

Artículo Original

ABORTO: Un problema médico legal (*)

Abortion. A legal medical problem

*Prof. Dr. José Gómez Cantore¹,
Prof. Dr. Julio Recalde Ortíz²,
Dra. Sari Wahgener de Saua³*

(*) Monografía para Especialista en Medicina Legal y Ciencias Forenses

- 1) Prof. Adjunto de Patología Médica – Profesor Adjunto de Semiología Médica Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Asunción
- 2) Prof. Asistente de Urología. Profesor Asistente de Patología Quirúrgica – Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Asunción
- 3) Coordinadora de Médicos Internos del IMPRO

SUMARIO

El aborto es un problema legal, social y médico muy antiguo, algunos pueblos no lo consideran un acto criminal, ya que entre ellos es conceptuado como un acto natural. Este criterio se ha mantenido en ciertas civilizaciones y hoy es practicado impunemente en ciertas sociedades.

En ciertos países el aborto es más o menos duramente reprimido, según la política de natalidad llevada por los mismos. Sin embargo, y pese a la persecución penal de que es objeto, sus prácticas se desarrollan clandestinamente, y muy a menudo, sin las necesarias garantías de higiene y asepsia, lo cual provoca graves lesiones o la muerte a la embarazada.

El factor económico juega un papel preponderante en la familia de escasos recursos y en consecuencia son privados del goce de sus derechos donde la salud pública debería atender y cumplir la tarea que se les asigne para que las adolescentes que pertenecen a las familias de escasos recursos no sean privadas de sus legítimos derechos.

El aborto es una realidad que se toma cotidiana, con la cual el ginecólogo se enfrenta constantemente. El embarazo no deseado es frecuente a pesar de los numerosos métodos anticonceptivos existentes y aprobados.

El presente trabajo pretende establecer el perfil de la mujer que se somete a un aborto y determinar los métodos más frecuentemente utilizados para la realización del mismo.

Fueron incluidas pacientes entre 15 y 49 años, sometidas a legrado; encontrándose que la edad más frecuente de práctica del aborto fue de 20 a 24 años, y sobre todo, en un nivel socio-económico bajo.

SUMMARY

The abortion is a legal, social and doctor very old problem. Some towns do not consider it as a criminal act, since among them it is considered as a natural act.

This approach has stayed in certain civilizations and today is practiced unpunished in certain societies.

In certain countries the abortion is hardly repressed more or less, according to the politics of natality taken by the same ones. However, and in spite of the penal persecution that it is object, their practices are developed secretly, and very often, without the necessary guarantees of hygiene and asepsis, which causes serious lesions or death to the pregnant one.

The economic factor plays a preponderant paper in the family of scarce resources and in consequence they are deprived of the enjoyment of their rights where the health public it should assist and to complete the task that it are assigned so that those adolescents that belong to the families of scarce resources are not private of their legitimate rights.

The abortion is a reality that every gynaecologist constantly faces. The not wanted pregnancy is frequent in spite of those numerous existent and approved birth-control methods.

The present work seeks the woman's profile that undergoes a to settle down miscarry and to determine the methods more frequently used for the realization of the same one.

Patients were included between 15 and 49 years, subjected to curettage; being that the most frequent age in practice of the abortion went from 20 to 24 years, and mainly, in a socio-economic level under.

INTRODUCCIÓN

El Art. 4 del Derecho a la Vida, de la Constitución Nacional de la República del Paraguay, en su Título II, Capítulo I, Sección I, dice "El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Se garantiza su protección, en general, desde la concepción. Queda abolida la pena de muerte. Toda persona será protegida por el Estado en su integridad física y psíquica, así como en su honor y en su reputación. La ley reglamentará la libertad de las personas para disponer de su propio cuerpo, sólo con fines científicos o médicos".

La FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia - 1976) define al aborto como la gestación interrumpida antes de las 20 semanas de amenorrea contando desde el primer día de la última menstruación normal con un peso del producto de gestación inferior a 500 grs. Esta definición se considera válida tanto si ha sido espontáneo o provocado.⁽¹⁾

Es un problema legal, social y médico muy antiguo, no suficientemente debatido desde el punto de vista ético. La protección de la vida prenatal es un problema constante y debe ser considerada un valor absoluto. La ética profesional indica que lo tradicional es el rol de exposición sistemática al aborto, ya que el médico está comprometido a dedicar todos sus esfuerzos al servicio del prolongamiento de la vida y no de su interrupción, aunque fuera la vida de un embrión. Contra esta orientación se eleva la protesta de muchas mujeres que manifiestan intentar la reivindicación de un derecho a controlar la propia fecundidad.⁽²⁾

La bioética rechaza el aborto basándose en los siguientes principios: a) Viola principios fundamentales de justicia; b) Amenaza la orientación tradicional de la medicina, que es salvar vidas. Si admitimos

que el feto desde el comienzo de la concepción es -o debe ser- considerado como humano, se hace problema moral el razonar si un ser humano puede ser extirpado del cuerpo de su madre; y como el feto es el más débil, normalmente se lo sacrifica.⁽³⁾

Dados los deseos de parejas en los países desarrollados de limitar sus familias a uno o dos hijos, y ante la eficacia de la anticoncepción de uso general, es muy probable que cualquier pareja normal experimente por lo menos un embarazo no deseado en algún momento durante su vida reproductiva. En los países del tercer mundo el tamaño deseado de la familia es mayor, pero el acceso a la anticoncepción eficaz es limitado. Como resultado, es frecuente el aborto. Las sociedades no pueden prevenir el aborto, pero están en condiciones de determinar si será ilegal y peligroso o legal y seguro.⁽²⁾

La terminación del embarazo se asocia no solo con una gran perturbación desde un punto de vista emocional y ético, sino también con una considerable morbilidad y mortalidad maternas.⁽⁸⁾

OBJETIVOS

1. Establecer el perfil de la mujer que se somete a un aborto
2. Determinar los métodos más frecuentemente utilizados para la realización del aborto
3. Comparar las legislaciones restrictivas y no restrictivas
4. Conciliar la ética, la religión y la legislación en relación al aborto

GENERALIDADES

Se llama *aborto* a toda interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de amenorrea, con un peso del producto de la gestación inferior a 500 grs.⁽¹³⁾ Puede ser definido como la interrupción de un embarazo desde la fertilización del óvulo hasta el tiempo de viabilidad fetal; difícil pregunta es: ¿cuándo comienza la viabilidad?⁽¹⁴⁾

Aborto, en el ámbito del Derecho Penal puede definirse como la muerte del feto voluntariamente ocasionada en el seno de la madre, bien provocando su expulsión prematuramente en condiciones de no viabilidad extrauterina. Bien jurídico protegido es, por tanto, la vida del feto o vida humana dependiente, sin excluir que, en algunos casos, se tenga en cuenta, además, otros intereses como la vida, la salud, la libertad o la dignidad de la embarazada.⁽⁹⁾

Se divide a éste cuadro en en dos grandes grupos: 1) abortos espontáneos, o sea, los que se producen sin la intervención de circunstancias que interfieran artificialmente en la evolución de la gestación, y 2) abortos provocados, aquellos en los que se induce preme-

ditadamente el cese del embarazo. Según la época de gestación el aborto puede ser precoz, antes de la 12 semanas, y tardío, a las 12 semanas o más.⁽¹³⁾

Las pacientes dan diversas razones para solicitar un aborto. Es así que debe informárseles de la naturaleza del procedimiento y sus riesgos. Pese a ello, aún se practican más de medio millón de procedimientos al año en EEUU, con cerca de la tercera parte de mujeres adolescentes. Esto remarca de modo notabe lo inadecuado de la educación sexual y la necesidad de una disponibilidad mayor de métodos anticonceptivos adecuados para evitar tantos embarazos perdidos.⁽⁶⁾

La frecuencia es de 12 a 15% en embarazos diagnosticados clínicamente; se detectó una frecuencia de 30 a 45% con análisis de la fracción beta de HCG. La OMS (Organización Mundial de la Salud) calcula que cada año mueren 585.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, y de ellas entre 50.000 a 100.000 por abortos provocados en condiciones de riesgo. La morbilidad y la mortalidad son inversamente proporcionales a la edad gestacional, aumenta 30% con cada semana de gestación después de la octava semana.⁽¹¹⁾

La información respecto de la prevalencia del aborto en la población de cualquier país donde éste es ilegal, está sesgada por la clandestinidad del hecho y por el miedo a declarar una situación comprometedora que puede ser objeto de medidas punitivas. También se obtiene información indirecta de las complicaciones del aborto que son atendidas en los hospitales, lo cual tiene serios problemas de errores y sesgos en la información.⁽¹¹⁾

El riesgo de muerte por aborto legal fue de 0,7 por 100.000 abortos inducidos, en 1996. En contraste, la mortalidad materna total es de 7 a 8 por 100.000 recién nacidos vivos. El riesgo de muerte por aborto legal antes de las 16 semanas es 10 veces menor que el de proseguir con el embarazo hasta llegar al parto.⁽²⁾

El indicador de la mortalidad materna por aborto está muy subregistrado pues un volumen importante de las muertes por aborto se deben a las complicaciones que resultan de tratamientos efectuados en servicios clínicos diferentes a los ginecoobstétricos y los diagnósticos en los respectivos certificados de defunción revelan las complicaciones terminales y no la causa de origen, que es el aborto. Otro tanto ocurre con las muertes por aborto, cuyas autopsias se hacen en los servicios médico-legales donde la fallecida llega después de varios tratamientos, sin quedar secuelas de un embarazo que pueda demostrar la situación legal de un aborto, y el diagnóstico es de sepsis de origen ginecológico.⁽¹¹⁾

Si bien se usan una amplia variedad de métodos para los abortos ilegales en todo el mundo, dos métodos predominan en los EEUU: los abortivos orales y la instrumentación intrauterina. Si las técnicas intrauteri-

nas tienen una mayor eficacia que los abortivos orales, también tienen mayor riesgo de complicaciones.⁽¹²⁾

Las complicaciones del aborto inducido clandestino pueden ser inmediatas o tardías. Entre las inmediatas se citan: infecciones localizadas, infecciones propagadas, infecciones generalizadas, hemorragia, lesión de tejidos y órganos pelvianos, embolia. Entre las tardías: esterilidad, alteraciones menstruales.⁽¹¹⁾

Desde el punto de vista legal se citan: *Tipo objetivo*: La acción dirigida a producir la muerte del feto puede ofrecer las más variadas manifestaciones y los medios empleados para tal fin son los más diversos (físicos, mecánicos o químicos). El resultado es la destrucción del feto. El aborto es, por lo tanto, un delito en el que es necesario que el resultado se produzca para que el delito se consuma. *Sujeto activo* puede ser cualquier persona; o la propia mujer produciendo ella misma su aborto; o un tercero (con o sin consentimiento de la mujer). *Tipo subjetivo*: En el aborto producido por la propia mujer solo es punible la comisión dolosa; el aborto producido por tercero es punible, también el ocasionamiento del aborto por imprudencia grave.⁽⁹⁾

El aborto no se justifica: a) si el embarazo no es la causa de la enfermedad materna o si, que existiendo ésta, no la agravó; b) si antes no se han intentado otras terapéuticas de que se pudiera disponer; c) si la evolución de la enfermedad será la misma interrumpiendo el embarazo o manteniendo hasta que el feto esté maduro y viable o hasta el término.⁽¹²⁾

Los estudios de abortos hospitalarios corresponden a mujeres que tienen complicaciones del aborto y por lo tanto solo muestran la prevalencia de los abortos cuyas complicaciones necesitan el tratamiento especializado de los servicios ginecoobstétricos o de los servicios de urgencia. La relación entre el total de abortos inducidos clandestinos y aquellos que se complican es variable de un país a otro dependiendo de las técnicas que se practican.⁽¹¹⁾

Las leyes en Sudamérica relacionadas con el aborto, según los diferentes países, son en su mayoría restrictivos; en tanto que en Cuba y Guyana el aborto es lícito. Nuestro país solo considera el aborto como lícito para salvar la vida de la madre; en tanto que Argentina lo considera legal para salvar la vida de la madre, para conservar la salud, para conservar la salud mental y cuando el embarazo es producto de violación o incesto.⁽¹⁰⁾

Para la mujer es punible el solo hecho de consentir que otro provoque el aborto, en la misma medida que si ella misma se lo provoca. (Art. 88 Código Penal Argentino). La escala penal es la misma para la mujer y para el tercero que obra con su consentimiento: de 1 a 4 años. Pero la pena es menos grave para la mujer, pues solo es amenazada con prisión mientras que para los terceros es aplicable prisión o reclusión.

(Art. 85 inc. 2 Código Penal Argentino).⁽⁷⁾

La mujer que causare su aborto, por cualquier medio empleado por ella misma o por un tercero con su consentimiento, será castigada con penitenciaría de quince a treinta meses. Si hubiese obrado en el interés de salvar su honor será castigada con prisión de seis a meses. (Art. 349 Código Penal Paraguayo)

El consentimiento: La mujer es punible cuando el aborto ha sido tentado o consumado por terceros con su consentimiento, lo que la constituye en co-autora.

- 1) El consentimiento de la madre puede manifestarse de cualquier modo y puede ser expreso o tácito. La mujer ha de ser capaz de prestar el consentimiento. Es opinión dominante que la capacidad exigible no es lo civil, la ley requiere capacidad penal, de la que están excluidos los menores, los inimputables y los que están bajo error o amenaza. No es eficaz el consentimiento del presunto ni el prestado por los padres, tutores o curadores. El consentimiento puede ser retractado hasta el momento de la consumación. En tal caso, la mujer no está sujeta a pena por tratarse de un desestimiento voluntario. (Art. 43 Código Penal Argentino). En cuanto al tercero, a partir del momento de la retractación, obra sin consentimiento.
- 2) De acuerdo con los principios generales de la culpabilidad, el error esencial de la mujer sobre la naturaleza del acto que realiza, le beneficia. Quien cree prestar el consentimiento para un acto distinto, no consiente el aborto y queda por tanto fuera de la previsión legal. El error de la mujer puede beneficiar al tercero en cuanto a la calificación, si él actúa equivocadamente con respecto al objeto de consentimiento que en la mujer es consecuencia del error: en tal supuesto, el tercero supone que la mujer consiente sabiendo lo que hace, de modo que para él la pena aplicable será la del aborto consentido. Este beneficio no puede alcanzarse, naturalmente, a quien indujo a error a la abortada. La fuerza física y la coacción colocan al tercero en situación de único autor del aborto por falta de consentimiento. Pero (Art. 75 Código Penal Argentino) queda comprendido el concepto de violencia el uso de medios hipnóticos o narcóticos. El empleo de estos medios no supone violencia cuando han sido empleados para practicar el aborto luego de prestado el consentimiento.
- 3) Los efectos del consentimiento puede sintetizarse así: Para los terceros se agrava considerablemente la pena cuando presta el consentimiento. La agravación también afecta a los profesionales (Art. 85 y 86 Código Penal Ar-

gentino) y para el caso de que el hecho sea seguido de la muerte de la mujer. Para la mujer el consentimiento la torna co-autora, aunque sancionada para menos grave que la que corresponde al delito tentado o consumado por el tercero. (Art. 88 Código Penal Argentino) (FONTAN)

Según el CP Py, la pena será de cuatro a seis años si por razón de los medios empleados para causar el aborto o por el hecho mismo del aborto resultare la muerte de la mujer. Si la muerte de la mujer resultare de haber empleado, para hacerla abortar, medios peligrosos que los consentidos por ella, la pena será de seis a ocho años de penitenciaría. (Art. 350).

En cuanto al aborto sin consentimiento (doloso), el que sin el consentimiento de la paciente causare dolosamente el aborto de una mujer, empleando violencia o medios directos, será castigado con tres a cinco años de penitenciaría. Si resultare la muerte de la mujer, el culpable sufrirá cinco a diez años de penitenciaría. En los demás casos, el aborto no consentido por la paciente será castigado con dos a cinco años de penitenciaría. (Art. 351 Código Penal Paraguayo)

Agravantes – Coparticipes. Las penas establecidas en los artículos precedentes, serán aumentadas en un cincuenta por ciento cuando el culpable fuere el propio marido de la paciente. El mismo aumento se aplicará a los médicos cirujanos, curanderos, parteras, farmacéuticos, sus practicantes y ayudantes, los fabricantes o vendedores de productos químicos y estudiantes de medicina que a sabiendas hubiesen suministrado o empleado los medios por los cuales se hubiesen causado el aborto o hubiese sobrevenido la muerte. Estará sin embargo exento de responsabilidad cualquiera de éstos que justificare haber causado el aborto indirectamente, con el propósito de salvar la vida de la mujer puesta en peligro por el embarazo o por el parto. (Art. 352 Código Penal Paraguayo)

MATERIAL Y MÉTODOS

a. Diseño

El presente trabajo fue realizado sobre la base de un estudio observacional descriptivo de corte transversal temporalmente retrospectivo con muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Comprende el estudio de pacientes sometidas a legrado.

b. Sujetos

Los criterios de inclusión fueron todas las pacientes de edad comprendida entre 15 y 49 años sometidas a legrado, internadas en el Hospital Distrital de Lambaré entre mayo de 2006 y mayo de 2007.

Fueron criterios de exclusión las mujeres menores de 15 años y mayores de 49 años, y los que no tengan historias clínicas completas.

c. Variables

La variable de interés fue la comprobación de aborto en pacientes sometidas a legrado. Otras variables: edad, procedencia, actividad laboral, embarazos, maniobra efectuada, métodos anticonceptivos.

Se realizó un análisis de datos estadísticos, donde la variable de interés es dicotómica. Las variables, más arriba citadas, fueron comentadas y descriptas en gráficos.

RESULTADOS

Se ha analizado un total de 174 pacientes; distribuidos de la siguiente manera: 15 - 19 años: 30 pacientes (17%), 20 - 24 años: 53 pacientes (31%), 25 - 29 años: 37 pacientes (21%), 30 - 34 años: 30 pacientes (17%), 35 - 39 años: 15 pacientes (9%), 40 - 44 años: 7 pacientes (4%), 45 - 49 años: 2 pacientes (1%). (*Tabla 1*).

De acuerdo a la procedencia, de la serie de pacientes, provenía de zonas suburbanas 160 pacientes (92%), del interior 13 pacientes (7%) y 1 del exterior (1%). (*Tabla 2*).

En cuanto a la ocupación. Del total de pacientes, 150 (86%) se dedicaban a quehaceres domésticos, 7 (4%) costurera, 5 (3%) secretaria, 4 (2%) peluquera, 3 (2%) vendedora, 3 (2%) comerciante, 2 (1%) modista. (*Tabla 3*).

La menarca, se distribuyó de la siguiente forma: 12 (7%) tuvieron su menarca a los 9 años, 16 (9%) a los 10 años, 20 (11%) a los 11 años, 22 (13%) a los 12 años, 44 (26%) a los 13 años, 16 (9%) a los 14 años, 11 (6%) a los 15 años, 16 (9%) a los 16 años y 17 (10%) a los 17 años. (*Tabla 4*).

Respecto a la gestación anterior. De la serie en estudio: 112 pacientes (64%) tenían antecedente de gestación anterior; 62 (36%) no tenían antecedentes. De las que tenían antecedente de gestación anterior: más de 3 gestaciones: 34 pacientes (30%) y menos de 3 gestaciones: 78 pacientes (70%). (*Tabla 5a y 5b*).

Respecto al legrado previo. Del total de pacientes: 34 (20%) tenían antecedente de legrado anterior, y 140 (80%) negaron dicha maniobra. (*Tabla 6*).

En cuanto a medios de diagnósticos utilizados. Se utilizó la ecografía obstétrica en 48 casos (28%), y no se realizó ningún estudio en 126 casos (72%). (*Tabla 7*).

En referencia a los métodos anticonceptivos, se desprende que no utilizaron ningún método anticonceptivo 137 pacientes (79%), utilizaron algún método anticonceptivo 28 pacientes (21%); de los cuales 9 (32%) utilizaron métodos naturales y 19 (68%) utilizaron métodos artificiales. (*Tablas 8a y 8b*).

Tabla 1: DISTRIBUCION POR EDADES

Edad	Nº de pacientes	Porcentaje
15 - 19 años	30	17
20 - 24 años	53	31
25 - 29 años	37	21
30 - 34 años	30	17
35 - 39 años	15	9
40 - 44 años	7	4
45 - 49 años	2	1

Tabla 2: PROCEDENCIA

Zonas	Nº de pacientes	Porcentaje
Suburbana	110	92
Interior	13	7
Exterior	1	1

Tabla 3: OCUPACION

Profesión	Nº de pacientes	Porcentaje
Quehaceres domésticos	150	86
Costurera	7	4
Secretaria	5	3
Peluquera	4	2
Vendedora	3	2
Comerciante	3	2
Modista	2	1

Tabla 4: MENARCA

Edad	Nº de pacientes	Porcentaje
9 años	12	7
10 años	16	9
11 años	20	11
12 años	22	13
13 años	44	26
14 años	16	9
15 años	11	6
16 años	16	9
17 años	17	10

Tabla 5a y 5b: GESTACION ANTERIOR

Tabla 5a

Antecedente de gestación anterior	Nº de pacientes	Porcentaje
(+)	112	64
(-)	62	36

Tabla 5b

	Nº de pacientes	Porcentaje
Más de 3 gestaciones	34	30
Menos de 3 gestaciones	78	70

Tabla 6: LEGRADO PREVIO

Antecedente de legrado anterior	Nº de pacientes	Porcentaje
(+)	34	20
(-)	140	80

Tabla 7: MEDIOS DE DIAGNOSTICO UTILIZADOS

Ecografía obstétrica	Nº de pacientes	Porcentaje
(+)	48	28
(-)	126	72

Tabla 8a y 8b: METODOS ANTICONCEPTIVOS

Tabla 8a

Uso de método anticonceptivo	Nº de pacientes	Porcentaje
(+)	28	21
(-)	137	79

Tabla 8b

	Nº de pacientes	Porcentaje
Métodos naturales	9	32
Métodos artificiales	19	68

COMENTARIOS

Independientemente de los sentimientos personales sobre la ética de interrumpir el embarazo, los profesionales de la salud tienen el deber de conocer los hechos médicos sobre el aborto y compartirlos con sus pacientes. No se requiere que los prestadores de atención de la salud efectúen abortos contra sus propios principios éticos, pero tienen el deber de ayudar a sus pacientes a valorar los riesgos del embarazo.

Todos los hombres de todas las culturas y corrientes políticas están de acuerdo en el respeto a la vida humana. El principal desafío no consiste en convencer a los que están a favor o en contra del aborto de que están equivocados sino en intentar convencerlos de que deberán aprender a convivir en una sociedad democrática sin la intensa retórica y violencia mortal que se ha producido. Es importante que el médico establezca sus puntos de vista a éstos temas y que actúe con justicia y honestidad con las pacientes que soliciten su consejo respecto al aborto o que requieran sus servicios para un aborto.

Casi la totalidad de las mujeres provenían de zonas suburbanas de Asunción, quizás por ser el hos-

pital en estudio un centro de referencia de atención a este tipo de pacientes. Así mismo, más del 80% se dedicaba a quehaceres domésticos, otra situación más que denota el nivel socio-cultural al cual pertenecen.

Un 75% de las pacientes había tenido su menarca antes de los 13 años, lo cual supondría una temprana iniciación sexual y con poco conocimiento de los métodos anticonceptivos, que llevarían al aumento del número de abortos.

El comportamiento del aborto provocado, según variables socio-demográficas, mostró que las mujeres que más recurren al aborto son las mujeres de 20 a 24 años de edad y las que tuvieron menos de tres gestaciones anteriores. En nuestro país al igual que en los países del tercer mundo el tamaño deseado de la familia es mayor, pero el acceso a la anticoncepción, antes que limitado, tiene poca difusión, o poco interés de parte de la población.

El 80% de las mujeres sometidas a legrado negaron hacerse relizado un procedimiento previo a la consulta, quizás por el miedo a declarar una situación comprometedor que puede ser objeto de medidas punitivas.

Una solución posible sería transitar por la consolidación de una legislación sanitaria y no penal orientada hacia el sistema de los permisos. Ello significa mantener la vigencia del delito de aborto y establecer permisos más o menos amplios en los que el Estado autoriza la interrupción del embarazo.

Luchar a favor de la vida es prevenir las circunstancias que llevan al aborto: educación sexual; subvención económica del estado para los hijos menores (escolaridad básica, salud), para las familias con hijos portadores de discapacidad con dependencia intelectual y/o física.

CONCLUSIONES

1. El perfil de la mujer con diagnóstico de aborto provocado es: edad más frecuente: 20 a 24 años. Gestación: menos de 3. Realiza alguna actividad remunerada. Nivel socio-económico bajo. Edad de la menarquia 13 años.
2. Métodos previos utilizados: cytotec (miso-prostol) solo o combinados con medicina del folcklore
3. Nuestro país considera el aborto como lícito solo para salvar la vida de la madre
4. La religión y la bioética rechazan totalmente el aborto. Las legislaciones son permisivas ante la penalización.

BIBLIOGRAFÍA

1. ACOSTA, Arnaldo. Ginecología y Obstetricia. 1ª. ed. Arnaldo Acosta, Editor. Asunción. 2004: 496
2. BERK, Jonahtan. Ginecología de Novak.. 13ª. ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México. 2003: 231-2
3. CAMPARATO, Mario. Ginecología en esquemas. 3ª. ed. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. 2000: 290
4. CODIGO PENAL DE LA REPUBLICA ARGENTINA. La Ley Sociedad Anónima Editora e Impresora. Buenos Aires. Edición 2005.
5. CODIGO PENAL DE LA REPUBLICA DEL PARAGUAY. 2ª. ed. Editorial latindata. Asunción. 1999
6. DECHERNEY, Alan. Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétrico. 7ª. ed. México: El Manual Moderno. 1997: 861
7. FONTAN BALESTRA, Carlos. Derecho penal. Parte Especial. 14ª. ed. Editorial Perrot. Buenos Aires. 1995: 70-1
8. MATTINGY, Richard. Ginecología Operatoria. 5ª. ed. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. 1980: 378
9. MUÑOZ CONDE, Francisco. Derecho Penal. Parte Especial. 12ª. ed. Valencia. España. 1999: 87-9
10. ONU. División de Población de la Secretaría de la ONU. World Abortion Policies Latin America and The Caribbean. 1999
11. PEREZ SANCHEZ, Alfredo. Obstetricia. 2ª. ed. Publicaciones Técnicas Mediterráneo. Santiago. 1992: 462-4
12. ROCK, Jhon. Te Linde Ginecología Quirúrgica. 8ª. ed. México: Médica Panamericana. 1998: 22
13. SCHWARCZ, Ricardo Leopoldo. Obstetricia. 5ª. ed. Editorial El Ateneo. Buenos Aires. 2001