



Situación del aborto

en República Dominicana





Situación del aborto en República Dominicana

Santo Domingo, R.D.
Noviembre 2016



Situación del aborto en República Dominicana

Equipo Responsable General:

Leopoldina Cairo
Dr. José Figueroa
Gianna Sangiovanni
Myrna Flores Chang
Claudia Saleta

Proyecto Avanzando en la Garantía y Defensa de los Derechos de las Mujeres, y de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos

Profamilia y NAM (Núcleo de Apoyo a la Mujer)

ISBN: 978-9945-16-776-4

Investigadores:

Lic. Germania A. Estévez Then y Francisco I. Cáceres Ureña, PhD
ENCUESTA SOBRE ABORTO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS 2015

Dra. Marija Miric, coordinadora técnica del Centro de Investigaciones en Salud Global y Biotecnología de la Escuela de Medicina de la Universidad Dominicana O&M (O&Med)

Dr. Eddy Pérez Then, director del Centro de Investigaciones en Salud Global y Biotecnología de la Escuela de Medicina de la Universidad Dominicana O&M (O&Med)

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL ABORTO INDUCIDO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y ABORDAJE CUALITATIVO

Corrección de Estilo: Naivi Frias e Itania María

Diagramación: Jesús Alberto De la Cruz

Impresión: Editora Búho, S.R.L.

Situación del aborto en República Dominicana es una publicación de Profamilia con el apoyo de la Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental y la Asociación Sueca de Educación Sexual. SIDA, la Agencia Sueca de Cooperación Internacional, financia total o parcialmente este material. SIDA no comparte necesariamente las opiniones presentadas. La responsabilidad de los contenidos es únicamente de los autores,as.

Profamilia

www.profamilia.org.do
Info@profamilia.org.do
(809) 689-0141
Distrito Nacional
República Dominicana, 2015



Índice general

Presentación.	7
Encuesta sobre aborto en estudiantes universitarias	9
Análisis de situación del aborto inducido en la República Dominicana: Revisión sistemática y abordaje cualitativo	97

Presentación

El aborto en República Dominicana es un tema controversial que concita opiniones apasionadas, emocionales de la más diversa naturaleza. A pesar de su impacto en la salud de las mujeres, ha sido poco estudiado. Para aportar al debate informaciones que contribuyan a un análisis científico, basado en evidencias, Profamilia presenta este documento. Este es un compendio de los hallazgos más relevantes de dos (2) investigaciones independientes, auspiciadas por la institución, como parte de sus iniciativas dirigidas a fortalecer el análisis de la situación de la salud de la mujer en la República Dominicana. Estos estudios fueron dirigidos a caracterizar la situación del aborto en República Dominicana, con evidencias recientes. Estas dos investigaciones son:

- 1) Estudio cualitativo, titulado ***Análisis de la Situación del Aborto Inducido en República Dominicana: Revisión Sistemática y Abordaje Cualitativo***, fue diseñado por la doctora Marija Miric, investigadora principal y Coordinadora Técnica del Centro de Investigaciones en Salud Global y Biotecnología de la Escuela de Medicina de la Universidad Dominicana O&M (O&Med) y el director de ese centro, doctor Eddy Pérez Then, con la aprobación y supervisión de su Comité de Ética de Investigación
- 2) Estudio cuantitativo, titulado ***Encuesta sobre Aborto en Estudiantes Universitarias 2015***, realizado por la licenciada Germania A. Estévez Then y el doctor Francisco I. Cáceres Ureña (PhD), con una muestra de 2,436 estudiantes universitarias de diferentes puntos del país.

Los resultados de ambos estudios tienen el propósito de motivar y crear las bases para que investigadores/as y técnicos del área de la salud profundicen en el análisis del tema. Al mismo tiempo favorecer la formulación de propuestas de políticas públicas e intervenciones sanitarias y sociales para ampliar el acceso a servicios de salud de calidad a la población, especialmente a las mujeres. Profamilia pone a disposición de la sociedad las bases de datos para ampliar los análisis.

Agradecemos a los dos equipos de investigación y a las academias que abrieron sus puertas para facilitarnos el acceso a sus instalaciones: Universidad Autónoma de Santo Domingo, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña y la Universidad Intec.

Exhortamos a las personas que tengan acceso a este documento, medios de comunicación y a las autoridades a apropiarse de los resultados aquí presentados y sirvan de base para sus reflexiones y el diseño de acciones a favor del bienestar y la salud de la mujer y de la población en general.

Magaly Caram
Directora Ejecutiva



ENCUESTA SOBRE ABORTO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS

**Lic. Germania A. Estévez Then
Francisco I. Cáceres Ureña, PhD**

Santo Domingo, Noviembre de 2015

Tabla de contenido

ENCUESTA SOBRE ABORTO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS

Introducción	17
1. Aspectos metodológicos	19
1.1 Organización del estudio	19
1.2 Población objetivo	19
1.3 Diseño de la muestra	20
1.4 Instrumentos	20
1.5 Trabajo de campo	21
1.6 Procesamiento de datos	22
1.7 Construcción de variables para el análisis	22
2. Antecedentes	25
3. Características de las estudiantes universitarias	29
3.1 Muestra estudiada	29
3.2 Región de residencia, edad y estado conyugal	30
3.3 Características del entorno socio-familiar de las estudiantes	32
3.4 Características laborales	34
3.5 Características económicas del hogar de las estudiantes	34

4. Acceso a medios de comunicación e información y conocimiento sobre salud sexual y aborto entre las estudiantes universitarias	37
4.1 Acceso y uso de las TICs entre las estudiantes.	37
4.2 Conocimiento sobre salud sexual y salud reproductiva.	39
4.3 Percepciones y actitudes sobre temas de salud sexual, salud reproductiva y aborto	41
4.4 Conocimiento y percepciones acerca de casos de aborto en otras mujeres ..	46
4.5 Acceso y uso de las TIC entre las estudiantes universitarias en general, de las que han tenido relaciones sexuales y de las que han estado embarazadas ..	50
5. Salud sexual y salud reproductiva: Actitudes y prácticas de las estudiantes universitarias que han tenido relaciones sexuales y las que han estado embarazadas	53
5.1 Aborto de cualquier tipo.	56
5.2 Aborto inducido	58
5.3 Contraste entre datos del presente estudio de aborto y estadísticas estatales vigentes	63
Conclusiones y recomendaciones	69
Algunas conclusiones	69
Algunas recomendaciones	70
Anexos	73
Guía para la introducción de las entrevistadoras	
Cuestionario	73
Cuestionario	74

Índice cuadros

Cuadro 1	Distribución de la muestra de estudiantes universitarias estudiada, según universidad en la que estudian	30
Cuadro 2	Distribución de las estudiantes universitarias, según algunas características geográficas y demográficas.	31
Cuadro 3	Distribución de las estudiantes universitarias, según algunas características sociales de su entorno	33
Cuadro 4	Distribución de las estudiantes universitarias, según condición laboral actual	34
Cuadro 5	Distribución de las estudiantes universitarias, según acceso a servicios básicos del hogar	35
Cuadro 6	Distribución de las estudiantes universitarias, según características socioeconómicas del hogar	36
Cuadro 7	Distribución de las estudiantes universitarias, según frecuencia con la que accedieron a medios de información o comunicación y/o redes sociales en el último mes.	38
Cuadro 8	Distribución de las estudiantes universitarias, según exposición a formación en educación sexual y fuente de la formación recibida	39
Cuadro 9	Número de estudiantes universitarias que conoce algún método anticonceptivo, según tipos de métodos anticonceptivos que conoce	40
Cuadro 10	Distribución de las estudiantes universitarias, según percepciones acerca del momento apropiado para el inicio de intervenciones de educación sexual	41

Cuadro 11	Distribución de las estudiantes universitarias, según percepciones acerca de quién cree que tiene la responsabilidad de llevar la discusión acerca de la interrupción del embarazo en la República Dominicana	42
Cuadro 12	Distribución de las estudiantes universitarias, según posición que tienen respecto a los derechos de la mujer para decidir tener un aborto.	43
Cuadro 13	Número de estudiantes universitarias, según el grupo base donde afirman se fundamenta la posición que ellas tienen acerca del aborto	44
Cuadro 14	Distribución de las estudiantes universitarias, según su conocimiento acerca de la legalidad del aborto en la República Dominicana.	45
Cuadro 15	Distribución de las estudiantes universitarias, según su percepción de seguridad ante procedimientos para la interrupción de embarazos que se apliquen en centros de salud.	46
Cuadro 16	Distribución de las estudiantes universitarias, según su conocimiento de casos de abortos inducidos en otras mujeres	47
Cuadro 17	Número de estudiantes universitarias, según su conocimiento de los métodos que se utilizan para inducir un aborto.	47
Cuadro 18	Número de estudiantes universitarias, según su conocimiento de dónde las mujeres buscan ayuda cuando deciden interrumpir un embarazo	48
Cuadro 19	Número de estudiantes universitarias, según lo que considera son las principales razones para que una mujer decida abortar un embarazo	49
Cuadro 20	Número de estudiantes universitarias, según lo que considera son las principales razones para que una mujer decida NO abortar un embarazo.	50
Cuadro 21	Número de estudiantes universitarias por estatus en relación a su exposición a un embarazo, según factores relacionados con el acceso a la información	51
Cuadro 22	Número de estudiantes universitarias por estatus en relación a su exposición a un embarazo, según factores relacionados con la frecuencia de uso de Internet	52
Cuadro 23	Número de estudiantes universitarias por estatus en relación a su exposición a un embarazo, según factores relacionados con la primera relación sexual.	54
Cuadro 24	Número de estudiantes universitarias por estatus en relación a su exposición a un embarazo, según factores relacionados con embarazo . . .	55

Cuadro 25	Número de estudiantes universitarias que han estado embarazadas según factores relacionados con el parto y nacimiento de los hijos tenidos	56
Cuadro 26	Número de estudiantes universitarias que tuvieron algún tipo de aborto, según características asociadas a la experiencia de aborto	58
Cuadro 27	Número de estudiantes universitarias que tuvieron algún aborto inducido, según características socio demográficas al momento de la interrupción del embarazo	60
Cuadro 28	Número de estudiantes universitarias según factores relacionados a la interrupción intencional del embarazo	61
Cuadro 29	Número de estudiantes universitarias por estatus en relación a su exposición a un embarazo, según factores relacionados a consecuencias inmediatas por la interrupción intencional del embarazo.	62
Cuadro 30	Distribución de las mujeres de la población general en grupos de edades seleccionados, porcentaje de mujeres de 15 a 49 años y porcentaje de estudiantes universitarias que ha experimentado algún aborto, por fuente, según grupos de edades seleccionados	63
Cuadro 31	Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años y porcentaje de estudiantes universitarias que ha experimentado algún aborto, por fuente y tipo de aborto, según entorno de residencia	64
Cuadro 32	Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años y porcentaje de estudiantes universitarias que ha experimentado algún aborto, por fuente y tipo de aborto, según situación de convivencia.	65
Cuadro 33	Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años y porcentaje de estudiantes universitarias que ha experimentado algún aborto, por fuente y tipo de aborto, según contexto religioso	66
Cuadro 34	Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años y porcentaje de estudiantes universitarias que ha experimentado algún aborto, por fuente y tipo de aborto, según características socioeconómicas	67

Índice gráficas

Gráfica	Porcentaje de estudiantes universitarias que estuvo alguna vez embarazada y que declara haber tenido algún aborto o pérdida de embarazo, Profamilia 2015	57
Gráfica	Porcentaje de estudiantes universitarias que ha estado alguna vez embarazada y que declara haber tenido algún aborto inducido, Profamilia 2015	59

Introducción

El tema del aborto en la República Dominicana está presente en los debates, sobre todo desde un abordaje legal vinculado a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, en una sociedad tradicionalmente permeada por tabúes sobre el tema de la sexualidad. Su conocimiento se hace cada vez más necesario, sobre todo por el vínculo identificado entre el aborto, su clandestinidad, la mortalidad materna y la maternidad adolescente.

A pesar de su relevancia, el aborto ha sido poco estudiado en el país. Entre las razones se encuentran las limitaciones metodológicas que implica este tipo de investigación, por ser una actividad que suele darse a escondidas. Esto conduce a estudios con muestras poco representativas, en los cuales se dificulta estimar la magnitud y características del fenómeno.

El presente estudio está basado en una exploración de los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres, a través de una encuesta auto aplicada, en una muestra de estudiantes universitarias a nivel público y privado, en tres de las principales universidades del país y con la participación de estudiantes de seis grandes regiones: Metropolitana, Este, Suroeste, Cibao Central y Noroeste, Cibao Nordeste y Valdesia.

El objetivo general del estudio fue investigar el fenómeno del aborto en una muestra de mujeres, estudiantes universitarias, a fin de poder dimensionar su ocurrencia en este grupo y poder caracterizar el subgrupo de mujeres que ha tenido este tipo de experiencias. El estudio se maneja desde el marco de los derechos de la mujer a la salud sexual y la salud reproductiva, y presenta especial interés en las informaciones relacionadas con la práctica del aborto.

Los resultados de la encuesta, complementados con algunas informaciones sobre aborto en las mujeres dominicanas, obtenidas a través de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA-2013), se presentan en este informe estructurado en cinco capítulos.

El primer capítulo aborda los aspectos metodológicos seguidos durante el proceso. En el segundo capítulo se plasma el contexto y se exponen algunos antecedentes del tema en materia de investigación. En el tercer capítulo se caracteriza la población de mujeres estu-

diadas, tomando en cuenta factores demográficos, sociales y económicos. El cuarto capítulo presenta los factores asociados a la práctica del aborto entre las estudiantes universitarias. El quinto se refiere a las actitudes y prácticas de las mujeres dominicanas en relación con la salud sexual y la salud reproductiva, especialmente las relacionadas a las prácticas de aborto.

1. Aspectos metodológicos

1.1 Organización del estudio

Profamilia, con el interés de generar información que contribuya a satisfacer la demanda en relación con el tema del aborto en la República Dominicana, y con el propósito de contribuir al fortalecimiento de las acciones de incidencia y abogacía para la adopción de políticas públicas sobre prácticas seguras en temas de salud sexual, auspicia la realización de la presente investigación.

Una pieza importante en la organización del estudio son las entidades y autoridades en las universidades que apoyaron y facilitaron los accesos necesarios, solicitados por Profamilia, para llevar a cabo el levantamiento de las informaciones. Entre éstas destacan el Instituto de Investigación y Estudios de Género y Familia de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), el Instituto de Sexualidad Humana (ISH/UASD), el Centro de Estudios de Género del Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC) y la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU).

1.2 Población objetivo

La población objetivo de la investigación son mujeres, estudiantes universitarias en distintos recintos de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD), distribuidos en puntos estratégicos del país, y mujeres estudiantes de dos universidades privadas en Santo Domingo.

Adicionalmente, la estrategia metodológica de abordaje del estudio combina, bajo el procedimiento técnico de la investigación cuantitativa, el análisis de información proveniente de esta encuesta como fuente principal y de las bases de datos de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA-2013) para abordar los temas tratados, tomando en cuenta a las mujeres dominicanas en general.

1.3 Diseño de la muestra

El diseño de la muestra para este estudio se consideró un factor clave en su organización y montaje, teniendo en cuenta las complejidades y altos costos que implica una muestra probabilística y representativa de la población para un tema complejo de abordar como el aborto. Se optó por un diseño de muestra intencional que permite estudiar el fenómeno en mujeres universitarias (como población cautiva), residentes en territorios geográficos de alta concentración poblacional y que a su vez abarcan mujeres de los diversos contextos sociales.

Se calculó un tamaño de muestra de 2,400 mujeres para entrevistar, obteniéndose un total de 2,436 casos como muestra efectiva. La distribución de la muestra se comporta de acuerdo al número de estudiantes matriculados en los recintos universitarios, concentrándose aproximadamente el 50% en el recinto principal de la UASD, ubicado en Santo Domingo. El resto de la muestra estuvo distribuido entre los recintos de la UASD en Santiago de los Caballeros, San Francisco de Macorís, Barahona e Higüey y en dos universidades privadas de Santo Domingo, la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) y el Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC).

1.4 Instrumentos

Para la elaboración del cuestionario que se empleó en el levantamiento de la información se tomó como base la experiencia con los instrumentos utilizados en el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2010, la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR-MICS 2014) y la Encuesta Nacional Demográfica y de salud (ENDESA-2013). En este sentido, para las preguntas estructurales de la vivienda y el hogar de las mujeres jugaron un papel importante la boleta censal y el cuestionario de hogar de ENDESA-2013. Asi-

mismo, para las preguntas dirigidas a las mujeres, abordando ya los temas de salud y salud sexual y reproductiva de interés para este estudio, fueron empleados la ENHOGAR-MICS 2014 y el cuestionario para mujeres de ENDESA-2013.

El proceso de diseño del instrumento inició en una reunión de expertos involucrados con el tema, llevada a cabo en febrero de 2015 por el equipo a cargo del estudio en Profamilia y la consultora responsable. Allí fueron definidos los grandes temas que se incluirían en la encuesta y se dio paso a varias sesiones subsiguientes de revisión, crítica y adecuación de propuestas del instrumento. Este fue el proceso de validación, completado por tres pruebas de aplicación del instrumento a mujeres universitarias que no formarían luego parte de la muestra en estudio.

El ejercicio de validación del instrumento se extendió hasta finales de marzo de 2015. Con este proceso se buscaba asegurar la fluidez y claridad del cuestionario, de forma que resultara adecuado para la auto aplicación. Se procuró, además, obtener los insumos necesarios para cerrar las preguntas que en principio habían sido redactadas de manera abierta dado que no se tenían antecedentes de otros estudios con esas variables. Por último, uno de los retos más importantes de las pruebas y que quizás no se logró alcanzar en un nivel óptimo, fue el de disminuir al máximo el tiempo de aplicación del instrumento, que tardaba entre 25 y 40 minutos.

Además del cuestionario se preparó una breve introducción o presentación del estudio que era leída por el equipo de campo, previo a entregar los cuestionarios a las participantes, cuyo objetivo era sensibilizar a las mujeres procurando tener respuestas completas y veraces, abordándolas desde el enfoque de los derechos de la mujer.

1.5 Trabajo de campo

El levantamiento de información se realizó por un equipo experimentado en investigación y previamente capacitado para los fines de esta encuesta, conformado por cuatro mujeres jóvenes, dos estudiantes universitarias de término de la carrera de trabajo social y dos licenciadas en psicología.

Se inició el 30 de marzo de 2015 y se extendió durante todo abril, ya que su avance estuvo supeditado por los tiempos en que eran otorgados los permisos locales de las universidades, de acuerdo a su calendario docente y por una época del año que incluyó el asueto de la Semana Santa. En el caso de la UASD, además, ocurrieron pausas por movilizaciones sociales ajenas al estudio. El levantamiento concluyó en fecha 1ro. de mayo de 2015.

Para la recolección de los datos, fue empleada una logística que inspirara confianza entre las estudiantes que participarían en el proceso. Se asistió a las aulas con un permiso previo, se solicitaba la colaboración del profesor o profesora que en el momento estuviera en la sesión de interés y se le pedía salir del aula conjuntamente con los alumnos del sexo masculino. En el momento en que las entrevistadoras y las estudiantes estaban solas, se procedía a explicar la metodología para completar la encuesta y se leía la información introductoria del estudio. Se utilizaba una urna o caja para que las estudiantes las depositaran allí personalmente, al completar sus encuestas, como una forma de resaltar la privacidad de las informaciones colectadas. Se trataba de encuestas anónimas y auto aplicadas.

Algunas estudiantes eran abordadas fuera de aula, en espacios de esparcimiento dentro del recinto universitario, en ocasiones por recomendación del propio personal docente de la universidad y, en otras, para aprovechar espacios de ocio en donde la colaboración se daba de manera más espontánea y distendida.

1.6 Procesamiento de datos

El procesamiento de la encuesta se llevó a cabo de manera simultánea al levantamiento. Para éste se empleó un paquete inteligente de entrada de datos, CSPro, con consistencia simultánea a la digitación. Más adelante, la depuración de los datos, el análisis de la información y la generación de tabulaciones se realizaron con el programa SPSS.

1.7 Construcción de variables para el análisis

Para responder a los objetivos del estudio, fue necesario conformar una serie de variables que permitieran seccionar del grupo de mujeres abordadas aquellas que cumplían con alguna característica en particular, conformando subgrupos de interés para explicar los fenómenos estudiados. La recodificación de variables fue necesaria tanto en la base de datos del estudio como para la base de datos de ENDESA-2013, a fin de obtener aquellas informaciones complementarias, desde el punto de vista de las mujeres en el contexto nacional, con relación a la práctica de aborto.

Adicionalmente, fue necesario construir nuevas variables para facilitar el análisis, como la de grupos cuartílicos, que distribuye a las mujeres de la muestra en categorías socio-económicas.

Las variables creadas se definen a continuación:

Región de residencia. El lugar de residencia de la estudiante entrevistada fue reagrupado de acuerdo con la región correspondiente, obteniéndose la distribución de la muestra en seis regiones geográficas: Metropolitana, Cibao Central y Noroeste, Cibao Nordeste, Este, Suroeste y Valdesia.

Grupo cuartílico familiar. Esta variable se construyó en base a las respuestas a diferentes preguntas del cuestionario, tales como tipo de bienes y servicios disponibles en el hogar de las mujeres, así como las características estructurales de la vivienda tales como el material predominante en la construcción de los pisos, paredes y techo¹.

La programación aplicada a estas respuestas distribuyó la muestra en cuatro grupos o niveles socioeconómicos, correspondiéndose el primero al nivel más pobre y el cuarto grupo al nivel socioeconómico más alto.

Ingresos del hogar. Las estimaciones de ingresos totales del hogar de las estudiantes se obtuvieron a través de una pregunta abierta, cuyas respuestas fueron posteriormente recodificadas en rangos de montos distribuidos de acuerdo a las frecuencias de las respuestas. En este ejercicio se conformaron seis categorías: 1) Menos de RD\$10,000; 2) Entre RD\$10,000 y RD\$19,999; 3) Entre RD\$20,000 y RD\$49,999; 4) Entre RD\$50,000 y RD\$99,999; 5) RD\$100,000 y más; y 6) No sabe.

Saneamiento básico. Se refiere al acceso de los hogares de las estudiantes a fuentes de abastecimiento de agua para uso doméstico y a la disponibilidad de servicios sanitarios en el hogar. Se reagruparon ambas variables en las categorías necesarias para identificar la proporción de estudiantes que reside en hogares con servicios básicos adecuados.

Atributos individuales. Con relación a los atributos individuales de las estudiantes participantes en el estudio, para facilitar su caracterización se recodificaron variables como: Modalidad de la escuela donde realizó la secundaria, la condición laboral y la categoría ocupacional, edad y estado conyugal de las estudiantes, la religión que profesan y la profesada por sus padres y/o madres, tipo de universidad en que estudian, entre otras variables socio demográficas.

¹ Cáceres Ureña, Francisco I., PhD Programa diseñado para la generación de tabulados para el estudio sobre aborto en la República Dominicana realizado para Profamilia. Santo Domingo, 2015.

En relación con el comportamiento sexual de las mujeres, fueron recodificadas variables como la edad que tenían al momento de la primera relación sexual y otras variables numéricas que se prestan a mayor claridad para el análisis cuando son reagrupadas.

De igual forma, se realizó un ejercicio de consistencia con las respuestas obtenidas para las preguntas sobre embarazos, aborto de cualquier tipo y aborto inducido, de forma que se pudiera trabajar con cada uno de estos subgrupos para su análisis por separado y que así se pueda observar su comportamiento para cada variable estudiada.

Acceso y uso de las TICs entre las estudiantes. El nivel de información de la mujer está asociado a sus prácticas de acceso y uso de información. Con relación a temas de salud sexual y reproductiva también se espera que esta asociación esté presente y que en función de que la población cuente con los medios para informarse sobre prácticas correctas de salud sexual y reproductiva éstos sean utilizados por los actores correspondientes para potenciar los trabajos y campañas a favor de la educación sexual. En este sentido, para este estudio fue construida la variable de acceso y uso de las TICs, aplicando un algoritmo estadístico² que clasificaba a las estudiantes en dos grupos, las de mayor y las de menor acceso y uso de estas tecnologías, partiendo de sus respuestas a las preguntas de cuáles y con qué frecuencia utilizan algún medio de comunicación e información como escuchar radio, ver televisión, leer periódicos, utilizar redes sociales, etc.

Salud reproductiva y experiencias de aborto. Por último, mediante el ejercicio de consistencia y reagrupación mencionado en la parte de atributos individuales, se obtuvieron las variables que permiten cruzar los subgrupos de interés por cada variable seleccionada como categoría de análisis. Las estudiantes participantes en el estudio pueden ser diferenciadas en relación con los siguientes aspectos: las que han tenido relaciones sexuales, las que no han tenido relaciones sexuales, las que ha estado alguna vez embarazadas, las que han tenido algún aborto de cualquier tipo y las que han tenido algún aborto inducido.

² Cáceres Ureña, Francisco I., PhD Algoritmo para la construcción de la variable de acceso y uso de las TICs. Programa diseñado para la generación de tabulados para el estudio sobre aborto en la República Dominicana realizado para Profamilia. Santo Domingo, 2015.

2. Antecedentes

Las prácticas y los conceptos vinculados al aborto, constituyen un tema de gran interés y debate. Los estudios de género y en las ciencias sociales aportan la historia y las definiciones de estos conceptos que van muy de la mano.

El tema del aborto, en general, provoca importantes controversias debido a que involucra aspectos relacionados con los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres, con las leyes y políticas, con los valores éticos, morales y religiosos y con las condiciones socioeconómicas de las mujeres, así como también ideas que predominan en el contexto cultural, relacionadas con la feminidad y la maternidad.

Durante los últimos años, las leyes relacionadas con el aborto se han aprobado en muchos países, por ejemplo, en España, donde se ha hecho para combatir los índices elevados de abortos ilegales, con sus dificultades consecuentes, y como declaración del derecho que tiene las mujeres de gobernar su reproducción.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto inseguro o en condiciones de riesgo como “un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o en un entorno sin un estándar médico mínimo, o ambos”. A esta definición el Fondo de Población de las Naciones Unidas agrega en su informe sobre Estado de la Población Mundial de 2013, que “casi todos los abortos en condiciones de riesgo (el 98 por ciento) se realizan en países en desarrollo, donde el aborto suele ser ilegal. Incluso donde el aborto es legal, a las adolescentes les puede resultar difícil acceder a los servicios.”³

Desde el punto de vista legal, en la República Dominicana se está actualmente en una lucha hacia la transición de la ilegalidad total a la aprobación de una Ley que permita a la

³ Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Estado de la población mundial de 2013. Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. UNFPA, 2013.

mujer, en determinadas circunstancias de riesgo, interrumpir un embarazo ejerciendo públicamente sus derechos.

Por otro lado, con relación al conocimiento sobre el tema para sustentar los debates, en la República Dominicana hace alrededor de 40 años ya se reconocía públicamente el aborto como un problema de salud pública, aunque su abordaje no se daba de manera sistemática de forma que hubiera datos públicos relevantes. El estudio llevado a cabo en esa ocasión (UNPHU, 1975) plantea que *“el aborto inducido, en condiciones clandestinas, sin cumplimiento de las reglas mínimas de asepsia clínica, y aun peor por personas no capacitadas y por las propias mujeres es un problema en la República Dominicana”*.⁴

Dos décadas más tarde, Paiewonsky (1995) documenta un aspecto relevante de la situación del aborto en la República Dominicana, identificando una cantidad importante de mujeres de bajos recursos que poniendo en riesgo su vida se auto inducen un aborto, teniendo que acudir luego a la búsqueda de asistencia médica para concluir el proceso.⁵

Un estudio llevado a cabo por Cáceres (1998) evidencia la asociación directa del aborto inducido con las causas de mortalidad materna⁶. Allí se revela que el 11.6% de las mujeres fallecidas por causas maternas tuvieron al menos un aborto provocado. El dato se refiere a mujeres en edad reproductiva (15-49 años) residentes en el Distrito Nacional.

Entre otras investigaciones llevadas a cabo en la República Dominicana, vinculadas al tema del aborto, se puede mencionar un estudio apoyado por el Instituto de Sexualidad Humana de la UASD, llevado a cabo en el año 2004 entre estudiantes de dicha universidad⁷. Éste fue focalizado en prácticas sexuales entre los estudiantes universitarios y entre sus hallazgos se encontró que el 56% de las mujeres eran sexualmente activas, el 95% de los estudiantes consideraba necesario y un deber la educación sexual de los niños, más de la mitad de los estudiantes reportó haber participado en un curso de educación sexual, el 34% de los hombres y el 23% de las mujeres reportó haber usado condón en su primera relación sexual, entre otras características relevantes del comportamiento sexual de los estudiantes universitarios.

Para el año 2006, en la universidad estatal, a través del Instituto de Sexualidad Humana (ISH/UASD) se lleva a cabo un estudio en una muestra representativa de la población univer-

⁴ Unidad de Estudios Sociales del Centro de Investigaciones de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. *“Estudio del aborto en 200 mujeres en la República Dominicana”*. Santo Domingo: UNPHU, 1975.

⁵ Paiewonsky, Denise. *“Anteproyecto de estudio sobre aborto en adolescentes y jóvenes”*. Santo Domingo: Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), 2011.

⁶ Cáceres Ureña, Francisco, PhD *La mortalidad materna en la República Dominicana: El caso del Distrito Nacional*. Santo Domingo: Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (IEPD)-Profamilia, 1998.

⁷ Secretaría de Estado de Educación Superior Ciencia y Tecnología (SEESCYT) y Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA). *“Encuesta sobre conocimientos, creencias, actitudes y prácticas relevantes al VIH/SIDA y las ITS en estudiantes universitarios dominicanos.”* Santo Domingo, 2004.

sitaria de 897 estudiantes matriculados durante el verano de ese año, del cual se obtuvo que, de las 573 mujeres participantes el 32.1% (184 mujeres) reporto haber tenido al menos un embarazo, y de éstas, el 39.6% había tenido un aborto (73 mujeres en total de la población universitaria en la UASD)⁸.

A nivel de datos nacionales, la ENDESA-2013⁹ incluyó algunas preguntas para estimar la proporción de mujeres en edad reproductiva que declarara haber tenido alguna experiencia de aborto y de acuerdo con los resultados de esa encuesta de hogares, la magnitud es de 9.8% de las mujeres, que representan 922 casos en una muestra de 9,372 mujeres entrevistadas. Más adelante, como parte del análisis en el presente estudio, se presentan algunas características de esa población de mujeres de 15 a 49 años identificadas por ENDESA que se relacionan con las características de la muestra de mujeres universitarias participantes en este estudio.

En relación con los embarazos en adolescentes en el país, problemática asociada a embarazos no deseados y abortos, ENDESA-2013, aunque refleja una tendencia de descenso en la maternidad temprana, presenta en el año 2013 el dato de que una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años ha tenido hijos o ha estado embarazada.

Entre otros datos de relevancia proporcionados por ENDESA 2013 para este estudio, están los vinculados al empoderamiento de la mujer, definido como “las capacidades de las mujeres de generar recursos, tener control sobre los recursos que son necesarios para vivir, sobre sus vidas y el poder para tomar decisiones dentro y fuera del hogar.

En este sentido, se midió por ejemplo el empoderamiento de la mujer y uso de anticonceptivos, y se observó que existe asociación entre la capacidad de la mujer de controlar su fecundidad y su nivel de empoderamiento: “En la medida que una mujer tiene mayor capacidad de decisión en el hogar, mayor es el porcentaje que al momento de la encuesta estaba usando algún método anticonceptivo, el cual se incrementa, aunque ligeramente, de un 68 por ciento entre las mujeres que no participan en las decisiones del hogar a un 72 por ciento entre aquellas que tienen voz en las tres decisiones investigadas.”

⁸ Entrevista realizada por Profamilia al Dr. Rafael García, Director del Instituto de Sexualidad Humana (ISH/ UASD). Santo Domingo, marzo de 2015.

⁹ Centro de Estudios Sociales y Demográficos. **Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA)**. Santo Domingo: CESDEM, 2013.



3. Características de las estudiantes universitarias

3.1 Muestra estudiada

El estudio llevado a cabo en una muestra de estudiantes universitarias en el país tomó en cuenta tres universidades, la principal fue la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) donde se concentra la mayor proporción de estudiantes en el país y donde se concentra el 90% de la muestra estudiada (ver Cuadro 1). El 10% de la muestra estuvo conformado por estudiantes de dos universidades privadas, el Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC) y la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU).

Cuadro 1
Distribución de la muestra de estudiantes universitarias estudiada,
según universidad en la que estudian

Universidad en que estudia	Número de mujeres	
	Absoluto	Relativo
Total	2,436	100.0
Universidad por recinto		
UASD Santo Domingo	1,208	49.6
UASD Barahona	255	10.5
UASD Santiago de los Caballeros	250	10.3
UASD Higüey	243	10.0
UASD San Francisco de Macorís	229	9.4
UNPHU Santo Domingo	126	5.2
INTEC Santo Domingo	125	5.1
Universidad por tipo		
UASD Santo Domingo	1,208	49.6
UASD interior	977	40.1
Universidad privada	251	10.3

La muestra estudiada contempló una distribución en el territorio nacional que permitió incluir estudiantes de recintos de la universidad estatal en el interior del país, los cuales conforman el 40.1% de la muestra. Este 40% de las estudiantes del interior se distribuye en cuatro grandes regiones, Sur (10.5% de estudiantes en UASD-provincia Barahona), Cibao Central (10.3% UASD-ciudad de Santiago), Cibao Nordeste (9.4% UASD-provincia Duarte) y Este (10.0% provincia La Altagracia).

3.2 Región de residencia, edad y estado conyugal

Tomando en cuenta la distribución de las estudiantes por región de residencia la distribución en la geografía nacional se torna más amplia en el sentido de que las mujeres residentes en los pueblos pequeños se trasladan hasta las ciudades y provincias a estudiar. Esto permite referirse a las mujeres de la muestra de seis regiones de residencia (ver Cuadro 2).

Cuadro 2
Distribución de las estudiantes universitarias, según algunas características geográficas y demográficas

Características geográficas y demográficas	Número de mujeres	
	Absoluto	Relativo
Total	2,436	100.0
Región de residencia		
Metropolitana	1,304	53.5
Este	275	11.3
Suroeste	271	11.1
Cibao Central y Noroeste	245	10.1
Cibao Nordeste	190	7.8
Valdesia	151	6.2
Grupos de edades		
Menos de 20 años	587	24.1
20-24	1,114	45.7
25-29	398	16.3
30-34	171	7.0
35 y más	146	6.0
Sin información	20	0.8
Estado conyugal actual		
Soltera	1,496	61.4
Casada o Unida	606	24.9
Viuda, Divorciada o Separada	289	11.9
Sin información	45	1.8

La distribución de las estudiantes por región de residencia es la siguiente: el 53.5% reside en la región Metropolitana que incluye el Distrito Nacional y Santo Domingo; las estudiantes de la región Este que se trasladan a Higüey (11.3%); las de la región Suroeste, que residen o se trasladan hasta Barahona (11.1%); las estudiantes del Cibao Central y Noroeste (10.1%) que tienen como sede de estudios la ciudad de Santiago de los Caballeros, donde se trasladan desde provincias como Puerto Plata, La Vega, Valverde y demás provincias de la región a mayor distancia; las del Cibao Nordeste (7.8%), región que incluye las provincias Duarte,

Hermanas Mirabal, Samaná y María Trinidad Sánchez, y por último las estudiantes residentes en la región Valdesia (6.2%) a la que corresponden las provincias de Azua, San Cristóbal, Peravia y San José de Ocoa.

Con relación a la edad se observa que la población estudiada está conformada por mujeres jóvenes, en donde el 86.1% tiene menos de 30 años. El 24.1% tiene menos de 20 años y el 45.7% pertenece al grupo etario de 20 a 24 años.

Más de la mitad de las estudiantes está soltera (61.4%), un cuarto de la muestra está casada o unida (24.9%) y el 11.9% no declaraba ningún vínculo formal de unión a una pareja al momento de la encuesta ya que su estado conyugal era el de separada, divorciada o viuda.

3.3 Características del entorno socio-familiar de las estudiantes

En el Cuadro 3 se presentan algunas características del entorno que se espera tengan alguna incidencia en la formación de la persona y, por ende, en su conducta. En este sentido, se consideró importante el círculo de personas con quienes conviven las estudiantes, la formación escolar y la formación religiosa.

Se observa que un poco más de la mitad de las estudiantes vive con sus padres y/o madres (55.3%) y el 22.0% vive con la pareja e hijos. Este grupo de más de tres cuartos de la muestra (77.3%) podría considerarse en una condición social que se espera ofrezca mayor seguridad a la joven en cuanto a protección familiar. Por otro lado, dentro del esquema cultural que prevalece en el país, un grupo que podría estar expuesto a mayor vulnerabilidad está conformado por las estudiantes que viven con otros parientes (12.1%), que viven solas o con sus hijos e hijas (8.3%) o que conviven con no parientes (2.4%).

Con relación a la formación escolar de nivel secundario que tuvieron las mujeres estudiadas, el 65.8% estudió en una escuela pública; el 23.8%, en un colegio privado, y un 10.2% en una institución escolar semi-privada. Cuando se verifica el tipo de formación recibida, el 69.5% tuvo formación escolar no religiosa y el 29.5% restante estudió el nivel secundario en una escuela o colegio de tipo religioso.

Cuadro 3
Distribución de las estudiantes universitarias,
según algunas características sociales de su entorno

Grupo familiar en que vive y modalidad de la escuela a la que asistió	Número de mujeres	
	Absoluto	Relativo
Total	2,436	100.0
Con quién vive actualmente		
Con los padres	1,346	55.3
Con la pareja e hijos	536	22.0
Con otros parientes	294	12.1
Sola o con sus hijos	202	8.3
Con no parientes	58	2.4
Modalidad de la escuela secundaria a la que asistió		
Pública	1,603	65.8
Privada	579	23.8
Semi-privada	249	10.2
Sin información	5	0.2
Tipo de escuela donde hizo la secundaria		
Laica	1,693	69.5
Religiosa	718	29.5
Sin información	25	1.0
Religión que profesa		
Católica	1,251	51.4
Otra religión cristiana	783	32.1
Ninguna	384	15.8
Sin información	18	0.7
Religión que profesan los padres		
Católica	1,538	63.1
Otra religión cristiana	716	29.4
Ninguna	161	6.6
Sin información	21	0.9

La religión profesada por las estudiantes mantiene un patrón parecido al de sus padres y/o madres, en donde se observa que más de la mitad en ambos grupos declara ser de religión católica (51.4% de las estudiantes y 63.1% de los padres). En segundo lugar, se encuentra el resto de las religiones cristianas (32.1% de las estudiantes y 29.4% de los padres) y en el caso de quienes no practican ninguna religión es dos veces mayor esta categoría en el caso de las estudiantes universitarias (15.8%) con relación al caso de sus padres (6.6%).

3.4 Características laborales

El Cuadro 4 presenta la condición laboral actual de las estudiantes universitarias en donde se observa que un tercio de las estudiantes universitarias abordadas declara que trabaja al momento del estudio (32.8%).

Cuadro 4
Distribución de las estudiantes universitarias,
según condición laboral actual

Condición laboral y categoría ocupacional	Número de mujeres	
	Absoluto	Relativo
Total	2,436	100.0
Condición laboral actual		
Trabaja	799	32.8
No trabaja	1,619	66.5
Sin información	18	0.7

3.5 Características económicas del hogar de las estudiantes

Una descripción de indicadores que reflejan la calidad de vida de las estudiantes universitarias se presenta en los cuadros 5, 6 y 7.

En relación con los servicios básicos de los cuales disponen las estudiantes en sus hogares, se observa en el Cuadro 5, como un aspecto positivo, que el 71.0% tiene agua del acueducto dentro de la vivienda y un 13.4% la tiene instalada fuera de la vivienda.

Cuadro 5
Distribución de las estudiantes universitarias,
según acceso a servicios básicos del hogar

Fuente de abastecimiento de agua y servicios sanitarios del hogar	Número de mujeres	
	Absoluto	Relativo
Total	2,436	100.0
Fuente de abastecimiento de agua para uso doméstico		
Del acueducto dentro de la vivienda	1,730	71.0
Del acueducto fuera de la vivienda	326	13.4
Otra fuente	346	14.2
Sin información	34	1.4
Tipo de servicio sanitario en el hogar		
Inodoro de uso exclusivo del hogar	2,218	91.1
Otro tipo de servicio sanitario	200	8.2
Sin información	18	0.7

El agua proveniente del acueducto para uso doméstico es la condición más favorable en cuanto a temas de salud y calidad de vida. Sin embargo, entre las estudiantes universitarias participantes en esta encuesta se observa que el 14.2% vive en hogares cuya fuente principal de agua no es el acueducto. La disponibilidad de servicios sanitarios apropiados es otro indicador de alta importancia. Aquí se observa que el 8.2% de las estudiantes no dispone de inodoro de uso exclusivo en el hogar.

La encuesta indagó sobre un conjunto de bienes durables disponibles en los hogares de las estudiantes, incluyendo medios de transporte y acceso a servicios de comunicación, con el objetivo de realizar estimaciones de los niveles de bienestar socioeconómico de sus hogares. Los datos concernientes a estas variables fueron utilizados para la construcción de grupos con características socioeconómicas para el análisis. Por otro lado, a pesar de lo poco fiables o subestimadas que suelen ser las respuestas a las preguntas sobre ingresos percibidos, la encuesta indaga estimaciones de los ingresos totales de los hogares de las estudiantes. En este sentido, el 16.4% de las estudiantes declara un ingreso familiar de menos de diez mil pesos y en el otro extremo el 6.0% declara que perciben ingresos de más de

cien mil pesos en su hogar. Más de la mitad de las estudiantes (58.1%) declara un monto de ingresos en su hogar desde los diez mil pesos hasta menos de cien mil (ver Cuadro 6).

Cuadro 6
Distribución de las estudiantes universitarias,
según características socioeconómicas del hogar

Ingreso mensual familiar y grupo económico familiar	Número de mujeres	
	Absoluto	Relativo
Total	2,436	100.0
Ingreso mensual familiar		
Menos de RD\$10,000	399	16.4
RD\$10,000 – RD\$19,999	431	17.7
RD\$20,000 – RD\$49,999	624	25.6
RD\$50,000 – RD\$99,999	360	14.8
RD\$100,000 y más	147	6.0
No sabe	65	2.7
Sin información	410	16.8
Grupo económico familiar		
Grupo cuartílico 1	491	20.2
Grupo cuartílico 2	740	30.4
Grupo cuartílico 3	702	28.8
Grupo cuartílico 4	503	20.6

En un ejercicio para distribuir a las estudiantes de la muestra en estratos o grupos socioeconómicos en función de su bienestar material familiar, se crearon grupos cuartílicos analizando el conjunto de variables presentadas anteriormente. De este ejercicio, se obtiene que el 20.2% de las estudiantes pertenece al estrato o grupo más bajo; el 59.2% se concentra en los dos grupos medios, y un 20.6% corresponde al grupo económico familiar más alto.

4. Acceso a medios de comunicación e información y conocimiento sobre salud sexual y aborto entre las estudiantes universitarias

4.1 Acceso y uso de las TICs entre las estudiantes

La información, como elemento de poder entre las mujeres, podría actuar como un factor protector ante situaciones de riesgo y vulnerabilidad que se pudieran presentar en los diversos contextos de la vida cotidiana. El acceso a información se asocia con conocimiento, independientemente del nivel de escolaridad que tenga la persona. Visto desde la perspectiva de esta encuesta, se mide la frecuencia con que las estudiantes accedan a los diferentes medios de información y con los datos se construye una variable que diferencia dos grupos de mujeres, las de mayor y menor acceso y uso de estas tecnologías, con miras a identificar los medios más propicios para promover información de salud dirigida a este grupo.

Si se observan las frecuencias con las cuales las estudiantes usan los diferentes medios, se puede notar que la tendencia es a que la mayoría esté informada. Dependiendo del medio de que se trate, el número de usuarias es diferente, por ejemplo, las estudiantes universitarias usan Internet (70.4%) y las redes sociales (71.0%) casi a diario, con mayor frecuencia que quienes leen periódicos (27.1%). El 9.0% afirma que nunca lee periódicos. (Ver Cuadro 7)

La televisión y la radio es vista y escuchada por el 64.9% y el 52.2% de las estudiantes respectivamente, con una frecuencia de casi diario.

Cuadro 7

Distribución de las estudiantes universitarias, según frecuencia con la que accedieron a medios de información o comunicación y/o redes sociales en el último mes

Frecuencia con que las mujeres universitarias estudiadas acceden algún medio de información o comunicación	Número de mujeres	
	Absoluto	Relativo
Total	2,436	100.0
Lee periódico		
Casi diario	660	27.1
Al menos una vez por semana	856	35.1
Menos de una vez por semana	530	21.8
Nunca	220	9.0
Sin información	170	7.0
Escucha radio		
Casi diario	1,271	52.2
Al menos una vez por semana	578	23.7
Menos de una vez por semana	292	12.0
Nunca	117	4.8
Sin información	178	7.3
Ve televisión		
Casi diario	1,582	64.9
Al menos una vez por semana	404	16.6
Menos de una vez por semana	238	9.8
Nunca	82	3.4
Sin información	130	5.3
Usó Internet en el último mes		
Casi diario	1,716	70.4
Al menos una vez por semana	339	13.9
Menos de una vez por semana	144	5.9
Nunca	81	3.3
Sin información	156	6.4
Usó redes sociales en el último mes		
Casi diario	1,729	71.0
Al menos una vez por semana	318	13.1
Menos de una vez por semana	142	5.8
Nunca	103	4.2
Sin información	144	5.9

4.2 Conocimiento sobre salud sexual y salud reproductiva

El conocimiento sobre temas de salud sexual y salud reproductiva se puede obtener de diversas fuentes y una de ellas es la participación en actividades de formación destinadas a estos fines. La encuesta indaga entre las estudiantes abordadas si habían estado expuestas a algún tipo de educación sexual y la fuente que propició dicha actividad.

El Cuadro 8 presenta que el 92.0% de las estudiantes ha recibido educación sexual, tratándose en la mayoría de los casos, de actividades ofrecidas en el ámbito escolar formal (54.1%); a través de organizaciones que trabajan el tema, como Profamilia, o que ofrecen educación no formal (15.0%); con la búsqueda de información por iniciativa propia (13.3%), en la universidad (9.7%) o en la iglesia (3.7%). La proporción de estudiantes que declara nunca haber recibido educación sexual es 2.7%.

Cuadro 8

Distribución de las estudiantes universitarias, según exposición a formación en educación sexual y fuente de la formación recibida

Acceso a la educación sexual	Número de mujeres	
	Absoluto	Relativo
Total	2,436	100.0
Ha recibido educación sexual		
Sí	2,241	92.0
No	168	6.9
Sin información	27	1.1
Lugar donde recibió orientación sexual		
En la escuela o colegio	1,317	54.1
Ella misma investigó sobre el tema	325	13.3
En la universidad	236	9.7
En curso o charla ofrecido por Profamilia	157	6.4
En otra organización	111	4.6
En varios lugares (centro de estudios, Profamilia u otra ONG, iglesia, etc.)	98	4.0
En la iglesia	90	3.7
Nunca he recibido	65	2.7
Sin información	37	1.5

Otro aspecto medido por la encuesta, con relación al conocimiento de las estudiantes, es el tema de la anticoncepción. El conocimiento de los métodos de planificación familiar establece las condiciones previas para el uso de alguna forma de anticoncepción que les permita a las mujeres evitar embarazos no deseados y, en consecuencia, eviten la necesidad de su interrupción.

El Cuadro 9 presenta datos de conocimiento general de las estudiantes para cada tipo de método anticonceptivo indagado. Allí se observa que, en el caso de esta población de estudiantes universitarias, el condón es el método más conocido, reportado por el 93.3% de las estudiantes. En segundo lugar, están las pastillas o píldoras anticonceptivas (86.3%) y en tercero, las inyecciones (77.0%).

Cuadro 9

Número de estudiantes universitarias que conoce algún método anticonceptivo, según tipos de métodos anticonceptivos que conoce

Método anticonceptivo que conoce	Número de mujeres	
	Absoluto	Relativo
Preservativo o condón	2,274	93.3
Pastilla o píldora anticonceptiva	2,103	86.3
Inyecciones	1,876	77.0
Anticoncepción de emergencia	1,445	59.3
Dispositivo intrauterino (DIU)	1,301	53.4
Retiro	1,261	51.8
Método del ritmo	1,249	51.3
Esterilización femenina	1,218	50.0
Implantes	1,072	44.0
Esterilización masculina	1,041	42.7
Condón femenino	1,033	42.4
Método de lactancia y amenorrea (MELA)	669	27.5
Parches	579	23.8
Diafragma	370	15.2
Espermicida	288	11.8

Entre los métodos menos conocidos por las estudiantes se encuentran los parches (23.8%), el diafragma (15.2%) y los espermicidas (11.8%).

4.3 Percepciones y actitudes sobre temas de salud sexual, salud reproductiva y aborto

Se preguntó a las estudiantes universitarias cuál consideraban que era el momento más propicio para empezar a hablar sobre educación sexual, y más de la mitad (62.6%) consideró que se debe empezar en la escuela desde el nivel primario. Esta posición a favor de la educación sexual es aún más enfática para el 17.2% de las estudiantes que entiende se debe empezar a hablar sobre educación sexual desde el nivel inicial o pre-primaria. También un 16.7% considera más apropiado que se empiece a hablar sobre educación sexual en la secundaria. (Ver Cuadro 10)

Cuadro 10

Distribución de las estudiantes universitarias, según percepciones acerca del momento apropiado para el inicio de intervenciones de educación sexual

Nivel educativo en que considera debe empezarse a hablar sobre educación sexual	Número de mujeres	
	Absoluto	Relativo
Total	2,436	100.0
Inicial o preprimaria	418	17.2
Primaria o básica	1,525	62.6
Secundaria o media	406	16.7
Universitario	36	1.5
Nunca se debe hablar de educación sexual	5	0.2
No sé	18	0.7
Sin información	28	1.1

Una posición quizás más conservadora se observa en un 1.5% de las estudiantes que considera que es en la universidad el momento y espacio propicio para empezar a hablar sobre educación sexual y un 0.2% aun piensa que nunca debe tratarse el tema.

Entrando al tema objeto de la encuesta, se preguntó a las estudiantes acerca de quién considera que debe llevar la discusión acerca de la interrupción del embarazo o aborto al momento de abordar este fenómeno. El Cuadro 11 presenta una posición colectiva hacia la sociedad en su conjunto, con énfasis en la participación de la mujer. En este sentido, el 30.8% respondió que debe ser responsabilidad de hombres y mujeres en general, un 30.0%

considera que es responsabilidad de la sociedad en su conjunto y un 26.3% entiende que las responsables deben ser las mujeres. El caso de los hombres de manera individual sólo es señalado por el 1.6% de las estudiantes.

Cuadro 11

Distribución de las estudiantes universitarias, según percepciones acerca de quién cree que tiene la responsabilidad de llevar la discusión acerca de la interrupción del embarazo en la República Dominicana

Actores que consideran deben ser los responsables de las discusiones sobre la interrupción del embarazo	Número de mujeres	
	Absoluto	Relativo
Total	2,436	100.0
Hombres y mujeres en general	750	30.8
Toda la sociedad en su conjunto	731	30.0
Las mujeres	640	26.3
Las organizaciones de derechos humanos y movimientos sociales	87	3.6
El estado	52	2.1
Los profesionales (abogados, médicos, etc.)	42	1.7
Los hombres	39	1.6
Otro	15	0.6
Sin información	80	3.3

En cuanto a la perspectiva frente al aborto, desde el enfoque de derechos de la mujer, la encuesta indagó sobre la posición de las estudiantes ante las tres causales frente al aborto que actualmente juegan un papel protagónico en el que podría considerarse como un proceso de modernización de la legislación dominicana. Estas causales defienden básicamente el derecho de la mujer a decidir tener un aborto ante situaciones de embarazo por violación o incesto, riesgo de muerte de la mujer a causa del embarazo o malformaciones del producto del embarazo incompatibles con la vida.

El Cuadro 12 presenta una posición general a favor de este derecho en más de la mitad de las estudiantes universitarias que respondieron a la encuesta. La posición más favorable hacia el aborto se da ante la situación de que la mujer tenga un problema de salud a causa de su embarazo que ponga su vida en peligro. Aquí el 74.5% entiende que la mujer tiene derecho a interrumpir su embarazo.

También, el 72.7% favorece la toma de decisión de interrumpir un embarazo cuando éste represente la pérdida o muerte del producto por malformación.

Cuadro 12

Distribución de las estudiantes universitarias, según posición que tienen respecto a los derechos de la mujer para decidir tener un aborto

Consideraciones acerca de casos en los que la mujer podría tener derecho o no a interrumpir su embarazo	Número de mujeres	
	Absoluto	Relativo
Total	2,436	100.0
Si la mujer está embarazada producto de una violación sexual		
Sí	1,500	61.6
No	892	36.6
Sin información	44	1.8
Si la mujer está embarazada producto de una violación sexual perpetrada por su padre		
Sí	1,721	70.6
No	666	27.3
Sin información	49	2.0
Si la vida de una mujer embarazada corre peligro a causa de problemas de salud que ella tiene		
Sí	1,814	74.5
No	567	23.3
Sin información	55	2.3
Si durante el embarazo los médicos descubren que el feto tiene una malformación por la que nacería muerto o no sobreviviría		
Sí	1,772	72.7
No	611	25.1
Sin información	53	2.2
Si la mujer decide interrumpir su embarazo por cualquier otra razón que no sea ninguna de las anteriores		
Sí	459	18.8
No	1,906	78.2
Sin información	71	2.9

Por los resultados vistos de las respuestas de las estudiantes universitarias se pudiera interpretar que la salud física o una acción que incida en la frontera entre la vida y la muerte están entre las razones más fuertes para tomar la decisión de interrumpir un embarazo. En este mismo razonamiento se observa que, en segundo lugar, la razón más fuerte se vincula a un hecho de violencia sexual grave como son las violaciones perpetradas por un familiar o por cualquier otra persona, de las que se derive un embarazo no deseado. Es así como el 70.6% de las estudiantes universitarias entiende que la mujer tiene el derecho a decidir tener un aborto si el embarazo es producto de una violación sexual perpetrada por su propio padre. Este valor disminuye si la violación fue perpetrada por cualquier otra persona (61.6%).

Fuera de las cuatro circunstancias abordadas, se percibe una baja aceptación al aborto inducido entre las estudiantes universitarias, encontrándose que sólo el 18.8% considera que la mujer tiene derecho a decidir interrumpir un embarazo por cualquier otra razón que ésta tenga.

El Cuadro 13 ilustra las respuestas de las estudiantes cuando se les preguntó acerca de las bases en las que se fundamenta su posición ante estas posibilidades de interrupción de un embarazo y el derecho de las mujeres a decidirlo.

Cuadro 13

Número de estudiantes universitarias, según el grupo base donde afirman se fundamenta la posición que ellas tienen acerca del aborto

Base para su posicionamiento	Número de mujeres	
	Absoluto	Relativo
Criterio propio de la mujer	1,320	54.2
Grupo familiar	1,308	53.7
La iglesia	729	29.9
La escuela o colegio	575	23.6
La universidad	522	21.4
Los medios de comunicación	493	20.2
Grupo de amigos	463	19.0
Consultas en Internet	442	18.1
Charlas y talleres en las que ha participado	615	2.7
Lecturas sobre el tema (libros y documentos)	476	2.7
Otras fuentes	68	2.8

Para el 54.2% de las estudiantes su posición ante los derechos de una mujer a abortar se fundamenta en su propio criterio, el 53.7% afirma que su posición está basada en su for-

mación familiar. Un 45.0% atribuye su posición a la educación formal (colegio o escuela y universidad) y un 29.9% a la iglesia.

Los medios de comunicación parecen tener un rol relevante en la posición de las encuestadas, ya que se observa que el 20.2% de las estudiantes lo reporta en su caso. Así también un 19.0% se refiere a sus pares o amigos y un 18.1%, se fundamenta en consultas que realiza en Internet.

Cuando se pregunta a las estudiantes universitarias acerca del estatus de legalidad del aborto se obtiene que más de la mitad lo considera ilegal (51.5%), un 22.6% reconoce la existencia de las excepciones y un 7.7% afirma que es legal. (Ver Cuadro 14)

Cuadro 14

Distribución de las estudiantes universitarias, según su conocimiento acerca de la legalidad del aborto en la República Dominicana

Conocimiento acerca de si en la RD la interrupción voluntaria de un embarazo está penalizada por ley	Número de mujeres	
	Absoluto	Relativo
Total	2,436	100.0
¿Es ilegal el aborto?		
Sí, es ilegal	1,254	51.5
Sí está penalizado, pero tiene algunas excepciones	550	22.6
No, no está penalizado	188	7.7
No sé	359	14.7
Sin información	85	3.5

Podría considerarse alta la proporción de estudiantes que declara no saber si el aborto es legal o no en el país, también el desconocimiento podría atribuirse al proceso en que se encuentra actualmente el proyecto de despenalización parcial.

Otro aspecto indagado acerca de la percepción de las estudiantes relacionada a la práctica del aborto en el país fue la de seguridad ante el procedimiento que se aplique en centros de salud. En este sentido, en el Cuadro 15, se observa que el 44.5% considera que ningún procedimiento para interrumpir un embarazo es seguro, aunque sea practicado en un centro de salud; el 28.2% sí lo considera seguro y el 21.3% declara no saber si es seguro.

Cuadro 15

Distribución de las estudiantes universitarias, según su percepción de seguridad ante procedimientos para la interrupción de embarazos que se apliquen en centros de salud

Posición de confianza ante procedimientos clínicos para la interrupción de embarazos	Número de mujeres	
	Absoluto	Relativo
Total	2,436	100.0
¿El procedimiento de interrupción de un embarazo en un centro de salud es seguro?		
Sí, es seguro	687	28.2
No, ningún procedimiento para interrumpir un		
embarazo es seguro	1,084	44.5
No sé si es seguro	520	21.3
Sin información	145	6.0

4.4 Conocimiento y percepciones acerca de casos de aborto en otras mujeres

Una medición indirecta de la magnitud de una problemática compleja de estudiar, como es el aborto, es a través de lo que las informantes declaran que le ocurrió a otra persona conocida. Para este estudio se incluyeron preguntas acerca de casos de abortos en otras mujeres conocidas con la finalidad de validar las estimaciones, comparándolas con las respuestas que se ofrezcan cuando la pregunta se hace directa.

El Cuadro 16 presenta que el 67.1% de las estudiantes dice conocer al menos un caso de aborto inducido en otras mujeres. Esta cifra debe llamar la atención y considerarse preocupantemente alta en cuanto a volumen de la problemática se refiere.

Cuadro 16
Distribución de las estudiantes universitarias,
según su conocimiento de casos de abortos inducidos en otras mujeres

Conocimiento de casos de aborto inducido en otras mujeres	Número de mujeres	
	Absoluto	Relativo
Total	2,436	100.0
¿Conoce a alguna mujer que se haya inducido un aborto?		
Sí	1,635	67.1
No	732	30.0
Sin información	69	2.8

En el mismo orden, se indagó sobre el conocimiento de los métodos empleados para inducir el aborto y los resultados indican que el más común son las preparaciones caseras de tomas abortivas, reportado por el 69.4% de las estudiantes; en segundo lugar, están los fármacos (50.7%), siendo el fármaco denominado Citotec mencionado de manera específica por el 46.3% de las estudiantes. También es reportada la extracción del feto mediante cirugía por el 47.8% de las mujeres. (Ver Cuadro 17)

Cuadro 17
Número de estudiantes universitarias,
según su conocimiento de los métodos que se utilizan para inducir un aborto

Métodos que conoce para inducción de abortos (se podía marcar más de una opción)	Número de mujeres	
	Absoluto	Relativo
Toma de brebajes		
Método casero: tomando té de sustancias naturales abortivas	1,691	69.4
Uso de pastillas/medicamentos		
Tomando pastillas indicadas con esos fines	1,235	50.7
Tomando Citotec	1,129	46.3
Usando pastillas vía vaginal	861	35.3
Sobredosis de pastillas para otros usos analgésicos, etc.	410	16.8
Intervención quirúrgica		
Extracción del feto mediante cirugía (se refiere a AMEU)	1,164	47.8
Legrado	975	40.0
Otro método	62	2.5

En cuanto al lugar o persona a donde las mujeres que tienen un aborto inducido se dirigen en busca de ayuda para el proceso, en primer lugar, donde una amiga o la casa de una amiga (54.2%); en segundo lugar, se dirigen a una persona particular, no profesional de la salud, que se conozca preste ayuda para estos procedimientos. (ver Cuadro 18).

En tercer orden se reportan las clínicas o consultorios médicos privados (38.9%), seguidos de las farmacias (37.6%) y los hospitales públicos (20.0%). La proporción de mujeres que, según mencionan las estudiantes, buscan ayuda en su propia casa o con familiares es sólo de 14.1%.

Cuadro 18

Número de estudiantes universitarias, según su conocimiento de dónde las mujeres buscan ayuda cuando deciden interrumpir un embarazo

Lugares en los que las mujeres buscan ayuda cuando deciden interrumpir un embarazo	Número de mujeres	
	Absoluto	Relativo
Amiga, en la casa de una amiga	1,320	54.2
Persona particular no profesional de la salud	1,281	52.6
Clínica o consultorio privado	948	38.9
Farmacia	916	37.6
Hospital público	486	20.0
Familiar, en su propia casa	343	14.1
Consultorio o dispensario público	201	8.3
Organización no gubernamental (ONG)	167	6.9
Otro lugar	37	1.5

Entre las principales razones por las cuales las estudiantes creen que las mujeres que conocen han abortado, presentadas en el Cuadro 19, citan en primer lugar las violaciones sexuales (55.5%), en segundo y tercer lugar la falta de apoyo con el embarazo por parte de la pareja (53.8%), y por parte de su familia o su padre y/o madre (52.0%), respectivamente. Otra razón relevante es el miedo al rechazo social, el “qué dirán” (51.8%), así también el que el embarazo haya sido producido por un familiar (51.2%) y las razones económicas (49.6%).

Otras razones señaladas juzgan a la mujer que induce un aborto como protagonista de un acto de falta de conciencia (46.6%) o de ser demasiado jóvenes para ser madres (40.0%).

Entre las razones para el aborto inducido también está la influencia de terceros tales como la de aquellas mujeres que son obligadas a abortar (37.4%) y las que son motivadas por razones religiosas (13.4%).

Cuadro 19

Número de estudiantes universitarias, según lo que considera son las principales razones para que una mujer decida abortar un embarazo

Principales razones por las que las mujeres abortan, según percepción de las universitarias	Número de mujeres	
	Absoluto	Relativo
El embarazo es producto de una violación	1,351	55.5
Falta de apoyo de la pareja de la embarazada	1,310	53.8
Falta de apoyo familiar, opinión desfavorable de los padres de la embarazada	1,266	52.0
Miedo al rechazo o a la presión social	1,263	51.8
El padre de la criatura es un familiar	1,247	51.2
Razones económicas, no tiene suficiente dinero para mantenerlo	1,208	49.6
Falta de conciencia	1,135	46.6
La embarazada es demasiado joven para ser madre	975	40.0
La obligan a interrumpir su embarazo	910	37.4
El feto presenta una malformación	904	37.1
Está estudiando o trabajando y tener un bebé le afecta	793	32.6
Falta de información o bajo nivel de instrucción	714	29.3
Miedo a tener complicaciones de salud	356	14.6
Ya tiene otros hijos	332	13.6
Razones de principios religiosos	327	13.4
Otra razón	35	1.4

En la otra cara de la moneda existe lo que podría considerarse factores protectores contra el aborto inducido, y en este sentido las estudiantes señalan principalmente el “miedo” y la “conciencia”. El Cuadro 20 presenta que el 59.5% de las estudiantes piensa que las mujeres no abortan por conciencia o el remordimiento que podrían sentir si lo hicieran, asimismo, para el 50.1% la razón para no abortar es el miedo a las posibles complicaciones de salud que podrían tener o el miedo a lo que dirá la gente (47.9%).

Cuadro 20

Número de estudiantes universitarias, según lo que considera son las principales razones para que una mujer decida NO abortar un embarazo

Principales razones por las que las mujeres deciden NO abortar, según percepción de las universitarias	Número de mujeres	
	Absoluto	Relativo
Por conciencia o remordimiento	1,449	59.5
Miedo a tener alguna complicación de salud	1,221	50.1
Miedo al “¿qué dirán?”	1,166	47.9
Su pareja quiere que tenga al bebé	1,080	44.3
Principios morales	990	40.6
Encuentra algún apoyo en donde le aconsejan “No hacerlo”	937	38.5
Su familia no se lo permite	891	36.6
Principios religiosos	865	35.5
Presión de todo su entorno (presión social)	654	26.8
Otra razón	21	0.9

También se observa que la voluntad de la pareja de tener un bebé (44.3%) y la voluntad de ser madres (42.3%) influye en la decisión de no tener un aborto.

4.5 Acceso y uso de las TIC entre las estudiantes universitarias en general, de las que han tenido relaciones sexuales y de las que han estado embarazadas

Con relación al acceso y uso de las TIC se midió la frecuencia con que las estudiantes tienen acceso a diferentes medios de comunicación e información. En este sentido se observó el comportamiento de los datos para los grupos de mujeres que han tenido relaciones sexuales y para las mujeres que han tenido algún embarazo, como grupos específicos de interés en la temática del presente estudio, por su exposición a embarazo y a la posibilidad de experimentar algún aborto. (Ver Cuadros 21 y 22)

Cuadro 21

Número de estudiantes universitarias por estatus en relación a su exposición a un embarazo, según factores relacionados con el acceso a la información

Acceso y uso de las TIC entre las mujeres y factores asociados a frecuencia de uso de medios de comunicación e información	Estudiantes universitarias estudiadas					
	Total		Han tenido relaciones sexuales		Han estado embarazadas	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Total	2,436	100.0	1,852	100.0	762	100.0
Frecuencia con que leen periódicos						
Casi diario	660	27.1	516	27.9	221	29.0
Al menos una vez por semana	856	35.1	615	33.2	249	32.7
Menos de una vez por semana	530	21.8	417	22.5	150	19.7
Nunca	220	9.0	161	8.7	66	8.7
Sin información	170	7.0	143	7.7	76	10.0
Frecuencia con que escucha radio						
Casi diario	1,271	52.2	982	53.0	374	49.1
Al menos una vez por semana	578	23.7	426	23.0	187	24.5
Menos de una vez por semana	292	12.0	217	11.7	90	11.8
Nunca	117	4.8	81	4.4	28	3.7
Sin información	178	7.3	146	7.9	83	10.9
Frecuencia con que ve televisión						
Casi diario	1,582	64.9	1,229	66.4	519	68.1
Al menos una vez por semana	404	16.6	297	16.0	125	16.4
Menos de una vez por semana	238	9.8	165	8.9	52	6.8
Nunca	82	3.4	58	3.1	19	2.5
Sin información	130	5.3	103	5.6	47	6.2

Las fuentes de información que con más frecuencia consultan a diario las estudiantes que han tenido relaciones sexuales y no han estado embarazadas, comparadas con las que sí han estado embarazadas son el Internet (68.9% versus 59.8%), las redes sociales (68.4% versus 57.2%) y la radio (53.0% versus 49.1%).

En el caso opuesto, entre las estudiantes que sí han estado embarazadas en contraste con las que no han estado embarazadas, prevalece como fuente de información que consultan a diario la televisión (68.1% versus 66.4%), seguida del periódico (29.0% versus 27.9%).

Cuadro 22

Número de estudiantes universitarias por estatus en relación a su exposición a un embarazo, según factores relacionados con la frecuencia de uso de Internet

Factores relacionados con frecuencia de uso de Internet y redes sociales	Estudiantes universitarias estudiadas					
	Total		Han tenido relaciones sexuales		Han estado embarazadas	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Total	2,436	100.0	1,852	100.0	762	100.0
Frecuencia con que usó Internet durante el último mes						
Casi diario	1,716	70.4	1,276	68.9	456	59.8
Al menos una vez por semana	339	13.9	272	14.7	138	18.1
Menos de una vez por semana	144	5.9	115	6.2	54	7.1
Nunca	81	3.3	62	3.3	40	5.2
Sin información	156	6.4	127	6.9	74	9.7
Frecuencia con que usó redes sociales durante el último mes						
Casi diario	1,729	71.0	1,266	68.4	436	57.2
Al menos una vez por semana	318	13.1	266	14.4	143	18.8
Menos de una vez por semana	142	5.8	113	6.1	58	7.6
Nunca	103	4.2	84	4.5	60	7.9
Sin información	144	5.9	123	6.6	65	8.5

5. Salud sexual y salud reproductiva: Actitudes y prácticas de las estudiantes universitarias que han tenido relaciones sexuales y las que han estado embarazadas

Esta parte del estudio ofrece una mirada a las actitudes y prácticas de las estudiantes universitarias respecto a la salud sexual, la salud reproductiva y al aborto como tema objeto de estudio.

El Cuadro 23 presenta las características de las estudiantes referentes a su primera relación sexual en cuanto a edad y uso de métodos anticonceptivos. Allí se observa que de las estudiantes que tuvieron su relación sexual a más temprana edad, el 6.1% tuvo su primera relación entre los 10 y los 14 años, y que esta proporción es de 9.3% entre las estudiantes que han estado embarazadas.

Cuadro 23

Número de estudiantes universitarias por estatus en relación a su exposición a un embarazo, según factores relacionados con la primera relación sexual

Factores relacionados con la primera relación sexual	Estudiantes universitarias estudiadas			
	Han tenido relaciones sexuales		Han estado embarazadas	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Total	1,852	100.0	762	100.0
Edad de la primera relación sexual				
10-14 años	113	6.1	71	9.3
15-19 años	1,118	60.4	485	63.6
20 años y más	468	25.3	195	25.6
No ha tenido relaciones sexuales	0	0.0	0	0.0
Sin información	153	8.3	11	1.4
Usó algún método anticonceptivo en la primera relación sexual	875	47.2	316	41.5

Esta brecha entre las mujeres que han tenido relaciones sexuales y las que han tenido algún embarazo se reduce hasta cerrarse en la medida en que aumenta la edad de la primera relación sexual. Por ejemplo, entre quienes tuvieron la primera relación sexual a los 20 años y más de edad, los valores son de 25.3% para quienes han tenido relaciones sexuales y 25.6% para quienes han estado embarazadas. Esto indica que son más propensas a un embarazo las mujeres que inician más temprano la práctica sexual y esto puede estar asociado al mayor tiempo de exposición que experimentan.

En relación con el uso de algún método anticonceptivo durante la primera relación sexual, esta práctica fue más frecuente entre las mujeres que no han estado embarazadas (47.2%) que entre las que sí lo han estado (41.5%).

Respecto a los embarazos, se indagó entre las estudiantes universitarias la proporción que se encontraba embarazada al momento de la encuesta, y tal como se puede apreciar en el Cuadro 24, el 3.6% de las que habían tenido relaciones sexuales estaba embarazada y entre las que habían estado embarazadas alguna vez el 5.5% lo estaba al momento de la encuesta.

Cuadro 24

Número de estudiantes universitarias por estatus en relación a su exposición a un embarazo, según factores relacionados con embarazo

Factores relacionados con embarazo	Estudiantes universitarias estudiadas			
	Han tenido relaciones sexuales		Han estado embarazadas	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Total	1,852	100.0	762	100.0
Está embarazada actualmente	65	3.6	42	5.5
Número total de embarazos tenidos				
Ninguno	961	53.1	0	0.0
1	327	18.1	327	42.9
2	213	11.8	213	28.0
3 o más	220	12.2	213	28.0
Sin información	88	4.9	9	1.2
No aplica	0	0.0	0	0.0
Ha tenido algún embarazo no deseado	189	10.2	189	24.8

Aproximadamente un tercio de las estudiantes universitarias en general había tenido uno o más embarazos. Del grupo que ha estado alguna vez embarazada, el 42.9% había tenido un solo embarazo; el 28.0%, dos embarazos, y una proporción igual (28.0%) había tenido tres o más embarazos. Al indagar entre las estudiantes si habían tenido algún embarazo no deseado, se observa que este valor es de 10.2% para las que habían tenido relaciones sexuales y de 24.8% para las que habían estado alguna vez embarazadas.

El 17.2% de las estudiantes que han estado embarazadas no llegó a dar a luz. (ver Cuadro 25).

Al observar el número de hijos tenidos por las estudiantes, el 38.2% ha tenido un solo hijo, el 26.8%, dos y el 16.5% ha tenido tres o más. Se observa en el mismo grupo un 16.5% que afirma no haber tenido hijos, entre quienes se encuentran las que estaban embarazadas al momento de la encuesta y las que habían experimentado alguna pérdida o aborto.

Cuadro 25

Número de estudiantes universitarias que han estado embarazadas según factores relacionados con el parto y nacimiento de los hijos tenidos

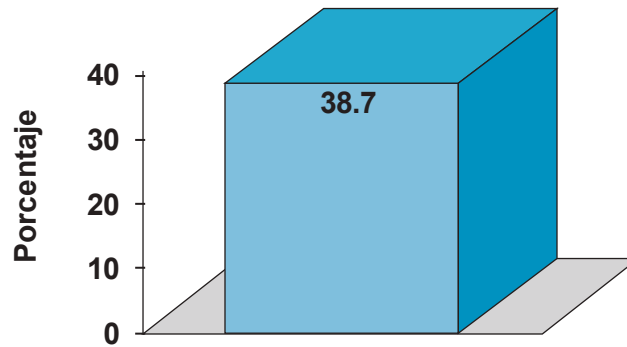
Factores relacionados con el parto y nacimiento de los hijos	Estudiantes universitarias que han estado embarazadas	
	Absoluto	Relativo
Total	762	100.0
Ha dado a luz alguna vez	631	82.8
Número de hijos tenidos		
Ninguno	126	16.5
1	291	38.2
2	204	26.8
3 ó más	126	16.5
No ha estado embarazada	0	0.0
No ha tenido relaciones sexuales	0	0.0
Sin información	15	2.0
No aplica	0	0.0

5.1 Aborto de cualquier tipo

Con relación a la dimensión en la ocurrencia del aborto en la República Dominicana, la presente encuesta, específicamente diseñada para la estimación cuantitativa del fenómeno, apoyada en un tamaño de muestra apropiado para el cumplimiento de dicho objetivo, arroja como resultado que el 12.1% de las estudiantes universitarias reportó haber tenido algún aborto, en este mismo orden, la ENDESA-2013 afirma que esta proporción es de 9.8% de mujeres en la población general del país.

La proporción de mujeres con experiencia de aborto es de 38.7% dentro entre las estudiantes que han estado embarazadas.

Porcentaje de estudiantes universitarias que estuvo alguna vez embarazada y que declara haber tenido algún aborto o pérdida de embarazo, Profamilia 2015



Al indagar acerca de las características de esta experiencia de aborto de cualquier tipo, el Cuadro 26 presenta que el 66.1% de las experiencias se da durante el primer trimestre de embarazo. Con relación al número de veces en que las estudiantes que han tenido algún aborto vivieron la experiencia, al 66.8% le sucedió sólo una vez, al 21.0% dos veces y a un 6.4% le ocurrió tres veces o más.

Cuadro 26

Número de estudiantes universitarias que tuvieron algún tipo de aborto, según características asociadas a la experiencia de aborto

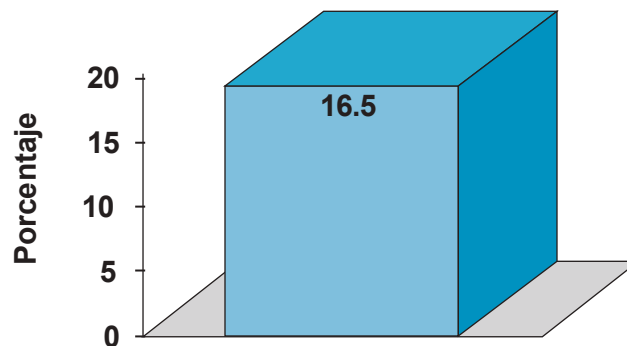
Factores relacionados con aborto total	Total de estudiantes universitarias que han tenido algún tipo de aborto	
	Absoluto	Relativo
Total	295	100.0
Tiempo (en meses) de último embarazo al momento del aborto		
1 mes o menos	80	27.1
2	77	26.1
3	38	12.9
4	19	6.4
5	13	4.4
6	7	2.4
7	6	2.0
8	6	2.0
9	23	7.8
No aplica o Sin información	26	8.8
Número total de embarazos que terminaron en pérdida		
1	200	67.8
2	62	21.0
3 ó más	19	6.4
No aplica o Sin información	14	4.7

5.2 Aborto inducido

Con relación a los abortos inducidos, declarados por las estudiantes universitarias, se observa que de las 295 estudiantes que dijeron haber tenido un aborto, 126 afirma que en su caso se trató de un aborto inducido, esto representa el 42.7% de ese grupo.

Si se observa la prevalencia de aborto entre los grupos de análisis seleccionados, es decir, entre todas las estudiantes y entre aquellas que han estado en exposición a embarazos o abortos, se tienen prevalencias del 5.2% para el total de las estudiantes, el 6.8% de las que han tenido relaciones sexuales, y el 16.5% de las que han estado embarazadas.

Porcentaje de estudiantes universitarias que ha estado alguna vez embarazada y que declara haber tenido algún aborto inducido, Profamilia 2015



En el Cuadro 27 se puede apreciar algunas de las características demográficas de las estudiantes que declaran haber tenido algún aborto inducido al momento de dicha práctica. De aquí es importante observar que se da más entre las mujeres en las edades más jóvenes, concentrándose el 82.6% en las que tienen menos de 25 años. Asimismo, se observa que el 49.2% estaba soltera al momento del aborto.

Cuadro 27

Número de estudiantes universitarias que tuvieron algún aborto inducido, según características socio demográficas al momento de la interrupción del embarazo

Características de las estudiantes que han experimentado algún aborto inducido	Total de estudiantes universitarias que han tenido algún aborto inducido	
	Absoluto	Relativo
Total	126	100.0
Edad al momento del aborto inducido		
Menos de 15 años	6	4.8
15-19	46	36.5
20-24	52	41.3
25-29	12	9.5
30 o más	6	4.8
No aplica o Sin información	4	3.2
Estado conyugal al momento del aborto inducido		
Soltera	62	49.2
Unida	24	19.0
Separada de una unión libre	20	15.9
Casada	7	5.6
Separada de un matrimonio	7	5.6
Viuda	2	1.6
No aplica o Sin información	4	3.2

Como se puede observar en la información presentada en el Cuadro 28 la decisión de practicarse un aborto es tomada mayormente por la mujer (40.5%); para el 28.6%, la decisión se toma en consenso con la pareja; en el 15.9% de los casos la decisión es tomada por la pareja de la mujer, y para el 7.9% la decisión la toma otro familiar.

El método más comúnmente utilizado por las estudiantes para inducir un aborto, de acuerdo con las informaciones reveladas en este estudio, es la ingesta de medicamentos abortivos como el Citotec (50.8%); en segundo lugar, reportan las intervenciones en un centro de salud (24.6%) y en tercer lugar la toma de productos naturales destinados a estos fines en su propia casa (18.3%).

El proceso de aborto se inicia regularmente en la casa de la mujer (61.9%), el 15.1% se da en un centro de salud desde el principio, y un 11.1% se inicia en la casa y termina en un centro de salud.

Cuadro 28
 Número de estudiantes universitarias según factores relacionados
 a la interrupción intencional del embarazo

Factores relacionados al aborto inducido	Total de estudiantes universitarias que han tenido algún aborto inducido	
	Absoluto	Relativo
Total	126	100.0
Tomó la decisión de llevar a cabo el aborto		
La mujer sola	51	40.5
La mujer en consenso con pareja	36	28.6
La pareja de la mujer	20	15.9
Un familiar de la mujer	10	7.9
Un profesional de la salud	2	1.6
Otro	3	2.4
No aplica o Sin información	4	3.2
Método utilizado para abortar		
Medicamentos como Citotec, Cytotec, Misoprosol	64	50.8
Intervención clínica en un centro de salud	31	24.6
Método casero o brebaje natural	23	18.3
No sabe	3	2.4
Otro método	1	0.8
Sin información	4	3.2
Lugar donde inició el proceso de aborto		
En la casa de la mujer	78	61.9
En un centro de salud	19	15.1
Inició en una casa y continuó en un centro de salud	14	11.1
En la casa de algún familiar, amigo o conocido	7	5.6
Otro lugar	3	2.4
Sin información	5	4.0

El Cuadro 29 se refiere a algunas implicaciones para la mujer en el caso de un aborto inducido, de acuerdo con las declaraciones de las estudiantes universitarias, al auto-aplicarse la encuesta. Allí se observa que 23.0% de las mujeres que experimentaron un aborto inducido tuvieron problemas de salud ocasionados por éste. En similar la proporción que indica haber necesitado algún tipo de internamiento.

En general, el costo económico del aborto inducido tiene un valor de entre mil y diez mil pesos dominicanos.

Cuadro 29

Número de estudiantes universitarias por estatus en relación a su exposición a un embarazo, según factores relacionados a consecuencias inmediatas por la interrupción intencional del embarazo

Factores asociados a consecuencias en la salud de la mujer y costos del procedimiento	Total de estudiantes universitarias que han tenido algún aborto inducido	
	Absoluto	Relativo
Total	126	100.0
Tuvo alguna complicación de salud a causa del aborto		
Sí	30	23.0
No	92	73.0
Sin información	5	4.0
Necesitó internamiento a causa de la complicación de salud consecuencia del aborto		
Sí	32	25.4
No	80	63.5
No aplica o Sin información	14	11.1
Costo económico del aborto practicado		
Menos de RD\$1,000	24	19.0
Entre RD\$1,000 y RD\$4,900	23	18.3
Entre RD\$5,000 y RD\$9,900	19	15.1
RD\$10,000 y más	14	11.1
No sabe	15	11.9
Sin información	31	24.6

5.3 Contraste entre datos del presente estudio de aborto y estadísticas estatales vigentes

Con el propósito de aprovechar la riqueza de los datos que proporcionan la presente encuesta y ENDESA-2013, como las dos principales fuentes existentes en el país con relevancia actual con datos sobre el aborto, se presentan algunos cuadros básicos destinados a ofrecer una orientación más clara sobre el tema.

Cuadro 30

Distribución de las mujeres de la población general en grupos de edades seleccionados, porcentaje de mujeres de 15 a 49 años y porcentaje de estudiantes universitarias que ha experimentado algún aborto, por fuente, según grupos de edades seleccionados

Edad actual, edad a la primera relación sexual	Mujeres que han tenido algún aborto según resultados Encuestas	
	ENDESA-2013	Estudiantes Universitarias
	Porcentaje	Porcentaje
Total	9.8	12.1
Edad a la primera relación sexual		
Menos de 20 años	14.5	36.3
15-19	11.9	17.4
20 y más	7.8	12.0
No ha tenido relaciones sexuales	0.0	0.0

Esta información se focaliza en los subgrupos de mujeres con experiencia de aborto, respecto de las cuales se observa que **el inicio de relaciones sexuales a una edad temprana está presente entre las mujeres que han experimentado aborto**, ocurriendo ésta antes de los 15 años en el 14.5% de las mujeres cubiertas por ENDESA 2013 y 36.3% en la muestra de estudiantes universitarias encuestadas en el presente estudio. De modo que al comparar la variable inicio temprano de relaciones sexuales y ocurrencia de abortos, la relación es inversamente proporcional, pues a menor edad en el inicio, mayor la ocurrencia de abortos.

El Cuadro 34 presenta comparaciones de tipo geográfico entre mujeres estudiadas por ENDESA 2013 y las estudiantes universitarias encuestadas.

En cuanto a la región de residencia, en ambos estudios, no se observan diferencias importantes con relación a la magnitud del fenómeno, sin embargo, la mayor proporción de mujeres que ha tenido algún aborto, reside en la región Este, aunque sea por una diferencia no tan relevante.

El aborto inducido se reporta con mayor frecuencia en las regiones Valdesia (7.3%) y Suroeste (7.0%). En las regiones del Cibao es menos reportado, obteniéndose valores del orden de 3.2% en el Cibao Nordeste y 3.3% en el Cibao Central y Noroeste.

Cuadro 31

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años y porcentaje de estudiantes universitarias que ha experimentado algún aborto, por fuente y tipo de aborto, según entorno de residencia

Región de residencia	ENDESA-2013	Encuesta estudiantes universitarias	
	Ha tenido algún aborto	Ha tenido algún aborto	Ha tenido algún aborto inducido
	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Total	9.8	12.1	5.2
Región de residencia			
Región Metropolitana	10.2	10.4	5.2
Cibao Central-Noroeste	9.8	13.9	3.3
Cibao Nordeste	10.1	12.6	3.2
Valdesia	8.2	14.6	7.3
Este	10.6	15.3	5.1
Suroeste	8.9	14.0	7.0

Como puede observarse en el Cuadro 35, en ambos estudios, las mujeres que han tenido una pareja, pero que actualmente no tienen (viudas, separadas, divorciadas) son quienes presentan porcentajes más altos en cuanto a experiencias de aborto de todo tipo.

Las diferencias entre las mujeres solteras y las que tienen o han tenido pareja, son de diez puntos porcentuales o más, siendo las solteras las que en menor proporción han tenido experiencias de aborto.

Cuadro 32

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años y porcentaje de estudiantes universitarias que ha experimentado algún aborto, por fuente y tipo de aborto, según situación de convivencia

Estado conyugal y personas con quien vive actualmente	ENDESA-2013	Encuesta estudiantes universitarias	
	Ha tenido algún aborto	Ha tenido algún aborto	Ha tenido algún aborto inducido
	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Total	9.8	12.1	5.2
Estado conyugal			
Soltera	2.1	4.9	3.4
Casada o Unida	12.2	22.4	7.3
Viuda, Divorciada o Separada	12.4	28.4	10.7
Persona(s) con quien vive			
Con los padres	-	6.5	3.7
Con la pareja e hijo(s)	-	22.6	6.0
Sola o con su(s) hijo(s)	-	27.2	13.4
Con otros parientes	-	8.5	5.1
Con otros no parientes	-	12.1	3.4

Otra diferencia marcada se observa en función de con quién (es) vive la mujer, reflejado en el presente estudio, donde se observa más ocurrencia de abortos entre las estudiantes que viven con la pareja (22.6%) o solas con sus hijos (27.2%), en contraste con aquellas que aún viven con sus padres (6.5%) o con otros parientes (8.5%). La diferencia porcentual también es marcada cuando se trata específicamente de abortos inducidos, donde también es mayor entre las mujeres que viven solas con sus hijos (13.4%).

El Cuadro 36 presenta datos con relación a la religión profesada por las mujeres estudiadas. ENDESA 2013 refiere algunas diferencias entre las distintas religiones, pero estas diferencias no se mantienen para el grupo de estudiantes universitarias.

De acuerdo con ENDESA-2013, 9.1% de las mujeres que se declaran católicas y el 7.9% que pertenecen a otra religión cristiana reportan haber tenido experiencias de aborto. Igualmente, entre las estudiantes universitarias, el 4.9% de las católicas y el 4.6% de las que pertenecen a otra religión cristiana declaran haber tenido un aborto.

Cuadro 33

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años y porcentaje de estudiantes universitarias que ha experimentado algún aborto, por fuente y tipo de aborto, según contexto religioso

Religión profesada por las mujeres	ENDESA-2013	Encuesta estudiantes universitarias	
	Ha tenido algún aborto	Ha tenido algún aborto	Ha tenido algún aborto inducido
	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Total	9.8	12.1	5.2
Religión que profesa la entrevistada			
Católica	9.1	12.2	4.9
Otra religión cristiana	7.9	11.4	4.6
Ninguna religión	12.8	12.8	7.0

La medición de variables de tipo socioeconómico entre estudiantes universitarias, destaca que el aborto es más reportado entre mujeres que trabajan, mayormente en el sector formal, percibiendo un salario fijo, y además pertenecientes a los grupos socioeconómicos familiares más bajos (ver Cuadro 37).

Entre las estudiantes universitarias, las mujeres que trabajan reportan mayor ocurrencia de abortos, el 16.5% ha tenido algún aborto frente a un 10.0% entre que las que no trabajan. En el mismo orden, el 7.3% de las que trabajan reporta haber tenido algún aborto inducido en contraste con el 4.2% entre las que no trabajan.

En torno a categoría ocupacional, las estudiantes que reciben un pago fijo por trabajo, que ha tenido algún aborto, es casi el doble de aquellas que trabajan sin recibir pago o las que no trabajan (16.5% en contraste con 9.8% y 9.4% respectivamente).

Cuadro 34

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años y porcentaje de estudiantes universitarias que ha experimentado algún aborto, por fuente y tipo de aborto, según características socioeconómicas

Características socioeconómicas	ENDESA-2013	Encuesta estudiantes universitarias	
	Ha tenido algún aborto	Ha tenido algún aborto	Ha tenido algún aborto inducido
	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Total	9.8	12.1	5.2
Grupo cuartílico familiar			
Primer cuartil	-	15.4	6.4
Segundo cuartil	-	13.9	5.8
Tercer cuartil	-	11.1	4.5
Cuarto cuartil	-	8.0	3.9
Condición laboral de la entrevistada			
Trabaja	10.4	16.5	7.3
No trabaja	9.3	10.0	4.2
Categoría ocupacional			
Trabaja por paga o salario	-	16.5	7.1
Trabaja sin paga o en labores domésticas	-	9.8	3.7
No trabaja	-	9.4	4.8



Conclusiones y recomendaciones

Algunas conclusiones

Las mujeres son titulares de derechos y el Estado tiene el compromiso de garantizarlos y diseñar políticas públicas equitativas para todas las personas. La ocurrencia de abortos es de alta relevancia, más allá de que esté penalizado o no, lo cual debe ser analizado al momento de legislar al respecto en República Dominicana.

La ilegalidad en la que se práctica el aborto, genera condiciones inseguras, riesgosas para la vida y la salud de las mujeres. La cifra de mujeres que se encuentran dentro de esta situación de inseguridad es alta, si se tiene en cuenta que **de acuerdo con ENDESA-2013 alrededor del 10% de las mujeres dominicanas en edad reproductiva, ha tenido algún aborto**; y en 2015 la presente encuesta sobre aborto reflejó que **un 39% de las estudiantes universitarias que reportaron alguna vez haber estado embarazadas, reportan haber tenido un aborto**.

Sin embargo, muchas de estas mujeres han tenido la oportunidad de tener información acerca de los métodos más seguros y, a su alcance, los medicamentos necesarios para interrumpir un embarazo, en los casos que lo hayan requerido, sin riesgos para su salud y su vida. La información científica oportuna sobre este tema ha salvado muchas mujeres alrededor del mundo.

Los hallazgos permiten conocer la realidad en la que ocurren los abortos en la población universitaria encuestada. Las estudiantes entrevistadas reportaron situaciones concretas que han llevado a las mujeres que conocen a practicarse un aborto. Es muy significativo que el 55.5% de las estudiantes relevaran la violación sexual como causal de aborto, lo cual puede indicar un alto riesgo de violencia sexual en esta población.

Para fines de políticas públicas y estrategias de reducción de riesgos, hay que destacar el conocimiento que tienen estas mujeres sobre los métodos de inducción del aborto. El método más común son las preparaciones caseras de tomas abortivas (69.4%); fármacos (50.7%), siendo el Citotec (misoprostol) mencionado por el 46.3%. También 47.8% refieren que conocen la interrupción del embarazo mediante cirugía. Es preocupante que un porcentaje tan alto refiera acerca de brebajes caseros, aunque compensa en cierta forma que haya un porcentaje importante entre las que refieren conocer los métodos más seguros. Obviamente, nos referimos a población universitaria.

Algunas recomendaciones

Este estudio, limitado a un análisis descriptivo, ofrece una amplia gama de variables que invitan a profundizar en el análisis de la situación del aborto en la República Dominicana. Esta iniciativa pretende contribuir con conocimiento a la búsqueda de soluciones desde el ámbito de la prevención y del diseño de políticas públicas efectivas a favor de las mujeres y la sociedad en general.

Tanto la metodología empleada como el diseño y tamaño de la muestra alcanzada¹⁰ permiten responder a la necesidad de información existente en el país para una temática tan compleja de medir como es el aborto. Se recomienda profundizar en el análisis de este tema, aprovechando, además, el potencial de la base de datos proporcionada por esta encuesta.

El aborto es una realidad cotidiana y es necesario tomar acciones, diseñar planes y políticas de salud que se dispongan hacia una mejora de las condiciones de salud sexual y salud reproductiva de las mujeres. Los datos reunidos permiten confirmar que la penalización absoluta de la interrupción del embarazo no ha sido efectiva para reducir su ocurrencia. Lamentablemente, esta ha sido la única política pública implementada hasta la fecha en República Dominicana.

A partir del presente estudio se puede contar con orientaciones acerca de cómo desarrollar estrategias de reducción del aborto inseguro. Además, es necesario estudiar las experiencias de éxito de países de la región, que han implementado políticas sectoriales eficientes, tales como:

¹⁰ Tanto el diseño del estudio como los cálculos para estimar el tamaño y composición de la muestra estuvieron bajo la dirección del Dr. Francisco Cáceres Ureña, PhD

- a) Políticas educativas orientadas a proporcionar educación integral en sexualidad que garantizan herramientas para prevenir embarazos no deseados o no planificados, antes las personas se vean expuestas a los riesgos.
- b) Políticas de salud, dirigidas a la atención integral de la población en todas las etapas de su vida mediante:
- la oferta de servicios de salud amigables para adolescentes;
 - la ampliación del acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos;
 - la estandarización y protocolización de los procesos de atención en salud sexual y reproductiva para la prevención de embarazos no deseados o no planificados;
 - el fortalecimiento del registro estadístico y la vigilancia epidemiológica de los fenómenos vinculados a la salud sexual y salud reproductiva, incluyendo de manera específica el aborto dentro de los sondeos, de modo que la información obtenida pueda servir para orientar mejor el diseño de planes y programas y para conocer la realidad de la situación y su impacto en la morbi-mortalidad materna;
 - el establecimiento de estrategias de Reducción de Riesgos y Daños, según la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) en los países donde el aborto está penalizado, que consiste en **ofrecer información científica** a las mujeres como alternativa para contribuir a la reducción de mortalidad materna vinculada al acceso al aborto en condiciones de riesgo;
- c) Políticas de reforma legislativas que despenalicen situaciones excepcionales en las cuales el Estado exonere de responsabilidad penal a quien practique un aborto en esas circunstancias: cuando el embarazo pone en riesgo la vida o salud de las mujeres, cuando ese embarazo es producto de una violación sexual o un incesto, o cuando el feto viene con malformaciones incompatibles con la vida fuera del útero.

Estas políticas públicas han surtido efecto en la disminución del embarazo en adolescentes, la morbilidad y mortalidad materna, la transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y la ocurrencia de abortos en general y sobretodo de abortos inseguros.

En definitiva, es tiempo de tomar acciones respecto de una realidad tan cotidiana, como es el aborto inseguro. El diseño de políticas públicas eficientes necesariamente tiene que construirse sobre la base de evidencia científica y experiencias de éxito.



Anexos

Guía para la introducción de las entrevistadoras

Cuestionario

Estudio en Mujeres sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva

Guía para la introducción de las entrevistadoras

Buenas tardes, mi nombre es _____ y estoy participando en un estudio sobre salud de las mujeres, enfocado principalmente a la sexual y reproductiva, desde la perspectiva de los derechos.

Estamos aplicando una encuesta en universidades a las mujeres que deseen participar con el llenado de un breve cuestionario. La encuesta es auto aplicable y anónima, es decir, no tenemos que saber su nombre.

Antes de comenzar quiero compartirles la siguiente información acerca de los derechos sexuales:

“Los derechos sexuales permiten regular y tener control autónomo y responsable sobre todas las cuestiones relativas a la sexualidad, sin ningún tipo de coacción, violencia, discriminación, enfermedad o dolencia.

Para las mujeres los derechos sexuales tienen un especial significado, pues involucran el derecho a ser tratadas como personas integrales y no como seres exclusivamente reproductivos, y a ejercer la sexualidad de manera placentera sin que ésta conlleve necesariamente un embarazo.”

CUESTIONARIO

Estudio sobre salud sexual y reproductiva

República Dominicana, 2015

ENCUESTA AUTOAPLICADA PARA MUJERES

Estimada estudiante, le invitamos a participar en una encuesta sobre salud sexual y reproductiva, dirigida a mujeres, que actualmente se lleva a cabo en las principales universidades del país. Como parte de esta iniciativa se ha elaborado el presente cuestionario a través del cual se busca conocer su opinión y experiencias sobre algunos temas de la salud femenina que resulten de utilidad para entender el comportamiento de otras mujeres como usted y a la vez permita a las instituciones promotoras de la salud a direccionar sus planes y estrategias de trabajo para ofrecer ayuda a través de sus programas de salud.

En este cuestionario no hay respuestas correctas ni incorrectas, **por favor responda todas las preguntas**. Si no está segura de su respuesta, es importante que indique la alternativa de respuesta que más se acerque a su opinión o anote lo que piensa a un lado del cuestionario. **Completar el cuestionario le tomará aproximadamente unos 15 minutos**.

Además le queremos asegurarle que NADIE tendrá acceso a sus respuestas ni podrá relacionarla a usted con el cuestionario que complete. Ni la entrevistadora que está al frente suyo, ni sus padres, ni amigos, ni vecinos verán lo que usted respondió. **No es necesario que escriba su nombre, ésta es una encuesta anónima y toda la información que nos entregue está protegida por el secreto estadístico, es decir, es confidencial.**

Quisiéramos que respondiera lo más sinceramente posible, ya que su participación y sus respuestas son muy valiosas para este estudio.

Muchas gracias.

FAVOR NO ESCRIBIR EN ESTE CUADRO DE CONTROL

UNIVERSIDAD	NÚMERO DEL CUESTIONARIO



Sección 0. Características de la vivienda y el hogar

PARA LA SIGUIENTE PREGUNTA ANOTE SU RESPUESTA EN LA CASILLA:	
PREG.1	<p>¿En cuál provincia reside usted actualmente?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA:	
PREG. 2	<p>¿Cuál es el material predominante en el <u>piso</u> de su vivienda?</p> <p>Cerámica 1</p> <p>Cemento..... 2</p> <p>Granito 3</p> <p>Mármol 4</p> <p>Mosaico 5</p> <p>Tierra 6</p>
PREG. 3	<p>¿Cuál es el material predominante en el <u>techo</u> de su vivienda?</p> <p>Concreto..... 1</p> <p>Asbesto cemento..... 2</p> <p>Zinc..... 3</p> <p>Metal o lata..... 4</p> <p>Cana, yagua u otras hojas 5</p>
PREG. 4	<p>¿Cuál es el material predominante en las <u>paredes</u> de su vivienda?</p> <p>Blocks de cemento 1</p> <p>Cemento..... 2</p> <p>Piedra y cemento..... 3</p> <p>Ladrillo 4</p> <p>Madera 5</p> <p>Tejamanil..... 6</p> <p>Yagua u otros materiales de desecho 7</p>

PARA LA SIGUIENTE PREGUNTA ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO “1” SI SU HOGAR DISPONE DEL BIEN O SERVICIO EN LA LISTA. SI SU RESPUESTA ES NO, ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO “2”.

PREG. 5	¿Tienen en su hogar...	SÍ	NO
	Electricidad?	1	2
	Radio o Equipo de música?	1	2
	Televisor en blanco y negro o a color?	1	2
	Video (VHS, DVD)?	1	2
	Servicio de telecable?	1	2
	Teléfono fijo o Teléfono celular?	1	2
	Nevera?	1	2
	Abanico?	1	2
	Estufa?	1	2
	Lavadora de ropa?	1	2
	Inversor?	1	2
	Calentador de agua?	1	2
	Bomba de agua?	1	2
	Plancha eléctrica?	1	2
	Servicio o conexión de Internet?	1	2
	Aire acondicionado?	1	2
	Horno microondas?	1	2
	Computadora, Laptop, Tableta o Ipad?	1	2
	Cisterna o Tinaco?	1	2
	Carro para uso privado?	1	2
	Camioneta o jeepeta para uso privado?	1	2

PARA LA SIGUIENTE PREGUNTA ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA:

PREG. 6	¿Cuál es la fuente principal de abastecimiento de agua para uso de su hogar, que no sea para beber, como por ejemplo, la que usan para bañarse, lavar, etc.?	
	Agua de tubería del servicio público en llave DENTRO de la vivienda	1
	Agua de tubería del servicio público en llave FUERA de la vivienda	2
	Agua de pozo	3
	Agua de manantial, río, arroyo	4
	Lluvia, Tanque, Aljibe	5
	Camión tanque	6



PARA LA SIGUIENTE PREGUNTA ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA:

PREG. 7	¿Qué tipo de servicio sanitario tiene su hogar?	
	Inodoro privado	1
	Inodoro compartido con otra vivienda.....	2
	Letrina privada	3
	Letrina compartida.....	4
	No hay servicio.....	5

Sección 1. Características de las mujeres

PARA LA SIGUIENTE PREGUNTA ANOTE SU EDAD EN LA CASILLA

PREG.8	¿Cuántos años cumplidos tiene usted?
	<input type="text"/> <input type="text"/> años

PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA:

PREG. 9	¿Cuál es su religión?	
	Católica	1
	Evangélica	2
	Adventista.....	3
	Ninguna	4
	Otra, especifique: _____	5

PREG. 10	¿Cuál es la religión principal de sus padres o de las personas que la criaron?	
	Católica	1
	Evangélica	2
	Adventista.....	3
	Ninguna	4
	Otra, especifique: _____	5

<p>PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA:</p>		
<p>PREG. 11</p>	<p>¿Con quién vive usted actualmente?</p>	
	<p>Con mi papá y mi mamá</p>	01
	<p>Con mi papá.</p>	02
	<p>Con mi mamá.</p>	03
	<p>Con mi pareja.</p>	04
	<p>Con mi pareja e hijos</p>	05
	<p>Con mis hijos e hijas</p>	06
	<p>Con mis abuelos u otros familiares</p>	07
	<p>Con amigo(s) o amiga(s) que no son mi pareja</p>	08
	<p>Vivo sola.</p>	09
	<p>Otra, especifique: _____</p>	10
<p>PREG. 12</p>	<p>La escuela o colegio en el que usted realizó sus estudios de Secundaria era de tipo...</p>	
	<p>Público</p>	1
	<p>Privado</p>	2
	<p>Semi-privado</p>	3
<p>PREG. 13</p>	<p>¿La escuela o colegio en el que usted realizó sus estudios de Secundaria estaba fundamentada en el estudio y práctica de alguna religión?</p>	
	<p>No, no era de tipo religioso</p>	1
	<p>Sí, era un politécnico o colegio de monjas</p>	2
	<p>Sí, era un colegio de padres o sacerdotes.</p>	3
	<p>Sí, era un colegio evangélico</p>	4
	<p>Sí, era un colegio adventista</p>	5
	<p>Otra, especifique: _____</p>	6



PREG. 14	<p>¿En cuál universidad estudia usted actualmente?</p> <p>UASD 1</p> <p>INTEC..... 2</p> <p>UNPHU..... 3</p>
<p>PARA LA SIGUIENTE PREGUNTA ANOTE EN LA CASILLA EL NOMBRE DE LA CARRERA QUE ESTUDIA</p>	
PREG. 15	<p>¿Cuál carrera está estudiando usted?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<p>PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA:</p>	
PREG. 16	<p>¿Trabaja usted actualmente?</p> <p>Sí 1</p> <p>No..... 2</p>
PREG. 17	<p>Si trabaja o realiza alguna actividad además de estudiar, en ese trabajo o actividad usted...</p> <p>Recibe un pago o salario fijo por su trabajo 1</p> <p>Recibe un pago ocasional o le pagan en función de lo que haga 2</p> <p>Trabaja ayudando a algún amigo o familiar pero sin recibir pago 3</p> <p>Realiza labores domésticas o hace oficios en su casa 4</p> <p>No trabajo ni realizo ninguna actividad además de estudiar 5</p>
<p>PARA LA SIGUIENTE PREGUNTA ESTIME UNA CANTIDAD TOTAL SUMANDO TODOS LOS INGRESOS DEL HOGAR Y ANOTELA EN LA RAYA. SI NO SABE CON EXACTITUD POR FAVOR ANOTE UN ESTIMADO.</p>	
PREG. 18	<p>¿Qué cantidad de dinero al mes reciben en total todos los miembros de su hogar, incluyendo salarios, remesas, pensiones, alquiler de casa o cualquier otra fuente de ingresos?</p> <p>RD\$ _____</p>

PREG. 19	¿Está usted actualmente...	
	Separada de un matrimonio.....	1
	Divorciada	2
	Viuda.....	3
	Separada de una unión libre?	4
	Casada.....	5
	Unida (en unión libre)?	6
	Soltera porque nunca me he casado ni unido?	7

PARA LA SIGUIENTE PREGUNTA ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO “1” SI SU RESPUESTA ES DIARIO, EL CÓDIGO “2” SI REALIZA ESA ACTIVIDAD UNA O VARIAS VECES CADA SEMANA, EL CÓDIGO “3” SI REALIZA ESA ACTIVIDAD EN FORMA MENOS FRECUENTE Ó EL CÓDIGO “4” SI US-
TED NUNCA REALIZA LA ACTIVIDAD LISTADA

PREG. 20 Dígame con qué frecuencia usted...	FRECUENCIA			
	Casi todos los días	Al menos 1 vez por semana	Menos de una vez por semana	Nunca
A. ¿Lee un periódico o revista?.....	1	2	3	4
B. ¿Escucha la radio?	1	2	3	4
C. ¿Ve la televisión?.....	1	2	3	4
D. ¿Usó Internet en el último mes?	1	2	3	4
E. ¿Usó en el último mes alguna red social como Facebook, Twitter, Instagram o cualquier otra?	1	2	3	4

Sección 2. Conocimiento de las mujeres acerca de la educación sexual y el procedimiento para la interrupción voluntaria del embarazo

En esta parte trataremos algunos temas relacionados con la educación sexual, las prácticas sexuales y las prácticas utilizadas para interrumpir intencionalmente los embarazos. Nos gustaría saber qué conocen las mujeres acerca de estos temas. No hay respuestas



incorrectas sino afirmaciones con las que puedes estar o no de acuerdo o ser o no de su creencia.

POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS.

PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA:

PREG. 21	¿Ha recibido usted orientación sobre temas de educación sexual o alguna vez ha participado de algún programa con este contenido?	
	Sí, he recibido educación sexual	1
	No.	2

PARA LA SIGUIENTE PREGUNTA PUEDE MARCAR MÁS DE UNA RESPUESTA.

PREG. 22	¿Dónde recibió usted orientación sobre temas de educación sexual?	
	En la escuela o colegio.	1
	En la universidad	2
	En curso o charla ofrecido por Profamilia	3
	En la iglesia	4
	En otra organización.	5
	Yo misma he investigado sobre el tema.	6
	Nunca he recibido	8

PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA:

PREG. 23	¿En cuál nivel de la educación considera usted que se debe empezar a hablar de educación sexual?	
	Inicial o preprimaria	1
	Primaria o básica	2
	Secundaria o media	3
	Universitario	4
	Nunca se debe hablar de educación sexual	5
	No sé	8

PARA LA SIGUIENTE PREGUNTA LEA LA LISTA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE A TODOS LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE USTED CONOZCA. **PUEDE MARCAR MÁS DE UNA RESPUESTA.**

PREG. 24	<p>¿Conoce usted algunos de los siguientes métodos utilizados para demorar o evitar un embarazo?</p> <p>Preservativo o condón (Masculino. A</p> <p>Condón femenino B</p> <p>Dispositivo intrauterino (DIU); también conocido como Aparatico, Espiral, Anillo, T de Cobre o Mirena, colocado por el médico dentro del útero a través de la vagina C</p> <p>Pastillas o píldoras anticonceptivas D</p> <p>Diafragma; que es como un gorrito de goma o silicona que bloquea la entrada de espermatozoides al útero. E</p> <p>Espermicida; sustancia que se coloca en la vagina F</p> <p>Inyecciones G</p> <p>Implantes; son unos tubitos que se insertan debajo de la piel en el brazo H</p> <p>Parches; que se pegan en determinados lugares del cuerpo y liberan hormonas que detienen la ovulación en la mujer. I</p> <p>Esterilización femenina o preparación J</p> <p>Esterilización masculina o vasectomía K</p> <p>Método de Lactancia y Amenorrea (MELA), es cuando la madre alimenta a su bebé sólo con el seno durante los primeros seis meses, mientras no le ha llegado la menstruación L</p> <p>Método del ritmo, en donde se controlan las fechas de la ovulación para no tener relaciones sexuales en esos días. M</p> <p>Retiro, es sacar el pene de la vagina antes de la eyaculación N</p> <p>Anticoncepción de emergencia o píldora del día después. O</p> <p>Otro método, especifique: _____ P</p>
-----------------	--

Ahora vamos a profundizar con preguntas acerca de la interrupción voluntaria de los embarazos como tema de gran importancia para este estudio.

En esta parte nos vamos a referir a lo que usted conoce del procedimiento que se practica una mujer, o un personal de salud le practica a una mujer, para **interrumpir por voluntad propia un embarazo**.

Para comenzar, por favor díganos su opinión acerca de los siguientes casos. Si no está segura de su respuesta por favor escoja la respuesta que más se acerque a su parecer.

ES IMPORTANTE QUE **RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS** ENCERRANDO EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE. NO ES NECESARIO QUE JUSTIFIQUE SU RESPUESTA.

PARA CADA UNO DE LOS SIGUIENTES CASOS, ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA. SI TIENE DUDAS PARA RESPONDER EN ALGUN CASO, POR FAVOR ESCOJA LA RESPUESTA QUE MÁS SE ACERQUE A SU POSICIÓN.	
PREG. 25	<p><u>Caso 1:</u></p> <p>Una joven llamada Jenny quedó embarazada después de haber sido violada sexualmente por un hombre. ¿Cree usted que ella tiene derecho a decidir interrumpir ese embarazo?</p> <p>Sí 1</p> <p>No..... 2</p>
PREG. 26	<p><u>Caso 2:</u></p> <p>Katy quedó embarazada después de haber sido violada sexualmente por su papá. ¿Cree usted que ella tiene derecho a decidir interrumpir ese embarazo?</p> <p>Sí 1</p> <p>No..... 2</p>
PREG. 27	<p><u>Caso 3:</u></p> <p>Esperanza es una joven embarazada con problemas de salud en los cuales su embarazo pone en peligro su vida. ¿Cree usted que ella tiene derecho a decidir interrumpir ese embarazo?</p> <p>Sí 1</p> <p>No..... 2</p>
PREG. 28	<p><u>Caso 4:</u></p> <p>Si durante el embarazo de Mercedes los médicos descubren que su feto tiene alguna malformación incompatible con la vida, por ejemplo, que no tenga cerebro y aunque nazca vivo no sobreviviría (Anencefalia), ¿Cree usted que ella tiene derecho a que se le interrumpa ese embarazo?</p> <p>Sí 1</p> <p>No..... 2</p>

PREG. 29	<u>Caso 5:</u>
	Si Martha quedó embarazada y decide interrumpir su embarazo por cualquier otra razón que no sean las cuatro anteriores, ¿cree usted que ella tiene derecho a hacerlo?
	Sí 1
	No..... 2

Aquí continuaremos indagando sobre lo que usted piensa o sabe sobre la interrupción intencional del embarazo. Recuerde que no hay respuestas incorrectas porque lo importante es conocer lo que piensan las mujeres como usted.

PARA LA SIGUIENTE PREGUNTA ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE A SUS RESPUESTAS. PUEDE MARCAR MÁS DE UNA RESPUESTA.	
PREG. 30	La posición que usted tiene a favor o en contra de la interrupción voluntaria del embarazo, se fundamenta en información o conocimiento adquirido de...
	Mi familia A
	Mi escuela o colegio..... B
	La universidad C
	Charlas o talleres en las que he participado D
	Los medios de comunicación E
	La iglesia F
	Mi círculo de amigos G
	Está basada en mi propio criterio (autoformación)..... H
	Consultas a libros y documentos relacionados al tema..... I
	Consultas en Internet..... J
	Otra, especifique: _____ K



PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA:

PREG. 31	Cree usted que las discusiones acerca de la interrupción del embarazo en nuestro país deben ser responsabilidad principal de...	
	Las mujeres	1
	Los hombres	2
	Hombres y mujeres en general	3
	Los profesionales (abogados, médicos, etc	4
	Las organizaciones de derechos humanos y movimientos sociales	5
	El Estado	6
	Toda la sociedad en su conjunto	7
Otro, especifique: _____	8	

PREG. 32	¿Conoce usted a alguna mujer que se haya sometido a un procedimiento para interrumpir su embarazo por voluntad propia?	
	Sí	1
	No	2

PARA LA SIGUIENTE PREGUNTA PUEDE MARCAR MÁS DE UNA RESPUESTA.

PREG. 33	¿Cuáles métodos utilizan las mujeres para interrumpir los embarazos no deseados?	
	Extracción del feto mediante cirugía	A
	Legrado	B
	Método casero, tomando té de sustancias naturales abortivas	C
	Tomando pastillas indicadas con esos fines	D
	Tomando Citotec	E
	Sobredosis de pastillas para otros usos como analgésicos, etc.	F
	Usando pastillas vía vaginal	G
	Otro, especifique: _____	H

PARA LA SIGUIENTE PREGUNTA **PUEDA MARCAR MÁS DE UNA RESPUESTA.**

PREG. 34 ¿Dónde cree usted que buscan las mujeres ayuda cuando deciden interrumpir un embarazo?

- En un hospital público A
- En un consultorio o dispensario público B
- En la clínica o consultorio privado C
- En una organización no gubernamental (ONG) D
- En la farmacia. E
- Donde una persona que le ayuda a interrumpir su embarazo pero que no es profesional de la salud F
- En su casa, con su familia G
- En la casa de una amiga H
- Otro, especifique: _____ I

PARA LA SIGUIENTE PREGUNTA **PUEDA MARCAR MÁS DE UNA RESPUESTA.**

PREG. 35 ¿Cuáles cree usted que son las principales razones por la que una mujer **SÍ INTERRUMPE VOLUNTARIAMENTE** su embarazo?

- Razones económicas, no tiene suficiente dinero para mantenerlo A
- Miedo al rechazo o a la presión social B
- Miedo a tener complicaciones de salud C
- El padre de la criatura es un familiar (padre, tío, abuelo, etc.) D
- Porque la obligan a interrumpir el embarazo E
- Por falta de información o bajo nivel de instrucción F
- Por falta de conciencia. G
- Falta de apoyo familiar, opinión desfavorable de los padres. H
- Falta de apoyo de su pareja. I
- El feto presenta una malformación. J
- El embarazo es producto de una violación K
- La embarazada es demasiado joven para ser madre L
- Razones religiosas M
- Está estudiando o trabajando y tener un bebé le afectaría N
- Ya tiene otros hijos O
- Otro, especifique: _____ P



PARA LA SIGUIENTE PREGUNTA PUEDE MARCAR MÁS DE UNA RESPUESTA.

PREG. 36	<p>¿Cuáles cree usted que son las principales razones por las que una mujer que desea interrumpir su embarazo <u>NO SE ATREVE</u> a hacerlo?</p> <p>Por miedo al “qué dirán” A</p> <p>Por miedo a tener alguna complicación de salud B</p> <p>Por conciencia o remordimiento C</p> <p>Porque su religión no se lo permite D</p> <p>Porque su familia no se lo permite. E</p> <p>Su pareja quiere que tenga al bebé F</p> <p>Presión de todo su entorno (presión social G</p> <p>Encuentra algún apoyo en donde le aconsejan NO hacerlo H</p> <p>Porque sí quiere ser madre I</p> <p>Sus principios morales son más fuertes que el deseo. J</p> <p>Otro, especifique: _____ K</p>
-----------------	---

PARA LA SIGUIENTE PREGUNTA ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA:

PREG. 37	<p>¿Sabe usted si en la República Dominicana la interrupción voluntaria del embarazo está penalizada por Ley, es decir, es ilegal?</p> <p>Sí, es ilegal 1</p> <p>Sí, está penalizada pero tiene algunas excepciones 2</p> <p>No, no está penalizado. 3</p> <p>No sé 8</p>
PREG. 38	<p>¿Cree usted que un procedimiento para la interrupción de un embarazo que se le practique a una mujer en un centro de salud, por parte de personal médico que siga un método preestablecido, es seguro?</p> <p>Sí, es seguro. 1</p> <p>No, ningún procedimiento para interrumpir un embarazo es seguro. 2</p> <p>No sé si es seguro 8</p>

Sección 3. Salud Sexual y Reproductiva

A continuación le haremos algunas preguntas relacionadas con su salud sexual y reproductiva. El objetivo es levantar información actualizada sobre temas sensibles como la interrupción voluntaria de un embarazo, a fin de poder diseñar programas a través de los cuales se pueda ayuda a las personas. Por favor responda con sinceridad, recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que no se compartirán con nadie.

<p>PARA LA SIGUIENTE PREGUNTA ANOTE SU RESPUESTA EN LA CASILLA. SI USTED NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ANOTE EL CÓDIGO "98".</p>	
<p>PREG. 39</p>	<p>¿Cuántos años tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> años</p>
<p>PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA:</p>	
<p>PREG. 40</p>	<p>¿Usó usted algún método anticonceptivo en su primera relación sexual?</p> <p>Sí 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No he tenido relaciones sexuales..... 3</p>



POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE LISTA DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE AL MÉTODO ANTICONCEPTIVOS QUE ACTUALMENTE USTED ESTÁ USANDO

PREG. 41	<p>¿Qué método está usted utilizando para demorar o evitar un embarazo en este momento?</p> <p>Preservativo o condón (Masculino) 1</p> <p>Condón femenino 2</p> <p>Dispositivo intrauterino (DIU); también conocido como Aparatico, Espiral, Anillo, T de Cobre o Mirena, colocado por el médico dentro del útero a través de la vagina 3</p> <p>Pastillas o píldoras anticonceptivas 4</p> <p>Diafragma; que es como un gorrito de goma o silicona que bloquea la entrada de espermatozoides al útero. 5</p> <p>Espermicida; sustancia que se coloca en la vagina 6</p> <p>Inyecciones 7</p> <p>Implantes; son unos tubitos que se insertan debajo de la piel en el brazo 8</p> <p>Parches; que se pegan en determinados lugares del cuerpo y liberan hormonas que detienen la ovulación en la mujer. 9</p> <p>Esterilización femenina o preparación 10</p> <p>Esterilización masculina o vasectomía 11</p> <p>Método de Lactancia y Amenorrea (MELA), es cuando la madre alimenta a su bebé sólo con el seno durante los primeros seis meses, mientras no le ha llegado la menstruación 12</p> <p>Método del ritmo, en donde se controlan las fechas de la ovulación para no tener relaciones sexuales en esos días. 13</p> <p>Retiro, es sacar el pene de la vagina antes de la eyaculación 14</p> <p>Anticoncepción de emergencia o píldora del día después. 15</p> <p>Abstinencia, no estoy teniendo relaciones sexuales 16</p> <p>Otro método, especifique:_____ 17</p> <p>Ninguno, actualmente no estoy usando anticonceptivos 18</p>
-----------------	---

PREG. 42	¿Está usted embarazada actualmente?	
	Sí	1
	No.....	2
	No aplica en mi caso	8

PARA LAS PREGUNTAS CON EL SIGUIENTE FORMATO, ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA:

PREG. 43	¿Ha estado usted alguna vez embarazada?	
	Sí	1
	No.....	2
	No sé si he estado embarazada.....	3
	No aplica en mi caso	8

ANOTE EN LA CASILLA EL NÚMERO DE VECES QUE HA ESTADO EMBARAZADA. SI LA PREGUNTA NO APLICA EN SU CASO, ANOTE EN LA CASILLA EL CÓDIGO "98".

PREG. 44	¿Cuántas veces ha estado usted embarazada?	
	<input type="text"/> <input type="text"/> Vez o veces	

PREG. 45	¿Ha dado usted a luz alguna vez?	
	Sí	1
	No.....	2
	No aplica en mi caso	8

ANOTE EN LA CASILLA EL NÚMERO DE HIJOS QUE TIENE. SI LA PREGUNTA NO APLICA EN SU CASO, ANOTE EN LA CASILLA EL CÓDIGO "98".

PREG. 46	¿Cuántos hijos o hijas tiene usted?	
	<input type="text"/> <input type="text"/> Hijos e hijas en total	



PREG. 47	<p>¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo que terminó en pérdida, fue interrumpido o el bebé nació muerto?</p> <p>Sí 1</p> <p>No..... 2</p> <p>No aplica en mi caso 8</p>
<p>SI LA PREGUNTA NO APLICA EN SU CASO, ANOTE EN LA CASILLA EL CÓDIGO "98" EN LA CASILLA PARA MES Y EL CÓDIGO "9998" EN LA CASILLA PARA AÑO.</p>	
PREG. 48	<p>¿En qué mes y año terminó el último de estos embarazos?</p> <p>Mes <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>

<p>SI LAS SIGUIENTES PREGUNTAS NO APLICAN EN SU CASO, ANOTE EN LA CASILLA EL CÓDIGO "98".</p>	
PREG. 49	<p>¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando terminó ese último embarazo (pérdida, interrupción o nacido muerto)?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> Mes(es)</p>
PREG. 50	<p>¿En total, cuántos embarazos que han terminado en pérdida ha tenido usted?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> Pérdidas en total</p>

Sección 4. Prácticas vinculadas al tema de la interrupción voluntaria o intencional del embarazo

En esta sesión queremos saber si usted ha tenido cualquier tipo de vivencia vinculada a la interrupción voluntaria o intencional de un embarazo, ya sea la suya propia en caso de que la tuviera, o la experiencia de otra persona a la que haya acompañado o que usted tenga conocimiento de su proceso.

Por favor sea sincera al responder, recuerde que estas informaciones ayudarán a mejorar las condiciones para otras mujeres a través de programas de salud pública y que sus respuestas son de carácter estrictamente confidencial.

RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS. NADIE PODRÁ RELACIONARLA A USTED CON SUS RESPUESTAS DADO EL CARÁCTER ANÓNIMO DE ESTE ESTUDIO.

PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA:

PREG. 51	¿Ha tenido usted alguna vez un embarazo no deseado?	
	Sí	1
	No.....	2
	No aplica en mi caso	8
PREG. 52	¿Alguna vez ha tenido usted que interrumpir de manera voluntaria un embarazo no deseado, por la razón que fuera?	
	Sí	1
	No.....	2
	No aplica en mi caso	8
SI LA SIGUIENTE PREGUNTA NO APLICA EN SU CASO ANOTE EN LA CASILLA EL CÓDIGO "98". SI HA TENIDO MÁS DE UN CASO, REFIÉRASE AL PRIMERO.		
PREG. 53	¿Cuántos años tenía usted al momento de interrumpir de manera voluntaria su embarazo?	
	<input type="text"/> <input type="text"/> años	

PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA:

PREG. 54	¿En ese momento que tuvo esa experiencia de interrupción voluntaria de un embarazo, su estado conyugal era?	
	Separada de un matrimonio.....	1
	Viuda.....	2
	Separada de una unión libre	3
	Casada.....	4
	Unida (en unión libre)	5
	Soltera, nunca casada ni unida	6
	No aplica en mi caso	8



PREG. 55	¿En su caso, quién tomó la decisión para que se efectuara la interrupción del embarazo no deseado?	
	Yo sola	1
	Yo en consenso con mi pareja o compañero sexual	2
	Mi pareja o compañero sexual	3
	Un familiar mío	4
	Un familiar de mi pareja	5
	Un profesional de la salud lo recomendó.	6
	Otro, especifique: _____	7
No aplica en mi caso	8	
PREG. 56	¿Qué método usó o fue utilizado para practicarle la interrupción del embarazo?	
	Un método casero como la toma de algún brebaje natural para provocarse la pérdida	1
	Medicamentos o fármacos como (Cytotec, Cytec, Misoprostol) para provocarse la pérdida	2
	Tuvo una intervención clínica en algún centro	3
	No sé	4
	Otro método, especifique: _____	5
No aplica en mi caso	8	

<p>PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA:</p>	
<p>PREG. 57</p>	<p>¿En qué lugar inició usted el proceso para interrumpir el embarazo?</p> <p>En su propia casa. 1</p> <p>En la casa de algún familiar, amigo, conocido. 2</p> <p>Inició en una casa y terminó en un centro de salud. 3</p> <p>En un centro de salud 4</p> <p>No sé, me llevaron a un lugar clandestino 5</p> <p>Otro lugar, especifique: _____ 6</p> <p>No aplica en mi caso 8</p>
<p>PREG. 58</p>	<p>¿Tuvo usted alguna complicación de salud a causa de la interrupción de ese embarazo?</p> <p>Sí 1</p> <p>No. 2</p> <p>No aplica en mi caso 8</p>
<p>PREG. 59</p>	<p>¿Necesitó usted internamiento para tratarse la complicación de salud que tuvo a causa de la interrupción de ese embarazo?</p> <p>Sí 1</p> <p>No. 2</p> <p>No aplica en mi caso 8</p>
<p>PARA LA SIGUIENTE PREGUNTA ESTIME UNA CANTIDAD Y ANOTE EN LA CASILLA EL VALOR EN PESOS. SI NO APLICA EN SU CASO ANOTE EN LA CASILLA EL CÓDIGO "99998".</p>	
<p>PREG. 60</p>	<p>¿Cuánto le costó a usted en términos económicos el llevar a cabo ese proceso de interrupción del embarazo?</p> <p>RD\$ <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/></p>



Ahora indagaremos de los casos de embarazos interrumpidos de forma voluntaria en otras personas que usted conozca, ya sea una amiga o familiar, sobre cuyo caso usted tenga conocimiento.

NO TIENE QUE IDENTIFICAR A LA PERSONA SOBRE LA CUAL RESPONDERÁ.


SI NO CONOCE NINGÚN CASO, TERMINE AQUÍ EL CUESTIONARIO. *Muchas gracias por su tiempo y respuestas para contribuir con este estudio.*

Por favor responda las siguientes preguntas, refiriéndose al caso de interrupción de embarazo que tuvo otra persona y sobre el cual usted tenga información.

PARA LA SIGUIENTE PREGUNTA, SI NO SABE CON EXACTITUD LA EDAD ANOTE EN LA CASILLA UNA EDAD APROXIMADA PARA ESA PERSONA.	
PREG. 61	<p>¿Cuántos años cumplidos tenía esa mujer al momento de interrumpir su embarazo?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> años</p>
PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA:	
PREG. 62	<p>¿Qué método usó o fue utilizado para practicarle la interrupción del embarazo a esa mujer?</p> <p>Un método casero como la toma de algún brebaje natural para provocarse la pérdida 1</p> <p>Uso de medicamentos o fármacos como (Citotec, Cyttec, Misoprostol) para provocarse la pérdida 2</p> <p>Tuvo una intervención clínica en algún centro 3</p> <p>Otro método, especifique: _____ 4</p> <p>No sé 8</p>

PREG. 63	¿En qué lugar le fue practicada la intervención a esa mujer para terminar con el embarazo?	
	En su propia casa.	1
	En la casa de algún familiar, amigo, conocido.	2
	Inició en una casa y terminó en un centro de salud.	3
	En un centro de salud.	4
	No sabe en qué lugar ocurrió.	5
	Otro lugar, especifique: _____	6
PREG. 64	¿Tuvo esa mujer alguna complicación de salud a causa de la interrupción de su embarazo?	
	Sí.	1
	No.	2
	No sé.	8
PREG. 65	¿Conoce usted algún caso de mujeres que hayan fallecido por haberse hecho un procedimiento para interrumpir un embarazo?	
	Sí.	1
	No.	2

Muchas gracias por su tiempo y respuestas para contribuir con este estudio.



ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL ABORTO INDUCIDO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y ABORDAJE CUALITATIVO

**Dra. Marija Miric
Dr. Eddy Pérez Then**

Santo Domingo, Noviembre de 2015

Tabla de contenido

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL ABORTO INDUCIDO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y ABORDAJE CUALITATIVO

Participación individual e institucional.	103
I. Presentación	105
II. Contexto	107
2.1. Panorama internacional	107
2.2. Situación de la República Dominicana.	110
III. Objetivos	113
IV. Aspectos metodológicos	115
4.1. Diseño.	115
4.2. Perfil de participantes.	116
4.3. Procedimientos.	127
4.4. Consideraciones éticas	130
V. Presentación y discusión de resultados.	133
5.1. Embarazos no planificados	133
5.2. Servicios de salud	140
5.3. Actitudes frente al aborto inducido	156

VI. Conclusiones	165
6.1. Contexto socio-cultural y políticas públicas	165
6.2. Servicios de salud	167
6.3. Pareja, familia y comunidad	168
6.4. Aspectos individuales	170
VII. Recomendaciones	173
7.1. Contexto socio-cultural y políticas públicas	173
7.2. Servicios de salud	174
7.3. Pareja, familia y comunidad	175
7.4. Aspectos individuales	176
VIII. Reflexiones finales	177
IX. Referencias	181
ANEXO I.	
Guías de entrevistas cualitativas	187
Aborto inducido en la República Dominicana: abordaje cualitativo	187
Aborto inducido en la República Dominicana: abordaje cualitativo	190
ANEXO II.	
Formularios de consentimiento informado	193

Índice cuadros

Cuadro 1.	Perfil de la sub-muestra personas que proveen servicios de salud	117
Cuadro 2.	Perfil de la sub-muestra de mujeres con experiencia de aborto inducido	120

Índice gráficas

Gráfico 1.	Muertes atribuidas a un aborto inseguro cada 100 000 nacidos vivos, según las bases legales para el aborto (Fuente: OMS, 2012. Aborto sin riesgos: Segunda edición guía técnica y de políticas para sistemas de salud; p.91.)	109
Gráfico 2.	Modelo ecológico aplicado al análisis de la situación de aborto inducido en la República Dominicana (adaptado de Cleland et al., 2014)	116
Gráfico 3.	Toma de decisiones sobre la interrupción del embarazo: múltiples escenarios	138
Gráfico 4.	Acceso y utilización de servicios de planificación familiar en la muestra del estudio	141
Gráfico 5.	Acceso y utilización de servicios de ginecología y atención prenatal en la muestra del estudio.	144
Gráfico 6.	Posturas frente al aborto desde el ámbito legal y el ámbito ético-moral . .	157

Participación individual e institucional

La propuesta metodológica del presente estudio fue diseñada por la Dra. Marija Miric y el Dr. Eddy Pérez Then, Coordinadora Técnica y Director del Centro de Investigaciones en Salud Global y Biotecnología de la Escuela de Medicina de la Universidad Dominicana O&M (O&Med). La elaboración de la propuesta siguió los lineamientos de los términos de referencia (TDR) desarrollados por Profamilia y fue validada con el equipo técnico de dicha institución previo a su implementación.

La ejecución del estudio fue coordinada y administrada desde el Centro de Investigación en Salud Global y Biotecnología de la Escuela de Medicina de la Universidad Dominicana O&M (O&Med), contando con la aprobación y supervisión del Comité de Ética de Investigación de la misma. Este proceso fue acompañado de manera continua por personas que fungieron como puntos focales de Profamilia, incluyendo, entre otras personas, a José Figueroa, Myrna Flores, Claudia Saleta, Gianna Sangiovanni y Leopoldina Cairo, quienes apoyaron, entre otros aspectos, los contactos institucionales con los establecimientos de salud y las personas que proveen servicios relevantes para el tema del estudio, facilitando también la identificación de mujeres potencialmente dispuestas a participar en el mismo.

La Dra. Marija Miric, investigadora principal, estuvo a cargo del diseño y validación del protocolo definitivo y herramientas utilizadas en el estudio, así como del proceso de recopilación de datos, incluyendo las visitas a los establecimientos de salud, la facilitación del proceso de consentimiento informado y la realización de entrevistas cualitativas. Asimismo, se encargó de la revisión de fuentes bibliográficas identificadas sobre el tema de aborto, y del procesamiento y análisis cualitativo de la información recopilada, integrando los resultados de estos procesos en el informe de progreso y el informe final de esta iniciativa. La

Dra. Miric se mantuvo en comunicación permanente con los diferentes actores involucrados en la ejecución del estudio, sosteniendo reuniones presenciales con el equipo técnico de Profamilia en función de lo requerido.

El Dr. Eddy Pérez Then, co-investigador, apoyó el proceso de diseño y validación del protocolo final del estudio, participando también en los contactos y visitas a establecimientos de salud, realizadas como parte preliminar del proceso de recopilación de datos. Mantuvo reuniones regulares con la Dra. Miric para evaluar los avances en la ejecución del estudio y orientar los próximos pasos del mismo. Participó de manera activa en la discusión de la información bibliográfica reunida, así como en el análisis iterativo de los datos recopilados en cada una de las fases del estudio. El Dr. Pérez Then contribuyó de manera importante en el proceso de redacción y revisión del informe final; aportó su experiencia y conocimientos acumulados a lo largo de dos décadas de investigación en salud materno-infantil en la República Dominicana, a la discusión de los hallazgos del mismo.

Este estudio fue posible gracias a la participación de personas que proveen servicios de salud y mujeres que han pasado por una experiencia de interrupción voluntaria del embarazo, dispuestos/as a compartir sus vivencias y expresar sus posturas personales frente a una realidad socialmente estigmatizada y sancionada por el marco legal vigente en la República Dominicana. Si bien, por razones de confidencialidad, su identidad no puede ser revelada, el equipo de investigación reitera su más profunda gratitud a todas las personas que participaron en este proceso. Reconocemos su aporte a los esfuerzos por crear evidencia científica que sustente la revisión del marco legal y el diseño de intervenciones oportunas dirigidas a mitigar el impacto de la realidad de aborto inducido en situaciones de riesgo, en la salud integral de la mujer dominicana.

I. Presentación

Frente a la limitada información empírica disponible sobre la práctica de aborto en general y, el aborto inducido en particular, en la República Dominicana, se llevó a cabo un estudio cualitativo para caracterizar la situación actual de esta realidad con el fin de focalizar las intervenciones futuras dirigidas a mitigar su impacto en los índices de morbilidad y materna en el país.

Como parte de este proceso, en adición a la revisión sistemática de la información previamente disponible sobre este tema en el contexto nacional e internacional, se llevaron a cabo entrevistas a profundidad con una muestra dirigida de diez (10) personas que proveen servicios de salud y diez (10) mujeres que han pasado por la experiencia de un aborto inducido en la República Dominicana, garantizando el anonimato y la confidencialidad a toda persona dispuesta a participar.

Antes de iniciar con la recopilación de los datos, el Comité de Ética de Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Dominicana O&M (O&Med), revisó el protocolo del estudio, asegurando su apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).

Los hallazgos de este estudio aportan una caracterización general de la situación de aborto inducido en la República Dominicana, desde un enfoque fundamentalmente cualitativo y exploratorio, que pretende exponer las diferentes dimensiones de la realidad de la interrupción voluntaria del embarazo en el país y los determinantes socioculturales que la definen.

Estos aportes serán un insumo inicial para el debate de estos temas desde una perspectiva científica y basada en evidencia, que permitirá el desarrollo de estudios futuros que promuevan de manera más detenida la reflexión y el análisis crítico de cada una de estas dimensiones.



II. Contexto

2.1. Panorama internacional

República Dominicana, junto con Chile, El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua y Suriname, forma parte de los siete países de América Latina y ocho países del mundo en los cuales la inducción del aborto es ilegal, independientemente de las circunstancias que lo motivan (Guttmacher Institute, 2012). En este contexto, aún en los casos cuando la continuación del embarazo pone en peligro la vida de la madre, o las deformaciones congénitas del feto resultan incompatibles con la vida, la práctica del aborto inducido implica sanciones legales, tanto para las mujeres como para las personas implicadas.

Las organizaciones de la sociedad civil y las diferentes instancias involucradas en la protección de los derechos humanos, han promovido el debate del tema de aborto y su estatus legal en las últimas décadas, tanto a nivel internacional como en la República Dominicana, centrándose en su mayor parte en argumentos bioéticos y de enfoque de derechos, en contraste con dogmas propios de cosmovisiones religiosas y patriarcales.

Esta discusión se ve enriquecida por los indicadores de salud pública y la evidencia acumulada en los diferentes contextos internacionales. Este es un aporte importante para el diseño de políticas públicas y la toma de futuras decisiones en este ámbito.

Se estima que cada año aproximadamente 42 millones de mujeres a nivel mundial opta por un aborto. La mitad de estos procedimientos son realizados en condiciones inseguras (Haddad & Nour, 2009). Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (2008), un 12% de todas las muertes maternas en América Latina ocurre por aborto inseguro, alcanzando este porcentaje en el caso de algunos países un 30% (Khan et al., 2006). El mayor porcentaje de las muertes maternas por esta causa prevenible, ocurre en países en vía de desarrollo (Harper et al., 2007).

De acuerdo con el análisis de Bankole et al. (1998) sobre los motivos reportados por mujeres procedentes de 27 países diferentes para realizarse un aborto, éstos no se limitan a la ocurrencia de un embarazo no planificado, lo que implica que en el proceso de toma de decisión confluyen una multiplicidad de factores circunstanciales y familiares que frecuentemente escapan a su control inmediato. No obstante, según señalan Sedgh et al. (2007), al enfrentarse a un embarazo no planificado y/o no deseado, las mujeres tienden a optar por interrumpir la gestación, independientemente de las circunstancias legales y las posibilidades de acceso al aborto seguro.

De ahí que las restricciones legales para abortar no necesariamente conducen a la reducción de las tasas de aborto inducido. Así, según muestra el estudio realizado por Henshaw et al. (1999), entre los países con más altas tasas de aborto entre mujeres de 15 a 49 años de edad, están Chile (50/1000) y la República Dominicana (47/1000) (donde la legislación implica una prohibición absoluta del aborto, aún en los casos cuando éste pone en riesgo la vida de la madre).

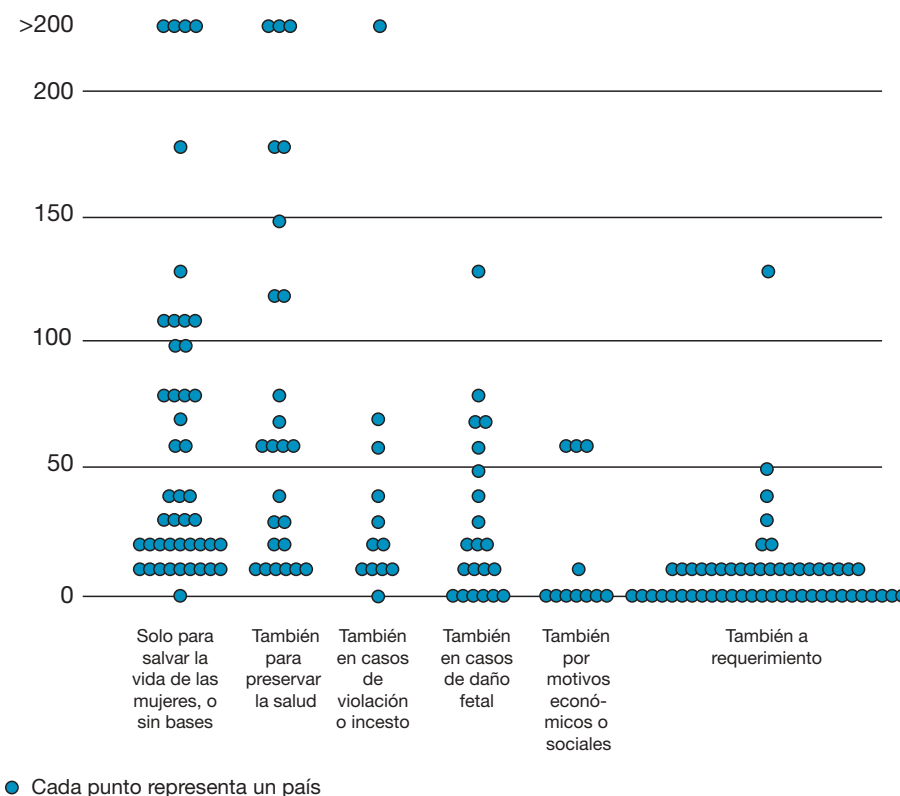
Por el contrario, según sugieren los hallazgos de Sedgh et al. (2012), las tasas de aborto lucen ser significativamente más bajas en países con leyes más liberales. Estos resultados coinciden con los datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los cuales corroboran que las regiones con leyes menos restrictivas sobre el aborto presentan estadísticas más bajas de abortos inducidos, con tasas muy bajas o inexistentes de abortos inseguros (OMS, 2011).

A la vez, las regiones con leyes más restrictivas presentan un mayor tasa de abortos inducidos, con alta prevalencia de abortos inseguros (OMS, 2011). De manera congruente con lo anterior, estas regiones reportan tasas más altas de mortalidad atribuida a abortos inseguros (OMS, 2012), según se presenta en el Gráfico 1.

Así, los países en los cuales la inducción del aborto solamente se permite en los casos de riesgo para la vida o la salud de la madre, tienden a presentar tasas de mortalidad más altas atribuidas a abortos inseguros, en comparación con aquellos países que tienen leyes más flexibles al respecto. Entre los países incluidos en este análisis en los cuales el aborto es legal a libre demanda de la mujer, la tasa de mortalidad por aborto inseguro es igual o menor a 10 por cada 100,000 nacidos vivos en la gran mayoría de los casos, con un solo país en el cual esta tasa supera 50 / 100,000. Estos datos coinciden con indicadores de salud pública reportados por países que cambiaron su legislación en torno al aborto en las décadas pasadas, en los cuales queda evidenciada no solamente una reducción de las tasas de mortalidad materna sino también una reducción de las tasas de abortos inducidos (Benagiano & Pera, 2000; Briozzo et al., 2002; Sedgh et al., 2012).

Gráfico 1.

Muertes atribuidas a un aborto inseguro cada 100 000 nacidos vivos, según las bases legales para el aborto (Fuente: OMS, 2012. Aborto sin riesgos: Segunda edición guía técnica y de políticas para sistemas de salud; p.91.)



Partiendo de estos datos, queda evidente que la legislación restrictiva en torno al aborto no conduce a la disminución de abortos voluntarios, incrementando, a la vez, las tasas de mortalidad materna originadas en la práctica de abortos en condiciones inseguras. En este contexto, tal y como señala Briozzo:

“La estrategia más efectiva para disminuir el número de abortos voluntarios se basa en el trípode clásico de educación, planificación familiar y servicios seguros de aborto. Educación en salud y derechos sexuales y reproductivos para el ejercicio responsable de la sexualidad. Planificación familiar y anticoncepción accesible y de calidad para disminuir el embarazo no deseado. Servicios seguros para disminuir el riesgo del aborto y mejorar la anticoncepción posaborto que evite nuevos embarazos no deseados” (Briozzo, 2013)

2.2. Situación de la República Dominicana

A la fecha, la interrupción voluntaria de gestación en la República Dominicana constituye una práctica ilegal en todas sus causales. En enero de 2010 se aprobó el artículo 37 de la Constitución que plantea el derecho a la vida como inviolable “desde el momento de la concepción”, estableciendo el Código Penal vigente, que data del año 1884, condenas de hasta 20 años de cárcel para quienes practiquen este procedimiento. La Ley 550-14, promulgada en diciembre del año 2014, que aprobaba un nuevo Código Penal que permitía la interrupción del embarazo en caso de riesgos para la vida de la madre, malformaciones fetales incompatibles con la vida y/o embarazos ocasionados por violaciones sexuales, fue declarada como inconstitucional por el Tribunal Constitucional (TC) a inicios del mes de diciembre del 2015. El TC alegó que el procedimiento parlamentario a través del cual esta pieza fue aprobada no se llevó a cabo conforme los mandatos constitucionales dispuestos para ello, lo cual convierte en una norma inconstitucional a dicho Código reformado. De modo que, mientras no vuelva a ser aprobado un Código con iguales características a las que tenía esa pieza legislativa, no habrá en el país flexibilidad legal en cuanto a la despenalización del aborto por causales específicas.

La clandestinidad de la práctica del aborto inducido en el país ha interferido de manera importante con los registros y la producción de datos empíricos vinculados a su incidencia y el impacto en la salud y la calidad de vida de la mujer dominicana. En la década de 1990, el Instituto Alan Guttmacher estimó la realización de 82,000 abortos inducidos al año en la República Dominicana, con el aproximado de 16,500 hospitalizaciones por esta causa (Henshaw, Singh, & Haas, 1999). Actualmente, se estima que los abortos inducidos en circunstancias inseguras ocasionan entre 13% (OMS, 2011) y 20% (Sociedad Dominicana de Ginecología y Obstetricia, 2009) de todas las muertes maternas en el país, constituyendo la tercera causa de muertes en este grupo poblacional.

Según los datos de la ENDESA 2013, el 25% de mujeres en edad reproductiva reportan haber tenido por lo menos un embarazo que no resultó en nacimiento vivo. A la vez, las dos maternidades más grandes del país en 2014 reportaron la realización de un total de 4,718 procedimientos de atención post-aborto (legrado instrumental o aspiración manual endouterina, AMEU), lo que representa un 26.2% del total de nacimientos vivos en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina, y un 10.1% de nacimientos vivos en la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia. Sin embargo, debido a la clandestinidad del aborto inducido y su penalización legal, la causa real del aborto en proceso no se indaga ni se registra, lo que impide determinar cuáles abortos fueron inducidos y cuáles espontáneos.

Si bien el debate sobre el tema de aborto en el país ha estado centrado fundamentalmente en aspectos ideológicos, religiosos y políticos, con pocos aportes de la evidencia local e internacional disponible en el ámbito de salud pública, existen datos que sugieren la reduc-

ción de morbilidad y mortalidad vinculada a abortos inseguros a partir de la introducción en 1986 de misoprostol en el mercado dominicano para tratamiento de úlceras gástricas (Miller et al., 2005).

Este análogo sintético de la prostaglandina E1, más conocido en la República Dominicana bajo el nombre comercial de Cytotec, hasta la fecha no ha sido aprobado para uso obstétrico en el país, aún cuando ha sido gradualmente introducido en algunos de los protocolos institucionales de atención obstétrica en el sector público, además de ser ampliamente conocido por sus efectos abortivos en la población dominicana. Si bien existen pocos canales formales de información sobre el uso indicado de misoprostol para la inducción de aborto desde los servicios de salud, la misma puede ser obtenida con relativa facilidad a través de redes de apoyo personal, integradas por familiares y amistades cercanas de la mujer, y, en la última década, en Internet.

Según lo observado por Paiewonsky (1995), los argumentos legales, religiosos y éticos que podrían censurar la práctica del aborto inducido, si bien compartidos por una gran parte de la población, no figuran entre los factores claves tomados en cuenta por mujeres dominicanas al momento de decidir terminar un embarazo. Así, de manera acorde con lo reportado en otros contextos culturales (Sedgh, 2007; Briozzo, 2013), la prohibición absoluta de abortos inducidos en la legislación dominicana más que erradicar este fenómeno ha contribuido a su clandestinidad, exponiendo a mujeres que optan por interrumpir la gestación a riesgos importantes para su salud tanto física como emocional, incluyendo el mal trato de personas que proveen servicios de salud (Paiewonsky, 1995; García, 2002).

La inducción de aborto en la situación de clandestinidad también limita el acceso de la mujer dominicana a servicios oportunos de planificación familiar post-aborto, lo que aumenta el riesgo de futuros embarazos no planificados y/o no deseados (Miric, 2006; Rivero-Fuentes et al, 2007; Quiterio et al., 2008).

El hermetismo con el cual se aborda el tema del aborto inducido en la sociedad dominicana y su carácter tabú en algunos contextos sociales (Paiewonsky, 1995), interfieren con las iniciativas dirigidas a su caracterización y la evaluación oportuna del impacto de esta práctica en la salud integral de mujeres y familias dominicanas, lo que contribuye a reproducir el círculo vicioso que se crea a partir la falta de información suficiente para sustentar políticas públicas basadas en evidencia.

El presente estudio forma parte de los esfuerzos por revertir este círculo desde un enfoque cualitativo, con la intención de proveer las bases para la construcción de evidencia sobre el fenómeno de aborto inducido, desde la intersección de las ciencias sociales con las de salud, procurando trascender los argumentos ideológicos y religiosos como insumo principal en el diseño de políticas públicas, las cuales constituyen un determinante clave de la salud integral y la calidad de vida de niñas, adolescentes y mujeres dominicanas, así como la de sus familias.



III. Objetivos

1. Identificar y sistematizar la información actualmente disponible sobre el tema de aborto en la República Dominicana, construyendo los ejes temáticos para el análisis cualitativo de los determinantes sociales que permitan caracterizar el aborto inducido desde un enfoque ecológico, incluyendo los determinantes personales, el papel de la pareja y familia, los servicios de salud y los determinantes macro vinculados a políticas públicas y patrones socio-culturales relevantes.
2. Explorar y analizar cualitativamente las vivencias vinculadas al aborto inducido entre mujeres que han pasado por esta experiencia en la República Dominicana, a partir de los ejes temáticos previamente construidos, con énfasis en factores vinculados a la toma de decisión, el papel de la pareja, el acceso a orientación y recursos para un aborto seguro en el contexto comunitario y en centros de salud, la calidad y la calidez de los servicios post-aborto recibidos, así como el impacto del aborto en el bienestar físico, psicológico y social de las mujeres y sus familias a corto, mediano y largo plazo.
3. Explorar y analizar cualitativamente las actitudes, conocimientos y prácticas vinculadas al aborto en general y el aborto inducido en particular, entre personas que proveen servicios de salud en las diferentes fases de la ruta crítica seguida por mujeres ingresadas por atención a la pérdida de gestación en proceso, en el sector público y privado, a partir de los ejes temáticos previamente construidos, con énfasis en la existencia, familiaridad y aplicación de normas y protocolos para el manejo de estos casos, la posición personal asumida frente a la legislación nacional vigente para los mismos, así como los conocimientos y la percepción del uso del misoprostol en la práctica obstétrica.



IV. Aspectos metodológicos

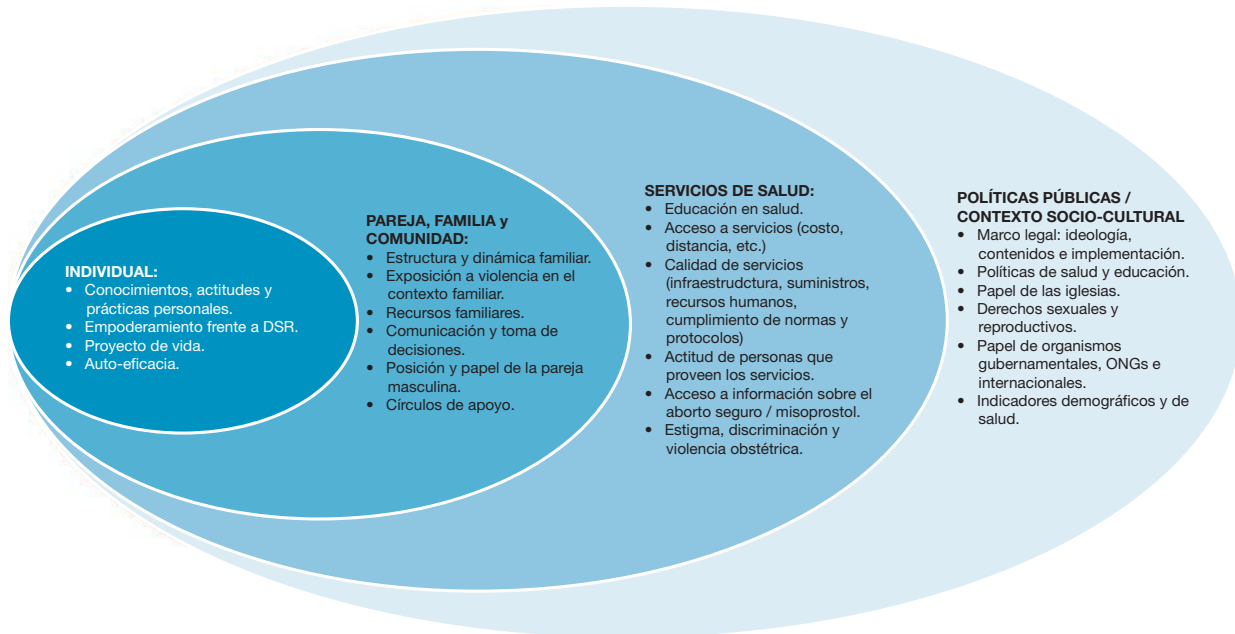
4.1. Diseño

Este estudio cualitativo tiene su fundamento en el modelo ecológico aplicado con éxito en estudios previos sobre los factores culturales que inciden en la salud de la mujer (Thurston & Vissandjée, 2005). Fue adaptado en función de los objetivos específicos propuestos.

En este sentido, según presenta el gráfico 2, se recopilaron y analizaron datos cualitativos en torno a los determinantes sociales del aborto inducido a partir de múltiples dimensiones superpuestas, incluyendo los determinantes personales, el papel de la pareja y familia, los servicios de salud y los determinantes macro vinculados a políticas públicas y los patrones socio-culturales relevantes.

Gráfico 2.

Modelo ecológico aplicado al análisis de la situación de aborto inducido en la República Dominicana (adaptado de Cleland et al., 2014)



*DSR = Derechos sexuales y reproductivos; ONG = Organización No Gubernamental.

Las dimensiones identificadas de esta manera como relevantes para los objetivos del estudio, fueron analizadas desde la perspectiva cualitativa, asumiendo el Enfoque de Abordaje Rápido (RAP, por sus siglas en inglés; Beebe, 2013). La ejecución del estudio, en todas sus fases, contó con el acompañamiento del equipo técnico de Profamilia.

4.2. Perfil de participantes

Acorde con el enfoque cualitativo del estudio, los datos fueron recopilados en una muestra teóricamente dirigida de personas que proveen servicios de salud y de mujeres que han pasado por la experiencia de un aborto inducido. Tomando en cuenta la actual ilegalidad del aborto inducido en la República Dominicana, a las personas que participaron como informantes, tanto en el proceso de recopilación de datos como en su procesamiento y análisis, se les garantizó el anonimato absoluto.

Se entrevistaron 10 personas que proveen servicios de salud o están vinculados a éstos y 10 mujeres que han tenido la experiencia de aborto inducido. El equipo de investigación consideró, una vez conducido el análisis preliminar de la información reunida, que la misma satisfizo el nivel de saturación requerido para los objetivos del estudio.

Las personas que proveen servicios de salud fueron seleccionadas entre el personal involucrado en la ruta crítica de atención a usuarias que acuden demandando atención por pérdida de gestación en establecimientos de salud públicos y privados del Distrito Nacional y la provincia de Santo Domingo.

Estos profesionales fueron reclutados de manera dirigida en los establecimientos seleccionados, o a través de las Sociedad Dominicana de Ginecología y Obstetricia, tomando en cuenta sugerencias del equipo técnico de Profamilia. En este proceso se procuró garantizar la inclusión de personas con diferentes puntos de vista sobre el tema de aborto, a partir del análisis previo de su perfil personal y profesional y su contexto de relación, institucional o interpersonal, con esta institución, evitando así posibles conflictos de interés o sesgos inherentes a su relación con la misma, por tratarse de la agencia patrocinadora del estudio.

Se priorizó, además, la heterogeneidad de la muestra en función de la edad y el género de personas reclutadas. El cuadro No. 1, a continuación, presenta el perfil de participantes reclutados en la sub-muestra de personas que proveen servicios de salud.

Cuadro 1.
Perfil de la sub-muestra personas que proveen servicios de salud

ID	Sexo	Edad	Profesión	Perfil profesional
P01	M	30	Médico Gineco-obstetra	Graduado de residencia en Gineco-obstetricia hace un año. Hace 5 años ejerce en el establecimiento público en el cual hizo la residencia como Médico Ayudante en las áreas de pre-parto, legrado y post-parto. También ejerce en el sector privado, mayormente en consulta externa.
P02	F	38	Médico Gineco-obstetra	Graduada de residencia en Gineco-obstetricia hace 8 años. Ejerce tanto en el sector privado, en consulta externa, como en un establecimiento público de tercer nivel de atención en el cual supervisa los servicios provistos en el horario vespertino, incluyendo las salas de internamiento y emergencias.

ID	Sexo	Edad	Profesión	Perfil profesional
P03	M	35	Médico Gineco-obstetra, Endocrinólogo	Graduado de residencia en Gineco-obstetricia hace 4 años y Endocrinología hace un año. Actualmente labora como encargado del área de emergencias en el establecimiento público de tercer nivel donde completó ambas residencias y en el cual trabaja hace 8 años. En el horario vespertino ofrece consulta externa en el sector privado.
P04	F	43	Médico Gineco-obstetra, Oncóloga	Graduada de residencia hace 19 años. Ha laborado por 12 años en el sector público, mayormente en oncología, así como en organizaciones sin fines de lucro, en áreas de ginecología y la salud sexual y salud reproductiva en general. Sólo labora en el sector privado (en las áreas de ginecología, oncología y la distribución de métodos de planificación familiar).
P05	M	56	Médico Gineco-obstetra	Graduado de residencia en Gineco-obstetricia hace 25 años. Ha laborado en un establecimiento público de tercer nivel desde su graduación, en el cual, en adición a la provisión de servicios en diferentes áreas de Gineco-obstetricia ha ocupado altos cargos gerenciales. Hace 18 años que también ofrece sus servicios en el sector privado.
P06	M	27	Residente en Gineco-obstetricia (R3)	Como residente de tercer año en un establecimiento público de tercer nivel, ha participado en provisión de servicios de Gineco-obstetricia en diferentes áreas del hospital por las cuales ha rotado, incluyendo la atención a emergencias y la realización de partos, cesáreas, legrados y otros procedimientos.
P07	F	45	Lic. en Enfermería	Desde su graduación, hace 16 años, trabaja como enfermera en un establecimiento público de tercer nivel. Hoy día es la Jefa de Enfermería en área de Emergencias. (*nota: esta participante rehusó la grabación de la entrevista en audio, por lo cual los contenidos de la misma fueron registrados en formato escrito).
P08	M	38	Médico Gineco-obstetra	Hace 8 años se graduó de su especialidad. Actualmente labora en un establecimiento público de tercer nivel y en una institución sin fines de lucro que provee servicios de salud sexual y salud reproductiva.
P09	M	29	Médico Gineco-obstetra	Graduado de residencia hace 2 años. Labora en dos establecimientos públicos de tercer nivel en los cuales provee diferentes servicios de gineco-obstetricia, incluyendo la atención a emergencias, partos y abortos incompletos y servicios de fertilidad asistida.

ID	Sexo	Edad	Profesión	Perfil profesional
P10	F	42	Policía comunitaria	Como Mayor de la Policía Nacional e integrante de la Policía Comunitaria, participa en actividades de prevención de violencia de género en comunidades rurales y urbano-marginales del país. Ocupa una posición de liderazgo en el sector en el cual reside lo que le permite ser punto de contacto y referencia a servicios de salud y otros recursos disponibles para mujeres de su comunidad.

En adición a las entrevistas formales con proveedores de servicios de salud, cuyos perfiles se presentan en el Cuadro 1, en los establecimientos seleccionados se realizaron entrevistas informales de menor alcance sobre tópicos específicos con personas identificadas como informantes claves, incluyendo su Dirección, el personal administrativo y el personal involucrado en el apoyo logístico. Estas entrevistas fueron registradas como parte de los diarios de campo, cuyos datos pertinentes se reportan en la sección de presentación y discusión de resultados del presente informe. En el caso de mujeres que han tenido la experiencia de un aborto inducido, el estigma vinculado a este tema dificultó considerablemente el proceso de reclutamiento de participantes, lo cual incidió en un mayor tiempo dedicado al proceso de búsqueda de contactos y la recopilación de datos en el estudio.

Todas las integrantes de esta sub-muestra fueron reclutadas utilizando la técnica de bola de nieve (Pope & Mays, 2013), iniciando por los contactos directos de líderes comunitarias que han trabajado previamente con el equipo de investigación de la Escuela de Medicina O&Med y del Centro de Investigación en Salud Global y Biotecnología asociado a la misma, así como con el equipo técnico de Profamilia. Con el fin de proteger los derechos de las mujeres reclutadas, su identidad no fue registrada, ni revelada, en ninguno de los documentos del estudio. Se usaron pseudónimos para garantizar la confidencialidad y una mayor holgura en el proceso de realización de las entrevistas.

Se procuró la mayor heterogeneidad posible de esta sub-muestra en cuanto a la edad de la mujer, su estado civil, paridad, estrato social, nivel educativo, ocupación y religión. El Cuadro 2, a continuación, resume el perfil de las mujeres invitadas a participar, que aceptaron ser parte del estudio.

Cuadro 2.
Perfil de la sub-muestra de mujeres con experiencia de aborto inducido

ID	Edad	Estado civil	No. de hijos/as	Ocupación	Perfil personal / familiar
M01	32	Unión libre	--	Estudiante universitaria (6to semestre) / Asistente de recursos humanos	Tamara vive con su pareja desde hace varios años. Tiene un grado técnico y está actualmente concluyendo la carrera de Psicología. Trabaja en el área de recursos humanos en una empresa bien establecida, en Santo Domingo. Tuvo un embarazo no planificado a los 22 años con una persona a quien no percibía como su compañero sentimental y lo interrumpió con un legrado realizado en una clínica privada. A los 26 años tuvo otro embarazo no planificado con su pareja actual y juntos tomaron la decisión de interrumpirlo usando misoprostol. Ambos consideraron que ese no era el momento indicado para tener un hijo/a. Tienen planes de tener hijos/as juntos, aunque no necesariamente en el futuro inmediato.
M02	17	Soltera	--	Estudiante universitaria (1er semestre)	Diana vive con sus padres y dos hermanos. Inició sus estudios de medicina en una universidad privada. Hace dos años tiene una relación de noviazgo con un joven siete años mayor que ella, con quien tuvo su primera relación sexual a los 16 años. Unos meses después tuvo un embarazo no planificado, el cual, después de analizarlo con su pareja, decidió interrumpir. Tuvo acceso a una proveedora de servicios de salud quien la orientó sobre las formas seguras de interrupción de embarazo, y procedió a hacerlo utilizando pastillas de misoprostol. Su familia se enteró de la pérdida de gestación debido a una hospitalización de emergencia por una situación de salud aparentemente desvinculada, que ocurrió unos días más tarde. Actualmente sigue en la relación con la misma pareja. Entiende que algún día quiere ser madre, aunque no en este momento de su vida.

ID	Edad	Estado civil	No. de hijos/as	Ocupación	Perfil personal / familiar
M03	22	Casada	1 hijo (2 años)	Estudiante universitaria (último semestre) / trabaja en una ONG	<p>Esther vive con su esposo e hijo, en la casa de sus padres. Se casaron hace 2 años. Al enterarse de su embarazo decidieron tener el bebé. Cerca del segundo cumpleaños del niño, Esther quedó embarazada nuevamente, a pesar de estar utilizando pastillas de planificación familiar. Al conversar con su esposo, ambos entendieron que en sus circunstancias económicas y profesionales no podían tener otro hijo/a por lo que decidieron interrumpir el embarazo. Luego de informarse con amigos y en Internet, y tratar sin éxito de acceder a un legrado en una clínica clandestina, consiguieron acceso a una proveedora de servicios de salud quien les facilitó información actualizada y los acompañó en el proceso de interrupción del embarazo con misoprostol. También les facilitó una consejería en planificación familiar, a partir de lo cual Esther decidió utilizar un implante anticonceptivo. Entiende que seguirá con ese método hasta que decida tener otro hijo/a.</p>
M04	32	Divorciada	--	Abogada	<p>Judith estuvo casada por un periodo breve con su pareja de 6 años. Hace tres años vive sola, y actualmente tiene una pareja con quien no convive. Tuvo un embarazo no planificado a los 20 años, con su primer novio, que decidió interrumpir, al considerar que, por múltiples razones, no era lo que deseaba en su vida en ese momento. Luego de intentarlo sin éxito con pastillas de misoprostol, tuvo acceso, a través de una amiga, a un gineco-obstetra, quien le practicó un legrado en una clínica clandestina, experiencia que recuerda como muy desagradable y cargada de ansiedad. En la actualidad no está segura si desea tener hijos/as o no, pero entiende que de tomar esa decisión, posiblemente sería fuera del espacio de un matrimonio tradicional.</p>

ID	Edad	Estado civil	No. de hijos/as	Ocupación	Perfil personal / familiar
M05	28	Casada	2 hijas (5 y 12 años); tiene un embarazo actual	Estudiante universitaria (7mo semestre) / Ama de casa	<p>Génesis nació en un pueblo en el sur de la República Dominicana. Conoció a su esposo actual, 20 años mayor que ella, a los 15 años, y tuvo su primera hija con él un año después; siete años más tarde tuvieron su segunda hija. Desde los primeros años de la relación su compañero residía en los Estados Unidos, visitando el país solo esporádicamente, cada 2 o 3 años, mientras Génesis seguía viviendo con su familia de origen, estudiando y trabajando. En 2008 decidieron casarse para solicitar la residencia de Génesis y sus hijas en los Estados Unidos, matrimonio que Génesis percibía como algo “puramente formal”, carente de lazos afectivos. Hace tres años, todavía en Santo Domingo, inició una relación con un hombre casado y tuvo dos embarazos no planificados con él. Si bien describe esa relación como muy estable, de mucho apoyo y amor mutuo, ambas veces decidió interrumpir el embarazo debido a las circunstancias en las que se encontraban. El año pasado Génesis emigró a Estados Unidos con sus hijas y se unió a su esposo legal, con quien quedó embarazada casi de inmediato. Todavía en proceso de duelo por la pareja que dejó en Santo Domingo, tuvo la intención de interrumpir el embarazo pero, al encontrarse en un país nuevo para ella y no tener el dominio del idioma, no tuvo acceso a medios para hacerlo. Trascurrido un tiempo, decidió tener el bebé y se encuentra actualmente en el 6to mes de embarazo. Entiende que la perspectiva de tener un tercer hijo/a con el compañero a quien no quiere interfiere con su proyecto de vida y las intenciones de terminar esa relación, aun cuando no abandona el sueño de independizarse de él, una vez mejor situada en los Estados Unidos con sus hijos/as.</p>

ID	Edad	Estado civil	No. de hijos/as	Ocupación	Perfil personal / familiar
M06	27	Soltera	1 hija (3 años)	Estudiante universitaria (3er semestre)	<p>Martha vive con su hermano y su hija de tres años. Tuvo una relación de noviazgo a los 13 años, con un joven tres años mayor que ella, y un año después inició su vida sexual con él. Tuvieron dos embarazos no planificados, a los 15 y 16 años respectivamente, que Martha decidió interrumpir utilizando misoprostol, a partir de la información provista por sus amigas. En ambos casos, una vez inducido el proceso de aborto con misoprostol, le fueron realizados legrados en una clínica privada. A los 24 años, y con una nueva pareja con quien convivía, tuvo a su hija entendiendo que en ese momento deseaba y estaba preparada para la maternidad. En el proceso de disolución de esta relación, tuvo otro embarazo con el padre de su hija, que había decidido interrumpir. No obstante, tuvo un aborto espontáneo y le fue practicado un legrado a consecuencia de éste. En estos momentos Martha no tiene pareja estable y tampoco desea tener más hijos/as hasta completar la universidad y encontrar un trabajo estable y bien remunerado. Dice que utilizará métodos anticonceptivos en sus futuras relaciones de pareja.</p>

ID	Edad	Estado civil	No. de hijos/as	Ocupación	Perfil personal / familiar
M07	26	Soltera	--	Arquitecta	<p>Raquel vive con sus padres y un hermano menor. Tuvo dos embarazos no planificados con su pareja actual, con quien está desde los 19 años. En ambos casos decidió, de manera consensuada con su pareja, interrumpir el embarazo motivada, en gran medida, por sus circunstancias económicas y la necesidad de concluir los estudios. Con el primer embarazo tuvo acceso a una proveedora de servicios de salud quien la orientó sobre las formas más seguras de inducir un aborto y el proceso en sí, a partir de lo cual decidió utilizar el misoprostol. Una vez comenzó a sangrar, estuvo preocupada por las posibles complicaciones, y acudió a un hospital público en el sur del país, donde laboraba un gineco-obstetra amigo y le practicaron un legrado. Cuando volvió a quedar embarazada, unos meses después, las pastillas de misoprostol no le hicieron ningún efecto y fue directamente al mismo hospital, donde el amigo le practicó el legrado, afirmando que tenía una semana sangrando. Luego de esa experiencia, su pareja aceptó que se colocara un dispositivo intrauterino, cosa que previamente había objetado. Raquel tiene planes de casarse con su pareja en un futuro cercano y a veces le preocupa que Dios la castigue por los dos abortos que se indujo y no la deje tener hijos o que tenga hijos con alguna discapacidad debido a esto.</p>

ID	Edad	Estado civil	No. de hijos/as	Ocupación	Perfil personal / familiar
M08	27	Soltera	1 hijo (6 años)	Economista / trabaja en una ONG	<p>Sara vive con su familia de origen y su hijo de 6 años. Actualmente tiene una pareja, con quien no convive. Inició la relación con el padre de su hijo a los 15 años, quien es 4 años mayor que ella; un año después tuvo un embarazo no planificado con él. Al entender que no estaba preparada para la maternidad y que tener un/a hijo/a interferiría con sus estudios, tomó la decisión de interrumpir el embarazo, con el apoyo de su pareja. Utilizó pastillas de misoprostol a partir de la información obtenida de sus amigas, sin la necesidad de involucrar profesionales de la salud. Luego de esa experiencia tuvo dos embarazos no planificados más con la misma pareja, los cuales interrumpió utilizando misoprostol; en ambos casos requirió de un legrado para completar el proceso. Luego de tener a su hijo, tuvo otro embarazo con la misma persona, en medio del proceso de disolución de la relación, circunstancias que la motivaron a interrumpir el embarazo a pesar de la oposición de su pareja. Hace dos años inició una relación nueva; decidió colocarse un dispositivo intrauterino, en lo que toma la decisión de si desea o no tener otro/a hijo/a.</p>

ID	Edad	Estado civil	No. de hijos/as	Ocupación	Perfil personal / familiar
M09	23	Unión libre	--	Estudiante universitaria (1 semestre) / arregla uñas	<p>Abby está temporalmente separada de su pareja y vive en la casa materna. Comenzó a tener relaciones sexuales a los 15 años con una pareja cuatro años mayor que ella. Cuando su compañero le informó que él “no podía usar condones” ella acudió, a escondidas de su madre, a un servicio de salud integral para adolescentes, donde la apoyaron, la orientaron y le facilitaron pastillas de planificación. Unos meses después, utilizando las pastillas quedó embarazada, de lo cual se dio cuenta estando ya en el tercer mes del embarazo. Dado que su compañero no expresaba ninguna opinión al respecto, limitándose a afirmar que él no estaba trabajando y que en esos momentos no estaban en condiciones para tener un bebé, Abby tomó la decisión de interrumpir el embarazo. Utilizó pastillas de misoprostol combinadas con un té que consiguió en una “hojera” y pudo completar el proceso acompañada por su madre, sin intervención médica. Al finalizar el proceso, se colocó un implante anticonceptivo. Su compañero al enterarse del aborto, la acusó de “asesina”. Con la pareja actual tuvo un embarazo a los 17 años, que quiso tener, pero tuvo un aborto espontáneo debido a malformación fetal (que ella entiende fue causada por el implante anticonceptivo) completado por un legrado de emergencia realizado en un hospital de tercer nivel. Actualmente está en proceso de reconciliación con su pareja, con quien tiene planes de tener hijos/as en un futuro cercano.</p>

ID	Edad	Estado civil	No. de hijos/as	Ocupación	Perfil personal / familiar
M10	43	Divorciada	1 hija (23) y 1 hijo (25 años)	Conserje en una empresa privada	Isabel , la madre de Abby, quedó embarazada de su primera pareja, a los 16 años, cuando todavía no vivían juntos. Refiere que ella no sabía que estaba embarazada y que su suegra la llevó al médico debido a los malestares que sentía, enterándose del embarazo antes que Isabel misma. Al estar opuesta a la relación de Isabel con su hijo, debido a su color de piel más oscuro, la suegra la hizo tomarse como remedio un té que preparó con unas plantas de su patio, induciéndole el aborto. Isabel comenzó a sangrar intensamente unas horas después, y se enteró del embarazo cuando en la antesala de emergencias del hospital expulsó los restos fetales, experiencia que afirma nunca le perdonó a su suegra. Unos años más tarde tuvo a Abby y a su hermano con la misma pareja, de quien se divorció hace 10 años. Cuando Abby tuvo la decisión de interrumpir su embarazo no planificado, la apoyó y la acompañó en el proceso, entendiendo que así protegía a su hija de un aborto inseguro, al cual se podía exponer si la dejaba sola o la juzgaba en esas circunstancias.

4.3. Procedimientos

El protocolo del estudio, previamente revisado y validado por el equipo técnico de Profamilia, fue sometido al Comité de Ética de la Escuela de Medicina de la Universidad Dominicana O&M (O&Med) el cual aprobó la ejecución del estudio el 27 de julio de 2015 (ver ANEXO I).

Como parte de las actividades preliminares se llevó a cabo un proceso exhaustivo de revisión bibliográfica, priorizando las áreas definidas como las de mayor relevancia para el análisis de la situación actual del fenómeno de aborto y los factores que inciden en su im-

pacto en la salud de la mujer dominicana y su familia. Se tomaron en cuenta, como fuentes de información a consultar, la bibliografía de salud pública y ciencias sociales; boletines y revistas científicas; informes de estudios previos sobre el tema; informes programáticos; tesis de grado y fuentes de información digital, entre otros.

Partiendo de los resultados del análisis bibliográfico y los insumos provistos por los informantes claves, se elaboraron guías de entrevistas cualitativas para personas que proveen servicios de salud y mujeres que han tenido la experiencia de aborto inducido (ver ANEXO II), siendo validadas con el equipo técnico de Profamilia. De manera paralela se iniciaron los contactos y visitas de presentación del protocolo a los establecimientos de salud previstos para incluir en el estudio, entregando una copia del protocolo a la Dirección de cada institución. Partiendo de las respuestas obtenidas, se hicieron ajustes en los perfiles de participantes esperados en cada sub-muestra.

El proceso de recopilación de datos, iniciado a finales del mes de julio de 2015 duró aproximadamente dos meses. Las personas identificadas en el contexto hospitalario fueron abordadas de manera directa por la investigadora principal, quien les presentó los objetivos y la metodología del estudio, enfatizando los procedimientos previstos para la protección de la privacidad y otros derechos de participantes.

Los/as participantes cuyos contactos fueron provistos por otras personas, incluyendo el equipo técnico de Profamilia, fueron abordados por la investigadora principal a través del correo electrónico y/o vía telefónica. Aquellas personas que luego del contacto inicial expresaron interés en participar, pasaron un proceso de consentimiento informado, en el cual les fueron explicados de manera exhaustiva todos los contenidos del formulario de consentimiento previamente diseñado y aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Medicina de la Universidad Dominicana O&M - O&Med (ver ANEXO III).

Tanto el proceso de consentimiento informado como las entrevistas a profundidad fueron llevados a cabo en espacios privados de los establecimientos de salud y/o oficinas de la Escuela de Medicina de la Universidad Dominicana O&M - O&Med, en función de lo previamente acordado con cada participante.

En el caso de una mujer actualmente residente en Estados Unidos, cuyo perfil contribuía de manera importante a la composición de la muestra del estudio, el equipo de investigación tomó la decisión de realizar la entrevista por escrito, a través de la plataforma de Whats App en razón de que esta fue la única alternativa señalada como factible por la participante. Los datos de esta entrevista fueron eliminados de la plataforma de Whats App luego de concluida la entrevista y guardados en el formato de documento de Word, eliminando previamente todos los datos que podrían identificar a la mujer.

Los datos obtenidos de las entrevistas a profundidad fueron complementados por las observaciones cualitativas en los establecimientos de salud, incluyendo las conversaciones

y entrevistas informales con personas identificadas como potenciales informantes claves en estos establecimientos. Estos datos fueron registrados en el formato de diario de campo y analizados cualitativamente como insumo para el informe final.

Dado el carácter altamente confidencial y privado de los temas abordados en las entrevistas a profundidad, los datos personales de los/as participantes y los consentimientos informados firmados por ellos/as fueron guardados en un gabinete cerrado, de manera desvinculada del resto de los datos del estudio.

Las grabaciones y otros datos registrados fueron designados únicamente con códigos de participantes, sin posibilidad de vinculación con la identidad de los mismos. Estos datos serán preservados por dos años a partir del cierre formal del estudio, ante la posibilidad de que alguna institución del gobierno (Ministerio de Salud Pública, Comisión Nacional de Bioética en Salud, etc.) o relacionada con la agencia patrocinadora quisiera revisar y/o evaluar los datos registrados con fines exclusivamente investigativos o para aplicación de políticas públicas relacionadas con el tema de estudio

Exceptuando la entrevista realizada vía plataforma de WhatsApp, todas las entrevistas fueron grabadas en audio y organizadas por temáticas para fines de procesamiento y análisis. Los datos grabados fueron transcritos parcialmente, en función de las categorías de análisis priorizadas, con el fin de limitar al mínimo la exposición de informaciones confidenciales.

De manera compatible con el enfoque cualitativo del estudio el análisis de datos se llevó a cabo de manera iterativa¹, orientando el proceso de recopilación de datos adicionales a partir de los hallazgos preliminares encontrados y discutidos con el equipo de investigación. El proceso de análisis se condujo desde el enfoque de Teoría Fundamentada (Glaser & Strauss, 1967) que construye códigos y categorías de análisis a partir de la información reunida de manera abierta, integrando el uso textual de testimonios como un recurso fundamental, acompañado de medidas necesarias para garantizar el anonimato de los/as informantes en este proceso. Los resultados preliminares del estudio fueron socializados y validados con el equipo técnico de Profamilia, cuya retroalimentación y comentarios fueron tomados en cuenta en la elaboración de este documento, recurriendo siempre a la práctica de consenso en las interpretaciones finales de los datos registrados.

¹ Ref. palabra que refiere del acto de repetir un proceso una y otra vez para conseguir un resultado.

4.4. Consideraciones éticas

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Previo al inicio del proceso de recopilación de datos, el protocolo del estudio fue sometido a revisión por el Comité de Ética de Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Dominicana O&M (O&Med), organismo que emitió su aprobación el 27 de julio de 2015 (ver ANEXO I).

Si bien esta investigación no expuso a sus participantes a riesgos significativos ni permanentes de carácter físico, psicológico o social, se anticipó que algunos de los temas abordados en las entrevistas a profundidad pudieran intensificar temporalmente reacciones emocionales potencialmente negativas, vinculadas al proceso aborto inducido para algunas de mujeres invitadas a participar.

Con el fin de prevenir y reducir el impacto de reacciones emocionales adversas en el proceso de reclutamiento de participantes y la conducción de entrevistas a profundidad, estas actividades fueron realizadas exclusivamente por la investigadora principal, con formación en área de psicología clínica y amplia experiencia previa en el manejo de estos temas, enfatizándole a cada participante en el proceso de consentimiento informado su derecho a rehusarse a conversar sobre tópicos que les causaran malestar emocional o a interrumpir la entrevista en el momento que deseara sin tener que dar explicaciones al respecto. No se identificaron eventos adversos de ninguna índole en el proceso de ejecución del estudio.

Con el fin de proteger los derechos de personas que aceptaron participar en el estudio, la información de identidad registrada en los formularios de consentimiento informado, fue almacenada de manera desvinculada del resto de los datos reunidos, utilizando códigos en cada caso. Dado el marco legal vigente en la República Dominicana, que define el aborto inducido como ilegal, se garantizó el anonimato absoluto a toda persona que aceptó participar en el estudio. Si bien no se facilitó ningún tipo de remuneración económica por participar en el estudio, a las personas que aceptaron participar les fueron compensados los gastos de transporte en los casos que lo ameritaban.

A toda persona que expresó interés en participar en el estudio luego de recibir información preliminar sobre el mismo, le fue solicitado el consentimiento informado de manera escrita. El formulario de consentimiento informado elaborado para estos fines (ver ANEXO III), fue presentado y explicado a cada participante en el momento de su reclutamiento, asegurando su plena comprensión de sus derechos y los compromisos asumidos con el estudio. Antes de otorgar su consentimiento, las personas invitadas a participar dispusieron del tiempo suficiente para leer el formulario de manera detenida.

En el caso de la persona entrevistada vía plataforma de WhatsApp, el formulario de consentimiento informado le fue enviado como imagen adjunta a la conversación iniciada, solicitando - luego otorgar suficiente espacio para la lectura del documento y la expresión de dudas o preguntas al respecto -una confirmación escrita de su consentimiento a participar en el estudio- que fue almacenada en el formato de Microsoft Word, junto con los otros datos de la entrevista realizada.

V. Presentación y discusión de resultados

5.1. Embarazos no planificados

5.1.1. Prevención del embarazo

Desde el punto de vista de las personas que participaron en el estudio como proveedores de servicios de salud, los embarazos no planificados se perciben como consecuencia de la ignorancia de las mujeres o de su descuido en el uso de métodos anticonceptivos, de manera compatible con las posiciones de “sentido común” que circulan en los diferentes ámbitos de la sociedad Dominicana:

“Muchas no saben y hasta en puerperio quedan embarazadas... no tienen muchas veces el nivel de escolaridad suficiente, conocimientos, no se cuidan... [P02, F, 28]

No obstante, el discurso de las mujeres entrevistadas presenta la dinámica de planificación de embarazos – y, por ende, la ocurrencia de embarazos no planificados – como una realidad mucho más compleja, definida por múltiples dimensiones, incluyendo su empoderamiento personal frente a los roles de género tradicionales; las dinámicas que caracterizan a sus relaciones de pareja y la accesibilidad de información y métodos anticonceptivos ajustados a sus necesidades individuales en cada momento dado.

De manera congruente con estudios previos sobre el tema (Pérez-Then et al., 2011), los intercambios con niñas y adolescentes sobre temas de sexualidad y la información provista con respecto a la planificación familiar en la familia de origen tienden a ser muy limitados. En el contexto en el cual la sexualidad femenina constituye un tabú y, como tal, un tema del

cual no se habla, las madres que frecuentemente no han contado con recursos para vivir plenamente su propia sexualidad, tampoco cuentan con recursos para abordar este tema de manera positiva y proactiva con sus hijas:

“Ella [la madre] me dijo ‘cuidado si tu quedas embarazada’. De ahí no pasó. Yo no recibí ninguna orientación de parte de ella, para que yo me tomara algunos métodos de planificación, ni educación ya a nivel de enfermedades de transmisión sexual y eso...”
[Martha, 27]

De esta manera los temas de sexualidad en el ámbito familiar quedan relegados al plano de “murmullos”, con pocas pautas claras, ni fuentes confiables para obtener la información requerida, lo cual implica que el acceso a esta información depende de la iniciativa individual de cada mujer joven y sus circunstancias particulares:

“Simplemente se escuchaban los murmullos ‘ah, que eso no se puede hacer hasta que te cases’ o ‘cuidado si metes la pata’... ‘Ah, que fulana quedó embarazada’ No hay una educación real. Si a mí me sientan y me dicen ‘mira, tu puedes utilizar estas pastillas, o tu puedes hacer esto...’, pero no, a mí me tocó descubrirlo todo sola - leyendo en Internet y preguntándole al ginecólogo, que no era muy comunicativo tampoco” [Tamara, 32]

Pese a lo anterior, el discurso de las mujeres entrevistadas sugiere una mayor accesibilidad de la información sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos en las últimas décadas, debido al uso de Internet, redes sociales y hasta centros educativos. No obstante, la calidad y la forma de entrega de esta información lucen ser los factores que determinan la capacidad de la mujer joven para integrar los datos obtenidos y aplicarlos de manera efectiva en función de sus necesidades particulares:

“En la escuela donde estudié para técnico en enfermería, y me daban clases de planificación familiar. Pero no era educación sexual para tu vivir tu sexualidad de manera segura... Yo no sé si realmente es así, porque igual yo la había podido usar... Pero no es lo mismo si te están orientando para que tú la utilices ejerciendo una sexualidad sana y de protección o simplemente como algo que tú vas a utilizar cuando te cases y tengas tu familia.” [Sara, 28]

En ese sentido, la información fáctica se limita a la disponibilidad y las formas indicadas de uso de métodos anticonceptivos, que no integre, de manera vivencial y práctica, los roles de género y los derechos sexuales aplicados a las relaciones de pareja, posiblemente tenga un impacto reducido en el empoderamiento de la mujer frente a su propia sexualidad y, por ende, en su capacidad de planificar oportunamente y prevenir los embarazos no deseados de manera acorde a su proyecto de vida, aun contando con los recursos necesarios para estos fines.

En ausencia de este empoderamiento, la protección de embarazos no deseados – tanto en el plano práctico como en el simbólico – tiende a quedar implícitamente delegada en la pareja masculina, a quien se le atribuye mayor experiencia, más conocimientos, más recursos o, inclusive, más edad, constituyendo estas atribuciones un reflejo de la distribución desigual del poder en las relaciones de pareja:

“Yo no usé ningún método, porque yo entendía que mi pareja sabía de eso, ya que él tenía muchísima experiencia... y en realidad no fue así.” [Diana, 17]

Aún en los casos cuando la mujer decide procurar métodos anticonceptivos por iniciativa propia, la facilidad de acceso a los mismos varía de manera importante. Si bien los establecimientos públicos de salud proveen anticonceptivos gratuitos, éstos no siempre están disponibles y, en ocasiones, su distribución tampoco toma en cuenta el perfil y las necesidades individuales de cada mujer:

“Como yo era muy joven, no había inyección, no había DIU, no había Norplant, que es el aparatito, y fue las pastillas que me dieron mientras tanto. Eso es gratis, porque hay un programa que se llama ‘Adolescentes’... Pero yo no era muy buena tomando las pastillas, y quedé embarazada” [Abby, 23]

No obstante, las limitaciones en la respuesta del Estado dominicano frente a las necesidades anticonceptivas, la información fragmentada que obtiene la mujer con respecto a su salud sexual y reproductiva tanto en el seno familiar como en el sistema educativo y la delegación implícita de la prevención de embarazos no deseados en la pareja masculina, una vez ocurre un embarazo no deseado, la responsabilidad del mismo tiende a ser asignada fundamentalmente a la mujer. Así, éste se percibe como un “error” de la mujer, tanto en el discurso de sus parejas como de las personas que proveen los servicios de salud:

“Sabían que cometieron el error primero, de no planificarse.... luego quieren inducirse el aborto y entienden que su problema está resuelto así” [P01, M, 30]

“Yo le dije ‘bueno [el método de ritmo] falló un vez’. Me dijo ‘eso fue porque tú no llevaste el conteo bien’.” [Raquel, 26]

Más importante aún, el discurso de las mujeres entrevistadas refleja la misma visión del embarazo como producto de un descuido personal, como una muestra de la falta de responsabilidad y, en ocasiones, una falla en su personalidad de la cual corresponde avergonzarse:

“Yo soy una persona muy responsable. Y para mí eso [el embarazo] fue un fracaso conmigo, de mi misma... Para mí era una baja en mi carácter, una equivocación que yo había cometido” [Tamara, 32]

“Yo me culpaba... yo me decía ‘pero por qué tu dejaste que las cosas llegaran hasta aquí? Por qué tu no previniste esto???’” [Judith, 32]

Esta percepción se ve agravada en los casos en los cuales la mujer, previo al embarazo, tuvo acceso a información fáctica sobre la salud sexual y reproductiva y los métodos anti-conceptivos, entendiendo la falta de integración y aplicación efectiva de esta información en el contexto específico de su relación de pareja como una irresponsabilidad personal:

“No era que yo no sabía, yo sabía todo... de cómo protegerse, de cuáles eran las formas de protección... Sin embargo, yo no usé ningún método, porque yo entendía que mi pareja sabía de eso, ya que él tenía mucha más experiencia” [Diana, 17]

“En el colegio donde yo estudiaba, nosotros teníamos un profesor de educación sexual muy bueno, psicólogo... No eran cosas extrañas para mí, eso de anticonceptivos, etc. Fue un descuido, fue una cuestión de que pensaba que no me iba a pasar...” [Judith, 32]

Estas afirmaciones podrían reflejar un doble estándar asumido por ambos géneros, siendo la misma mujer que cuenta con acceso limitado al empoderamiento personal y los recursos requeridos para asumir de manera efectiva el control sobre su fertilidad en el contexto de una relación de pareja, la que asume la responsabilidad de los embarazos no planificados, percibidos como su “error” personal y exclusivo en el ejercicio de dicho control.

En este contexto, las secuelas de un embarazo no planificado y/o no deseado, incluyendo la carga de culpabilidad asociada al tabú de aborto inducido en el caso de optar por la interrupción voluntaria del embarazo, recaen en su mayor parte sobre la mujer y son asumidas por ella como una consecuencia directa de su “error”.

5.1.2. Toma de decisión sobre la interrupción del embarazo

De la misma manera en la cual la planificación de los embarazos y la ocurrencia de gestaciones no deseadas responden a una multiplicidad de factores, muchos de los cuales trascienden la esfera individual de la mujer en la cual se presentan, el proceso de toma de decisión sobre el curso a seguir una vez éste ocurre no puede ser explicado como una función lineal de sus características personales.

Partiendo de las entrevistas conducidas en esta investigación y de manera compatible con investigaciones realizadas en otros contextos socio-culturales (Bankole et al., 1998), luce ser que, una vez tomada la decisión de interrumpir una gestación, ésta frecuentemente no es percibida por la mujer como una elección entre múltiples alternativas disponibles, sino más bien como la única alternativa factible dado el conglomerado de circunstancias personales, familiares y sociales en cuyo contexto ocurre el embarazo no planificado:

“La decisión no fue difícil para mí; la decisión fue clara - yo supe que en el estado en el cual yo estaba de embarazo, con la vida que yo llevaba de universidad y todo,

yo sabía que yo no podía soportar esa carga... era como que eso era lo que iba ”
[Esther, 22]

Entre los motivos más frecuentemente señalados por las personas que proveen servicios de salud para la inducción del aborto entre usuarias de sus servicios figuran las precariedades económicas de la familia y la paridad satisfecha de la mujer, afirmando varias personas que, contrario a la percepción común, el aborto inducido tiende a ser más frecuente entre mujeres adultas que entre las adolescentes.

Si bien el país no cuenta con datos poblacionales que contrasten esta percepción, la misma concuerda con las estadísticas facilitadas por el Hospital Materno-Infantil San Lorenzo de los Mina, en el cual un 20.5% de los servicios de atención por pérdida de gestación en el año 2014 fueron prestados a mujeres adolescentes, mientras que este grupo poblacional representa aproximadamente un 30% de las usuarias en atención prenatal en el mismo centro de salud.

A la vez, un grupo de proveedores/as entrevistados/as reportó entre los principales motivos para la interrupción voluntaria de gestación la irresponsabilidad, el descuido y la promiscuidad de la mujer, reflejando algunas de sus afirmaciones estereotipos propios del estigma asociado a esta práctica en la sociedad dominicana y cuestionando el valor moral de la mujer que opta por la misma. De manera particular, este tipo de juicios de valor fue emitido de manera más enfática por proveedoras de sexo femenino:

“Vienen las que tienen un estilo de vida un poquito... son de la calle muchas, vienen porque trabajan en sitios nocturnos, no quieren ningún tipo de compromiso... a lo mejor no saben ni siquiera quien es el padre de ese bebé, porque son mujeres que tienen ese estilo de vida” [P02, F, 28]

El discurso de las mujeres entrevistadas, no obstante, refleja una complejidad mucho mayor de factores y circunstancias tomadas en cuenta en el proceso de toma de decisión sobre la interrupción del embarazo, una parte de los cuales se resume, de manera esquemática, en el Gráfico 3. Así, los datos reunidos reflejan la importancia primordial que tiene el tipo de relación de pareja en cuyo contexto ocurre el embarazo no planificado, para la toma de decisiones sobre éste.

En el caso de embarazos ocurridos en relaciones de pareja circunstanciales, sin un compromiso afectivo por parte de la mujer, la decisión de interrumpir el embarazo tiende a ser tomada unilateralmente, sin ser comentada con la pareja masculina:

“Él era una persona con la que yo no tenía una relación y yo no quería un hijo en ese momento - por más que yo le diera la vuelta, yo no me sentía bien teniendo un hijo con él.” [Tamara, 32]

En los casos de relaciones de pareja que cuentan con relativa estabilidad, pero en las cuales la mujer no se proyecta a mediano y largo plazo, tiende a ocurrir algo similar, par-

tiendo de la percepción de algunas entrevistadas de ver un/a hijo/a en común, como un compromiso de por vida con su padre:

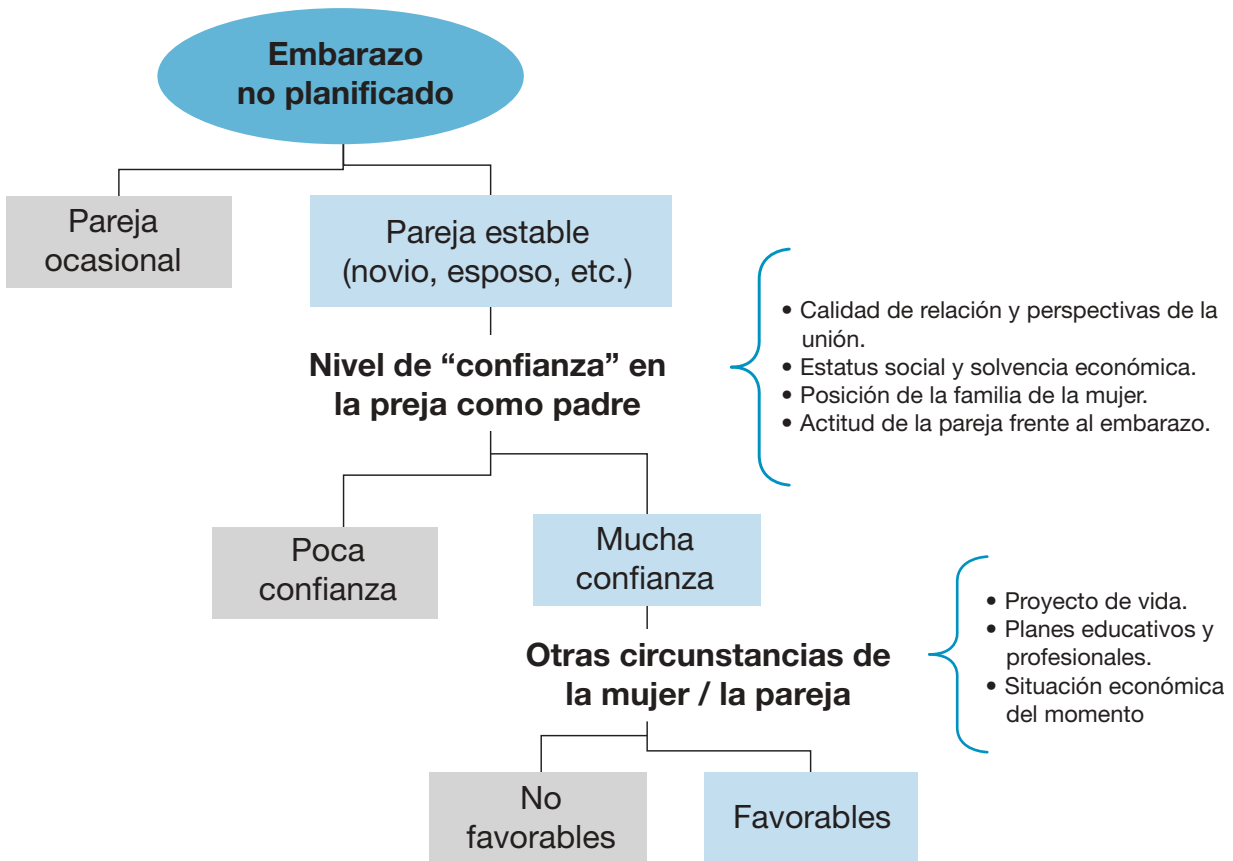
“Yo lo quería a él, pero yo no lo veía como el padre de mi familia, como un esposo, como una persona con quien yo iba a compartir algo tan de por vida, tan serio, como un hijo.” [Judith, 32 años]

Sin duda, la capacidad percibida de la pareja masculina para proveer para su futuro/a hijo/a y para la mujer misma, así como el compromiso asumido frente al embarazo, también lucen jugar un papel importante en su toma de decisión frente a una gestación no planificada:

“Luego pensé y qué le iba a dar [al bebé]? Soy menor, no trabajo, vivo con mi mamá... Con él [la pareja] yo sabía que no podía contar para nada. Para mi esa fue la mejor decisión que yo tomé.” [Abby, 23]

Gráfico 3.

Toma de decisiones sobre la interrupción del embarazo: múltiples escenarios



Por otro lado, en parejas estables, en las cuales la mujer evalúa positivamente el perfil de su compañero en términos de compromiso con su relación, el embarazo y el proyecto de vida en común, la decisión de continuar un embarazo no planificado o interrumpirlo pudiera ser tomada a partir de diferentes temas relevantes, incluyendo entre otros:

- Factores económicos

“De él [la pareja] no tenía ningún apoyo. En mi casa tampoco, yo sé que no estaban las condiciones económicas para darme apoyo. Mi interés tampoco era cargar a más gente, y yo sabía que yo sola no podía.” [Sara, 28]

- Planes educativos de la mujer

“Yo tenía muy claro que yo no quería, que yo no iba a estar en eso, y decidí abortar. Porque eso iba a ser un atraso para mí, en mis estudios... yo estaba en el bachillerato ... realmente mi condición no estaba para tener un bebé.” [Martha, 27]

- Proyecto de vida de la mujer

“[El embarazo] iba a ser un retroceso para mí. Yo tenía muchos planes, muchas perspectivas. Mis planes eran viajar, hacer una maestría afuera, dedicarme a conocer el mundo - yo tenía muchas ambiciones totalmente diferentes...” [Tamara, 32]

En estos casos, aun frente a la interrupción de un embarazo en particular, la mujer podría tomar la decisión de tener un hijo/a con la misma pareja en un futuro, siendo esta situación reportada por varias participantes del presente estudio.

5.1.3. Involucramiento masculino

Según lo señalado en el acápite 5.1.1., la responsabilidad por la ocurrencia de un embarazo no deseado y, por ende, de la toma de decisión final con respecto al manejo del mismo, tienden a recaer sobre la mujer, y son asumidos por ella como tales:

“Es mi cuerpo. Es mi vida. Y a final de cuentas, va a ser siempre mi responsabilidad. Él es padre, pero es mi responsabilidad.” [Judith, 32]

No obstante, dependiendo de su evaluación de la calidad y la dinámica de la relación con su compañero, la mujer podría invitarlo a involucrarse en este proceso de manera más o menos activa. En las relaciones en las cuales el compromiso afectivo de la mujer no es muy pronunciado, este involucramiento tiende a ser, por definición, muy limitado o nulo:

“El preguntó [sobre el embarazo]. Yo le dije que no, que era una falsa alarma... Porque no sentía que debía de ser de su competencia, no era una persona que tuviera

una relación conmigo, no era una persona con quien yo tuviera un nexo emocional”
[Tamara, 32]

Por otro lado, aún las parejas masculinas que participan de la toma de decisión, tienden a mostrarse relativamente neutrales frente a la misma, quedando en ocasiones la inferencia de su postura real a cargo de la mujer:

“El me preguntó ‘Qué tú quieres hacer? Qué tú piensas hacer?’ pero con la segunda intención de ‘no lo vamos a tener’. Él me preguntó para saber mi opinión, pero en realidad él no lo quería tener. [Diana, 17]

Cabe señalar que en algunos casos, una vez tomada la decisión y realizado el aborto, las parejas masculinas pueden llegar a utilizar esta información en contra de la mujer, particularmente si la relación de pareja se rompe:

“Él no me dijo si sí o si no... pero yo lo tomé como un no. Me dejó ahí – y yo estaba en el medio, el tiempo pasaba. Después él me preguntó y yo le dije lo que hice... Y me dijo que yo era una asesina.” [Abby, 23]

“Después de que yo empecé esta nueva relación, él [ex pareja] llegó a amenazarme con la prueba de embarazo que él tenía mía, porque él decía que era después del 2010, y que era penalizado, y que él me iba a denunciar” [Sara, 28]

En este sentido, si bien la mujer mantiene cierto control sobre el grado de involucramiento de su compañero en la toma de decisión sobre la interrupción del embarazo, particularmente en las relaciones en las cuales no existe un compromiso afectivo muy importante, este control impone una carga más significativa y, en ocasiones, exclusiva de ella en el proceso de interrupción del embarazo y, de tenerlas, en las consecuencias de este proceso a mediano y largo plazo.

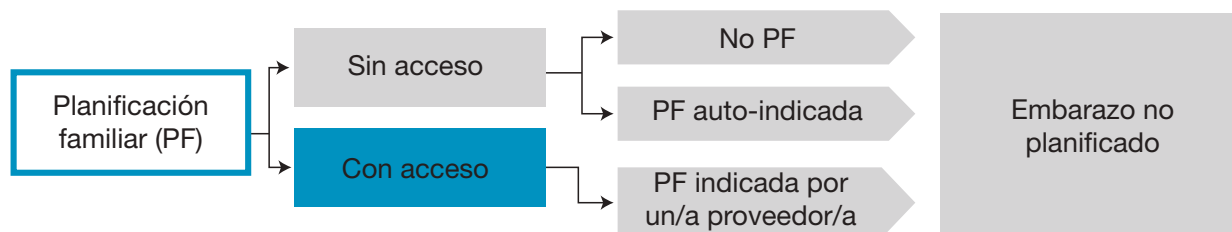
5.2. Servicios de salud

5.2.1. Planificación familiar

En el Gráfico 4 se presenta un flujograma de los diferentes esquemas de utilización de servicios de planificación familiar reportados por las participantes en el presente estudio.

Gráfico 4.

Acceso y utilización de servicios de planificación familiar en la muestra del estudio



Tal y como queda presentado en este gráfico (señalado en el acápite 5.1) una parte de las mujeres entrevistadas no tuvieron acceso a servicios formales de planificación familiar previo al embarazo, por lo que o no usaron ningún método anticonceptivo o, de utilizarlo, fue auto-indicado o indicado por una amiga. En este último caso, casi siempre se trató de anticonceptivos orales, tomados de manera irregular o inconsistente, lo que en gran parte explica la ocurrencia de un embarazo no planificado pese a la percepción de la mujer de que estaba tomando medidas para evitarlo.

Es particularmente preocupante el grupo de participantes que reportó haber tenido acceso a un servicio de planificación familiar formal en un establecimiento de salud lo que, sin embargo, no resultó ser efectivo en la prevención de un embarazo no planificado.

En este contexto, tanto las afirmaciones de las mujeres entrevistadas como los aportes de algunas personas que proveen servicios de salud, llaman la atención sobre la importancia de los servicios de consejería provistos en los servicios de planificación familiar y su capacidad para ajustarse de manera efectiva a las necesidades individuales de cada mujer y su familia. La provisión indiscriminada de pastillas anticonceptivas, sin la evaluación del estilo de vida de la mujer y la consejería correspondiente, más que conducir a una planificación familiar efectiva, tiende a resultar en el uso inconsistente o inadecuado del método, lo que conlleva a un embarazo no planificado:

“Como yo no tenía dinero, yo no tenía a dónde acudir, porque yo necesitaba un método anticonceptivo, pero yo no sabía... Entonces me acerqué a un hospital público, al departamento de planificación familiar, y me dijeron que las pastillas eran gratis ahí, y así era que yo me planificaba a veces me lo bebía a veces no. Cada vez que yo tenía una relación, entonces sí pensaba en bebérmela... pero bueno, ocurrió que tuve un embarazo estando con ese método, que no me convenía para nada.” [Esther, 22]

A la vez, si bien algunas de las mujeres más jóvenes reportaron el importante papel de la Unidad de Atención Integral a Adolescentes para su acceso a la información oportuna y los métodos anticonceptivos, el funcionamiento de estas unidades difiere entre un estableci-

miento y otro. Así, una parte de las participantes en este estudio afirmó que algunos de los establecimientos de salud pública -por iniciativa de proveedores individuales- acostumbran solicitar la cédula o el consentimiento parental como requisito para la provisión de métodos anticonceptivos a personas menores de edad. Esto limita de manera directa el impacto positivo del programa en la salud integral de mujeres adolescentes.

Un tema importante a tomar en cuenta es el involucramiento de la pareja masculina en los casos de relaciones de pareja estables, en las cuales la mujer está dispuesta a darle participación a su compañero en la toma de decisiones en torno a la planificación familiar.

En este sentido, y de manera compatible con hallazgos de estudios previos sobre este tema en el país (Miric et al., 2008; Huet et al., 2012), si bien las decisiones sobre la planificación familiar tienden a ser percibidas como el territorio de la mujer, la opinión de la pareja masculina luce ser muy relevante en los casos de parejas estables, siendo la posición del compañero frecuentemente asumida por la mujer, aun cuando ésta pueda diferir de sus posiciones personales al respecto:

“Él [la pareja] me dijo que no, que no era necesario, que no me lo pusiera [el DIU]... Por cosas que dicen de métodos anticonceptivos, que uno puede quedar estéril y todo eso, entonces él tenía miedo de eso. Entonces, seis meses después yo tuve otro embarazo.” [Raquel, 26]

Por otro lado, si bien varias de las mujeres entrevistadas reportaron haber utilizado el condón como método anticonceptivo en las primeras relaciones sexuales con su pareja, todas afirmaron haber abandonado su utilización o utilizarlo solamente de manera ocasional después de tener un tiempo con la misma pareja. En algunos casos, el uso de condón fue rechazado por la pareja masculina, como “incómodo”:

“No nos protegimos porque él decía que él no podía usar condón, que no se sentía cómodo, que le molestaba.” [Diana, 17]

En otros casos, la mujer misma entendía que en una relación de confianza el uso de condón no tenía cabida. Este hallazgo es compatible con estudios previos sobre el tema (Báez et al., 2004; Miric et al., 2008) que reportan la percepción de condón como un método propio del espacio “de la calle” compartida por ambos géneros, implicando su utilización con una pareja estable un signo de desconfianza de uno o ambos miembros de la pareja. Por ende, pese a su alta efectividad tanto como método anticonceptivo como para fines de prevención de infecciones de transmisión sexual, el condón posiblemente no sea una alternativa factible de prevención de embarazos no deseados en mujeres involucradas en relaciones estables.

5.2.2. Servicios de ginecología y atención prenatal

La mayoría de mujeres entrevistadas sospecharon tener un embarazo no planificado a partir del atraso o la ausencia de sangrados menstruales regulares, y/o tomando en cuenta los diferentes síntomas de malestar propio de los primeros meses de gestación, y lo confirmaron realizándose una prueba de embarazo casera o auto-indicada en un laboratorio.

Varias participantes señalaron que el proceso de detección y confirmación del embarazo no planificado les tomó más tiempo en sus primeros embarazos y/o gestaciones en adolescencia, tomándose, por ende, más tiempo el proceso de toma de decisión sobre su interrupción y el acceso a métodos para estos fines. Este señalamiento coincide con la percepción de algunas personas que proveen servicios de salud, quienes refirieron que las mujeres adolescentes que buscan atención al aborto en proceso acuden a servicios de salud en semanas más tardías de gestación:

“[Las adolescentes] vienen con abortos ya un poco más tardíos, porque no se dan cuenta que están embarazadas tal vez, lo tienen escondido en la casa “ [P02, F, 38]

Este dato pudiera indicar una mayor vulnerabilidad de mujeres adolescentes frente a posibles complicaciones en el proceso de interrupción voluntaria del embarazo, dado que la clandestinidad de esta práctica podría retrasar aún más su acceso oportuno a servicios de salud, desde la detección del embarazo hasta la identificación de opciones disponibles para llevar a cabo esta interrupción.

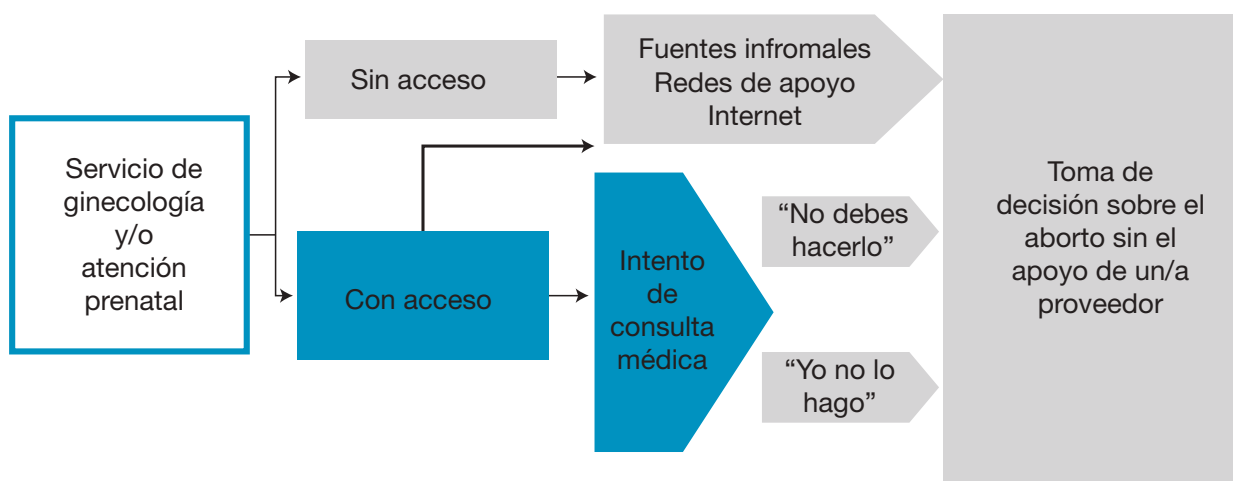
Una vez detectado y confirmado el embarazo no planificado, las mujeres entrevistadas siguieron varias rutas, resumidas en el Gráfico 5). Tomando en cuenta la ilegalidad de la interrupción del embarazo en todas sus causales en la República Dominicana, y la consecuente inexistencia de servicios de salud establecidos para estos fines, la mayoría de mujeres entrevistadas afirmaron haber acudido a sus círculos de apoyo, usualmente amigas, o, en años más recientes, a Internet, para informarse sobre las opciones que pudieran tener frente a un embarazo no deseado.

En este contexto, tanto el proceso de toma de decisión como la elección del método para abortar se llevan a cabo sin el acompañamiento de un/a profesional de la salud, señalando algunas mujeres las dificultades en el acceso a información oportuna sobre el proceso de inducción del aborto, antes, durante y después del procedimiento, como el componente más angustiante de toda la experiencia:

“Lo más difícil para mí era no saber quién me iba a ayudar, porque como yo nada más tenía la referencia de esa amiga que había abortado con pastillas, y yo pensaba que las pastillas no eran seguras... ...vi un faro de luz cuando la otra amiga me comentó que había pasado por el mismo proceso, pero con una cirugía...Pero entonces cuando esa persona me sacó los pies, yo otra vez tenía esa incertidumbre... ...me enviaron

algunos links, pero yo tampoco sé si esos links de internet son confiables... Entonces para mi ese fue el temor - yo no saber con quién me podía comunicar.” [Esther, 22]

Gráfico 5.
Acceso y utilización de servicios de ginecología y atención prenatal en la muestra del estudio



En contraste con la experiencia de mujeres que optaron por no acudir a servicios de salud, dos de las entrevistadas refirieron haber acudido a la consulta de un gineco-obstetra, buscando alternativas para la interrupción del embarazo. Se trataba, en ambos casos, de un proveedor de servicios a cuya consulta privada habían acudido previamente y con quien tenían una relación establecida de médico-paciente. No obstante, ambas refieren no haber recibido una respuesta satisfactoria en este contexto:

“Él [el ginecólogo] fue que me mandó a hacer la prueba y fue el que me dio los resultados... Yo le dije que no quería tenerlo, y él me dijo que él no iba de acuerdo con eso, de ninguna manera, y que él me asistía en el embarazo si yo lo quería, pero si yo no lo quería ya él no podía hacer nada ni referirme a nadie.... Realmente nunca hubo una empatía de médico paciente tampoco.... Eso no me hizo cambiar de decisión, pero si me hizo cambiar de médico - ya después de eso yo no quise volver a donde un ginecólogo masculino” [Tamara, 32]

Es interesante observar, sin embargo, que la postura del médico percibida por esta participante como fría, carente de empatía y poco oportuna frente a sus necesidades en el momento de enfrentarse a un embarazo no planificado, tiende a ser percibida por los/as

proveedores/as entrevistados como la forma más adecuada y éticamente correcta de proceder frente a una demanda de este tipo. Dentro del marco legal actual, que restringe y penaliza los servicios de inducción del aborto independientemente de sus causales, y, frente a los últimos años de debates públicos centrados en argumentos ideológicos, con muy poca evidencia basada en indicadores de salud pública, luce ser que los proveedores individuales tienden a buscar una posición lo suficientemente neutral para no ofender o “juzgar” a la usuaria de servicios, respetando a la vez las leyes vigentes y las posturas ético-religiosas que dominan estos debates.

Esta situación se ve agravada por el carácter tabú del aborto, que, según las afirmaciones de algunos de los proveedores, permea también la formación médica en la República Dominicana, interfiriendo de manera importante con las competencias de las futuras generaciones de médicos para manejar oportunamente este tipo de situaciones:

“Cáncer de cérvix y la paciente está embarazada... Ayyyy... no le puedo sacar el útero, porque el muchacho está ahí... esas son tierras de nadie... ...Recuerdo yo, específicamente cuando me estaban dando esa clase, el doctor dijo ‘Eso no lo hablemos, porque eso no se trabaja aquí. Tema dado.’ Y así quedó. Ese es un territorio muy difícil realmente... Dónde se traza la raya? Es lo difícil.” [P09, M, 29]

Partiendo de lo anterior en el territorio “gris” de la realidad de aborto inducido, sobre el cual no se habla aun cuando está presente en la demanda cotidiana de servicios de salud, cada proveedor tiende a identificar una postura profesional compatible con sus valores personales, y proceder de manera congruente con ésta. A la vez, según afirman tanto las mujeres entrevistadas como los proveedores de servicios, un/a mismo/a profesional pudiera proceder de manera diferente en los establecimientos públicos comparado con su consulta privada, en la cual podría sentirse menos cohibido en su accionar. De ahí que las mujeres con acceso a servicios privados o semi-privados de salud reproductiva, en los cuales usualmente establecen una relación personalizada con un/a proveedor/a individual, pudieran sentir más libertad de expresar su deseo de interrumpir un embarazo en comparación con el sector público, en el cual prevalece un enfoque relativamente impersonal de atención:

“La paciente cuando viene acá, sabe que es una maternidad conocida, no creo que lleguen directamente con esa expresión de querer practicarse un aborto, saben que pueden buscarse un problema “ [P06, M, 27]

“En sector público no identifiqué que todavía haya el espacio para que una mujer pueda ir abiertamente y diga ‘yo quiero interrumpir el embarazo’. Aunque donde ese mismo prestador, en su práctica privada, tú sí puedes ir.” [P04, F, 43]

No obstante, pese a esta percepción de una mayor apertura a la interrupción del embarazo entre proveedores del sector privado, tanto los testimonios de las mujeres entrevistadas

como las afirmaciones de algunos/as profesionales de la salud, indican que esta apertura representa más bien una excepción que una regla:

“Las que van a mi consulta privada, saben que yo no le voy a dar ese servicio... y si van, yo las oriento, le digo ‘ya tu estas embarazada, realmente se bebé no tiene la culpa del error que tu hayas cometido, tienes que mirar bien, porque te puedes arrepentir’”
[P02, F, 38]

Cabe señalar, partiendo del discurso de mujeres entrevistadas, que este tipo de esfuerzos frecuentemente bienintencionados de proveedores de servicios por “orientarlas” para cambiar su decisión de interrupción del embarazo – llegando en algunos casos a exponerlas a imágenes de sonografía y latidos del corazón del embrión como método de persuasión – tienden a ser percibidas por las usuarias de estos servicios, además de poco efectivos, como manipulativos y, en ocasiones, ofensivos:

“Si yo tomé esa decisión, la tomé, lo hice, y ya... ‘Mira lo que tú estás haciendo, estás matando a una persona’ - eso ni me frustró, ni me aportó, ni me hizo nada - me pareció un absurdo. Me pareció que era una desinformación incluso. Porque era más bien para que uno se sintiera moralmente culpable, y yo no lo veo así.” [Tamara, 32]

A la vez, según señalan tanto las mujeres como los/as proveedores de servicios entrevistados/as, la negación de un profesional de la salud a participar en la respuesta a demanda de una usuaria en el proceso de interrupción del embarazo, tienden a conllevar a la pérdida de contactos futuros con ella, más que a un cambio de su decisión original.

“Yo la orienté que eso legalmente no se puede, y luego no sé qué hizo.” [P08, M, 38]

“Uno les explica, las condiciona, les dice lo bueno de un embarazo, lo que es un niño, y trata de concientizarlas por alguna vía hasta el punto que ella exprese que no lo va a hacer... aunque en lo personal yo creo que si lo dice es porque ya está decidida”
[P06, M, 27]

Esta situación no sólo representa una oportunidad perdida para garantizar una adecuada atención a la embarazada en lo que respecta a su condición y/o decisión final con respecto al embarazo, sino que, a la vez, implica una oportunidad perdida para la prevención de embarazos no planificados de la mujer en un futuro. El siguiente relato de Esther (22), quien luego de buscar varias opciones logró entrar en contacto con una proveedora de servicios quien la orientó y la acompañó en el proceso de interrupción del embarazo con pastillas de misoprostol, pone de manifiesto la relevancia y el impacto positivo de este tipo de acompañamiento en su planificación familiar post-aborto:

“Ahora estoy de nuevo centrada en terminar con mi proceso de tesis. Sabiendo que yo tengo ahora este aparato [Norplant], sé que no voy a tener que pasar por esta experiencia de nuevo... Si yo tengo otro hijo, va a ser en un momento en que yo sienta que

es el adecuado...Realmente no quiero pasar por este proceso de aborto otra vez, y me imagino que tampoco es bueno para mi cuerpo, o sea que no me quiero arriesgar más, y ahora me siento tranquila” [Esther, 22]

De lo antes expuesto se desprende que la ausencia de servicios de salud sexual y reproductiva que puedan proveer de manera oportuna la información y la atención directa a mujeres que se enfrentan a un embarazo no planificado y/o no deseado, responde en gran parte al marco legal actual en la República Dominicana que, fiscaliza indiscriminadamente este tipo de servicios en todas sus vertientes.

Esta situación puede conllevar, por un lado, a servicios provistos por el personal de salud pobremente preparado para responder a esta demanda y regidos por sus valores personales más que por protocolos de atención basados en evidencia (Pérez-Then et al., 2008) y por el otro, a una proporción importante de mujeres dominicanas en edad reproductiva que se enfrentan a la realidad de un embarazo no planificado contando con recursos propios y el círculo de apoyo inmediato, exponiéndose así no sólo a abortos inducidos en situaciones de riesgo, sino también a una mayor probabilidad de embarazos no deseados subsecuentes.

5.2.3. Inducción del aborto

De manera congruente con lo observado en estudios previos sobre este tema (Miller et al, 2005), la difusión de información sobre los efectos abortivos del misoprostol, tanto en la población general como en Internet, y el amplio acceso a las marcas comerciales de este medicamento en la mayor parte del territorio dominicano, convierten a esta sustancia en el método más frecuentemente reportado por mujeres entrevistadas para interrumpir una gestación, particularmente en los años más recientes. Aun cuando, según lo señalado en apartados anteriores, el acceso a la información oportuna sobre las diferentes opciones disponibles para la interrupción del embarazo no siempre resulta fácil, las mujeres tienden a preferir las opciones menos invasivas como el misoprostol, solo o en combinación con remedios naturales, sobre las cuales ejercen un control directo, percibiendo la intervención médica y los centros de salud como la última opción en este sentido:

“Es más dañino cuando tú vas a una clínica, que cuando tú lo haces tú misma. Ya cuando tú no tienes una solución, es que tú vas a una clínica.” [Isabel, 42]

Si bien es cierto que Misoprostol está regulado por receta médica y que, según refirieron varios proveedores de servicios de salud entrevistados en el presente estudio, algunas de las cadenas farmacéuticas más grandes de la República Dominicana restringen su venta debido a su vínculo con la interrupción de embarazos, ninguna de las entrevistadas reportó mayores dificultades para acceder al mismo, acudiendo, en ocasiones, a amistades masculinas para gestionar este acceso:

“Se llama Cytotec... esas pastillas no se las venden a menores, yo la mandé a comprar con una persona mayor, con un hombre. Le dije que eran para una amiga mía. Y las conseguí.” [Abby, 23]

Estos reportes son consistentes con estudios previos sobre el tema, cuyos hallazgos también sugieren una mayor apertura a la venta de misoprostol a hombres en las farmacias nacionales (Miller et al., 2005) lo que sin embargo, no impide el acceso a la población femenina a este medicamento.

No obstante, tanto las mujeres entrevistadas como los/as proveedores de servicios de salud reportan una mayor dificultad en el acceso a misoprostol desde la agudización del tema de aborto inducido en el debate público en la República Dominicana, induciendo este debate una mayor vigilancia de aspectos como la adquisición de misoprostol, que previamente pasaban relativamente inadvertidos:

“Ahora si tu abortas, y si alguien llama la policía, te echan cárcel, porque tú estás violando una ley ...Antes tú lo hacías y ya, donde quiera lo hacían. Pero ya no.” [Isabel, 43].

Igualmente, salieron a relucir los reportes de adulteración del misoprostol en el mercado dominicano en años recientes, así como las especulaciones con el precio de venta de algunas de las marcas comerciales de esta sustancia:

“El problema que se está viendo con el misoprostol es que, definitivamente, lo están adulterando... ... si bien es cierto que tú puedes tener a una persona que no tenga el efecto terapéutico que uno desea, pero por menos efecto que le haga, es absurdo la cantidad de tabletas que se han tomado sin que pase absolutamente nada.” [P04, F, 43]

“Hay más inseguridad después del 2010, que la gente necesita la receta, y si no, el que te la vende, te la vende de contrabando, y te puede vender cualquier cosa.” [Sara, 28]

Esta percepción coincide con los reportes de algunas de las mujeres entrevistadas sobre la ineffectividad del misoprostol adquirido en las farmacias nacionales en años recientes, pudiendo la misma conllevar a una menor confianza en la efectividad de este medicamento en el proceso de inducción del aborto. A la vez, frente a la falta de seguimiento formal a los procesos de abortos inducidos con misoprostol, resulta difícil evaluar en qué medida la forma de tomarse las pastillas pudiera estar afectando su efectividad real, tomando en cuenta que las mujeres entrevistadas reportaron diferentes dosis y diferentes vías de administración de este medicamento. La excepción en este sentido la constituye la experiencia de Esther (23) quién pudo acceder a una proveedora de servicios que apoyó su decisión de interrumpir la gestación; le facilitó la información requerida y la acompañó en el proceso:

“Ella [la doctora] sabía a qué yo iba, me hizo todos mis exámenes médicos, de sangre y todo eso, y luego en la cita donde fui a llevarle los resultados ella me dio las pastillas... entonces ella me dijo como tomármelas, y qué hacer si comenzaba a sangrar... Me dijo cuáles eran las posibles complicaciones, me dio su número de teléfono, y me dijo ‘me puedes llamar a cualquier hora’” [Esther, 23]

Tanto los datos de estudios previos (García, 2002; Miller et al., 2005) como la percepción de personas que proveen servicios de salud entrevistadas para esta investigación sugieren que el acceso de la mujer dominicana al misoprostol en las últimas décadas ha reducido su necesidad de acudir a métodos abortivos más invasivos, conllevando a la reducción en el número de abortos complicados y, por ende, a la reducción de las tasas de mortalidad materna adjudicadas a esta causa, en el mismo periodo:

“No llegan tantas usuarias con manipulaciones de aborto inseguro, o con complicaciones que pongan en riesgo su vida... ya eso casi no se ve” [P04, F, 43]

Pese a esto, algunos de los métodos más tradicionales de inducción de aborto persisten en la actualidad, implicando frecuentemente una combinación del uso de misoprostol con los remedios utilizados en la medicina tradicional, particularmente propios de mujeres de sectores populares:

“Yo fui a una hojera, a donde venden hojas. Si tú le dices que es para tu botarlo, no te lo dan. Tú tienes que decir que tienes un atraso, que tú tienes quistes, inventarte cualquier excusa. Yo le dije que tenía un fibroma, y me las dieron. Hice un té con muchas hojas amargas, y me tomé las otras pastillas con eso.” [Abby, 23]

Entre los remedios tradicionales especificados como abortivos fueron señalados la cáscara del aguacate y, de manera más general, “hojas amargas”. El conocimiento de las plantas específicas a utilizar, su combinación y la forma de preparación fue señalado como propio de personas que se dedican a estas tareas en cada comunidad, a quienes hay que acudir en el caso de requerir un preparado de este tipo.

Por otro lado, pese a la presencia del misoprostol en el mercado dominicano desde el año 1986, dos de las entrevistadas (cuyo embarazo no planificado ocurrió hace más de 8 años) reportaron haber acudido a una clínica o a un/a proveedor/a en específico para fines de interrumpir el embarazo a través de un legrado instrumental. En ambos casos, el contacto con el/a proveedor/a lo facilitaba una amiga cercana:

“Mi amiga fue la que me habló de la clínica y yo llamé y puse una cita. Es una clínica de verdad, pero hacían el proceso de manera clandestina. Ese lugar era para eso, y todo el mundo lo sabía” [Tamara, 32]

Su experiencia según puede observarse en las siguientes citas, fue significativamente más traumática, en gran parte debido a la experiencia antes, durante e inmediatamente

posterior al legrado en sí, marcada por la incertidumbre, la falta de información y la preocupación por los riesgos que el procedimiento al cual se estaban sometiendo pudiera tener para su salud y su vida misma:

“Fui con la amiga mía, ella me acompañó, temprano - fuimos como a las siete y media de la mañana a ese lugar. Cuando llegué, que vi el lugar, yo estaba hecha... o sea, para mí eso fue un proceso terrible, terrible, terrible, porque yo no sabía a qué yo iba ahí, yo no sabía qué podía pasar, y no sabía nada.... [Judith, 32 años]

“Son cosas que yo recuerdo mucho... porque yo tuve una pesadilla muy fuerte. Me desperté desnuda, en una camilla, sola, con frío, mareada... Al rato llegó la doctora, me evaluó, yo me cambié y me fui a mi casa.” [Tamara, 32]

Cabe señalar que Tamara, quien se enfrentó a otro embarazo no planificado varios años después de esta primera experiencia, optó por interrumpirlo utilizando misoprostol, evaluando su segunda experiencia como mucho menos negativa que la primera. Destacó que al misoprostol permitirle interrumpir el embarazo en su propio hogar, acompañada por su pareja, y de manera que garantizaba la confidencialidad de su decisión, pudo sentirse en control de la situación en contraste con la invasión a su cuerpo que implicó la realización de un legrado instrumental en una clínica clandestina. A la vez, varios proveedores de servicios de salud expresaron su percepción de abortos inducidos en clínicas clandestinas, por proveedores inexpertos o insuficientemente preparados para la realización de este procedimiento, como uno de los mayores riesgos para la salud y la vida de la mujer:

“Esas son las que se complican, que intentan hacerlo de manera clandestina, y ya llegan aquí [centro de salud de tercer nivel] cuando se dan cuenta que están grave.” [P06, M, 27]

Los hallazgos del presente estudio sugieren que de contar con información oportuna y el acceso confiable a misoprostol - las mujeres que deciden interrumpir una gestación no planificada prefieren utilizar este método, percibido como menos invasivo y más confidencial, frente al aborto instrumental inducido en un centro de salud o en una clínica clandestina.

De manera consistente, aquellas mujeres que no pudieron obtener este acceso y optaron por acudir a un/a proveedor/a de servicios de salud para fines de inducción del aborto, reportan vivencias emocionalmente cargadas y, por lo general, muy negativas, coincidiendo estas vivencias con la percepción de proveedores de servicios de un alto riesgo de este tipo de procedimientos para la salud y la vida de la mujer.

En este contexto, es importante resaltar una mayor atención hacia la distribución del misoprostol en el mercado local en los años recientes, motivada en parte por los debates públicos sobre el estatus legal del aborto en la República Dominicana que caracterizaron

este periodo, conllevando esto, en algunos casos, a la adulteración de la sustancia activa² y/o manipulaciones de su precio en el mercado negro. Esta situación podría interferir con el acceso efectivo de mujeres dominicanas al misoprostol y su desconfianza en la efectividad de este método para interrumpir los embarazos no planificados y/o no deseados, lo que provocaría una mayor probabilidad de optar por alternativas más invasivas de inducción del aborto y, por ende, un mayor riesgo para su salud y el bienestar de sus familias.

5.2.4. Resolución y seguimiento post-aborto

Una parte de mujeres entrevistadas en el presente estudio que optaron por la interrupción del embarazo utilizando misoprostol lograron completar el proceso de aborto sin asistencia profesional, cesando el sangrado espontáneamente en algunas semanas. En algunos casos, siguiendo las instrucciones encontradas en fuentes de Internet, estas mujeres acudieron a una consulta ginecológica y/o una sonografía auto-indicada para asegurarse que no presentaban restos ovulares, luego de lo cual continuaron con su vida normal:

“Él [médico] no me preguntó nada asumo que supuso que lo había resuelto por mi cuenta. Me dijo que todo estaba bien, y ya No volví a verlo nunca más.” [Tamara, 32]

En estos casos, las mujeres continuaron utilizando – o no utilizando – los métodos de planificación familiar de manera similar a lo que hacían previo al embarazo, implicando esto, en muchos casos, un alto riesgo de ocurrencia de embarazos no planificados subsecuentes.

En otros casos, el sangrado inducido por misoprostol no cesó espontáneamente, o la mujer sintió preocupación por su larga duración y frente a la ausencia de una orientación profesional, procuró asistencia médica en este proceso, usualmente acudiendo a un establecimiento del sector público. Tanto las mujeres que optaron por una intervención médica como forma directa de interrumpir un embarazo no deseado – ya sea en un establecimiento de salud o en una clínica clandestina – como aquellas que no lograron una resolución completa del aborto utilizando misoprostol y se vieron en necesidad de acudir a un servicio de salud para estos fines posteriormente, reportaron vivencias marcadamente negativas en este contexto, fundamentalmente en lo relativo al trato del personal de salud.

En muchos casos este trato se deriva de las mejores intenciones del personal de salud que cuenta con muy poca preparación formal para el manejo oportuno del aborto inducido en el contexto de servicios de salud, tal y como se describe en el apartado 5.2.2. – aspecto que puede ser modificado mediante la introducción del tema de aborto en el curriculum

² Ver <http://www.elnuevodiario.com.do/app/article.aspx?id=448734> para reportes recientes de este tipo de situaciones en la República Dominicana.

universitario (escuelas de medicina), en las residencias de ginecología y obstetricia, o en los diferentes entrenamientos que recibe el profesional de la salud, ya sea en su profesión de base (i.e. enfermería, trabajo social, salud mental, etc.) o como estrategia de educación continua para recertificar sus conocimientos en el tema en cuestión, según señala la siguiente afirmación de uno de los proveedores de servicios entrevistado:

“En una de las entidades que yo trabajo yo aprendí - que eso no nos lo enseñan en la residencia - yo aprendí que uno está para resolver el problema, no para preguntar ni inmiscuirse por qué lo hizo. Uno no sabe el problema del otro. Anteriormente si, cuando salí de la especialidad, yo preguntaba... hiciste tal cosa? O le hacía la pregunta de si había tomado algo pero actualmente no” [P08, M, 38]

En otros casos, no obstante, las mujeres entrevistadas reportan experiencias de maltrato que explican a partir de actitudes negativas hacia el aborto inducido y la consecuente valoración moral negativa de personas que incurrir en esta práctica:

“Cuando una joven se saca un bebé y va a la maternidad, la tratan mal... porque está matando una vida. [Isabel, 43]

Estas observaciones son consistentes con el cuestionamiento moral de mujeres que optan por la interrupción voluntaria del embarazo descrito en el apartado 5.1.2., reportando varias de las entrevistadas tratos particularmente negativos procedente del personal de enfermería:

“Las enfermeras son asperísimas... con unos gestos de malhabladas... trataban a uno como si uno fuera un animal. Había una joven al lado mío, que ella se sacó un bebé, y a ella la trataban peor todavía... a mí era que me trataban un chin mejor... a ella le decían muchas cosas feas - que ella debió morir, que a ella la parió una perra... muchas cosas feas...” [Abby, 23]

Este tipo de observaciones resulta particularmente preocupante tomando en cuenta la relevancia del personal de enfermería para los cuidados continuos de las usuarias internas, siendo éste el personal que más tiempo efectivo pasa con las usuarias de servicios de atención al aborto en proceso tanto antes del procedimiento como en las salas de recuperación del mismo. En la mayoría de los establecimientos públicos de salud, el personal de enfermería está a cargo de la consejería de planificación familiar en salas post-aborto por lo que sus actitudes negativas hacia mujeres que se indujeron un aborto – o se sospecha de esto – se convierte en un importante obstáculo para la efectividad de este tipo de iniciativas.

De manera compatible con lo anterior, pese a que la consejería de planificación familiar y la oferta de métodos anticonceptivos forman parte de los protocolos y las normas nacionales vigentes para la atención post-aborto en la República Dominicana, ninguna de las mujeres entrevistadas para el presente estudio reporta haber recibido este tipo de servicios en el contexto hospitalario. En este sentido, la falta de seguimiento actual al proceso post-aborto

de mujeres que optan por la interrupción voluntaria de un embarazo en la República Dominicana, representa una importante oportunidad perdida para los servicios de planificación familiar cuya entrega oportuna en la fase de recuperación post-aborto podría incidir en la reducción de embarazos no planificados en el futuro inmediato de estas mujeres, reduciendo, por ende, la tasa de abortos inducidos en los años subsecuentes.

En contraste con lo anterior, Esther, quien tuvo acceso a un acompañamiento profesional durante el proceso de aborto inducido por misoprostol, relata el impacto positivo del seguimiento post-aborto en términos de la prevención de embarazos no deseados en su futuro inmediato:

“Después de eso fui donde la doctora la semana pasada, ella me hizo un chequeo, me preguntó cómo me fue, y vio que todo pasó bien.... y ese día que ella me revisó, me planificó de una vez, y ya yo estoy tranquila.” [Esther, 23]

5.2.5. Apoyo emocional

En el contexto actual de servicios de salud en la República Dominicana, caracterizado por la ausencia prácticamente absoluta de servicios que respondan a las necesidades de mujeres que presentan un embarazo no planificado y optan por su interrupción voluntaria, las oportunidades de servicios de apoyo emocional para este grupo poblacional son prácticamente nulas, y pueden ser consideradas casi un lujo en un contexto en el cual una parte de personas que proveen servicios de salud proponen introducir políticas de “mano dura” para estos fines:

“Considero que si las mujeres tuvieran más temor de realizárselo, si la parte legal fuera más dura, más específicamente con la que se lo practica, habría menos abortos” [P06, M, 27]

A la vez, en un contexto en el cual el aborto inducido constituye un tema tabú, las mujeres que optan por una interrupción voluntaria del embarazo pocas veces tienen oportunidad de conversar sobre su decisión y el proceso emocional que las llevó a tomarla, pasando esta experiencia a formar parte de temas que, una vez cerrados, no se comentan ni siquiera con las personas que sirvieron de círculo de apoyo en el momento de su realización:

“No volvimos a hablar de eso más nunca. De hecho, yo no lo he vuelto a hablar con nadie después de que pasó, esta es la primera vez que lo hago” [Tamara, 32]

La experiencia de aborto inducido asume así las características de un estigma social, siendo el secretismo que tiende a rodear el tema en la sociedad dominicana experimentado como una carga emocional por algunas de las mujeres que en algún momento de su vida optaron por esta alternativa:

“Todo ese juzgar lo hace mucho más difícil y que uno lo viva también con mucha culpa. Y que, de hecho, para mí eso es como un ejercicio de venir aquí a contarlo, casi terapéutico” [Sara, 28]

Es importante resaltar, no obstante, que, pese a las necesidades de apoyo emocional que puedan presentar mujeres que pasan por una experiencia de interrupción voluntaria de embarazo, la cual frecuentemente implica un proceso de transición a nivel de su proyecto de vida personal y de pareja, el estereotipo social, frecuentemente reproducido en los diferentes contextos de la cultura dominicana, que presenta el aborto inducido como un trauma psicológico que marca de manera permanente el bienestar emocional de la mujer, no fue corroborado por los datos reunidos por este estudio ni los estudios anteriores (Paiewonsky, 1995). Por el contrario, según expresa una de las entrevistadas:

“La sociedad piensa que las mujeres que se han practicado abortos son mujeres que viven amargadas, que viven cargando esa culpa por el resto de su vida, son mujeres que se arrepienten de lo que han hecho, que piensan que han hecho algo abominable... Y ese no es el caso - por lo menos no es mi caso. Yo tomé una decisión que yo entendí que era la decisión correcta en ese momento, y yo no me arrepiento, yo soy feliz. Y si yo tuviera que tomar la decisión otra vez, la tomo. Eso no me hace ni peor persona, ni mejor persona, ni una persona amargada - por otras cuestiones tal vez, pero por eso, absolutamente que no.” [Judith, 32]

Esta afirmación coincide de manera marcada con las observaciones de personas que proveen servicios de salud, varias de las cuales expresaron, en ocasiones con sorpresa, el poco impacto emocional que la resolución de un aborto en proceso parece tener en las mujeres que optan por la interrupción de un embarazo no deseado:

“Las mujeres que se inducen el aborto generalmente no tienen ninguna secuela psicológica porque tienen una actitud después de que uno les hace el legrado de ‘a qué hora yo me voy?’, ‘yo me quiero ir’ Las que desean el embarazo que lo pierden, usted ve la tristeza... La mujer que se induce el aborto está clara en lo que está haciendo realmente.” [P02, F, 38]

“Las que son inducidas - no entiendo -, las que son inducidas tienen menos secuelas emocionales... Las secuelas emocionales son más con las que tienen aborto espontáneo” [P01, M, 30]

Sin duda alguna, esta actitud de desapego frente al embarazo en proceso pudiera estar en contradicción con el concepto de amor materno propio de la sociedad patriarcal y, a la vez, opuesto a los valores eclesiásticos de la vida desde el momento de la concepción, tal y como expresa uno de los proveedores de servicios entrevistados:

“Ese amor de madre que yo sé que la paciente siente desde que sabe que está embarazada, yo no lo veo en las pacientes que se presentan así, por restos ovulares... ellas mismas te dicen ‘yo vine a hacerme la limpieza’...” [P06, M, 37]

En consecuencia, la mujer que opta por una interrupción voluntaria del embarazo, es percibida y, en ocasiones, se percibe a sí misma, como transgresora de las normas sociales que fundamentan a la cultura patriarcal y, al priorizar el proyecto de vida propio frente al papel socialmente asignado de la procreación y el valor de la maternidad (Pérez Then et al., 2011), pasa a ser portadora del estigma social asignado a este tipo de transgresores (Miric, 2015).

No obstante, tal y como sugiere la siguiente afirmación de una de las mujeres entrevistadas en esta investigación, el proceso de fecundación no solamente no implica un apego inevitable con el embrión en formación, sino que este apego tiende a ser evitado de manera voluntaria por la mujer frente a un embarazo no planificado y/o no deseado, como un mecanismo de auto-protección frente al proceso de duelo que pudiera implicar la pérdida de un hijo/a:

“Yo estaba consciente que era, bueno, es una vida, porque es algo vivo que estaba dentro de mí, pero no era una persona todavía... yo estaba clara que era una decisión que yo debía tomar y que era lo más beneficioso para mí en ese momento de mi vida.” [Judith, 32]

Esta evitación explica en gran parte la indignación de mujeres entrevistadas con los esfuerzos – por demás bienintencionados – de personas que proveen servicios de salud para disuadirlas de su decisión por interrumpir el embarazo, llegando en algunos casos a utilizar imágenes de sonografía y/o latidos de corazón del bebé para estos fines. En este sentido, la mujer que opta por la interrupción de un embarazo no deseado, toma esta decisión en contra de las normas morales y legales actualmente vigentes en la sociedad dominicana, tratando de evitar, por todos los medios a su alcance, el apego con el embrión y la culpa implícita en el estigma social asociado al aborto inducido:

“Cuando uno no quiere algo, uno no lo quiere. No importa lo que diga más nadie” [Abby, 23]

“Por eso no lo hablé con nadie, porque no quería ningún juicio - ni que me juzguen, ni que me etiqueten, ni que me digan “haz”... porque nadie te puede decir a ti lo que tú tienes que hacer.” [Tamara, 32]

Partiendo de lo anterior, luce ser que, una vez tomada la decisión de interrumpir un embarazo, los esfuerzos por disuadir a una mujer de la misma no solamente resultan inútiles, sino que también podrían ser percibidos como una violación de sus derechos sexuales y reproductivos, causando un impacto emocional negativo y dificultando de manera adicional el proceso de duelo implícito en esta decisión.

En este contexto, los datos del presente estudio sugieren que el acceso oportuno a servicios de consejería temprana que aborde, con bases en evidencia, las diferentes alternativas disponibles para la mujer – incluyendo las opciones de aborto seguro para las mujeres que opten por la interrupción del embarazo – pudiera tener un impacto más positivo, tanto para el desenlace del embarazo específico por la cual se procuran estos servicios, como para la prevención de futuros embarazos no deseados (y por ende otros abortos inducidos) durante el resto de la edad reproductiva de la mujer.

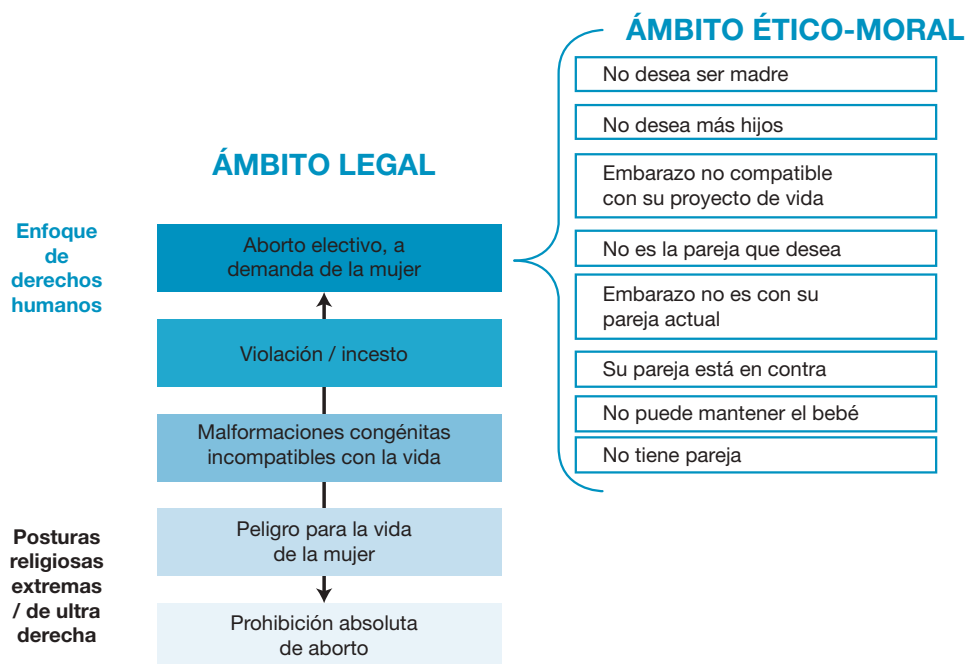
5.3. Actitudes frente al aborto inducido

De manera coherente con investigaciones previas (Pérez Then et al., 2011; Paiewonsky, 1995) y de acuerdo con los datos reunidos en el presente estudio, el aborto – y de manera particular, el aborto inducido –, pese a constituir una práctica que pudiese considerarse relativamente frecuente en la sociedad dominicana, representa un tabú y, en consecuencia, sirve de base para un estigma social (Miric, 2015). Como tal, pertenece al ámbito de lo silente, de lo que no se habla, resultando complejo abordarlo, en todas sus dimensiones, a través de estudios científicos.

El Gráfico 6 resume la diversidad de posiciones expresadas por personas que proveen servicios de salud y las mujeres que han pasado por la experiencia de un aborto inducido frente a esta realidad, a partir de los datos reunidos en el presente estudio, procurándose con el mismo ilustrar gráficamente lo que se expresará en las siguientes secciones.

Gráfico 6.

Posturas frente al aborto desde el ámbito legal y el ámbito ético-moral



5.3.1. Ámbito legal

Las posiciones de los/as participantes en esta investigación oscilan entre la prohibición absoluta del aborto –propia de círculos religiosos extremos o sectores de ultra derecha, tanto de la Iglesia Católica como de las diferentes denominaciones de iglesias protestantes cuya presencia se ha hecho más notable en el país a lo largo de las décadas pasadas y las posiciones que abogan por la legalización del aborto en todas sus causales, incluyendo la opción de aborto electivo a demanda libre de la mujer, propias de organizaciones locales e internacionales que abogan por los derechos sexuales y reproductivos de la población dominicana.

La mayoría de las personas, no obstante, tiende a situarse en alguna de las posiciones intermedias entre estos dos extremos: la totalidad de proveedores de servicios de salud entrevistados dijeron estar de acuerdo con la interrupción electiva del embarazo en los casos de riesgo para la vida de la madre. En este sentido, al enfrentarse a la elección entre la vida de la madre y la del feto, la mayor parte de los/as proveedores/as de servicios entrevistados/as, estarían a favor de garantizar la supervivencia de la madre, interrumpiendo la gestación.

Este grado de acuerdo, sin embargo, no se observa frente a la causal de malformaciones congénitas del feto que sean incompatibles con la vida, expresando algunos/as de los/as proveedores/as entrevistados su acuerdo con el procedimiento actualmente vigente en los establecimientos públicos, de dejar el embarazo transcurrir su curso natural. Es importante destacar que frente a la prioridad percibida de preservar la vida humana desde la concepción y a toda costa, el sufrimiento emocional materno que resulta implícito en este tipo de decisiones, pasa desapercibido o no es tomado en cuenta por algunos/as de los proveedores/as de servicios de salud:

“La teoría que se tiene ahora mismo, es dejar que la naturaleza curse... Realmente es difícil. Es un poco complicado. Evidentemente, la ley eso no lo contempla, y como eso no lo contempla, nosotros tampoco lo podemos hacer.” [P09, M, 29]

En este contexto la interconsulta con el departamento de psicología o una orientación psicológica tienden a ser percibidos como herramientas que mágicamente eliminan el sufrimiento emocional de la mujer expuesta y/o sometida a este tipo de experiencias en contra de su voluntad, pese a la violación que este tipo de exposición implica desde el punto de vista de los derechos humanos

“Aquí yo he visto que la paciente se sigue por consulta externa... muchas vienen a dar a luz con bebés que son anencefálicos, dan a luz perfectamente, se recuperan normal y ya se van... a la madre se le da un manejo, se hace interconsulta con psicología, y todo sigue su curso normal” [P02, F, 38]

El grado de acuerdo con la legalidad del aborto inducido tiende a reducirse más aún frente al causal de gestación ocasionada por una violación sexual o una situación de incesto, oponiéndose, una parte importante de proveedores/as de servicios entrevistados/as a la inducción del aborto en estos casos. Entre múltiples argumentos señalados para sustentar esa posición, algunos/as proveedores/as alegaron la poca probabilidad de ocurrencia de un embarazo a causa de violación:

“Ahí yo tengo mis restricciones, porque es muy difícil que te violen y que salgas embarazada, tiene que ser mucha coincidencia... Los casos tienen que ser muy pocos...” [P08, M, 38]

En otros casos, el estigma asociado al aborto inducido y el estereotipo de esta realidad como un trauma emocional indeleble en la vida de la mujer – el cual no ha sido corroborado por el presente estudio-, podría contribuir a percibirlo como un daño emocional mayor en comparación con la asimilación del embarazo a término, producto de violación:

“Una niña por ejemplo que haya sido violada por tres, por su padre, por su hermano - que han venido, y que uno sabe que pasa, en este país pasa... Pero en ese caso yo no diría que se indujera el aborto - diría que terminara por ejemplo su embarazo, llegara a feliz término y lo diera en adopción... que sea orientada por un personal profesional,

que termine su embarazo felizmente, no que se induzca el aborto. Eso creo que podría crearle muchas secuelas en la joven - aparte de la situación de abuso que pasó, no estoy de acuerdo con que también se le someta a un aborto [P02, F, 38]

A la vez, aún aquellas personas que expresaron estar de acuerdo con la inducción del aborto en el caso de las tres causales más relevantes – incluyendo el riesgo para la vida de la madre, las malformaciones congénitas incompatibles con la vida y embarazos producto de una violación sexual–afirmaron, con muy pocas excepciones, que están en desacuerdo con la legalización del aborto inducido a demanda libre de la mujer, entendiendo que este tipo de legislación podría contribuir a la práctica indiscriminada de interrupción voluntaria del embarazo y el incremento consecuente en las tasas de aborto en el país.

“Al momento que sea legal, imagínate Tú sabes que existen países desarrollados en los que se publican los anuncios con ‘se hacen abortos’... y eso promueve el aborto, muchísimo” [P10, F, 42].

Cabe señalar, sin embargo, según lo planteado en el acápite II de este documento que, pese a esta percepción, al parecer generalizada no solamente entre los/as proveedores/as de servicios de salud, sino también entre muchas de las mujeres entrevistadas y quienes en algún momento de su vida tomaron la decisión de interrumpir un embarazo, los datos epidemiológicos disponibles de los países que flexibilizaron su legislación en torno al aborto inducido, no solamente reflejan una reducción en sus tasas de mortalidad materna de manera vinculada a la reducción de abortos practicados en situaciones de riesgo, sino también una reducción en las tasas del aborto inducido per sé, al facilitar un acceso más efectivo de las mujeres a los servicios de salud y de planificación familiar oportunos (Benagiano & Pera, 2000; Briozzo et al., 2002; Sedgh et al., 2012).

En este contexto y frente a la poca presencia de informaciones basadas en evidencia que permitan la toma de decisiones informadas frente a la legislación relativa al aborto inducido en la República Dominicana, las personas que proveen servicios de salud tienden a reproducir, con poco cuestionamiento crítico, posiciones basadas en argumentos religiosos y de sentido común ampliamente difundidas por los sectores más conservadores de la sociedad Dominicana, y las diferentes organizaciones basadas en fe.

En ocasiones, la falta de criticidad frente a este tipo de posiciones implica su asunción como perspectivas válidas de “pro-vida” – en contra de toda la evidencia disponible que vincula la clandestinidad del aborto con su impacto en las altas tasas de muertes maternas-, conllevando en algunos casos a posturas francamente violatorias de los derechos humanos de la mujer y sus familias:

“La mayoría vienen clandestinamente y se lo han provocado el aborto Tal vez si se restringen un poco las políticas, y las mujeres piensan ‘tal vez me meten presa’, o ‘el doctor tal vez no me lo va a practicar’, bueno ‘déjame seguir con mi embarazo, que

sea lo que Dios quiera' – tal vez así siguen con el embarazo... ..No importa si ese niño luego es maltratado, lo maltrata la mamá, la familia, de todo, pero lo tienen – y uno lo ha visto.” [P02, F, 38]

Pese a lo anterior, tanto las personas que proveen servicios de salud como el discurso de las mujeres entrevistadas para este estudio sugieren un cambio gradual en las posturas frente al aborto y su estatus legal en la República Dominicana a lo largo de las últimas décadas, con una mayor apertura hacia las perspectivas centradas en los derechos humanos. Es interesante observar, sin embargo, que esta toma de conciencia, vista por algunos/as proveedores como una tendencia positiva que refleja el creciente empoderamiento de la mujer dominicana frente a sus derechos sexuales y reproductivos, es visto por otros/as como una pérdida de valores tradicionales de la sociedad dominicana y una muestra de la “falta de vergüenza” de las generaciones más jóvenes.

“Ya las mujeres, al menos las que recibo ya yo no percibo tanto miedo de expresar su deseo de interrupción del embarazo... No percibo tanta duda cuando llegan y solicitan el servicio, con respecto a la decisión que están tomando. Las percibo más empoderadas con respecto a la decisión y a cómo manejarla [P04, F, 43]

“Yo le digo a usted que ya este mundo ha llegado a un punto, que llegan y te lo dicen en tu cara, que se tomaron esto y aquello Antes por lo menos les daba vergüenza.” [P01, M, 30]

Sin duda alguna, este tipo de posturas críticas frente a la legislación del aborto en el país y el reclamo del derecho a un aborto seguro como parte de los derechos humanos de la mujer dominicana siguen constituyendo una excepción más bien que una regla tanto entre el personal de salud como entre las mujeres entrevistadas en el presente estudio, quedado articuladas, de manera más claramente definida, por mujeres profesionales de más alto nivel educativo:

“Si yo me tengo que parar y decirle a todos que son un montón de hipócritas, yo se lo digo. ¿Cómo es posible que el Senado o el Congreso decida sobre lo que yo tengo que hacer sobre mi cuerpo? Eso no es una decisión de hombres, es una decisión mía sobre mí vida Me siento más bien incómoda con el país en el que vivimos.” [Tamara, 32]

En este sentido, la transición de la legislación dominicana desde las posturas extremas de prohibición absoluta del aborto inducido aún en los casos en los cuales la continuación del embarazo implica un riesgo para la vida de la madre - reflejadas en la legislación actualmente vigente - hacia posiciones de mayor apertura frente a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y las iniciativas de reducción de la mortalidad materna basadas en evidencia, ha de concebirse como un proceso gradual, acompañado y apoyado por iniciativas de educación en sus diferentes niveles.

Una prioridad en este sentido lo constituyen programas de formación dirigidos al personal de salud desde los diferentes ámbitos de la academia atravesando los niveles de pre-grado y grado, y culminando con iniciativas de formación continua - que permitan capacitar a este personal no solamente en lo relativo a las perspectivas contemporáneas de derechos humanos, sino también para la producción y el análisis crítico de los indicadores de salud pública relevantes para el tema de aborto, facilitando el manejo de esta realidad y la revisión de los protocolos de atención a la misma desde un enfoque basado en evidencia.

5.3.2. **Ámbito ético-moral**

Si bien el debate sobre el aborto en la República Dominicana en los años más recientes ha estado centrado, fundamentalmente, en su estatus legal, los datos reunidos por el presente estudio sugieren la relevancia de incluir en este análisis la perspectiva ético-moral de las actitudes vinculadas a esta realidad, como un factor importante para las iniciativas dirigidas a la revisión de la legislación establecida con un enfoque basado en evidencia. Así, aún las personas que expresaron cierta apertura hacia la legalización del aborto electivo como un derecho de la mujer – incluyendo el grupo de mujeres que en algún momento de su vida optaron por esta alternativa, transgrediendo de esta manera el marco legal actualmente vigente en la República Dominicana– reflejaron en su discurso una distinción entre los motivos moralmente válidos, bajo los cuales consideraban “aceptable” este tipo de decisiones, y las situaciones bajo las cuales estas podrían ser percibidas más como una “irresponsabilidad” de la mujer.

En este sentido, según muestra el Gráfico 6, la decisión de una mujer por terminar un embarazo pudiera verse como más justificada y, por ende, moralmente aceptable, en los casos cuando la mujer se ve enfrentada a condiciones externas adversas, incluyendo situaciones de no tener una pareja, carecer de recursos para encargarse de la manutención de un/a hijo/a o no contar con el apoyo de su pareja en este sentido. No obstante, en la medida en la que la decisión de la mujer se percibe como motivada fundamentalmente por su estilo o su proyecto de vida, mientras cuenta con condiciones externas evaluadas como favorables o cuando menos aceptables para continuar con el embarazo, el juicio moral de esta decisión tiende a tener un balance más desfavorable desde la perspectiva de otras personas y, en muchos casos, desde la perspectiva de la mujer misma.

Esta distinción – que pudiera constituir uno de los factores determinantes para la aceptación o el rechazo de la mujer que opta por una interrupción voluntaria del embarazo desde el punto de vista moral – queda reflejada también en el discurso de las personas que proveen servicios de salud, independientemente de su posición frente al estatus legal del aborto en el país, que propone una línea divisoria entre “mujeres buenas” y “mujeres malas” a partir del motivo por el cual optan por interrumpir el embarazo:

“Son muchas que vienen que tienen pocos recursos, que son mujeres que tienen su familia, y necesitan una asistencia pública, pero no es porque son malas mujeres... pero la mayoría usted sabe que vienen aquí porque buscan la forma de terminar su embarazo sin pagar un centavo, se le termina el proceso y saben que nadie se va a dar cuenta” [P02, F, 38]

Cabe señalar que la mujer que opta por la interrupción voluntaria de un embarazo no planificado motivada por su proyecto de vida, en el cual la maternidad no ocupa un espacio central o ni siquiera forma parte del mismo, transgrede no solamente el marco legal vigente en la República Dominicana– que pese a los recientes debates, no es implementado en su totalidad y puede ser evadido sin mayores dificultades -, sino que está desafiando de manera directa una estructura de valores religiosos y morales entrelazados en la cultura patriarcal, incluyendo el aspecto de “amor de madre”, asumido y promovido por la cultura patriarcal como un rasgo “natural” innato de cada mujer y parte de su “esencia”.

De manera compatible con la transición gradual en las posturas frente al aborto planteada en el acápite 5.3.1., algunas de las mujeres entrevistadas pudieron articular este desafío de una manera clara y directa, cuestionando el control tradicional de la sociedad y las parejas masculinas sobre el cuerpo femenino y sus decisiones reproductivas:

“Yo creo que eso no tiene que pasar nadie por eso, de tener que hacérselo solo [el aborto]... Es tu cuerpo, es tu decisión, al final es tu responsabilidad - y si tú no estás preparado económica, emocionalmente, de la forma en la que tu consideres que no estás preparado, tiene que haber una respuesta de la sociedad. A mí nadie me puede venir a decir cuándo y cómo debo tener mis hijos – si es que los quiero tener.” [Tamara, 32]

“Él [la pareja] sí lo quería tener [el bebé]. Yo no sé qué pretendía él, porque él económicamente tampoco estaba bien. A lo mejor era una forma de él, en buen dominicano, ‘amarrarme’, cosa que yo no iba a dejar que pasara, yo sabía muy bien lo que yo quería... yo no se lo planteé preguntándole, yo se lo planteé como una decisión ya que yo había tomado.” [Judith, 32]

Esta transgresión de valores fundamentales de la cultura patriarcal, que va mucho más allá de la interrupción voluntaria del embarazo, refuerza el carácter estigmatizante de esta práctica, lo que contribuye al manejo silencioso de este tema descrito en el apartado 5.2.5., así como a la presencia de un sentimiento de culpa indefinido, implícito en los mecanismos del estigma social (Miric, 2005), cuya fuente frecuentemente resulta difícil de precisar:

“Por más que yo le dé la vuelta, esa era la decisión a tomar. Yo me sentía culpable, más bien por haberme equivocado . No por haberlo hecho [el aborto], no por haber tomado la decisión, sino por haber tenido que pasar por esta situación, porque yo creo que yo misma la habré podido evitar si hubiese sido un poco más inteligente y madura.” [Tamara, 32]

En este contexto, varias de las mujeres que se practicaron un aborto previo a tener su primer/a hijo/a expresaron sentir cierta preocupación por su posibilidad de procrear luego de la interrupción voluntaria de un embarazo, saliendo a relucir la idea de infertilidad y/o problemas congénitos de hijos/as futuros como una posible expresión del castigo Divino frente a la transgresión de sus normas y leyes. No obstante, de manera compatible con lo observado por Paiewonsky (1995), esta preocupación – en ocasiones utilizada como un mecanismo de presión social para disuadir a la mujer de la interrupción del embarazo, tanto por los sectores religiosos como por las personas que proveen servicios de salud – no luce constituir un argumento suficiente para inducir un cambio en las decisiones tomadas al respecto, implicando más bien una carga emocional flotante para ella posterior al aborto hasta el momento de poder procrear.

Partiendo de lo anterior, el análisis de actitudes hacia la interrupción voluntaria del embarazo desde un enfoque ético-moral pudiera aportar información valiosa sobre los valores subyacentes a la legislación que regula este tema en el país y definen el aborto inducido como un tema tabú en la sociedad Dominicana. El silencio consecuente que rodea este tema en sus diferentes vertientes tiene implicaciones importantes para su manejo desde el ámbito de salud pública, dificultando no solamente la obtención de datos confiables que caractericen el aborto inducido en el país, sino también la entrega de servicios y la salud integral de mujeres dominicanas que optan por la interrupción voluntaria del embarazo en algún momento de su vida reproductiva.



VI. Conclusiones

6.1. Contexto socio-cultural y políticas públicas

- El debate sobre el tema de aborto en la República Dominicana ha estado centrado en aspectos ideológicos, religiosos y políticos, con muy limitados aportes de la evidencia local e internacional disponible sobre el mismo en el ámbito de salud pública. En consecuencia, este debate refleja la falsa dicotomía entre movimientos de “pro-vida” y “pro-aborto”, siendo importante destacar que sus denominaciones no reflejan de manera oportuna las posturas que éstos representan. Así, mientras el movimiento “pro-vida” defiende la prohibición absoluta de abortos electivos vinculada a mayor tasa de abortos inseguros y mayor tasa de mortalidad materna el movimiento “pro-aborto” no promueve la realización de abortos, planteando, por el contrario, intervenciones de salud pública que faciliten el acceso de aquellas mujeres que optan por una interrupción del embarazo a servicios de salud seguros, que garanticen no solamente su supervivencia sino también la prevención de futuros embarazos no deseados y, por ende, la reducción de las tasas de aborto inducido.
- La evidencia disponible, tanto en la República Dominicana como internacionalmente, sugiere que la prohibición absoluta de la interrupción voluntaria del embarazo no incide en una reducción de sus tasas, dificultando, por el contrario, el acceso de la mujer a servicios de salud que pudieran responder oportunamente a sus necesidades, lo cual incrementa la probabilidad de abortos realizados en situaciones de riesgo con el consecuente impacto negativo en las tasas de morbi-mortalidad materna, representando, a la vez, una oportunidad perdida para las intervenciones de planificación familiar que prevengan la ocurrencia de futuros embarazos no planificados.

- La interrupción voluntaria del embarazo, más allá de constituir una violación del marco legal vigente en la República Dominicana, que la prohíbe en todas sus causales, implica una transgresión de valores que fundamentan a la sociedad patriarcal y el desafío a la percepción tradicional de la maternidad como el núcleo del proyecto de vida de la mujer, reforzando esta transgresión el estigma social vinculado a esta práctica y el secretismo que rodea a este tema en sus diferentes vertientes. Esta situación dificulta el registro y la caracterización efectiva del aborto inducido en el país, como insumo fundamental para el diseño de iniciativas basadas en evidencia, dirigidas a la reducción de su impacto negativo en la salud integral de la mujer y las familias dominicanas.
- Los cambios socio-culturales que han caracterizado las últimas décadas en la República Dominicana han desencadenado, entre otros aspectos, transformaciones importantes en los roles de género tradicionales, lo que contribuye a una mayor apertura hacia el enfoque de derechos humanos, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos. Estos cambios se podrían reflejar en el discurso de personas entrevistadas para esta investigación sobre la interrupción voluntaria del embarazo, en el cual, si bien prevalecen valores y posturas propias de la sociedad patriarcal, que condenan toda tendencia que implique la desvinculación de la mujer de la maternidad como el núcleo central de su proyecto de vida, salen a relucir afirmaciones que sugieren un mayor empoderamiento de mujeres jóvenes, particularmente aquellas de más alto nivel educativo, frente a su salud sexual y reproductiva, quienes asumen claramente su derecho a optar por la interrupción voluntaria del embarazo cuando éste no se corresponde con su proyecto de vida personal o profesional.
- El creciente debate sobre el aborto en la República Dominicana en la última década, si bien está encaminado hacia la revisión de la legislación vigente para asegurar un mayor acceso de la mujer dominicana a servicios de aborto seguro, particularmente en el caso de gestaciones que presentan riesgos para la vida de la madre, malformaciones congénitas del feto incompatibles con la vida o son producto de situaciones de abuso sexual, ha puesto la atención pública en este tema. Esta atención, de acuerdo a algunas de las mujeres entrevistadas podría hacer más difícil que antes un acceso “discreto” a misoprostol o servicios que las asistan en la inducción del aborto.
- Aun así, la creciente presencia del tema de aborto en la opinión pública pone de manifiesto el impacto de esta realidad, que previamente pasaba más desapercibida, en la salud integral de mujeres y familias dominicanas, constituyendo éste un paso fundamental e impostergable para el proceso de revisión de la legislación actualmente vigente y la protección de futuras generaciones de mujeres dominicanas de las consecuencias de abortos realizados en condiciones de riesgo.

6.2. Servicios de salud

- El marco legal actualmente vigente en la República Dominicana más que regular, fiscaliza servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos a responder a las posibles necesidades de mujeres que se enfrentan a un embarazo no planificado y/o no deseado, incidiendo esta situación también en la poca o ninguna preparación formal de personas que proveen servicios de salud para el manejo de abortos inducidos en el ámbito de su ejercicio profesional. Frente a esta realidad, cada proveedor/a tiende a identificar una postura profesional compatible con sus valores personales, y proceder de manera congruente con ésta, usualmente sin contar con protocolos de atención al aborto inducido establecidos con base en evidencia. Este proceder pudiera variar entre su ejercicio en establecimientos públicos de salud y su práctica privada, en la cual pudieran sentirse más autónomos y, en ocasiones, más abiertos a las necesidades de usuarias de servicios en el proceso de interrupción voluntaria del embarazo, aun cuando esto no constituye una regla.
- Datos cualitativos reunidos en el presente estudio sugieren amplias limitaciones del sistema de salud dominicano en la respuesta a las necesidades de salud sexual y reproductiva de la mujer, tanto en los servicios de planificación familiar que apoyen la prevención de embarazos no planificados, como en servicios de consejería y atención a mujeres que optan por interrumpir una gestación, quienes se enfrentan a esta realidad contando con recursos propios y el círculo de apoyo inmediato, exponiéndose así no solo a abortos inducidos en situaciones de riesgo, sino también a una mayor probabilidad de embarazos no planificados subsecuentes.
- Los hallazgos de esta investigación afirman experiencias de maltrato en el contexto de servicios de salud reportadas por mujeres que entraron en contacto con estos salud en el proceso de resolución del aborto, en muchos casos derivadas de las mejores intenciones del personal de salud poco preparado para el manejo oportuno del aborto inducido en este contexto y, en otros, posiblemente como producto de sus actitudes negativas hacia el aborto inducido y la consecuente valoración moral negativa de personas que incurren en esta práctica. Estas experiencias reducen más aún las probabilidades de acceso de mujeres a servicios seguros post-aborto, siendo los establecimientos de salud percibidos más que como un espacio de respuesta oportuna a sus necesidades, como el último recurso disponible, una vez agotadas todas las otras opciones.
- De manera general, las personas que proveen servicios de salud están abiertas a la interrupción electiva del embarazo en el caso de presentar un riesgo para la vida de la mujer y, en menor medida, en el caso de malformaciones congénitas incompatibles con la vida. La interrupción del embarazo ocasionado por una violación sexual encontró mucha más resistencia entre las personas entrevistadas, mientras que, con pocas excepciones, la legalización del aborto a libre demanda de la mujer tiende a ser visto como una medida

contraindicada para la salud de la mujer y conducente a un incremento en la tasa actual de abortos inducidos. Pese a que esta percepción no coincide con datos empíricos actualmente disponibles, es importante tomarla en cuenta en los esfuerzos dirigidos a la modificación de la legislación vigente, siendo esta postura ampliamente difundida entre las personas que proveen servicios de salud, posiblemente debido al limitado acceso a datos científicos actualizados sobre el tema.

- De contar con información oportuna y el acceso confiable a misoprostol, las mujeres que deciden interrumpir una gestación no planificada prefieren utilizar este método, percibido como el menos invasivo y más confidencial, reportando las mujeres que optaron por una intervención médica en este proceso – ya sea en un establecimiento de salud o en una clínica clandestina - vivencias más negativas y, en muchos casos, de alto riesgo para la salud y la vida de la mujer. Pese al amplio acceso a misoprostol en el mercado dominicano en las últimas décadas, algunos/as participantes en este estudio reportaron experiencias de adulteración del medicamento y/o manipulaciones de su precio en el mercado clandestino, lo cual pudiera ser una señal de alarma como obstáculo en el acceso de la mujer dominicana a métodos de aborto más seguros disponibles en el contexto del marco legislativo altamente restrictivo, actualmente vigente.
- El acceso oportuno a servicios de consejería temprana para las mujeres que enfrentan embarazos no planificados, que aborde, con bases en evidencia, las diferentes alternativas disponibles para la mujer – incluyendo las opciones de aborto seguro, de optar por la interrupción del embarazo – pudiera tener un impacto positivo, no solamente para el desenlace del embarazo específico por la cual se procuran estos servicios, sino también para la prevención de futuros embarazos no deseados – y por ende otros abortos inducidos durante el resto de la edad reproductiva de la mujer.
- La falta de seguimiento actual al proceso post-aborto de mujeres que optan por la interrupción voluntaria de un embarazo representa otra oportunidad perdida para los servicios de planificación familiar, cuya entrega oportuna en la fase de recuperación post-aborto pudiera incidir en la reducción de embarazos no planificados en el futuro inmediato de estas mujeres, reduciendo, por ende, la tasa de abortos inducidos en los años subsecuentes.

6.3. Pareja, familia y comunidad

- Pese a un mayor acceso a información fáctica y la disponibilidad de métodos de planificación familiar en el país en las últimas décadas, ésta tiende a enfocarse en las formas indicadas de uso de métodos anticonceptivos y las vías de acceso a éstos y no integra,

de manera vivencial y práctica, los roles de género y los derechos sexuales aplicados a las relaciones de pareja. Este manejo de información sobre prevención de embarazos luce tener un impacto limitado en el empoderamiento de la mujer frente a su propia sexualidad y, por ende, su capacidad de planificar oportunamente y prevenir los embarazos no deseados de manera acorde a su proyecto de vida, aun contando con los recursos necesarios para estos fines.

- Los intercambios de niñas y adolescentes sobre temas de sexualidad y la información provista con respecto a la planificación familiar en la familia de origen tienden a ser muy limitados, particularmente en la relación con las madres, quien, al no haber sido expuestas a recursos para vivir plenamente su propia sexualidad, pocas veces cuentan con herramientas para abordar temas vinculados a ésta de manera positiva y proactiva con sus hijas, pese a sus mejores intenciones al respecto.
- Pese a las limitaciones en la respuesta del Estado frente a las necesidades anticonceptivas de la mujer, la información fragmentada que obtiene con respecto a su salud sexual y reproductiva tanto en el seno familiar como en el sistema educativo, y la delegación implícita de la prevención de embarazos no deseados en la pareja masculina, la responsabilidad de embarazos no planificados tiende a ser asignada fundamentalmente a la mujer, y asumida por ella junto con la carga de culpabilidad asociada al tabú de aborto inducido en el caso de optar por la interrupción voluntaria de este embarazo.
- Si bien la mujer mantiene cierto control sobre el grado de involucramiento de su compañero en la toma de decisión sobre la interrupción del embarazo, particularmente en las relaciones en las cuales no existe un compromiso afectivo muy importante, este control impone una carga más significativa y, en ocasiones, exclusiva de ella en el proceso de interrupción del embarazo y, de tenerlas, en las consecuencias de este proceso a mediano y largo plazo.
- El manejo de interrupción voluntaria del embarazo como tabú en el contexto comunitario, interfiere con la respuesta oportuna a esta realidad, limitando de manera significativa las fuentes de información oportuna sobre las alternativas menos riesgosas de inducción del aborto para las mujeres que deciden interrumpir una gestación. En este contexto, las mujeres dependen de sus círculos de apoyo más cercanos, usualmente amistades femeninas, confiando en su experiencia previa en la elección del método de inducción del aborto y el acceso a servicios requeridos para su resolución. A la vez, el secretismo vinculado a este manejo del aborto inducido, implica una carga adicional para las mujeres que optan por la interrupción de un embarazo, con la presión subsecuente de atravesar y mantener en secreto experiencias intensas, relevantes tanto para su salud física como emocional.
- La decisión de una mujer por terminar un embarazo no planificado pudiera verse como más justificada y moralmente aceptable en presencia de condiciones externas adversas -

incluyendo situaciones de no tener una pareja, carecer de recursos para encargarse de la manutención de un/a hijo/a o no contar con el apoyo de su pareja –, mientras que en los casos de la motivación principal basada en su estilo o proyecto de vida el juicio moral de esta decisión tiende a tener un balance más desfavorable desde la perspectiva de otras personas y, en muchos casos, desde la perspectiva de la mujer misma.

6.4. Aspectos individuales

- El grado de empoderamiento de la mujer frente a sus derechos sexuales y reproductivos, incluyendo su percepción del derecho a interrumpir un embarazo no planificado cuando éste no resulta compatible con su proyecto de vida personal y profesional, luce depender en gran parte por el nivel educativo y la exposición oportuna a la información sobre estos derechos en el transcurso de su formación previa a la ocurrencia del embarazo. Aun así, el acceso a esta información no garantiza el pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, de la misma manera en la cual el conocimiento fáctico sobre la planificación familiar no garantiza la utilización de métodos anticonceptivos en el contexto de una relación en particular, dependiendo ambos aspectos de una multiplicidad de variables, incluyendo los roles de género adquiridos en la familia de origen y las experiencias de vida acumuladas por la mujer en relación con éstos.
- Una vez tomada la decisión de interrumpir una gestación, ésta no es percibida por la mujer como una elección entre múltiples alternativas disponibles, sino más bien como la única alternativa factible, dado el conglomerado de circunstancias personales, familiares y sociales en cuyo contexto ocurre el embarazo no planificado. De manera compatible con los hallazgos de estudios previos realizados en el país, argumentos legales, religiosos y éticos que podrían censurar la práctica del aborto inducido, si bien compartidos por una gran parte de la población, no figuran entre los factores claves tomados en cuenta por las mujeres que se enfrentan a un embarazo no planificado en el proceso de toma de decisión.
- La mujer que opta por una interrupción voluntaria del embarazo no solamente desafía un marco legal altamente restrictivo de esta práctica sino que, es percibida y, en ocasiones, se percibe a sí misma, como transgresora de normas sociales que fundamentan a la cultura patriarcal y, al priorizar el proyecto de vida propio frente al papel socialmente asignado de la procreación y el valor de la maternidad pasa a ser portadora del estigma social asignado a este tipo de transgresores.
- Si bien las mujeres que pasan por la experiencia de interrupción voluntaria de un embarazo no planificado pueden requerir de apoyo emocional para facilitar los procesos de

transición a nivel de su proyecto de vida personal y de pareja que esta interrupción pudiera implicar, los datos que aporta esta investigación no corroboran el estereotipo social, frecuentemente reproducido en el discurso popular y en ocasiones por los/as tomadores de decisiones en temas de salud, que presenta el aborto inducido como un trauma psicológico que marca de manera permanente el bienestar emocional de la mujer. En este sentido, luce ser que la fecundación no solamente no implica un apego inevitable con el embrión en formación – como asume dicho estereotipo –, sino que este apego tiende a ser evitado de manera intencional por la mujer frente a un embarazo no planificado y/o no deseado, como un mecanismo de auto-protección frente al proceso de duelo que pudiera implicar la pérdida de un hijo/a.

- La carga emocional señalada por las mujeres entrevistadas en relación con la experiencia de interrupción de un embarazo no planificado, tiende a vincularse al sentimiento de culpa por no haber sido más eficientes en su prevención, así como a experiencias negativas y el maltrato experimentado por algunas de ellas en el espacio de servicios de salud a los que tuvieron que recurrir para completar este proceso. En gran parte, esta carga se ve reforzada por la clandestinidad en la cual se vive este proceso debido a su ilegalidad, y las condiciones de inducción de abortos en espacios no seguros, implicando en algunos casos riesgos para la salud y la vida de la mujer.



VII. Recomendaciones

7.1. Contexto socio-cultural y políticas públicas

- Reforzar la producción de datos empíricos actualizados y confiables que faciliten la caracterización epidemiológica de la situación de aborto inducido en la República Dominicana, sirviendo de fundamento para la toma de decisiones informadas y el diseño de políticas públicas basadas en evidencia, enfocadas en la mitigación del impacto de esta realidad en la salud integral de mujeres dominicanas y sus familias.
- Fundamentar los debates públicos y las iniciativas dirigidas a la revisión del marco legislativo vigente a partir de la evidencia generada por los indicadores de salud pública, priorizando la desconstrucción progresiva de la dicotomía equívoca de denominaciones actuales de movimientos “pro-vida” y “pro-aborto” a la luz del impacto potencial de sus propuestas en dichos indicadores.
- Fomentar intervenciones basadas en evidencia empírica disponible, que indica entre las estrategias más efectivas para la reducción tanto de las tasas de aborto inducido como de las tasas de mortalidad materna, el trípole de educación sexual temprana y basada en evidencia, acceso a métodos anticonceptivos y de planificación familiar ajustados a las necesidades individuales de cada mujer, y la disponibilidad de servicios de salud seguros para las mujeres que optan por interrumpir un embarazo no planificado.
- Reforzar iniciativas de educación sexual basada en evidencia desde la etapa de pre-adolescencia, arraigadas en el ámbito educativo y el de salud, con énfasis en temas vinculados a roles de género y el empoderamiento de niñas y adolescentes frente a sus de-

rechos sexuales y reproductivos, apoyando los proyectos de vida que integren roles no tradicionales en su formación personal y profesional.

- Ampliar iniciativas de promoción de derechos sexuales y reproductivos en la República Dominicana, promoviendo el debate público de la evidencia disponible sobre los diferentes aspectos y experiencias vinculadas a la interrupción voluntaria del embarazo, con el fin de visibilizar las diferentes facetas de esta realidad que afecta de manera importante la salud integral de mujeres y familias dominicanas, aportando así a la desconstrucción progresiva del estigma social asociado a la misma.
- Promover una transformación progresiva del marco legislativo actual en torno al tema de aborto hacia una legislación menos restrictiva, que permita la protocolización y la implementación de intervenciones basadas en evidencia que promuevan la salud sexual y reproductiva de la mujer dominicana, facilitándole el acceso a la información, los métodos anticonceptivos y el empoderamiento personal requerido para planificar sus embarazos de manera acorde a su proyecto de vida personal y profesional, así como para ofrecerle alternativas factibles y seguras en situaciones de embarazos no planificados y/o no deseados.

7.2. Servicios de salud

- Fomentar el diseño e implementación de normas, protocolos y guías clínicas para el manejo oportuno del aborto – incluyendo el aborto inducido, desde un enfoque basado en evidencia.
- Desarrollar y promover programas de formación dirigidos al personal de salud desde los diferentes ámbitos de la academia – atravesando los niveles de pre-grado y grado, y culminando con iniciativas de formación continua - que permitan capacitar a este personal no sólo en el manejo oportuno de los aspectos clínicos de atención al aborto, sino también en temas vinculados a perspectivas contemporáneas de derechos humanos y los indicadores de salud pública relevantes para este tema.
- Ampliar y reforzar iniciativas de divulgación de información actualizada sobre el tema de aborto inducido y la evidencia disponible sobre su impacto en los diferentes indicadores de salud entre personas que proveen servicios de salud en la República Dominicana, contribuyendo al debate científico de esta información con el fin de promover y fortalecer el compromiso personal y profesional de proveedores de servicios de salud con la protocolización de servicios que respondan oportunamente a la realidad de interrupción

voluntaria del embarazo en el país y el proceso de reforma del marco legal requerido para estos fines.

- Reforzar y ampliar programas de planificación familiar actualmente existentes, asegurando no solamente la disponibilidad permanente de métodos anticonceptivos en los establecimientos de salud, sino también el cumplimiento de las normas vigentes para estos programas, incluyendo el proceso de consejería que asegure la factibilidad del método administrado en función de las necesidades específicas de cada mujer y su estilo de vida.
- Ofrecer y promover servicios de consejería y otras vías de acceso a información oportuna sobre métodos seguros para interrupción voluntaria del embarazo no deseado, como una medida a corto y mediano plazo dirigida a reducir el número de abortos realizados en situación de riesgo, hasta que pueda concretizarse el proceso de reforma legal que permita la institucionalización y provisión de servicios más formales para estos fines.
- Diseñar e implementar estrategias que garanticen el seguimiento al proceso post-aborto de mujeres que optaron por la interrupción voluntaria de un embarazo, representando ese espacio, entre otras, una oportunidad importante para los servicios de planificación familiar dirigidos a reducir la incidencia de embarazos no planificados en un futuro.
- Promover la aprobación formal del uso obstétrico de misoprostol en el país, asegurando su disponibilidad, calidad y estabilidad del precio en farmacias privadas y públicas en todo el territorio nacional.

7.3. Pareja, familia y comunidad

- Fomentar iniciativas de educación integral en sexualidad que integren, de manera vivencial y práctica, temas vinculados a roles de género, proyecto de vida y derechos sexuales y reproductivos de la mujer, de manera que facilite el empoderamiento de la mujer frente a su propia sexualidad y promueva su capacidad de planificar oportunamente y prevenir los embarazos no deseados en el contexto de una relación de pareja de manera acorde a su proyecto de vida.
- Capacitar líderes comunitarias que puedan apoyar y acompañar, en el papel de consejeras parejas, a mujeres de su comunidad, tanto en la prevención de embarazos no deseados, como en el acceso a información y métodos de aborto seguro, incluyendo los signos de alarma en el proceso de aborto inducido que requieran de una intervención médica inmediata y los establecimientos de salud que ofrecen este tipo de intervenciones con un enfoque amigable y acorde a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

- Promover el involucramiento masculino tanto en los servicios de planificación familiar tradicionalmente enfocados en la mujer, como en la toma de decisiones vinculadas a la salud sexual y reproductiva de la pareja, incluyendo las decisiones en torno al manejo de embarazos no planificados, en la medida en la que la mujer considere este tipo de involucramiento como factible y positivo en su relación de pareja en particular.
- Promover la información y el debate sobre los derechos sexuales y reproductivos en el contexto comunitario, abordando los embarazos no deseados y los abortos inducidos como temas de salud enfocados desde la perspectiva de derechos humanos, con el fin de incidir en la desconstrucción progresiva del estigma asociado a esta realidad y fomentar espacios de apoyo mutuo entre mujeres que optaron por interrupción voluntaria de un embarazo en algún momento de su vida.

7.4. Aspectos individuales

- Desarrollar intervenciones que fomenten y refuercen el proyecto de vida de niñas y mujeres jóvenes y su empoderamiento frente a la salud sexual y reproductiva, tanto desde el ámbito comunitario como desde el sistema educativo, como estrategias relevantes, tanto para la prevención de embarazos no deseados, como para la reducción de tasas de abortos inducidos en condiciones de riesgo en el país.
- Promover la permanencia de niñas y adolescentes en el sistema educativo formal, incentivando su acceso a educación superior como un determinante potencial de su empoderamiento frente a los derechos sexuales y reproductivos.
- Ofrecer servicios de consejería y apoyo emocional para las mujeres que optan por una interrupción voluntaria del embarazo, enfocados en la revisión del proyecto de vida y de relación de pareja desencadenada por este proceso, así como en las opciones disponibles para la prevención de embarazos no planificados en su futuro.

VIII. Reflexiones finales

Frente a las limitaciones de servicios de planificación familiar y de la respuesta del Estado a las necesidades de salud sexual y reproductiva de la mujer dominicana y la información fragmentada en torno a este tema provista tanto en el seno familiar como en el sistema educativo, permeada en ambos espacios por los remanentes de valores morales y religiosos propios de la sociedad patriarcal que interfieren con el pleno empoderamiento de la mujer frente a su propia sexualidad, la incidencia de embarazos no planificados constituye un resultado que pudiera considerarse predecible.

No obstante, tanto la responsabilidad del embarazo en sí, como la búsqueda de soluciones adaptadas a las circunstancias personales, familiares y sociales en las cuales acontece el mismo, tienden a recaer sobre la mujer, inmersa en el contexto de un marco legal que penaliza la interrupción voluntaria del embarazo en todas sus vertientes – sin ofrecer alternativas factibles para mitigar el impacto de éste en la calidad de vida de la mujer una vez llevado a término -, y un sistema de salud que no ofrece respuesta alguna a sus necesidades potenciales frente a esta situación. Enfrentada a esta realidad, la mujer que opta por interrumpir un embarazo como la única alternativa viable en sus circunstancias específicas, cuenta con recursos propios y, en ocasiones, el círculo de apoyo más cercano, exponiéndose no sólo a abortos inducidos en situaciones de riesgo, sino también a una mayor probabilidad de embarazos no deseados subsecuentes.

Tanto los hallazgos del presente estudio, como la evidencia previamente disponible, sugieren que una vez tomada la decisión de interrumpir un embarazo los argumentos legales, religiosos y éticos que podrían censurar esta práctica, -aun siendo compartidos por la mujer- no tienden a influir en su decisión. Por ende, la legislación restrictiva no solamente no tiende a reducir la incidencia de abortos inducidos, sino que contribuye a la invisibilidad de esta práctica lo que interfiere con su caracterización y el diseño de estrategias basadas en evidencia para su reducción y mitigación de impacto, a la vez que expone a la mujer domi-

nicana a riesgos de salud propios de abortos inducidos en situaciones de clandestinidad, pudiendo incrementar, entre otros indicadores de salud, las tasas de mortalidad materna en el país.

En consecuencia, resulta importante redefinir el debate sobre el tema de aborto en la República Dominicana desde un enfoque basado en evidencia, más allá de argumentos ideológicos, religiosos y políticos que lo han caracterizado hasta la fecha, trascendiendo la falsa dicotomía entre los movimientos de “pro-vida” y “pro-aborto”, a favor de intervenciones de salud pública que permitan reducir de manera efectiva las tasas de abortos inducidos, eliminando los abortos realizados en situaciones de riesgo como una causa de muertes maternas en el país.

Estas intervenciones, han de descansar sobre el trípode de educación integral en sexualidad, oportuna y adaptada a las diferentes etapas de desarrollo de niños, niñas y adolescentes, los servicios de planificación familiar con la cobertura y calidad suficiente para satisfacer la demanda real de parejas dominicanas y prevenir la incidencia de embarazos no planificados, así como los servicios de aborto seguro acompañados de consejería integral en salud sexual y reproductiva para aquellas mujeres y parejas que opten por interrumpir un embarazo no planificado, cuando esto ocurra.

De igual forma, debe tomarse en cuenta que el marco legal actualmente vigente en la República Dominicana, que no luce estar acorde con la evidencia acumulada en el ámbito salud pública sobre el tema en cuestión, no favorece muchas de las intervenciones que han mostrado ser efectivas en la reducción de las tasas de aborto inducido en contextos socio-culturales similares. En este sentido, resulta importante promover el acceso de la mujer a la información oportuna y servicios de consejería con respecto a alternativas de interrupción de embarazo de menor riesgo, que están disponibles en el país, contribuyendo a mitigar el impacto negativo de esta legislación restrictiva durante el proceso impostergable de su reforma progresiva, con base en evidencia.

Ahora bien, aunque el presente estudio aporta una caracterización general de la situación de aborto inducido en la República Dominicana, fundamentada en la revisión de la evidencia publicada sobre este tema local e internacionalmente, así como en datos cualitativos procedentes de entrevistas a profundidad llevadas a cabo con una muestra dirigida, compuesta por personas que proveen servicios de salud y mujeres que han pasado por la experiencia de interrupción voluntaria del embarazo en la República Dominicana, las posibles aplicaciones de sus hallazgos han de tomar en cuenta las fortalezas y limitaciones inherentes a este tipo de diseños metodológicos. Ante todo, este enfoque metodológico pretende generar hipótesis que sirvan de base para desarrollar iniciativas de investigación más amplias, es decir, basadas en diseños metodológicos de carácter observacional y/o cuasi-experimental, que aporten datos reunidos en muestras representativas a nivel poblacional, construyendo indicadores epidemiológicos que faciliten la caracterización cuantitativa del aborto inducido

en el país, sin dejar a un lado el abordaje cualitativo que pueda contextualizar la interpretación de dichos indicadores.

En este contexto, la presente iniciativa cumple con el cometido de exponer las diferentes dimensiones de la realidad de interrupción voluntaria del embarazo en la República Dominicana y los determinantes socio-culturales que la definen, a partir del discurso de personas que han tenido la oportunidad de vivir esta experiencia de manera personal o han intervenido en ella desde su ejercicio profesional, sirviendo de insumo inicial para el debate de estos temas desde una perspectiva científica y basada en evidencia, que permita el desarrollo de estudios futuros que promuevan de manera más detenida la reflexión y el análisis crítico de cada una de estas dimensiones.



IX. Referencias

1. Bankole, A., Singh, S., & Haas, T. (1998). Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries. *International Family Planning Perspectives*, 117–152.
2. Bankole, A., Singh, S., & Haas, T. (1999). Characteristics of women who obtain induced abortion: a worldwide review. *International Family Planning Perspectives*, 68–77.
3. Benagiano, G., & Pera, A. (2000). Decreasing the need for abortion: challenges and constraints. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 70(1), 35–48. [http://doi.org/10.1016/S0020-7292\(00\)00228-9](http://doi.org/10.1016/S0020-7292(00)00228-9)
4. Berer, M. (2004). National laws and unsafe abortion: the parameters of change. *Reproductive Health Matters*, 12(24), 1–8.
5. Briozzo, L. (2002). Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo: Aspectos clínicos, epidemiológicos, médico-legales, bioéticos y jurídicos. Retrieved from <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/298>
6. Briozzo, L. (2003). Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis-estrategias para su reducción. *Revista Médica Del Uruguay*, 19(3), 188–200.
7. Briozzo, L. (2013). La despenalización del aborto como estrategia hacia una práctica segura, accesible e infrecuente. *Revista Médica Del Uruguay*, 29(2), 114–117.
8. Briozzo, L., Labandera, A., Gorgoroso, M., & Pons, J. E. (2007). «Iniciativas Sanitarias»: una nueva estrategia en el abordaje del aborto de riesgo. *Iniciativas Sanitarias Contra El Aborto Provocado En Condiciones de Riesgo*. Montevideo: Arena. Retrieved from http://www.iniciativas.org.uy/wp-content/uploads/2010/07/IS_Cap_11.pdf

9. Briozzo, L., Vidiella, G., Vidarte, B., Ferreiro, G., Pons, J. E., & Cuadro, J. C. (2002). El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay.: Situación actual e iniciativas médicas de protección materna. *Revista Médica Del Uruguay*, 18(1), 4–13.
10. Cabezas-García, E., Langer-Glass, A., Alvarez-Vázquez, L., & Bustamante, P. (1998). Perfil sociodemográfico del aborto inducido. *Salud Pública de México*, 40(30). Retrieved from <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n3/Y0400307.pdf>
11. Campbell, O. M., & Graham, W. J. (2006). Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *The Lancet*, 368(9543), 1284–1299.
12. Cleland, J., Foster, G., Holley, C., Thompson, S., Millington, K., & Kanguru, L. (2014). *Family Planning Topic Guide*. Heart: Health & Education Advice & Resource Team.
13. Faundes, A. (2011). Misoprostol: life-saving. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 16(2), 57–60.
14. Fernandez, M. M., Coeytaux, F., de León, R. G. P., & Harrison, D. L. (2009). Assessing the global availability of misoprostol. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 105(2), 180–186.
15. García Romero, B. (2002). Los servicios de Post-aborto para las adolescentes de la República Dominicana. Santo Domingo, República Dominicana: Engender Health / Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). Retrieved from http://www.cesdem.com/html/los_servicios_de_post_aborto_para_las_adolescentes_de_la_rep_dom.pdf
16. Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. 1967. London: Weidenfield & Nicolson.
17. Guillaume, A., & Lerner, S. (2009). El aborto en América Latina y el Caribe. Retrieved from <http://www.documentation.ird.fr/hor/PAR00007136>
18. Guttmacher Institute. (2012). *Facts on Abortion in Latin America and the Caribbean*. Retrieved from https://www.guttmacher.org/pubs/IB_AWW-Latin-America.pdf
19. Guzmán, J. M., Contreras, J. M., & Hakkert, R. (2001). La situación actual del embarazo y el aborto en la adolescencia en América Latina y el Caribe. *Burak SD Adolescencia Y Juventud En América Latina Costa Rica: LUR*, 391–424.
20. Haddad, L. B., & Nour, N. M. (2009). Unsafe Abortion: Unnecessary Maternal Mortality. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, 2(2), 122–126.
21. Harper, C. C., Blanchard, K., Grossman, D., Henderson, J. T., & Darney, P. D. (2007). Reducing maternal mortality due to elective abortion: Potential impact of misopros-

- tol in low-resource settings. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 98(1), 66–69.
22. Henshaw, S. K., Singh, S., & Haas, T. (1999). The incidence of abortion worldwide. *International Family Planning Perspectives*, S30–S38.
 23. Hill, E. M., & Low, B. S. (1992). Contemporary abortion patterns: a life history approach. *Ethology and Sociobiology*, 13(1), 35–48.
 24. Huet, P., Orne-Gliemann, J., Miric, M., Ngo Essounga, A., Gadgil, M., Topuridze, M., Desgrées du Loû, A. (2012). Prenatal HIV counselling as an opportunity to reach men?: conjugal relationships and gender norms in the context of the prenahtest ANRS 12127 trial. Retrieved from <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010058123>
 25. Khan, K. S., Wojdyla, D., Say, L., Gülmezoglu, A. M., & Van Look, P. F. (2006). WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *The Lancet*, 367(9516), 1066–1074.
 26. Koch, E., Bravo, M., Gatica, S., Stecher, J. F., Aracena, P., Valenzuela, S., & Ahlers, I. (2012). Sobrestimación del aborto inducido en Colombia y otros países latinoamericanos. *Ginecol Obstet Mex*, 80(5), 360–72.
 27. Langer-Glas, A. (2003). Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México. *Gac Med Mex*, 139(Supl 1), 3–8.
 28. McCARRAHER, D. R., Chen-Mok, M., Oronoz, A. S., Brito-Anderson, S., Grey, T., Tucker, H., & Bailey, P. E. (2010). Meeting the needs of adolescent post-abortion care patients in the Dominican Republic. *Journal of Biosocial Science*, 42(04), 493–509.
 29. Miller, S., Lehman, T., Campbell, M., Hemmerling, A., Brito Anderson, S., Rodriguez, H., ... Calderon, V. (2005). Misoprostol and declining abortion-related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: a temporal association. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112(9), 1291–1296.
 30. Miric, M. (2006). Análisis situacional del uso de planificación familiar en programas posparto, postaborto y de la reducción de la transmisión vertical del VIH/SIDA en la República Dominicana. CESDEM / Population Council.
 31. Miric, M., Pérez-Then, E., & Martinez, M. (2008). Impacto de la consejería prenatal de VIH centrada en parejas en la salud pública en países con baja y mediana prevalencia del VIH: Informe cualitativo de la fase de factibilidad.
 32. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud (Segunda edición). Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf

33. Organization Mundial de la Salud. (2011). Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44529>
34. Paiewonsky, D. (1995). Determinantes sociales y consecuencias del aborto inducido en la República Dominicana. Santo Domingo, República Dominicana: Instituto de Estudios de Poblacion y Desarrollo, Asociacion Dominicana Pro-Bienestar de la Familia, Inc.
35. Paiewonsky, D. (1999). Social determinants of induced abortion in the Dominican Republic. Retrieved from <http://www.popline.org/node/527774>
36. Pérez-Then, E., Gómez, A., Espinal, R., Báez, J., Cruz Bournigal, E., Pérez-Ferran, C., Abreu, R., Guerrero, S., López, E. & Guerrero, F. (2008). Calidad de Atención a la Embarazada y al Niño Sano en Centros de Primer Nivel de Atención de las Regiones de Salud III, IV, V, VI de la República Dominicana. *Boletín CENISMI*;18(3):25-32
37. Pope, C., & Mays, N. (2013). *Qualitative Research in Health Care* (3 edition). BMJ Books.
38. Profamilia República Dominicana, & Iniciativa por los Derechos Sexuales. (2013). Informe sobre República Dominicana para la 18ª Ronda del Examen Periódico Universal del Consejo de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas.
39. Quiterio, G., Molina, M., Miric, M., Vernon, R., & Rivero-Fuentes, M. E. (2008). Situation Analysis of the Integration of Family Planning Services in Postpartum, Postabortion and Prevention of Mother to Child Transmission Programs in the Dominican Republic. Population Council: *Frontiers in Reproductive Health/USAID*. Retrieved from http://wordpress.sph.harvard.edu/mhtf/wp-content/uploads/sites/17/2013/05/dr_fp.pdf
40. Rivero-Fuentes, E., Miric, M., Vernon, R., Quiterioc, G., & Molinac, M. (2007). Calidad de la consejería durante la atención posaborto en República Dominicana. *Avances En La Atención Posaborto En América Latina Y El Caribe: Investigando, Aplicando Y Expandingo*, 75.
41. Rodríguez Almada, H., & Berro Rovira, G. (2006). Pautas para la práctica institucional del aborto por indicación médico-legal. *Revista Médica Del Uruguay*, 22(2), 157–161.
42. Ronsmans, C., Graham, W. J., group, L. M. S. S. steering, & others. (2006). Maternal mortality: who, when, where, and why. *The Lancet*, 368(9542), 1189–1200.
43. Rossi, M., & Triunfo, P. (2010). Opinión ciudadana sobre el aborto: Uruguay y América Latina. Documento de Trabajo, 15(10). Retrieved from <http://www.fcs.edu.uy/archivos/1510.pdf>

44. Rossi, M., & Triunfo, P. (2012). Aborto en Uruguay y América Latina: el posicionamiento de los ciudadanos. *Equidad & Desarrollo*, (18), 9–21.
45. Sedgh, G., Henshaw, S., Singh, S., VAAhman, E., & Shah, I. H. (2007). Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *The Lancet*, 370(9595), 1338–1345.
46. Sedgh, G., Singh, S., Henshaw, S. K., & Bankole, A. (2011). Legal abortion worldwide in 2008: levels and recent trends. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43(3), 188–198.
47. Sedgh, G., Singh, S., Shah, I. H., VAAhman, E., Henshaw, S. K., & Bankole, A. (2012). Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet*, 379(9816), 625–632.
48. Singh, S. (2006). Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *The Lancet*, 368(9550), 1887–1892.
49. Singh, S., Sedgh, G., & Hussain, R. (2010). Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. *Studies in Family Planning*, 41(4), 241–250.
50. Singh, S., & Wulf, D. (1994). Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos. *Perspectivas Internacionales En Planificación Familiar*, 3–13.
51. Sneeringer, R. K., Billings, D. L., Ganatra, B., & Baird, T. L. (2012). Roles of pharmacists in expanding access to safe and effective medical abortion in developing countries: A review of the literature. *Journal of Public Health Policy*, 33(2), 218–229.
52. Thurston, W. E., & Vissandjée, B. (2005). An ecological model for understanding culture as a determinant of women's health. *Critical Public Health*, 15(3), 229–242.



ANEXO I.

Guías de entrevistas cualitativas

Aborto inducido en la República Dominicana: abordaje cualitativo

- Guía de entrevistas con personas que proveen servicios de salud -

CP -					
Fecha:	Hora inicio:		Hora final:		
Lugar de la entrevista:					
Observaciones:					
P.1. Sexo:	P.2. Edad:	P.3. Profesión:			
P.4. Tiempo de graduado/a:					
P.5. Tiempo en la institución					
P.6. Función(es) que desempeña					
p.6.1.					
p.6.2.					
p.6.3.					

1. Antecedentes profesionales
 - a. Historia educativa / grado más alto alcanzado
 - i. Formación / capacitación recibida en servicios por pérdida de gestación
 - b. Áreas de ejercicio profesional (explorar participación en sector público vs. privado)
 - c. Tiempo y funciones desempeñadas en la institución
 - d. Experiencia / área de servicios provistos en atención por pérdida de gestación
 - i. En algún momento le han solicitado inducir un aborto? (explorar contexto, solicitante, reacción y la decisión tomada)
 - ii. A una mujer que decida inducirse un aborto y acuda a su consulta, ¿usted la orientaría sobre los métodos de menor riesgo para estos fines?
2. Manejo actual de servicios de atención por pérdida de gestación en el contexto institucional
 - a. Procedimientos vigentes para la atención obstétrica (ruta crítica, comunicación con usuarias, técnicas utilizadas, misoprostol, anestesia, tiempo de hospitalización, etc.)
 - b. Servicios adicionales ofrecidos (apoyo emocional, planificación familiar, etc.)
 - c. Leyes, normas y protocolos relevantes para servicios por pérdida de gestación
 - i. Familiaridad con leyes, normas y protocolos
 - ii. Posición personal frente a leyes, normas y protocolos
 - iii. Cumplimiento de leyes, normas y protocolos en el contexto institucional
 - iv. Posibles diferencias entre sector público vs. sector privado.
3. Percepción personal frente a la situación y el manejo de aborto inducido en su práctica profesional
 - a. Prevalencia de abortos inducidos vs. espontáneos
 - b. Métodos más frecuentes para la realización de abortos inducidos (explorar posibles cambios en las últimas décadas, uso de misoprostol, factores en elección del método, etc.)
 - c. Complicaciones más frecuentes de abortos inducidos (explorar posibles cambios en las últimas décadas)
 - d. Perfil de mujeres que acuden por secuelas de un aborto inducido (explorar grupo de edad, estado civil, paridad, nivel socio-económico y educativo, ámbito cultural, etc.)
 - e. Motivos más frecuentes para la realización de un aborto inducido
 - f. Secuelas del aborto inducido en la mujer (explorar salud física, emocional, relación de pareja, situación educativa y laboral, situación económica, etc.)

4. Posición frente al manejo de aborto inducido en el contexto de servicios de salud
 - a. En el caso de legalizarse el aborto inducido en el país, ¿estaría dispuesto/a a proveer este servicio?
 - i. ¿Bajo cuáles condiciones / circunstancias?
 - ii. ¿Sería este servicio compatible con sus valores personales y/o religiosos?
 - iii. ¿Cuál sería la reacción de sus colegas / familiares frente a esta situación?
 - b. Fortalezas y debilidades percibidas en procedimientos y servicios vigentes de atención a pérdida de gestación en la institución / país.
 - i. Posibles diferencias en entre sector público / privado.
 - ii. ¿Sugeriría algún cambio específico en el manejo actual? ¿De qué tipo?
 - c. ¿Qué impacto entiende que tendrían los cambios sugeridos en:
 - i. Número de abortos inducidos en el país
 - ii. Situación de salud y calidad de vida de mujeres dominicanas
 - iii. Indicadores actuales de salud materno-infantil en el país
 - d. ¿Cómo entiende que debe procederse para impulsar esos cambios desde el contexto actual, a corto, mediano y largo plazo?
 - i. Actores claves (explorar sector gubernamental, organizaciones de la sociedad civil, instituciones basadas en la fe, entre otros)
 - ii. Oportunidades y amenazas para el proceso
5. Comentarios / observaciones finales

Aborto inducido en la República Dominicana: abordaje cualitativo

- Guía de entrevistas con mujeres -

CP -					
Fecha:	Hora inicio:		Hora final:		
Lugar de la entrevista:					
Observaciones:					
P.1. Edad	P.2. Estado civil		P.3. Número de hijos/as		
P.4. Nivel académico más alto alcanzado:					
P.5. Ocupación					

1. Situación personal y familiar
 - a. Dónde / con quién vive
 - b. Historia educativa & ocupacional
 - c. Situación general de la familia
 - d. Relación de pareja
 - e. Hijos/as y embarazos previos
 - f. Historia y circunstancias de abortos hasta la fecha (espontáneos e inducidos)
2. Embarazo (referido al último aborto inducido)
 - a. Contexto en el cual ocurre
 - b. Reacción de la mujer
 - c. Reacción de la pareja
 - d. Reacción de otros familiares / figuras de autoridad
3. Circunstancias del último aborto inducido
 - a. Cómo llegó a la decisión de abortar / factores que pesaron más en la decisión.

- i. Argumentos a favor del aborto
 - ii. Argumentos en contra del aborto, posibles preocupaciones
 - iii. Nivel de determinación en el momento de tomar la decisión
 - iv. Posición de la pareja / otros familiares frente a la decisión
 - v. Cuya posición pesó más
- b. Selección del método abortivo
- i. Dónde obtuvo información sobre el método / servicios para abortar
 - ii. Dónde se informan otras mujeres en su comunidad
 - iii. Factores de toma de decisión en la elección del método (ventajas y desventajas)
 - iv. Qué otros métodos conoce o ha escuchado hablar (cómo lo hacen otras mujeres)
- c. Asistencia de personas que proveen servicios de salud en el proceso de aborto
- i. Contexto de la atención provista (lugar, tipo de proveedor, costo, etc.)
 - ii. Trato y percepción general de la calidad de servicio (higiene, manejo del dolor, etc.)
 - iii. Orientación sobre la planificación familiar en el contexto de atención post-aborto
- d. Atención post-aborto
- i. Recuperación y posibles complicaciones en salud física
 - ii. Reacción emocional inmediata
 - iii. Acceso a servicios de salud
 - iv. Acceso a apoyo emocional
 - v. Sexualidad y planificación familiar
- e. Experiencia post-aborto e impacto percibido a mediano y largo plazo.
- i. Salud física
 - ii. Salud emocional y afectiva
 - iii. Situación social (económica, educativa, laboral, etc.)
 - iv. Relación de pareja
 - v. Relación con otros/as familiares
 - vi. Percepción actual de la decisión tomada.

- f. Situación y apoyo emocional durante y después del aborto
 - i. Círculo de apoyo
 - ii. Personas que participaron en la toma de decisiones / proceso de aborto
 - iii. Apoyo emocional y logístico en la fase post-aborto
- 4. Actitudes hacia el aborto
 - a. Debería de haber facilidades para que las mujeres se practiquen un aborto de manera más directa?
 - i. Tipo de facilidades
 - ii. Circunstancias bajo las cuales deberían de proveerse estas facilidades.
 - b. Que opinan personas de su entorno sobre mujeres que abortan
 - i. Vínculo con la auto-percepción
 - ii. Vínculo con acceso a apoyo emocional
 - c. En un futuro, ¿entiende que podría tomar nuevamente la decisión de provocarse un aborto?
 - i. Bajo cuáles circunstancias
 - ii. ¿Haría algo diferente en comparación con la vez pasada?

ANEXO II.

Formularios de consentimiento informado

Estudio cualitativo sobre pérdida de gestación en la República Dominicana

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Entrevistas cualitativas

- Personas que proveen servicios de salud –

Fecha: / /

Saludos:

Estamos realizando un estudio para conocer más sobre las percepciones y experiencias de personas que proveen servicios de salud en la atención a la pérdida de gestación en la República Dominicana. Por eso le pedimos participar en una entrevista de aproximadamente una 30 minutos de duración, a manera de conversación con la entrevistadora, sobre temas que tienen que ver con sus experiencias profesionales relacionadas con la atención a la pérdida de gestación en este y otros establecimientos de salud, así como su visión de estrategias más oportunas para mitigar su impacto en la morbi-mortalidad materna e infantil en el país en un futuro. Le pedimos que nos permita grabar esta conversación en audio, para facilitarnos así su procesamiento y análisis.

Su participación en este estudio no representa ningún riesgo para usted. Aun así, si alguno de los temas llega a causarle incomodidad, usted no está obligado/a a opinar al respecto, y tiene derecho a retirarse del estudio cuando lo desee. Si acepta participar, la entrevista se llevaría a cabo en un espacio privado, solamente con la entrevistadora, y la grabación de la entrevista no se vincularía con sus datos personales, quedando designada únicamente con un código. Le garantizamos que toda la información que usted nos proporcione será manejada de manera estrictamente confidencial, y sólo como grupo, nunca individual.

Su participación en todo momento debe ser voluntaria. Si bien no tendrá ningún beneficio directo por su participación, los resultados del presente estudio le ayudarán a las autoridades de este y otros centros de salud a tomar decisiones y proveer servicios que mejor se ajusten a las necesidades de las mujeres que los utilizan.

Este estudio no forma parte de los servicios que usted ofrece y/o recibe en este centro de salud ni en cualquier otra institución. Por lo tanto, usted no pierde ninguno de sus derechos vinculados a estos servicios por negarse a participar en ella. Si decide ayudarnos, le pedimos opinar con la mayor sinceridad frente a cada uno de los temas propuestos, y que se sienta libre de expresarse.

Si tiene alguna observación o pregunta sobre este estudio o su participación en el mismo, puede hacerla ahora o, si así lo prefiere, puede contactar más adelante a Marija Miric, investigadora principal, en el teléfono 809-982-7501. Usted recibirá una copia de este formulario de consentimiento para su uso personal. Si desea puede consultarlo con familiares, otros profesionales o amigos/as antes de firmarlo.

Si está de acuerdo con participar en la entrevista, bajo estas condiciones, por favor, **coloque su nombre y firma** en la línea señalada más abajo, para otorgar su **consentimiento informado**. Esto indica que ha decidido ser voluntario/a en el estudio, y que entiende el objetivo del mismo y sus derechos.

Nombre del/a entrevistador/a

Nombre de la participante

Firma del/a entrevistador/a

Firma de la participante

Estudio cualitativo sobre pérdida de gestación en la República Dominicana**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO****Entrevistas cualitativas****- Usuaris de servicios -**

Fecha: / /

Saludos:

Estamos realizando un estudio para conocer más sobre las experiencias que tienen las mujeres que pasan por un proceso de pérdida de gestación (aborto) en la República Dominicana, y sus necesidades en área de salud. Por eso le pedimos participar en una entrevista de aproximadamente una hora de duración, a manera de conversación con la entrevistadora, sobre temas que tienen que ver con las experiencias personales y familiares que usted ha tenido con su última pérdida de gestación, y los servicios de salud que pudo recibir en este proceso, incluyendo sus necesidades y sugerencias relacionadas con los mismos. Le pedimos que nos permita grabar esta conversación en audio, para facilitarnos así su procesamiento y análisis.

Su participación en este estudio no representa ningún riesgo para usted. Aun así, si alguno de los temas llega a causarle incomodidad, usted no está obligada a opinar al respecto, y tiene derecho a retirarse del estudio cuando lo desee. Si acepta participar, la entrevista se llevaría a cabo en un espacio privado, solamente con la entrevistadora, y la grabación de la entrevista no se vincularía con sus datos personales, de manera que una vez terminada la conversación nadie podría saber qué información pertenece a qué persona. Le garantizamos que toda la información que usted nos proporcione será manejada de manera estrictamente confidencial, y sólo como grupo, nunca individual.

Su participación en todo momento debe ser voluntaria. Si bien no tendrá ningún beneficio directo por su participación, los resultados del presente estudio le ayudarán a las autoridades de este y otros centros de salud a tomar decisiones y proveer servicios que mejor se ajusten a las necesidades de las mujeres que los utilizan. Si usted incurrió en algún gasto para trasladarse al lugar de la entrevista en el día de hoy, este le será compensado por el estudio.

Este estudio no forma parte de los servicios ofrecidos por este centro de salud ni por cualquier otra institución. Por lo tanto, usted no pierde ninguno de sus derechos vinculados a estos servicios por negarse a participar en ella. Si decide ayudarnos, le pedimos opinar con la mayor sinceridad frente a cada uno de los temas propuestos, y que se sienta libre de expresarse.

Si tiene alguna observación o pregunta sobre este estudio o su participación en el mismo, puede hacerla ahora o, si así lo prefiere, puede contactar más adelante a Marija Miric, investigadora principal, en el teléfono 809-982-7501. Usted recibirá una copia de este formulario de consentimiento para su uso personal. Si desea puede consultarlo con familiares, otros profesionales o amigos/as antes de firmarlo.

Si está de acuerdo con participar en la entrevista, bajo estas condiciones, por favor, **coloque su nombre y firma** en la línea señalada más abajo, para otorgar su **consentimiento informado**. Esto indica que ha decidido ser voluntaria en el estudio, y que entiende el objetivo del mismo y sus derechos.

Nombre del/a entrevistador/a

Nombre de la participante

Firma del/a entrevistador/a

Firma de la participante

Si la participante es menor de 18 años
y/o no sabe leer y escribir ►

Nombre del/a testigo

Firma del/a testigo

Esta edición de
Situación del aborto en República Dominicana, consta de 1,000 ejemplares, se terminó de imprimir en los talleres de Editora Búho, S.R.L., Santo Domingo, República Dominicana, en el mes de noviembre de 2016.



