



Situación del aborto

en República Dominicana

Resumen ejecutivo



Situación del aborto en República Dominicana

Resumen ejecutivo

Santo Domingo, R.D.
Noviembre 2016



Situación del aborto en República Dominicana. Resumen ejecutivo

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: 978-9945-16-777-1

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



Tabla de contenido

Presentación.	7
1. Marco legal.	9
2. Estudios realizados	11
2.1 Análisis de la situación del aborto inducido en República Dominicana: revisión sistemática y abordaje cualitativo	11
2.2 Encuesta sobre Aborto en Estudiantes Universitarias 2015.	14
3. Conclusiones institucionales sobre el tema	19
4. Recomendaciones generales a partir de las conclusiones	23



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

1. Marco legal

En 2010, se conoció una reforma a la Constitución de República Dominicana que plantea el derecho a la vida “desde el momento de la concepción” (Artículo 37). Igualmente establece excepciones en las cuales se pueden realizar procedimientos médicos contrarios a las normas, “cuando esté en peligro su vida” (Artículo 42). Esta contraposición ha sido confirmada por los/as legisladores que participaron de esta reforma constitucional, como una excepción consciente al artículo 37 que permite atender abortos en casos especiales.

En 2014, el Congreso Nacional aprobó la Ley 550-14, que creaba un nuevo Código Penal con tres causas para interrumpir el embarazo: ante riesgos para la vida de la mujer, malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina y ante embarazos ocasionados por violación sexual o incesto. En diciembre de 2015, el Tribunal Constitucional declaró este Código inconstitucional, con el argumento de que fueron violados los procedimientos para su aprobación.

Esta sentencia retrotrajo el proceso, de modo que queda vigente el Código Penal de 1884, que prevé penas de hasta 20 años de cárcel para quienes induzcan la interrupción de un embarazo, incluyendo a personas proveedoras de servicios de salud que asistan el procedimiento. Sin embargo, la Constitución vigente contiene una clara excepción en su artículo 42, que refiere la posibilidad de realizar procedimientos médicos contrarios a las normas establecidas, siempre que se encuentre en riesgo la vida de la persona en cuestión. La Cámara de Diputados aprobó la última versión del Código, permaneciendo solo la causal “riesgo para la vida de la mujer” despenalizada, pero eliminando el párrafo que establecía las otras dos causales y ahora el Senado tiene pendiente conocer dicha versión, con la potestad para reintroducir el párrafo o aprobarla tal cual.



2. Estudios realizados

2.1 Análisis de la situación del aborto inducido en República Dominicana: revisión sistemática y abordaje cualitativo

Antecedentes

2.1.1 Metodología utilizada

Este estudio exploratorio, llevado a cabo desde la metodología cualitativa, partió de una revisión sistemática de la información disponible sobre el aborto en el contexto nacional e internacional, la cual sirvió de marco para el análisis de 20 entrevistas a profundidad, realizadas con diez (10) personas que proveen servicios de salud, y diez (10) mujeres que han vivido la experiencia de un aborto inducido en República Dominicana. Se garantizó el anonimato a cada participante.

Datos disponibles previo a este estudio:

- Se estima que cada año aproximadamente 42 millones de mujeres optan por un aborto en el mundo y que la mitad son realizados en condiciones inseguras (Haddad & Nour, 2009).
- De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), un 12% de todas las muertes maternas en América Latina ocurren por aborto inseguro.

- Las estrategias experimentadas hasta la fecha en países de la región, de manera exitosa para la disminución del número de abortos, se basa en educación, planificación familiar y servicios seguros de aborto (Leonel Briozzo, 2013), pues los países con legislación más restrictiva de aborto tienden a reportar tasas más altas de abortos inducidos, así como una mayor carga de morbilidad y mortalidad materna asociadas a esta causa.
- En la República Dominicana, se estima que los abortos inducidos en circunstancias inseguras ocasionan el 13% (OMS, 2011) de las muertes maternas (4ta causa de muerte materna).
- No se dispone de registro exhaustivo y real sobre la incidencia de abortos inducidos en el país, debido en gran parte a su clandestinidad. Algunas estimaciones planteaban lo siguiente:
 - En la década de 1990, el Instituto Alan Guttmacher estimó la realización de 82,000 abortos inducidos al año en la Rep. Dominicana.
 - Según los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA 2013), el 25% de mujeres en edad reproductiva reportan haber tenido por lo menos un embarazo que no resultó en nacimiento vivo. Sin embargo, se desconoce cuántos fueron por abortos espontáneos o inducidos, debido a que no se indaga o no se declara la causa real, ya que el aborto provocado está penalizado.
 - República Dominicana, junto a Chile, El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua y Suriname, está entre los siete países de América y ocho del mundo donde el aborto inducido es ilegal, sin importar los motivos (Guttmacher Institute, 2012).

2.1.2 Resumen de resultados del Estudio Cualitativo

Los datos reunidos a través de las entrevistas a profundidad sugieren que la responsabilidad de un embarazo no deseado tiende a ser asignada fundamentalmente a la mujer. Éste se percibe como un “error” de la mujer, tanto en el discurso de sus parejas, señalados por ellas, como de las personas que proveen los servicios de salud.

Entre los motivos más frecuentes para la inducción de un aborto, indicados por las personas que proveen servicios de salud, figuran las precariedades económicas de la familia y la consideración de la mujer de tener su paridad satisfecha. Varias personas afirman que, contrario a la percepción común, el aborto inducido tiende a ser más frecuente entre mujeres adultas que entre las adolescentes, aún cuando en el país no se dispone de datos epidemiológicos que puedan contrastar esta percepción.

Debido a la clandestinidad con la cual suceden los abortos inducidos, 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. Varias mujeres señalaron en las entrevistas que la falta de acceso a información y acompañamiento oportunos es lo más angustiante de toda la experiencia.

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

No obstante, tanto las mujeres entrevistadas como las personas proveedoras de servicios de salud reportan una mayor dificultad en el acceso a misoprostol desde la Reforma Constitucional de 2010, la cual agudizó el tema del aborto inducido en el debate público.

De manera consistente, una gran parte de las mujeres que no pudieron obtener este acceso y optaron por acudir a un/a proveedor/a de servicios de salud para inducir el aborto, reportan vivencias emocionalmente cargadas y, por lo general, muy negativas debido a los malos tratos y prejuicios de quienes las atendieron. Se evidenció la percepción de proveedores/as de servicios de que hay un alto riesgo en este tipo de procedimientos para la salud y la vida de la mujer. Las diez personas proveedoras de salud entrevistadas están de acuerdo con la interrupción electiva del embarazo en los casos de riesgo para la vida de la mujer (aborto terapéutico).

Las entrevistas realizadas ponen de manifiesto importantes limitaciones en la disponibilidad y el acceso a servicios de orientación y apoyo psicológico, que pudieran contribuir a canalizar la potencial carga emocional de un aborto inducido, particularmente significativa en abortos inducidos en condiciones de clandestinidad.

Es importante destacar, sin embargo, que 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 del presente estudio 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 contexto, la mayor carga emocional reportada a raíz del aborto inducido, tiende a estar vinculada a la percepción social de la mujer que opta por la interrupción voluntaria del embarazo como transgresora de normas sociales en el contexto cultural dominicano, la cual, en ocasiones, tiende a ser asumida por la mujer misma.

Tanto los hallazgos de este 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 tiende a no reducir la incidencia de abortos inducidos, sino que contribuye a la invisibilidad de esta práctica, interfiriendo 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 dominicana 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.

2.2 Encuesta sobre Aborto en Estudiantes Universitarias 2015

2.2.1 Metodología utilizada

Esta Encuesta fue una exploración con estudiantes universitarias de sus conocimientos, actitudes y prácticas, vinculadas al aborto y otros aspectos de la salud sexual y salud reproductiva en República Dominicana. Fue una encuesta anónima y auto aplicada en la que participaron 2,436 estudiantes de tres universidades del país, incluyendo la estatal Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD) y dos privadas, la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) y el Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC). Participaron mujeres estudiantes, residentes en seis regiones: Metropolitana, Este, Suroeste, Cibao Central y Noroeste, Cibao Nordeste y Valdesia.

El levantamiento de información se realizó desde el 30 de marzo hasta 1ro de mayo del año 2015, por un equipo experimentado de entrevistadoras y facilitadoras. Se diseñó un cuestionario basado en las experiencias de la Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples (ENHOGAR 2014), la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDESA 2013) y el Censo Nacional de Población y Vivienda 2010. El 90% de las estudiantes corresponde a la universidad estatal y el 10% restante fue dividido entre las dos universidades privadas. Más de la mitad de la muestra (59.9%) vive en la zona metropolitana.

2.2.2 Resumen de resultados de la Encuesta

2.2.2.1. Perfil de las universitarias

La mayoría de las encuestadas son jóvenes, pues 24.1% tienen menos de 20 años, el 45.7% está entre los 20 y 24 años, 16.3% se encuentra entre 25 y 29 años, y 7% tiene entre 30 y 34 años de edad. El 61.4% está soltera y un cuarto de la muestra (24.9%) está casada o unida, el resto (11.9%) no declara ningún vínculo formal.

Más de la mitad vive con sus padres (55.3%) y 22% vive con la pareja e hijos/as. Un tercio de ellas declara que trabaja al momento del estudio (32.8%). Cuando se indaga acerca de la categoría de la actividad u oficio que realizan, el 34.6% dice que trabaja por paga o salario, un 26.5% también trabaja o ayuda a algún familiar sin remuneración y el 28.4% no trabaja.

El 65.8% de las encuestadas 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. Un poco más de la mitad se considera católica (51.4%), frente a 32.1 que profesa otras religiones cristianas, y 15.8 dice no formar parte de ninguna religión. En el caso de quienes profesan una religión, el patrón es muy similar al de los padres.

2.2.2.2. Incidencia del aborto

Al investigar entre las estudiantes si habían tenido algún embarazo no deseado, se observa que este valor es de 24.8% para las que habían estado alguna vez embarazadas.

Entre las estudiantes universitarias sexualmente activas, quienes han tenido algún aborto alcanzan el 16%, y ascienden a un 39% entre las estudiantes universitarias que afirma que alguna vez han estado embarazadas. Pero cuando se les pregunta si conocen algún caso de aborto inducido en otras mujeres, la cifra sube a 67.1% que responde que sí, 30% que no, y 2.8% no tiene información.

Con relación a la percepción de seguridad en el procedimiento para la interrupción de un embarazo, 44.5% considera que ningún procedimiento 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. Esto demuestra que hay mucha desinformación al respecto, lo cual representa en sí mismo un riesgo.

Cuando se indaga sobre los métodos de inducción de aborto que conocen, pudiendo indicar más de uno, reportaron que el más común son las preparaciones caseras de tomas abortivas (69.4%); fármacos (50.7%), siendo el fármaco denominado Citotec (misoprostol) mencionado de manera específica por el 46.3% de ellas. También refieren que conocen la interrupción del embarazo mediante cirugía (47.8%). Es preocupante que un porcentaje tan

alto refiera acerca de brebajes caseros, aunque hay un porcentaje importante entre las que refieren conocer los métodos más seguros.

Se observa que los grupos de edades con mayor concentración de mujeres con experiencia en abortos inducidos o espontáneos oscilan entre los 15 y los 25 años, ya que el aborto inducido se reporta en el 82.6% en las estudiantes que tenían menos de 25 años al momento del mismo.

Por otro lado, la investigación arrojó datos que fueron contrastados con ENDESA-2013 y en ambos estudios se observa que el inicio de relaciones sexuales a una edad temprana está presente entre las mujeres que han experimentado algún tipo de aborto, ocurriendo ésta antes de los 15 años en el 14.5% de las mujeres con experiencias de aborto cubiertas por ENDESA 2013 y 36.3% en la muestra de estudiantes universitarias con experiencia de aborto encuestadas en el presente estudio. De modo que al comparar la variable inicio temprano de relaciones sexuales y ocurrencia de algún tipo de aborto, la relación es inversamente proporcional, pues a menor edad en el inicio, mayor la ocurrencia de abortos.

De igual forma, tiende a disminuir el porcentaje de estudiantes que declara haber tenido un aborto inducido, a medida que sube el nivel de su grupo socioeconómico familiar, pues se reportan abortos en 15.4% de las estudiantes del grupo socioeconómico familiar más pobre, mientras que la cifra disminuye a 8% en el grupo más rico.

2.2.2.3. Respaldo de las estudiantes a las causales de interrupción del embarazo

Entre las 2,436 estudiantes universitarias encuestadas, 74.5% de éstas coincide en favorecer más el aborto inducido en caso de que la mujer tenga un problema de salud a causa de su embarazo que ponga su propia vida en peligro (aborto terapéutico).

También 72.7% de las estudiantes considera un derecho para las mujeres, si el producto del embarazo viene con malformación incompatible con la vida fuera del útero. Mientras, el 70.6% de las estudiantes entiende que la mujer tiene el derecho de decidir un aborto si el embarazo es producto de una violación sexual perpetrada por su padre. Este valor disminuye si la violación fue perpetrada por otra persona (61.6%).

Al indagar cuáles situaciones entienden que han llevado a las mujeres que ellas conocen a practicarse un aborto (pudiendo marcar más de una opción), los resultados fueron: cuando el embarazo es producto de una violación sexual (55.5%) o de incesto (51.2%), asimismo se considera el miedo al rechazo social como una razón de peso (51.8%) y la limitación de recursos económicos (49.6%).

2.2.2.4. Información y ¿cuándo hablar de educación sexual?

Al cuestionarles sobre el momento que consideran oportuno para hablar de educación sexual, más de la mitad de las encuestadas (62.6%) consideró que se debe empezar en la

escuela desde el nivel primario. Un 17.2% de las estudiantes entiende que se debe hablar sobre educación sexual desde el nivel inicial o pre-primaria, un 16.7% considera más apropiado que se empiece a hablar sobre educación sexual en la secundaria y 1.5% dijo que en la universidad.

El 92.0% de las estudiantes dice haber recibido educación sexual, sin embargo, al indagar dónde la han recibido las respuestas fueron: en actividades del 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%.

La mayoría de las estudiantes tiene mucho acceso a medios de información: Usan Internet (70.4%) y redes sociales (71.0%) casi a diario, mientras un tercio lee periódicos (27.1%) y un 9.0% afirma que nunca lee periódicos. La televisión y la radio es vista y escuchada por el 64.9% y el 52.2%, respectivamente.

Los métodos de anticoncepción que más conocen son el condón (93.3%), en segundo lugar, están las pastillas o píldoras anticonceptivas (86.3%) y en tercero, las inyecciones (77.0%).



3. Conclusiones institucionales sobre el tema

En definitiva, el número de abortos que ocurren en el país es muy relevante, aunque por la clandestinidad en que muchos suceden no se tenga una cifra real. Es relevante, sobre todo porque las condiciones en las que se llevan a cabo estas interrupciones no siempre son las más seguras, atendible al alto porcentaje de estudiantes que reportan brebajes caseros como el método más común. Además, los datos demuestran que el aborto es más común en los estratos de menos recursos económicos, por lo tanto, con mayores condiciones de riesgo y consecuencias para la morbi-mortalidad materna.

El porcentaje de las estudiantes encuestadas que reporta haber tenido algún aborto inducido o de las que conocen a alguien que lo ha tenido, es mayor de lo que se esperaba obtener como resultado, atendiendo a que el marco legal tiende a intimidar a quienes podrían reportar casos.

Del análisis de la evidencia previa a estos estudios y los hallazgos encontrados, se puede concluir que resulta deficiente la disponibilidad y acceso a métodos anticonceptivos y a información no fragmentada en torno a salud sexual y reproductiva, tanto en el seno familiar como en el sistema educativo.

Como hemos visto, la responsabilidad del embarazo y las posibles soluciones a la situación que este genera, tienden a recaer sobre la mujer, inmersa en el contexto de un marco legal que penaliza la interrupción voluntaria del embarazo, sin ofrecerle alternativas factibles para mitigar el impacto de un embarazo no deseado en su calidad de vida, y un sistema de salud que no ofrece respuestas efectivas a sus necesidades 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, solo 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.

Aun así, los hallazgos 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.

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, 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.

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, la penalización absoluta ha sido la única política pública relacionada al aborto 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:

- a) Políticas educativas orientadas a proporcionar educación integral en sexualidad que garantizan herramientas para prevenir embarazos no deseados o no planificados.
- 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;

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.

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.

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.



4. Recomendaciones generales a partir de las conclusiones

- Estimular y reforzar la producción oficial de datos actualizados y confiables que faciliten la caracterización epidemiológica de la situación de aborto inducido en República Dominicana.
- Usar información basada en evidencia para la toma de decisiones, incluyendo la aprobación de legislaciones que afecten los derechos sexuales y reproductivos de las personas, en especial de las mujeres, niñas y adolescentes.
- Aprobar un marco legal que priorice la salud pública integral, por encima de las dicotomías entre doctrinas religiosas y defensoría de derechos.
- Fomentar intervenciones basadas en evidencia, para la reducción tanto de las tasas de aborto inducido como de mortalidad materna.
- Garantizar el trípede de educación sexual temprana, basada en evidencia, acceso ampliado a métodos anticonceptivos y de planificación familiar ajustados a las necesidades de cada mujer, y la disponibilidad de servicios de salud seguros para las mujeres que optan por interrumpir un embarazo no planificado, al menos en causales establecidas, así como la consejería apropiada para cada caso, pre y post aborto.
- Implementar y adaptar las normas, protocolos y guías clínicas para el manejo oportuno del aborto – incluyendo el aborto inducido-, desde un enfoque basado en evidencia.
- Desarrollar programas de formación para el personal de salud, que les permitan manejar de forma oportuna los aspectos clínicos de atención al aborto; las perspectivas contemporáneas de derechos humanos y los indicadores de salud pública relevantes para este tema.

- Promover la aprobación formal del uso obstétrico de misoprostol en el país, asegurando su disponibilidad, calidad y estabilidad de precio en farmacias privadas y públicas en todo el territorio nacional.

Esta edición de
Situación del aborto en República Dominicana. Resumen ejecutivo,
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.

