

# La Incidencia del Aborto Inducido a Nivel Mundial

Por Stanley K. Henshaw, Susheela Singh y Taylor Haas

**Contexto:** Se ha puesto difícil en muchas áreas del mundo la medición idónea de niveles de aborto inducido. Los trabajadores de salud y los encargados de formular políticas necesitan disponer de información sobre la incidencia de tanto el aborto legal como ilegal, para ofrecer los servicios requeridos para disminuir el impacto negativo que puede tener el aborto inseguro en la salud de la mujer.

**Métodos:** Se estimaron los números y tasas de abortos inducidos en base a cuatro fuentes: estadísticas oficiales o datos nacionales sobre abortos legales en 57 países; estimaciones basadas en encuestas demográficas de dos países que no cuentan con estadísticas oficiales; estudios especiales conducidos en 10 países donde se prohíbe estrictamente el aborto; y estimaciones mundiales y regionales de abortos no seguros obtenidos de la Organización Mundial de la Salud.

**Resultados:** En 1995, se realizaron aproximadamente 26 millones de abortos legales y 20 millones de abortos ilegales en todo el mundo, lo cual resulta en una tasa mundial de 35 abortos por cada 1.000 mujeres de 15–44 años. Entre las subregiones del mundo, Europa Oriental presentó la tasa más elevada (90 por 1.000) y Europa Occidental la más baja (11 por 1.000). Entre los países donde el aborto es legal y no restringido, la tasa más elevada, 83 por 1.000, se registró en Viet Nam, y la más baja, siete por 1.000, en Bélgica y los Países Bajos. En general, las tasas de aborto en los países que restringen el procedimiento por ley (y donde muchos abortos se realizan en condiciones inseguras) no son más bajas que las tasas que predominan en los países que permiten el aborto.

**Conclusiones:** Tanto los países desarrollados como los en vías de desarrollo pueden tener bajas tasas de aborto. Sin embargo, la mayoría de los países registran tasas de aborto entre moderadas y elevadas, lo cual refleja una baja prevalencia de uso anticonceptivo y una eficacia de uso inadecuada. Las restricciones legales severas no garantizan una baja tasa de aborto.

Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, número especial de 1999, págs. 16–24

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, instó a los gobiernos y a otras organizaciones relevantes “a enfrentar el impacto que tiene el aborto inseguro en la salud como un problema fundamental de salud pública, y a reducir el uso del aborto, al incrementar y mejorar los servicios de planificación familiar”.<sup>1</sup> Para cumplir esta recomendación, los encargados de adoptar decisiones necesitan de información sobre la disponibilidad y calidad de los servicios de planificación familiar, la gravedad del daño a la salud que sufre la mujer debido al aborto inseguro y la incidencia del aborto.

Este artículo se centra en el último factor—la incidencia tanto del aborto legal como ilegal, en cada país o región. Los datos comparativos ofrecen un panorama sobre los niveles de aborto que se podrían obtener en un país en particular, y sobre los factores que influyen en las tasas de aborto.

A pesar de su importancia, en muchos lugares del mundo ha resultado difícil ob-

tener medidas exactas del nivel de aborto inducido. En muchos países donde el aborto es legal bajo condiciones generales, se mantienen estadísticas sobre abortos que son relativamente completas y exactas, pero en otros países, no hay datos oficiales o son incompletos. Un problema común es que algunos procedimientos que se realizan en el sector privado no se notifican, y por lo tanto no aparecen en las cifras globales.

Además, la disponibilidad de estadísticas se ve limitada por otros factores. En algunos países, se notifican solamente algunos tipos de abortos—por ejemplo, sólo aquellos que cumplen con los requisitos y disposiciones oficiales, aquellos que se realizan en lugares donde la notificación es de rigor (tales como hospitales o clínicas) o los que son cubiertos por el seguro del gobierno. Además, en algunos lugares donde por ley es obligatorio notificar la realización de un aborto, el cumplimiento de esta disposición es irregular.

Es comprensible que no se mantengan

estadísticas oficiales en los países donde el aborto es ilegal y está estrictamente prohibido y que puede acarrear la imposición de penas severas. En estos lugares, además, los intentos de obtener información sobre los abortos inducidos por otros métodos (por ejemplo, mediante las entrevistas personales con mujeres, médicos y otros proveedores) muy probablemente conducen a datos inexactos.<sup>2</sup>

Debido a estos problemas, hemos utilizado una gran diversidad de fuentes de datos, enfoques y métodos para calcular y obtener las mejores estimaciones posibles sobre el número de aborto inducidos que se realizan a nivel mundial y en regiones y países específicos. Los datos de investigación que se presentan en este artículo continúan una serie de informaciones generales a nivel mundial sobre el nivel de abortos realizados, y se utiliza un enfoque similar con respecto a la recopilación de datos y estimaciones.<sup>3</sup> Además, se recurre a compilaciones sobre el nivel de abortos obtenidas por organizaciones e investigadores para diversas regiones o países.<sup>4</sup>

Este artículo presenta las estimaciones de los niveles de aborto inducido, con base en un empeño realizado recientemente para reunir todas las estadísticas oficiales disponibles de países que mantienen este tipo de datos, así como estimaciones disponibles de países que no cuentan con estadísticas oficiales. Incorporamos las estadísticas mundiales y regionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el número de abortos inseguros, los cuales esta organización define como los abortos que no cumplen con los requisitos legales de los países donde el aborto es generalmente permitido, así como los abortos en países donde el procedimiento está restringido. (En consecuencia, las estimaciones de la OMS de procedimien-

Stanley K. Henshaw es subdirector de investigaciones, Susheela Singh es director de investigación y Taylor Haas es una investigadora asociada, todos en el Alan Guttmacher Institute, Nueva York. Los autores desean agradecer a Evert Ketting por su gran ayuda en recopilar datos y a Kathleen Berentsen y Vanessa Woog por su asistencia en materia de investigaciones. La investigación en que se basa este artículo contó con el apoyo parcial del Wallace Global Fund.

tos “inseguros” pueden ser consideradas como estimaciones de abortos ilegales.) Combinamos estas estimaciones con todos los datos disponibles sobre abortos legales para lograr un cálculo global del número y nivel de abortos inducidos, sean realizados en forma segura o insegura, o sean de carácter legal o ilegal.

## Métodos y fuentes de datos

### *Países sin leyes restrictivas*

Nuestro objetivo fue obtener estadísticas sobre los abortos de todos los países\* donde el aborto estaba legalizado y generalmente disponible en 1997 y que tuvieran una población de un millón de habitantes o más. En cada país donde creíamos que se disponía de datos, solicitamos información y publicaciones de estadísticas sobre abortos de la oficina nacional de estadísticas o de un experto local informado. (Los expertos eran funcionarios de gobierno, científicos interesados en el tema del aborto y funcionarios de los programas de planificación familiar.) Para la mayoría de los países, enviamos un cuestionario solicitando datos específicos sobre el aborto, los nacimientos y otros datos de población.

Los datos sobre abortos son generalmente recopilados por oficinas gubernamentales, las cuales recopilan estadísticas de las reparticiones de salud y de médicos que realizan abortos. Si bien generalmente se requiere de que se notifique la realización de un aborto, en muchos países esta información suele ser incompleta—y por lo tanto puede conducir a errores. En consecuencia, solicitamos a los expertos locales que evaluaran la documentación para verificar si los datos estaban completos, y mantuvimos por separado los resultados para los países cuyos datos eran incompletos o que no se sabía si estaban completos.

Obtuvimos datos de 50 de los 56 países donde el aborto estaba permitido en 1997 por razones socioeconómicas o sin restricciones.<sup>5†</sup> Asimismo, disponemos de información sobre nueve países donde la legislación es más restrictiva pero los servicios de aborto legal están a la disposición de la mujer.

A continuación, presentamos estadísticas gubernamentales sobre los abortos realizados en estos 59 países en total, excepto siete. En Australia, obtuvimos datos de los archivos nacionales de pagos de seguros de salud y de los registros hospitalarios.<sup>6</sup> En Puerto Rico, el número de abortos se obtuvo mediante una proyección basada en datos de una encuesta a proveedores de abortos,<sup>7</sup> en tanto que en

Corea (Corea del Sur) y Turquía se utilizaron las encuestas de hogares.<sup>8</sup> El número de abortos correspondientes a Suiza lo obtuvimos de una publicación que notificó el número de abortos de cada cantón, con estimaciones para dos cantones.<sup>9</sup> Con respecto a los Estados Unidos, utilizamos los datos publicados por el Alan Guttmacher Institute (AGI), en lugar de las estadísticas gubernamentales, las cuales en varios estados son incompletas. (Las estadísticas del AGI se basan en encuestas periódicas realizadas a todos los proveedores de abortos del país.<sup>10</sup>) Los datos correspondientes a Zambia fueron obtenidos de un solo hospital donde se realizan casi todos los abortos legales.<sup>11</sup>

En algunos lugares, los sistemas múltiples de notificación dieron por resultado estadísticas diferentes. Los sistemas de clasificación de abortos varían y algunos incluyen y otros no, el aborto temprano, realizado mediante un mecanismo de aspiración (manual o eléctrico), el aborto espontáneo o el aborto criminal; además, algunos sistemas distinguen entre abortos electivos y terapéuticos. En situaciones como estas, hemos recurrido a la opinión de los expertos de cada país para evaluar la confiabilidad de los datos obtenidos con cada sistema y para ayudarnos en nuestra decisión de utilizar una combinación de fuentes o datos disponibles de una sola fuente.

Por ejemplo, en algunos países que formaban parte de la Unión Soviética, tanto el ministerio de salud como la oficina gubernamental de estadísticas compilan estadísticas de abortos, aunque ambos sistemas tienen sus fallas. Con respecto a la Federación de Rusia, por ejemplo, utilizamos las estadísticas del Ministerio de Salud, si bien estas excluyen los abortos realizados en las instalaciones del Ministerio de Transporte o en otros ministerios. La oficina de estadísticas del gobierno recopila datos de todos los ministerios, aunque sus datos incluyen los abortos espontáneos y omiten los abortos tempranos realizados por la aspiración.

En el caso de China, también utilizamos las estadísticas del Ministerio de Salud, en parte porque se encuentran disponibles para un mayor número de años. No obstante, aunque otros han sugerido que las unidades administrativas que aportan estos datos al Ministerio de Salud en el pasado tuvieron una tendencia a sobrestimar la información, creemos que el número total es probablemente demasiado bajo, especialmente en los últimos años, debido a la omisión de cerca de un millón de abortos médicos (mifepristone) por año y

la información incompleta procedente de las clínicas de planificación familiar. El programa de planificación familiar también compila estadísticas sobre abortos, aunque estas estadísticas se basan en datos suministrados por las mujeres mismas durante reuniones locales; además, estos datos excluyen a las mujeres no casadas y omiten los abortos realizados en muchos hospitales municipales. También faltan datos para algunas provincias en varios años. Aún así, para algunos años, los totales de los abortos proporcionados por los servicios de planificación familiar son más altos que los del Ministerio de Salud.

Con respecto a Corea del Sur y Turquía, dos países sin un registro nacional o servicio de estadísticas, presentamos estimaciones basadas en encuestas en las que se les preguntó a las mujeres alguna vez casadas de 20–44 años (en Corea del Sur) y de 15–49 años (en Turquía) acerca de su experiencia del aborto durante el año previo. Pues, el número de abortos en estos dos países es una subestimación, porque no se incluyen los abortos de las mujeres no casadas. Dado que la edad promedio del primer matrimonio es muy elevado en Corea (unos 26–27 años para las mujeres), es sustancial el porcentaje de mujeres que no están casadas, y es considerable el número de abortos que se realizan a este grupo de mujeres.<sup>12</sup>

La edad mediana del primer matrimonio en Turquía es más baja (19 años), y si bien no se considera que es común la actividad sexual prematrimonial, algunos abortos probablemente ocurren a mujeres no casadas. Además, en las encuestas frecuentemente no se notifique el número real de abortos. No obstante, en países como Corea del Sur y Turquía, el sistema de notificación de abortos parece relativamente completo, dado que este procedimiento es legal y no constituye un estigma, y el nivel de abortos notificados es elevado.

Para nuestras estimaciones regionales y a nivel mundial del número de abortos legales, tuvimos que incluir los abortos legales no registrados correspondientes a países donde no se notifican todos los

\*La palabra “países” aquí utilizada incluye ciertos territorios dependientes con sus propias estadísticas sobre aborto o legislación independiente.

†Entre los seis países excluidos se encuentran Austria, Grecia y Taiwán, cuyos datos incluyen solamente servicios suministrados en las instalaciones públicas, y por lo tanto representan una fracción pequeña y atípica de mujeres que tienen abortos. Además, no pudimos obtener información reciente sobre Bosnia o Corea del Norte. No se dispuso de datos sobre Camboya, país que liberalizó su legislación a fines de 1997.

abortos legales o donde la información es incompleta. Para Francia e Italia, utilizamos las estimaciones de los expertos locales.<sup>13</sup> Para los países restantes, tomamos en cuenta la opinión de los expertos locales, así como las tasas de aborto de otros países con un perfil similar de suministro de servicios y cuyas características legales y sociales con respecto al aborto también eran similares. De nuestro número estimado de abortos legales a nivel mundial, el 71% fueron notificados y el 29% fueron estimaciones de abortos no registrados.

Para las estimaciones de la población y el número de nacimientos vivos necesarios para calcular las tasas y las proporciones, utilizamos, cuando era posible, datos de las fuentes oficiales que habían sido publicadas; datos obtenidos de las oficinas de estadísticas de los países; o información suministrada por nuestros expertos en cada país. Las compilaciones de datos publicados por el Consejo de Europa y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) fueron utilizadas si no se podían obtener datos o si había omisiones en los datos oficiales obtenidos.<sup>14</sup> En algunos países, utilizamos los datos de nacimientos suministrados por la Population Reference Bureau. Con respecto a los países de los que no pudimos obtener estimaciones oficiales de la población de mujeres de 15–44 años, recurrimos a las estimaciones de la División de Población de la ONU,<sup>15</sup> y cuando fue necesario hicimos interpolaciones.

### *Países con legislación muy restrictiva*

Los países con legislación restrictiva con respecto al aborto generalmente no disponen de estadísticas oficiales sobre este procedimiento. A nivel regional y mundial, utilizamos las estimaciones de la OMS sobre el número de abortos que se realizan en regiones donde el aborto es

muy restringido y sobre el número de abortos inseguros que ocurren en zonas donde el aborto está legalmente permitido, pero donde un número considerable se realiza en condiciones ilegales.<sup>16</sup> Estas estimaciones se basan en técnicas “indirectas” y toman en consideración una variedad de información disponible sobre el aborto, inclusive estudios que documentan la razón entre los nacimientos y las complicaciones de abortos tratadas en hospitales, información sobre el acceso a servicios clandestinos de aborto ofrecidos por médicos capacitados, la probabilidad de tener complicaciones debido a un aborto, el grado de acceso a un tratamiento en el hospital y el nivel de urbanización.

Estas técnicas usan información obtenida de diversas fuentes: estadísticas oficiales sobre mujeres hospitalizadas para tratamiento de complicaciones de abortos; estudios de hospitales; encuestas en instalaciones médicas; y encuestas a proveedores, mujeres o pacientes del aborto. Cada una de estas fuentes tiene ciertas carencias y es necesario realizar ajustes y suposiciones para tener en cuenta estas limitaciones.

En los lugares donde el aborto está extremadamente restringido, las estimaciones de abortos son escasas porque requieren de un gran trabajo de investigación. Dichas estimaciones comienzan con las estadísticas sobre el número de mujeres hospitalizadas debido a complicaciones de abortos y se trabaja a partir de estos datos, haciendo correcciones con respecto a la subestimación de datos y a las fallas de notificación, y luego se obtiene el número de abortos inducidos, eliminando los abortos espontáneos. En las publicaciones disponibles, encontramos estimaciones de 10 países correspondientes a un período reciente.<sup>17</sup> Entre este grupo de países se incluye Bangladesh, donde la regulación menstrual está permitida y donde se mantienen estadísticas oficiales; si bien el aborto está legalmente restringido en aquel país, es una práctica común.

Una medida importante es determinar el porcentaje de mujeres con un aborto clandestino que tenían la mayor probabilidad de ser hospitalizadas debido a complicaciones; este factor se calcula con base en los resultados de las encuestas comunitarias y de encuestas de opinión de profesionales de salud. Sin embargo, como hay dos elementos fundamentales sujetos a cambios—el acceso a un procedimiento seguro de aborto y el acceso a la atención hospitalaria—las estimaciones toman esto en cuenta en la medida de lo posible, mediante el uso de cualquier información que

esté disponible sobre acceso a servicios seguros de aborto o a atención hospitalaria, y realizando la comparación de las diferentes fuentes a través de tiempo y haciendo uso de la fuente de información más reciente.

Las estimaciones correspondientes a dos de estos 10 países incluyó un componente adicional. Con respecto a Nigeria, también se incorporó el cálculo del número de abortos suministrados por los médicos privados, obtenidos mediante entrevistas en un número determinado de clínicas médicas.<sup>18</sup> Con respecto a Bangladesh, el número incluye una estimación de los procedimientos de regulación menstrual, calculada mediante estadísticas oficiales ajustadas por los resultados de una encuesta sobre el nivel de subregistro de este tipo de procedimiento por parte de los proveedores.<sup>19</sup>

### *Estimaciones a nivel mundial y regional*

El número calculado de abortos legales e ilegales y su suma—la estimación del número total de abortos realizados a nivel mundial—tienen un margen de error de algunos millones. Una mayor parte del error posible resulta de la necesidad de calcular el nivel de abortos no registrados en cuatro grandes zonas—China, India, Japón y los países que componen la ex-Unión Soviética. Los números de abortos en estas regiones son elevados e influyen en el cálculo del total de abortos; aún más, nuestras suposiciones sobre si la información está completa o no contribuyen al margen de error en la estimación realizada a nivel mundial. Los cálculos de la OMS respecto al número total de abortos ilegales a nivel mundial involucran un considerable nivel de incertidumbre, debido a que se utilizó una metodología de cálculo indirecta.

## **Resultados**

### *Incidencia mundial*

En 1995, se realizaron aproximadamente 46 millones de abortos en todo el mundo (Cuadro 1). De estos, cerca de 26 millones fueron legales y 20 millones ilegales.\* La tasa de aborto a nivel mundial fue de aproximadamente 35 por cada 1.000 mujeres de 15–44 años. De todos los embarazos (excluidos las pérdidas del feto y mortinatos), el 26% fueron terminados mediante un aborto.<sup>†</sup>

En un trabajo que realizamos anteriormente, estimamos que en 1987 se realizaron 43 millones de abortos (28 millones legales y 15 millones clandestinos), con un margen probable de 36–53 millones.<sup>20</sup> La disminución aparente del número de

\*Los abortos ilegales incluyen aquellos que no parecen cumplir con los requisitos legales en los países donde el aborto es permitido bajo una amplia gama de condiciones, así como aquellos que se realizan en países con legislación restrictiva. En muchos países, sin embargo, el significado exacto de la ley no ha sido determinado por los tribunales y algunos abortos “ilegales” podrían ser considerados legales si estos casos se sometieran a litigio.

†Una mejor medida para evaluar la incidencia del aborto es el porcentaje de embarazos no planeados que terminan en aborto, pero generalmente no se dispone de la información sobre los embarazos no planeados que terminan en nacimientos. Por lo tanto, se acostumbra notificar la relación entre los abortos en un año con todos los nacimientos del mismo año, o la relación entre los abortos con los nacimientos más los abortos. Lo último es equivalente al porcentaje de embarazos (excluidas las pérdidas de feto) que terminaron en aborto. Esta medida se ve muy afectada por el número de nacimientos planeados y no planeados en una población determinada.

**Cuadro 1. Número estimado de abortos inducidos, según la condición legal del aborto, y porcentaje de todos los abortos que son ilegales, tasa de aborto y proporción de aborto, todos por la región y subregión, 1995**

Región y subregión	No. de abortos (millones)			% ilegal	Tasa*	Proporción†
	Total	Legal	Ilegal			
<b>Total</b>	<b>45,5</b>	<b>25,6</b>	<b>19,9</b>	<b>44</b>	<b>35</b>	<b>26</b>
<b>Regiones desarrolladas</b>	<b>10,0</b>	<b>9,1</b>	<b>0,9</b>	<b>9</b>	<b>39</b>	<b>42</b>
Excluida Europa Oriental	3,8	3,7	0,1	3	20	26
<b>Regiones en desarrollo</b>	<b>35,5</b>	<b>16,5</b>	<b>19,0</b>	<b>54</b>	<b>34</b>	<b>23</b>
Excluida China	24,9	5,9	19,0	76	33	20
<b>África</b>	<b>5,0</b>	<b>‡</b>	<b>5,0</b>	<b>99</b>	<b>33</b>	<b>15</b>
África Oriental	1,9	‡	1,9	100	41	16
África Media	0,6	‡	0,6	100	35	14
África Septentrional	0,6	‡	0,6	96	17	12
África Meridional	0,2	‡	0,2	100	19	12
África Occidental	1,6	‡	1,6	100	37	15
<b>Asia</b>	<b>26,8</b>	<b>16,9</b>	<b>9,9</b>	<b>37</b>	<b>33</b>	<b>25</b>
Asia Oriental	12,5	12,5	‡	‡	36	34
Asia Sud-central	8,4	1,9	6,5	78	28	18
Asia Sud-oriental	4,7	1,9	2,8	60	40	28
Asia Occidental	1,2	0,7	0,5	42	32	20
<b>Europa</b>	<b>7,7</b>	<b>6,8</b>	<b>0,9</b>	<b>12</b>	<b>48</b>	<b>48</b>
Europa Oriental	6,2	5,4	0,8	13	90	65
Europa Septentrional	0,4	0,3	‡	8	18	23
Europa Meridional	0,8	0,7	0,1	12	24	34
Europa Occidental	0,4	0,4	‡	‡	11	17
<b>América Latina</b>	<b>4,2</b>	<b>0,2</b>	<b>4,0</b>	<b>95</b>	<b>37</b>	<b>27</b>
Caribe	0,4	0,2	0,2	47	50	35
América Central	0,9	‡	0,9	100	30	21
América del Sur	3,0	‡	3,0	100	39	30
<b>América del Norte</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>	<b>‡</b>	<b>‡</b>	<b>22</b>	<b>26</b>
<b>Oceanía</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>‡</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>20</b>

\*Abortos por cada 1.000 mujeres de 15–44 años. †Abortos por cada 100 embarazos conocidos. (Los embarazos conocidos se definen como los abortos más los nacimientos vivos.) ‡Menos de 50.000. §Menos del 0,5%. *Notas:* Las regiones desarrolladas incluyen Europa, América del Norte, Australia, Nueva Zelanda y Japón; todos las demás son consideradas regiones en desarrollo. Las regiones obedecen a la definición de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (véase el Anexo). Las cifras no coinciden con los totales porque los números han sido redondeados. *Fuentes:* Poblaciones—ONU, *The Sex and Age Distribution of the World Population, The 1996 Revision*, Nueva York: ONU, 1997. Nacimientos—ONU, *World Population Prospects, The 1996 Revision, Annex II and III, Demographic Indicators by Major Area, Region and Country*, Nueva York: ONU, 1996. **Abortos ilegales**—Organización Mundial de la Salud (OMS), 1998, op. cit. (véase referencia 4). **Abortos legales**—véase el texto.

abortos legales a nivel mundial resultó de nuevos cálculos correspondientes a los países que formaban la ex-Unión Soviética, donde las tasas de aborto han estado declinando.

El aumento del número estimado de abortos clandestinos o ilegales provienen de las nuevas estimaciones de la OMS, las cuales se basan en un examen cuidadoso de los datos correspondientes a cada subregión. El cambio más considerable ocurrió en África, donde la OMS estimó que se realizaron, en 1990, unos 3,7 millones abortos “inseguros” y donde se estimó que se practicaron, en 1995, unos 5,0 millones. Anteriormente, habíamos calculado en forma muy conservadora que en 1987 se habían realizado en esa región unos 1,5 millones abortos ilegales.

Aproximadamente, el 44% de los abortos a nivel mundial son realizados en forma ilegal (de los cuales muchos, no todos, son inseguros). Los porcentajes de abortos que son ilegales en cada región re-

flejan la legislación predominante, pues dicho porcentaje varía desde casi cero en el Asia Oriental, Europa Occidental y América del Norte, hasta casi 100% en África, América Central y América del Sur. En otras partes del Asia y el Caribe, son comunes tanto los abortos legales como los ilegales, en tanto que en Europa Oriental, Meridional y Septentrional, la gran mayoría de los abortos son legales. (Los países incluidos en cada región se indican en el Anexo, página 23.)

Las regiones en vías de desarrollo, donde vive el 79% de la población mundial, representan el 64% de los abortos legales realizados en el mundo entero, y el 95% de los abortos ilegales. Cuando se consideran ambos, abortos legales e ilegales, la tasa de aborto sitúa a 39 por cada 1.000 mujeres de 15–44 años en los países desarrollados y a 34 por 1.000 en los países en vías de desarrollo, una diferencia que no es significativa cuando se toma en cuenta el margen de error de las estima-

ciones. La proporción de abortos (abortos por cada 100 embarazos que terminan en un nacimiento o aborto) es más elevada en las regiones desarrolladas que en las subdesarrolladas (42% contra 23%), porque las zonas desarrolladas tienen bajas tasas de natalidad.

El número y tasa de abortos en las regiones desarrolladas están sólidamente influenciados por el número y tasa de abortos registrados en Europa Central y Oriental,\* donde el aborto es un método común para limitar y espaciar los nacimientos. Cuando se excluye del estudio a Europa Oriental, el número de abortos en las zonas desarrolladas disminuye en más del 50%, y la tasa decrece de 39 a 20 abortos por cada 1.000 mujeres. Aunque China representa una gran parte de la población del mundo en desarrollo, su exclusión de los cálculos de la tasa de aborto produciría poco impacto en dicha medida.

Asia, la región más populosa del mundo, presenta el número global más elevado de abortos (17 millones legales y 10 millones ilegales), seguida de Europa, con ocho millones (la mayoría en Europa Oriental, África (cinco millones), América Latina (cuatro millones), América del Norte (1,5 millones) y Oceanía (0,1 millón). En el Asia se realiza el 59% de los abortos del mundo, y en América del Norte, solamente el 3%.

La tasa de aborto más elevada del mundo se registra en Europa (48 por cada 1.000 mujeres de 15–44 años), lo cual incluye la subregión con la tasa más elevada (Europa Oriental, con una tasa de 90 abortos por cada 1.000 mujeres) y la subregión con la tasa más baja (Europa Occidental, con una tasa de 11 por 1.000). Europa Oriental presenta el porcentaje más elevado de embarazos que terminan en abortos (65%). En Europa, pocos de los abortos realizados son ilegales, excepto en tres lugares: en algunos países que fueron parte de la Unión Soviética (en los que algunas mujeres procuran un aborto “ilegal” porque no tienen el acceso o medios para pagar los servicios de un médico privado y quieren evitar la vergüenza y la inconveniencia de acudir a los servicios públicos); en Portugal (país que tiene una legislación restrictiva); y en Italia y España (donde algunos médicos realizan abortos que pueden no satisfacer todos los requisitos legales).

La región que tiene la segunda tasa más elevada de aborto es América Latina (37 por cada 1.000), donde casi todos los abortos son ilegales. El aborto es legal única-

\*La Federación de Rusia se incluye en Europa Oriental.

**Cuadro 2. Medidas de abortos legales, según si los datos están completos, por país y año**

Grado de finalización de datos y país	Número*	Tasa†	Proporción‡	Tasa global de aborto§
<b>Se consideran completos</b>				
Alemania, 1996	130.900	7,6	14,1	<b>0,23</b>
Australia, 1995-1996	91.900	22,2	26,4	0,57
Belarús, 1996	155.700	67,5	61,9	2,04
Bélgica, 1996**	14.600	6,8	11,2	0,21
Bulgaria, 1996	89.000	51,3	55,2	1,55
Canadá, 1995††	106.700	15,5	22,0	0,49
Cuba, 1996	209.900	77,7	58,6	<b>2,33</b>
Dinamarca, 1995	17.700	16,1	20,3	0,48
Escocia, 1996‡‡	12.300	11,2	17,2	0,34
Eslovenia, 1996	10.400	23,2	35,7	0,70
Estados Unidos, 1996	1.365.700	22,9	25,9	<b>0,69</b>
Estonia, 1996	16.900	53,8	56,0	1,63
Finlandia, 1996	10.400	10,0	14,7	0,31
Hungría, 1996	76.600	34,7	42,1	1,07
Inglaterra y el País de Gales, 1996§§	167.900	15,6	20,5	0,48
Israel, 1995	17.600	14,3	13,1	0,43
Kazajistán, 1996	178.000	43,9	41,3	<b>1,32</b>
Letonia, 1996	23.100	44,1	53,9	1,33
Noruega, 1996	14.300	15,6	19,1	0,47
Nueva Zelanda, 1995	13.700	16,4	19,1	0,49
Países Bajos, 1996§§	22.400	6,5	10,6	<b>0,20</b>
Puerto Rico, 1991-1992	19.200	22,7	23,0	<b>0,68</b>
República Checa, 1996	46.500	20,7	34,0	0,63
República Eslovaca, 1996	24.300	19,7	28,8	<b>0,59</b>
Singapur, 1996	14.400	15,9	22,8	<b>0,48</b>
Suecia, 1996	32.100	18,7	25,2	0,56
Suiza, 1996†	12.800	8,4	13,3	<b>0,25</b>
Túnez, 1996	19.000	8,6	7,8	<b>0,26</b>
<b>Se consideran incompletos o no se sabe si están completos</b>				
Albania, 1996	21.200	27,2	23,7	<b>0,82</b>
Armenia, 1996	31.300	35,4	39,4	<b>1,06</b>
Azerbaiyán, 1996	28.400	16,0	18,0	0,49
Bangladesh, 1995-1996 *†	100.300	3,8	3,1	<b>0,11</b>
China, 1995	7.930.000	26,1	27,4	<b>0,78</b>
Corea del Sur, 1996*§	230.000	19,6	24,6	<b>0,59</b>
Croacia, 1996	12.300	12,9	18,7	0,38
España, 1996	51.000	5,7	12,6	<b>0,17</b>
Federación de Rusia, 1995	2.287.300	68,4	62,6	2,56
Francia, 1995	156.200	12,4	17,7	0,37
Georgia, 1996	26.600	21,9	33,2	0,66
Hong Kong, 1996	25.000	15,1	27,9	0,45
India, 1995-1996	566.500	2,7	2,1	<b>0,08</b>
Irlanda, 1996 †*	4.900	5,9	8,9	<b>0,18</b>
Italia, 1996	140.400	11,4	21,1	<b>0,34</b>
Japón, 1995	343.000	13,4	22,4	0,40
Kirguistán, 1996	24.600	22,4	17,5	<b>0,67</b>
Lituania, 1996	27.800	34,4	41,5	<b>1,03</b>
Macedonia, 1996	14.200	28,5	31,1	<b>0,86</b>
Moldova, 1996	38.900	38,8	42,7	0,83
Mongolia, 1996	15.600	25,9	18,2	<b>0,78</b>
Rumania, 1996	394.400	78,0	63,0	<b>2,34</b>
Sudáfrica, 1997	26.400	2,7	2,4	<b>0,08</b>
Tayikistán, 1990††	55.500	49,1	21,2	<b>1,47</b>
Turkmenistán, 1990††	37.200	44,9	22,9	<b>1,35</b>
Turquía, 1993*§	351.300	25,0	20,5	<b>0,75</b>
Ucrania, 1996	635.600	57,2	57,6	<b>1,72</b>
Uzbekistán, 1996	63.200	11,8	9,5	<b>0,35</b>
Viet Nam, 1996†§	1.520.000	83,3	43,7	<b>2,50</b>
Yugoslavia, 1993	119.300	54,6	45,8	<b>1,64</b>
Zambia, 1983	1.200	0,4	0,4	<b>0,01</b>

\*Con aproximación al 100 más cercano. †Abortos por cada 1.000 mujeres de 15-44 años. ‡Abortos por cada 100 embarazos conocidos. §El número de abortos que experimentaría la mujer promedio durante su vida reproductiva, tomando en cuenta las tasas actuales de aborto específicas por edad. Los números en negrilla se calcularon mediante la multiplicación de la tasa por 30, dividido por 1.000. \*\*Incluidos los abortos obtenidos en los Países Bajos. ††Incluidos los abortos obtenidos en los Estados Unidos. ‡‡Incluidos los abortos obtenidos en Inglaterra y el País de Gales. §§Solamente residentes. \*†Para dos de los 26 cantones, se presentan estimaciones en lugar de datos oficiales. †‡Regulaciones menstruales. \*§Basados en encuestas de mujeres casadas alguna vez, de entre 20-44 años (Corea del Sur) y 15-49 (Turquía). †\*Basados en residentes irlandesas que obtuvieron sus abortos en Inglaterra. ††Incluye los abortos espontáneos. †§Excluye unos 500.000 abortos que se estiman que sean realizados en el sector privado. Fuentes: Véase el texto.

mente en Cuba, Puerto Rico y en algunos países pequeños del Caribe. De las subregiones de América Latina, el Caribe presenta la tasa más elevada, en parte porque la incidencia del aborto es relativamente elevada en Cuba.

En general, la tasa de aborto en el Asia (33 por 1.000) es el similar a la de América Latina. Por subregión, las tasas de aborto en Asia Sur-central (28) y en el Asia Occidental (32) son un poco menores que las de Asia Oriental (36) y de Asia Sur-oriental (40). Todos los países del Asia Oriental permiten el aborto en muchas circunstancias, y prácticamente todos los abortos son legales. Los datos correspondientes a las regiones Sur-central y Sur-oriental del Asia incluyen abortos legales e ilegales, debido a que el procedimiento es generalmente permitido en Singapur, Viet Nam, India y en los Estados asiáticos que formaban parte de la Unión Soviética; en contraste, en 1995, el aborto estaba legalmente restringido en otros lugares de la subregión. En el Asia Occidental, los abortos legales de nuestras estadísticas pertenecen a los realizados en Turquía e Israel.

En África en general, donde la tasa de aborto es de aproximadamente 33 por cada 1.000, se estimaron que las tasas eran relativamente bajas en África del Norte y en el Sur de África, y acercaban al promedio mundial en las otras tres subregiones del continente. Prácticamente todos los abortos son ilegales, debido a que solamente en Túnez, y desde 1997 en Sudáfrica, se permiten los abortos durante el primer trimestre sin nin-

guna restricción ni justificativo. El porcentaje de embarazos que terminan en un aborto en África es del 15%, el más bajo de todos los continentes.

De las regiones, Oceanía y América del Norte presentan las tasas más bajas (21 y 22 abortos por cada 1.000, respectivamente). Sin embargo, estas tasas son más elevadas que las observadas en otras subregiones del mundo.

### *Países donde el aborto es legal*

Debido a que la legalidad del aborto está estrechamente relacionada con la disponibilidad de estadísticas y con una información completa, presentamos por separado el caso de los países donde el aborto es legal y se lo realiza sin mayores restricciones, y el caso de los países donde este procedimiento es legal pero está muy restringido. Las estimaciones de abortos del primer grupo de países se basan en estadísticas oficiales o encuestas, en tanto que las estimaciones para el segundo grupo se basan en técnicas indirectas. Sin embargo, en algunos países donde el aborto es legal, no se dispone de datos completos y las estadísticas oficiales de países específicos también se indican por separado, porque esta diferencia importante afecta la interpretación de los datos.

En el Cuadro 2, se presentan los números, tasas y proporciones de abortos legales correspondientes a países con una población de más de un millón de habitantes y de los cuales se dispone de estadísticas o datos de encuestas. En la parte superior del cuadro, se indican los países donde se considera que el número de abortos indicado está dentro de un margen de un 20% de exactitud; en cambio, en la parte inferior del cuadro, se indican los países cuyas estadísticas probablemente son inexactas, en por lo menos un 20% o que no se sabe si la información disponible está completa. Los datos presentados se pueden considerar como mínimos en la mayoría de los casos, ya que es poco probable que se exagere el número de abortos.

La tasa más elevada de aborto (83 por 1.000) se registra en Viet Nam, donde es muy común el método de la aspiración en una etapa muy temprana del embarazo. Esta tasa representa únicamente los abortos realizados en el sector público; al incluir los abortos realizados en el sector privado, los cuales se estima que llegan a un tercio del total del sector público,<sup>21</sup> las cifras aumentan a un total de dos millones de abortos y la tasa, a 111 abortos por cada 1.000 mujeres. Aun si se excluyen los abortos realizados en el sector privado, la tasa de aborto a nivel mundial indica que si se

mantiene este mismo nivel de aborto, la mujer vietnamita tendrá un promedio de 2,5 abortos durante su vida.

Rumania también presenta una tasa de aborto relativamente elevada (78 por 1.000), aun cuando muchos procedimientos que se realizan en el sector privado no son registrados en las estadísticas oficiales. En 1990, antes que los médicos privados comenzaran a realizar una gran cantidad de abortos, el Ministerio de Salud indicó que se habían registrado 914.000 abortos, una tasa de 182 por cada 1.000 mujeres de 15–44 años de edad. La tasa más elevada de aborto documentada alguna vez en las estadísticas oficiales ocurrió en Rumania en 1965 (252 por 1.000).

La tasa de aborto igualmente elevada de Cuba (78 por 1.000) incluye tanto la regulación menstrual, procedimiento de aborto temprano realizado sin pruebas de embarazo, como la terminación de embarazos conocidos. En 1996, el 60% de los procedimientos fueron regulaciones menstruales.

Muchos de los otros países con tasas de aborto más elevadas que el promedio son las ex-repúblicas soviéticas. Según los expertos locales, el total de abortos está casi completo en cuatro de estos países—Belarús, Estonia, Kazajstán\* y Letonia. En las otras ex-repúblicas soviéticas (Armenia, Azerbaiyán, Georgia, Kirguistán, Lituania, Moldova, Federación de Rusia, Tayikistán, Turkmenistán, Ucrania y Uzbekistán), no se sabe si los datos están completos porque un considerable número de abortos no registrados probablemente han sido realizados por médicos privados. En algunos casos, el número de abortos está muy lejos de la realidad; en Georgia, por ejemplo, los expertos locales consideran que el número de abortos podría ser varias veces más elevado que el número indicado.

Aun cuando sus datos son incompletos, la tasa de aborto registrada en la Federación de Rusia—68 abortos por cada 1.000 mujeres de 15–44 años—es aproximadamente la misma que en Belarús, la ex-república soviética que tiene la tasa de aborto más elevada. Antes de la disolución de la unión, las estadísticas soviéticas indicaban que Rusia tenía una tasa de aborto más elevada que Belarús o cualquier otra república.<sup>22</sup> Aún con las deficiencias de control del número de abortos, Rusia y Rumania tienen los porcentajes más elevados de embarazos (excluidas las pérdidas de feto) que terminan en abortos (63%). Además, los abortos ilegales continúan ocurriendo en algunos de los ex-estados de la Unión Soviética; la Federación de

Rusia notificó que 5.263 mujeres fueron tratadas por complicaciones causadas por abortos ilegales en 1995, una disminución de los 13.493 casos registrados en 1991.<sup>23</sup>

La mayoría de los otros países desarrollados tienen tasas de aborto de 10–19 por cada 1.000 mujeres. Aunque el sistema de notificación de abortos es incompleto en Francia e Italia, sus verdaderas tasas de aborto probablemente se mantienen en este margen. Australia y Estados Unidos (22–23 por cada 1.000) se encuentran un poco por encima del promedio. La tasa para Japón es de 13 abortos por cada 1.000 mujeres, aunque no se conoce cuán fidedignos son los datos; tomando en cuenta que las encuestas realizadas a las japonesas sugieren que se practican un mayor número de abortos de lo indicado en las estadísticas oficiales, la verdadera tasa de aborto podría muy bien superar los 20 abortos por cada 1.000 mujeres.<sup>24</sup>

Cuatro países desarrollados que cuentan con datos completos presentan tasas de aborto inferiores a los 10 procedimientos por cada 1.000 mujeres: Alemania, Bélgica, los Países Bajos y Suiza. Entre las mujeres holandesas nacidas en los Países Bajos, la tasa de aborto (cuatro por 1.000) es mucho más baja que la tasa nacional, en tanto entre las inmigrantes provenientes de las colonias holandesas, la tasa es muy superior al nivel nacional. España también presenta una tasa de aborto inferior a 10 por cada 1.000 mujeres, aunque los datos son incompletos y la tasa es subestimada. Si bien es prácticamente imposible obtener servicios de abortos legales en Irlanda, por lo menos seis de cada 1.000 mujeres irlandesas en edad reproductiva tienen un aborto cada año. Como esta estadística incluye solamente a las mujeres que proporcionan direcciones irlandesas cuando tuvieron un aborto en Inglaterra o en el País de Gales, la verdadera tasa de aborto es probablemente más elevada.

Si bien la mayoría de los países en desarrollo cuya legislación no es restrictiva tienden a presentar tasas de 30 ó más abortos por cada 1.000 mujeres, las tasas en Puerto Rico y Túnez son considerablemente bajas—23 por 1.000 en Puerto Rico y nueve por 1.000 en Túnez—tomando en cuenta sus bajas tasas globales de fecundidad (TGF) (2,0 y 2,9 hijos durante la vida de una mujer, respectivamente). En ambos lugares es elevada la prevalencia de uso de anticonceptivos—78% de las mujeres en unión en Puerto Rico en 1995–1996,<sup>25</sup> y 60% de las mujeres casadas de Túnez en 1994.<sup>26</sup>

Bangladesh y la India presentan tasas oficiales bajas de regulación menstrual y de

aborto, respectivamente, aunque las tasas reales son mucho más elevadas. En Bangladesh, se estima que personal técnico especializado realiza unos 468.000 regulaciones menstruales anualmente, casi cuatro veces más que el total declarado oficialmente.<sup>27</sup> En la India, se estima que el número de abortos realizados por médicos es el doble del número declarado, y la cantidad de abortos realizados por personal no médico se considera que es varias veces más que el número de abortos declarado.<sup>28</sup>

Según las estadísticas oficiales, la tasa de aborto en Sudáfrica es de apenas tres por cada 1.000 mujeres. La ley de ese país que permite el aborto durante el primer trimestre de embarazo tuvo vigencia a partir de febrero de 1997, y los servicios aún no disponen de los medios necesarios para satisfacer plenamente la demanda.<sup>29</sup> Aún se realizan muchos abortos ilegales en aquel país.<sup>30</sup>

Si bien la tasa oficial en la China es de 26 abortos por cada 1.000 mujeres, cuando se toman en cuenta los casos no declarados, la verdadera tasa probablemente es de 30 a 35 por cada 1.000, aproximadamente el promedio mundial.

El número de abortos en Corea del Sur y Turquía que se indican en el Cuadro 2 son las estimaciones mínimas basadas en las encuestas de las mujeres casadas alguna vez, que quizá no han notificado todos sus abortos. Estas tasas se basan en el número de abortos declarados por las mujeres que se han casado alguna vez, por cada 1.000 mujeres de todos los estados maritales de 15–44 años. Dichas tasas—20 por 1.000 en Corea del Sur y 25 por 1.000 en Turquía—serían más elevadas si se incluyeran los abortos obtenidos por las mujeres no casadas. Una encuesta realizada a los proveedores de abortos en una ciudad de Corea del Sur, en 1979, reveló que el 28% de los abortos se realizaban entre mujeres que nunca se habían casado.<sup>31</sup> Si el mismo porcentaje fuera aplicable a nivel nacional en 1996, el número de abortos sería de 320.000 y la tasa, de 27 abortos por 1.000. En Turquía, se dispone de poca información sobre el número de casos no declarados o sobre el número de abortos obtenidos por las mujeres que nunca contrajeron matrimonio.

\*En Kazajstán, una encuesta de hogares reveló que solamente el 3% de los abortos se realizaron en las instalaciones que pidieron un pago por el servicio; en consecuencia, es probable que las cifras oficiales sean relativamente completas, aunque los abortos realizados en instalaciones privadas podrían estar subregistrados en la encuesta (fuente: National Institute of Nutrition, Academy of Preventive Medicine of Kazakhstan y Macro International, *Kazakhstan Demographic and Health Survey, 1995*, Calverton, Maryland, EEUU: Macro International, 1996).

**Cuadro 3. Medidas de aborto inducido y de hospitalizaciones debido a complicaciones causadas por el aborto, correspondientes a 10 países donde el aborto está legalmente muy restringido, según país**

País y año	Abortos				Hospitalizaciones	
	Mejor estimación del número	Margen	Tasa*	Proporción*	No.	Tasa
Bangladesh, 1995†	730.000	678.000–783.000	28,0	18,0	71.800‡	2,8
Brasil, 1991	1.444.000	1.021.000–2.021.000	40,8	29,8	288.700	8,1
Chile, 1990	160.000	128.000–224.000	50,0	35,3	31.900	10,0
Colombia, 1989	288.000	288.000–404.000	36,3	26,0	57.700	7,2
Egipto, 1996	324.000	d	23,0	15,7	216.000	15,3
Filipinas, 1994	401.000	320.000–481.000	25,0	16,0	80.100	5,1
México, 1990	533.000	297.000–746.000	25,1	17,1	106.500	5,4
Nigeria, 1996	610.000	428.000–610.000	25,4	12,0	142.200§	6,1
Perú, 1989	271.000	271.000–380.000	56,1	30,0	54.200	10,9
República Dominicana, 1990	82.000	58.000–115.000	47,0	27,9	16.500	9,8

\*Basada en las mejores estimaciones presentadas en la columna 1. †Las estimaciones de Bangladesh correspondientes a los abortos inducidos incluyen un número estimado de regulaciones menstruales (468.000). Las cifras oficiales declaradas de regulaciones menstruales (legales) constan en el Cuadro 2. ‡Incluye a 19.400 mujeres hospitalizadas debido a complicaciones resultantes de regulaciones menstruales. §Incluye a 21.500 mujeres tratadas debido a complicaciones causadas por abortos realizados por un médico. Nota: d=desconocido. Fuentes: véase la referencia 17.

**Países donde el aborto es ilegal**

Las estimaciones publicadas basadas en datos del número de abortos inducidos son disponibles para sólo 10 países que tienen legislación muy restringida.<sup>32</sup> Debido a que las estimaciones del número de abortos se basan en diversos factores, muchos de los cuales no se pueden medir con precisión, la mayoría de los analistas han realizado una escala aproximada, con base en varias suposiciones, lo cual representa su mejor estimación (Cuadro 3). El factor que explica la mayor parte del rango es la proporción entre todas las mujeres que abortan que se espera que sean hospitalizadas. Este porcentaje se estima entre el 14% y el 76% (la columna tres dividida por la columna seis), dependiendo de la seguridad de los servicios de aborto y del acceso a los hospitales.\*

El porcentaje de mujeres hospitalizadas debido a complicaciones se basa en diversas variables, las cuales no se pueden medir en forma exacta. En este factor se refleja la magnitud de la práctica de abortos segu-

ros, la probabilidad de complicaciones provenientes de abortos realizados por personal no médico, y la facilidad del acceso a los servicios de un hospital. Además, el propio factor se estimó con base en diferentes fuentes, incluidas las encuestas comunitarias que indican el porcentaje de mujeres que habían sido hospitalizadas entre todas que han tenido un aborto, y las encuestas a personal profesional de salud a los cuales se les pidió su opinión sobre la probabilidad de complicaciones entre las mujeres que tienen un aborto y sobre la probabilidad de obtener atención médica una vez que ocurra una complicación.<sup>33</sup>

Las estimaciones preferidas dentro de la escala se encuentran cerca del punto medio en seis de los nueve países de los cuales se dispone de estimaciones múltiples, aunque se encuentran en la banda superior o en la banda inferior de la escala en otros tres países.

Si bien el aborto es ilegal en todos estos países, se calcula que la tasa anual de aborto varía del 23 por 1.000 mujeres de 15–44 años en Egipto, a 56 por 1.000 en el Perú (Cuadro 3). La variación en la proporción de aborto (el número de abortos por cada 100 embarazos) sigue la misma tendencia: los países que presentan las tasas de aborto que son más bajas, tienen las proporciones de aborto que son bajas también (12–18 abortos por cada 100 embarazos), y aquellos países que presentan las tasas de aborto que son más elevadas, también tienen las proporciones elevadas (28–35 abortos por cada 100 embarazos). En Colombia, tanto la tasa como la proporción de aborto son similares al promedio mundial. Sin embargo, el orden de importancia según la proporción de aborto de un país no refleja exactamente su clasificación según la tasa, debido a que la proporción en cualquier país se ve afectado por

el nivel de fecundidad de ese país.

Una encuesta realizada a profesionales de salud sugiere que algunos abortos inducidos en países donde este procedimiento está sumamente restringido son seguros, y por lo general son suministrados por médicos en centros de salud.<sup>34</sup> Sin embargo, un porcentaje importante de estos abortos se realizan mediante procedimientos inseguros, o los practica personal no médico. El número estimado de mujeres hospitalizadas por complicaciones causadas por un aborto inducido indica hasta qué punto el aborto inseguro sigue poniendo en peligro la salud y la vida de la mujer (Cuadro 3). Según estas estimaciones, 3–15 mujeres de cada 1.000 son hospitalizadas anualmente para el tratamiento de las complicaciones causadas por un aborto inducido.

**Discusión**

A nivel mundial, aproximadamente una cuarta parte de los casi 180 millones de embarazos que se sabe que ocurren anualmente, se resuelven por medio de un aborto inducido. En 1995, se estima que ocurrieron unos 46 millones abortos, pero debido a la incertidumbre de los datos, esta cifra podría variar entre 42 millones y 50 millones. Aproximadamente 35 de cada 1.000 mujeres de 15–44 años tienen un aborto anualmente.

La elevada tasa de aborto a nivel mundial refleja el problema de los embarazos no planeados que experimentan las mujeres en muchos países desarrollados y en desarrollo, resultado de un uso anticonceptivo que es lejos de ser universal (si bien está en aumento). Como se establece en el Programa de Acción de El Cairo, el embarazo no deseado y el aborto se pueden reducir si se incrementan y mejoran los servicios de planificación familiar.

Los embarazos no deseados y los ocurridos fuera del momento esperado continúan principalmente porque las mujeres sexualmente activas que no desean tener un hijo, no se encuentran usando un método anticonceptivo eficaz, pero ocurren también porque todos los métodos tienen algún riesgo de falla y no siempre se los utiliza en forma correcta. Además, las condiciones en el momento de la concepción pueden variar durante la gestación, y la mujer y su pareja pueden ser ambivalentes acerca de tener o no un hijo en ese momento, o pueden estar en desacuerdo entre ellos.

En los países desarrollados, las tasas más elevadas se registran en Europa Oriental y Central y en los países de la ex-Unión Soviética. Desde mediados de la década de los años 50 hasta recién, los servicios de

\*Las estimaciones correspondientes a seis países en América Latina durante los últimos años de la década de los años 80 y la primera parte de los 90, fueron basadas en porcentajes previstos de mujeres hospitalizadas que variaban entre 15% y 20%; los porcentajes utilizados para las estimaciones de 1994 para las Filipinas, variaron entre 17% y 25%. En Bangladesh, los porcentajes (para 1995) no incluyen los procedimientos de regulación menstrual, y en Nigeria, las estadísticas (para 1996) se aplican solamente a los abortos realizados por personal no médico. Los porcentajes utilizados para Bangladesh varían entre 17% y 25% (debido a las deficiencias de acceso de la mujer a los servicios hospitalarios) y los porcentajes para Nigeria varían entre 33% y 66% (bajo la suposición de que el aborto inseguro presenta un elevado margen de probabilidad de complicaciones y que la atención médica para este tipo de complicaciones está razonablemente disponible). Se utiliza dicho porcentaje para calcular el número total de abortos que se realizan—si el porcentaje de hospitalización es del 25%, el número total de mujeres que se abortan en un año determinado es el número de mujeres hospitalizadas por complicaciones multiplicado por 4 (1/0,25).

aborto se encontraban disponibles en forma gratuita en estos países, aunque los servicios y métodos anticonceptivos eran escasos. La prevalencia del uso anticonceptivo era baja debido a varios factores—incluidos la baja calidad de los condones, la disponibilidad de únicamente anticonceptivos orales de una dosis muy alta, la restricción legal de la esterilización anticonceptiva y la poca disponibilidad de métodos de barrera además de los condones. El abastecimiento de condones y píldoras era esporádico, y por lo tanto era difícil depender de estos métodos en forma prolongada.<sup>35</sup> Asimismo, los DIUs no siempre se encontraban disponibles y su calidad era mala, lo cual conducía a altas tasas de falla.<sup>36</sup> En consecuencia, las parejas tenían que recurrir al aborto en gran medida para controlar su fecundidad.

Entre los países en desarrollo, Cuba y Viet Nam presentan actualmente las tasas documentadas más elevadas. Es probable que la elevada tasa de aborto en Cuba se deba al deseo de tener una baja fecundidad en un país donde la gama de métodos anticonceptivos se ve limitada, y donde se usan un DIU de una baja calidad y el abastecimiento de anticonceptivos es irregular en general.<sup>37</sup> Además, un alto porcentaje de abortos en Cuba corresponde a adolescentes (33% en 1990),<sup>38</sup> lo cual sugiere que entre las mujeres de este grupo de edad que desea postergar su reproducción, hay un alto nivel de actividad sexual.

En Viet Nam, entre las causas de un elevado nivel de aborto se incluyen una rápida disminución del número de hijos considerado ideal (pero sin un aumento correspondiente del uso de anticonceptivos); la gran dependencia de un solo método (un DIU específico que presenta una alta tasa de falla); y los problemas de abastecimiento con otros métodos anticonceptivos. Además, la actividad sexual parece haber aumentado entre las mujeres no casadas.<sup>39</sup>

Si bien la ley restringe la práctica del aborto, la tasa se calcula en alrededor de 30 abortos o más por cada 1.000 mujeres en América Latina, y en tres de las cinco subregiones del África y en las subregiones del Asia, donde la mayoría de los países tienen una legislación restrictiva. Cuando el interés de tener una familia poco numerosa comenzó a aumentar en muchos países de América Latina en los años 60, las parejas comenzaron a utilizar métodos anticonceptivos y a recurrir al aborto para mantener una familia pequeña y cada vez más, para planear el momento de sus nacimientos.<sup>40</sup> Para la década de los años 90, el uso de anticonceptivos había aumentado

a niveles muy elevados y el análisis de los datos disponibles en tres países sugiere que las tasas de aborto han comenzado a declinar en los importantes centros metropolitanos de Colombia y México, aunque las tasas se mantienen elevadas en otras partes de dichos países y en el Brasil.<sup>41</sup>

En gran parte del África Subsahariana, durante la última década han comenzado a cambiar las preferencias y conductas reproductivas, aunque la mayoría de las parejas aún prefiere tener una familia numerosa y la prevalencia del uso de anticonceptivos generalmente se mantiene baja.<sup>42</sup> Los niveles de uso se encuentran en aumento a medida que comienzan a cambiar las preferencias de fecundidad, aunque es probable que el uso del aborto esté igualmente en aumento. En el África Subsahariana, de igual manera que en América Latina, el aumento de los niveles de actividad sexual antes del matrimonio probablemente conduzca a un mayor uso del aborto.<sup>43</sup>

Si está muy difundido el uso de métodos anticonceptivos eficaces, las tasas de aborto pueden ser muy bajas, incluso en aquellos países donde la fecundidad es baja y las mujeres no casadas tienen un alto nivel de actividad sexual. Las tasas de aborto documentadas más bajas se registran en Bélgica y los Países Bajos, países que recurren a la anticoncepción para mantener un bajo nivel de fecundidad. En ambos países, los servicios de aborto son disponibles en forma gratuita, y este procedimiento es legal bajo amplias condiciones.

Un país en desarrollo, Túnez, también presenta una baja tasa de aborto, aun cuando el aborto es legal en amplias condiciones durante el primer trimestre y la TGF es baja (2,9 nacimientos durante la vida de una mujer<sup>44</sup>). El ejemplo de Túnez sugiere que en los países en desarrollo, al igual que en los países desarrollados, buenos servicios de planificación familiar y un elevado uso de anticonceptivos puede conducir a una baja incidencia de abortos. En forma similar, la disminución del uso de anticonceptivos puede resultar en tasas más elevadas de aborto, como ha ocurrido en Inglaterra, el País de Gales y Noruega después de una publicidad negativa realizada acerca de píldoras de tercera generación, en octubre de 1995.<sup>45</sup> Otras alarmas con respecto a las píldoras ocurrieron anteriormente en Inglaterra, el País de Gales y en los Países Bajos, y éstas también fueron reflejadas en tasas más elevadas de aborto.<sup>46</sup>

En los lugares donde los abortos son clandestinos e inseguros, las consecuencias para la salud y la vida de la mujer son adversas, especialmente en los sectores de

mujeres pobres, residentes de zonas rurales, las de menor nivel educativo y las jóvenes, y no se puede ignorar el impacto que esto produce en los sistemas nacionales de salud. En muchos países de América Latina, el África Subsahariana y el Asia, las tendencias actuales de preferencias por una familia poco numerosa e incrementos de la actividad sexual prematrimonial, pueden aumentar la necesidad de las mujeres y sus parejas de recurrir al aborto—dado que las mujeres de estas zonas seguirán procurando evitar los nacimientos no deseados, al mismo tiempo que siguen enfrentando obstáculos para el uso eficaz de los anticonceptivos.

## Anexo

Los grupos regionales de las Naciones Unidas incluyen los siguientes países y territorios con una población de por lo menos un millón de habitantes.

### África

- *África Oriental.* Burundi, Etiopía, Kenya, Madagascar, Malawi, Mauricio, Mozambique, República Unida de Tanzania, Rwanda, Uganda, Zambia y Zimbabwe.
- *África Media.* Angola, Camerún, Chad, Congo, República Centroafricana, República Popular del Congo y Gabón.
- *África Septentrional.* Argelia, Egipto, Jamahiriya Árabe Libia, Marruecos, Sudán y Túnez.
- *África Meridional.* Botswana, Lesotho, Namibia y Sudáfrica.
- *África Occidental.* Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Liberia, Malí, Mauritania, Níger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone y Togo.

### América Latina

- *Caribe.* Cuba, Haití, Jamaica, Puerto Rico, República Dominicana y Trinidad y Tabago.
- *América Central.* Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá.
- *América del Sur.* Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

### América del Norte

- Canadá y Estados Unidos.

### Asia

- *Asia Oriental.* China, Hong Kong, Japón, Mongolia, República de Corea y República Popular Democrática de Corea.
- *Asia Sud-central.* Afghanistan, Bangladesh, Bhután, India, Irán, Kazajistán, Kirguistán, Nepal, Pakistán, Sri Lanka, Tayikistán, Turkmenistán y Uzbekistán.
- *Asia Sud-oriental.* Camboya, Filipinas, Indonesia, Laos, Malasia, Myanmar, Singapur, Tailandia y Viet Nam.
- *Asia Occidental.* Arabia Saudita, Armenia, Azerbaiyán, Emiratos Árabes Unidos, Georgia, Irak, Israel, Jordania, Kuwait, Líbano, Omán, República Árabe Siria, Turquía y Yemen.

### Europa

- *Europa Oriental.* Belarús, Bulgaria, Federación de Rusia, Hungría, Moldova, Polonia, República Checa, República Eslovaca, Rumania y Ucrania.

- *Europa Septentrional*. Dinamarca, Estonia, Finlandia, Irlanda, Letonia, Lituania, Noruega, Reino Unido y Suecia.
- *Europa Meridional*. Albania, Bosnia y Herzegovina, Croacia, Eslovenia, España, Grecia, Italia y Portugal.
- *Europa Occidental*. Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Países Bajos y Suiza.

### Oceanía

- Australia, Nueva Zelanda y Papúa Nueva Guinea.

### Referencias

1. Organización de las Naciones Unidas (ONU), Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Programa de Acción, El Cairo, 12 de septiembre, 1994, Párr. 8.25.
2. Barreto T et al., Investigating induced abortion in developing countries: methods and problems, *Studies in Family Planning*, 1992, 23(3):159-170.
3. Tietze C, *Induced Abortion: A World Review*, 1983, fifth ed., Nueva York: Population Council, 1983; Tietze C y Henshaw SK, *Induced Abortion: A World Review*, 1986, Nueva York: The Alan Guttmacher Institute (AGI), 1986; y Henshaw SK, *Induced Abortion: A World Review*, 1990 Supplement, Nueva York: AGI, 1990.
4. Consejo de Europa, *Recent Demographic Developments in Europe*, Estrasburgo, Francia: Consejo de Europa, varios años; Organización Mundial de la Salud (OMS), *Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion*, segunda edición, Ginebra: OMS, 1994; OMS, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence and Mortality from Unsafe Abortion*, tercera edición, Ginebra: OMS, 1998; Blayo C, Les modes de prevention des naissances en Europe de l'Est, *Population*, 1991, 46(3):527-546; Blayo C, Le role de l'avortement dans les pays d'Europe Centrale et Orientale, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (IUSSP), *International Population Conference, Montreal 1993, Proceedings*, Liège, Bélgica: IUSSP, 1993, Vol. 1, págs. 235-252; y Avdeev A, Blum A y Troitskaja I, *L'avortement et la contraception en Russie et dans l'ex-URSS: histoire et présent*, Paris: Institut National d'Etudes Démographiques (INED), 1993.
5. Rahman A, Katzive L y Henshaw SK, A global review of laws on induced abortion, 1985-1997, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(2):56-64.
6. Commonwealth of Australia, *An Information Paper on Termination of Pregnancy in Australia*, Canberra, Australia: Australian Government Publishing Service, 1996.
7. Azize-Vargas Y y Avilés LA, Abortion in Puerto Rico: the limits of legality, *Reproductive Health Matters*, 1997, No. 9, págs. 56-64; y Proyecto de Estudios de la Mujer, Colegio Universitario de Cayey, Universidad de Puerto Rico, *La Realidad del Aborto en Puerto Rico: Guías para la Elaboración de Políticas Públicas*, Cayey, Puerto Rico: Promujer, 1993.
8. Hong MS et al., *1994 National Fertility and Family Health Survey Report*, Seúl, Corea: Korea Institute for Health and Social Affairs (KIHASA), 1994; y Ministry of Health, General Directorate of Mother and Child Health and Family Planning, Hacettepe University Institute of Population Studies y Macro International, *1993 Turkey Demographic and Health Survey*, Calverton, MD, EEUU: Macro International, 1994.
9. Dondénaz M et al., Interruptions de grossesse en Suisse 1991-1994, *Bulletin des Médecins Suisses*, 1996, 77(8):308-314.
10. Henshaw SK, Abortion incidence and services in the United States, 1995-1996, *Family Planning Perspectives*, 1998, 30(6):263-270 & 287.
11. Likwa RN y Whittaker M, The characteristics of women presenting for abortion and complications of illegal abortions at the University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia: an explorative study, *African Journal of Fertility, Sexuality and Reproductive Health*, 1996, 1(1):42-49.
12. Im CK y Choe PO, *A Study on Induced Abortion: Based on Providers in Medium Size Cities*, Seúl, Corea: Korean Institute for Family Planning, 1979.
13. Blayo C, INED, París, comunicación personal, 28 de junio, 1998; y Spinelli A, datos no publicados, Roma: Istituto Superiore di Sanità, 1997.
14. ONU, *Demographic Yearbook*, Nueva York: ONU, varios años; y Consejo de Europa, varios años, op. cit. (véase referencia 4).
15. División de Población, UN Department for Economic and Social Affairs, *The Sex and Age Distribution of the World Populations: The 1996 Revision*, Nueva York: ONU, 1997.
16. OMS, 1994, op. cit. (véase referencia 4).
17. Singh S y Wulf D, Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1994, págs. 3-13; Singh S et al., Estimating the level of abortion in the Philippines and Bangladesh, *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23(3):100-107; Henshaw SK et al., The incidence of induced abortion in Nigeria, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(4):156-164; y Huntington D et al., The postabortion caseload in Egyptian hospitals: a descriptive study, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(1):25-31.
18. Henshaw SK et al., 1998, op. cit. (véase referencia 17).
19. Singh S et al., 1997, op. cit. (véase referencia 17).
20. Henshaw SK, Informe mundial sobre el aborto, 1990, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1990, págs. 16-23.
21. Hieu DH, Vietnam Ministry of Health, comunicación personal, 23 de octubre, 1997.
22. Avdeev A, Blum A y Troitskaja I, 1993, op. cit. (véase referencia 4).
23. Department of Health and Medical Industries, *Health Care Services for Mothers and Children in 1995*, Moscú: Ministry of Health and Medical Industries, 1996.
24. Population Problems Research Council y The Mainichi Shimbun, *Toward a New Century of Equality and Symbolism: Summary of Twenty-third National Survey on Family Planning*, Tokio: Population Problems Research Council, 1996.
25. Dávila AL, Ramos G y Mattei H, *Encuesta de Salud Reproductiva: Puerto Rico, 1995-1996, Resumen de los Hallazgos*, San Juan, Puerto Rico: Escuela Graduada de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico, 1998.
26. Office National de la Famille et la Population (ONFP), *Enquête Tunisienne sur la Santé de la Mère et de l'Enfant*, 1994, Túnez: ONFP, 1994.
27. Singh S y Wulf D, 1994, op. cit. (véase referencia 17); Singh S et al., 1997, op. cit. (véase referencia 17); Henshaw SK et al., 1998, op. cit. (véase referencia 17); y Huntington D et al., 1998, op. cit. (véase referencia 17).
28. Chhabra R y Nuna SC, *Abortion in India: An Overview*, Nueva Delhi: Veerendra Press, 1996.
29. Reproductive Rights Alliance, National statistics, *Barometer*, 1998, 2(1):2.
30. Reproductive Rights Alliance, Editorial, *Barometer*, 1997, 1(2):1.
31. Im CK y Choe PO, 1979, op. cit. (véase referencia 12).
32. Singh S y Wulf D, 1994, op. cit. (véase referencia 17); Singh S et al., 1997, op. cit. (véase referencia 17); y Henshaw SK et al., 1998, op. cit. (véase referencia 17).
33. Singh S y Wulf D, 1994, op. cit. (véase referencia 17); Singh S et al., 1997, op. cit. (véase referencia 17); y Henshaw SK et al., 1998, op. cit. (véase referencia 17).
34. AGI, *Aborto Clandestino: Una Realidad Latinoamericana*, Nueva York: AGI, 1994; Singh S, Wulf D y Jones H, Health professionals' perceptions about induced abortion in South Central and Southeast Asia, *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23(2):59-67; y Makinwa-Adebusoye P, Singh S y Audam S, Nigerian health professionals' perceptions about abortion, *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23(4):148-154.
35. David HP y McIntyre RJ, *Reproductive Behavior: Central and Eastern European Experience*, Nueva York: Springer, 1981; David HP, Eastern Europe: pronatalist policies and private behavior, *Population Bulletin*, 1982, Vol. 36, No. 6; Dorman S, More access to contraception: a Russian city surveyed, *Population Today*, 1993, 21(3):9-10; y Popov AA, Family planning and induced abortion in the USSR: basic health and demographic characteristics, *Studies in Family Planning*, 1991, 22(6):368-377.
36. Darsky LE y Dworak NB, Fertility, contraception and induced abortion in Russia: some recent measures, monografía presentada en la Meeting on Population Activities in the Newly Independent States (NIS), Office of Population, United States Agency for International Development (USAID), Washington, DC, 19 de marzo, 1992.
37. Alvarez Vázquez L, *La Regulación de la Fecundidad en Cuba*, Veracruz, Cuba: Ministerio de Salud Pública, mayo de 1992; y David HP y Pick de Weiss S, El aborto en las Américas, en: López G et al., *Salud Reproductiva en las Américas*, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1992, págs. 353-386.
38. Bankole A, Singh S y Haas T, Characteristics of women who obtain abortions: a worldwide review, *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25(2):68-77.
39. Goodkind D, Abortion in Vietnam: measurements, puzzles and concerns, *Studies in Family Planning*, 1994, 25(6):342-352.
40. Frejka T y Atkin LC, The role of induced abortion in the fertility transition of Latin America, en: Guzmán JM et al., eds., *The Fertility Transition in Latin America*, Nueva York: Oxford University Press, 1996, págs. 113-134.
41. Singh S y Sedgh G, Relación del aborto con las tendencias anticonceptivas y de fecundidad en el Brasil, Colombia y México, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1997, págs. 2-13.
42. Bankole A y Westoff CF, Childbearing attitudes and intentions, *DHS Comparative Studies*, Calverton, MD, EEUU: Macro International, 1995, No. 17.
43. AGI, *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*, Nueva York: AGI, 1998.
44. ONU, *World Population Prospects: The 1996 Revision*, Annex I, Nueva York: ONU, 1996.
45. Skjeldestad FE, Increased number of induced abortions in Norway after media coverage of adverse vascular events from the use of third-generation oral contraceptives, *Contraception*, 1997, 55(1):11-14; y Wood R, Botting B y Dunnell K, Trends in conceptions before and after the 1995 pill scare, *Population Trends*, 1997, No. 89, págs. 5-12.
46. Wellings K, Help or hype: an analysis of media coverage of the 1983 "pill scare," *British Journal of Family Planning*, 1985, 11(3):92-98; y Ketting E, *The Decline of the "Pill"*, Zeist, Países Bajos: Netherlands Institute for Social Sexual Research, 1981.