

Datos sobre el aborto y el embarazo no planeado en América Latina y el Caribe

INCIDENCIA DEL ABORTO

- El número estimado de abortos por año en América Latina y el Caribe cambió poco entre 1995 (4.2 millones) y 2003, (4.1 millones).

- Sin embargo, debido a que el número de mujeres en edad reproductiva aumentó, la tasa anual de aborto disminuyó entre 1995 y 2003— de 37 a 31 abortos por 1,000 mujeres de 15–44 años de edad.

- De los 4.1 millones de abortos realizados en 2003, 3.9 millones fueron inseguros.* La mayoría de abortos seguros ocurrieron en Cuba, Guyana y Puerto Rico—en donde el procedimiento es permitido bajo diversas causales y es practicado por profesionales médicos capacitados.

- En 2003, la tasa anual estimada de abortos inseguros para la región en su conjunto fue de 29 por 1,000 mujeres de 15–44 años de edad; la tasa de procedimientos seguros fue de uno por 1,000.

- Sin embargo, la tasa de aborto varió por subregión. Fue de 33 por 1,000 en América del Sur y 25 por 1,000 en América Central (incluyendo a México, conforme a la clasificación de países de las Naciones Unidas); todos los procedimientos en estas subregiones fueron inseguros. La

tasa de aborto en el Caribe fue de 35 por 1,000—19 abortos inseguros y 16 seguros por 1,000 (la mayoría de estos últimos ocurrieron en Cuba).

- Los cambios recientes en las leyes de aborto que han conducido a la prestación de algunos servicios de aborto seguro en Colombia y la Ciudad de México no se reflejan en estas estadísticas. Las estimaciones preliminares sugieren que unos 7,000 abortos legales y seguros se realizaron en la Ciudad de México en los 10 meses posteriores a la reforma de la ley en abril de 2007.¹

ESTATUS LEGAL DEL ABORTO

- El aborto está totalmente prohibido en siete de los 34 países y territorios de la región (ver tabla, página 2). En otros ocho es permitido solamente para salvar la vida de la mujer o, en algunos países, en casos de violación (Brasil, México y Panamá) o por malformación fetal (México y Panamá).

- Ocho países permiten el aborto para preservar la salud física de la mujer (así como para salvar su vida) y otros cinco permiten el procedimiento para preservar su salud mental (así como para preservar su salud física y salvar su vida). Siete de estos 13 países también hacen excepciones por violación, tres por incesto y uno permite el aborto en casos de malformación fetal.

- De los 34 países y territorios en América Latina y el Caribe, solamente seis permiten el aborto bajo criterios amplios—sin restricción en cuanto a razón o por razo-

nes socioeconómicas. Estos seis países albergan el 3% de las mujeres de 15–44 años de la región.

- El 97% restante de mujeres en edad reproductiva en la región vive en países en donde la ley de aborto es altamente restrictiva y el procedimiento se permite solamente bajo causales relativamente estrictas (como lo definen las primeras cuatro categorías en la tabla).

- En países que permiten el aborto bajo causales estrictas, es poco probable que muchas mujeres tengan los medios para superar las barreras legales y médicas que se les presentan para obtener un procedimiento legal y seguro bajo esas causales.

- Tres países, o estados dentro de un país, han liberalizado sus leyes de aborto de manera substancial desde 1997— Colombia, Santa Lucía y México Distrito Federal (Ciudad de México).

- Dos países, El Salvador y Nicaragua, han intensificado las restricciones al aborto desde 1997 y ahora prohíben el procedimiento bajo toda circunstancia, eliminado la excepción para salvar la vida de la mujer.

- La oposición a la reforma del aborto sigue siendo una fuerza importante en la región. Por ejemplo, en reacción a la ley de la Ciudad de México que expande el acceso al aborto, 13 de los 31 estados de México han enmendado sus constituciones para definir el comienzo de la vida en el momento de la concepción.

*En este informe, los abortos están categorizados como seguros o inseguros utilizando las definiciones estándar de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS define el aborto inseguro como un procedimiento que tiene el propósito de terminar con un embarazo no planeado y que es realizado por personas sin la capacitación necesaria, en un ambiente que no se apega a los estándares médicos mínimos, o si concurren ambas situaciones.

Legalidad del Aborto

Los países y territorios en América Latina y el Caribe pueden clasificarse en seis categorías, conforme a las razones por las cuales el aborto es permitido legalmente.

Razón	Países y territorios
Prohibido totalmente o ninguna excepción legal explícita para salvar la vida de una mujer	Chile, República Dominicana, El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua, Surinam
Para salvar la vida de una mujer	Antigua y Barbuda, Brasil (a), Dominica, Guatemala, México (a,d,g), Panamá (a,d,f), Paraguay, Venezuela
Para preservar la salud física (y salvar la vida de una mujer)	Argentina (b), Bahamas, Bolivia (a,c), Costa Rica (b), Ecuador (a), Granada, Perú, Uruguay (a)
Para preservar la salud mental (y todas las razones anteriores)	Colombia (a,c,d), Jamaica (f), San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía (a,c), Trinidad y Tobago
Razones socioeconómicas (y todas las razones anteriores)	Barbados (a,c,d,f), Belice (d), San Vicente y las Granadinas (a,c,d)
Sin restricción en cuanto a razón	Cuba (f), Guyana, Puerto Rico

Notas: Algunos países también permiten el aborto en casos de (a) violación, (b) violación de una mujer mentalmente discapacitada, (c) incesto o (d) malformación fetal. Algunos países restringen el aborto requiriendo (e) autorización del esposo o (f) autorización de los padres. En México, (g) la legalidad del aborto se determina a nivel de los estados y la categorización legal que aquí se presenta refleja el estatus para la mayoría de las mujeres. Los países que permiten el aborto por razones socioeconómicas o sin restricción en cuanto a razón tienen límites gestacionales (generalmente el primer trimestre); El aborto puede ser permitido luego de la edad gestacional especificada, pero solamente bajo condiciones determinadas.

PRESTADORES DE SERVICIOS DE ABORTOS CLANDESTINOS

- Según encuestas a profesionales de la salud conocedores del tema en Guatemala, México y Perú, las mujeres que buscan abortos comúnmente acuden a comadronas tradicionales, muchas de las cuales emplean técnicas inseguras; o bien, a médicos o enfermeras, quienes generalmente prestan servicios más seguros. Algunas mujeres tratan de autoinducirse el aborto usando métodos altamente peligrosos, mientras que otras compran medicamentos a farmacéuticos u otros proveedores para inducir el aborto.
- En estos tres países, las mujeres pobres y aquellas que viven en áreas rurales tienen más

probabilidad que las mujeres en mejores condiciones económicas y que las mujeres urbanas de recurrir a métodos inseguros y a prestadores de servicios sin una capacitación adecuada.

- En Guatemala, las mujeres pobres que viven en el medio rural, tienen una probabilidad tres veces mayor de recibir un aborto de una comadrona tradicional (60% vs. 18%), y una probabilidad mucho menor de recibir un aborto de un médico (4% vs. 55%), que las mujeres en mejores condiciones económicas que viven en el medio urbano.
- Las mujeres en estos países citan el temor a las consecuencias legales, el estigma social, el alto costo y la falta de acceso a profesionales sanitarios capacitados como las mayores barreras para obtener abortos seguros.
- El uso del aborto con medicamentos,* sobre todo a través del uso de misoprostol, está

creciendo en toda la región y ha aumentado la seguridad de los procedimientos clandestinos. El uso de este método es especialmente alto en Brasil, Colombia, República Dominicana, Ecuador, México y Perú.

CONSECUENCIAS DEL ABORTO INSEGURO PARA LA SALUD

- La Organización Mundial de la Salud estima que en América Latina y el Caribe, una de cada ocho muertes maternas resulta de un aborto inseguro.
- Cerca de un millón de mujeres en América Latina y el Caribe son hospitalizadas anualmente para ser tratadas por complicaciones derivadas de abortos inseguros.
- Las complicaciones más comunes del aborto inseguro son el aborto incompleto, la pérdida excesiva de sangre y la infección. Complicaciones menos comunes pero muy serias son el shock séptico, la perforación de los intestinos y la inflamación del peritoneo.

• Las mujeres pobres que viven en el medio rural tienden a depender de los métodos menos seguros y de prestadores de servicios sin capacitación. Éstas son, por tanto, las que tienen mayor probabilidad de sufrir efectos secundarios graves del aborto inseguro.

• En Guatemala y México, expertos en la materia estiman que el 42–67% de las mujeres pobres que tienen abortos experimentan complicaciones graves para su salud, comparadas con el 28–38% de las mujeres en mejores condiciones económicas.

• Se estima que un 10–20% de todas las mujeres que tienen abortos necesitan, pero no reciben, atención médica para complicaciones graves.

• Casi nueve de cada 1,000 mujeres en edad reproductiva en Guatemala y seis de cada 1,000 en México, son hospitalizadas cada año por complicaciones de abortos inseguros.

• Los servicios de atención postaborto en muchos países de la región no son de buena calidad. Algunos defectos comunes incluyen un acceso inadecuado, retrasos en el tratamiento, uso de métodos inapropiados y actitudes prejuiciosas por parte del personal de clínicas y hospitales. Es probable que estos factores disuadan a algunas mujeres, especialmente a las mujeres jóvenes y solteras, de obtener el tratamiento necesario.

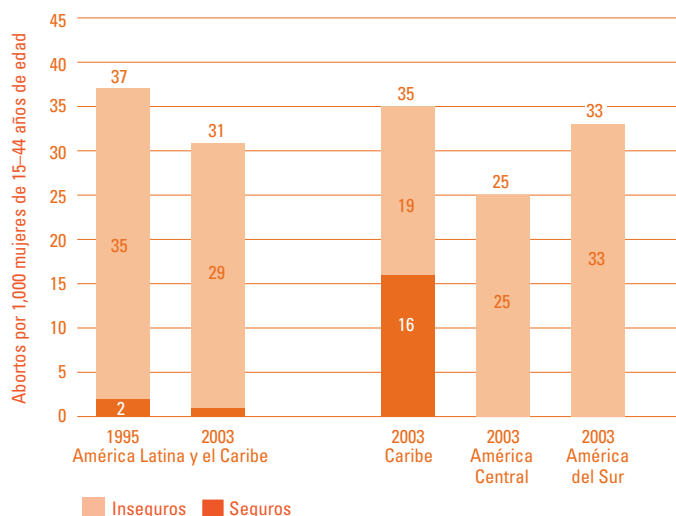
EMBARAZOS NO PLANEADOS Y USO DE ANTICONCEPTIVOS

• La tasa de embarazos en América Latina y el Caribe disminuyó de 159 por 1,000 mujeres de 15–44 años de edad en 1995 a 123 por 1,000 en 2008.

*El término "aborto con medicamentos" se refiere a la terminación del embarazo por medio de medicamentos en lugar de por intervención quirúrgica. El mifepristone (RU 486), un medicamento que bloquea la acción de la progesterona en el cuerpo; y el misoprostol, una prostaglandina que causa contracciones en el útero, son usados, muchas veces juntos, para producir un resultado muy parecido a un aborto espontáneo.

Tasas de Aborto en América Latina y el Caribe

La tasa de aborto disminuyó entre 1995 y 2003; y tuvo amplias variaciones por subregión en 2003.



Notas: Conforme a la clasificación de las Naciones Unidas, se define a América Central incluyendo a México. Las tasas pueden no ser igual al total debido al redondeo.

- La tasa de embarazos no planeados también disminuyó, de 96 por 1,000 mujeres de 15-44 años de edad en 1995 a 72 por 1,000 en 2008. Sin embargo, este nivel es todavía mucho más alto que el promedio mundial de 55 por 1,000.

- En 2008, la tasa de embarazos no planeados era más alta en el Caribe y Sudamérica (78-80 por 1,000) que en América Central (54 por 1,000).

- En promedio, la proporción de mujeres casadas de 15-44 años de edad que estaban usando anticonceptivos aumentó en un 15% entre 1990 y 2003, de un 62% a un 71%. En muchos países, el uso de anticonceptivos también aumentó entre las mujeres jóvenes, solteras y sexualmente activas.

- Lo más probable es que la disminución en las tasas globales de embarazo entre 1995 y 2008 se haya debido al aumento en el uso de anticonceptivos.

- No obstante, muchas mujeres todavía no tienen acceso a los anticonceptivos. Se estima que un 10% de las mujeres en edad reproductiva en la región tuvieron una necesidad insatisfecha de anticonceptivos entre 2002-2007, en descenso respecto al 16% de mediados de los noventa.*

- Los niveles de necesidad insatisfecha son particularmente altos entre las mujeres jóvenes, solteras y sexualmente activas. En la mayoría de los países de la región, el 30-50% de las mujeres solteras y sexualmente activas de 15-24 años de edad no estaban usando ningún tipo de método anticonceptivo entre 2002-2007.

*Se considera que las mujeres tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos si están casadas o solteras, son sexualmente activas, pueden quedar embarazadas, no desean tener un hijo pronto o del todo y no están usando ningún método anticonceptivo.

- Cuando se pregunta a las mujeres sexualmente activas que no quieren quedarse embarazadas la razón por la cual no usan un método anticonceptivo, la respuesta más común es que tienen relaciones sexuales con muy poca frecuencia—lo que sugiere una falta de comprensión del riesgo que tienen de un embarazo no planeado.

- La siguiente respuesta más común es que no les gustan los efectos secundarios o riesgos percibidos para la salud asociados a los anticonceptivos modernos, lo que sugiere la necesidad de servicios que proporcionen una amplia gama de opciones anticonceptivas.

RECOMENDACIONES

- Se debe establecer o fortalecer programas y políticas que mejoren el conocimiento, acceso y uso de métodos anti-

conceptivos de mujeres y hombres, puesto que el uso de anticonceptivos es la forma más segura de prevenir los embarazos no planeados y, por tanto, la necesidad del aborto.

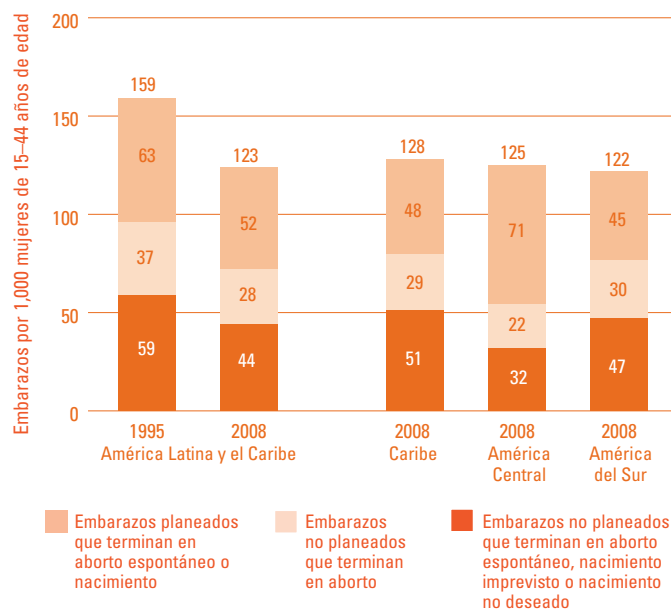
- Se debe mejorar y expandir la prestación de servicios de atención postaborto, para reducir los altos niveles de morbilidad y mortalidad que resultan de los abortos inseguros.

- Se debe ampliar las causales para el aborto legal en la región, con el fin de reducir el número de procedimientos clandestinos e inseguros.

- Se debe hacer más equitativo el acceso a la planificación familiar y a la atención postaborto, porque las tasas de morbilidad y mortalidad de abortos inseguros son desproporcionadamente altas en mujeres pobres y en mujeres que viven en el medio rural.

Tasas de embarazo en América Latina y el Caribe

La tasa de embarazos no planeados disminuyó entre 1995 y 2008; y tuvo variaciones por subregión en 2008.



Notas: Conforme a la clasificación de las Naciones Unidas, se define a América Central incluyendo a México. Las tasas pueden no ser igual al total debido al redondeo.

A menos que se indique de otra forma, la información contenida en esta hoja informativa proviene de Singh S. et al., Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress, Nueva York: Guttmacher Institute, 2009.

REFERENCIA

1. Mondragón y Kalb M, La legalización e implementación de servicios de aborto en la Ciudad de México, documento presentado en la reunión anual de la Federación Nacional de Aborto, Minneapolis, MN, EEUU, Abril 6-8, 2008.



Progresando en la salud sexual y reproductiva en el mundo a través de la investigación, el análisis de políticas y la educación pública

New York

125 Maiden Lane
New York, NY, USA 10038
Tel: 212.248.1111 Fax: 212.248.1951
info@guttmacher.org

Washington D.C.

1301 Connecticut Avenue, N.W., Suite 700
Washington, DC, USA 20036
Tel: 202.296.4012, Fax: 202.223.5756
policyinfo@guttmacher.org

www.guttmacher.org