

# Factores sociales, demográficos y gineco-obstétricos asociados al aborto inducido en mujeres bolivianas, periodo 2018-2022

Social, demographic and gynecological factors associated with induced abortion in Bolivian women, 2018-2022 period

Grettel de Fátima Rojas Rojas<sup>1</sup>

## Resumen

En Bolivia hay un déficit de conocimiento respecto a las condiciones de las mujeres que deciden abortar, la práctica del aborto ilegal se acompaña de altas tasas de morbilidad y mortalidad y constituyen un grave problema de salud pública, es por esta razón importante identificar qué factores contribuyen a la realización de abortos provocados. **Objetivos:** describir y analizar los factores sociales, demográficos y antecedentes Gineco-Obstétricos relacionados al aborto inducido en Bolivia, entre 2018- 2022. **Métodos:** Es un tipo de estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal. Los datos fueron recabados de mujeres que viven en Bolivia y participaron de una encuesta anónima, entre mayo- agosto 2022. **Resultados:** 63% está entre los 21 y 30 años 32.2% entre los 15 y 20 años de edad, 46.3% son profesionales, 31.5% han alcanzado el bachillerato. El porcentaje de mujeres que usó únicamente los MAC de alta eficacia es de 47%, 53% utilizaba MAC de muy baja eficacia. La mayor parte que marcaron demasiada la influencia social está entre los 21-30 años, 50% de dichos casos eran estudiantes, con distintos grados de escolaridad alcanzados. El 93,6% de las mujeres que si están conformes con su deseo de maternidad no tienen hijos. **Conclusiones:** En Bolivia la mayoría de las mujeres que optó por un aborto provocado son mujeres solteras, entre los 21-30 años, siguen estudiando, no tienen hijos y no desean tenerlos a la fecha, las mujeres jóvenes llegan a tomar la decisión de abortar junto a su pareja, casi en la mitad de los casos se usó un anticonceptivo de confianza e igualmente terminó con un embarazo no deseado. El método más usado durante el primer trimestre es el misoprostol.

**Palabras claves:** aborto inducido, encuestas de aborto, salud sexual y reproductiva

## Abstract

In Bolivia, there is a lack of knowledge about the conditions of women who decide to have an abortion, and the practice of illegal abortion is accompanied by high rates of morbidity and mortality, constituting a serious public health problem. This is why it is important to identify which factors contribute to the occurrence of induced abortions. **Objectives:** to describe and analyze the social, demographic, and gynecological and obstetrical factors related to induced abortion in Bolivia between 2018 and 2022. **Methods:** This is a quantitative, descriptive cross-sectional study. The data were collected from women living in Bolivia who participated in an anonymous survey between May and August 2022. **Results:** 63% were between 21 and 30 years old, 32.2% were between 15 and 20 years old, 46.3% were professionals, and 31.5% had achieved a high school degree. The percentage of women who used only highly effective MACs was 47%, while 53% used very low-efficacy MACs. Most of the women who marked strong social influence were between 21 and 30 years old, and 50% of these cases were students with different levels of education. 93.6% of the women who are satisfied with their desire for motherhood do not have children. **Conclusions:** In Bolivia, the majority of women who opt for an induced abortion are single women between 21 and 30 years old, are still studying, do not have children and do not want them at the moment. Young women often make the decision to have an abortion together with their partner. In almost half of the cases, a trusted contraceptive was used, but it still resulted in an unwanted pregnancy. The most commonly used method during the first trimester is misoprostol.

**Keywords:** induced abortion, survey abortion, sexual and reproductive health.

El aborto se define como la interrupción del embarazo ya sea de manera inducida o espontánea antes de las 20 semanas o con un producto menor a 500 gr<sup>1</sup>. De acuerdo a la OMS cada año se producen alrededor de 73 millones de abortos en el mundo, de los cuales el 61% de los embarazos se interrumpen voluntariamente. En América Latina 3 de cada 4 abortos realizados son calificados como peligrosos, siendo practicados por personal no calificado, con procedimientos altamente nocivos<sup>2</sup>.

Hoy en día en América Latina, hay una cantidad de países que han despenalizado el aborto como ser Argentina, México,

Uruguay, Cuba, Guyana, Guyana Francesa, Puerto Rico y más recientemente Colombia en 2022. Por el contrario, hay países en América Latina que prohíbe el aborto sin excepción como ser El Salvador, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Haití<sup>3</sup>.

Los países que aprueban esta práctica, según condiciones establecidas, son: Paraguay, Venezuela, Guatemala, Perú y Costa Rica, Chile, Brasil, Belice, Ecuador y Bolivia<sup>3</sup>.

En Bolivia, el aborto es la tercera causa de mortalidad en mujeres, en el año 2017 se estimó que se realizaban alrededor de 50 000 a 60 000 abortos por año<sup>4</sup>.

En la actualidad, el aborto se permite en Bolivia solo cuando el embarazo pone en peligro la salud física de la mujer o cuando esta ha sido víctima de violación o incesto; en cualquier otra circunstancia es ilegal<sup>6</sup>.

<sup>1</sup>Médico Cirujano, Universidad Mayor de San Simón, Cochabamba, Bolivia.

<sup>2</sup><https://orcid.org/0000-0001-7426-7996>

\*Correspondencia a: Grettel de Fátima Rojas Rojas

Correo electrónico: gerojas.md@gmail.com

Recibido el 9 de abril de 2022. Aceptado 16 de septiembre de 2022.

**Tabla 1.** Relación entre la edad actual y edad de primer o único aborto

VARIABLE	EDAD DE PRIMER/UNICO ABORTO										
	≤14		15-20		21-30		31-40		TOTAL		
	valor	%	valor	%	valor	%	valor	%	valor	%	
EDAD ACTUAL	15-20	1	7,1	13	92,9	0	0	0	0	14	9
	21-30	0	0	34	28,8	84	71,2	0	0	118	79,2
	31-40	0	0	1	6,2	10	62,5	5	31,3	16	10,7
	≥41	0	0	0	0	0	0	1	100	1	0,7
TOTAL		1	0,7	48	32,2	94	63	6	4	149	100

De acuerdo con estudios realizados en Bolivia, según la Encuesta Postcensal de Salud Materna del año 2000 se estima que 9,1% de las muertes maternas son por aborto, posicionando dicha situación como la tercera causa de muerte en materna<sup>14</sup>. En el año 2011, se ve que el aborto representa el 13% de causa de mortalidad materna, todavía posicionándose como la tercera causa de muerte materna en el país<sup>14</sup>, dejando como un gran desafío para el sistema de salud boliviano el disminuir la mortalidad materna, según lo establecido en los objetivos de desarrollo del milenio de las naciones unidas<sup>16</sup>. En Bolivia el Ministerio de salud y deportes analizó información de 4 maternidades dentro del país, donde se evidencia que 38,5% de los embarazos en menores de 15 años, culmina en aborto<sup>14</sup>.

De acuerdo con bibliografía procedente de Cuba, el aborto no es un hecho unicausal, sino la expresión de un problema más complejo determinado por múltiples factores que pueden ser muy generales (medio en que se desenvuelve la mujer, accesibilidad a servicios seguros de aborto inducido) como muy específicos (factores sociodemográficos, actitudes, ideales reproductivos y anticoncepción)<sup>5</sup>.

Un estudio en Perú data que un 42,59% de abortos provocados se da en pacientes con nivel socioeconómico bajo, una edad promedio de 27 años, y mayormente en mujeres que viven en el concubinato, más de la mitad no usaba un método anticonceptivo por diferentes motivos, estos resultados muestran similitudes con otros estudios realizados en Colombia, Cuba y Brasil<sup>7</sup>. Se asocia la práctica del aborto al inicio de las relaciones sexuales en edad temprana, la inexperiencia propia de la edad, su condición de mujeres solteras y en ocasiones la falta de información. Asimismo, el nivel socioeconómico bajo según las pésimas condiciones de la vivienda, hacinamiento familiar, bajos ingresos económicos influyen en la decisión de las adolescentes de inducir el aborto<sup>8</sup>.

En mujeres entre 20 a 29 años se ve mayormente que se recurre al aborto por una decisión de posponer el matrimonio y la maternidad, y el aun no haber cumplido con las expectativas profesionales, en cambio en mujeres mayores de 30 años, se asocia el aborto a la paridad satisfecha<sup>9</sup>.

En cuanto al método utilizado se ha visto que el aborto

mediante el uso de misoprostol es el más difundido por su facilidad al momento de ser usado y por la seguridad del medicamento, aunque la venta controlada de este se ha vuelto una nueva barrera para aquellas que no desean ser madres<sup>10</sup>.

Es necesario realizar un estudio que se enfoque en la situación de las mujeres al momento de realizarse un aborto inducido en Bolivia, ya que existe un déficit de conocimiento general sobre el aborto provocado, sumando a esto, el riesgo vital de la realización de dicho aborto en la clandestinidad, son factores que incrementan la mortalidad materna en Bolivia.

A partir de este estudio pueden generarse más preguntas respecto al aborto inducido, los factores asociados, entre otros tópicos relacionados, que en un futuro puedan ser estudiadas y que de esta manera favorezcan una mejoría en la salud materna, sexual y reproductiva.

El objetivo general de este estudio es describir y analizar los factores sociales, demográficos y antecedentes Gineco-Obstétricos relacionados al aborto inducido en Bolivia, entre los años 2018 a 2022.

**Tabla 2.** Relación entre la ocupación y el ingreso mensual al momento del aborto

INGRESO	OCUPACIÓN				TOTAL
	Empleo remunerado	Ama de casa	Estudiante	Sin empleo	
500-999	4	1	9	1	15
1000-1999	7		1		8
2000-2999	11				11
3000-3999	7				7
4000-4999	3	1			4
≥6000	5				5
DEPENDIENTE			71	5	76
NINGUNO			20	3	23
TOTAL	37	2	101	9	149

**Tabla 3.** Relación entre la influencia de la pareja según el estado civil de las mujeres al momento de realizarse un aborto

Estado Civil	Influencia de la pareja								Total	
	Obligada		Decisión de ambos		La pareja deja decidir		La pareja no estaba enterada			
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Soltera	7	5,4	39	30	62	47,7	22	16,9	130	87,2
Casada	1	20	2	40	1	20	1	20	5	3,4
Concubina	1	7,7	4	30,7	8	0,6	0	0	13	8,7
Divorciada	0	0	0	0	1	100	0	0	1	0,7
Total	9	6	45	0,3	71	47,7	23	15,4	149	100

## Materiales y métodos

El estudio es observacional, de tipo cuantitativo, descriptivo y corte transversal. Mediante la difusión, vía redes sociales, una encuesta para llenar de forma anónima, durante los meses de mayo a agosto de 2022. Las participantes son mujeres, dentro el territorio boliviano y que cumplan con los criterios de inclusión. El instrumento es una encuesta previamente validada en diferentes niveles de instrucción básica, medio y superior.

Universo: Mujeres con uno o más abortos que hayan tenido acceso al formulario en línea. Muestra: Mujeres bolivianas que alguna vez hayan abortado que aceptan llenar el formulario, y sea llenado de forma completa.

Criterios de inclusión: mujeres entre 15 y 40 años al momento de realizar el aborto, mujeres que hayan tenido al menos un aborto provocado entre los años 2018 al 2022.

Criterios de exclusión: mujeres con patologías de base, mujeres con trastornos psiquiátricos (de personalidad, esquizofrenia, trastorno de bipolaridad) o psicológicos, mujeres que hayan llenado de manera incompleta el formulario.

## Resultados

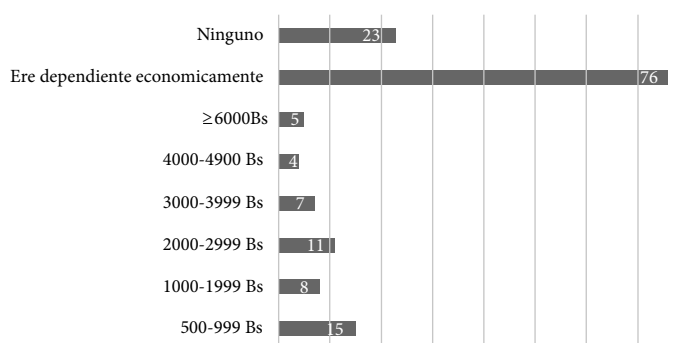
En la Tabla 1 se muestra la distribución por grupos etarios de mujeres que hayan tenido uno o más abortos durante el periodo estudiado, relacionando la edad actual como la edad en la que abortó. Se ve que el grupo etario más representativo

es entre los 21 y 30 años de edad, seguido del grupo entre 15 y 20 años de edad.

En cuanto el nivel de escolaridad alcanzado, gran parte son mujeres profesionales (46,3%), seguido de mujeres que han alcanzado el bachillerato (31,5%), en menor frecuencia mujeres que se formaron como técnico superior (19,5%) y una minoría que cursó hasta parte de la secundaria (2,7%)

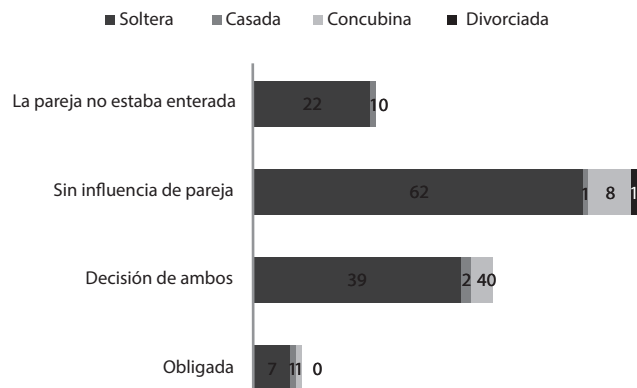
En cuanto al ingreso mensual, existen 51% mujeres que eran económicamente dependiente, 10% mujeres que recibían entre 500-999 bs/mes, 5,4% que recibían entre 1000-1999bs/mes, 7,4% mujeres que recibían 2000-2999bs/mes; 4,7% que percibían un ingreso de 3000-3999 bs/mes, 2,7% percibían entre 4000 a 4999bs/mes. Siendo que el 46,3% de las mujeres era profesional y 19,5% técnico superior, solamente 24,8% de ellas tenía un empleo remunerado en el momento en el que ocurrió la pérdida. Como se expresa en la Tabla 2, gran parte de las mujeres eran estudiantes, económicamente dependientes, y entre las mujeres que tenían un empleo remunerado un 29,7% ganaba entre Bs. 2000-2999.

En cuanto al estado civil, podemos apreciar en la figura 2 que un 87% que corresponde a mujeres estaban solteras al momento de decidir abortar, 9% que corresponde a mujeres, estaban en concubinato, 3% de las mujeres estaban casadas, y 1 mujer divorciada. En la tabla 3 se ve la relación entre el estado civil y la decisión de abortar, siendo más frecuente en mujeres solteras ente 15 a 30 años de edad que la pareja haya dejado decidir a la mujer. Por otro lado, solamente en un caso la mujer se encontraba divorciada y la pareja la dejó

**Figura 1.** Ingreso económico mensual al momento del aborto

**Tabla 4.** Relación entre el grado de influencia social que sintieron las participantes según su edad

Edad	Grado de influencia social					Total
	Muy poco	Poco	Medio	Mucho	Demasiado	
≤14	0	0	1	0	0	0
15-20	14	6	8	7	13	1
21-30	43	8	9	10	24	49
31-40	6	0	0	0	0	143
Total	63	14	18	17	37	149



**Figura 2.** Estado civil al momento de la pérdida y la influencia de la pareja

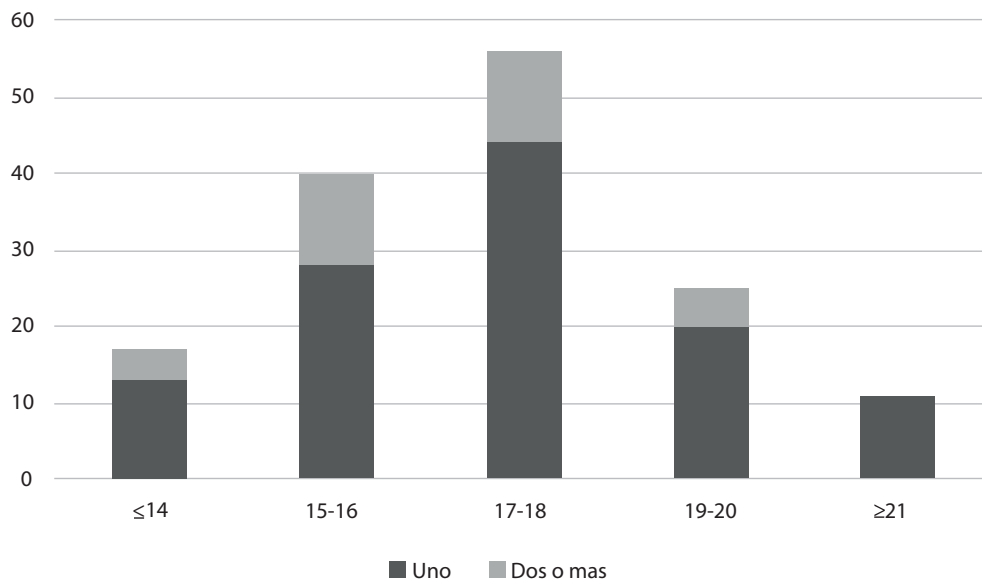
decidir. Entre las mujeres que fueron obligadas por su pareja a abortar 77,8% eran solteras 11,1% casada y 11,1% vivía en concubinato.

Respecto a la influencia familiar sobre el aborto, en 2% de los casos la misma obligó a realizar el aborto (de los cuales

**Tabla 5.** Cantidad de mujeres según el uso de MAC

Tipo(s) de MAC usadas cuando quedó embarazada	Frecuencia	Porcentaje
Barrera	37	24,8
Barrera-DIU	1	0,7
Barrera-Hormonales	4	2,7
DIU	6	4
Hormonales	21	14,1
Químicos-Hormonales	1	0,7
Barrera-Métodos naturales	10	6,7
Hormonales-Métodos naturales	1	0,7
Métodos naturales	23	15,4
Barrera-Hormonales Métodos naturales	5	3,4
Ninguno-Barrera	2	1,3
Ninguno-Hormonales	2	1,3
Ninguno-Químicos Métodos naturales	1	0,7
Ninguno Métodos naturales	3	2
Ninguno	32	21,5
Total general	149	100

2 estaban entre los 15 y 20 años), en cuanto a un 81% la familia no se enteró del embarazo y no tuvo influencia alguna, y en un 17% la familia apoya la decisión de la mujer. En cuanto a la influencia social, la mayoría siente muy poca la influencia social al momento de tomar la decisión (42,3%), otro 9,4% siente poca influencia social, un 12,1% sintieron



**Figura 3.** Relación entre el número de abortos y edad de inicio de vida sexual.

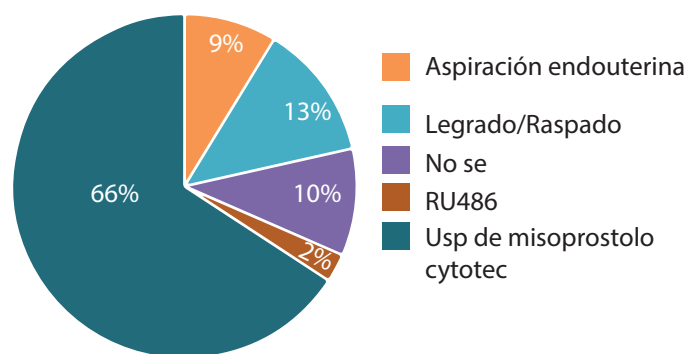


Figura 4. Distribución de métodos abortivos utilizados.

una influencia social media, otro 11,4% siente mucho la presión social al momento de tomar la decisión, y un 24,8% marcó como demasiada la influencia social sobre el cómo fue percibido su embarazo.

En relación a la edad y la influencia social, resumido en la tabla 4, el 64,9% que marcaron demasiado esta entre los 21-30 años, ya que en 50% de dichos casos, las mujeres eran estudiantes, con distintos grados de escolaridad alcanzados. En cambio 77,8% de las mujeres que marcaron como muy poco la influencia social, se encontraban entre los 21- 40 años, de las cuales 73,4% ya eran profesionales.

Respecto al conocimiento de los Métodos Anticonceptivos (MAC), un 92% de las mujeres si tenía conocimiento sobre los MAC y su uso; sin embargo en la tabla 5 se encuentra el número de mujeres que usaron MAC de alta eficacia en las 6 primeras filas, por debajo de estas se encuentra el número de mujeres que uso MAC de baja eficacia, aunque algunos combinados con MAC de alta eficacia; el porcentaje de mujeres que usó únicamente los MAC de alta eficacia como el

Tabla 6. Frecuencias sobre edad, edad gestacional y método usado en caso de un segundo aborto

Variable	Especificación de variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad de segundo aborto	15-20	7	23,3
	21-30	20	66,7
	31-40	3	10
Edad gestacional	Primer trimestre	27	90
	Segundo trimestre	0	0
	No sabe	3	10
Método usado	Legrado	4	13,3
	Aspirado	5	16,7
	Misoprostol	20	66,7
	No sabe	1	3,3

preservativo, métodos hormonales, dispositivos intrauterinos (DIU) y/o químicos<sup>11</sup> son el 47% de las mujeres, el restante 53% utilizaba MAC de muy baja eficacia (métodos naturales ritmo, coito interrumpido, MELA, de los dos días, temperatura basal, moco cervical, entre otros<sup>11</sup>) o no usaban algún método anticonceptivo.

Sobre los antecedentes gineco-obstétricos se recogieron datos sobre el inicio de la vida sexual, gestas previas, número de abortos, tiempo de embarazo alcanzado hasta la interrupción, método de interrupción y deseo de maternidad.

Se registró que el inicio de la vida sexual fue más frecuente entre los 17 y 18 años (39,6%), entre los 15-16 años 26,8%, seguido de 16,8% que iniciaron entre los 19-20 años, 11,4% iniciaron en una edad menor a 14 años y 7% iniciaron a los 21 años en adelante.

Se vio la correlación entre inicio de la actividad sexual y número de abortos y se obtuvo que coincide la frecuencia de un segundo aborto en los grupos etarios de 15-16 y 17-18 años.

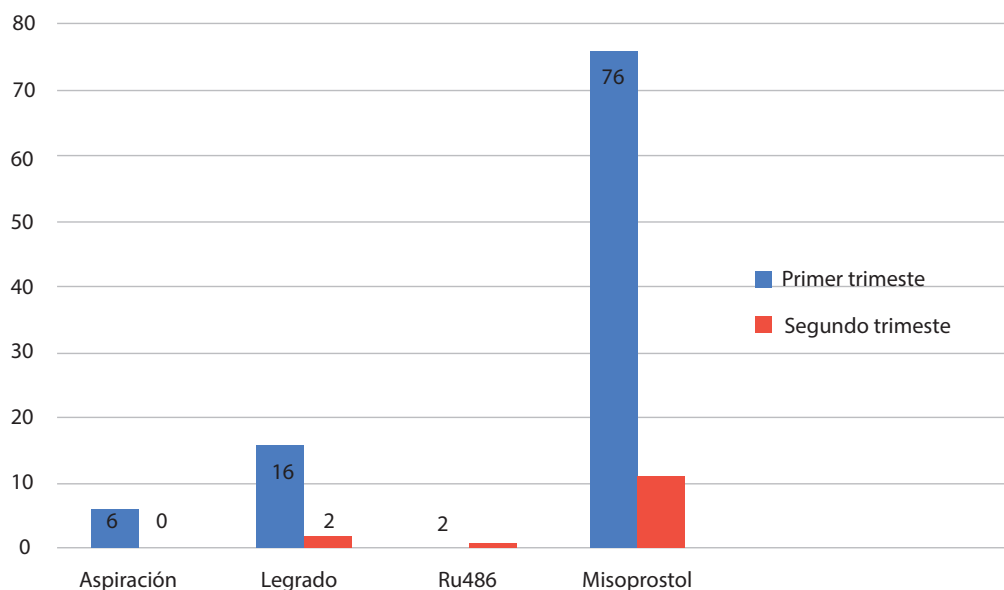


Figura 5. Relación entre métodos abortivos y momento de interrupción de embarazo.

La mayor parte de los embarazos (74,5%) fue interrumpida en el primer trimestre (tuvieron una amenorrea de entre 1 a 3 ciclos), 12,7% fue interrumpido al segundo trimestre (con más de tres ciclos ausentes), y otro 12,7% no sabe en qué momento interrumpió el embarazo.

En la Figura 4 se muestran los distintos métodos usados para inducir el aborto, la gran mayoría con un 65,8% utilizó el misoprostol para inducir el aborto, un 12,7% por legrado, 8,7% por aspiración endouterina, 2% con RU486 (mifepristona) y un 10% no sabe el método utilizado, del 65,8% que utilizaron misoprostol un 87,3% lo utilizaron el primer trimestre, en cambio 12,6% lo utilizaron en el segundo trimestre, pese a los riesgos que conlleva, entre los legrados un 88,9% de los casos se dieron en el primer trimestre del embarazo, mientras que 3 casos usaron mifepristona en el primer trimestre, y 6 legrado.

Se preguntó sobre la realización de un segundo aborto, y en 33 casos la respuesta fue afirmativa, de los cuales 30 completaron las respuestas con respecto al segundo aborto. En cuanto la edad un 66,7% realizó su segundo aborto a entre los 21 y 30 años, seguido en frecuencia de edades entre 15 y 20 años (23,3%) y menos frecuente entre los 31 y 40 años (10%), el 90% lo realizó durante el primer trimestre de embarazo, el resto no sabe al cuanto tiempo de embarazo realizó el segundo aborto. El método más usado sigue siendo el misoprostol con un 66,7%, 16,7% fue por aspirado endouterino, y 13,3% mediante legrado.

El último punto a tocar es el deseo de maternidad cumplido que está presente en 84,6% de las encuestadas o incompleto que corresponde a 14,6%. El 93,6% de las mujeres que si están conformes con su deseo de maternidad no tienen hijos, el 6,3% de las restantes tiene hijos. Entre aquellas que aún no cumplieron con su deseo de maternidad el 100% aun no tienen hijos y se encuentran entre los 15 y 30 años de edad.

## Discusión

En los resultados de este trabajo se puede apreciar que si bien no hay una edad específica que determine el deseo o necesidad de abortar a lo largo de la vida fértil de la mujer, hay muchos determinantes que hacen que sea más frecuente a una edad u otra.

Más de la mitad de las mujeres que marcaron como demasiado la influencia social sobre la percepción de su embarazo estaba entre los 21-30 años, eran solteras y la mitad de estas mujeres eran estudiantes con distintos niveles de escolaridad alcanzados. Este resultado es comparable con resultados de algunas investigaciones muestran que las mujeres que suelen realizarse un aborto son estudiantes y tienen aspiración a continuar los mismos, señalando dicha situación como motivo del aborto<sup>12</sup>.

En algunas situaciones se vio que el aborto no fue decisión de la mujer, si no que intervinieron tanto la familia durante la adolescencia, como la pareja en mujeres mayormente solteras. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la familia no llega a enterarse del embarazo y no influye en la decisión

de abortar, y el hombre mantiene una posición indiferente, Esto concuerda con algunas investigaciones ya realizadas en Latinoamérica donde se observa que entre jóvenes existe más dialogo sobre la decisión de abortar y mayormente el hombre deja a la mujer decidir; siendo lo opuesto en mujeres mayores a 40 años donde no se informa a la pareja sobre la decisión<sup>10</sup>.

El estudio revela que si bien un 47% de las mujeres usaron un método anticonceptivo de confianza quedaron embarazadas y tuvieron que recurrir a un aborto, lo que hace pensar que dichos métodos anticonceptivos no fueron bien usados, o no funcionaron; por otro lado, un 53% no accedió a un anticonceptivo por distintos motivos.

En lo que respecta a los antecedentes gineco-obstetricos, se ha visto en otras investigaciones que el inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas, la inexperiencia, su condición de mujeres solteras y la poca educación sexual conlleva a embarazos tempranos, volviendo a las mujeres jóvenes un grupo más propenso a realizarse un aborto provocado<sup>8</sup>. En este estudio se observa que es más frecuente en mujeres que han iniciado su vida sexual ente los 17-18 años, y hay la misma reincidencia de aborto provocado en mujeres entre 15 a 18 años.

La mayor parte de los abortos se dio en el primer trimestre, siendo el método preferido el uso del misoprostol/cytotec; esto dada su seguridad, eficacia y fácil uso. Pese a lo riesgoso que es un aborto en el segundo trimestre, aun se presenta en 14,6% de las mujeres que saben el tiempo de embarazo. Comparado con otros países como países como Estados Unidos, Inglaterra y Rusia, en los que alrededor del 10% de todos los abortos son hechos en el segundo trimestre o Sudáfrica en un cuarto de todos los abortos son procedimientos en el segundo trimestre<sup>13</sup>.

En conclusión, en Bolivia al igual que en muchos países de Latinoamérica, se ha visto que la mayoría de las mujeres que opto por un aborto provocado son mujeres solteras, entre los 21-30 años, que siguen estudiando, que no tienen hijos ni quieren tenerlos a la fecha, la mayoría de las mujeres jóvenes llega a tomar la decisión junto a su pareja ya sea que ambos estén de acuerdo o que el varón sea indiferente a la decisión. Por más de que casi en la mitad de los casos se usó un anticonceptivo de confianza, estos terminaron en un embarazo no deseado. El método más usado en Bolivia en abortos tempranos (durante el primer trimestre) es el misoprostol.

Se requieren más estudios por periodos de tiempo más prolongado y con más participantes dentro el territorio boliviano, ya que la distribución de participación por departamentos no es uniforme, no se logró llegar a una muestra representativa en los departamentos de Pando, Beni y Oruro pese a la difusión por varios medios en dichos territorios.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.



## Referencias bibliográficas

- Schwarz R., Fescina R., Duverges C. *Obstetricia*. 6ta edición. El Ateneo: Argentina, 2014. P 206.
- Aborto. OMS; 25 de noviembre de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>. [Citado el 05 de septiembre de 2022]
- BBC News Mundo. Aborto en América Latina: en qué países es legal, está restringido o prohibido. 19 de agosto de 2018 - actualizado 2022. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-45132307>. [Citado el 05 de septiembre de 2022]
- Campohermoso Rodríguez OF, Solíz Solíz R. Legalización del aborto en Bolivia: (Cuestión de Salud Pública y Derechos Humanos, no de Moral). *Cuad - Hosp Clín*. 2017;58(2):87-100. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1652-67762017000200014](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762017000200014). [Citado el 05 de septiembre de 2022]
- Cabezas-García E, Langer-Glass A, Alvarez-Vázquez L, Bustamante P. Perfil sociodemográfico del aborto inducido. *Salud Publica Mex*. 1998;40(3):264-71. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/1998.v40n3/264-271/es>. [Citado el 05 de septiembre de 2022]
- Bailey PE, Llano Saavedra L, Kushner L, Welsh M, Janowitz B. Estudio hospitalario del aborto ilegal en Bolivia. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*. 1998;104(2). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/15781>. [Citado el 15 de septiembre de 2022]
- Perez D, Panta A. Factores epidemiológicos asociados al aborto. *Ginecología y Obstetricia*. 1995;41(3). Disponible en: [http://51.222.106.123/index.php/RPGO/article/view/1764/pdf\\_251](http://51.222.106.123/index.php/RPGO/article/view/1764/pdf_251). [Citado el 05 de septiembre de 2022]
- González Broche M, Martínez Barreiro A, Cisneros Pérez D. Factores asociados al aborto provocado en adolescentes de 15-19 años. *Manzanillo. Ciencias Básicas Biomédicas en Ganma*. 2020. Disponible en: <https://cibamanz2021.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2021/paper/viewFile/49/50>. [Citado el 05 de septiembre de 2022]
- Sedgh G, Bankole A, Singh S, Eilers M. Niveles y tendencias del aborto legal por edad de la mujer al momento de la terminación del embarazo. *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*. 2013; 2-13. Disponible en: [guttmacher.org](http://guttmacher.org). [Citado el 05 de septiembre de 2022]
- Ramos S. Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia. *Estud Demogr Urbanos Col Mex*. 2016;31(3):833. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0186-72102016000300833](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-72102016000300833). [Citado el 05 de septiembre de 2022]
- OMS. Planificación familiar. 9 de noviembre de 2020; 27(1):38-9. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>. [Citado el 05 de septiembre de 2022]
- Salomón Prado I. Factores que determinan la decisión de abortar en mujeres con antecedente de aborto provocado. Instituto Especializado materno perinatal 2004. Lima: Facultad de Medicina Humana E.A.P de Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2004. Disponible en: [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2959/Salomon\\_pl.pdf?sequence=1](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2959/Salomon_pl.pdf?sequence=1). [Citado el 05 de septiembre de 2022]
- Grossman D. El aborto en el segundo trimestre. *REDAAS*. Abril 2016; 5(1). Disponible en: <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/834/Elaborto.seg.trimestre.pdf?sequence=5&isAllowed=y#:~:text=Conclusi%C3%B3n-,El%20aborto%20en%20el%20segundo%20trimestre%20es%20responsable%20de%20la,familias%20sin%20enfrentar%20este%20problema>. [Citado el 15 de septiembre de 2022]
- Arévalo H, De La Gálvez Murillo A. Las cifras hablan: El aborto es un problema de salud pública. 2011. Disponible en: <http://clacaidigital.info/handle/123456789/1006>. [Citado el 25 de octubre de 2022]
- Enríquez Nava M, Molina Gutiérrez J. Estudio nacional de mortalidad materna 2011 - Bolivia: resumen ejecutivo. Ministerio de Salud. 2016 . Disponible en: <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones/category/3-investigaciones>. [Citado el 25 de octubre de 2022]
- CEPAL. Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2017. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/temas/objetivos-de-desarrollo-del-milenio-odm/objetivos-desarrollo-milenio>. [Citado el 25 de octubre de 2022]