

Datos sobre el aborto en América Latina y el Caribe

INCIDENCIA DEL ABORTO

- El número estimado de abortos que ocurren anualmente en América Latina aumentó ligeramente entre 2003 y 2008, de 4.1 millones a 4.4 millones.
- La tasa anual de aborto se mantuvo estable entre 2003 y 2008, permaneciendo en 31–32 abortos por 1,000 mujeres en edades de 15–44 años.
- De los 4.4 millones de abortos realizados en la región en 2008, el 95% fueron inseguros.* En el Caribe, 46% de los abortos fueron inseguros, tal y como fueron casi todos los abortos en América Central y América del Sur. En 2008, la tasa anual estimada de aborto inseguro para la región en su conjunto fue de 31 abortos por cada 1,000 mujeres en edades de 15–44 años; la tasa de procedimientos seguros fue menos de dos por 1,000 mujeres. La tasa de aborto seguro refleja el pequeño número de abortos que ocurrieron en Colombia y la Ciudad de México como resultado de cambios en las leyes de aborto.^{1,2}
- La tasa de aborto para 2008 varió por subregión, de 29 por 1,000 mujeres en América Central (incluyendo México) a 32

*En este informe, los abortos se clasifican como seguros o inseguros usando las definiciones estándar de la Organización Mundial de la Salud. Un aborto inseguro o clandestino es un procedimiento para terminar un embarazo no planeado llevado a cabo por personas carentes de las habilidades necesarias o en un entorno que no se ajusta a los estándares médicos mínimos, o ambos.

†El término “aborto con medicamentos” se refiere a la terminación del embarazo por medio de un medicamento en vez de una intervención quirúrgica. La mifepristona (también conocida como RU 486) y el misoprostol son usados, frecuentemente de forma combinada, para producir un resultado que se asemeja mucho a un aborto espontáneo.

por 1,000 en América del Sur y 39 por 1,000 en el Caribe.

PROVEEDORES DE ABORTOS CLANDESTINOS

• Según encuestas realizadas a profesionales de la salud conocedores del tema en Colombia, Guatemala, México y Perú, las mujeres que buscan abortos comúnmente recurren ya sea a proveedores tradicionales muchos de los cuales emplean técnicas inseguras, o a médicos o enfermeras, que generalmente proveen servicios más seguros. Algunas mujeres tratan de autoinducirse el aborto usando ya sea métodos muy peligrosos, o medicamentos comprados a farmacéuticos u otros proveedores para inducir el aborto.

- El aborto con medicamentos[†], que usualmente se realiza con misoprostol obtenido de una variedad de fuentes, es cada vez más común en toda la región y ha aumentado la seguridad de los procedimientos clandestinos. El uso de este método es particularmente común en Brasil, Colombia, Ecuador, México, Perú y la República Dominicana.
- Las mujeres en desventaja recurren a métodos inseguros y a proveedores inadecuadamente capacitados. Entre las mujeres que han tenido un aborto en Guatemala, la proporción que recurre a comadronas tradicionales es tres veces más alta en mujeres pobres del medio rural que en mujeres urbanas en mejor situación económica (60% vs. 18%).

Legalidad del aborto en 2015

Los países y territorios en América Latina y el Caribe pueden clasificarse en seis categorías, según las causales por las cuales se permite legalmente el aborto.

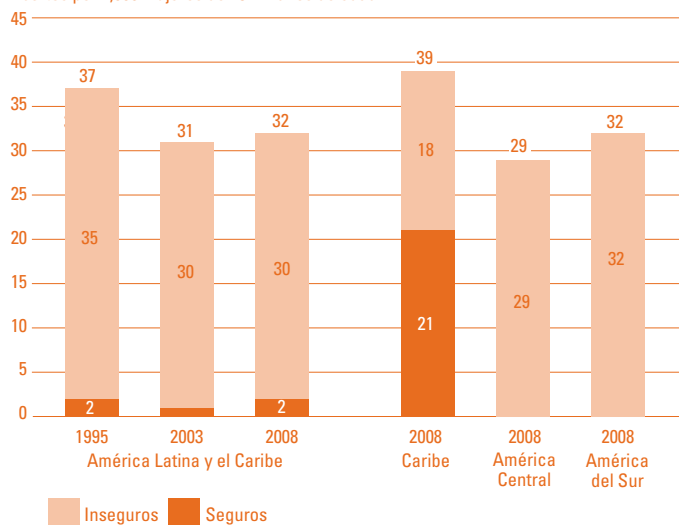
Razón	País o territorio
Prohibido totalmente o sin excepción legal explícita para salvar la vida de la mujer	Chile, El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Surinam
Para salvar la vida de la mujer	Antigua y Barbuda, Brasil (a), Dominica, Guatemala, México (a,d,g), Panamá (a,d,f),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

*Incluye países con leyes que se refieren simplemente a causales de “salud” o “terapéuticas”, las cuales pueden interpretarse más ampliamente que la salud física. Notas: Algunos países también permiten el aborto en casos de (a) violación, (b) violación de una mujer mentalmente discapacitada, (c) incesto o (d) malformación fetal. Algunos países restringen el aborto al requerir (e) autorización del esposo o (f) autorización de los padres. En México (g) la legalidad del aborto se determina a nivel de los estados y la clasificación legal que aquí se presenta refleja la situación para la mayoría de las mujeres. Los países que permiten el aborto por razones socioeconómicas o sin restricción en cuanto a razón tienen límites gestacionales (generalmente el primer trimestre); el aborto puede ser permisible después de la edad gestacional especificada, pero solamente bajo condiciones prescritas. Fuente: Centro de Derechos Reproductivos (CDR), Leyes sobre aborto en el mundo de 2015, Nueva York: CDR, 2015.

Tasas de aborto en América Latina y el Caribe

La tasa de aborto se mantuvo estable entre 2003 y 2008, y tuvo amplias variaciones por subregión en 2008.

Abortos por 1,000 mujeres de 15–44 años de edad



Notas: Conforme a la clasificación de las Naciones Unidas, la definición de América Central incluye a México.

CONSECUENCIAS DEL ABORTO INSEGURO PARA LA SALUD

- En 2014, en América Latina y el Caribe al menos 10% del total de muertes maternas se debió a abortos inseguros.³
- Cerca de 760,000 mujeres en América Latina y el Caribe son hospitalizadas anualmente para ser tratadas por complicaciones derivadas de abortos inseguros.⁴
- Las complicaciones más comunes del aborto inseguro son el aborto incompleto, la pérdida excesiva de sangre y la infección. Las complicaciones menos comunes pero muy serias incluyen el shock séptico, la perforación de órganos internos y la inflamación del peritoneo.
- Debido a que las mujeres pobres y las que viven en el medio rural tienden a depender de los métodos menos seguros y de prestadores de servicios sin capacitación, éstas tienen mayor probabilidad que otras mujeres de sufrir graves complicaciones derivadas del aborto inseguro.

- Se estima que un 10–20% del total de mujeres que tienen abortos necesitan, pero no reciben, atención médica por complicaciones.
- Los servicios de atención postaborto en la región son a menudo de mala calidad. Algunas de las dificultades comunes incluyen el acceso inadecuado, los retrasos en el tratamiento, el uso de métodos inapropiados y actitudes prejuiciosas por parte del personal de las clínicas y los hospitales.

ESTATUS LEGAL DEL ABORTO

- El aborto está totalmente prohibido en siete de los 34 países y territorios de la región (ver cuadro). Está permitido solamente para salvar la vida de la mujer en otros ocho países y territorios, y algunos países permiten el aborto en casos de violación (Brasil, Panamá y algunos estados de México) o por malformación fetal (Panamá y algunos estados de México).
- Solamente en siete países y territorios el aborto es legal en términos amplios—i.e., permitido ya sea sin restricción

o por razones socioeconómicas. En conjunto, estos países representan menos del 3% de las mujeres en edades de 15–44 años en la región.

- El 97% restante de las mujeres en edad reproductiva en la región viven en países en donde la ley de aborto es altamente restrictiva.
- La oposición a la reforma de la ley de aborto constituye una fuerza importante en la región. Por ejemplo, en reacción a la ley de la Ciudad de México que expande el acceso al aborto, 13 de los 31 estados de México han enmendado sus constituciones para definir el comienzo de la vida en el momento de la concepción.

RECOMENDACIONES

- Debido a que el uso de anticonceptivos es la forma más segura de prevenir el embarazo no planeado y reducir la necesidad del aborto, deben establecerse y fortalecerse los programas y políticas que mejoren el conocimiento, acceso y uso de métodos anticonceptivos en mujeres y hombres.
- Para ayudar a reducir los altos niveles de morbilidad y mortalidad que resultan del aborto inseguro, la provisión de atención postaborto debe mejorarse y expandirse.
- Las causales para el aborto legal en la región deben ampliarse para reducir la necesidad que tienen las mujeres de recurrir a procedimientos clandestinos.
- Para hacer frente a las tasas desproporcionadamente altas de morbilidad y mortalidad derivadas del aborto inseguro en mujeres pobres y del medio rural, el acceso a la planificación familiar y a la atención postaborto debe hacerse más equitativo.

A menos que se indique de otra forma, la información contenida en esta hoja informativa proviene de Sedgh G et al., *Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008*, *Lancet*, 2012, 379(9816):625–632 y Singh S et al., *Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2009.

REFERENCIAS

1. Mondragón y Kalb M et al., Patient characteristics and service trends following abortion legalization in Meico City, 2007–2010, *Studies in Family Planning*, 2011, 42(3):159–166.
2. Prada E et al., Induced abortion in Colombia: new estimates and change between 1989 and 2008, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2011, 37(3):114–124.
3. Datos no publicados de Singh S et al., *Haciendo cuentas: Costos y beneficios de invertir en salud sexual y reproductiva 2014*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2014.
4. Singh S et al., Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries, *BJOG*, 2015, doi:10.1111/1471-0528.13552.



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

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

Washington DC
1301 Connecticut Ave. NW,
Suite 700
Washington, DC 20036
Tel: 202.296.4012
policyinfo@guttmacher.org

www.guttmacher.org