

Embarazo no planeado y aborto inducido en México

CAUSAS Y CONSECUENCIAS



Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias

Fatima Juárez
Susheela Singh
Isaac Maddow-Zimet
Deirdre Wulf



Agradecimientos

Este informe fue escrito por Fatima Juárez, El Colegio de México; Susheela Singh e Isaac Maddow-Zimet, ambos del Guttmacher Institute; y Deirdre Wulf, consultora independiente. El reporte fue editado por Lisa Remez, consultora independiente. Kathleen Randall, Guttmacher Institute, supervisó la composición gráfica y la producción. Xavier González-Alonso tradujo el informe.

Los autores expresan su agradecimiento a los siguientes miembros del personal, actuales y pasados del Guttmacher Institute, por su asistencia en varias etapas de la preparación de este informe: Akinrinola Bankole, Patricia Donovan, Axel Mundigo, Elena Prada y Gustavo Suárez. Además, deseamos agradecer de manera especial por su invaluable colaboración en la etapa final del informe a Claudia Díaz Olavarrieta, Population Council-México; José Luis Palma, Investigación en Salud y Demografía (INSAD); Rafaella Schiavon, Ipas-México; y Regina Tamés, Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE).

Los autores agradecen igualmente las valiosas contribuciones de los siguientes revisores externos: Prudencia Susana Cerón Mireles, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; Fernanda Díaz de León Ballesteros, GIRE; Vicente Díaz Sánchez, International Planned Parenthood Federation, Región del Hemisferio Occidental; Sandra García, Population Council-México; Silvia E. Giorguli Saucedo, El Colegio de México; Agnès Guillaume, Institut de Recherche pour le Développement, Francia; José Miguel Guzmán, United Nations Population Fund (UNFPA)-Oficina Central, Nueva York; Edgar Kestler, Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Reproductiva y Sexual, Guatemala; Andrzej Kulczycki, School of Public Health, University of Alabama, Birmingham; Diana Lara, Ibis Reproductive Health; Catherine Menkes, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México; Diego Palacios y Alfonso Sandoval, ambos de UNFPA-México; José Luis Palma, INSAD; y Cristina Villarreal, Fundación Oriéntame, Colombia.

Los autores expresan su gratitud a Sandra García, Population Council-México y Claudia Díaz Olavarrieta, Instituto Nacional de Salud Pública (afiliaciones al momento de sus contribuciones), por ser co-investigadoras en la Encuesta a Profesionales de la Salud (EPS) de 2007, fuente de datos importante para las estimaciones de este reporte. Asimismo, agradecen a los 132 profesionales de la salud, médicos y no médicos, por su participación en la EPS y por su valioso aporte de conocimientos y opiniones acerca del aborto inducido en el país. Igualmente, reconocen con gratitud a los 16 ginecólogos con experiencia en atención postaborto, quienes proporcionaron información sobre el impacto del misoprostol en la clasificación de los códigos CIE-10. Los autores también expresan su agradecimiento al personal de la Dirección General de Información en Salud por su guía sobre los datos hospitalarios, en particular a Luis Manuel Torres que proporcionó orientación sobre la calidad y codificación de las estadísticas hospitalarias, y a Juan José González Vilchis que proporcionó ayuda para el manejo interactivo de los datos, así como por resolver dudas sobre la calidad de la información. Finalmente, los autores expresan su agradecimiento a El Colegio de México por su apoyo a este proyecto.

La elaboración de este informe fue posible gracias al patrocinio de varios donantes, incluyendo el Population Council-México. El Guttmacher Institute expresa su enorme gratitud por la generosidad que recibe de individuos, fundaciones y organizaciones, como las importantes subvenciones de The William and Flora Hewlett Foundation, The David and Lucile Packard Foundation y The Ford Foundation, las cuales apoyan todo el trabajo del Guttmacher Institute.

Índice

Resumen ejecutivo	4
Capítulo 1: La incómoda realidad del aborto inducido	6
Capítulo 2: La práctica del aborto inducido en México	11
Capítulo 3: Consecuencias del aborto inseguro	15
Capítulo 4: Embarazo no planeado y aborto inducido	19
Capítulo 5: Factores asociados al riesgo del embarazo no planeado	25
Capítulo 6: Implicaciones y recomendaciones	29
Cuadros del apéndice	33
Referencias	41

Resumen ejecutivo

Resulta muy difícil estudiar el aborto inducido por ser una práctica clandestina y estigmatizada. En todos los estados de la República Mexicana, el aborto inducido está fuertemente restringido. (La excepción es la entidad federativa del Distrito Federal.) Este informe presenta estimaciones del aborto inducido por entidad federativa y grupos de edad de las mujeres para el año 2009. También examina el embarazo no planeado—motivo principal por el cual las mujeres recurren a un aborto.

Se ha avanzado en muchos frentes

- A partir de 2009, una elevada proporción de las mujeres mexicanas casadas/unidas practican la anticoncepción: 67% usa algún método moderno; y otro 5% depende de algún método tradicional menos efectivo.
- El uso generalizado de anticonceptivos ha sido un factor esencial en la rápida reducción de la fecundidad: el tamaño de la familia, que ha venido disminuyendo continuamente en las últimas dos décadas, está ahora cercano al nivel de reemplazo de dos hijos por mujer.
- En 2007, se dio un gran paso cuando la ley del Distrito Federal permitió la interrupción legal del embarazo (ILE) en el primer trimestre. Gracias a los estrictos protocolos de seguridad, las mujeres que usaron los servicios públicos de ILE casi no tuvieron riesgo de complicaciones en el año que corresponde aproximadamente al de nuestras estimaciones.

El embarazo no planeado está generalizado

- Detrás de casi cada aborto inducido hay un embarazo no planeado. Para 2009, se estima que más de la mitad—55%—del total de embarazos en México fueron no planeados.

- Al clasificar las 32 entidades federativas del país en seis regiones por nivel de desarrollo, se observa que México se ajusta al patrón delineado en otros países en el cual el nivel del embarazo no planeado es mayor en las áreas más desarrolladas y urbanas: se estima que 70% de los embarazos son no planeados en la región más desarrollada (Distrito Federal; Región 1), en comparación con 45% en la región menos desarrollada (Chiapas, Guerrero y Oaxaca; Región 6).
- En general, en México cada año ocurren 71 embarazos no planeados por 1,000 mujeres en edad reproductiva, tasa que es muy similar a la estimada para toda América Latina y el Caribe (72 por 1,000).

Muchos embarazos no planeados terminan en abortos inducidos

- La penalización del aborto no evita su práctica. Se estima que la mitad (54%) del total de embarazos no planeados en México se resuelve mediante un aborto inducido, a pesar de las restricciones legales en 31 de las 32 entidades.
- Esto se traduce en alrededor de un millón (1,026,000) de abortos inducidos cada año, lo que representa una tasa estimada de 38 por 1,000 mujeres de 15–44 años en 2009. La tasa incrementa uniformemente conforme aumenta el nivel de desarrollo, de 26 por 1,000 mujeres en la Región 6, hasta 54 por 1,000 en la Región 1.
- La tasa de aborto ha aumentado más del 50% con respecto a 1990, la cual era 25 por 1,000. Este aumento en la tasa (indicador que aísla el efecto del crecimiento de la población) sugiere que ahora las mujeres están enfrentando mayor dificultad para prevenir los embarazos no

planeados y que están más motivadas para evitar tener nacimientos no planeados.

- Las estimaciones de aborto por edad (que por primera vez se generan para el caso de México) muestran el patrón esperado: la tasa más elevada se observa entre las mujeres de 20–24 años (55 por 1,000 mujeres en ese grupo de edad); y desciende gradualmente con la edad. Desafortunadamente, las adolescentes de 15–19 años presentan la segunda tasa más alta, a la par con las mujeres de 25–29 años (44 por 1,000 mujeres).
- No sorprende que, por entidad federativa, el Distrito Federal tenga una de las tasas de aborto más altas (54 por 1,000). Por otra parte, el estado nortero de Nuevo León tiene la tasa más baja (17 por 1,000), lo que posiblemente refleja tanto un bajo nivel de necesidades no satisfechas de anticoncepción como el hecho de que muchas mujeres cruzan la frontera con Estados Unidos para buscar procedimientos legales y seguros.

Los abortos clandestinos ponen en riesgo la salud de las mujeres y consumen recursos escasos

- Un aborto clandestino generalmente es inseguro. Las cifras de atención hospitalaria revelan la carga que representan los abortos para la salud de las mujeres y para las instituciones: en 2009, solamente en los hospitales públicos, unas 159,000 mujeres mexicanas fueron atendidas por complicaciones derivadas de abortos inducidos.
- Se estima que más de un tercio (36%) de las mujeres que tienen abortos inducidos desarrollan complicaciones que requieren atención médica. La proporción más alta con complicaciones asociadas al aborto inducido—45%—corresponde a las mujeres rurales pobres.
- Una de cada cuatro mujeres mexicanas que sufren complicaciones no reciben la debida atención, lo que las hace especialmente vulnerables a sufrir consecuencias debilitantes para su salud.

El riesgo de complicaciones del aborto está asociado al método utilizado y quién lo realiza

- Se estima que casi el 30% del total de abortos son inducidos con el medicamento misoprostol. La estimación de que 39% de estos procedimientos requirieron atención médica, se debe al inadecuado conocimiento y uso del medicamento entre los proveedores de servicios y las propias mujeres.
- En cuanto a los abortos no inducidos con misoprostol, los más seguros probablemente son los procedimientos quirúrgicos realizados por médicos (23% del total de los abortos); los menos seguros son los abortos autoinducidos con un método distinto al misoprostol, que representan el 16% del total (pero corresponden al 24% de los abortos de mujeres rurales pobres).

Es necesario actuar para proteger la salud y la vida de las mujeres

El aumento en la tasa de aborto enfatiza la necesidad de esfuerzos concertados, con el fin de ayudar a las mujeres mexicanas a evitar los embarazos no planeados que derivan en la práctica del aborto. Enseguida presentamos algunas sugerencias para ayudar a aliviar la carga que representa el aborto inseguro para las mujeres y el sector salud; también proponemos recomendaciones para mejorar la provisión de procedimientos legales y reducir el embarazo no planeado.

Fortalecer los servicios anticonceptivos. Las mujeres necesitan mejor información sobre el uso correcto y consistente de los métodos anticonceptivos. Con el fin de evitar los embarazos no planeados y los abortos, se recomienda que el 12% de las mujeres unidas con necesidades no satisfechas de anticoncepción, más el 5% que usan métodos tradicionales, elijan algún método altamente eficaz acorde a su situación personal. Se necesitan intervenciones diseñadas específicamente para las mujeres con alto riesgo de presentar embarazos no deseados—las jóvenes de 15–24 años, tanto unidas como no unidas (con experiencia sexual y sexualmente activas). Estas incluyen una alta proporción de mujeres que no usan un método a pesar de no querer un embarazo pronto, lo que indica la necesidad a un mejor acceso de información y servicios de anticoncepción efectiva. Un mejor conocimiento de los métodos temporales y un mejor suministro de ellos entre estas mujeres jóvenes, podrían mejorar la prevención del embarazo no planeado y lograr la planeación adecuada de sus nacimientos.

Mejorar los servicios de atención postaborto. Es necesario extender la cobertura de los servicios postaborto y mejorar su calidad. Los proveedores necesitan información más precisa sobre cómo atender a las mujeres que han usado misoprostol, así como capacitación formal para atender complicaciones por aspiración manual endouterina, técnica menos invasiva y menos dependiente de infraestructura que la de legrado. Los servicios anticonceptivos, incluida la consejería, deben convertirse en una práctica estándar de la atención postaborto para evitar el aborto repetido.

Mejorar la provisión de abortos legales. Las campañas masivas educativas son esenciales para concientizar a la población sobre las causales legales de aborto en cada entidad federativa. Es también imprescindible contar con mecanismos que aseguren que las mujeres que cumplan con los criterios reciban los servicios correspondientes, para lo cual la voluntad política es fundamental. Además, es importante que todas las Secretarías de Salud del país, instituciones directamente responsables de brindar y financiar los servicios de salud en sus respectivas entidades, pueden hacer uso de los datos aquí presentados para llevar a cabo mejoras en sus servicios anticonceptivos y de atención postaborto.



La incómoda realidad del aborto inducido

En todo el mundo, las mujeres se enfrentan a embarazos que llegan demasiado pronto o que no son deseados. En cada país, el contexto cultural, legal, económico y de salud influye en la habilidad de las mujeres para evitar los embarazos no planeados, y afecta la respuesta que las mujeres dan en caso de presentarse uno. México no es la excepción. A pesar de que desde la perspectiva legal el aborto inducido está fuertemente restringido en los 31 estados (pero no así en el Distrito Federal), cada año cientos de miles de mujeres mexicanas solucionan sus embarazos no planeados recurriendo al aborto inducido.

Debido a que el Distrito Federal es la única entidad federativa en donde la interrupción del embarazo es legal bajo criterios amplios, la mayoría de los abortos que ocurren en otras partes del país son practicados clandestinamente y muchos de ellos se realizan bajo condiciones insalubres usando métodos inseguros. El aborto inseguro puede tener graves consecuencias para la salud de la mujer y un fuerte impacto adverso en su hogar y en su comunidad. Los abortos inducidos que se realizan en condiciones de riesgo o a manos de proveedores no capacitados, con frecuencia conducen a complicaciones para la salud, cuyo tratamiento médico consume los ya escasos recursos hospitalarios.¹

En los últimos 15 años, el creciente uso de un medicamento de relativo bajo costo y fácil acceso que produce un aborto, el misoprostol, ha cambiado radicalmente la práctica del aborto inducido en México. Las indicaciones médicas del misoprostol originalmente fueron para prevenir las úlceras gástricas; pero su uso para otros fines, como la interrupción del embarazo, es ampliamente conocido.²⁻⁴ Sin embargo, la eficacia del misoprostol para inducir el aborto depende de que el medicamento se utilice en forma correcta—es decir, que se tome en el momento apropiado

del embarazo, en la dosis correcta y siguiendo instrucciones precisas. Desafortunadamente, no es posible asegurar que tales indicaciones se estén aplicando correctamente en México, país en el que generalmente se usa el misoprostol de manera clandestina.

Aunque conocemos en términos generales algunas características de la práctica del aborto inducido en México, la posibilidad de obtener información específica acerca de su frecuencia y de las condiciones bajo las cuales ocurre, representa un reto. La mayoría de las mujeres mexicanas que tienen abortos clandestinos están renuentes a admitir que los han tenido—o a informar a alguien cuando desarrollan alguna consecuencia adversa para su salud. El tema del aborto inducido está tan polarizado en el país que muchos funcionarios públicos se rehúsan a enfrentar el problema y niegan o ignoran el impacto dañino que el aborto inseguro está teniendo en las mujeres, sus familias y el sistema de salud.

Sin embargo, para poder establecer políticas dirigidas a reducir el daño causado por el aborto inseguro, los políticos y funcionarios del sector salud deben conocer el alcance y las causas del problema. Debido a que el aborto inducido es una actividad deliberadamente oculta en México, los investigadores que examinan qué tan extendida está esta práctica tienen que recurrir a las técnicas de estimación indirecta. Este informe presenta los resultados de una nueva investigación sobre la práctica del aborto inducido en México. También cuantifica las consecuencias del aborto inseguro en términos de la salud de las mujeres y de los casos tratados en las instituciones de salud del sector público. El informe actualiza las primeras estimaciones nacionales de la incidencia del aborto en México, que datan de 1990. En particular, proporciona las primeras estimaciones por grupos de edad

de la mujer, tanto para México en su conjunto como para cada uno de seis grupos conformados por las entidades federativas, definidos por su nivel de desarrollo, y para cada una de las 32 entidades. Finalmente, el informe examina la causa de la mayoría de los abortos inducidos—el embarazo no planeado—y revisa cuidadosamente las razones por las cuales las mujeres se embarazan sin desearlo.

México ha tenido importantes logros en materia de salud reproductiva

En la mayor parte del mundo, las mujeres y sus parejas lograron un avance sustancial durante las últimas décadas en términos de su capacidad para alcanzar sus metas reproductivas. Los impresionantes logros observados en México en este campo fueron posibles gracias a la introducción de la nueva Ley General de Población en 1974.⁵ La ley estableció que el gobierno debe ofrecer servicios de planificación familiar en forma gratuita en las instituciones públicas de salud, incluida la provisión de anticonceptivos; y también creó el Programa Nacional de Planificación Familiar para guiar la implementación de la ley. Asimismo, se enmendó la Constitución para dar a todas y todos los mexicanos “el derecho a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”.⁶

Desde mediados de los años setenta hasta principios de los noventa, cuando los cambios arriba mencionados condujeron a aumentos significativos en el uso de anticonceptivos,^{7,8} el gobierno también expandió y mejoró muchos de los aspectos del sistema público de salud.^{9,10} El acceso a los servicios de planificación familiar se extendió a las áreas rurales y a las menos desarrolladas del país, reduciendo las desigualdades en los servicios de planificación familiar y provisión de anticonceptivos.¹¹ En 1995, se inició la descentralización del gasto público hacia los gobiernos locales,¹² reforma legislativa que ha sido benéfica en varios sentidos. Sin embargo, respecto a la provisión de servicios de planificación familiar y de anticoncepción, esta no parece haber tenido un efecto positivo, porque la prestación de servicios ahora depende de los gobiernos estatales individuales, los cuales toman las decisiones sobre el porcentaje del presupuesto que se asigna a la planificación familiar, y este puede ser insuficiente o nulo.^{9,10}

El resultado tangible se ha traducido en el mejoramiento de una gama de indicadores de salud reproductiva: aproximadamente siete de cada 10 mujeres mexicanas casadas/unidas* en edad reproductiva usan actualmente un método anticonceptivo—un nivel cercano al que se observa en países de mayor nivel de desarrollo y mayor industrialización.¹³ Este crecimiento de más del doble en el uso de anticonceptivos desde 1976,^{11,14} ha permitido que muchas mujeres cumplan con su deseo de tener familias cada vez más pequeñas. El tamaño promedio de la familia disminuyó desde cerca de seis hijos en 1973–1975¹⁵ hasta

poco más de dos en 2006–2008.¹⁶ Este descenso en la fecundidad ha contribuido a una reducción en el número de muertes maternas asociadas a alumbramientos. Cambios importantes también han ocurrido en la razón de mortalidad materna, la cual se redujo de 89 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos en 1990¹⁷ a 62 por 100,000 en 2009.^{18,19}

A pesar de estos impresionantes logros, continúan las enormes disparidades por subgrupos de la población. Los servicios médicos, la orientación y los métodos anticonceptivos necesarios para regular el espaciamiento y número de nacimientos, no siempre están disponibles en las regiones del país con mayor pobreza y en el medio rural.⁹ Aun en zonas no pobres con mejores niveles de vida, como se dijo anteriormente, la descentralización de los servicios de salud significa que el financiamiento de los servicios de planificación familiar se ejerce de manera discrecional y la asignación de recursos depende de los gobiernos locales.^{8,9}

Las familias pequeñas son ahora la norma

La tendencia a desear y tener familias más pequeñas comenzó a mediados de los años sesenta entre las mujeres con mayor escolaridad que residían en zonas urbanas, y pronto se extendió hacia todos los niveles de la sociedad.^{20,21} En México, como en todo el mundo, las mejoras en la educación de las mujeres,²² aunadas a una creciente participación femenina en la fuerza laboral, crearon un cambio en las actitudes y aspiraciones para gozar de una vida que no estuviera confinada a la maternidad y a la crianza de los hijos.^{23–25} De hecho, las mujeres se ven motivadas a tener menos hijos debido a la alta inversión de tiempo que ellas consideran que requiere la educación de los mismos.

Para 2009, el país casi había alcanzado una fecundidad a nivel de reemplazo,¹⁶ lo que significa que en un futuro no lejano la población ya no crecerá. Indudablemente, el acceso a la anticoncepción gratuita a través de un programa nacional sólido y comprometido ayudó a acelerar la transición de México hacia familias más pequeñas. Sin embargo, la evidencia reciente sugiere que un mejor acceso por sí solo no es suficiente para que todas las mujeres que no quieren tener más hijos, o que no quieren un hijo en un futuro cercano, puedan evitar embarazarse cuando no lo desean.⁸ El siguiente informe examina a profundidad las razones por las que esto ocurre, y el grado en que las mujeres con un embarazo no planeado recurren al aborto inducido.

México es un país con amplias disparidades socioeconómicas

En cualquier entorno, la conducta reproductiva se ve fuertemente influenciada por factores económicos y sociales. Con una población de 112 millones de habitantes,²⁶ gran parte del país se ha beneficiado del desarrollo económico

*En este informe, el término “unida” se refiere tanto a uniones conyugales formales (casamientos) como uniones consensuales.

Fuentes de datos

Este informe utiliza varias fuentes de datos para estimar la incidencia del aborto inducido y las consecuencias de los procedimientos inseguros en México. También estima la incidencia del embarazo no planeado y examina el contexto en el que este ocurre. Para evitar los problemas de calidad de los datos que resultarían si se obtiene la información sobre una actividad fuertemente estigmatizada directamente de las mujeres, se utiliza una metodología de estimación indirecta, el Método de Estimación de Aborto por Complicaciones (AICM, por sus siglas en inglés). Dos son las principales fuentes de datos para esta estimación, las cuales se presentan a continuación.

ENCUESTA A PROFESIONALES DE LA SALUD (EPS)

Esta encuesta, aplicada en 2007, recolectó información de 132 informantes clave con amplios conocimientos sobre las condiciones del aborto clandestino en México. Para las entrevistas se utilizó un cuestionario estructurado que incluyó una variedad de temas. Se pidió a las personas entrevistadas que estimaran qué proporción del total de abortos se inducen con misoprostol, obtenido de cualquier proveedor. Posteriormente, se les pidió que estimaran las proporciones de los abortos restantes que serían provistos por cuatro tipos de proveedores (médicos; enfermeras o parteras capacitadas; empleados de farmacia; y parteras tradicionales o curanderos(as)) y aquellos que serían inducidos por la propia mujer. También se les pidió estimar las proporciones de mujeres que experimentarían complicaciones que requieren atención médica por las mismas seis categorías, así como la proporción de esas mujeres que obtendrían tratamiento en hospitales.

Las entrevistas en la EPS se realizaron en el Distrito Federal (Región 1) y en los cinco estados que representan cada una de las otras cinco regiones (Baja California de la Región 2, Guanajuato de la Región 3, Yucatán de la Región 4, Veracruz de la Región 5 y Chiapas de la Región 6). Poco menos de dos tercios de los participantes en la EPS eran médicos generales o ginecólogos; y el resto eran expertos en salud pública y en salud reproductiva que representaban una variedad de profesiones no médicas (ej., trabajo social, investigación, formulación de políticas, defensa de la salud y administración pública).

SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

Los datos para 2009 sobre el número de mujeres atendidas por complicaciones de aborto en los hospitales gubernamentales se obtuvieron de tres fuentes de datos de la Secretaría de Salud: datos de egresos hospitalarios, que corresponden a los casos hospitalizados (en todos los subsistemas del sistema nacional de salud pública),*¹ datos hospitalarios de atención ambulatoria² (también disponible para los todos subsistemas del sistema nacional de salud pública), y datos de pacientes en salas de urgencias (solo disponible para el subsistema más grande, la Secretaría de Salud).³ Estos datos son mutuamente excluyentes. El número total de mujeres atendidas por aborto en hospitales gubernamentales en 2009, requirió algún ajuste.⁴ En su mayor parte, estos datos estuvieron disponibles por entidad federativa y por edad de la mujer en el momento en que fue atendida; y en los pocos casos en que no estuvieron disponibles, se hicieron estimaciones a partir de los datos existentes.

FUENTES DE DATOS ADICIONALES

Una serie de encuestas demográficas nacionales sucesivas, las Encuestas Nacionales de la Dinámica Demográfica (ENADID) para 1997, 2006 y 2009, proporcionan información sobre aspectos demográficos y de salud reproductiva tales como la edad, el estado civil, el uso de anticonceptivos, la actividad sexual y la condición de afiliación a servicios de salud, entre otros. La ENADID 1997 fue realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI); la ENADID 2006, por el Instituto Nacional de Salud Pública y el Consejo Nacional de Población (CONAPO); y la ENADID 2009, por el INEGI y el CONAPO. Las encuestas usaron muestras aleatorias que son representativas a nivel nacional y por entidad federativa; se entrevistaron a 88,022 mujeres en edades de 15–54 en 1997, a 41,133 mujeres en 2006 y a 100,515 mujeres en 2009. Nuestras estimaciones se refieren a mujeres en edad reproductiva de 15–49 años.

Los datos que se requieren para la estimación de las necesidades no satisfechas de anticoncepción provienen de las ENADID de 1997 y 2009. El procedimiento de cálculo de este indicador es el mismo utilizado por CONAPO en el pasado, desde principios de 1990 y utilizado para la ENADID 1997. Recientemente, CONAPO cambió su definición.⁵ Sin embargo, en nuestro estudio se sigue usando el procedimiento anterior para estimar las necesidades no satisfechas en 1997 y en 2009,⁶ para mantener la comparabilidad en el tiempo de los indicadores, y porque este procedimiento de cálculo también coincide en gran parte con el utilizado en el conocido programa internacional de encuestas de fecundidad, las Encuestas Demográficas y de Salud (Demographic and Health Surveys, DHS por su sigla en inglés). Como resultado, nuestras cifras sobre necesidades no satisfechas de anticoncepción para 2009 difieren de las publicadas por CONAPO. Para las tasas de fecundidad, se usaron las de CONAPO que estaban disponibles en el momento del análisis; sin embargo, recientemente estos indicadores fueron actualizados y difieren ligeramente de las que aquí se presentan.

Los datos requeridos para el cálculo de las tasas de aborto—i.e., la población de mujeres en edad reproductiva por entidad federativa y el número de nacidos vivos en 2009—se basan en las estimaciones más recientes disponibles de CONAPO en el momento del análisis.^{7,8} Y la situación final de un embarazo (nacimiento o aborto), utiliza los mismos datos antes mencionados de CONAPO y las estimaciones de aborto inducido.

Las dos dimensiones de nuestro índice sobre nivel de acceso a los servicios de salud de calidad—el nivel de educación y tipo de servicio de salud de las mujeres—provienen de la ENADID 2009. Utilizamos el hecho de haber recibido al menos 10 años de instrucción escolar como un indicador proxy de la autonomía de las mujeres y de su capacidad para manejar el sistema de salud. La estructura de atención a la salud en México presenta desigualdades en la calidad del servicio. Por consiguiente, nuestro indicador de tipo de servicio de salud que garantiza el acceso a atención de *calidad* divide a la población en dos grupos mutuamente excluyentes. El primero se compone de mujeres que pueden usar los servicios considerados aquí como de mayor calidad—aquellas que tienen seguro privado (pagado por ellas mismas o por su empleador) y las que están inscritas en las instituciones de seguridad



social nacionales (i.e., IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEDEMAR). El segundo grupo abarca a todas las otras mujeres, la mayoría de las cuales reciben atención de los servicios de salud a nivel estatal o a través del subsistema que cubre a las personas que viven en condiciones de pobreza y las no aseguradas (Secretaría de Salud, IMSS-Oportunidades y Seguro Popular).

Según nuestro índice, el nivel de acceso a servicios de salud de calidad de las mujeres se clasifica como *bueno*, si ellas tienen al menos 10 años de escolaridad y cuentan con cobertura para servicios de calidad; como *deficiente*, si tienen menos de 10 años de escolaridad y carecen de seguro para recibir servicios de calidad o que no tienen cobertura alguna; y como *regular*, si las mujeres son positivas en una sola dimensión dicotómica del índice (pero no en ambas).

Nuestras seis regiones (no son áreas contiguas geográficamente pero las denominamos regiones por conveniencia) que agrupan a las entidades federativas según su nivel de desarrollo, se basan en el índice de marginación de CONAPO de 2005—la versión más reciente disponible en el momento del análisis. Estas regiones van desde la región más desarrollada (Región 1; Distrito Federal) hasta la menos desarrollada (Región 6; Chiapas, Guerrero y Oaxaca).⁹ El índice incorpora las siguientes medidas de condición socioeconómica para agrupar las 32 entidades: porcentaje de la población en edades de 15 años o mayor que es analfabeta; porcentaje en edades de 15 años o mayor que no ha completado la escuela primaria; porcentajes de habitantes que viven en lugares sin agua corriente o servicio sanitario en el interior de la vivienda, sin servicio de energía eléctrica, sin agua potable, con cierto grado de hacinamiento y con piso de tierra; porcentaje de la población que vive en localidades con menos de 5,000 habitantes; y porcentaje de la población que trabaja y gana menos de dos veces el salario mínimo.

y social; pero este no es el caso para grandes áreas del territorio nacional. Para revisar la influencia de factores contextuales en la habilidad de las mujeres mexicanas para planear sus familias, nuestro análisis reúne a las entidades federativas del país en seis grupos, o regiones, que difieren sustancialmente en la proporción de personas que viven en condición de marginación social y económica.²⁷

Ya que México no tiene agrupaciones oficiales de las entidades federativas, nuestro esquema las agrupa en regiones según el índice de marginación del Consejo Nacional de Población (CONAPO; ver recuadro de datos en la página 8).²⁸ En el presente informe, llamamos por conveniencia a las agrupaciones “regiones”, aunque las entidades que las conforman no sean contiguas. El índice de marginación está basado en 10 componentes, y representa el grado en el que los hogares en las 32 entidades federativas han sido excluidos de los beneficios de la modernización. (El índice incluye variables como calidad y servicios de la vivienda, educación e ingreso). Las regiones son numeradas en orden decreciente de su nivel de marginación, de tal forma que la Región 6 (Chiapas, Guerrero y Oaxaca) es la más marginada, y la Región 1 (Distrito Federal), la menos marginada.

Las disparidades que existen en el país son evidentes al observar la brecha entre regiones en cuanto a las proporciones de la población ocupada que vive en condiciones de pobreza. Dichas proporciones varían desde 33% en la Región 1, hasta 72% en la Región 6. Los indicadores del logro educativo y acceso a los servicios de salud de calidad son igualmente reveladores: para 2009, 42% de las mujeres en la Región 1 y 69% en la Región 6 tenían menos de 10 años de escolaridad; y las proporciones de mujeres con un acceso deficiente a servicios de salud de calidad eran de 26% en la Región 1 y 59% en la Región 6. (Ver recuadro en la página 8 para una explicación detallada de este indicador de acceso a servicios de calidad). Además, las Regiones 5 y 6 tienen las proporciones más altas de mujeres en edad reproductiva que viven en áreas rurales (38–44%, comparadas con 20% para el país en su conjunto). En general, los estados y regiones que tienen mejores condiciones socioeconómicas se localizan geográficamente en el norte y centro del país, y aquellos que tienen condiciones de mayor marginación están concentrados principalmente en el este y sureste del país (Figura 1.1, página 10).

⁹Los componentes principales de los servicios de salud de México son: Secretaría de Salud (SSA, componente que, aunque nombrado de ese modo, incluye a las Secretarías de Salud de cada uno de los 32 gobiernos estatales), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) e IMSS Oportunidades.

Guía para este informe

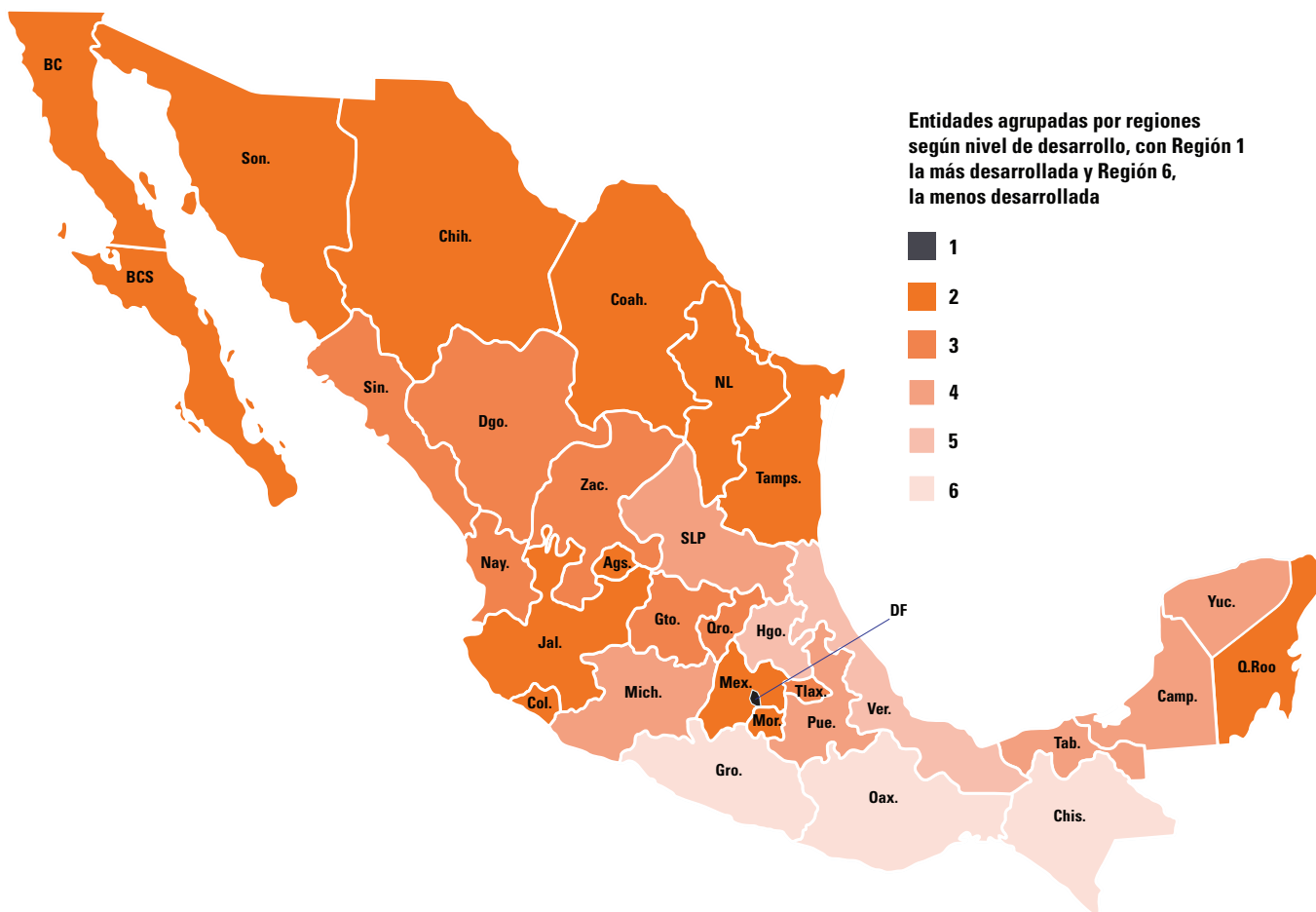
Entre las audiencias clave para el siguiente informe se encuentran las agencias gubernamentales, las organizaciones no gubernamentales, los grupos religiosos, los profesionales médicos y de ámbitos jurídicos, los defensores de los derechos y el público en general. El objetivo más amplio de este informe es proporcionar a los encargados de diseñar políticas y programas, las herramientas necesarias para desarrollar servicios de salud, programas sociales y estrategias más sensibles que permiten reducir los embarazos no planeados y la carga generada por el aborto inseguro.

El capítulo que se presenta a continuación, el Capítulo 2, revisa las condiciones bajo las cuales las mujeres mexicanas interrumpen embarazos no planeados. También, describe la situación de las interrupciones legales del embarazo (ILE) en el Distrito Federal. El Capítulo 3 aporta detalles sobre las actuales consecuencias para la salud derivadas del aborto inseguro en México. El Capítulo 4

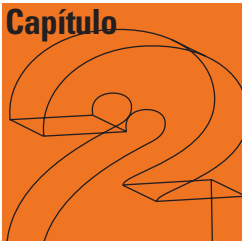
informa sobre la tendencia de la tasa de aborto a nivel nacional entre 1990 y 2009; y proporciona nuevas estimaciones para 2009 de las tasas regionales por nivel de desarrollo, por estado y por grupo de edad. También, examina los niveles generales y regionales del embarazo no planeado—el factor principal que origina el aborto inducido. Estas nuevas estimaciones provienen de varias fuentes y encuestas (ver recuadro en la página 8).

Para esclarecer las razones por las que el embarazo no planeado puede ser tan común en México, el Capítulo 5 examina los factores que incrementan la probabilidad de que las mujeres se embaracen cuando no lo desean, e identifica los subgrupos de mujeres que están en mayor riesgo. El Capítulo 6 destaca las implicaciones de los principales hallazgos del estudio y sugiere algunas políticas y programas para reducir los embarazos no planeados y disminuir el costo económico y social del aborto inseguro.

FIGURA 1.1



Fuente Referencia 28.



La práctica del aborto inducido en México

Debido a que el aborto está altamente restringido en gran parte del país (Apéndice Cuadro 1), la mayoría de las mujeres fuera del Distrito Federal que interrumpen un embarazo lo hacen de manera clandestina, por lo que no puede garantizarse la seguridad del procedimiento. Entre los principales obstáculos para determinar el nivel real del aborto, destaca el estigma asociado al procedimiento y su condición de ilegalidad. Esto significa que las mujeres que han tenido un aborto si son entrevistadas directamente, tienen una alta probabilidad de no reportarlo, por lo que es muy difícil obtener datos confiables sobre su incidencia.²⁹ De esta forma, lo poco que sabemos sobre la práctica del aborto en México proviene de estudios etnográficos o cualitativos de pequeña escala.^{30,31}

Probablemente, el panorama general del aborto clandestino en México comenzó a cambiar con la introducción del misoprostol hace aproximadamente una década. El uso para provocar un aborto de esta prostaglandina sintética análoga, cuyo nombre comercial es Cytotec, aumentó continuamente desde entonces.³²⁻³⁴ El misoprostol es una de las dos principales sustancias que generalmente se usan en el esquema de aborto con medicamentos (la otra es la mifepristona, que fue registrada en el país recién en 2011 por la Comisión Federal para Protección Contra Riesgos Sanitarios, COFEPRIS³⁵).

El esquema de misoprostol solo, que tiene un precio relativamente bajo en las farmacias mexicanas,^{34,36} cuando se usa correctamente puede ser un modo eficaz para interrumpir un embarazo temprano. Sus propiedades abortivas se volvieron muy conocidas primeramente en Brasil a mediados de los años ochenta,^{37,38} y de ahí se difundieron a otras partes de América Latina, especialmente a Colombia³⁹ y México.^{27,40} Como consecuencia, es probable que los métodos anteriormente usados y generalmente

más riesgosos para interrumpir un embarazo, hayan dado paso a estrategias que pueden continuar siendo clandestinas, pero que son menos peligrosas que las utilizadas previamente.

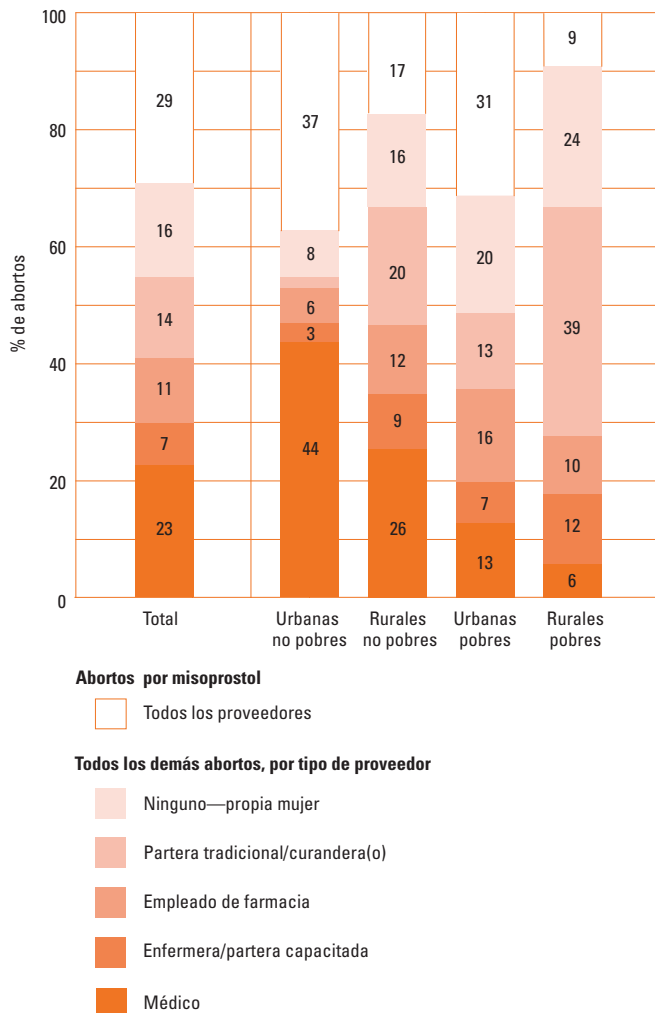
La encuesta que usamos para estimar indirectamente la incidencia del aborto es la Encuesta a Profesionales de la Salud (EPS). Esta proporciona información que llena parcialmente la falta de conocimiento acerca de la práctica actual del aborto. (Para una descripción completa de la EPS, vea el recuadro en la página 8; y para la de la metodología, vea el recuadro en la página 22). A continuación presentamos las condiciones del aborto derivadas de esta encuesta. La información de la sección siguiente se refiere a *todos* los abortos inducidos, los cuales incluyen aquellos que son clandestinos e inseguros, así como los que son clandestinos y probablemente seguros desde un punto de vista médico. (Aun cuando cada entidad federativa cuenta con al menos una causal bajo la cual una mujer tiene el derecho de solicitar un aborto legal, la realidad es que el número de procedimientos legales que se llevan a cabo en los estados es numéricamente insignificante). El caso particular del Distrito Federal se examina en una sección posterior.

El uso de misoprostol es común, especialmente en las áreas urbanas

En general, se cree que el 29% de los abortos en México involucran el uso de misoprostol, independientemente de quién sea el proveedor (Figura 2.1, página 12).³³ Es probable que las mujeres obtengan el medicamento de diversas fuentes, pero principalmente de empleados de las farmacias, de médicos, de familiares y de amigas(os). Además, los profesionales de la salud encuestados estiman que el

FIGURA 2.1

Los abortos inducidos con misoprostol son comunes en el país, especialmente en zonas urbanas.



Fuente Referencia 33.

otro 71% de los abortos no inducidos mediante misoprostol, comprende una diversidad de métodos cuyos proveedores son en un 14% parteras tradicionales o curanderas(os); 11% empleados de farmacias; 7% enfermeras y parteras capacitadas; y 23% médicos; el 16% restante incluye los abortos autoinducidos por las mismas mujeres con métodos distintos al misoprostol.³³ Estas estimaciones ilustran un nuevo patrón que refleja la introducción del misoprostol: se considera que la mayoría de los abortos clandestinos que ocurren en México—el 59% formado por los abortos inducidos con misoprostol y otros tipos de procedimientos realizados por médicos y enfermeras—son más seguros que los que se realizaban en el pasado que utilizaron métodos más invasivos y peligrosos.

Sin embargo, aun con el aumento en la disponibilidad del misoprostol, es probable que muchas mujeres mexicanas, especialmente aquellas que residen en las áreas rurales,

desconozcan su existencia o la forma de obtenerlo; o bien, no puedan pagarlo. Además, a pesar de su efectividad cuando se prescribe y se utiliza correctamente, muchos proveedores, incluidos los empleados de las farmacias, desconocen las indicaciones correctas que deben dar a la mujer, especialmente la dosis correcta^{33,36,41} y cómo responder al síntoma propio del medicamento—la presencia de hemorragia.⁴²

Debido a que los tipos de métodos de aborto y de proveedores que utilizan las mujeres están estrechamente vinculados a su condición socioeconómica, se pidió a las personas entrevistadas en la EPS que proporcionaran estimaciones para cuatro grupos muy diferentes de mujeres—mujeres urbanas no pobres, mujeres rurales no pobres, mujeres urbanas pobres y mujeres rurales pobres. Los abortos entre mujeres urbanas tienen mucha mayor probabilidad que los de las mujeres rurales de ser inducidos mediante el uso de misoprostol (31–37% vs. 9–17%; Figura 2.1). Además, las proporciones de abortos que probablemente son procedimientos quirúrgicos realizados por médicos siguen el patrón esperado: dichas proporciones varían desde solamente 6% de los abortos en mujeres rurales pobres hasta 44% de los obtenidos por mujeres urbanas no pobres. Es menos claro el patrón del aborto no inducido por misoprostol y practicado por otros proveedores. Es importante mencionar, sin embargo, que los abortos de mayor riesgo—los no inducidos por misoprostol que son autoinducidos o realizados por proveedores tradicionales—constituyen cerca de dos tercios del total de abortos entre las mujeres rurales pobres.

En el Distrito Federal los procedimientos de ILE son seguros

Las interrupciones legales del primer trimestre de gestación que se realizan en el Distrito Federal presentan un contraste notable, ya que son procedimientos seguros que se realizan en instituciones médicas y de acuerdo a los lineamientos generales de organización de los servicios de salud de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.⁴³ En abril de 2007, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal despenalizó todos los abortos inducidos en las primeras 12 semanas del embarazo* (ver recuadro en la página 14).⁴⁴ El mes siguiente, el órgano legislativo del Distrito Federal publicó sus directrices generales para el programa de ILE, las cuales estipulan que los procedimientos deben ser practicados por un médico, con el consentimiento informado de la mujer, en una institución de salud designada y que un ultrasonido verifique el límite de edad gestacional prescrito.^{45,46} Los lineamientos antes

*Además de esta despenalización en las 12 primeras semanas, quedaron vigentes en el Distrito Federal las causales para interrumpir los embarazos hasta las 20 semanas que son excluyentes de responsabilidad—los que son productos de violación, los que amenazan a la vida o a la salud de la mujer, los que involucran malformaciones del feto o del embrión, los que ocurren de la inseminación artificial no consentida, y los que resultan de acciones imprudenciales de la mujer.

...la mayoría de las mujeres fuera del Distrito Federal que interrumpen un embarazo lo hacen de manera clandestina, por lo que no puede garantizarse la seguridad del procedimiento.

mencionados también establecen los prerrequisitos de una consejería objetiva acerca del procedimiento antes de realizarlo. Igualmente, requieren que después del procedimiento se brinde consejería sobre opciones anticonceptivas, con el fin de asegurar que las mujeres tengan los medios para evitar los embarazos no planeados.

En las instituciones de salud del sector público en el Distrito Federal, los procedimientos de ILE están disponibles en forma gratuita para las mujeres residentes; y por medio de una pequeña cuota de recuperación para las mujeres de los 31 estados. En las instituciones del sector privado en el Distrito Federal, las mujeres deben pagar el procedimiento como gasto de bolsillo.⁴⁶ Sin embargo, las instituciones privadas no tienen obligación de presentar reportes sobre el número de intervenciones a las autoridades del Distrito Federal, por lo que el número de los procedimientos de ILE realizados en el sector privado es en gran parte desconocido. No obstante, dado que las mujeres de estratos económicos medios y altos siempre tienen la capacidad de pagar por un aborto seguro, no parece aventurado pensar que una proporción considerable de los procedimientos de ILE en el Distrito Federal se lleven a cabo en establecimientos privados.

En 2008, el primer año completo de implementación de la ley, un total de 13,404 mujeres se sometieron a un procedimiento de ILE en las instituciones públicas del Distrito Federal; este número aumentó a 16,945 en 2010; y a 20,319 en 2011.^{47,Cuadro 7.4} Para el año de nuestras estimaciones, 2009, las instituciones públicas reportaron 16,475 procedimientos.^{48,Cuadro 7.5} Aproximadamente 67% de estos procedimientos fueron abortos inducidos por misoprostol; 32% mediante aspiración manual endouterina (AMEU); y solamente 1%, a través del método más invasivo de legrado uterino instrumental (LUI), también conocido como dilatación

y curetaje.^{48,Cuadro 7.5} En correspondencia con los lineamientos técnicos del programa de ILE sobre consejería anticonceptiva después del procedimiento, la mayoría de las mujeres que la recibieron adoptaron un método efectivo antes de abandonar la institución de salud. Los registros del programa de ILE muestran^{46,49}—y otros estudios independientes lo confirman^{50,51}—que las mujeres eligieron con mayor frecuencia el dispositivo intrauterino (DIU) por ser un anticonceptivo altamente efectivo.

Los registros del programa de ILE ofrecen un panorama de las características de las mujeres que decidieron solucionar un embarazo no planeado mediante un procedimiento de ILE en los primeros años inmediatamente después de la despenalización. Cabe hacer notar que esta información únicamente se refiere a aquellas mujeres que lograron superar el estigma y los obstáculos iniciales como la insuficiencia de personal y los derivados de la objeción de conciencia,⁵² que probablemente disuadieron a muchas otras. Según datos del programa de ILE que corresponden aproximadamente al año de nuestras estimaciones (2009), las usuarias de los servicios de ILE tenían predominantemente entre los 20 y 29 años (60%), eran católicas (82%) y poco más de la mitad nunca habían estado unidas (53%).⁴⁹ Cuatro de cada 10 habían cursado la educación hasta la secundaria o menos años (38%), y casi la misma proporción había cursado hasta algún grado de preparatoria o preparatoria completa (41%). Las mujeres de una mayor escolaridad (con 13 o más años de estudios completos, que corresponde a grado universitario), representan solamente el 20% de todas las que se sometieron a un procedimiento de ILE en las instituciones del gobierno del Distrito Federal en ese año.

Cabe mencionar que las mujeres que solicitan una ILE en el Distrito Federal se benefician al contar con un procedi-

Leyes de aborto en México

La situación legal del aborto está estrechamente vinculada con la seguridad del procedimiento. Desafortunadamente, en los países con leyes altamente restrictivas, es común que las mujeres recurran al aborto clandestino. Dado que la seguridad de tales procedimientos no puede garantizarse, las mujeres ponen en riesgo su salud y situación social al recurrir a una práctica altamente estigmatizada y muchas veces insegura. En México, la ley de cada entidad federativa es responsable de regular el aborto. Mientras que los abortos de primer trimestre son legales bajo cualquier circunstancia en el Distrito Federal, los 31 estados restringen legalmente el procedimiento, con alguna variación en las excepciones específicas por estado, que se analizan a continuación.

LOS 31 ESTADOS

Actualmente, cada uno de los 31 estados mexicanos permite la interrupción legal de embarazos que son el resultado de violación, y todos menos seis aceptan el procedimiento si es necesario para salvar la vida de la mujer (Apéndice Cuadro 1). Trece estados permiten el aborto en casos de malformación del producto (feto o embrión) y 12 lo aceptan cuando la continuación del embarazo representa una seria amenaza para la salud de la mujer. Diez estados consienten el aborto si el embarazo es resultado de inseminación artificial ocurrida sin el consentimiento de la mujer. Yucatán es un caso único al permitir el aborto legal con base en condiciones económicas si la mujer ya tiene al menos tres hijos, criterios que fueron establecidos en 1931.*

A pesar de que el aborto es permitido bajo ciertas condiciones en los 31 estados, muy pocas mujeres buscan servicios de interrupciones legales bajo los criterios existentes, aun cuando cumplan con ellos. Esta situación probablemente se deriva, además de una profunda estigmatización del evento a nivel social, de la ausencia de suficientes mecanismos a nivel estatal que garanticen que las mujeres que cumplen con los criterios para un aborto legal, puedan obtenerlo.¹

EL DISTRITO FEDERAL

Siete años antes de la reforma de 2007, el Distrito Federal actuó para dar a las mujeres el acceso a los abortos que fueran legales conforme a su código penal. En el año 2000, el Distrito Federal enmendó su código penal con el objeto de ampliar las causales para que incluyeran los casos en que la salud de la mujer embarazada estuviera en peligro, en que el embarazo fuera resultado de inseminación artificial sin el consentimiento de la mujer, y en que el producto tuviera severas malformaciones incompatibles con la vida.² (Antes del año 2000, el Distrito Federal permitía las interrupciones legales solamente en casos de violación y cuando el embarazo representaba una amenaza para la vida de la mujer³).

miento que debe cumplir con los lineamientos médicos estrictos apegados a las normas internacionales.⁴³ En consecuencia, solamente el 0.5% de estos procedimientos se asociaron con complicaciones leves en 2009.⁴⁹ Desafortunadamente, las mujeres que viven fuera del

Esta reforma del año 2000, conocida como la Ley Robles, mejoró la implementación del criterio legal de la violación al asignar sin ambigüedades y por primera vez un solo canal oficial para la aprobación legal de los abortos—en este caso, el Ministerio Público del Distrito Federal.³ La Ley Robles también estableció que los profesionales médicos informaran a las mujeres sobre el criterio legal. Además, en 2002, la Secretaría de Salud del Distrito Federal emitió un memorando a los proveedores médicos en el cual se establece la organización general de los servicios legales; y además produjo un manual dirigido al personal clínico para la realización de procedimientos seguros.³ Ese mismo año, la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal emitió las directrices para el procesamiento expedito de las solicitudes de las interrupciones de embarazos resultantes de violación, para evitar cualquier retraso que pudiera amenazar la salud de la mujer embarazada.

Finalmente, en abril de 2007, la legislatura del Distrito Federal aprobó una reforma histórica que permite el aborto inducido bajo cualquier condición durante las primeras 12 semanas del embarazo. Esta ley tuvo un enorme impacto en todo el país. La Suprema Corte de México ratificó la constitucionalidad de la ley en 2008, argumentando que el Distrito Federal había aprobado una ley que era apropiada para proteger los derechos de las mujeres a la vida y a la salud.⁴ Desde entonces, la Secretaría de Salud del Distrito Federal ha seguido haciendo disponibles estos servicios legales en ciertas clínicas y hospitales públicos; asimismo, las instituciones privadas ofrecen procedimientos legales y seguros en el Distrito Federal.⁵

En respuesta a la despenalización del aborto en 2007, 16 estados[†] actuaron presumiblemente para evitar cambios legales similares. Entre 2008 y 2011, estos estados añadieron cláusulas constitucionales protegiendo la vida desde la concepción.⁶ Sin embargo, estos estados no han enmendado sus códigos penales. Por consiguiente, la coexistencia de códigos penales que permiten el aborto en algunas circunstancias con una constitución que define la vida desde la concepción, ha creado una gran confusión legal e incertidumbre. Además, al menos ocho estados[‡] tienen iniciativas legales similares en trámite para añadir cláusulas constitucionales que protegen la vida desde la concepción.⁷

*Sin embargo, en 2009, se cambió la constitución de Yucatán para proteger la vida desde el momento de la concepción; pero debido a que el código penal no ha cambiado, el impacto de esta enmienda constitucional no es claro. (Ver GIRE, Normativa, legislación estatal: Yucatán, <http://www.gire.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=244%3Ayucatan&catid=49&Itemid=1154&lang=es>, consultado el 23 de marzo de 2013).

†Baja California, Chiapas, Colima, Durango, Guanajuato, Jalisco, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tamaulipas y Yucatán.

‡Aguascalientes, Baja California Sur, Hidalgo, México, Sinaloa, Tabasco, Tlaxcala y Zacatecas.

Distrito Federal (aunque también algunas mujeres que ahí radican) que recurren a abortos inducidos clandestinos, enfrentan probabilidades mucho más altas de sufrir complicaciones, como se describe en el siguiente capítulo.



Consecuencias del aborto inseguro

Las restricciones legales al aborto no evitan que suceda sino que provocan su práctica clandestina, por lo que no es posible garantizar la seguridad del procedimiento.⁵³ A nivel mundial, la complicación más común es el aborto incompleto, cuyo principal síntoma es la hemorragia abundante, que puede ser una seria amenaza para la salud de la mujer si no recibe atención médica inmediata. Son menos comunes las complicaciones más graves, entre las cuales se incluyen infecciones, en algunos casos acompañadas de choque séptico y perforación uterina.⁵⁴ Estas últimas continúan siendo las complicaciones potencialmente mortales del aborto inseguro. Desafortunadamente, el patrón a nivel mundial también se observa en México, ya que se estima que 36% de los abortos inducidos resultan en complicaciones que requieren atención médica (Figura 3.1, página 16).³³ (En este informe, el término *complicación* por aborto se refiere a todas las consecuencias adversas, desde las menos severas [aborto incompleto y hemorragia abundante y prolongada] hasta las más severas [sepsis y perforación uterina]*).

La proporción estimada de abortos con complicaciones aumenta de manera uniforme a mayor pobreza y residencia rural, variando desde 26% para los abortos que ocurren entre mujeres urbanas no pobres hasta 45% para los que ocurren entre mujeres rurales pobres. Lo anterior indica que el grado del riesgo de un aborto clandestino está fuertemente relacionado con la capacidad económica de la mujer para pagar el procedimiento y con la facilidad para acceder al personal médico capacitado. En México, como sucede en todo el mundo, las mujeres con mejores condiciones económicas siempre pueden minimizar los riesgos a su salud al pagar precios más altos por abortos más seguros. Probablemente, los proveedores cobran lo que consideran que se ajusta al mercado y lo que las mujeres, en circunstancias desesperadas, están dispues-

tas a pagar. Dos patrones comunes surgieron a partir de las estimaciones de costos elaboradas por los informantes clave: mientras más capacitado está el proveedor, más alto es el costo; y las mujeres de mayores recursos (no pobres) pagan más que las mujeres pobres por los servicios de aborto del mismo tipo de proveedor.³³

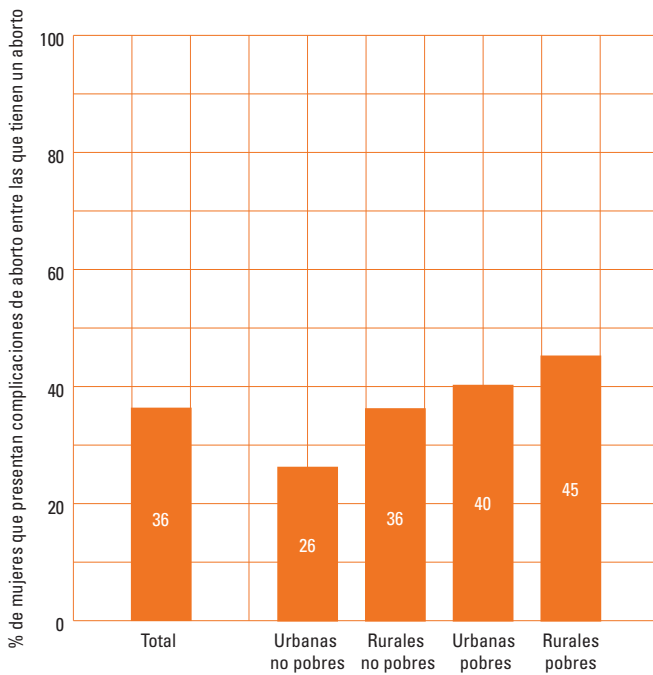
Las estimaciones de costo muestran lo prohibitivamente caro que puede ser un aborto clandestino seguro. Por ejemplo, el costo típico de un aborto legal del primer trimestre (aproximadamente \$470 dólares americanos en 2008⁵⁵) en una clínica en los Estados Unidos es similar a lo que una mujer urbana *pobre* pagaría por un aborto clandestino de un médico en una clínica o consultorio privado en México en 2007 (\$4,400–\$7,200 pesos mexicanos, o \$404–660 dólares[†]).³³ Tomando en cuenta que el salario mínimo mensual en México en 2007 era de apro-

*A pesar de que el término “complicaciones” tiene un significado altamente especializado en algunos diagnósticos médicos, nuestro uso del término se refiere a las consecuencias negativas para la salud de la mujer causada por el procedimiento. Para el caso de México, la mayoría de las complicaciones postaborto se ubican en la categoría de “aborto incompleto”. Este tipo de complicaciones representa un menor grado de riesgo para la salud de la mujer, sin embargo, también se requiere atención médica, y en caso de no recibirla, es posible llegar a situaciones de riesgo extremo. Sin duda, las complicaciones son menos severas en la actualidad que lo que eran en el pasado cuando era más común el uso de métodos invasivos como la inserción de objetos filosos, que muchas veces conducían a sepsis o a perforación uterina. En la actualidad, ese tipo de complicaciones sucede rara vez. Asimismo, la duración de la hospitalización se ha reducido de 1990 a 2006 (referencia 32).

†Dólares se refieren a dólares americanos, con base en el tipo de cambio del dólar que corresponde a \$10.90 pesos mexicanos en 2007, según el Banco de México. (Fuente: Banco de México, *Informe Anual 2008*, Ciudad de México: Banco de México, Cuadro A 1, <<http://www.banxico.org.mx/publicaciones-y-discursos/publicaciones/informes-periodicos/anual/%7BE2479C99-47CB-19B8-92A7-D011876E8FCA%7D.pdf>>, consultado el 16 de marzo de 2013.)

FIGURA 3.1

Las complicaciones de un aborto inseguro son más frecuentes entre las mujeres pobres y rurales.



Fuente Referencia 33.

ximadamente \$1,500 pesos⁵⁶ (\$132 dólares), el pagar por un aborto quirúrgico seguro representa un compromiso financiero muy elevado para las mujeres pobres.

Respecto a los proveedores no médicos, las estimaciones de costos que hicieron las personas entrevistadas para todos los tipos de aborto, incluidos los inducidos por misoprostol, los abortos menos costosos son los que se llevan a cabo entre mujeres rurales pobres; y los más costosos, entre mujeres urbanas no pobres. De esta forma, dependiendo del lugar de residencia, se estima que las mujeres pagan de \$500 a \$700 pesos (\$46–64 dólares) en una farmacia; los proveedores tradicionales cobran de \$600 a \$1,500 pesos (\$55–138 dólares); y las enfermeras o parteras capacitadas, de \$600 a \$2,000 pesos (\$55–184 dólares).³³ Aun cuando carecemos de estimaciones precisas sobre lo que las mujeres pagaron por un aborto inducido por misoprostol, sabemos que un frasco de 28 pastillas se vende en aproximadamente \$1,500 pesos (\$140 dólares).⁴¹ Por lo tanto, las ocho tabletas de 200 mcg que generalmente se consideran suficientes para inducir un aborto⁵⁷ y que algunas veces se venden de manera unitaria,⁴¹ costarían aproximadamente \$430 pesos (\$40 dólares).

Sin embargo, aun cuando los abortos sean inducidos con misoprostol, método que se conoce por ser relativamente seguro y efectivo cuando se usa correctamente,^{58,59} muchos de estos parecen tener efectos que hacen que la mujer busque atención médica: se estima que en México

para 2007, el 39% de los abortos inducidos con el uso de misoprostol resultaron en complicaciones que requirieron atención médica³³ (Figura 3.2). Para aquellos no inducidos con misoprostol, se estima que el 17% de los procedimientos practicados por médicos resultaron en complicaciones, así como el 30% de los provistos por enfermeras, el 32% de los inducidos con productos comprados en farmacias, y el 43% de los realizados por parteras tradicionales o curanderas(os). (Se considera que las farmacias en México son la fuente de una amplia gama de productos abortivos además del misoprostol³³). Los abortos inducidos por las propias mujeres con algún método distinto al misoprostol son probablemente los más riesgosos, ya que se estima que un 58% resultan en complicaciones que requieren tratamiento.

La estimación de que el 39% de los abortos inducidos con misoprostol resultan en aparentes complicaciones es inesperada y más alta que la proporción de Colombia en 2008—32%.⁶⁰ Es probable que muchas mujeres mexicanas estén usando el medicamento sin las indicaciones y advertencias necesarias, y aun cuando estén usándolo correctamente, el mismo mecanismo de acción del misoprostol—la hemorragia abundante—provoque que soliciten atención en un hospital. De hecho, la evidencia de México indica que algunos empleados de farmacia instruyen a las mujeres para que después del uso hagan una visita al doctor³⁶ o que acudan a una sala de emergencia o a una clínica.⁴¹ Por otra parte, algunos estudios en México muestran que muchos empleados de las farmacias no conocen la dosis correcta del misoprostol.^{34,36,41} Nuestra encuesta administrada a informantes clave confirmó que los empleados de farmacia (los más probables proveedores de misoprostol, seguidos por los médicos) generalmente no indican la dosis correcta.³³ Además, aun cuando los estudios todavía no lo hayan averiguado, es poco probable que los empleados de las farmacias estén informados sobre la importancia de utilizar el misoprostol durante las primeras nueve semanas de gestación.⁵⁷

Las mujeres pobres son las que tienen menor probabilidad de recibir tratamiento médico

Cuando las mujeres sufren complicaciones derivadas de un aborto inseguro, necesitan obtener atención médica sin demora. Desafortunadamente, no todas las mujeres mexicanas que necesitan atención postaborto la pueden obtener. Por ejemplo, puede ser que vivan demasiado lejos de un hospital o que no tengan los medios para llegar a él, que estén demasiado débiles para llegar a tiempo al hospital, que carezcan del dinero para pagar por los servicios, que prefieran que nadie se entere de su intento de abortar, o simplemente que no sepan que necesitan atención médica.

Según las personas entrevistadas en la EPS, se estima que una cuarta parte de las mujeres mexicanas que necesitan atención médica a causa de un aborto inseguro no

la obtienen, lo que las hace vulnerables a consecuencias a largo plazo. Las proporciones de mujeres con complicaciones que necesitan atención médica pero no la reciben, varían desde una décima parte de las mujeres urbanas no pobres que presentan complicaciones, hasta casi la mitad (45%) de las mujeres rurales pobres (Figura 3.3, página 18).³³ Probablemente, como reflejo del sistema universal de cobertura en salud del país, existe poca diferencia entre las mujeres urbanas pobres y las mujeres rurales no pobres en la proporción no atendida.

Entre las mujeres que sí reciben atención médica, los profesionales entrevistados en la EPS estimaron que tres quintas partes de ellas la obtienen en hospitales del sector público y las restantes dos quintas partes, en hospitales privados (información no mostrada). La gran mayoría de las mujeres pobres que acuden a hospitales, reciben atención en instituciones del sector público—cerca de nueve de cada 10, tanto en áreas urbanas como en rurales,³³ lo que destaca la importancia del sistema de salud gubernamental en la provisión de este componente esencial de los servicios de salud reproductiva.

El tratamiento de complicaciones constituye un gasto al sistema de salud

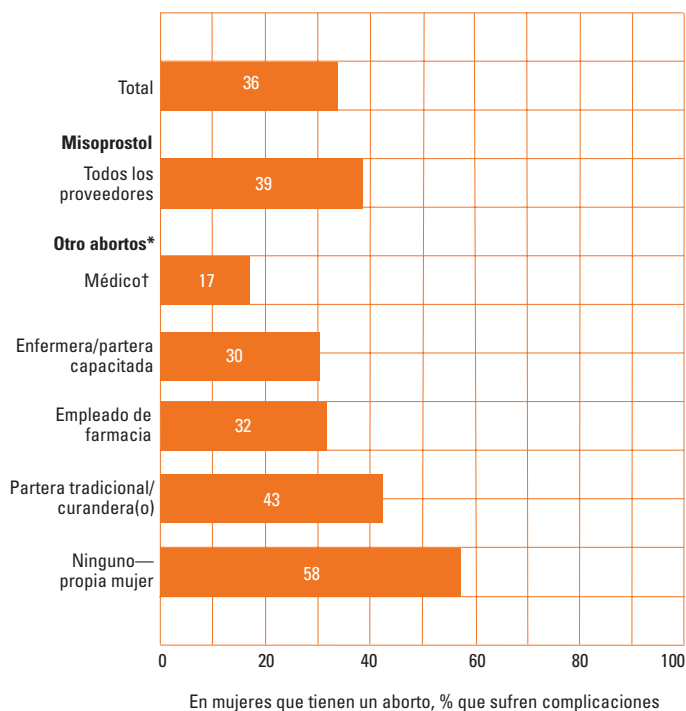
Las proporciones presentadas anteriormente se traducen en unas 159,000 mujeres mexicanas recibiendo en 2009 la atención hospitalaria en el sector público por complicaciones derivadas del aborto inseguro (Apéndice Cuadro 2).²⁷ Esta cifra significa una tasa anual de hospitalización en el sector público de cerca de seis (5.9) casos por 1,000 mujeres mexicanas en edades de 15–44 años. En ese año, 69% de las pacientes postaborto fueron hospitalizadas (i.e., tuvieron una estancia hospitalaria de al menos una noche), 14% fueron atendidas como pacientes ambulatorias, y 17% recibieron atención en servicios de urgencias.²⁷ El aumento discreto con respecto a la tasa de 5.4 casos por 1,000 mujeres en 1990, no debe considerarse como un aumento real; por el contrario, el balance entre el incremento de la tasa de aborto y el incremento de la tasa de hospitalización, más bien indica que hay un mayor número de abortos inducidos por métodos menos peligrosos, así como un mejor acceso a los servicios de salud.

Para 2009, las tasas de hospitalización del sector público según regiones por nivel de desarrollo, variaron de 4.8–5.1 casos por 1,000 mujeres en las dos regiones menos desarrolladas (5 y 6) a 6.7 por 1,000 en la región más desarrollada (Región 1; Apéndice Cuadro 2). Las diferencias en las tasas por nivel de desarrollo probablemente reflejan no solamente las diferencias en el nivel y seguridad del procedimiento de aborto, sino también el acceso a los servicios y las preferencias para recibir atención médica. A nivel estatal, Baja California Sur (Región 2) tiene la más alta tasa de hospitalización del sector público (10.2 casos por 1,000 mujeres) y Yucatán (Región 4), tiene la más baja (2.9 por 1,000; Apéndice Cuadro 3).

Otro indicador, la relación estimada por los expertos entre el número de mujeres atendidas por complicaciones en hospitales públicos y el número total de abortos en el país, sugiere que 16% de las mujeres mexicanas que tuvieron abortos inducidos fueron atendidas en hospitales por complicaciones en 2009. La proporción estimada de todos los abortos que son atendidos por complicaciones en la Región 1, el Distrito Federal, es la más baja (12%), mientras que las proporciones para las regiones 5 y 6, son las más altas (18% y 20%, respectivamente). Este indicador muestra claramente que el número de abortos atendidos en relación con el total que ocurren, es menor en el Distrito Federal. Además, es probable que las complicaciones *atendidas* en la Región 1 se aproximen al total de complicaciones que ocurren en el Distrito Federal, dado que las capitalinas tienen el mejor acceso a los servicios hospitalarios del país. Desafortunadamente, eso no ocu-

FIGURA 3.2

Las mujeres que acuden a proveedores tradicionales o se autoinducen un aborto, sin uso de misoprostol, tienen el más alto riesgo de complicaciones.

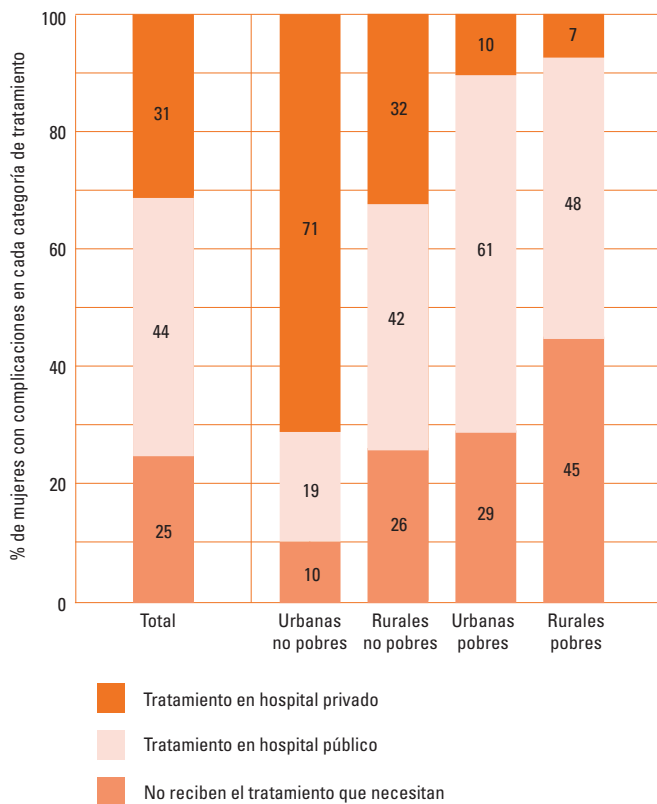


*Los abortos por tipo de proveedor que son inducidos por un método distinto al misoprostol. †Para estimar el riesgo de complicaciones, se combinaron las respuestas de las categorías de proveedores "médico general" y "ginecólogo".

Fuente Referencia 33.

FIGURA 3.3

Casi la mitad de las mujeres pobres que habitan en el área rural que sufren complicaciones debido un aborto inseguro, no reciben el tratamiento médico que necesitan.



Fuente Referencia 33.

rre en las otras regiones en donde la situación es más desfavorable: además de los casos con complicaciones atendidas, deben ocurrir muchos más que no llegan a recibir atención hospitalaria.

Igualmente en la Región 1, la despenalización del aborto en el primer trimestre en 2007, junto con la oferta organizada de servicios públicos de alta calidad, representó un logro importante para la salud de las mujeres. Nuestras estimaciones se refieren a una fecha muy cercana a la de la despenalización, y la transición a la legalidad es un proceso que toma tiempo; pues temporalmente, coexisten altos números de abortos inseguros y de procedimientos legales, situación ya señalada por otra investigación.⁶¹ Es así como la tasa de atención hospitalaria por aborto inducido en 2009 en la Región 1 indica que muchas mujeres continuaron prefiriendo ocultar sus abortos en ese período, y recurrieron a procedimientos clandestinos no regulados y, por lo tanto, inseguros.

Esta persistencia de la preferencia de no acudir a los servicios organizados de ILE posiblemente esté ligada al estigma fuertemente asociado al aborto en México,⁶²

el cual puede afectar de manera diferenciada a los distintos subgrupos de mujeres. Otra conducta altamente estigmatizada, la actividad sexual antes del matrimonio, puede haber estado motivando a las mujeres solteras, especialmente a las muy jóvenes, a ocultar su necesidad de solucionar un embarazo no planeado a través de una interrupción legal y segura. Otras barreras de acceso al programa de ILE en sus primeros dos años pueden haber incluido la falta de conocimientos de las mujeres acerca del cambio en la ley y de los sitios donde estaban disponibles los servicios legales; un número insuficiente de proveedores capacitados, sobre todo fuera del programa de ILE (que puede haber resultado en largos tiempos de espera); y el hecho de que algunas mujeres estarían en su segundo trimestre del embarazo y, por lo mismo, no serían elegibles para un procedimiento legal.⁵²

Los altos costos para el sector salud del tratamiento médico de procedimientos inseguros en los 31 estados, desviaron recursos para la salud en el contexto de un presupuesto de por sí limitado. Dichos recursos hubieran podido usarse en la prevención de los embarazos no planeados que motivaron a los abortos en primera instancia.⁶³ Según un análisis de costos conducido en 2005, el costo promedio de atender un aborto incompleto osciló desde \$96–103 dólares en un hospital de segundo nivel hasta \$100–192 dólares en un hospital de tercer nivel.⁶⁴ El tratamiento de complicaciones menos comunes pero graves, como infección, sepsis y perforación uterina, en general aumenta significativamente el costo. Por ejemplo, atender a una paciente por una infección leve a moderada en un hospital público, costaba en 2005 aproximadamente \$600 dólares; mientras que atender un choque séptico (que se puede presentar si no se atienden las complicaciones oportunamente), costaba \$2,140 dólares. En comparación con las cifras anteriores, en América Latina el costo anual de proporcionar un año de protección contra el embarazo no planeado para una usuaria típica de un método de anticoncepción moderna en aproximadamente el mismo año (2008), fue de \$8.91 dólares.⁶⁵ Este monto representa en México alrededor del 9% del costo de atender un aborto incompleto y menos del 0.5% del costo de atender un aborto séptico.⁶⁶

Desde luego, estos son los costos relacionados con la atención hospitalaria absorbidos por el gobierno; no se refieren a los gastos en los que incurre la mujer. Aunado al gasto de bolsillo para pagar el aborto, los otros costos asociados que debe cubrir la mujer incluyen, como mínimo, el costo del transporte para llegar a un proveedor, el cuidado de los hijos durante su ausencia, los días laborales perdidos y los posibles pagos previos al sector informal por la atención para el procedimiento de aborto que no tuvo éxito.



Embarazo no planeado y aborto inducido

Detrás de casi cada aborto inducido hubo un embarazo no planeado. Aun en países en donde el aborto inducido está completamente restringido, muchas mujeres que se embarazan sin haberlo planeado deciden que es preferible interrumpirlo que dar a luz a un hijo que no podrán criar. Desafortunadamente, cientos de miles de mujeres mexicanas se enfrentan a esa situación cada año.

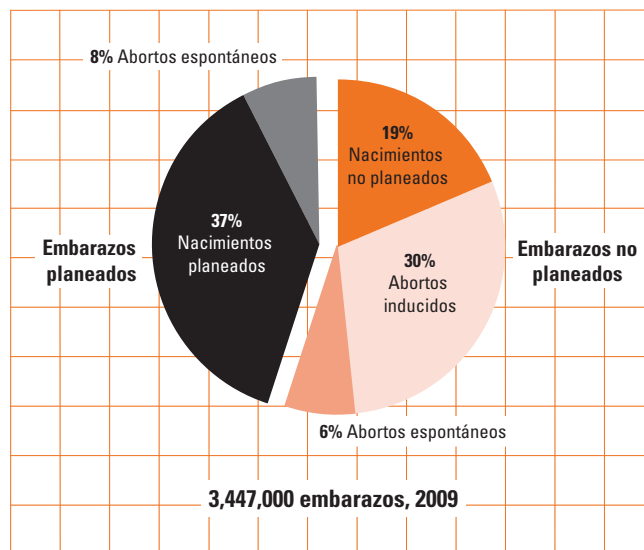
Más de la mitad del total de embarazos son no planeados

En general, se estima que un 55% del total de los embarazos en México son no planeados.^{67,68} En números absolutos, esto significa que cada año ocurren alrededor de 1.9 millones de embarazos no planeados. Esta cifra comprende 19% que resulta en un nacimiento no planeado, 30% que termina en un aborto inducido y 6% que corresponde al aborto espontáneo de una concepción no planeada (Figura 4.1; ver recuadro en la página 22 para información sobre cómo se calcularon estos porcentajes). El 45% restante de los embarazos son planeados y se compone de un 37% que terminan en nacimientos planeados y un 8% adicional en abortos espontáneos.

Los niveles de embarazo no planeado varían ampliamente por región definida por nivel de desarrollo; y, de manera similar a lo que ocurre con los otros indicadores que se han mostrado, son más altos en las regiones más desarrolladas, en donde es probable que el deseo de tener familias más pequeñas sea más fuerte. Por ejemplo, se estima que 70% de los embarazos en la Región 1 son no planeados, en comparación con 45% en la Región 6 (Apéndice Cuadro 2).^{67,68} Estos patrones regionales se repiten en las tasas de embarazo no planeado (números de embarazos no planeados por 1,000 mujeres): es decir, la tasa más alta, de

FIGURA 4.1

Cada año, el 55% del total de embarazos son no planeados.

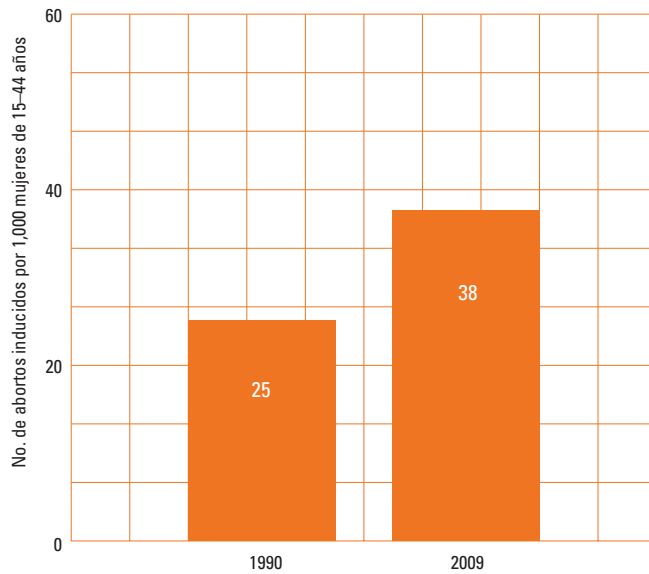


Fuente Referencias 67 y 68.

90 por 1,000 mujeres en edades de 15–44 años, corresponde a la región más desarrollada (Región 1).^{67,68} La tasa se mantiene alrededor del promedio nacional de 71 embarazos no planeados por cada 1,000 mujeres en las regiones de nivel intermedio de desarrollo, las Regiones 2, 3 y 4 (67–76 por 1,000). Finalmente, la tasa cae dentro de un estrecho rango de 56–59 por 1,000 en las regiones menos desarrolladas (5 y 6). La limitada información disponible que sería comparable, muestra que la tasa de embarazo no planeado en México es casi igual a la de América

FIGURA 4.2

La tasa estimada de aborto en México creció en más de la mitad entre 1990 y 2009.



Fuente Referencia 27.

Latina y el Caribe en su conjunto, de 72 por 1,000 mujeres.¹ Sin embargo, la tasa de México es mucho más baja que la de Colombia, el único país latinoamericano para el cual tenemos información comparable—de 89 embarazos no planeados por cada 1,000 mujeres en 2008.⁶⁰

¿Qué hacen las mujeres mexicanas cuando presentan un embarazo no planeado? Se estima que cada año, el 54% de las mujeres que se embarazan sin intención de hacerlo solucionan su dilema recurriendo a un aborto inducido (Apéndice Cuadro 2).⁶⁹ Sabemos que las mujeres en el Distrito Federal, que son las más motivadas para evitar la maternidad no planeada, tienen mucha mayor probabilidad que las de la Región 6 de interrumpir un embarazo de este tipo: 61% de sus embarazos no planeados terminan en un aborto inducido, en comparación con 46% de los embarazos no planeados de las mujeres de los tres estados rurales de la Región 6 (Chiapas, Guerrero y Oaxaca).

Las anteriores proporciones de embarazos no planeados que terminan en abortos, se traducen en más de un millón de abortos inducidos en México en 2009. Este número estimado de abortos (Apéndice Cuadro 4) es casi el doble del número estimado para 1990—1,026,000²⁷ vs. 533,000⁷⁰. Una medida importante que controla el tamaño de la población y el efecto de su crecimiento, es la tasa anual de aborto inducido, que para 2009 se estima en 38 abortos inducidos por 1,000 mujeres en edades de 15-44 años (Apéndice Cuadro 2).²⁷ Esta tasa representa un aumento en 52% con respecto a 1990, cuando el país tuvo una tasa estimada de 25 procedimientos por 1,000 mujeres (Figura 4.2).^{27,32} Desafortunadamente, esta ten-

dencia refleja una mayor dificultad entre las mujeres para prevenir un embarazo no planeado.

La tasa de aborto de México es un poco más elevada que la estimada para el total de América Latina y el Caribe (32 por 1,000 mujeres en 2008).⁷¹ Debido a la dificultad para medir actividades que no se quieren hacer evidentes como es el aborto clandestino son escasos los datos confiables sobre su incidencia a nivel de país. Los únicos datos nacionales recientes en América Latina que derivan de una metodología semejante son los de Colombia, que tuvo una tasa muy similar a la de México en 2008 (39 por 1,000).⁶⁰ Las tasas en estos países con legislaciones restrictivas para el aborto son mucho más altas que las tasas en aquellos que sí lo permiten. En 2008, por ejemplo, la tasa de aborto fue de 17 procedimientos por 1,000 mujeres en Europa (excluida Europa del Este) y 19 por 1,000 en América del Norte (Canadá y los Estados Unidos).⁷¹

Las regiones más desarrolladas tienen tasas de aborto más altas

A nivel mundial, las regiones más altamente urbanizadas de un país tienden a presentar tasas de aborto más altas.^{1,72-74} Las mujeres y sus parejas en estas áreas metropolitanas generalmente desean familias más pequeñas y están mucho más motivadas para evitar nacimientos no planeados que las mujeres que viven en áreas rurales con menor desarrollo. México presenta este mismo patrón, ya que mientras más desarrollada es la región, más alta es la tasa de aborto estimada. La tasa en la región más desarrollada es el doble de la de las dos regiones menos desarrolladas. Esto es, las tasas varían desde 54 abortos por 1,000 mujeres en la Región 1, hasta 26-27 abortos por 1,000 en las Regiones 5 y 6 (Apéndice Cuadro 2).²⁷ En las Regiones 2, 3 y 4, la tasa de aborto es cercana al promedio nacional de 38 por 1,000.

Las primeras estimaciones de tasas a nivel estatal describen una historia más compleja. En los 13 estados cuyos niveles de desarrollo los clasifican en la segunda región más desarrollada (Región 2), las tasas de aborto varían ampliamente, desde las tasas más bajas de 17-22 procedimientos por 1,000 mujeres en Nuevo León y Chihuahua, hasta las tasas más altas de 50-54 por 1,000 en Baja California Sur, Colima y el estado de México (Apéndice Cuadro 5). En los ocho estados restantes, las tasas caen dentro de un rango más estrecho, de 29 a 46 procedimientos por 1,000 mujeres.

Debe tomarse en consideración que nuestra metodología no busca captar los procedimientos que ocurren fuera de México. Por lo tanto, tiene sentido que las tasas muestren una variabilidad tan amplia en la región antes mencionada, ya que la Región 2 abarca varios estados que tienen frontera con los Estados Unidos. Tienden a reducirse las tasas estimadas de los estados mexicanos expulsivos en la medida en que sus residentes cruzan la frontera para obtener abortos legales y seguros en los Estados Unidos. Por ejemplo, las muy bajas tasas de aborto ya mencionadas en los estados fronterizos de Nuevo León

y Chihuahua, probablemente son consecuencia de las mujeres que se trasladan a los Estados Unidos para buscar un procedimiento de aborto legal.⁷⁵ Aunque sin duda existen otros factores involucrados y se requiere más investigación para comprender las razones subyacentes, es importante mencionar que estos dos estados también tienen el nivel más bajo, y el segundo más bajo, de necesidades no satisfechas de anticoncepción; y se clasifican en el sitio cuarto y quinto en términos de los estados con el mayor uso de anticonceptivos.⁶⁷

La Región 3 tiene comparativamente poca variación por estado. Seis de los siete estados tienen tasas dentro de un rango desde 33 hasta 44 por 1,000, tasas representadas por Sinaloa y Durango, respectivamente. Solamente un estado tiene un valor atípico, Zacatecas, con una tasa de 51 abortos por 1,000 mujeres. Por otra parte, las tasas de los seis estados que se agrupan en la Región 4 varían ampliamente: cuatro tienen tasas que oscilan de 29 a 40 por 1,000; pero esta región también contiene el estado con la tasa de aborto más alta del país, Tabasco (59 por 1,000), y el estado con la tasa que es la segunda más baja, Yucatán (20 por 1,000). En la actualidad, no tenemos datos que puedan explicar alguno de estos dos valores extremos. Se requiere llevar a cabo mayor investigación

para comprender mejor las razones por las cuales en una misma región considerada relativamente poco desarrollada, se presentan tanto la tasa de aborto más alta del país como la (casi) más baja.

Finalmente, los cinco estados menos desarrollados de las Regiones 5 y 6 tienen tasas de aborto por debajo del promedio nacional, y fluctúan relativamente poco desde 24 por 1,000 en Veracruz hasta 34 por 1,000 en Hidalgo, ambos estados ubicados en la Región 5.

Las tasas de aborto llegan al máximo en mujeres de 20–24 años

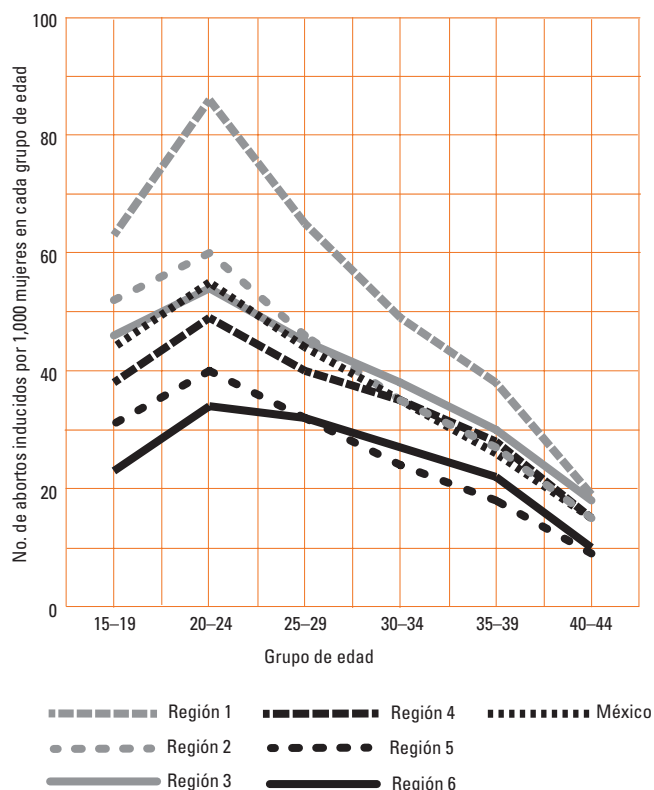
Por primera vez, podemos también examinar de qué forma la práctica del aborto clandestino difiere por edad. El patrón para México en su conjunto muestra un marcado ascenso y luego un fuerte descenso (Figura 4.3). La tasa llega al máximo cuando las mujeres tienen 20–24 años (55 abortos por 1,000); y desciende gradualmente con la edad, llegando a un punto bajo de 15 abortos por 1,000 mujeres de 40–44 años de edad²⁷ (Apéndice Cuadro 5).

Este mismo patrón por edad en forma de “J” invertida persiste dentro de las seis regiones, debido a que los mismos factores relacionados con la edad que determinan la forma de la curva influyen de forma similar en todo el país. Los valores de las tasas a lo largo de la curva también son consistentes con el nivel de desarrollo de cada región: es decir, en cada uno de los grupos quinquenales de edad, las tasas de aborto son las más altas en la Región 1, y son las más bajas en las Regiones 5 y 6.²⁷ Por ejemplo, la tasa en mujeres de 20–24 años es de 86 abortos por 1,000 mujeres en la Región 1, comparada con 34 a 40 por 1,000 en las Regiones 5 y 6 (Figura 4.3 y Apéndice Cuadro 5). Las regiones de los estados moderadamente desarrollados, las Regiones 2, 3 y 4, tienen tasas intermedias, de 49 a 60 abortos por 1,000 mujeres de 20–24 años. De manera similar, las tasas de aborto en las adolescentes—mujeres que probablemente son, en su mayoría, solteras y nunca casadas—siguen el mismo patrón: las tasas más altas ocurren en la Región 1 (63 abortos por 1,000 mujeres de 15–19 años) y las más bajas, en las Regiones 5 y 6 (23–31 por 1,000). Las tasas en adolescentes en los estados moderadamente desarrollados que componen las Regiones 2, 3 y 4, ocupan un rango intermedio entre estos dos valores extremos (38–52 por 1,000 mujeres adolescentes).

Sin embargo, lo que las mujeres mexicanas de todas las edades tienen en común es la experiencia compartida sobre los embarazos no planeados y no deseados que son lo que se encuentra detrás de un aborto inducido. En el siguiente capítulo, analizamos con mayor detalle las causas y el contexto del embarazo no planeado en México.

FIGURA 4.3

La tasa estimada de aborto por edad alcanza el máximo en mujeres de 20–24 años en el país y en cada una de las regiones clasificadas por nivel de desarrollo.



Fuente Referencia 27

Metodología para estimar la incidencia del aborto inducido

Para estimar la incidencia del aborto inducido en México en 2009, se utilizó una metodología indirecta muy reconocida que ha sido usada en unos 20 países, el Método de Estimación de Aborto por Complicaciones (AICM, por sus siglas en inglés).¹ La técnica de AICM combina los datos hospitalarios sobre la atención médica de complicaciones postaborto con las respuestas de una encuesta aplicada a profesionales, quienes informan sobre la proporción del total de abortos inducidos que representan dichos casos atendidos. El método fue usado para estimar la incidencia del aborto en México en 1990 y 2006.^{2,3} En las estimaciones más recientes para 2009, se utiliza la misma encuesta de profesionales que se utilizó en las estimaciones de 2006, pero la aplicamos a los datos hospitalarios de 2009. Debido a que la información sobre complicaciones tratadas en los hospitales del sector público en las 32 entidades federativas indica la edad de la mujer atendida, se pudo extender la anterior metodología para generar las primeras estimaciones de aborto por grupos quinquenales de edad. Este recuadro resume la metodología; una discusión más detallada puede encontrarse en otra publicación.⁴

ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE MUJERES ATENDIDAS POR COMPLICACIONES DE ABORTO INDUCIDO

Las fuentes oficiales de datos de la Secretaría de Salud sobre mujeres tratadas por complicaciones de aborto en las instituciones públicas de salud del país se describen en el recuadro de fuentes de datos (página 8). Se usaron los códigos de diagnóstico O03 a O08, de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)-10, para identificar a las mujeres atendidas por todas las pérdidas de embarazo, espontáneas e inducidas. Se tuvo que identificar muchos casos que son abortos inducidos pero que se reportaron como abortos espontáneos. Tales errores son inevitables, ya que la mujer y el personal del hospital desean evitar un proceso legal, además que con frecuencia no es posible distinguir claramente entre los síntomas de las complicaciones derivadas de abortos inducidos de las de los abortos espontáneos.⁵

A continuación, para descartar los abortos espontáneos, se supuso que probablemente solo los abortos espontáneos tardíos de 13–21 semanas necesitarían atención médica. Aunque algunas mujeres que sufren abortos espontáneos más tempranos buscarán asesoría médica, es probable que estas sean pocas y posiblemente acudirían a los consultorios y no buscarían atención médica en los hospitales. (Se excluyen las pérdidas a las 22 semanas o más tarde, ya que por definición, estas corresponden a muertes fetales). Basamos nuestras estimaciones en el mejor resumen disponible sobre datos de estudios clínicos, según el cual la proporción de embarazos que se espera terminen en abortos espontáneos tardíos es aproximadamente de 3.41% del total de nacidos vivos reportados.⁶ Segundo, debido a que no todas las mujeres que necesitan atención hospitalaria para un aborto espontáneo tardío pueden obtenerla, se supuso que la proporción de mujeres embarazadas atendidas por un aborto espontáneo en los hospitales del sector público es la misma que la proporción que da a luz en un hospital público (67%).⁴

Al restar el número de casos estimados de abortos espontáneos tardíos del total de casos de postaborto atendidos en hospitales del sector público, se obtiene el número de casos de abortos inducidos atendidos.

Sin embargo, estos datos necesitaban otro ajuste, debido a que es probable que el creciente uso de misoprostol en el país resultara en que muchos casos de complicaciones derivadas de un aborto inducido se clasificaran incorrectamente bajo la categoría O02, “otros productos anormales de la concepción”. Nosotros nos basamos en las opiniones de 16 ginecólogos expertos entrevistados con amplia experiencia en el asunto para estimar la proporción de casos que habiendo sido codificados como O02.0 y O02.1, en realidad eran casos de complicaciones de aborto inducido.

Se estimó que para 2009, 203,000 mujeres recibieron atención postaborto en hospitales públicos, de las cuales 44,000 recibieron atención médica por abortos espontáneos tardíos y 159,000 por abortos inducidos.

ESTIMACIÓN DEL NÚMERO TOTAL DE ABORTOS INDUCIDOS EN MÉXICO

Pero las mujeres que reciben atención postaborto en un hospital público son solamente una fracción del número total de mujeres que tienen abortos clandestinos. La cifra completa incluye a quienes se someten a un aborto clandestino seguro sin complicaciones; a las mujeres cuyas complicaciones son atendidas en los hospitales privados; y a quienes no pueden conseguir o no buscan atención en un hospital, incluidas las mujeres que mueren antes de llegar a un hospital. Para estimar estos abortos inducidos “no contabilizados”, se calculó un factor de inflación o “multiplicador” que se aplicó al número de casos atendidos para obtener un total global.

Esta estimación se basó en las respuestas a varias preguntas de la EPS que fueron formuladas por separado para mujeres en cada uno de los cuatro subgrupos: mujeres urbanas no pobres, mujeres rurales no pobres, mujeres urbanas pobres y mujeres rurales pobres. Se preguntó a las personas entrevistadas qué proporción de mujeres usó misoprostol en el procedimiento de aborto, y después se preguntó por la proporción que usó diferentes tipos de proveedores en todos los otros abortos que no involucraran el uso de misoprostol. Todas las categorías son mutuamente excluyentes. Además, se solicitó a las personas entrevistadas que estimaran la proporción de abortos que resultaran en complicaciones y la proporción de las mujeres con complicaciones que recibieran atención médica en un hospital.

Para los 31 estados, se adoptó el supuesto de que las condiciones de la provisión de abortos inducidos, así como de la seguridad de los procedimientos y de acceso a los servicios, no habían cambiado sustancialmente entre el año de la EPS (2007) y el año al que corresponden los datos hospitalarios (2009). En el caso especial del Distrito Federal, en donde los procedimientos de primer trimestre se despenalizaron en abril de 2007,⁷ el multiplicador usado en el estudio anterior es aceptable para estimar el número total de abortos, porque muchos procedimientos legales en 2009 habrían sido procedimientos inducidos de manera segura en 2007. Aún más, había pasado poco tiempo desde la despenalización, por lo que no se esperan cambios radicales en comportamientos tan estigmatizados como es el aborto inducido, y consecuentemente podemos suponer que el multiplicador para el año 2007 era aplicable a la situación de un período muy cercano a la despenalización.

El cambio en la situación legal del aborto es solamente un paso hacia adelante en el cambio de prácticas arraigadas.⁸ La erradicación del estigma y de actitudes negativas profundamente enraizadas es un proceso lento y difícil. Como resultado de ello, es probable que el efecto neto de la reforma legal en el multiplicador haya sido pequeño en tan breve lapso, y esto se ve apoyado por el hecho de que la razón del total de abortos respecto a las complicaciones tratadas cambió muy poco entre 2007 y 2009.

El multiplicador es el inverso de la proporción estimada de todos los abortos inducidos que representan las mujeres atendidas en hospitales públicos. La EPS de 2007 se diseñó originalmente con el fin de generar multiplicadores para cuatro áreas principales de desarrollo² en lugar de para las seis regiones agrupadas por nivel de desarrollo usadas en este informe. Esas cuatro áreas fueron el Distrito Federal, la más desarrollada con los servicios de aborto inducido más seguros; la Norte,^{*} que es la más cercana al nivel de desarrollo del Distrito Federal; la Central,[†] que puede considerarse moderadamente desarrollada; y la Sur/Este[‡] que representa la menos desarrollada. Se generaron las estimaciones de 2009 para las entidades federativas del país, asignándoles el multiplicador correspondiente a las áreas de las que forman parte; y, posteriormente, agrupando los 31 estados en sus cinco regiones respectivas. (La Región 1 correspondió directamente al Distrito Federal). Además, se asumió que el multiplicador de cada región se aplicaría de manera uniforme a las mujeres de todos los grupos quinquenales de edad. Y dado que los datos estaban disponibles por la edad de las mujeres en el momento de recibir atención postaborto en los hospitales públicos, fue posible estimar las tasas de aborto específicas por edades quinquenales para cada entidad federativa y región correspondiente.

Para el análisis actual, se realizó una modificación metodológica al procedimiento que produjo las estimaciones nacionales de 2006. Primero, mientras que las estimaciones previas usaron un multiplicador único para los estados que constituyen el área Norte,⁹ el estudio actual asignó dos multiplicadores para esa área—uno para los estados fronterizos con los Estados Unidos; y uno más alto para los estados restantes, mismo que correspondió al multiplicador usado para el área Central (consulte la referencia 4 para una explicación completa). Al aplicar esta mejora metodológica al año 2006, se produjo una tasa de aborto más precisa; y al comparar los dos períodos usando esta metodología, encontramos que la tasa nacional de aborto casi no cambió entre 2006 y 2009.

Una segunda modificación metodológica se hizo con el objeto de mejorar las estimaciones de la incidencia de aborto para el Distrito Federal y el Estado de México. Para tomar en cuenta que algunas mujeres residentes del Estado de México obtienen atención postaborto en los hospitales del Distrito Federal, el estudio de 2006 incluyó una proporción de residentes del Estado de México (mujeres que viven en la gran Área Metropolitana y que probablemente reciben atención médica en el Distrito Federal) en la población base para calcular la tasa de atención postaborto hospitalaria del Distrito Federal.² Sin embargo, el análisis a nivel estatal para 2009 mostró que este enfoque produciría estimaciones sesgadas de las tasas de aborto, tanto para el Distrito Federal como para el Estado de México. Por ello, dado que no fue posible separar con exactitud a las residentes del Estado de México que estaban utilizando los servicios de salud del Distrito Federal para la atención postaborto, se

unieron todos los datos de las dos entidades (número de abortos atendidos en hospitales y su denominador, el número de mujeres en edad reproductiva) y se aplicó el mismo multiplicador. Este enfoque es una mejora respecto a las estimaciones de 2006. Cuando esas estimaciones previas son recalculadas utilizando el nuevo procedimiento, el resultado para la tasa de aborto del Distrito Federal en 2006 (54.6 por 1,000) es casi idéntica a la de 2009 (54.4 por 1,000), lo que indica que no hubo cambio.

ESTIMACIÓN DEL EMBARAZO NO PLANEADO

Para estimar la incidencia del embarazo no planeado, primero se calculó el número de nacimientos no planeados, aplicando la proporción de los embarazos actuales que fueron no planeados (no deseados en el momento de la concepción) provenientes de la ENADID 2009, al número de nacidos vivos en el mismo año. Al combinar los nacimientos no planeados con los abortos inducidos, se obtuvo una estimación del número de embarazos no planeados para 2009. Posteriormente, se calculó la tasa de embarazo no planeado por 1,000 mujeres en edad reproductiva y la proporción de embarazos que fueron no planeados.

Para obtener el número total de embarazos, fue necesario tomar en cuenta los embarazos que terminan en abortos espontáneos. Con base en datos clínicos,⁶ se calculó el número de abortos espontáneos de embarazos no planeados como el 10% de los abortos inducidos, y el número de abortos espontáneos de embarazos planeados como el 20% de los nacidos vivos.

LIMITACIONES

Aunque la técnica de estimación indirecta del AICM ha sido usada ampliamente durante los últimos 20 años, el método tiene limitaciones que ya han sido analizadas en detalle en otros documentos.^{1,2,4} Algunos datos centrales para la estimación—las condiciones de aborto clandestino en el país, las proporciones de mujeres que necesitan atención postaborto y la proporción que la recibe—están basados en percepciones de profesionales de la salud y no en datos empíricos. Asimismo, los datos clínicos disponibles para estimar la incidencia de abortos espontáneos tardíos datan de principios de la década de los ochenta. Sin embargo, estos se ven apoyados por los datos de una encuesta nacional reciente de los Estados Unidos respecto al nivel de aborto espontáneo.¹⁰ La documentación limitada sobre este aspecto relevante de salud reproductiva en distintos contextos, señala el gran vacío de evidencia que existe en este tema.

En la presente aplicación del AICM en México—en donde el objetivo era obtener estimaciones por entidad federativa y por edad—se requirieron suposiciones y ajustes adicionales. Los datos sobre el número de mujeres atendidas en hospitales públicos por complicacio-

continúa

*Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Chihuahua, Coahuila, Colima, Jalisco, México, Nuevo León, Sonora y Tamaulipas.

†Campeche, Durango, Guanajuato, Michoacán, Morelos, Nayarit, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas.

‡Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Veracruz.

nes de aborto para todos los subsistemas de salud solo se tienen disponibles por entidad federativa de ocurrencia de la atención, pero no así por entidad de residencia de la paciente. Debido a esto, las estimaciones específicas por entidad podrían verse afectadas en situaciones en que una proporción significativa de mujeres reciban atención postaborto en otra entidad que no sea la de su residencia. Sin embargo, típicamente este tipo de movimiento no es lo suficientemente grande como para afectar las estimaciones de manera significativa. El movimiento más grande a través de las fronteras ocurre entre el Distrito Federal y el Estado de México, ya que parte del Estado de México pertenece al área metropolitana del Distrito Federal; y esto se tomó en cuenta a través de la modificación metodológica comentada anteriormente. Los datos sobre la edad de las pacientes hospitalizadas que pasaron por lo menos una noche estuvieron disponibles en todos los subsistemas del sector salud. Este subgrupo representa la mayoría de los casos que recibieron atención hospitalaria. Para los datos de atención ambulatoria que no reportan la edad, se consideró para cada estado que las pacientes ambulatorias tuvieron la misma distribución de edad que las hospitalizadas. Los datos de pacientes atendidas en urgencias estaban disponibles solamente para uno de los subsistemas de salud, la Secretaría de Salud, donde se atienden la mayoría de las mujeres del país. Debido a que estas mujeres son de más bajos ingresos y menor escolaridad que las otras, posiblemente tenderían a hacer un mayor uso de servicios de urgencias. Por lo que para estimar el número de mujeres tratadas en urgencias en los otros subsistemas, se usó un supuesto conservador—la mitad de la razón de los casos de servicios de urgencias respecto al total de casos hospitalizados de la Secretaría de Salud.

También fue necesario aplicar multiplicadores que fueron estimados a partir de la EPS de 2007 a los datos de hospitalización para 2009; pero es de esperarse que cualquier cambio en las variables que afectan los multiplicadores en los estados durante este período haya sido mínimo. El hecho de que los multiplicadores de la EPS se estimaron para las cuatro principales áreas del país limitó la posibilidad de detectar importantes diferencias interestatales; una muestra de mayor tamaño de la EPS obtenida de un mayor número de áreas de todo el país hubiera mejorado la metodología.

Con respecto al Distrito Federal, hubiera sido conveniente incorporar preguntas sobre el efecto de la despenalización en el cuestionario; sin embargo, la EPS se completó antes de que ocurriera la reforma de la ley de aborto. Como se mencionó anteriormente, se requiere que pase un tiempo considerable para que los efectos de la despenalización en un comportamiento fuertemente estigmatizado se sientan. Así es que aplicamos los mismos multiplicadores bajo el supuesto que las condiciones de una práctica clandestina cambian lentamente en las etapas iniciales de la transición a la legalidad.



Factores asociados al riesgo del embarazo no planeado

Para buscar las razones que explican por qué ocurren los embarazos no planeados es de suma importancia que empecemos con la práctica que los previene—el uso de anticonceptivos. Es alentador que la proporción de mujeres unidas que usan algún método anticonceptivo aumentó de 30% en 1976⁷⁶ a 53% en 1987⁷⁶ y a 73% en 2009.⁷⁷ Un cambio reciente en los tipos de métodos usados es también alentador: entre 1997 y 2009, el uso de métodos modernos* entre mujeres unidas de 15–49 años aumentó en ocho puntos porcentuales, mientras que el uso de los métodos tradicionales† menos efectivos disminuyó en casi cuatro puntos (Apéndice Cuadro 6). Para este último año, la gran mayoría de las mujeres unidas (86%) indicaron que no querían tener más hijos o que deseaban esperar al menos dos años para tener uno. Un porcentaje igualmente elevado se observa en cada una de las regiones según nivel de desarrollo.

Sin embargo, este aumento anual sostenido de dos puntos porcentuales en el uso de algún método anticonceptivo, que se inició a mediados de los años setenta y continuó hasta 1992, comenzó a disminuir su ritmo desde entonces (Figura 5.1, página 26). Por ejemplo, entre 1992 y 1997, la proporción de mujeres unidas que usaban algún método estuvo aumentando solamente en un punto porcentual cada año; y entre 1997 y 2009, esa proporción aumentó solamente en 0.33 puntos porcentuales cada año.⁸ Es interesante observar que el incremento del uso de anti-

ceptivos se ha desacelerado en períodos recientes, hasta el punto en que actualmente se podría decir que se detuvo. El tamaño de la familia (medida a través de la tasa global de fecundidad) se ha reducido desde 1970 y se continúa reduciendo hasta el presente con la misma velocidad de descenso;^{16,78,79} por otra parte, la tasa de aborto inducido en los últimos dos decenios ha aumentado significativamente.^{27,32} Esto sugiere que la motivación de las mujeres de regular su fecundidad para lograr su deseo de tener familias pequeñas, ha aumentado a una mayor velocidad que el incremento del uso de métodos anticonceptivos. También posiblemente indica que el uso inadecuado de métodos modernos, como podría ser el uso esporádico del método anticonceptivo, ha resultado en embarazos no planeados, en particular entre las mujeres jóvenes, y por consiguiente en un aumento de la tasa de aborto inducido en el país (Figura 5.1).

Para 2009, el 67% de las mujeres unidas de 15–49 años estuvieron protegidas con un método moderno de alta efectividad.⁶⁷ Al examinar este indicador en detalle por región según nivel de desarrollo, se observa que el uso de algún método anticonceptivo moderno se apega al patrón esperado al observar el mayor uso en la región más desarrollada (75% de las mujeres unidas) y el menor uso en la menos desarrollada (56%; Apéndice Cuadro 6). La excepción es la Región 5, donde la proporción de mujeres que usan un método moderno es similar al de la Región 2, la segunda más desarrollada (69.2% y 70.8% de las mujeres unidas, respectivamente). En la Región 5, son dos los estados que contribuyen a este alto nivel de anticoncepción moderna, Veracruz e Hidalgo,⁸⁰ resultado que amerita un estudio adicional para comprender mejor las características de la prestación de servicios en ambos estados.

*Los métodos modernos incluyen la esterilización (femenina y masculina), pastillas, inyecciones, implantes, parche, DIU, condón masculino y otros métodos locales como los espermicidas y el condón femenino.

†Los métodos tradicionales incluyen el método del calendario o ritmo (abstinencia periódica), coito interrumpido (retiro) y método de la lactancia y amenorrea (MELA).

También influye la edad de las usuarias, misma que está relacionada con sus planes actuales sobre la maternidad e incide en el tipo de método anticonceptivo que se necesita y se elige. Por ejemplo, las mujeres jóvenes unidas usan métodos temporales para posponer un primer nacimiento o espaciar un segundo nacimiento. Una de las condiciones de los métodos temporales, como por ejemplo la pastilla y el condón, es que se requiere usarlos de manera correcta y consistente.⁸¹ Las mujeres jóvenes tienen mayor probabilidad de experimentar un embarazo no planeado debido a un uso inconsistente o incorrecto de un método temporal que las mujeres de 30 años y más.⁸² Además, estas últimas muy comúnmente dependen del método permanente y altamente efectivo de la esterilización (i.e., 51%, 61% y 62%, respectivamente, de las mujeres unidas en cada uno de los tres grupos quinquenales mayores de 35 años⁶⁷), método que casi nunca resulta en embarazos no planeados.

El momento en que la mujer inicia la práctica anticonceptiva está relacionado con el proceso de planeación y formación de la familia. En la actualidad, las normas culturales generalizadas alientan a las parejas a consolidar su unión y tener hijos inmediatamente después del matrimonio.^{25,83} Así, las mujeres mexicanas generalmente empiezan a usar anticonceptivos solamente después de haber

nacido su primer hijo. Es decir, menos de un tercio del total de las mujeres unidas inician la práctica anticonceptiva antes de haber tenido un hijo, y solo un poco más de la mitad lo hacen después de tener el primer hijo.⁶⁷

Aun cuando los niveles generales de la práctica anticonceptiva son altos, en caso de embarazo accidental, es posible que la mujer esté muy motivada para evitar el nacimiento. Ningún método anticonceptivo—moderno o tradicional—es perfecto; y el embarazo no planeado puede resultar de no usar ningún método anticonceptivo, de un uso incorrecto o inconsistente, o de la falla del método. A continuación examinamos con mayor detalle algunos otros factores que pueden aumentar la probabilidad del embarazo no planeado. Presentamos los datos en forma de números de mujeres (en seis subgrupos) para ilustrar el grado de riesgo de embarazo no planeado (Apéndice Cuadro 2).

Mujeres en riesgo de embarazos no planeados

Mujeres unidas de todas edades. Un signo claro de estar en riesgo de un embarazo no planeado es tener necesidades no satisfechas de anticoncepción—es decir, no practicar la anticoncepción a pesar de no desear embarazarse (querer posponer el próximo hijo por lo menos dos años o no querer tener [otro] más). El 12% de las mujeres unidas en edades de 15–49 años estuvieron en esta situación en 2009⁶⁷ (1,996,000 mujeres), una proporción que ha permanecido sin cambios desde 1997 (Apéndice Cuadro 6). Las necesidades no satisfechas generalmente aumentan con la desventaja socioeconómica: en 2009, la proporción varió de 8% en la Región 1, a 21% en la Región 6.

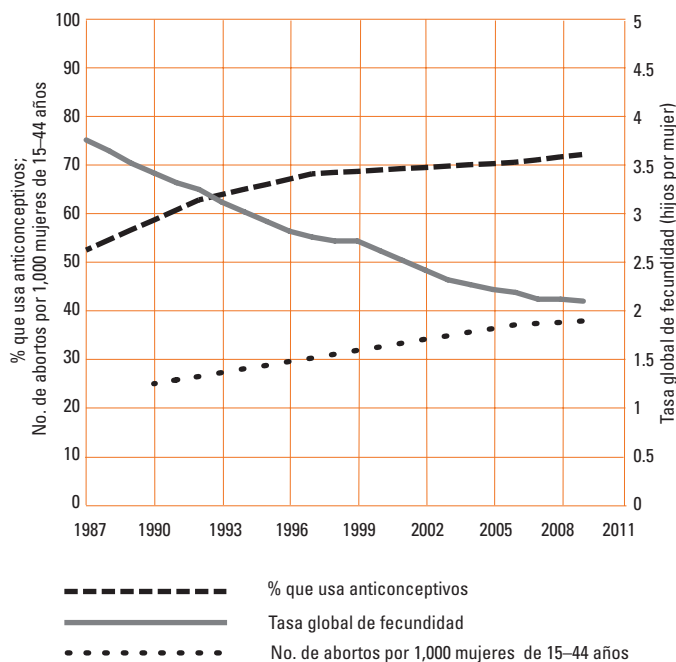
Sin embargo, como ocurrió con el indicador de uso de anticonceptivos, el nivel de necesidades no satisfechas en la Región 5 rompe con el patrón esperado por nivel de desarrollo. De hecho, la proporción de mujeres unidas con necesidades no satisfechas en la Región 5 (12%), no solamente está muy por debajo de la de Región 6 (21%), sino que es también más baja que la de la Región 4 (15%), y es casi igual a la de la Región 3 (11%).

Aun cuando las usuarias de métodos tradicionales no tienen necesidades insatisfechas *per se*, depender de dichos métodos puede aumentar el riesgo de embarazo no planeado. En general, el riesgo de falla del método es mucho más alto para los métodos tradicionales que para los métodos modernos.⁸¹ Para 2009, aproximadamente 5% del total de mujeres unidas en edad reproductiva (853,000), casi sin diferencias por grupos de edad, no deseaban embarazarse pronto pero estaban usando métodos tradicionales que son mucho menos efectivos que los modernos (Apéndice Cuadro 6).

Mujeres jóvenes unidas. Una constante a través de todos los estados y regiones en México es que los niveles de necesidades no satisfechas llegan al máximo en las mujeres más jóvenes. En 2009, 27% de las mujeres unidas de 15–24 años tuvieron necesidades no satisfechas (710,500

FIGURA 5.1

Aun cuando el uso de anticonceptivos se ha estabilizado, el tamaño de la familia sigue disminuyendo.



Fuentes Prevalencia de uso de anticonceptivos de 1987 a 2006—referencia 7 y 8; prevalencia de uso de anticonceptivos en 2009—referencia 67; tasas globales de fecundidad de 1987 a 2004—referencia 79; tasas globales de fecundidad de 2005 a 2009—referencia 16; tasa de aborto de 1990—referencia 32; tasa de aborto de 2006—referencia 32; y tasa de aborto de 2009—referencia 27.



mujeres, mismas que están incluidas en los casi dos millones arriba mencionados). Dicha proporción varía poco entre las regiones según nivel de desarrollo (Apéndice Cuadro 6). La mayor parte de las necesidades no satisfechas en las mujeres jóvenes unidas—dos tercios—corresponde a la necesidad de métodos para espaciar los nacimientos. Este hallazgo sugiere que el Programa Nacional de Planificación Familiar necesita aumentar la disponibilidad de los métodos temporales para espaciar los nacimientos (en contraste con los métodos permanentes para limitar los nacimientos).

Mujeres actualmente no unidas (de todas las edades). La situación es bastante diferente entre las mujeres solteras (nunca unidas) y las mujeres previamente unidas. Los tabúes que prevalecen en todo México en contra de tener hijos fuera del matrimonio,⁸⁴⁻⁸⁷ implican que las mujeres solteras (nunca unidas) sexualmente activas que no están practicando la anticoncepción están en muy alto riesgo de un embarazo no planeado—y de un posible aborto inducido.

Para 2009, aproximadamente 18% del total de mujeres de 25–49 años no estaban actualmente en matrimonio o unión consensual y eran sexualmente activas (i.e., tuvieron relaciones sexuales en el último mes; información no mostrada).⁶⁷ Suponemos que estas mujeres no querían embarazarse, por lo que el 28% de las que estaban usando un método tradicional o no estaban usando algún método, estarían en riesgo de un embarazo no planeado (295,000 mujeres).

Es probable que la más alta desaprobación social se dirija a las mujeres jóvenes y solteras (nunca unidas): a nivel nacional en 2009, aproximadamente 9% de las mujeres de 15–24 años que nunca habían estado unidas reportaron haber tenido relaciones sexuales en el último mes. Posiblemente, este porcentaje es una subestimación del auténtico nivel de su exposición al riesgo de un embarazo, dada la naturaleza esporádica de la actividad sexual entre la gente joven (i.e., muchas habrían tenido relaciones sexuales en los últimos dos o tres meses, pero no en el último mes). Además, es de esperarse que las jóvenes solteras en general reporten una menor frecuencia de esta actividad altamente estigmatizada, ocultando la naturaleza real de la actividad sexual.^{88,89} También, México se ajusta al patrón global en el cual los niveles de la actividad sexual no marital son más altos en las áreas más urbanas, y son más bajos en las más rurales.^{10,90-92}

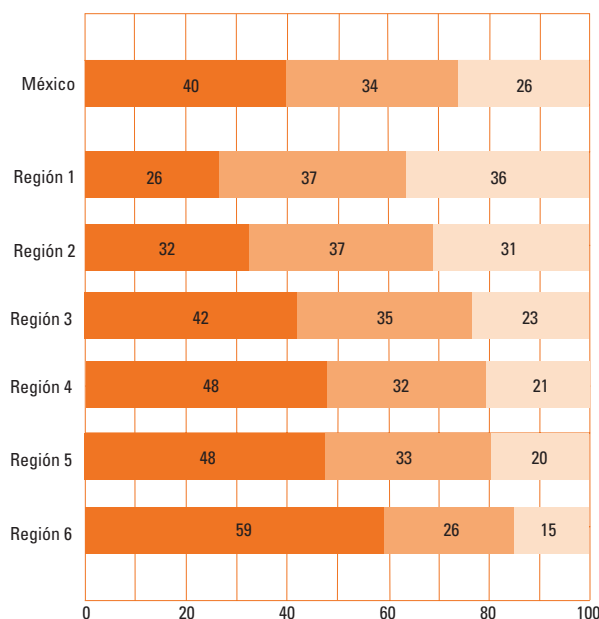
Para 2009, 18% de las mujeres solteras (nunca unidas) de 15–24 años eran sexualmente activas en la Región 1, en comparación con solamente 4% en la Región 6 (Apéndice Cuadro 6). Aproximadamente 27% de estas mujeres no deseaban un hijo en los próximos dos años (o nunca), pero no estaban usando un método anticonceptivo (164,000 mujeres). Como probable reflejo de la variación regional de los tabúes profundamente arraigados que se oponen a las relaciones sexuales no maritales y que impedirían la búsqueda de servicios anticonceptivos, la proporción

de estas mujeres con necesidades no satisfechas varía entre 15% en la Región 1 y 45% en la Región 6 (Apéndice Cuadro 6). Desafortunadamente, otro 4% de las mujeres solteras (nunca unidas) de 15–24 años sexualmente activas estaban usando un método tradicional menos efectivo (26,000), lo que puede aumentar su riesgo de embarazo no planeado.

Como se sugirió anteriormente, la naturaleza esporádica de la actividad sexual de la gente joven y la imprevisibilidad de tal actividad, significan que las mujeres con experiencia sexual que no tuvieron relaciones sexuales en el mes anterior están en alto riesgo de un embarazo no planeado. A nivel nacional, cerca del 12% de las mujeres solteras (nunca unidas) de 15–24 años habían tenido relaciones sexuales pero no en el último mes (Apéndice Cuadro 6). (Tal y como se esperaba, esta proporción varía por región, desde solamente 7% en la que es probablemente la región más conservadora del país [Región 6], hasta 18% en la ciudad capital [Región 1]). El 84% de estas jóvenes

FIGURA 5.2

Las regiones más desarrolladas tienen un mayor acceso a servicios de salud de calidad.



Distribución porcentual de mujeres de 15–49 por acceso a servicios de calidad*

Deficiente Regular Bueno

*El indicador de acceso es un índice que incorpora el logro educativo y el tipo de servicios de salud que tiene derecho a usar. Ver recuadro de datos, página 8.

Fuente Referencia 67.

con experiencia sexual usaban un método tradicional o no usaban ningún método, aun cuando tendrían una alta probabilidad de no desear un embarazo y, por lo mismo, pueden considerarse que estaban en riesgo de embarazo no planeado (687,000).

Cuando sumamos los números absolutos del total de mujeres mexicanas que desean evitar un embarazo pero que no están protegidas adecuadamente, el gran total de aproximadamente cuatro millones de mujeres es motivo de reflexión. Adicionalmente, el uso inconsistente o incorrecto entre los casi cinco millones de usuarias de métodos modernos reversibles también conduciría a algunos embarazos no planeados. Dado el tamaño del grupo de mujeres que están potencialmente en riesgo de un embarazo no planeado, y el número de mujeres que puede embarazarse aun cuando estén usando métodos modernos, las estimaciones anuales de aproximadamente 1,900,000 embarazos no planeados—y 1,026,000 abortos inducidos—resultan ser cifras realistas.

Acceso deficiente a servicios de calidad

Otro factor importante que afecta el riesgo de embarazos no planeados es el grado en el que las mujeres pueden acceder a los servicios de anticoncepción de calidad. A pesar de que casi toda la población del país tiene el derecho a recibir atención en algún servicio de salud, la calidad de la atención varía ampliamente dependiendo del tipo específico de servicios de salud a que tiene el derecho a acceder.* Nosotros suponemos que, si otros factores se mantienen constantes, los niveles de uso de anticonceptivos serán más altos—y los niveles de necesidades no satisfechas serán más bajos—en las regiones donde las mujeres tengan un buen acceso a servicios de salud de calidad, lo que incluiría una consejería sobre anticoncepción y suministro del método.

Para examinar esta hipótesis, creamos un índice de acceso a servicios de salud de calidad. (Ver recuadro de datos en la página 8 para mayores detalles sobre los diferentes niveles de acceso: deficiente, regular y bueno). Se incorporaron dos dimensiones en el índice: el tipo de servicio de salud a que tiene derecho o puede acceder una mujer, y sus años de escolaridad como un indicador proxy de su habilidad para poder conocer, obtener y usar efectivamente la anticoncepción, y de este modo actuar sobre sus metas de maternidad.

En general, cuatro de cada 10 mujeres mexicanas en edad reproductiva se clasifican en la categoría de un acceso *deficiente* a servicios de salud de calidad (Apéndice Cuadro 7). Como era de esperarse, la proporción con acceso deficiente es mucho más alta en las regiones menos desarrolladas y se extiende desde 26% en la Región 1 hasta 59% en la Región 6. En contraste, la proporción con un acceso *bueno* a servicios de salud de calidad es 26% a nivel nacional y es de 15–21% en las Regiones 4, 5 y 6, las regiones del país con los porcentajes más altos de población que trabaja y vive en condiciones de pobreza

(Apéndice Cuadro 2). Como era predecible, el 95% de las mujeres con buen acceso a los servicios de salud de calidad viven en áreas urbanas (Apéndice Cuadro 7).

El nivel de necesidades no satisfechas de anticoncepción está estrechamente relacionado con el acceso a los servicios de calidad. Por ejemplo, entre las mujeres unidas que tienen un acceso deficiente, 16% presentan necesidades no satisfechas de anticoncepción, en comparación con 7% de las mujeres que tienen un acceso bueno (Apéndice Cuadro 7). Se muestra el mismo patrón para las mujeres jóvenes solteras y sexualmente activas: 43% de estas jóvenes que tienen acceso deficiente presentan necesidades no satisfechas de anticoncepción, comparadas con 19% de las con acceso bueno.

Sin embargo, este último hallazgo—el hecho de que casi una quinta parte de las jóvenes solteras y sexualmente activas con acceso bueno a servicios de calidad todavía presentan necesidades no satisfechas—sugiere la existencia de barreras al uso de anticonceptivos más allá y en adición a lo que logra medir nuestro índice. Estos obstáculos probablemente incluyen los ya mencionados como el estigma que rodea la actividad sexual fuera del matrimonio y el tratamiento negativo y prejuiciado hacia las mujeres solteras por parte de muchos proveedores de servicios;⁹³ la carencia de información precisa sobre métodos anticonceptivos entre las mujeres jóvenes; así como su falta de autonomía y por consiguiente, la incapacidad para negociar el uso de anticonceptivos con sus parejas sexuales.^{84–86} No sorprende que en muchos casos, el resultado de no poder superar dichos obstáculos sea un aborto inducido.

¿Qué factores pueden influir en la decisión de recurrir a un procedimiento tan altamente estigmatizado como el aborto y no llevar a término un embarazo no deseado? Las interrelaciones entre una mujer y el entorno de su situación de vida son complejas. La decisión de interrumpir un embarazo es un reflejo de factores como la edad de la mujer, su estado conyugal, religiosidad, grado de identificación con las tradiciones culturales, expectativas educativas, condición laboral y sentido de autonomía sobre su futuro. Es clara la necesidad de llevar a cabo mayor investigación para comprender mejor los factores específicos que tienen mayor influencia en los niveles de embarazo no planeado y de aborto en las entidades de cada región que comparten un nivel similar de desarrollo pero tienen contextos culturales diversos.

*En México, gran parte de la población está registrada o afiliada a cierto tipo de servicio de salud gubernamental que se relaciona con el tipo de trabajo que desempeña—por ser pensionado o jubilado, o por pagar cuota de manera voluntaria; otra parte goza de algún beneficio, o se pagan ellos mismos, que les permite el uso de los servicios de instituciones privadas; y aún otra parte pertenece a programas de nivel estatal que le dan ciertos beneficios en cuanto a los servicios de salud. Asimismo, un porcentaje importante de la población mexicana no está afiliada a ningún servicio de salud, pero toda la población tiene derecho a acudir a los servicios de la Secretaría de Salud del país. Es de esperar que existan variaciones en la calidad de atención médica proporcionada por cada uno de los servicios de salud.



Implicaciones y recomendaciones

México es un país de desarrollo dinámico y de ingresos medios altos cuya población, después de décadas de crecimiento, tenderá a estabilizarse, ya que actualmente las mujeres tienen un promedio cercano a los dos hijos. La experiencia reciente del país respecto al nivel del uso de anticonceptivos y de aborto sigue el patrón de muchos otros países, en el cual coexisten aumentos en las tasas de aborto con aumentos—aunque cada vez más pequeños—en el uso de anticonceptivos. Estudios de investigación realizados a nivel internacional sugieren que en México, como en cualquier otro país, las tasas de aborto se estabilizarán eventualmente, y entonces disminuirán conforme se vayan cubriendo las necesidades no satisfechas de anticoncepción y se mejore la eficacia del uso anticonceptivo.^{94,95}

Desafortunadamente, a pesar de los altos niveles de uso de anticonceptivos en México, existe evidencia de que muchas mujeres y parejas los usan de manera no efectiva, debido a un uso incorrecto o inconsistente,^{31,86} por lo que es probable que tengan dificultad en prevenir el embarazo no planeado, así como en planear de manera adecuada sus nacimientos. Además, se sabe que muchas mujeres ahora tienen un mayor deseo de un menor número de hijos,⁹⁶ con familias reducidas de no más que dos hijos.^{25,97} Por lo que se puede afirmar que el uso efectivo de los anticonceptivos modernos no está avanzando a la par de los deseos de planear con precisión el momento de los nacimientos y el tamaño de la familia. De hecho, para 2009, el ritmo del aumento en el uso efectivo de anticonceptivos, particularmente en las áreas menos desarrolladas del país y entre las mujeres más jóvenes, no había sido lo suficientemente rápido como para posibilitar que las mujeres lograran la norma de dos hijos sin un uso generalizado del aborto.⁸

Debido a que el aborto inducido es penado por ley en todo México con excepción del Distrito Federal—y a que está estigmatizado en todo el territorio nacional *incluido* en buena medida en el Distrito Federal⁶²—la gran mayoría de los abortos en el país ocurren en secreto, en circunstancias bajo las cuales no puede garantizarse la seguridad del procedimiento. Sin embargo, el hecho de que no existe información confiable sobre la práctica del aborto clandestino no significa que este no ocurra. Recurriendo a una metodología indirecta, en primera instancia nosotros estimamos el número de mujeres atendidas en hospitales públicos por complicaciones de aborto inducido (159,000), cifra que nos permitió estimar el número total de abortos en 2009 (1,026,000). México parece seguir los patrones esperados de otros países en donde las tasas de aborto son uniformemente más altas en las áreas más urbanas. Las nuevas estimaciones de la incidencia de aborto por grupos de edad—en las que las tasas alcanzan los valores máximos en el grupo de mujeres de 20–24 años—corresponden a lo esperado. Lo anterior se debe a la alta fecundabilidad (capacidad de concebir) de las mujeres jóvenes; a la elevada proporción que es sexualmente activa estando aún soltera (nunca unida); a su mayor deseo de posponer los nacimientos; y a su dependencia de métodos temporales de planificación familiar que tienen mayor probabilidad de resultar en un embarazo no planeado.

Muchas mujeres mexicanas están en riesgo de un embarazo no planeado

A pesar de los niveles relativamente altos de uso de métodos anticonceptivos, el 12% de las mexicanas actualmente unidas en edad reproductiva—dos millones de mujeres—tienen necesidades no satisfechas de planificación familiar;⁶⁷ es decir, les gustaría posponer su

siguiente nacimiento o dejar de tener hijos de manera definitiva, pero no están usando algún método de anticoncepción. Las mujeres jóvenes unidas tienen niveles especialmente altos de necesidades no satisfechas, y representan alrededor de un tercio de los dos millones de mujeres. Dados los tabúes generalizados en México contra la maternidad fuera del matrimonio, otras 877,000 mujeres de 15–24 años y 295,000 de 25–49 años que actualmente no están en unión y no practican la anticoncepción o usan un método tradicional, están también en alto riesgo de un embarazo no planeado. Finalmente, dado que unas 853,000 mujeres que actualmente están unidas usan métodos tradicionales menos eficaces, el gran total de mujeres que están expuestas al riesgo de un embarazo no planeado por las condiciones antes mencionadas es de más de cuatro millones.

El deseo de tener familias más pequeñas y de contar con una mayor precisión en el espaciamiento de los nacimientos, es más pronunciado en las áreas más urbanas y económicamente prósperas, en donde los costos de formar una familia y de educar a los hijos son los más altos. Estas son las mismas áreas en donde las mujeres jóvenes están postergando el matrimonio, lo cual aumenta la probabilidad de que se tornen sexualmente activas estando solteras (nunca unidas), lo que eleva el riesgo asociado de un embarazo no planeado y un posible aborto inducido.

Además, muchas mujeres mexicanas, especialmente las que viven en las regiones menos desarrolladas, tienen un acceso deficiente a servicios de salud de calidad. Estas regiones tienen los niveles más altos de necesidades no satisfechas de anticoncepción en México. La persistencia de altos niveles de necesidades no satisfechas en regiones con grandes proporciones de mujeres que tienen un acceso deficiente, implica que muchas mujeres son incapaces de ejercer su derecho a definir el tamaño de su familia debido a la falta de un acceso adecuado a los servicios de planificación familiar.

Las variaciones a nivel de entidad federativa en el uso de métodos anticonceptivos no siempre siguen los patrones de las regiones en que están agrupadas. Muchos aspectos aunados al uso de anticonceptivos afectan la probabilidad de un embarazo no planeado y un aborto inducido, incluidos el efecto de la cultura, el ambiente social y la condición económica, aspectos que resultan muy difíciles de medir. Se requiere una exploración más profunda para comprender con mayor precisión lo que está detrás de la amplia variación de estos indicadores al interior de las regiones. Asimismo, cada entidad federativa debe considerar su contexto particular para apreciar de qué forma deben adecuarse las políticas en materia de servicios anticonceptivos, y ayudar a que las mujeres residentes eviten mejor los embarazos no planeados.

Es necesario implementar nuevas estrategias de políticas y programas

Es evidente la necesidad de contar con una amplia gama de esfuerzos a nivel nacional y de entidad federativa para reducir las tasas de embarazos no planeados y, de este modo, reducir la tendencia a recurrir al aborto inseguro. La salud de las mujeres también se verá beneficiada tanto por las mejoras necesarias en la calidad y acceso a los servicios de atención postaborto, como por un mayor acceso a los servicios de aborto seguro, según lo permitan las leyes estatales en esta materia. A continuación presentamos algunas recomendaciones para el logro de estas metas.

Mejorar el acceso y la calidad de los servicios anticonceptivos.

Los servicios para ayudar a que las mujeres prevengan la causa subyacente al aborto inducido—el embarazo no planeado—deben dar una mejor respuesta a las realidades de las mujeres en México. Aun cuando los niveles más altos de necesidades no satisfechas se presentan entre mujeres que desean un espaciamiento adecuado entre su primer y su segundo hijo, también son altos entre aquellas que desean posponer un primer nacimiento;^{67,77} estas mujeres necesitan recibir consejería sobre cómo mejorar la forma en que se utilizan los métodos reversibles. En el caso de las mujeres que ya no desean tener hijos, los servicios pueden enfocarse en el uso de métodos de largo plazo o permanentes, pero estos métodos no siempre están disponibles para las mujeres que tienen acceso deficiente a servicios de salud de calidad. Asimismo, muchas mujeres todavía no están conscientes de que la anticoncepción está disponible en forma gratuita, por lo que aún son necesarias campañas masivas de educación sobre estos servicios esenciales.

En México el nivel del uso de anticonceptivos es alto. Los servicios deben centrarse en mejorar la efectividad del uso actual de anticonceptivos mediante la consejería a las parejas acerca de la importancia de que los usen en forma efectiva y con regularidad. Las mujeres que no están satisfechas con su método, necesitan ayuda para cambiar a un nuevo método que se ajuste mejor a sus necesidades.

Deben atenderse las necesidades particulares de las adolescentes y jóvenes.

El nivel tan alto de aborto entre las adolescentes justifica que se diseñe y se reserve servicios anticonceptivos específicamente para este grupo de la población (en particular, para las solteras [nunca unidas]). Es imprescindible que dichos servicios tengan la característica de ser amigables. Además, el uso de la anticoncepción de emergencia es insignificante en el país (en 2009 representó el 0.03% del uso entre las mujeres unidas⁷⁷); sin duda, el uso de este método puede ayudar a las 687,000 jóvenes de 15–24 años que tienen especial probabilidad de tener relaciones sexuales esporádicas sin protección adecuada. Asimismo, dado que existe una Norma Oficial Mexicana que establece que el personal médico debe ofrecer de forma inmediata la opción de anticoncepción de emergen-



cia a las víctimas de violación,⁹⁸ es necesario difundir su disponibilidad con mayor claridad, de tal forma que las mujeres puedan evitar embarazos y abortos asociados a la violación, y contar con el apoyo de las autoridades de cada nivel del gobierno.

Se requiere la participación del sistema educativo para mejorar la condición de los jóvenes tanto en la escuela como fuera de ella. El currículo académico en las escuelas debe ofrecer información práctica sobre el fortalecimiento de las habilidades para expresarse acerca de la anticoncepción y negociar su uso. Las adolescentes y jóvenes en las regiones más desarrolladas del país tienen mayor probabilidad de ser sexualmente activas antes del matrimonio; por ello, es demasiado tarde si se espera hasta el momento de su matrimonio para informarles sobre la importancia de la anticoncepción. Para informar a la gente joven que no asiste a la escuela acerca de su derecho a servicios de planificación familiar, son necesarias otras iniciativas de alcance comunitario. Estas pueden ser campañas por Internet; incorporar mensajes sobre planificación familiar en actividades de esparcimiento—ej., ferias, competencias deportivas, telenovelas, conciertos para jóvenes; y utilizar los medios tradicionales de publicidad, como mensajes publicitarios, carteles, y spots en radio y televisión.^{87,99}

Los hombres deben involucrarse más activamente.

No contamos con suficiente información sobre el papel que juegan los hombres mexicanos en las decisiones sobre el tamaño de familia deseada, la anticoncepción y el aborto. Los pocos estudios que abordan el papel de los hombres sugieren que muchos de ellos consideran la anticoncepción como la responsabilidad de la mujer; que ignoran algunas opciones anticonceptivas; o que se oponen completamente a su uso.^{31,87} La muy baja prevalencia de métodos controlados por el hombre—solamente 7% de las parejas usan condones y 2% dependen de la vasectomía⁶⁷—confirma la persistencia del machismo en el México de hoy.^{85,86}

Sabemos aún menos acerca de la participación de los hombres en las decisiones para interrumpir un embarazo no planeado. En términos generales, los hombres se involucran poco en estas decisiones.³¹ Es la mujer quien decide interrumpir o no su embarazo, pero se debe hacer más para persuadir a los hombres a tener una mayor participación en la prevención del embarazo no planeado. También, en especial en las entidades federativas con altas tasas de aborto, los hombres deben estar informados acerca de los riesgos que corren sus parejas al recurrir al aborto clandestino inseguro. Asimismo, los hombres deben aprender acerca de la importancia de no retrasar la búsqueda de atención médica en caso de complicaciones derivadas del aborto inseguro.

Ninguna mujer mexicana que sufra de complicaciones postaborto debe carecer de atención médica.

La estimación de que casi la mitad de las mujeres rurales pobres con complicaciones postaborto no reciben atención es motivo de reflexión. Es posible que estas mujeres vivan muy lejos de una clínica u hospital, desconozcan que la atención está disponible o que es necesaria, o tengan temor a repercusiones legales o a un trato punitivo por parte de los proveedores de servicios. En la actualidad, la atención postaborto se ofrece principalmente en hospitales, los cuales dependen desproporcionadamente del método de legrado uterino instrumental, que es obsoleto para tratar los abortos incompletos y altamente dependiente de infraestructura. Deben realizarse esfuerzos generalizados para expandir el acceso a la atención postaborto mediante la ampliación e institucionalización de este servicio esencial, extendiéndolo a través de clínicas o centros de salud del primer nivel de atención.¹⁰⁰ Reemplazar el legrado con los métodos recomendados y menos invasivos como la aspiración manual endouterina y el misoprostol,⁴ sería de gran ayuda para reducir los costos y expandir el acceso a todos los niveles de atención del sector salud. Como mínimo, las clínicas en las zonas rurales más aisladas requieren contar con protocolos claros para referir sin demora los casos complicados. Para esto, México puede hacer uso de las redes de referencia de la organización de los servicios que se ha estado mejorando para la atención obstétrica de emergencia en buena parte del país.¹⁰¹

Las mujeres deben estar informadas acerca de la importancia de obtener atención médica sin demora, incluso ante el posible uso incorrecto del misoprostol.^{34,41} Toda la atención postaborto, privada y pública, debe incluir consejería y servicios de anticoncepción para prevenir los abortos repetidos. Además, los proveedores de servicios de postaborto deben ser sensibilizados respecto a la necesidad de tratar a las mujeres con respeto.

Deben existir servicios de aborto seguro disponibles para todas las mujeres que cumplan con las causales legales.

Para proteger mejor su salud, las mujeres que cumplen con las causales legales necesitan un mejor acceso a los servicios de aborto seguro. En la actualidad, todos los 31 estados de México permiten el aborto en al menos una circunstancia atenuante—para los embarazos que son producto de una violación. Sin embargo, muy pocas mujeres buscan un aborto legal bajo los criterios existentes, aun cuando cumplan con ellos. Esta situación indica que los estados deben desarrollar procesos administrativos y mecanismos que permitan que las mujeres que cumplen con la causal, puedan tener acceso a un procedimiento

El nivel tan alto de aborto entre las adolescentes justifica que se diseñe y se reserve servicios anticonceptivos específicamente para este grupo de la población.					

de interrupción legal. Los pasos tomados por el Distrito Federal antes de la despenalización proporcionan un modelo que puede tomarse como ejemplo: estos pasos abarcan, primero, establecer claramente la autoridad responsable para oficialmente aprobar los abortos legales; codificar los debidos procedimientos para aprobar los abortos legales; y emitir lineamientos médicos para los profesionales de salud, mismos que deben incluir la obligación de informar a las mujeres acerca del procedimiento de ILE y obtener su consentimiento informado.

No puede dejar de anotarse aquí que las actuales restricciones jurídicas limitan el acceso al aborto seguro, y que estas limitaciones—como se mostró en los capítulos anteriores—afectan en mucha mayor medida a las mujeres más pobres. Por ello, sería altamente positivo que las futuras leyes estatales facilitaran cada vez más el acceso.

La información de salud aquí presentada a nivel de entidad debe usarse para guiar las políticas y los programas.

Las estimaciones sobre aborto inducido y embarazos no planeados a nivel de entidad federativa son de vital importancia para que los gobiernos y los legisladores locales tomen decisiones sobre el monto de su presupuesto a asignar a planificación familiar y sobre los criterios para aborto legal. Los gobiernos y el sector salud a nivel de entidad, apoyados por las organizaciones civiles, deben desarrollar políticas que estén sustentadas en las condiciones específicas de cada entidad, para responder mejor a las necesidades de los subgrupos más vulnerables y desatendidos, y que no cuentan con los presupuestos adecuados.

Reflexiones finales

Una mejor salud reproductiva para la población mexicana y una mayor equidad en el acceso a la atención médica, dependerán no solamente de mejoras en los servicios públicos de salud, sino también de la voluntad política y de las acciones de una amplia gama de representantes de la sociedad civil. Estos deben incluir organizaciones de defensoría y abogacía, proveedores de servicios de salud y medios de comunicación. El público en general debe permanecer informado acerca de las consecuencias negativas del aborto inseguro para las mujeres y para la sociedad, especialmente con respecto a la mayor severidad de su impacto entre las mujeres que viven en condiciones de pobreza y en el medio rural. Los beneficios que pueden derivarse de estos esfuerzos son significativos: menos embarazos no planeados y menos abortos inducidos; un sistema de salud menos sobrecargado; mujeres y familias más saludables; y una sociedad más equitativa y productiva.

APÉNDICE CUADRO 1
Causales legales del aborto en los 31 estados de México, 2013

Estado	Por violación	Por peligro de muerte	Malformaciones genéticas o congénitas graves	Por grave daño a la salud	Otras causas
Aguascalientes	X	X			X*
Baja California	X†	X			X*, †
Baja California Sur	X§, **	X	X	X	X*, †
Campeche	X†			X	X*
Chiapas	X†	X	X		
Chihuahua	X†, **			X	X*, †
Coahuila	X†	X	X		X*
Colima	X†, §, **	X	X	X	X*, †
Durango	X	X			X*
Guanajuato	X				X*
Guerrero	X**		X		X*, †
Hidalgo	X†		X	X	X*, †
Jalisco	X	X		X	X*
México	X§	X	X		X*
Michoacán	X	X		X	X*
Morelos	X	X	X		X*, †
Nayarit	X	X		X	X*
Nuevo León	X	X		X	
Oaxaca	X†, §, **	X	X		X*
Puebla	X§	X	X		X*
Querétaro	X				X*
Quintana Roo	X†, §	X	X		X*
San Luis Potosí	X	X			X*, †
Sinaloa	X	X			X*
Sonora	X	X			X*
Tabasco	X	X			X†, ††
Tamaulipas	X	X		X	X*
Tlaxcala	X**	X		X	X*
Veracruz	X†	X	X		X*, †
Yucatán	X	X	X		X*, †, ††
Zacatecas	X§	X		X	X*
Total	31	25	13	12	29

*Imprudencial o culposo. †La ley contempla plazos para la interrupción del embarazo entre 75 días y tres meses a partir del momento de la violación o embarazo. ‡Inseminación artificial no consentida. §Existe procedimiento para el aborto en casos de violación, en el Código de Procedimientos Penales del estado. **Existe normatividad relacionada con la prestación de servicios para la interrupción legal del embarazo (incluye, entre otros, Acuerdos, Lineamientos y Disposiciones en Ley de Salud). ††Con base en una interpretación legal del código penal de Tabasco, el aborto sin la intervención voluntaria de la mujer o el médico no es sancionable. ‡‡Por razones económicas, cuando la madre tenga al menos tres hijos.

Nota En este cuadro se distingue entre la causal de grave daño a la salud y la de peligro de muerte, porque así es como se encuentra establecido en los códigos penales individuales. Sin embargo, la causal de peligro de muerte debiera interpretarse como subsumida en la de grave daño a la salud, situación que incluiría a los códigos vigentes en los estados de Campeche, Chihuahua e Hidalgo.

Fuente GIRE, Legislación estatal, <http://www.gire.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=409&Itemid=1154&lang=es>, consultado el 4 de mayo de 2013.

APÉNDICE CUADRO 2
Indicadores de aborto y embarazo en 2009, y características sociodemográficas de las mujeres en edad reproductiva en las regiones definidas según el nivel de desarrollo

Indicador	México	Región					
		Más desarrollada			Menos desarrollada		
		1	2	3	4	5	6
No. de mujeres atendidas en hospitales por complicaciones de aborto inducido en el sector público	159,005	14,825	73,022	22,775	22,339	11,766	14,278
Población de mujeres de 15–44 años	26,991,725	2,250,126	11,616,226	3,645,957	4,262,309	2,437,626	2,779,481
Tasa de hospitalización por complicaciones por aborto inducido en el sector público (casos por 1,000 mujeres de 15–44 años)	5.9	6.7	6.3	6.2	5.2	4.8	5.1
No. de abortos inducidos	1,025,669	122,455	470,612	145,394	150,645	64,617	71,946
Tasa de aborto inducido (no. de abortos por 1,000 mujeres de 15–44 años)	38.0	54.4	40.5	39.9	35.3	26.5	25.9
% de embarazos no planeados	55.2	69.7	55.8	57.2	52.1	51.4	44.7
Tasa de embarazo no planeado (no. de embarazos no planeados por 1,000 mujeres de 15–44 años)	70.5	89.7	72.3	75.5	66.7	58.6	56.0
% de embarazos no planeados que terminan en abortos	53.8	60.6	56.0	52.7	52.9	45.2	46.1
NO. DE MUJERES EN RIESGO POTENCIAL DE EMBARAZO NO PLANEADO							
Mujeres actualmente casadas/unidas 15–49							
Con necesidades no satisfechas de anticoncepción*	1,996,000	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Usando métodos tradicionales†	853,000	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Mujeres solteras (nunca unidas) 15–24							
Sexualmente activas‡							
Con necesidades no satisfechas de anticoncepción§	164,000	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Usando métodos tradicionales†	26,000	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Con experiencia sexual, pero no en el último mes Usando métodos tradicionales† o ninguno	687,000	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Mujeres solteras (nunca unidas), 25–49, sexualmente activas‡							
Usando métodos tradicionales† o ninguno	295,000	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Total	4,021,000	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Características sociales y demográficas							
% de la población que trabaja y que vive en pobreza**	45.3	33.0	33.5	44.4	54.9	59.2	71.5
% de mujeres de 15–49 que viven en áreas urbanas	79.8	99.5	89.6	72.7	73.2	62.2	56.1
% de mujeres de 15–49 con 10 o más años de escolaridad	43.1	58.0	46.9	38.9	38.1	39.1	30.9
Distribución porcentual de mujeres de 15–49 según nivel de acceso a servicios de salud de calidad††							
% deficiente	39.7	26.4	32.4	42.1	47.7	47.7	59.2
% regular	34.2	37.3	36.6	34.8	31.6	32.8	25.8
% bueno	26.1	36.4	31.0	23.1	20.6	19.6	15.0

*Una mujer casada/unida tiene necesidades no satisfechas de anticoncepción si es fértil, no desea tener un hijo en los próximos dos años o no desea tener (más) hijos y no está usando un método anticonceptivo; o si está actualmente embarazada o en amenorrea y no planeaba o no deseaba embarazarse, y no estaba usando un método anticonceptivo. Asumimos que las mujeres casadas/unidas son sexualmente activas. †Método del calendario o ritmo (abstinencia periódica), coito interrumpido (retiro) y método de la lactancia y amenorrea (MELA). ‡Tuvieron relaciones sexuales en el último mes. §Una mujer soltera (nunca unida) tiene necesidades no satisfechas de anticoncepción si es sexualmente activa (tuvo relaciones sexuales en el último mes), no desea tener un hijo en los próximos dos años o no desea tener (más) hijos y no está usando un método anticonceptivo; o si está actualmente embarazada y no planeaba o no deseaba embarazarse, y no estaba usando un método anticonceptivo. **Gana dos salarios mínimos mensuales o menos. ††Ver recuadro en la página 8 para la definición y detalles sobre cómo se construyó esta variable.

Notas nd = no disponible. Los números de mujeres en riesgo potencial de embarazo no planeado son redondeados al millar más cercano. Para el indicador de necesidades no satisfechas, CONAPO recién introdujo un nuevo método de calcular este indicador; sin embargo, aquí presentamos los resultados de aplicar la anterior definición utilizada en años previos, para permitir la comparabilidad de los datos.

Fuentes Número y tasa de hospitalización por complicaciones de aborto y número y tasa de aborto inducido—referencia 27; población de 15–44 años—referencia 16; % de la población que trabaja y que vive en pobreza—referencia 28; porcentajes y tasas de embarazos no planeados—referencias 67 y 68; todas las otras estimaciones: referencia 67.

APÉNDICE CUADRO 3
Tasa estimada de hospitalización por complicaciones de aborto inducido en el sector público por edad en grupos quinquenales (casos por 1,000 mujeres en cada grupo de edad), según región por nivel de desarrollo y entidad federativa, México, 2009

Región por nivel de desarrollo y entidad federativa	Tasa de hospitalización por aborto inducido						
	Grupo de edad						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	Total
México	6.9	8.5	6.8	5.4	4.2	2.3	5.9
REGIÓN							
Región 1	7.9	10.6	7.9	6.0	4.7	2.3	6.7
Región 2	8.2	9.3	7.0	5.4	4.3	2.3	6.3
Región 3	7.1	8.4	7.0	6.0	4.7	2.9	6.2
Región 4	5.6	7.2	5.9	5.2	4.0	2.3	5.2
Región 5	5.5	7.2	5.9	4.4	3.3	1.6	4.8
Región 6	4.5	6.8	6.4	5.4	4.5	2.1	5.1
REGIÓN 1							
Distrito Federal	7.9	10.6	7.9	6.0	4.7	2.3	6.7
REGIÓN 2							
Aguascalientes	9.3	8.0	6.9	6.3	5.3	3.6	6.8
Baja California	8.1	9.6	6.7	4.5	3.3	2.0	5.9
Baja California Sur	15.0	16.7	11.6	8.0	5.4	2.8	10.2
Chihuahua	6.9	5.4	5.3	3.6	2.7	1.8	4.4
Coahuila	15.6	13.5	9.7	6.8	4.6	2.4	9.1
Colima	7.9	10.8	9.6	6.8	5.4	3.0	7.5
Jalisco	6.7	8.2	6.5	5.8	5.0	3.0	6.1
México	7.9	10.6	7.9	6.0	4.7	2.3	6.7
Morelos	8.0	8.2	6.2	5.0	3.6	2.1	5.8
Nuevo León	6.0	4.7	3.1	2.9	2.7	1.6	3.6
Quintana Roo	7.2	8.3	5.5	3.7	3.1	1.9	5.2
Sonora	10.0	11.8	8.3	6.5	4.8	2.3	7.5
Tamaulipas	8.4	10.1	8.5	6.7	4.7	2.5	7.0
REGIÓN 3							
Durango	6.8	8.5	7.8	7.3	5.0	3.0	6.6
Guanajuato	5.9	7.4	6.2	5.5	4.9	3.1	5.6
Querétaro	9.2	9.2	6.6	5.9	3.4	2.5	6.4
Nayarit	7.2	8.8	7.5	5.6	4.8	3.3	6.4
Sinaloa	9.9	9.4	7.8	6.1	4.0	2.1	6.8
Tlaxcala	5.1	7.9	5.9	4.9	3.7	2.4	5.2
Zacatecas	7.7	9.8	9.1	7.6	6.5	3.5	7.6
REGIÓN 4							
Campeche	6.0	8.6	7.1	4.7	3.8	1.4	5.6
Michoacán	6.2	7.5	6.6	6.0	4.9	2.7	5.9
Puebla	4.9	6.6	5.2	4.7	3.3	2.0	4.7
San Luis Potosí	4.1	5.3	4.9	4.5	3.9	2.4	4.3
Tabasco	10.2	13.4	9.7	8.2	5.4	2.5	8.7
Yucatán	2.7	3.5	3.2	3.2	2.6	1.8	2.9
REGIÓN 5							
Hidalgo	5.6	7.5	5.9	4.7	3.5	1.6	5.0
Veracruz	5.5	7.1	5.9	4.3	3.2	1.6	4.8
REGIÓN 6							
Chiapas	4.7	7.3	5.9	4.7	4.1	2.0	5.1
Guerrero	4.6	5.9	6.4	5.5	4.9	2.0	5.0
Oaxaca	4.3	7.0	7.0	6.3	4.6	2.3	5.4

Fuente Referencia 68.

APÉNDICE CUADRO 4
Número estimado de abortos inducidos por edad en grupos quinquenales, según región por nivel de desarrollo y entidad federativa, México, 2009

Región por nivel de desarrollo y entidad federativa	Número de abortos inducidos						
	Grupo de edad						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	Total
México	230,320	269,660	203,161	154,860	113,262	54,406	1,025,669
REGIÓN 1							
Región 1	22,654	32,801	25,750	19,484	14,922	6,844	122,455
Región 2	110,898	124,392	91,575	68,741	50,825	24,181	470,612
Región 3	33,687	36,413	28,056	22,192	16,223	8,823	145,394
Región 4	33,372	39,499	29,585	23,734	16,281	8,174	150,645
Región 5	15,061	17,625	13,049	9,381	6,598	2,903	64,617
Región 6	14,648	18,930	15,146	11,328	8,413	3,481	71,946
REGIÓN 1							
Distrito Federal	22,654	32,801	25,750	19,484	14,922	6,844	122,455
REGIÓN 2							
Aguascalientes	3,706	2,879	2,297	1,977	1,553	919	13,331
Baja California	5,665	6,499	4,517	2,964	1,972	1,024	22,641
Baja California Sur	1,806	1,961	1,391	943	582	260	6,943
Chihuahua	5,253	3,757	3,446	2,316	1,669	1,024	17,465
Coahuila	9,400	7,334	5,065	3,569	2,304	1,043	28,715
Colima	1,499	1,985	1,686	1,119	840	413	7,542
Jalisco	15,545	18,010	13,295	10,972	8,827	4,683	71,332
México	43,100	56,851	41,875	30,862	22,953	9,972	205,613
Morelos	4,414	4,171	2,942	2,265	1,560	833	16,185
Nuevo León	5,699	4,310	2,855	2,722	2,386	1,187	19,159
Quintana Roo	3,273	3,768	2,445	1,508	1,100	540	12,634
Sonora	5,630	6,014	4,066	3,124	2,217	942	21,993
Tamaulipas	5,908	6,853	5,695	4,400	2,862	1,341	27,059
REGIÓN 3							
Durango	3,671	4,064	3,319	2,869	1,867	1,006	16,796
Guanajuato	10,698	12,231	9,338	7,674	6,227	3,477	49,645
Querétaro	4,366	4,979	4,011	2,822	2,173	1,292	19,643
Nayarit	2,991	2,671	1,747	1,481	793	520	10,203
Sinaloa	6,220	5,276	3,998	3,022	1,910	889	21,315
Tlaxcala	1,987	2,913	2,069	1,609	1,080	593	10,251
Zacatecas	3,754	4,279	3,574	2,715	2,173	1,046	17,541
REGIÓN 4							
Campeche	1,671	2,240	1,753	1,072	780	253	7,769
Michoacán	8,972	9,681	7,558	6,207	4,627	2,365	39,410
Puebla	9,962	12,110	8,780	7,111	4,494	2,392	44,849
San Luis Potosí	3,616	4,138	3,379	2,842	2,320	1,266	17,561
Tabasco	7,405	9,143	6,234	4,806	2,840	1,152	31,580
Yucatán	1,746	2,187	1,881	1,696	1,220	746	9,476
REGIÓN 5							
Hidalgo	4,792	5,766	4,125	3,123	2,207	886	20,899
Veracruz	10,269	11,859	8,924	6,258	4,391	2,017	43,718
REGIÓN 6							
Chiapas	6,198	8,449	5,906	4,083	3,080	1,290	29,006
Guerrero	4,112	4,451	4,088	3,096	2,512	926	19,185
Oaxaca	4,338	6,030	5,152	4,149	2,821	1,265	23,755

Fuente Referencia 68.

APÉNDICE CUADRO 5
Tasa estimada de aborto inducido por edad en grupos quinquenales (casos por 1,000 mujeres en cada grupo de edad), según región por nivel de desarrollo y entidad federativa, México, 2009

Región por nivel de desarrollo y entidad federativa	Tasa de aborto inducido						
	Grupo de edad						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	Total
México	44.1	54.7	43.7	35.1	27.4	14.9	38.0
REGIÓN 1							
Región 1	63.3	85.9	64.7	48.7	38.4	19.1	54.4
Región 2	51.7	60.1	45.6	35.3	27.7	15.0	40.5
Región 3	45.9	53.6	44.9	38.0	29.9	18.4	39.9
Región 4	38.2	48.6	40.0	35.1	26.4	15.0	35.3
Región 5	31.0	39.6	32.1	24.2	17.7	8.5	26.5
Región 6	23.3	34.4	32.1	27.2	22.3	10.4	25.9
REGIÓN 1							
Distrito Federal	63.3	85.9	64.7	48.7	38.4	19.1	54.4
REGIÓN 2							
Aguascalientes	63.8	53.8	46.4	42.3	35.5	23.9	46.0
Baja California	40.2	46.8	32.7	21.9	15.9	9.7	28.9
Baja California Sur	74.2	81.1	56.3	38.7	26.0	13.6	49.9
Chihuahua	34.1	26.4	25.6	17.4	12.8	8.7	21.5
Coahuila	77.3	65.3	46.8	33.1	22.3	11.4	44.6
Colima	54.1	72.5	64.4	45.3	36.2	19.8	50.3
Jalisco	46.1	55.4	43.4	38.6	33.7	20.1	40.8
México	63.3	85.9	64.7	48.7	38.4	19.1	54.4
Morelos	55.2	55.4	41.6	33.5	24.2	14.2	38.8
Nuevo León	29.8	22.7	14.9	14.3	13.2	7.5	17.3
Quintana Roo	49.4	56.0	37.1	24.6	20.5	12.5	35.3
Sonora	49.6	57.1	40.4	31.5	23.3	11.0	36.7
Tamaulipas	41.6	49.3	41.2	32.5	22.4	12.0	34.0
REGIÓN 3							
Durango	46.6	57.5	52.7	48.7	33.1	19.7	44.3
Guanajuato	40.2	49.8	41.4	36.8	32.6	20.8	38.1
Querétaro	49.5	58.9	50.3	37.8	32.0	22.2	43.4
Nayarit	63.5	61.6	44.1	39.8	22.5	16.4	43.6
Sinaloa	49.2	45.5	37.6	29.7	19.4	9.9	33.4
Tlaxcala	34.8	53.1	39.4	32.9	24.7	15.9	34.8
Zacatecas	52.8	65.7	61.4	51.0	43.3	23.1	51.1
REGIÓN 4							
Campeche	41.2	57.9	48.0	31.5	25.5	9.7	37.6
Michoacán	42.8	50.5	44.4	40.4	32.4	18.3	39.5
Puebla	33.8	44.3	35.2	31.4	22.0	13.4	31.4
San Luis Potosí	28.0	35.8	32.9	29.8	25.9	15.7	28.6
Tabasco	70.5	90.3	65.2	54.7	36.1	16.9	58.9
Yucatán	18.7	23.8	21.8	21.5	17.3	12.2	19.7
REGIÓN 5							
Hidalgo	38.8	50.7	39.5	31.5	23.5	10.6	33.8
Veracruz	28.3	35.8	29.5	21.7	15.7	7.9	24.0
REGIÓN 6							
Chiapas	24.2	36.7	29.6	23.7	20.5	10.0	25.5
Guerrero	23.4	29.7	32.3	27.6	24.2	9.8	25.2
Oaxaca	22.0	35.3	35.3	31.4	23.0	11.4	27.0

Fuente Referencia 27.

APÉNDICE CUADRO 6
Indicadores de fecundidad, anticoncepción y actividad sexual entre mujeres en edad reproductiva, según región definida por nivel de desarrollo, México, 1997, 2006 y 2009

Indicador y año	México	Región					
		Más desarrollada			Menos desarrollada		
		1	2	3	4	5	6
FECUNDIDAD							
Mujeres 15–49							
Tasa global de fecundidad (hijos por mujer)							
1997	2.7	2.0	2.7	2.9	2.9	2.6	3.2
2006	2.2	1.7	2.2	2.2	2.2	2.2	2.5
2009	2.1	1.7	2.1	2.1	2.1	2.1	2.3
ANTICONCEPCIÓN Y PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD							
Mujeres 15–49 actualmente casadas/unidas							
% que usa métodos tradicionales*							
1997	8.9	6.6	8.9	8.1	10.8	8.7	7.3
2006	4.7	4.6	4.3	4.7	6.3	3.9	3.6
2009	5.1	4.8	5.3	5.7	6.2	4.0	3.3
% que usa métodos modernos†							
1997	59.6	71.3	64.2	63.4	51.3	60.1	44.9
2006	66.2	76.8	71.6	68.6	58.8	66.2	52.4
2009	67.4	74.9	70.8	66.1	62.0	69.2	56.1
% que usa algún método							
1997	68.5	78.0	73.2	71.5	62.2	68.8	52.2
2006	70.9	81.4	75.9	73.3	65.1	70.0	56.0
2009	72.5	79.7	76.1	71.8	68.2	73.2	59.3
% con necesidades no satisfechas de anticoncepción‡							
1997	12.2	6.3	8.6	11.4	16.0	13.5	22.4
2009	12.0	8.1	9.8	11.2	14.6	11.9	21.1
Para espaciar	5.3	3.1	4.2	5.3	6.6	4.5	9.9
Para limitar	6.7	5.0	5.6	5.9	8.0	7.4	11.2
% con necesidades no satisfechas por edad, 2009							
15–19	32.6	30.7	31.8	26.2	34.5	32.1	42.4
20–24	24.1	16.1	21.3	19.8	26.3	26.2	38.9
25–29	18.7	12.2	14.6	17.9	24.0	18.4	31.3
30–34	13.5	11.5	11.5	13.3	16.8	9.7	22.1
35–39	7.1	5.5	5.4	7.6	8.9	7.1	13.9
40–44	4.1	3.0	2.8	4.7	5.0	5.3	7.5
45–49	2.2	0.9	1.5	1.7	2.4	3.7	5.2
% que desea tener un (otro) hijo pero no en los próximos dos años o no desea tener (más), 2009	86.3	87.5	86.5	85.6	86.2	86.2	86.3
N no ponderado de mujeres, 2009	52,097	1,891	20,560	11,622	9,894	2,925	5,205
ANTICONCEPCIÓN Y ACTIVIDAD SEXUAL ENTRE MUJERES JÓVENES DE 15–24 AÑOS							
ANTICONCEPCIÓN							
Actualmente casadas/unidas							
% que usa métodos tradicionales*							
1997	9.4	6.0	8.7	8.2	11.8	11.7	7.3
2006	4.6	8.1	4.1	5.7	5.7	2.6	3.6
2009	4.7	3.8	5.3	5.1	5.9	2.9	2.8
% que usa métodos modernos†							
1997	46.2	59.7	52.3	49.2	40.0	45.9	29.9
2006	48.4	61.5	55.1	45.3	43.6	48.1	37.3
2009	53.2	67.7	55.8	53.7	50.0	55.9	38.6

continuación, Apéndice Cuadro 6

Indicador y año	México	Región						
		Más desarrollada			Menos desarrollada			
		1	2	3	4	5	6	
% que usa algún método								
1997	55.6	65.7	61.0	57.4	51.8	57.7	37.3	
2006	53.0	69.6	59.2	51.0	49.3	50.6	40.9	
2009	57.9	71.5	61.1	58.8	56.0	58.8	41.4	
% con necesidades no satisfechas de anticoncepción†								
1997	22.6	18.2	16.3	22.1	25.3	25.9	36.7	
2009	26.5	19.1	24.3	21.7	28.7	27.6	39.8	
Para espaciar	17.6	11.4	15.0	16.4	20.5	17.8	27.2	
Para limitar	8.9	7.7	9.3	5.3	8.2	9.8	12.6	
N no ponderado, 2009	8,442	250	3,233	1,956	1,629	457	917	
ACTIVIDAD SEXUAL								
Solteras (nunca unidas)								
% que ha tenido relaciones sexuales alguna vez	20.6	35.7	22.1	18.7	16.2	21.8	10.8	
% que ha tenido relaciones sexuales el mes anterior a la encuesta	8.7	17.5	9.6	6.8	6.6	9.3	3.6	
% que ha tenido relaciones sexuales, pero no en el mes anterior a la encuesta	11.9	18.2	12.5	11.9	9.6	12.5	7.2	
N no ponderado, 2009	22,516	844	8,654	5,155	4,340	1,244	2,279	
ANTICONCEPCIÓN Y ACTIVIDAD SEXUAL								
Solteras (nunca unidas) y sexualmente activas en el mes anterior								
% que usa métodos tradicionales*	4.4	2.0	5.5	5.6	2.8	5.5	0.7	
% que usa métodos modernos†	65.9	82.8	64.3	65.6	64.2	52.6	52.6	
% que usa algún método	70.3	84.8	69.8	71.1	67.0	58.1	53.3	
% con necesidades no satisfechas de anticoncepción‡	27.4	14.6	27.8	24.9	30.2	39.4	44.7	
Para espaciar	20.5	10.2	20.2	20.7	24.5	28.4	34.0	
Para limitar	6.9	4.4	7.6	4.1	5.8	11.0	10.8	
N no ponderado, 2009	2,026	148	926	392	343	111	106	
Mujeres jóvenes 15–24, solteras (nunca unidas) con experiencia sexual, pero no en el mes anterior								
% que usa métodos tradicionales*	1.0	0.6	1.1	0.5	0.9	2.1	0.6	
% que usa métodos modernos†	16.1	16.7	18.3	16.2	13.0	12.3	10.4	
% que usa algún método	17.1	17.3	19.4	16.7	13.8	14.4	11.0	
N no ponderado, 2009	2,772	154	1,104	676	470	168	200	

*Método del calendario o ritmo (abstinencia periódica), coito interrumpido (retiro) y método de la lactancia y amenorrea (MELA). †Pastillas, esterilización (femenina y masculina), inyecciones, implantes, parche, DIU, condón masculino, diafragma, espermicidas y otros métodos no hormonales. ‡Una mujer casada/unida tiene necesidades no satisfechas de anticoncepción si es fértil, no desea tener un hijo en los próximos dos años o no desea tener (más) hijos y no está usando un método anticonceptivo; o si está actualmente embarazada o en amenorrea y no planeaba o no deseaba embarazarse y no estaba usando un método anticonceptivo. Asumimos que las mujeres casadas/unidas son sexualmente activas. §Una mujer soltera (nunca unida) tiene necesidades no satisfechas de anticoncepción si es sexualmente activa (tuvo relaciones sexuales en el último mes), no desea tener un hijo en los próximos dos años o no desea tener (más) hijos y no está usando un método anticonceptivo; o si está actualmente embarazada y no planeaba o no deseaba embarazarse, y no estaba usando un método anticonceptivo.

Notas CONAPO introdujo un nuevo método de calcular las necesidades no satisfechas en 2009. Aquí se presentan los resultados calculados en base del anterior método para permitir la comparabilidad. Las necesidades no satisfechas de anticoncepción para 2006 no se incluyen debido a problemas con los datos en algunos componentes de la medida.

Fuentes Tasas globales de fecundidad—referencias 16 y 79; todos los otros datos—referencia 67 y tabulaciones especiales de las Encuestas Nacionales de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 1997 y 2006.

Indicador	Nivel de acceso a servicios de salud de calidad*		
	Deficiente	Regular	Bueno
LUGAR DE RESIDENCIA			
Total de mujeres 15–49			
% que vive en áreas urbanas	64.6	85.7	95.1
N no ponderado	34,603	32,406	25,435
ANTICONCEPCIÓN Y PREFERENCIAS DE FECUNDIDAD			
Mujeres 15–49, actualmente casadas/unidas			
% que usa métodos tradicionales†	5.3	4.5	5.6
% que usa métodos modernos‡	61.5	72.0	72.3
% que usa algún método	66.9	76.5	77.9
% con necesidades no satisfechas de anticoncepción§			
15–19	34.0	30.1	29.2
20–24	29.7	19.7	17.0
25–29	24.3	14.2	13.8
30–34	17.1	11.8	9.5
35–39	9.9	6.2	3.8
40–44	5.9	3.2	2.4
45–49	3.5	1.3	1.4
Todas, 15–49	16.2	9.7	7.1
Para espaciar	7.0	4.4	3.1
Para limitar	9.2	5.3	4.0
% que desea tener un (otro) hijo pero no en los próximos dos años o no desea tener (más) hijos	87.5	86.3	84.2
N no ponderado	22,061	17,484	12,552
Mujeres jóvenes 15–24, actualmente casadas/unidas			
% que usa métodos tradicionales†	5.0	4.2	4.8
% que usa métodos modernos‡	46.7	59.3	64.2
% que usa algún método	51.7	63.5	69.0
% con necesidades no satisfechas de anticoncepción§	31.2	22.2	18.6
Para espaciar	20.5	14.4	14.0
Para limitar	10.7	7.8	4.7
N no ponderado	4,280	2,861	1,301
ANTICONCEPCIÓN Y ACTIVIDAD SEXUAL			
Mujeres jóvenes 15–24, solteras (nunca unidas)			
% que ha tenido relaciones sexuales alguna vez	16.0	20.0	26.3
% que ha tenido relaciones sexuales el mes anterior (sexualmente activas)	5.5	8.7	12.3
N no ponderado	6,500	8,883	7,133
Mujeres jóvenes 15–24, solteras (nunca unidas) sexualmente activas			
% que usa métodos tradicionales†	4.3	5.1	3.8
% que usa métodos modernos‡	47.6	64.0	76.6
% que usa algún método	51.9	69.0	80.4
% con necesidades no satisfechas de anticoncepción**	43.0	28.4	18.8
Para espaciar	25.4	21.8	16.9
Para limitar	17.6	6.6	2.0
N no ponderado	381	756	889

*Ver encuadro en la página 8 para consultar la definición y detalles sobre cómo se construyó esta variable. †Método del calendario o ritmo (abstinencia periódica), coito interrumpido (retiro) y método de la lactancia y amenorrea (MELA). ‡Pastillas, esterilización (femenina y masculina), inyecciones, implantes, parche, DIU, condón masculino, diafragma, espermicidas y otros métodos no hormonales. §Una mujer casada/unida tiene necesidades no satisfechas de anticoncepción si es fértil, no desea tener un hijo en los próximos dos años o no desea tener (más) hijos y no está usando un método anticonceptivo; o si está actualmente embarazada o en amenorrea y no planeaba o no deseaba embarazarse, y no estaba usando un método anticonceptivo. Asumimos que las mujeres casadas/unidas son sexualmente activas. **Una mujer soltera (nunca unida) tiene necesidades no satisfechas de anticoncepción si es sexualmente activa (tuvo relaciones sexuales en el último mes), no desea tener un hijo en los próximos dos años o no desea tener (más) hijos y no está usando un método anticonceptivo; o si está actualmente embarazada y no planeaba o no deseaba embarazarse, y no estaba usando un método anticonceptivo. **Notas** CONAPO introdujo un nuevo método de calcular las necesidades no satisfechas en 2009. Aquí se presentan los resultados calculados en base del anterior método para permitir la comparabilidad. **Fuente** Referencia 67.

Referencias

1. Singh S et al., *Aborto a nivel mundial: una década de progreso desigual*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2009.
2. Weeks A et al., A randomized trial of misoprostol compared with manual vacuum aspiration for incomplete abortion, *Obstetrics & Gynecology*, 2005, 106(3):540-547.
3. Clark W, Shannon C y Winikoff B, Misoprostol for uterine evacuation in induced abortion and pregnancy failure, *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 2007, 2(1):67-108.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, segunda edición, Ginebra: OMS, 2012.
5. Zúñiga E, Durán D y Loggia S, La salud reproductiva en las entidades federativas: una mirada a través de los índices de rezago, en: Consejo Nacional de Población (CONAPO), ed., *La situación demográfica de México 2002*, Ciudad de México: CONAPO, 2002, pp. 49-66.
6. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Capítulo I de los Derechos Humanos y sus Garantías, Artículo 4, (Reformado Mediante Decreto Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 1974)*, 1974.
7. Mendoza D et al., 35 años de planificación familiar en México, en: CONAPO, ed., *La situación demográfica de México 2009*, Ciudad de México: CONAPO, 2009, pp. 39-52.
8. Juárez F y Valencia J, Las usuarias de métodos anti-conceptivos y sus necesidades insatisfechas de anticoncepción, en: Chávez Galindo AM y Menkes C, eds., *Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo. Una mirada desde la ENADID 2006*, Ciudad de México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM), Universidad Autónoma de México (UNAM), 2010, pp. 201-235.
9. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *OECD Reviews of Health Systems, Mexico*, París: OECD, 2005.
10. Juárez F et al., *Las necesidades de salud sexual y reproductiva de las adolescentes en México: retos y oportunidades*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2010.
11. Urbina Fuentes M, Política de población y los programas de planificación familiar, en: Valdés L ed., *La ley de población a treinta años de distancia: reflexiones, análisis y propuestas*, Ciudad de México: UNAM, 2005, pp. 339-353.
12. Scott J, La descentralización, el gasto social y la pobreza en México, *Gestión y Política Pública*, 2004, XIII(3):785-831.
13. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, *World Contraceptive Use 2011*, Nueva York: Naciones Unidas, 2011, <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/wallchart_front.pdf>, consultado el 21 de febrero de 2013.
14. Mendoza D, Planificación familiar: logros en la última década y retos futuros, en: CONAPO, ed., *La situación demográfica de México 2006*, Ciudad de México: CONAPO, 2006, pp. 49-64.
15. Secretaría de Programación y Presupuesto, *Encuesta Mexicana de Fecundidad: Primer Informe Nacional, Volumen I*, Ciudad de México: Dirección General de Estadística, 1979.
16. CONAPO, Proyecciones de la población de México 2005-2050; <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/De_la_poblacion_de_Mexico_2005-2050>, consultado el 15 de noviembre de 2012.
17. Lozano R, Evolución y tendencias a largo plazo de la mortalidad materna en México, análisis de factibilidad y de efecto potencial de intervenciones seleccionadas para el cumplimiento de las metas del milenio, en: Zúñiga E, ed., *México ante los desafíos de desarrollo del milenio*, Ciudad de México: CONAPO, 2005.
18. Luna M, Troncoso E y Lombana J, *La muerte materna tiene rostros: indicadores*. Cuadro Evolución de la razón de mortalidad materna, defunciones maternas y nacidos vivos, 2002-2009, Ciudad de México: Observatorio de Mortalidad Materna en México, 2010, p. 8.
19. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), Defunciones maternas y razón de mortalidad materna total y por municipio 2009, Ciudad de México: Secretaría de Salud, <<http://sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html>>, consultado el 28 de febrero de 2012.
20. Juárez F, Examen crítico de la técnica de tablas de vida en las tendencias sobre fecundidad: el caso de México, *Demografía y Economía*, 1984, XVIII(3):287-333.
21. Juárez F, Quilodrán J y Cosío M, *Nuevas pautas reproductivas en México*, Ciudad de México: Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México, 1996, p. 232.
22. Mier y Terán M y Pederzini C, Cambio sociodemográfico y desigualdades educativas, en: Arnaut A y Giorguli S, coordinadores, *Los grandes problemas de México, Tomo VII: Educación*, Ciudad de México: El Colegio de México, 2010, pp. 623-657.
23. García B y de Oliveira O, Trabajo extradoméstico y relaciones de género: una nueva mirada, en: Gutiérrez M, ed., *Género, familias y trabajo: rupturas y continuidades—desafíos para la investigación política*, Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), 2007, pp. 49-87.
24. García B, Población económicamente activa: evolución y perspectivas, en: García B y Ordorica M, coordinadores, *Los grandes problemas de México, Tomo I: Población*, Ciudad de México, El Colegio de México, 2010, pp. 363-392.
25. Quilodrán J y Juárez F, Las pioneras del cambio reproductivo: un análisis partiendo desde sus propios relatos, *Notas de Población*, 2009, (87):63-94.
26. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), *Censo de Población y Vivienda 2010*, Población total por entidad federativa, sexo y grupos quinquenales de edad según tamaño de localidad, <<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27302&s=est>>, consultado el 30 de diciembre de 2012.
27. Juárez F y Singh S, Incidencia del aborto inducido por edad y estado, México, 2009: nuevas estimaciones usando una metodología modificada, *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, número especial de 2013, pp. 25-35.
28. CONAPO, *Índices de marginación, 2005*, Ciudad de México: CONAPO, 2006.
29. Rossier C, Estimating induced abortion rates: a review, *Studies in Family Planning*, 2003, 34(2):87-102.
30. Erviti J, *El aborto entre mujeres pobres: sociología de la experiencia*, Cuernavaca, México: CRIM, UNAM, 2005.
31. Juárez F y Bayer A, 'Without a plan' but 'keeping on track': views on contraception, pregnancy and abortion in Mexico City, *Global Public Health*, 2011, 6(S1):S90-S110.
32. Juárez F et al., Estimaciones del aborto inducido en México: ¿qué ha cambiado entre 1990 y 2006?, *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, número especial de 2009, pp. 4-14.
33. Guttmacher Institute, tabulaciones especiales de la

- Encuesta a Profesionales de la Salud de 2007, México, 2007.
34. Lara D et al., Pharmacy provision of medical abortifacients in a Latin American city, *Contraception*, 2006, 74(5):394–399.
 35. Comisión de Autorización Sanitaria, Relación de registros de medicamentos alopáticos expedidos durante el año de 2011, Comisión Federal para Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), 2012.
 36. Billings DL et al., Pharmacy worker practices related to use of misoprostol for abortion in one Mexican state, *Contraception*, 2009, 79(6):445–451.
 37. Costa S y Vessey M, Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil, *Lancet*, 1993, 341(8855):1258–1261.
 38. Barbosa RM y Arilha M, The Brazilian experience with Cytotec, *Studies in Family Planning*, 1993, 24(4):236–240.
 39. Prada E, Singh S y Villarreal C, Health consequences of unsafe abortion in Colombia, 1989–2008, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2012, 118(Suppl2):S92–S98.
 40. Wilson KS, Garcia SG y Lara D, Misoprostol use and its impact on measuring abortion incidence and morbidity, en: Singh S, Remez L y Tartaglione A, eds., *Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review*, Nueva York: Guttmacher Institute; y Paris: International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), 2010, pp. 191–204.
 41. Lara D et al., How often and under which circumstances do Mexican pharmacy vendors recommend misoprostol to induce an abortion?, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2011, 37(2):75–83.
 42. Faúndes A et al., Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2007, 99(Suppl2):S172–S177.
 43. Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, *Manual de procedimientos para la interrupción legal del embarazo en las unidades médicas*, Ciudad de México: Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2008, <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/transparencia_portal/art14frac1/manualile.pdf>, consultado el 21 de febrero de 2013.
 44. Asamblea Legislativa del Distrito Federal, Decreto por el que se reforma el código penal para el Distrito Federal y se adiciona la ley de salud para el Distrito Federal, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, décima séptima época, 26 de abril de 2007, No. 70, <http://www.consejeria.df.gob.mx/uploads/gacetas/abril07_26_70.pdf>, consultado el 21 de febrero de 2013.
 45. Asamblea Legislativa del Distrito Federal, Acuerdo que reforma, adiciona y deroga diversos puntos de la Circular/gdf-ssdf/01/06 que contiene los lineamientos generales de organización y operación de los servicios de salud relacionados con la interrupción del embarazo en el Distrito Federal, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, décima séptima época, 4 de mayo de 2007, No. 75, <http://www.consejeria.df.gob.mx/uploads/gacetas/mayo07_04_75.pdf>, consultado el 21 de febrero de 2013.
 46. El programa de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México: “una isla de libertades”, Ciudad de México: Secretaría de Salud del Distrito Federal, borrador interno, 2012.
 47. Secretaría de Salud del Distrito Federal, *Agenda Estadística 2011*, Ciudad de México: Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2012, Cuadro 7.4.
 48. Secretaría de Salud del Distrito Federal, *Agenda Estadística 2009*, Ciudad de México: Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2010, Cuadro 7.5.
 49. Mondragón y Kalb M et al., Patient characteristics and service trends following abortion legalization in Mexico City, 2007–10, *Studies in Family Planning*, 2011, 42(3):159–166.
 50. van Dijk MG et al., Women’s experiences with legal abortion in Mexico City: a qualitative study, *Studies in Family Planning*, 2011, 42(3):167–174.
 51. Díaz Olavarrieta et al., Women’s experiences of and perspectives on abortion at public facilities in Mexico City three years following decriminalization, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2012, 118(Suppl1):S15–S20.
 52. Becker D y Olavarrieta CD, Decriminalization of abortion in Mexico City: the effects on women’s reproductive rights, *American Journal of Public Health*, 2013, 103(4):590–593.
 53. OMS, *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, sexta edición, Ginebra: OMS, 2011.
 54. Adler A et al., Quantifying the global burden of morbidity due to unsafe abortion: magnitude in hospital-based studies and methodological issues, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2012, 118(Suppl2):S65–S77.
 55. Jones R y Kooistra K, Abortion incidence and access to services in the United States, 2008, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2011, 43(1):41–50.
 56. Servicio de Administración Tributaria (SAT), Salarios mínimos 2007, vigentes a partir del 1 de enero de 2007, establecidos por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, <http://www.sat.gob.mx/sitio_internet/asistencia_contribuyente/informacion_frecuente/salarios_minimos/45_8966.html>, consultado el 15 de noviembre de 2012.
 57. Philip NM et al., A consensus regimen for early abortion with misoprostol, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2004, 87(3):281–283.
 58. Billings D, Misoprostol alone for early medical abortion in a Latin American clinic setting, *Reproductive Health Matters*, 2004, 12(24 Suppl):57–64.
 59. Jain JK et al., A prospective, randomized, double-blinded, placebo-controlled trial comparing mifepristone and vaginal misoprostol to vaginal misoprostol alone for elective termination of early pregnancy, *Human Reproduction*, 2002, 17(6):1477–1482.
 60. Prada E et al., *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2011.
 61. Schiavon R et al., Comparative analysis of abortion hospitalizations in the public health sector in Mexico City, before and after the legislative change, ponencia presentada en la XXVI IUSSP International Population Conference, Marrakech, Marruecos, el 28 de septiembre de 2009, <<http://iussp2009.princeton.edu/papers/90790>>, consultado el 21 de febrero de 2013.
 62. McMurtrie S et al., Public opinion about abortion related stigma among Mexican Catholics and implications for unsafe abortion, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2012, 118(Suppl2):S160–S166.
 63. Vlassoff M et al., Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges, *IDS Research Report*, 2008, No. 59, <<http://www.ids.ac.uk/files/dmfile/RR59.pdf>>, consultado el 5 de agosto de 2011.
 64. Levin C et al., Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation, *Reproductive Health Matters*, 2009, 17(33):120–132.
 65. Tabulaciones especiales de datos de Darroch J y Singh S, *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health—Estimation Methodology*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2011.
 66. Singh S y Darroch J, *Adding It Up: Costs and Benefits*

of *Contraceptive Services—Estimates for 2012*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2012.

67. Guttmacher Institute, tabulaciones especiales de datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 2009.

68. Guttmacher Institute, tabulaciones especiales de datos recopilados en la aplicación en México del Método de estimación de aborto por complicaciones (AICM por sus siglas en inglés) de 2009.

69. Juárez F, Las desigualdades en la incidencia del aborto inducido en México, ponencia presentada en la quinta sesión de Diálogos y Reflexiones sobre Población, Ciudad y Medio Ambiente 2012, El Colegio de México, Ciudad de México, 9 de noviembre de 2012.

70. Singh S y Wulf D, Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1994, pp. 3–13.

71. Sedgh G et al., Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008, *Lancet*, 2012, 379(9816):625–632.

72. Singh S et al., The estimated incidence of induced abortion in Ethiopia, 2008, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2010, 36(1):16–25.

73. Sedgh G et al., Estimating abortion incidence in Burkina Faso using two methodologies, *Studies in Family Planning*, 2011, 42(3):147–154.

74. Basinga P et al., Abortion incidence and postabortion care in Rwanda, *Studies in Family Planning*, 2012, 43(1):11–20.

75. Angulo V y Guendelman S, Crossing the border for abortion services: the Tijuana–San Diego connection, *Health Care for Women International*, 2002, 23(6–7):642–653.

76. Dirección General de Planificación Familiar, *Encuesta Nacional Sobre Fecundidad y Salud, 1987*, México, Ciudad de México: Secretaría de Salud; y Columbia, MD, EEUU: Insitute for Resource Development/Macro Systems, 1989.

77. CONAPO, Principales indicadores de salud reproductiva, ENADID 2009, última modificación 13 de abril de 2012, <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Principales_indicadores_de_Salud_Reproductiva_2009>, consultado el 21 de febrero de 2013.

78. Viramontes RR y Castillo MS, El descenso de la fecundidad en México, 1974–2009: a 35 años de la puesta en marcha de la nueva política de población, en: CONAPO, ed., *La situación demográfica de México 2009*, Ciudad de México: CONAPO, 2009, pp. 23–38.

79. CONAPO, *Proyecciones 1970–2030*, Ciudad de México: CONAPO, 2006.

80. INEGI y CONAPO, *ENADID 2009, Metodología y tabulados básicos*, Aguascalientes, México: INEGI, 2010, Cuadro 5.6.7.

81. Trussell J, Contraceptive Efficacy, en: Hatcher RA et al., eds., *Contraceptive Technology*, edición 20, Nueva York: Ardent Media, 2011.

82. Kost K et al., Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth, *Contraception*, 2008, 77(1):10–21.

83. Quilodrán J, Hacia un modelo nuevo de nupcialidad, en García B y Ordorica M, coordinadores, *Los grandes problemas de México, Tomo I: Población*, Ciudad de México: El Colegio de México, 2010, pp. 173–212.

84. Szasz I, Relaciones de género y desigualdad socioeconómica en la construcción social de las normas sobre la sexualidad en México, en: Szasz I y Lerner S, coordinadoras, *Salud reproductiva y condiciones de vida en México, Tomo 1*, Ciudad de México: El Colegio de México, 2008, pp. 429–475.

85. Stern C, Estereotipos de género, relaciones sexuales y embarazo adolescente en las vidas de jóvenes de diferentes contextos socioculturales en México, *Estudios Sociológicos*, 2007, 25(73):105–129.

86. Menkes C, Prácticas sexuales de hombres y mujeres adolescentes en México desde la perspectiva de una salud reproductiva, disertación de doctorado no publicada, Cuernavaca, México: Centro de Investigación y Docencia en Humanidades del Estado de Morelos, 2009.

87. Villaseñor M, Qué sabemos de la perspectiva que los adolescentes tienen sobre la sexualidad y la educación sexual, en: Stern C, coordinador, *Adolescentes en México: investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*, Ciudad de México: El Colegio de México y Population Council, 2008, pp. 73–114.

88. Cleland J et al., Monitoring sexual behaviour in general populations: a synthesis of lessons of the past decade, *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80(Suppl2):ii1–ii7.

89. Langhuag LF, Sherr L y Cowan FM, How to improve the validity of sexual behaviour reporting: systematic review of questionnaire delivery modes in developing countries, *Tropical Medicine & International Health*, 2010, 15(3):362–381.

90. Blanc A et al., Health: Sexual and reproductive health behavior, en: Lloyd C, ed., *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*, Washington, DC: National Academies Press, 2005, pp. 194–218.

91. Khan S y Mishra V, Youth reproductive and sexual health, *DHS Comparative Reports*, Calverton, MD, EEUU: Macro International, 2008, No. 19.

92. Monteith RS, Stupp PW y McCracken SD, *Reproductive, Maternal, and Child Health in Central America: Trends and Challenges Facing Women and Children*, Atlanta, GA, EEUU: Centers for Disease Control and Prevention, 2005.

93. Beltrán F, Panorama de los servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes, en: Stern C, coordinador, *Adolescentes en México: investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*, Ciudad de México: El Colegio de México y Population Council, 2008, pp. 361–366.

94. Marston C y Cleland J, Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence, *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(1):6–13.

95. Deschner C y Cohen S, Contraceptive use is key to reducing abortion worldwide, *The Guttmacher Report on Public Policy*, 2003, 6(4):7–10.

96. Menkes C y Mojarro O, Preferencias reproductivas en el último tramo de la transición demográfica en México, en: CONAPO, ed., *La situación demográfica de México 2006*, Ciudad de México: CONAPO, 2006, pp. 66–73.

97. Mendoza D, Hernández M y Valencia J, Perfil de la salud reproductiva de la República Mexicana, en: CONAPO, ed., *La situación demográfica de México 2011*, Ciudad de México: CONAPO, 2011, pp. 41–63.

98. Secretaría de Salud, *Norma Oficial Mexicana Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres, NOM-046*, Ciudad de México: Secretaría de Salud, 2009.

99. Hernández E, Medios de comunicación, sexualidad y juventud, en: Stern C, coordinador, *Adolescentes en México: investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*, Ciudad de México: El Colegio de México y Population Council, 2008, pp. 193–210.

100. Billings D et al., Scaling up a public health innovation: a comparative study of post-abortion care in Bolivia and Mexico, *Social Science & Medicine*, 2007, 64(11):2210–2222.

101. Secretaría de Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Organización Panamericana de la Salud, *Certificación Internacional del Programa Arranque Parejo en la Vida: Informe Ejecutivo*, Ciudad de México: Secretaría de Salud y UNFPA, 2006.

Recuadro del CAPÍTULO 1:

Fuentes de datos

1. SINAIS, cubos dinámicos, 2000 a 2009, base de datos de morbilidad del sector salud y Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, <<http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>>, consultado el 15 de noviembre de 2012.
2. SINAIS, *Boletín de Información Estadística, Volumen III, Servicios Otorgados y Programas Sustantivos*, Números 20 de 2000 a 29 de 2009, <<http://www.sinais.salud.gob.mx/publicaciones>>, consultado el 15 de noviembre de 2012.
3. SINAIS, Cubos dinámicos, 2000 a 2009, base de datos de urgencias, Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, <<http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>>, consultado el 15 de noviembre de 2012.
4. Juárez F y Singh S, Incidencia del aborto inducido por edad y estado, México, 2009: nuevas estimaciones usando una metodología modificada, *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, número especial de 2013, pp. 25–35.
5. Mendoza D et al., La necesidad insatisfecha de anticonceptivos en adolescentes: análisis de sus niveles, tendencias y componentes, en: CONAPO, ed., *La situación demográfica de México 2010*, Ciudad de México: CONAPO, 2010, pp. 25–36.
6. Mendoza D, Planificación familiar: logros en la última década y retos futuros, en: CONAPO, ed., *La situación demográfica de México 2006*, Ciudad de México: CONAPO, 2006, pp. 49–64.
7. Partida V, *Proyecciones de la población de México, de las entidades federativas, de los municipios y de las localidades 2005–2050* (documento metodológico), Ciudad de México: CONAPO, 2008.
8. CONAPO, Proyecciones de la población de México 2005–2050, <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/De_la_poblacion_de_Mexico_2005-2050>, consultado el 15 de noviembre de 2012.
9. CONAPO, *Índices de marginación, 2005*, Ciudad de México: CONAPO, 2006.

Recuadro del CAPÍTULO 2:

Leyes de aborto en México

1. Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), Legislación estatal, <https://www.gire.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=409&Itemid=1154&lang=es>, consultado el 21 de febrero de 2013.
2. Asamblea Legislativa del Distrito Federal, Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Código penal para el Distrito Federal y del código de procedimientos penales para el Distrito Federal, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, décima época, 24 de agosto de 2000, No. 148, <http://www.consejeria.df.gob.mx/uploads/gacetitas/2000_agosto_24_148.pdf>, consultado el 21 de febrero de 2013.
3. GIRE, *El proceso de despenalización del aborto en la Ciudad de México*, Ciudad de México: GIRE, 2008.
4. GIRE, *Constitucionalidad de la ley sobre aborto en la Ciudad de México*, Ciudad de México: GIRE, 2009.
5. Schiavon R et al., Characteristics of private abortion services in Mexico City after legalization, *Reproductive Health*

Matters, 2010, 18(36):127–135.

6. GIRE, Reformas aprobadas a las constituciones estatales que protegen la vida desde la concepción/fecundación 2008–2011, sitio Web, actualización del 27 de julio de 2012, <https://www.gire.org.mx/images/stories/ley/ReformasAbortoConstitucion_270712.pdf>, consultado el 21 de febrero de 2013.
7. GIRE, Iniciativas para proteger la vida desde la concepción/fecundación 2009–2011, sitio Web, actualización del 27 de julio de 2012, <http://www.gire.org.mx/images/storeis/ley/Iniciativas_ProteccionVida_270712.pdf>, consultado el 21 de febrero de 2013.

Recuadro del CAPÍTULO 4:

Metodología para estimar la incidencia del aborto inducido

1. Singh S, Prada E y Juárez F, The abortion incidence complications method: a quantitative technique, en: Singh S, Remez L y Tartaglione A, eds., *Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review*, Nueva York: Guttmacher Institute; y París: IUSSP, 2010, pp. 71–97.
2. Juárez F et al., Estimaciones del aborto inducido en México: ¿qué ha cambiado entre 1990 y 2006?, *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, número especial de 2009, pp. 4–14.
3. Singh S y Wulf D, Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1994, pp. 3–13.
4. Juárez F y Singh S, Incidencia del aborto inducido por edad y estado, México, 2009: nuevas estimaciones usando una metodología modificada, *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, número especial de 2013, pp. 25–35.
5. Schiavon R, Troncoso E y Polo G, Use of health system data to study morbidity related to pregnancy loss, en: Singh S, Remez L y Tartaglione A, eds., *Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review*, Nueva York: Guttmacher Institute; y París: IUSSP, 2010, pp. 147–163.
6. Bongaarts J y Potter R, *Fertility, biology and behavior: an analysis of the proximate determinants*, Nueva York: Academic Press, 1983.
7. GIRE, *El proceso de despenalización del aborto en la Ciudad de México*, Ciudad de México: GIRE, 2008.
8. Guttmacher Institute, *Making Abortion Services Accessible in the Wake of Legal Reforms: a Framework and Six Case Studies*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2012.
9. Juárez F et al., Apéndice: Estimaciones del aborto inducido en México: ¿qué ha cambiado entre 1990 y 2006?, *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, número especial de 2009, pp. 4–14, <<http://www.guttmacher.org/pubs/ipsrh/appendix/3404sp.pdf>>, consultado el 21 de febrero de 2013.
10. Jones RK y Kost K, Underreporting of induced and spontaneous abortion in the United States: an analysis of the 2002 National Survey of Family Growth, *Studies in Family Planning*, 38(3)187–197, 2007.

Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias está disponible sin costo alguno para lectores en los países en desarrollo. Los residentes de los otros países pueden adquirirlo por \$20. Pueden solicitarse descuentos según el volumen del envío. Para comprar en línea y descargar el informe en formato pdf, visite www.guttmacher.org.

©2013 Guttmacher Institute, una corporación sin ánimo de lucro dedicada al avance de la salud y los derechos sexuales y reproductivos a través de actividades de investigación, análisis de políticas y educación al público relacionadas entre sí, diseñadas con el fin de generar nuevas ideas, estimular el debate público informado, y promover el desarrollo de políticas y programas bien fundamentados. Todos los derechos, incluyendo la traducción a otros idiomas, se han reservado en virtud de la Convención Universal sobre Derechos de Autor, la Convención de Berna para la Protección de Obras Literarias y Artísticas, y las Convenciones Interamericanas y Panamericanas de Derechos de Autor (Ciudad de México y Buenos Aires). Es posible solicitar que se cedan los derechos de traducción de la información presentada en el informe.

ISBN: 978-1-934387-12-2

Cita sugerida: Juárez F et al., *Embarazo no planeado y aborto inducido en México: causas y consecuencias*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2013.

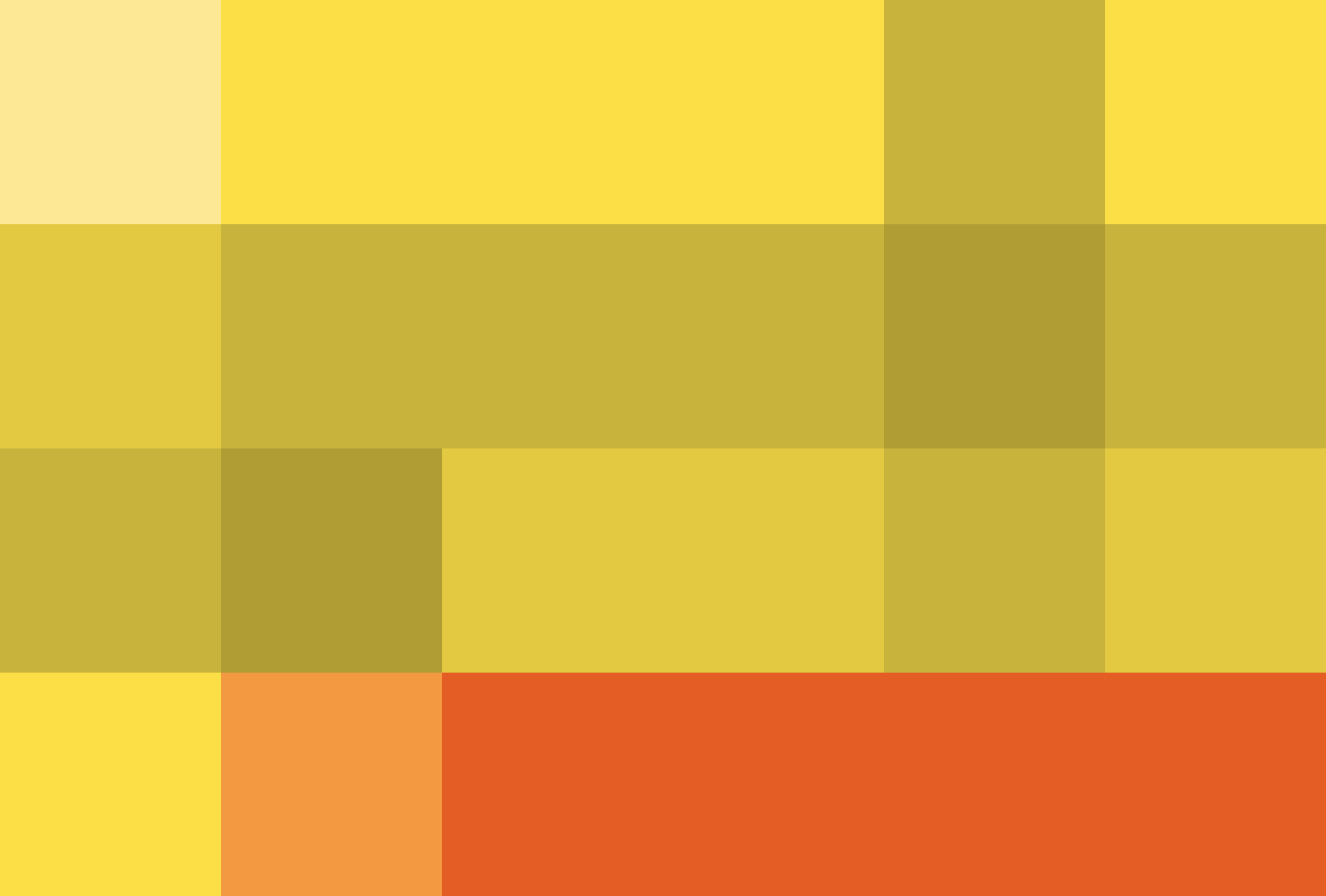
Guttmacher Institute
125 Maiden Lane, 7th Floor
New York, NY 10038 USA
Telephone: 212-248-1111
Fax: 212-248-1951
Email: info@guttmacher.org

1301 Connecticut Avenue N.W., Suite 700
Washington, D.C. 20036 USA

www.guttmacher.org

El Colegio de México, A.C.
Camino al Ajusco 20
Pedregal de Santa Teresa
10740 México, D.F.

www.colmex.mx



C EL COLEGIO
M DE MÉXICO