, que puede terminar en un aborto inseguro que a su vez puede conducir a la muerte. El uso de métodos anticonceptivos también ayuda a espaciar los nacimientos, ya que los embarazos muy seguidos afectan la salud de las mujeres.²⁹

Mediante la educación sexual integral, las personas reciben información y formación que les sirve para procurar mejores condiciones de vida, decisiones informadas y responsables y donde la sexualidad no es un tema oculto o una actividad prohibida. Y solamente en el caso de que los anticonceptivos fallen existiría como respaldo la opción de un aborto legal y seguro.³⁰

De otro lado hay embarazos no deseados producto de agresiones sexuales, debido a las relaciones asimétricas de poder entre mujeres y hombres y al imaginario social predominante en el cual los varones se asumen con derechos sobre el control del cuerpo y la sexualidad de las mujeres. Con la despenalización del aborto se evita la situación de que mujeres que son sobrevivientes de una violación tengan que recurrir a un aborto inseguro.

Dentro de estos patrones sociales se promueve la idea de la maternidad como destino primordial para una mujer. De ahí surge el prejuicio que las mujeres abortan por irresponsabilidad. Muchas veces se asume que mujeres que quedan embarazadas cuando no lo desean actúan de manera irresponsable, que realizan un aborto por puro egoísmo o por razones frívolas. En realidad, para ninguna mujer un aborto es algo conveniente, sino una decisión difícil. Las mujeres evalúan muchas razones para tomar esta decisión, sopesan sus capacidades económicas y sociales, su relación de pareja y de familia, ya que muchas de ellas son madres, así como sus deseos y posibilidades económicas a largo plazo, porque tener un/a hija/o no se acaba con el nacimiento sino que es una responsabilidad a lo largo de la vida. Por lo general, son las mujeres que se encargan de las criaturas, y toman decisiones responsables y bien pensadas.

Estos patrones de género sitúan el valor de una mujer en su función de recipiente que puede contener nueva vida, tal como el imperativo que simboliza la feminidad: Un conjunto de virtudes de abnegación, altruismo, afán de sacrificio. Lo deseable sería que las mujeres puedan contar con el apoyo y responsabilidad de su compañero. Defender la idea de que cada cual puede modelar su vida implica la defensa de la sexualidad libre, la maternidad voluntaria, la autodeterminación de la propia vida, la opción de interrumpir un embarazo, pero también el derecho a un niño o una niña a ser deseado/a y querido/a.

La despenalización del aborto en las legislaciones nacionales, viéndolos como el margen de normas que se da una sociedad, puede contribuir a cambiar las conductas

²⁹ *Campaña 1999a.*

³⁰ *Sánchez 2001:22.*

sociales hacia esta dirección. El objetivo es lograr que el pensamiento político y social cambie de manera que se reconozca la dignidad, la salud, y los derechos de las mujeres, que se reconozca que son seres con capacidad moral y jurídica para decidir cuando y con quien quieren dar vida.³¹

Hay que mantener esta problemática en las agendas sociales y publicas, por ser una cuestión que toca el ideal de una democracia pluralista y respetuosa de los derechos humanos de todas y todos.³²

3.- El aborto en el marco de convenios internacionales

Esta discusión sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres ya existe en el campo de convenios y acuerdos internacionales. Hay que repensar la sexualidad y la reproducción desde perspectivas que amplíen y profundicen las nociones de igualdad y libertad de todos los sujetos y con esto contribuyan a democratizar las sociedades. El derecho de una mujer a elegir libre y voluntariamente la maternidad se basa en derechos humanos que forman parte de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos muy reconocidos: El derecho a la igualdad y a la no-discriminación, a la autodeterminación, a la vida, a no ser sometido a torturas, a la libertad y seguridad personal, a no ser objeto de injerencias arbitrarias en la vida y la familia, a la libertad de pensamiento, conciencia y religión. ³³

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en el Cairo 1994 adoptó un concepto amplio de los Derechos Sexuales y Reproductivos que incluye la capacidad de llevar una vida sexual satisfactoria, enriquecedora y sin riesgo, la libertad para decidir sobre la propia reproducción, acceso a la información, los medios y los servicios necesarios. Los principios éticos que subyacen a los derechos sexuales y los derechos reproductivos son a) la integridad corporal, b) la igualdad y c) la diversidad.

a) La integridad corporal es el derecho a la seguridad y el control sobre el cuerpo y el aspecto de más peso. Surge de la cultura política occidental, pero trasciende a otras culturas y regiones. Que las mujeres tienen derechos sobre su cuerpo no significa que los cuerpos sean meras cosas, sino que son una parte integral, cuya salud y bienestar es un fundamento necesario para una participación activa en la sociedad. Incluye el derecho a no ser alienadas de su capacidad sexual y reproductiva y al disfrute pleno del cuerpo. La autonomía de las mujeres significa que se respetan sus decisiones y los valores que tienen peso para ellas. Eso implica la accesibilidad a una amplia gama de métodos anticonceptivos y el derecho a un aborto legal y seguro.

³¹ *Católicas* 2001:7.

³² *Católicas* 1999: 5; *Católicas* 2001:12; *Campaña* 1999a:18.

³³ *Campaña* 1999a:10.

b) El derecho a la igualdad contiene dos niveles: relaciones entre mujeres y hombres y relaciones entre mujeres. Históricamente se produjo un desequilibrio social entre hombres y mujeres que significa que las mujeres no tengan control sobre su fecundidad y la asignación de papeles principalmente reproductivos dentro de la división sexual del trabajo. Promover la igualdad en este sentido quiere decir promover anticonceptivos para hombres, sistemas educativos y laborales que incentivan la participación de los hombres en el cuidado y la crianza de niñas/os, tanto como en todo el trabajo reproductivo. La desigualdad entre mujeres en este sentido se nota por ejemplo en la práctica frecuente de probar nuevos anticonceptivos en mujeres de países de desarrollo o de regiones pobres.

c) El principio de la diversidad se refiere al respeto por las diferencias entre mujeres: sus valores, cultura, orientación sexual, condición familiar o médica, mientras el principio de igualdad se refiere a la mitigación de inequidades entre las mujeres. Al mismo tiempo que se defiende la universalidad de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, se debe reconocer que estos derechos en sociedades diferentes tienen significados diferentes. Mientras los recursos y las diversas formas de ejercer el poder estén distribuidos inequitativamente, no se puede gozar del pleno ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.³⁴

Según los convenios internacionales, existe una base para reconocer el derecho de las mujeres de decidir sobre sus cuerpos como un derecho humano. Esta discusión se debe extender a los niveles nacionales. Es importante sacar el tema de la clandestinidad y culpabilidad, para ubicarlo en el campo del derecho de la ciudadanía de las mujeres, como seres con discernimiento y madurez para tomar las mejores decisiones sobre sus vidas.³⁵

³⁴ OMS 2002:109; Campaña 1999a:10.

³⁵ Católicas 2001:10.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE OPINIÓN ENTRE GINECO-OBSTETRAS EN HONDURAS

1.- Situación en Honduras

La situación del aborto en Honduras es un reflejo del panorama expuesto en la sección anterior. El aborto está prohibido sin excepciones y sancionado con una pena de mínima de 3 años³⁶. El Código Penal define el aborto como “la muerte de un ser humano en cualquier momento del embarazo o durante el parto”. Por estar penalizado y por ende realizarse en la clandestinidad, se desconocen las cifras reales de abortos inducidos.

En Honduras, la razón de mortalidad materna es de 108 por cada 100.000 nacidos vivos en 1997.³⁷ El aborto no especificado, incompleto y sin complicación es la tercera causa de egresos hospitalarios.³⁸ Estos datos incluyen abortos espontáneos e inducidos, y de estos últimos, solo aquellos que requirieron algún tipo de intervención hospitalaria, por ejemplo, el no haberse completado el proceso de expulsión. Tampoco incluye las complicaciones por aborto.

De ahí que resulta difícil conocer la real magnitud del aborto inducido. Sin embargo, es evidente que es una amenaza grande para la vida y la salud de muchas mujeres y que genera enormes costos para el país.

Uno de los pocos estudios fue realizado por Sánchez³⁹ en las mujeres que egresaron con el diagnóstico de aborto del servicio séptico del Hospital Escuela en Octubre 2000. Hay que destacar que en este estudio no se puede saber si los abortos eran espontáneos o inducidos. Las mujeres entrevistadas eran jóvenes, la mayoría en una relación estable, de mayor nivel educativo y el 72% ya tenía una/o o varias/os niñas/os. El 83 % de ellas conocía métodos anticonceptivos y el 71% estaba usando uno antes del embarazo actual. Esto indica que, en el caso de aquellos abortos que fueron inducidos, la falta de información y de acceso a métodos anticonceptivos no son las razones para los embarazos no deseados.

El panorama de la ENESF 2001 revela que el 99,9% de las mujeres han oído hablar de por lo menos un método anticonceptivo, los métodos modernos son mas conocidos

³⁶ En el Código Penal, la persona que causa un aborto intencionalmente queda castigado entre 6 y 10 años (Art. 126). Médicos/as que “abusan” de su profesión deben pagar adicionalmente una multa (Art. 127). La mujer que produzca su aborto queda penada con reclusión entre 3 y 6 años (Art. 128).

³⁷ En otras palabras, la tasa de mortalidad materna es de 0.13 x 1000 mujeres en edad fértil. (Meléndez/Vásquez/Villanueva 1999:24).

³⁸ Informe Hospitalario 2001:18. En varios hospitales grandes estatales incluso el aborto no especificado es la segunda razón de egresos: Hospital Escuela, Hospital Nacional Mario Catarino Rivas, Hospital Regional del Sur, Hospital Regional Atlántida, San Francisco, Hospital del Área Gabriela Avarado, La Paz, Progreso, Olanchito, Roatán. (Informe Hospitalario 2001)

³⁹ Sánchez 2001.

que los métodos tradicionales. 93,2% en la Región Metropolitana y el 67% en la Región de Salud No.5 (Occidente del país) afirmó haber usado alguna vez en su vida un método anticonceptivo. En los 30 días antes de realizarse el estudio, el 61,8% usaba métodos y el 38,2 % no usaban métodos anticonceptivos. Las razones para no usar los métodos eran en 75,9% relacionadas con el embarazo, infertilidad o inactividad sexual. Las 23,8 % restantes tenían las razones descuido, miedo a efectos colaterales y falta de interés. El 0,3 % - un porcentaje mínimo - respondió que no sabe.⁴⁰

Ambos estudios revelan que en Honduras las razones de embarazos no deseados no se encuentran en la ignorancia de cómo evitarlo o la poca accesibilidad de métodos anticonceptivos, sino se encuentra en el sistema social con patrones de género que impiden vivir una sexualidad libre.

Debido a que existe poca información producida nacionalmente respecto al problema del aborto en Honduras, el Centro de Derechos de Mujeres con el apoyo de organizaciones del Colectivo de Mujeres contra la Violencia y de personas comprometidas con esta problemática, realizó una encuesta de opinión dirigida a médicos/as Gineco-Obstetras sobre el aborto, las causas en las que ellos/as opinan que debe haber indicación médica para realizar un aborto y las causas en las que ellos/as opinan que debe despenalizarse el aborto.

Identificamos a los/as médicos/as Gineco-Obstetras debido a que dentro del imaginario social y en la práctica son el referente autorizado para opinar respecto a la salud de las mujeres. Ello no implica que la opinión de las mujeres no sea importante. Por el contrario, estudios desde la perspectiva de las propias mujeres, especialmente aquellas que han tenido que recurrir a un aborto clandestino son esenciales en el debate. Sin embargo, reconociendo que este es nuestro primer acercamiento empírico al problema, creímos pertinente comenzar por entrevistar al gremio que tiene mayor reconocimiento social al respecto.

2.- La muestra

Se identificaron un total de 291 médicas/os con la especialidad de gineco-obstetricia en todo el país. Ellas/os están ubicadas/os en las principales ciudades, con una mayor concentración en las ciudades de Tegucigalpa y San Pedro Sula, con 46% y 21% respectivamente.

Para seleccionar la muestra se partió del criterio de tener la mayor representatividad posible de las/os Gineco-Obstetras. Se realizó una selección aleatoria del 50% de los/as profesionales de las ciudades de Tegucigalpa y San Pedro Sula y del total de los/as profesionales del resto de las ciudades del país.

⁴⁰ ENESF 2001:88/93/119.

Por ello, partiendo de un universo de 291 profesionales, se obtuvo una muestra de 182 Gineco-Obstetras de todo el país, es decir, más del 62% del total de especialistas. Solo el 20% de la muestra estuvo compuesta por mujeres Gineco-Obstetras debido a que sólo el 21% del total de estos/as especialistas son mujeres y por tanto, las posibilidades de salir seleccionadas en una muestra aleatoria era menor que las probabilidades que tenían los varones.⁴¹

Cuadro 1: Tamaño de la muestra seleccionada

Mujeres		Hombres		Total	
Nº	%	Nº	%	Nº	%
37	20	145	80	182	100

De ese total se pudo localizar a 133 Gineco-Obstetras (73%), a quienes se les solicitó su colaboración en el llenado de la encuesta. El no localizar a 49 personas de la muestra se debió fundamentalmente a dificultades de las entrevistadoras. En menor medida se debió a que los/as Gineco-Obstetras estaban fuera del país, ya se habían retirado de su profesión o habían fallecido. Se definió un período prudencial de siete semanas y media para el levantamiento de los datos, después del cual las encuestas que no se habían realizado cayeron en la categoría de “no realizadas”. (ver cuadro 2)

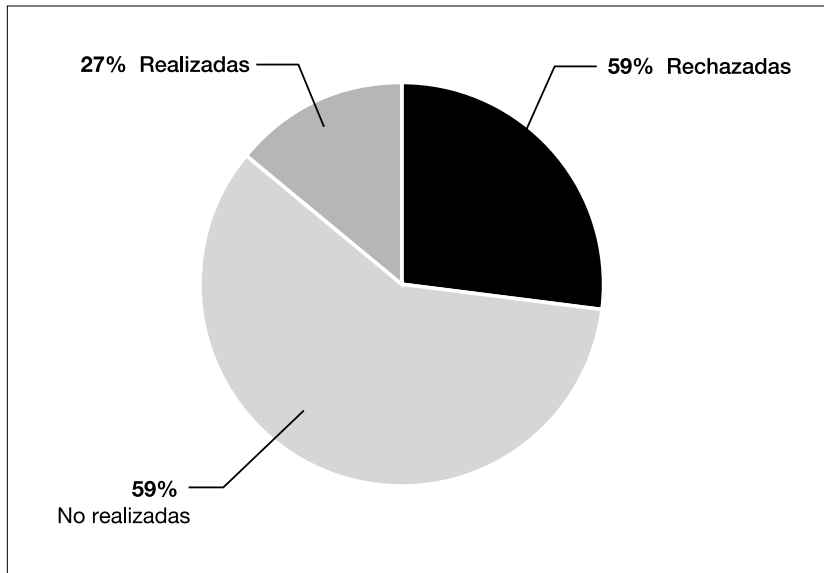
*Cuadro 2: Distribución de la realización de encuestas
Según sexo en números y porcentajes*

	Mujeres		Hombres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Encuestas realizadas	28	76	80	55	108	59
Encuestas rechazadas	2	5	23	16	25	14
Encuestas no realizadas	7	19	42	29	49	27
Total	37	100	145	100	182	100

Base: Muestra aleatoria de 182 Gineco-Obstetras

⁴¹ La boleta de la encuesta se puede consultar en el Anexo A1.

Grafico 1: Distribución de encuestas realizadas, rechazadas y no realizadas en porcentajes



Base: Muestra aleatoria de 182 Gineco-Obstetras

De las/os 133 Gineco-Obstetras localizadas/os, 25 de ellos/as (14% de la muestra) rechazaron realizar la encuesta. Hubo mayor proporción de rechazos entre Gineco-Obstetras varones que entre las mujeres. Las razones mencionadas para rechazarlas fueron falta de tiempo (8 de ellas/os), no desear hacerlo (5 de ellos), no pertenecer a la Sociedad de Gineco-Obstetricia (1), no dedicarse a la especialidad (1), y 9 de ellas/os no dieron explicación. Uno de estos médicos simplemente le cerró la puerta a la entrevistadora sin dejarla explicar el objetivo de la misma. Por último, un médico mencionó que aún cuando estaba de acuerdo con la despenalización del aborto creía que las encuestas no contribuyen a ese cometido.

Los resultados que se presentan a continuación se basan en las 108 encuestas realizadas (108 = 100%), lo que corresponde a un 37% del total estimado de médicas/os Gineco – Obstetras en el país. Ese 37% puede ser tenido como un número representativo de las opiniones de las/os Gineco – Obstetras.⁴² Del total de encuestas realizadas, el 25,9% son de mujeres y el 74,1% de hombres.

3.- Numero de abortos que encontraron las/os Gineco-Obstetras

El 99.1% de las/os Gineco-Obstetras dijo haberse encontrado con abortos incompletos y/o complicaciones de abortos en su práctica médica. “Complicaciones del

⁴² En el Anexo A2 se puede revisar las encuestas realizadas por departamento según sexo en número y porcentaje.

aborto” son secuelas de un aborto, tales como rupturas uterinas que provocan sangrados o hemorragias o infecciones, mientras bajo “aborto incompleto” se entiende que quedan en la matriz restos del producto que causan dolores o sangrados a la mujer.

La estimación mensual varía de 2 a 150. Un medico dijo nunca haberse encontrado con esta situación. La variabilidad de las respuestas es sumamente alta por lo que esta información dice muy poco con respecto al número de abortos que ocurren.

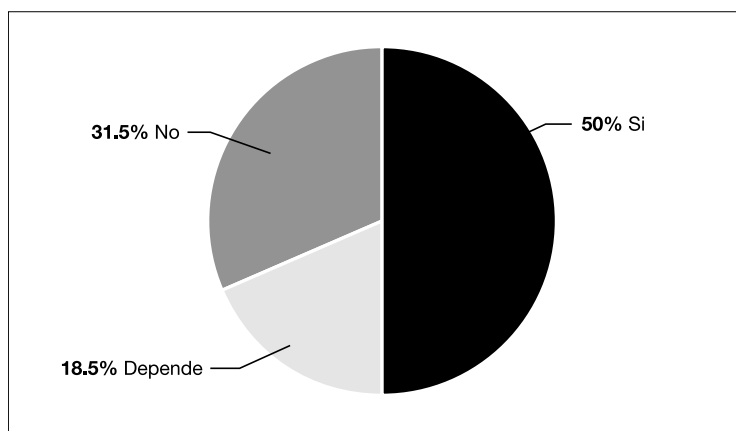
Las razones de tal variabilidad pueden responder a que, por un lado, las/os Gineco-Obstetras trabajan en centros hospitalarios de diferente tamaño (desde clínicas privadas hasta hospitales de referencia). Por el otro lado, responden a que la pregunta hacía referencia a abortos incompletos y a complicaciones de abortos. Es factible que las personas que respondieron pensando en abortos incompletos indicaron una cantidad mayor, en cambio quienes respondieron pensando en complicaciones por aborto indicaron una cantidad menor, dado que no todos los abortos incompletos llegan a constituirse en complicaciones.

4.- Indicación médica

a) Cáncer

El 50% de las personas respondieron afirmativamente a la pregunta si el cáncer Cérvico - uterino u otro cáncer en donde el tratamiento brindado puede ser quirúrgico, radiación o quimioterapia debería ser una indicación médica para la interrupción de un embarazo. El 31,5% dice que esta condición de la mujer no puede justificar la interrupción de un embarazo y el 18,5% respondió que depende el tipo de cáncer, de su estadio y del tiempo de embarazo. Por lo anterior, se puede afirmar que un 68,5% de los/as médicos/as Gineco - Obstetras tiene la opinión que algún tipo de cáncer bajo ciertas circunstancias puede ser visto como indicación médica para interrumpir un embarazo. (ver gráfico 2)

Gráfico 2: Distribución de opiniones sobre el cáncer como indicación medica para un aborto en %

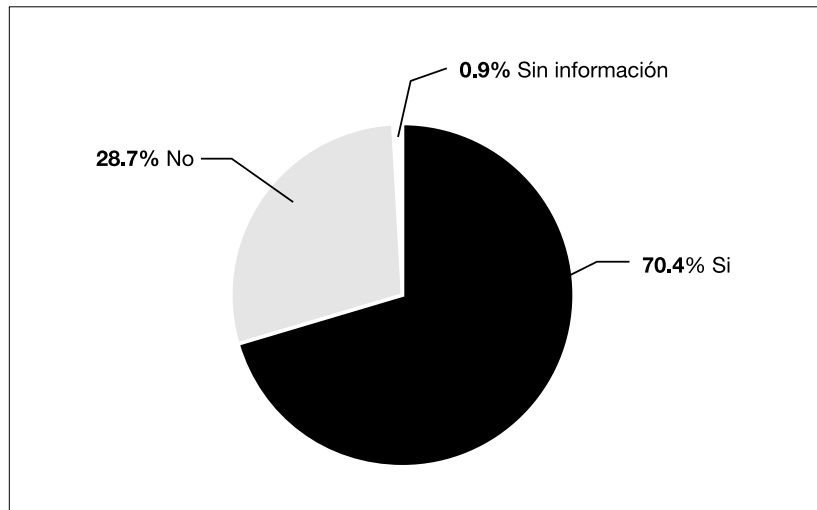


Base: 100% de la muestra

b) Otras indicaciones médicas para interrumpir un embarazo

Posteriormente se les preguntó a las/os Gineco-Obstetras si piensan que hay otras razones más por las que debe haber una indicación médica que justifica la interrupción de un embarazo. El 70,4% de las personas entrevistadas respondió afirmativamente (ver grafico 3).

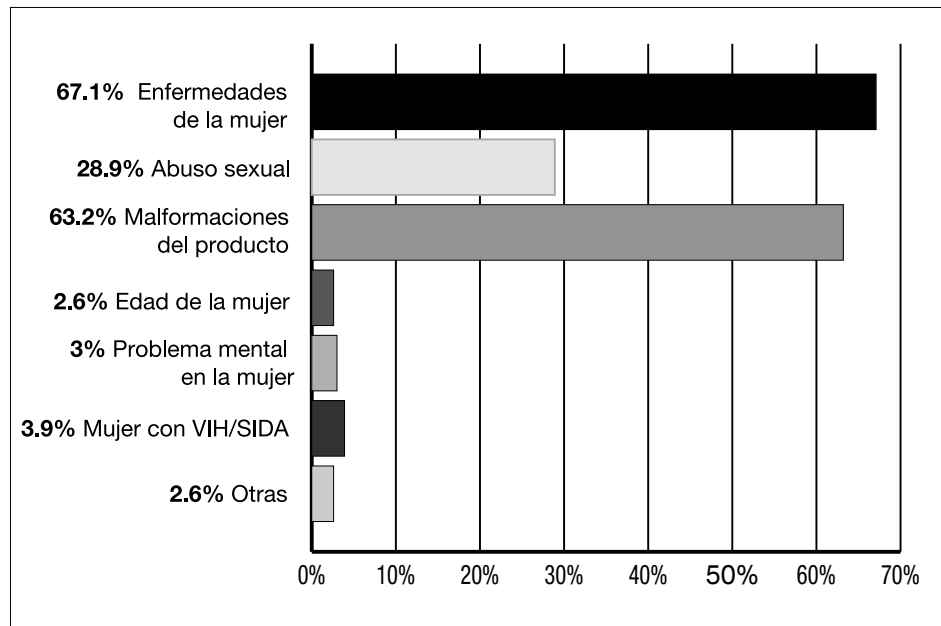
Grafico 3: Distribución de las opiniones de Gineco-Obstetras sobre si debe haber otras indicaciones médicas para la interrupción de un embarazo



Base: 100% de la muestra

Los 70,4% que afirmaron que existen indicaciones médicas para interrumpir un embarazo especificaron cuales podrían ser estas razones. Las causas mencionadas por las/os Gineco-Obstetras fueron reclasificadas en siete grupos y pueden ser observadas en grafico 4.

Grafico 4: Distribución de las razones por las que podría haber indicación médica para la interrupción de un embarazo (en porcentajes)



Base: 70,4% de la muestra que respondió que hay otras razones

La razón más importante es “Enfermedades que ponen en riesgo la salud y la vida de la mujer”. En esta categoría se agruparon enfermedades que se agravan o que son provocadas por el embarazo y enfermedades que obligan a la mujer a tomar medicamentos que pueden afectar al producto o que por sí mismas causan daño al producto⁴³.

Se nota una diferente entonación entre Gineco-Obstetras del sexo femenino y del sexo masculino: Para las mujeres el grupo “Enfermedades de la mujer” es la razón más importante, ya que 84,2 % de ellas afirmaron esta categoría, mientras solo el 64,9% de los hombres lo hicieron. (ver Cuadro 3)

La segunda razón más importante, “Malformaciones del Producto”, tiene un peso relativo mayor para los hombres (66.7%) que para las mujeres (52,6%). Más Gineco-Obstetras varones (31.6%) que mujeres (21.1%) ven en el abuso sexual una razón para indicar la interrupción de un embarazo.

Por último, otra diferencia se evidencia en la categoría VIH/SIDA: Para el 10,5% de las mujeres esto constituye una razón, mientras solamente el 1,8% de los varones lo mencionaron.

Solamente hombres opinaron que la edad de la mujer o un problema mental de la mujer podrían ser razones para una interrupción de un embarazo, mientras para ninguna mujer estas parecen indicaciones válidas.

⁴³ La clasificación de las enfermedades se puede observar en Anexo A3.

Cuadro 3: Distribución de las respuestas afirmativas sobre otras indicaciones médicas para el aborto según sexo en porcentaje*

RAZONES MENCIONADAS	% de mujeres que contestaron afirmativamente la pregunta	% de hombres que contestaron afirmativamente la pregunta	% del total que respondió sí a la pregunta
Total de respuestas afirmativas	100%	100%	100%
Enfermedad(es) de la mujer que se ven agravadas o provocados por el embarazo o que obligan a la mujer a tomar medicamentos que afectan el producto o que en si mismas causan daño al producto	84,2	64,9	69,7
Abuso sexual (incluye violación e incesto)	21,1	31,6	28,9
Malformaciones producto incluidas las incompatibles con la vida	52,6	66,7	63,2
Edad de la mujer (mayor de 40 años o menor de 14)	-	3,5	2,6
Problema mental mujer (incluye enfermedad mental o psiquiátrica)	-	5,3	3,9
Mujer con VIH/SIDA	10,5	1,8	3,9
Otras (incluye falla del método anticonceptivo, decisión de la mujer)	-	3,5	2,6

Base: 70,4 % de la muestra que respondió que si podría haber razones para indicar la interrupción de un embarazo

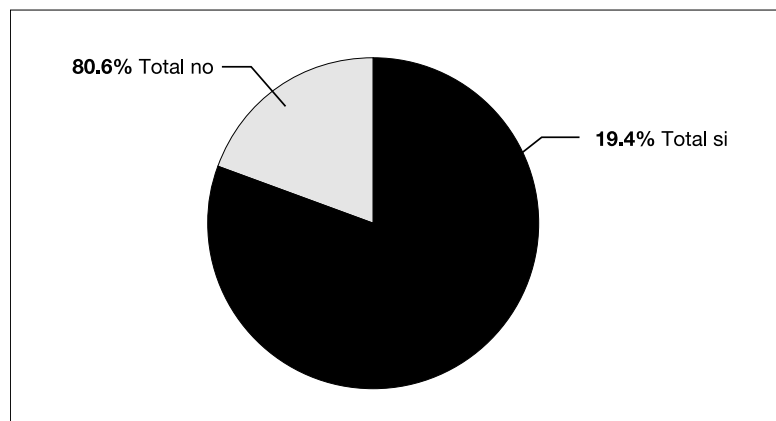
* Debido a que la mayoría de los Gineco-Obstetras contestaron más de una razón, los totales no son pueden dar a 100%.

Las razones “Enfermedades de la Mujer”, “Abuso sexual” y “Otras” pareciera que ponen en el centro la vida de la mujer y la decisión de ella. En el caso de las razones “Edad de la mujer” y “Mujer conviviendo con VIH/SIDA” podrían estar poniendo en el centro a la mujer, pero pareciera que también ponen en el centro al producto. Es decir que pensando en que haya una indicación médica para realizar un aborto en una adolescente, en una mujer mayor de 40 años o en una mujer conviviendo con VIH/SIDA pueden estar previendo el impacto en la vida del hijo/la hija nacida/o y no en la mujer misma. En el caso de las razones que parecieran poner en el centro al producto por nacer, están “Malformaciones en el producto” y “Problemas mentales de la Mujer”.

c) Combinación de cáncer y otras razones (Nivel 3)

El 80,6% de las personas afirman que hay por lo menos una razón que justifica la interrupción de un embarazo, es decir que respondieron afirmativamente en cáncer, en otras indicaciones, o en las dos opciones. Un 19,4% opina que no debe haber indicaciones médicas, ni para casos de cáncer ni por otro tipo de enfermedades o condiciones. (ver grafico 5; la elaboración exacta se puede consultar en el Anexo A4)⁴⁴

Grafico 5: Distribución porcentual de opiniones de Gineco-Obstetras sobre indicaciones médicas para realizar abortos (combinación de cáncer y otras indicaciones)



Base: 100% de la muestra

El 82,5% de los varones y 75% de las mujeres de la muestra respondieron afirmativamente a esta pregunta. Ello indica que las mujeres gineco – obstetras tienden a tener respuestas mas conservadoras que los hombres gineco – obstetras al respecto. (ver Anexo A6)

5.- Muertes maternas

Las dos terceras partes (69,5%) de los/as Gineco-Obstetras opinaron que la indicación médica para realizar un aborto contribuiría a reducir las muertes maternas. Esto aún parece poco si tomamos en cuenta la cantidad de mujeres que se mueren por complicaciones del aborto. Cabe recordar que argumentos que apelan a la salud y vida de las mujeres son frecuentemente usados por mujeres interesadas en la despenalización, lo que evidentemente es apoyado por dos de cada tres Gineco-Obstetras. Hay que mencionar que todavía un tercio piensa que una indicación médica no contribuiría a reducir el número de muertes maternas.

⁴⁴ En el Anexo A5 se puede revisar la combinación de cáncer y/o otras indicaciones médicas por departamento y sexo en porcentajes.

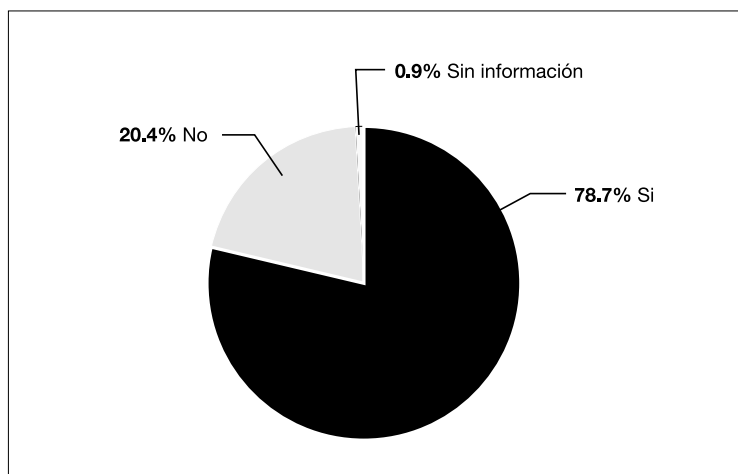
Una hipótesis al respecto es que la gran mayoría de las mujeres que llegan a los hospitales con abortos incompletos tienen detrás del aborto razones sociales y no una enfermedad o un problema que, desde la lógica médica, se constituya en una razón válida para interrumpir un embarazo (como cáncer o enfermedades cardíacas). Por ello tiene sentido que, desde una mirada meramente médico - asistencialista algunas/os opinen que las indicaciones médicas para realizar abortos no disminuyen las muertes maternas.

De otro lado, las mujeres que tienen riesgo de morir y que son atendidas por los/as Gineco-Obstetras en los hospitales no son precisamente las que llegan con abortos incompletos, pues en muchos de los casos, de acuerdo a las estadísticas hospitalarias, estos se dan sin complicaciones. Ello significa que las mujeres que se ven obligadas a buscar atención médico - hospitalaria después de un aborto incompleto, pocas veces sus casos se constituyen en una complicación obstétrica que pone en riesgo su vida, tales como hemorragias severas o shock sépticos. Muy probablemente, la gran mayoría de mujeres con riesgo de morir por un aborto no llega a los hospitales por temor a la sanción social y legal que ello puede implicar.

6.- Despenalización

El 78,7% de las/os Gineco-Obstetras opinaron estar de acuerdo con la despenalización de alguna o varias razones del aborto en la legislación de Honduras, mientras 20,4% están en contra. (ver gráfico 6)

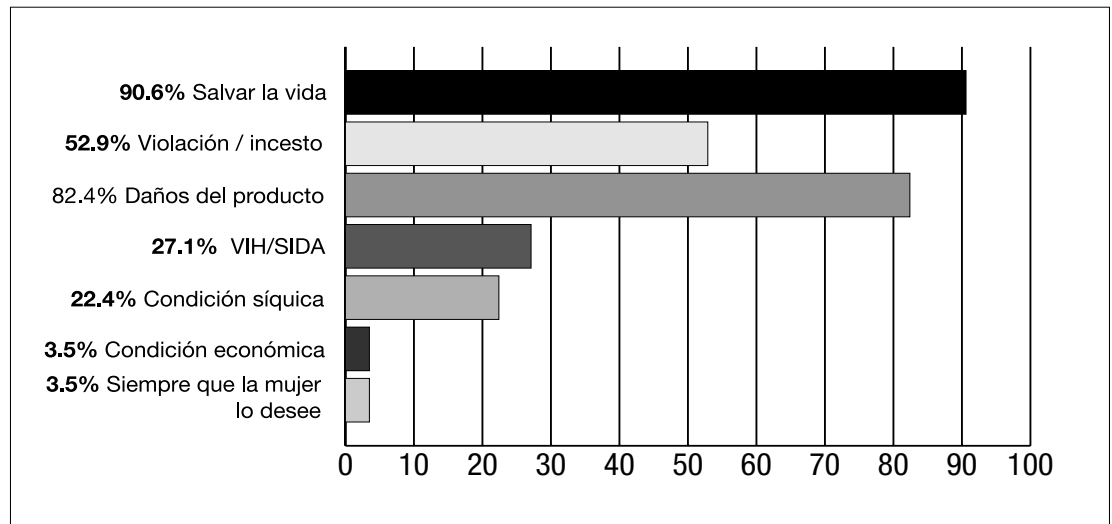
Grafico 6: Distribución de opiniones de Gineco-Obstetras sobre la despenalización del aborto en la legislación al menos por una razón (en porcentajes)



Base: 100% de la muestra

Las razones que mencionaron estos 78,7% por las cuales se debe despenalizar el aborto se pueden observar en grafico 7. La razón más importante es salvar la vida de la mujer y la segunda los daños en el producto.

Grafico 7: Distribución por razón de despenalizar la interrupción del embarazo en porcentaje



Base: 78,7% que respondió afirmativamente a la pregunta

En cuadro 4 se pueden observar las respuestas por sexo. Más mujeres que hombres opinan que salvar la vida de la mujer es una razón: 95% de las mujeres y 89,2% de los hombres ven esta opción. También más mujeres consideran que daños al producto es una razón. La diferencia más grande se encuentra en VIH/SIDA: 35% de las mujeres, pero solamente 24,6% de los varones lo consideran una razón para despenalizar el aborto.

Hay que destacar que solamente hombres escogieron la opción de “Siempre que la mujer lo desee”. Otro aspecto interesante es que algunas causas, por ejemplo, violación y condición psíquica fueron mencionadas como causas para despenalizar, aunque no necesariamente como indicación médica. Ello da la pauta para pensar que los/as Gineco-Obstetras pudieran estar de acuerdo en algunas formas de despenalización de abortos al margen de la indicación médica.

Cuadro 4: Distribución de las razones mencionadas por las que debería despenalizarse la interrupción del embarazo*

Razones para despenalizar la aborto	% de mujeres que mencionaron esta opción para despenalizar	% de hombres que mencionaron la opción para despenalizar	% de personas que contestaron afirmativamente la pregunta
Total de respuestas afirmativas	100%	100%	100%
Salvar la vida de la mujer	95.0	89.2	90.6
Violación/Incesto	55.0	52.3	52.9
Daños del producto	90.0	80.0	82.4
Mujer con VIH/SIDA	35.0	24.6	27.1
Condición psíquica	20.0	23.1	22.4
Condición económica	5.0	3.1	3.5
Siempre que la mujer desee	–	4.6	3.5

Base: 78,7% de muestra que contestó afirmativamente a la pregunta

* Debido a que la mayoría de los Gineco-Obstetras contestaron más de una razón, los totales no son pueden dar a 100%.

Del 78,7% de Gineco-Obstetras que contestaron afirmativamente la pregunta, el 18,5% son mujeres y el 60,2% son varones (cuadro 5). Si se toma como referencia la relación entre mujeres y hombres en la muestra, también se nota que una proporción menor de mujeres que de hombres dio respuestas afirmativas con respecto a la despenalización del aborto: 71,4% de las mujeres y el 81,3% de los hombres respectivamente. (consultar Anexo 7)⁴⁵

Cuadro 5: Opiniones médicas sobre despenalización por sexo en %

Sexo	Si	No	Sin información	Total
Mujeres	18,5	7,4	–	25,9
Hombres	60,2	13,0	0,9	74,1
Total	78,7	20,4	0,9	100

Base: 100% de la muestra

⁴⁵ En Anexo 8 se puede consultar la distribución de opiniones según sexo y departamento.

Comparación de opiniones sobre indicación médica y despenalización

El 80,6% de las/os Gineco-Obstetras dijo que debe haber alguna indicación médica para interrumpir un embarazo. Este 80,6% está formado por 75% que a la vez está a favor de una despenalización y un 4,6% que está en contra de la despenalización del aborto.

El 78,7% de las/os Gineco-Obstetras que dijo estar de acuerdo con la despenalización de alguna o varias razones para despenalizar un aborto en la legislación de Honduras (ver párrafo 6). De estas 78,7%, el 75% opina que debe haber indicaciones médicas que justifican la interrupción de un embarazo. 3,7% de ellas/os no piensan que existen indicaciones médicas.

El 75% de las/os Gineco-Obstetras favorece a la vez una despenalización y opina que hay indicaciones médicas para un aborto.

Cuadro 6: Distribución porcentual de opiniones médicas respecto a la despenalización e indicaciones médicas del aborto

Indicación médica para un aborto	A favor de la despenalización	En contra de la despenalización	Sin información	Total
Si	75,0	4,6	0,9	80,6 ⁴⁶
No	3,7	15,7	–	19,4
Total	78,7	20,3	0,9	100

Base: 100% de la muestra

7.- Sociedad de Ginecología y Obstetricia

El 85% de las/os Gineco-Obstetras opinan que la Sociedad de Gineco – Obstetricia de Honduras debería dar dictamen técnico respecto a la despenalización del aborto. El dictamen de la Sociedad de Gineco-Obstetricia se puede consultar en el anexo A9.

8.- Resumen

De un total de 291 Gineco-Obstetras se tomó una muestra aleatoria de 182 Gineco-Obstetras, lo que constituye un 62% del universo. 108 de ellas/os optaron por llenar la encuesta, lo que corresponde a 37% del universo, que se puede tomar como valor representativo.

El 99,1% de las/os Gineco-Obstetras dijo haberse encontrado con abortos incompletos o complicaciones de los mismos.

El 80,6% de las/os Gineco-Obstetras ve por lo menos una razón que justifica una indicación médica para un aborto, siendo las más importantes el cáncer, otras enfermedades cardíacas y malformaciones en el feto. 69,5% de los/as Gineco-Obstetras opinaron que la indicación médica para realizar un aborto contribuiría a reducir la mortalidad materna.

⁴⁶ La incongruencia se debe a la redundancia.

78,7% de las/os Gineco-Obstetras está a favor de una despenalización. Salvar la vida de la mujer, daños del producto y violación/inceto fueron las razones más mencionadas.

En suma, se puede constatar que 4/5 de médicas y médicos gineco-obstetras en Honduras expresa razones medicas que justifican la interrupción de un embarazo y casi el la misma cantidad estaría de acuerdo con una despenalización del aborto en Honduras.

ANEXO

BOLETA DE LA ENCUESTA

Realizada _____ Rechazada _____ Código _____

Encuesta de opinión sobre legislación del aborto por causa médica a médicos y médicas de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia

Introducción:

El Centro de Estudios y Acción Social para el Desarrollo de Honduras CESADEH, Acciones para el Desarrollo Poblacional, ADP y el Centro de Derechos de Mujeres CDM, están interesadas en conocer la opinión técnica del gremio de médicos y médicas gineco – obstetras acerca de la interrupción del embarazo. Esta es una encuesta anónima y para ser contestada por decisión libre de los profesionales a los que se les solicita su apoyo. Si usted está dispuesto/a a llenarla, agradecemos de antemano su valiosa opinión.

Partimos del supuesto que las y los médicas gineco obstetras tienen un criterio técnico y científico sobre el aborto y quisiéramos conocer el mismo. Los criterios emitidos por cada médico/a serán totalmente respetados, reiterando que la pretensión es obtener la opinión técnica del gremio. MARQUE CON UNA X'S LA RESPUESTA CON LA QUE USTED SE IDENTIFICA. Puede justificar o aclarar su respuesta, si así lo desea, en los espacios diseñados para este fin.

SOLO PARA ESPECIALISTAS EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Fecha: _____ Ciudad: _____ Sexo: _____

1. Ud. se ha encontrado en su práctica médica con mujeres con abortos incompletos y/o con complicaciones relacionadas con el aborto?

Sí

No

2. En promedio, cuantos casos de abortos atiende/conoce por mes: _____

3. Considera usted que el manejo en casos como CaCU u otro cáncer en donde el tratamiento brindado puede ser quirúrgico, radiación, o quimioterapia debe ser una indicación medica para la interrupción de un embarazo:

Sí

No

4. Considera usted que existen otras razones, además de las anteriores, por las que debería haber indicación médica para la interrupción de un embarazo:

Sí

No

5. De ser afirmativa su opinión a la pregunta anterior, cuáles deberían ser esas causas por las que habría una indicación médica para la interrupción de un embarazo:

6. Según su criterio, la realización de una interrupción de un embarazo por indicación médica, podría contribuir a reducir las cifras de Mortalidad Materna y Perinatal:

Sí

No

7. Usted esta de acuerdo con la despenalización en nuestra legislación de la interrupción de un embarazo por indicaciones médicas:

Sí

No

8. Si usted considera la necesidad de despenalizar otras formas de interrupción de un embarazo, siempre que la mujer lo solicite, cuales serían esas causas:

- Para salvar la vida de la mujer
- Embarazo por violación/incesto
- Graves daños al producto de la gestación
- Mujer con VIH/SIDA
- Condición psíquica de la mujer
- Condición económica de la mujer
- Siempre que la mujer lo desee
- Ninguna

9. Considera usted que La Sociedad de Ginecología y Obstetricia, como organismo que aglutina a los especialistas en esta área, tiene la capacidad técnica para rendir dictamen medico en cuanto a la legislación sobre las indicaciones medicas para la interrupción de un embarazo:

- Sí
- No

Comprometiéndonos a la confidencialidad de la información que usted nos ha proporcionado, nos ofrecemos para darle a conocer los resultados de este estudio, si usted lo desea. De ser así, favor de proveer alguna de la información siguientes. No es necesario dar su nombre:

Correo-electrónico _____

Teléfono _____

Fax _____

Dirección postal _____

2.- ENCUESTAS REALIZADAS POR DEPARTAMENTO SEGÚN SEXO EN NÚMEROS Y PORCENTAJE

Departamento	Mujeres		Hombres		Total	
	Nº.	%	Nº	%	Nº	%
Atlántida	2	1,9	–	–	2	1,9
Choluteca	1	1,0	5	4,6	6	5,6
Colon	–	–	3	2,8	3	2,8
Comayagua	2	2,0	6	5,6	8	7,4
Copan	3	3,0	5	4,6	8	7,4
Cortes	1	1,0	22	20,4	23	21,3
Francisco Morazán	14	13,0	29	26,9	43	39,8
Gracias a Dios	–	–	1	0,9	1	0,9
Intibucá	–	–	1	0,9	1	0,9
Islas de la Bahía	–	–	–	–	–	–
La Paz	–	–	1	0,9	1	0,9
Ocotepeque	–	–	2	1,9	2	1,9
Olancho	1	1,0	1	0,9	2	1,9
Paraíso	2	2,0	–	–	2	1,9
Santa Bárbara	1	1,0	2	1,9	3	2,8
Valle	–	–	–	–	–	–
Yoro	1	1,0	2	1,9	3	2,8
Total	28	25,9	80	74,1	108	100,0

Base: 100% de la muestra

3.- CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES QUE PONEN EN RIESGO LA SALUD Y LA VIDA DE LA MUJER Y QUE JUSTIFICAN UNA INDICACIÓN MÉDICA PARA UN ABORTO

1. Patologías maternas que se ven agravadas o provocadas por el embarazo:

- Lupus
- Enfermedades cardiacas severas (estenosis mitral) (ICC G)
- Diabetes con daño vascular
- Enfermedades renales (IRC)
- Hipertensión severa
- Enfermedad de la colágena
- Obesidad extrema
- Eclampsia/preclampsia

2. Enfermedades que obligan a la mujer a tomar medicamentos que pueden afectar el producto o que por si mismas causan daño al producto:

- Cáncer de varias forma, como de mama, de cervix,
- Leucemia
- Rubéola

4.- COMBINACIÓN DE LAS INDICACIONES MÉDICAS

El número de Gineco-Obstetras que opina que hay alguna razón para una indicación médica para la interrupción de un embarazo se compone entre las/os que respondieron “sí” en cáncer o dieron otra indicación médica en la pregunta siguiente o estaban de acuerdo en los dos casos: 87 personas.

En el cuadro 4.1 se puede observar que hay 74 personas que opinan que cáncer es una razón, sumando las respuestas “depende” y “sí”. 76 personas afirman que hay otras razones. Los 76 no son las mismas personas que las/os 74 que contestaron “sí” en caso del cáncer, porque hay 10 personas que opinan que no hay otras razones, además del cáncer, y 13 que hay otras razones, pero el cáncer no es una razón. (cuadro 4.2)

Entonces se llega a 87 personas que están de acuerdo con alguna razón para interrumpir un embarazo con indicación médica, lo que son 80,6%. (marcados con *)

Cuadro 4.1: Distribución de opiniones de Gineco-Obstetras sobre razones que justifican la interrupción de un embarazo por cáncer y otras indicaciones médicas en números y porcentaje

Otras indicaciones médicas	Si	Nº	Sin información	Total	% del total
Cáncer					
Si	45*	9*	–	54	50
No	13*	21	–	34	31,5
Depende	18*	1*	1*	20	18,5
Total	76	31	1	108	100
% del Total	70,4	28,7	0,9		100

Base: 100% de la muestra

Cuadro 4.2: Combinación de opiniones sobre cáncer y otras indicaciones médicas

Categorías de indicaciones médicas	Nº	%
Solo cáncer	11	10,2
Solo otra indicación	13	12,0
Cáncer y otra indicación	63	58,3
Ninguna indicación	21	19,4
Total	108	100 ⁵⁰

Base: 100% de la muestra

⁵⁰ La incongruencia se debe a la redundancia.

5.- COMBINACIÓN DE CÁNCER Y/O OTRAS INDICACIONES MEDICAS POR DEPARTAMENTO Y SEXO EN PORCENTAJES

Departamento	Si			No		
	Hombres	Mujeres	total	Hombres	Mujeres	total
Atlántida	-	100.0	100.0	-	0.0	0.0
Cholulteca	80.0	0.0	66.7	20.0	100.0	33.3
Colon	66.7	-	66.7	33.3	-	33.3
Comayagua	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0
Copan	80.0	33.3	62.5	20.0	66.7	37.5
Cortes	95.5	100.0	95.7	4.5	0.0	4.3
Francisco Morazán	82.8	92.9	86.0	17.2	7.1	14.0
Gracias a Dios	100.0	-	100.0	0.0	-	0.0
Intibuca	100.0	-	100.0	0.0	-	0.0
La Paz	0.0	-	0.0	100.0	-	100.0
Ocotepeque	50.0	-	50.0	50.0	-	50.0
Olancho	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0	100.0
Paraiso	-	0.0	0.0	-	100.0	100.0
Santa Bárbara	50.0	100.0	66.7	50.0	0.0	33.3
Yoro	50.0	100.0	66.7	50.0	0.0	33.3
Total	82.5	75.0	80.6	17.5	25.0	19.4

Base: 100% de la muestra

6.- OPINIONES AFIRMATIVAS SOBRE INDICACIONES MÉDICAS SEGÚN SEXO

Sexo	Total en muestra	Nº. de respuestas afirmativas	%
Mujeres	28	21	75
Hombres	80	66	82,5
Total	108	87	80,6

Base: 100% de la muestra

7.- OPINIONES MÉDICAS FAVORABLES SOBRE LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO SEGÚN SEXO

Sexo	Total en muestra	Nº. de respuestas afirmativas	%
Mujeres	28	20	71,4
Hombres	80	65	81,3
Total	108	85	78,7

Base: 100% de la muestra

8.- DESPENALIZACIÓN SEGÚN DEPARTAMENTO Y SEXO

Porcentajes departamentales de opiniones de Gineco-Obstetras sobre la despenalización de algunas formas de aborto, por sexo

Departamento	A favor de despenalizar			En contra de despenalizar		
	Hombres	Mujeres	total	Hombres	Mujeres	Total
Atlántida	–	100,0	100,0	–	0,0	0,0
Choluteca	100,0	0,0	83,3	0,0	100,0	16,7
Colón	33,3	–	33,3	66,7	–	66,7
Comayagua	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Copán	80,0	33,3	62,5	20,0	66,7	37,5
Cortés	81,0	100,0	81,8	19,0	0,0	18,2
Francisco Morazán	89,7	85,7	88,4	10,3	14,3	11,6
Gracias a Dios	100,0	–	100,0	0,0	–	0,0
Intibucá	100,0	–	100,0	0,0	–	0,0
La Paz	100,0	–	100,0	0,0	–	0,0
Ocatepeque	50,0	–	50,0	50,0	–	50,0
Olancho	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0
Paraíso	–	0,0	0,0	–	100,0	100,0
Santa Bárbara	50,0	100,0	66,7	50,0	0,0	33,3
Yoro	50,0	100,0	66,7	50,0	0,0	33,3
Total	82,3	71,4	79,4	17,7	28,6	20,6

Base: 99,1% que contestó, 0,9 sin información

9.- DICTAMEN DE LA SOCIEDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE HONDURAS CON RESPECTO AL ABORTO

Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Honduras



Florencia María Cordero
Fundada en 1967

TEGUCIGALPA, M.D.C., HONDURAS, C.A.
Apartado Postal 2333
Teléfono: 239-6245

Tegucigalpa M.D.C. 17 de octubre de 2003

**SEÑORA
INA HILSE
CENTRO DE DERECHOS DE LA MUJER
PRESENTE**

Estimada Sra. Hilse:

*Por medio del presente, acusamos recibo de su comunicación, y al respecto le referimos que **LA SOCIEDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE HONDURAS**, está en contra de todo acto de violencia hacia la mujer ya que, protegemos y promovemos sus derechos sexuales y reproductivos, respondiendo a las necesidades de las mismas para que estas gocen de estos derechos, tratando por todos los medios de asegurarles el cumplimiento de los mismos; sin embargo en lo que respecta al Aborto, nos mantenemos en apego estricto a la ley vigente en la legislación de nuestro país y por ende también somos respetuosos de nuestras leyes.*

En la sesión Ordinaria del día 08 de agosto del 2001, se dio lectura al dictamen, sobre la posición de nuestra sociedad acerca del Embarazo no Deseado y Aborto Inseguro, solicitado por la Federación de Ginecología y Obstetricia concluyendo lo siguiente:

" Nuestra Sociedad se manifiesta en contra del aborto inseguro y a favor de la prevención del embarazo no deseado, dejando claro que No consideramos como alternativa para este último la interrupción del mismo"

Esperando que el presente haya cubierto todas sus inquietudes, nos es grato saludarla.

Atentamente,



**DR. OSCAR BRAHONA
PRESIDENTE DE LA S.G.O.H.**

BIBLIOGRAFÍA:

Boletín de Información Estadística de Atención Hospitalaria 2001

Campaña 2001: Aborto en América Latina y el Caribe – Derechos de las Mujeres frente a la Coyuntura Mundial. Río de Janeiro, Brasil.

– 1999a: Aborto inseguro. La despenalización del aborto. La Paz, Bolivia

– 1999b: Aborto inseguro. Cuando las mujeres se mueren por ser pobres. La Paz, Bolivia

– 1999c: Aborto inseguro. Las mujeres nunca mueren solas. La Paz, Bolivia.

Católicas 2003: Dilemas éticos. Diálogos en la comunidad católica sobre el aborto. México.

– 2002: Tejiendo saberes: Por un Estado Laico que defienda los derechos de las mujeres. Bogota, Colombia

– 2001 (Catholics for a free Choice): Como hablar del aborto inducido. Washington/ México.

– 1999: Sumario de argumentos. Managua, Nicaragua

Cohen, Jean 1999: Para pensar de nuevo la privacidad: la autonomía, la identidad y la controversia sobre el aborto. En: Debate feminista Año 10, Vol 19, Abril 1999. México.

Alan *Gutmacher* Institute 1999a: Sharing Responsibility. Women, Society and Abortion worldwide. New York/Washington, USA.

– 1999b: Abortion in context: United States and worldwide. New York/Washington, USA

– 1999c: Aborto inducido a nivel mundial. New York/Washington, USA

– 1996: Panorama general del aborto clandestino en América Latina. New York/ Washington, USA

– 1994: Aborto clandestino: Una realidad Latinoamericana. New York/Washington, USA

ENESF (Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar) 2001: Informe Final. Tegucigalpa Honduras.

Instituto Nacional de Salud Pública 2001: Reporte de la Reunión sobre el embarazo no deseado y el aborto inducido: Desafíos de salud publica en América Latina y el Caribe. México.

Maguirre, Daniel 1984: Reflexiones de un teólogo católico en ocasión de una visita a una clínica de abortos. Ed: Católicas para el Derecho a Decidir. México.

Meléndez, Jorge Humberto/*Vásquez*, José/*Villanueva*, Yanira 1999: Investigación sobre mortalidad maternal y de mujeres en edad reproductiva en Honduras. Tegucigalpa, Honduras.

OMS (Organización Mundial de Salud) 2002: La Salud en las Américas, Vol. 1 Washington USA.

– 1992: The Prevention and Management of Unsafe Abortion. Geneva, Suiza.

Oliveras Mansuy, Cecilia 1998: Una Encuesta Nacional de opinión sobre Aborto en Población Urbana. La Paz Bolivia. Pizarro Ana Maria 2002: Políticas de Población y Legislación sobre el aborto en América Latina y el Caribe. Managua, Nicaragua.

– 2001: Diagnóstico Regional Centroamericano desde el Movimiento de Mujeres y la Sociedad Civil. Managua, Nicaragua

Sánchez, Leda, 2001: Perfil sociodemográfico, sexual y reproductivo; Conocimientos y practicas de métodos anticonceptivos y la atención recibida por mujeres que egresaron con diagnostico de aborto, Hospital Escuela. Tegucigalpa, Honduras, C.A.

Schwarcz, Ricardo/Duverges, Carlos/Díaz, A. Gonzalo/Fescina, Ricardo 1996: Obstetricia. 5ta edición. Buenos Aires, Argentina.

Sgambatti, Sonia 1992: El Aborto. Aspectos historiográficos, legales, éticos y científicos. Caracas, Venezuela.

GLOSARIO

Mortalidad materna: Son aquellas muertes que ocurren durante el embarazo, el parto o el periodo de 42 días posterior al parto, por causas relacionadas o agravadas por la gestación, pero no por causas accidentales o incidentales.⁴⁷

Aborto inseguro: Se define como el procedimiento para terminar un embarazo no deseado, practicado ya sea por personas que carecen de las destrezas necesarias o en un ambiente carente de las normas mínimas utilizadas en la práctica de la medicina, o ambos.⁴⁸

Aborto seguro: Condiciones donde el aborto está permitido por la ley y no implica riesgos para la salud.⁴⁹

Aborto voluntario: Un aborto a voluntad de la mujer embarazada.

Aborto inducido: Un aborto no espontáneo.

⁴⁶ La incongruencia se debe a la redundancia.

⁴⁷ Schwarsc et al 1996:138.

⁴⁸ OMS 1992.

⁴⁹ Católicas 1999:5.