

Datos sobre el embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia

- En 2006, la Corte Constitucional de Colombia derogó la prohibición absoluta del aborto inducido, permitiendo el procedimiento en casos de riesgo para la vida o la salud de la mujer, malformación fetal incompatible con la vida, y violación o incesto. Pese a la sentencia, la gran mayoría de abortos sigue ocurriendo en la clandestinidad y, por consiguiente, conllevan riesgos potenciales para la salud de la mujer.

- La situación de las mujeres colombianas ha cambiado en las dos últimas décadas. En la actualidad, casi tres cuartas partes viven en áreas urbanas; y entre 1990 y 2010, la proporción de mujeres con algún nivel de estudios secundarios y más aumentó del 55% al 76%.

- Aunque el tamaño promedio de la familia en Colombia ha estado disminuyendo a ritmo constante a lo largo de este período, las mujeres más pobres todavía presentan la brecha más amplia entre la fecundidad observada y la deseada (esto es, ellas tienen aproximadamente un hijo más de lo deseado).

- En 2010, cerca del 80% de las mujeres colombianas en unión usó métodos anticonceptivos; 73% utilizó un método moderno y 6% usó un método tradicional menos efectivo.

INCIDENCIA DEL ABORTO Y DEL EMBARAZO NO PLANEADO

- Se estima que en 2008 ocurrieron en Colombia unos 400,400 abortos inducidos, de los cuales solamente 322 fueron procedimientos legales, o Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) practicadas en instituciones de salud. En 1989,

hubo un total de 288,400 abortos. Este aumento a lo largo del tiempo se debió principalmente a un mayor número de mujeres en edad reproductiva en 2008.

- Sin embargo, la tasa de aborto se ha mantenido relativamente constante: en 1989 la tasa era de 36 abortos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva, comparada con 39 por 1,000 en 2008.

- Las actuales tasas de aborto varían mucho por región, desde 18 abortos por 1,000 mujeres en la región Oriental, hasta 66 por 1,000 en Bogotá.

- En 2008 el 67% del total de embarazos en Colombia fueron no planeados, lo que representa un aumento sustancial con respecto al 52% registrado en 1989.

- De manera similar, la proporción del total de embarazos que terminaron en aborto inducido aumentó en una tercera parte de 1989 a 2008. Estos aumentos probablemente se deben a la creciente motivación de las mujeres para evitar los nacimientos no planeados, la cual no ha ido a la par con el uso eficaz y consistente de los métodos modernos.

LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE ABORTO LEGAL

- Aunque la aspiración manual endouterina (AMEU) es el método recomendado por la OMS para abortos de primer trimestre, ocho de cada 10 procedimientos de aborto realizados en instituciones de salud de segundo y tercer nivel se llevan a cabo usando dilatación y curetaje (D&C), método que es más invasivo, toma más tiempo y tiene un mayor costo.¹

- El costo estimado de un aborto legal en instituciones de salud de mayor nivel, en donde el método que se usa principalmente es D&C, es de aproximadamente US\$200 dólares. En instituciones especializadas de nivel primario, en donde se ofrecen los métodos de AMEU o aborto con medicamentos, el costo estimado es solamente de \$45 dólares.¹

CONDICIONES DEL ABORTO CLANDESTINO

- Las mujeres colombianas enfrentan continuamente barreras innecesarias para tener un aborto legal. Como resultado, muchas mujeres recurren a procedimientos clandestinos.

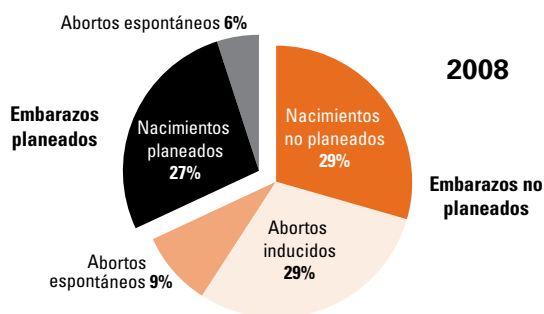
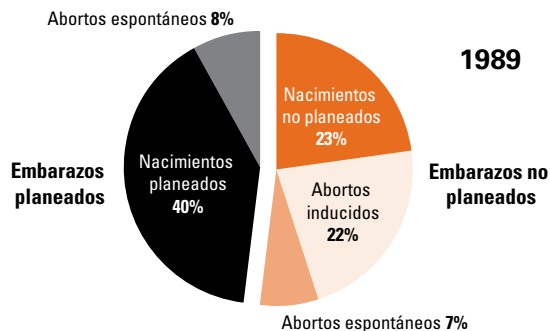
- La mitad del total de abortos en Colombia se realiza mediante el uso del medicamento misoprostol, el cual es ampliamente disponible. Sin embargo, pese a la alta eficacia y seguridad del medicamento cuando se usa correctamente, el inadecuado conocimiento sobre cómo y cuándo usarlo correctamente, tanto en las mujeres como en los proveedores, resulta en una alta tasa de complicaciones (32%; principalmente sangrado y aborto incompleto).

- En áreas urbanas, el tipo de aborto más común es el inducido por misoprostol, el cual se obtiene de diferentes fuentes que incluyen el mercado negro, las droguerías y los médicos. En las áreas rurales, las mujeres pobres tienen menor probabilidad de usar el misoprostol que las mujeres de mayores recursos, y con frecuencia recurren a parteras o se auto-inducen el aborto usando otros métodos.

- Los abortos que *no* son inducidos por misoprostol son realizados por una

Resultados de embarazo en Colombia

En las últimas décadas, la proporción de embarazos que fueron no planeados aumentó de la mitad en 1989 a dos terceras partes en 2008.



variedad de proveedores de servicios que incluyen médicos (utilizando técnicas quirúrgicas principalmente), personal farmacéutico (altas dosis de anticonceptivos orales), personal de enfermería (inyecciones de oxitocina e inserción de sondas) y parteras (inserción de sondas u objetos filosos en la vagina, masajes o uso de menjurjes y brebajes herbales).

CONSECUENCIAS DEL ABORTO INSEGURO

- El 33% del total de mujeres que tienen abortos clandestinos sufren complicaciones que requieren atención médica, pero la tasa de complicaciones alcanza a ser del 53% en las mujeres pobres del medio rural.
- Sin embargo, aproximadamente una quinta parte del total de las mujeres con complicaciones postaborto no recibe la atención médica que requiere.

De las mujeres pobres del medio rural que sufren complicaciones, casi la mitad no reciben tratamiento.

- La gran mayoría de instituciones prestadoras de salud (IPS) que ofrecen atención postaborto (93%) utiliza más comúnmente la técnica de dilatación y curetaje (D&C). Solo el 7% de las IPS usa con mayor frecuencia la aspiración manual endouterina (AMEU), pese a que ésta es una técnica más segura, menos invasiva y menos costosa que la D&C.
- Las tasas más altas de complicaciones se presentan en las mujeres que no recurren al misoprostol y se auto-inducen el aborto (65%) o buscan la ayuda de una partera (54%).
- La tasa más alta de complicaciones a nivel regional se encuentra en la región Pacífica, un área relativamente pobre.

En las mujeres de esa región que tienen un aborto, el 40% sufren complicaciones; la tasa más baja (25%) se encuentra en Bogotá, que es una región sustancialmente más próspera.

- Según datos ajustados de 2008, se estima que en 2012 aproximadamente 102,000 mujeres fueron tratadas por complicaciones de aborto en instituciones de salud de más alto nivel en Colombia (71% en instituciones de segundo nivel y 29% de tercer nivel).¹
- La prestación de servicios de atención postaborto le cuesta al sistema de salud colombiano aproximadamente \$14.4 millones de dólares al año (sólo en costos directos).¹

IMPLICACIONES Y RECOMENDACIONES EN MATERIA DE POLÍTICAS

- Hay una enorme necesidad de mejorar la implementación de la Sentencia C-355 de 2006 y de asegurar que se respeten las directrices para la prestación de servicios de IVE, que se eliminan las barreras para los servicios legales, y que se mejore la difusión de la información sobre criterios legales entre mujeres, jueces y personal médico.
- Es necesario mejorar la cobertura y calidad de la atención postaborto, así como alentar el uso generalizado de la AMEU. El costo de proveer servicios tanto de atención postaborto como de aborto legal se reduciría significativamente si, en lugar de D&C, se utilizaran más ampliamente la AMEU y el aborto con medicamentos en instituciones de salud de primer nivel.
- Debe dedicarse especial atención a las mujeres pobres y del medio rural, quienes son las que tienen mayor probabilidad de sufrir complicaciones y menor probabilidad de recibir atención médica.

- Casi dos terceras partes de las instituciones de salud que podrían proporcionar atención postaborto no lo hacen, lo cual sugiere la necesidad de expandir el número de instituciones que ofrezcan ese tipo de atención, especialmente en las áreas rurales.
- En la actualidad, las mujeres colombianas desean tener menos hijos que en el pasado. Los servicios de anticoncepción de alta calidad—incluida la consejería dirigida a mejorar la regularidad y efectividad del uso actual de anticonceptivos, así como un mayor acceso a la anticoncepción de emergencia—reducirán los embarazos no planeados y la necesidad que tienen las mujeres de recurrir al aborto.

1. Prada E, Maddow-Zimet I y Juárez F, El costo de la atención postaborto y del aborto legal en Colombia, *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, número especial de 2014, pp. 2-12 (acceso al artículo antes de publicación, próximo a venir 2014)

A menos que se indique, los datos provienen de Prada E et al., *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2011. El apoyo para esta hoja informativa y el documento del cual se basan los datos fue proporcionado por el Ministerio de Asuntos Exteriores de los Países Bajos.



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

www.guttmacher.org