GUTTMACHER INSTITUTE

Aborto a nivel mundial:

Una década de progreso desigual

Este informe ha sido archivado. Las estimaciones recientes se pueden encontrar en: **https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial**

Aborto a nivel mundial: Una década de progreso desigual puede adquirirse gratuitamente solicitándola en www.ippfwhr.org

Aborto a nivel mundial: Una década de progreso desigual se encuentra disponible en el sitio web www.guttmacher.org. y en www.ippfwhr.org

©2009 Guttmacher Institute, una corporación sin fines de lucro dedicada al progreso en el área de salud sexual y reproductiva en el mundo a través de la investigación, el análisis de políticas y la educación pública. 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 (México D.F. y Buenos Aires). Es posible solicitar que se cedan los derechos de traducción de la información contenida en este informe.

ISBN: 978-1-934387-05-4

Cita sugerida: Singh S et al., Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress, New York: Guttmacher Institute, 2009.

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 NW, Suite 700
Washington, DC 20036 USA

www.guttmacher.org

Federación Internacional de Planificación de la Familia/
Región del Hemisferio Occidental
120 Wall Street, 9th Floor
New York, NY 10005 USA
Telephone: 212-248-6400
Fax: 212-248-4221
Email: info@ippfwhr.org

www.ippfwhr.org

Diseño: © Emerson, Wajdowicz Studios/NYC/www.designEWS.com
Coordinación de producción: Jocelyn Ban, IPPF/RHO
Traducción al español: María Eugenia Sánchez
Edición: Marcela Rueda, IPPF/RHO y Mariel López Mota
Fotos: Pedro Meyer, Chloe Hall, Jenny Matthews, Crispin Rodwell and John Spaull.
Diagramación: Matilde Rosero

Aborto a nivel mundial:
Una década de progreso desigual

Susheela Singh
Deirdre Wulf
Rubina Hussain
Akinrinola Bankole
Gilda Sedgh

GUTTMACHER
INSTITUTE

Agradecimientos

Aborto a nivel mundial: una década de progreso desigual fue escrito por Susheela Singh, Rubina Hussain, Akinrinola Bankole y Gilda Sedgh, todos del Guttmacher Institute, y Deirdre Wulf, consultora independiente. El informe fue editado por Peter Doskoch y revisado por Haley Ball; Kathleen Randall supervisó la producción.

Los autores agradecen a los siguientes colegas por sus comentarios y ayuda en el desarrollo de este informe: Elena Prada y Michael Vlassoff, por la revisión de la bibliografía; Alison Gemmill, por su asistencia en el área de investigación a lo largo del proyecto; y Ann Biddlecom, Sharon Camp, Susan A. Cohen, Leila Darabi, Patricia Donovan, Stanley K. Henshaw, Ann Moore, Cory L. Richards y Gustavo Suárez, por su revisión de los borradores del informe. Un agradecimiento especial va dirigido a Jacqueline E. Darroch y Stanley Henshaw por su asistencia en la interpretación de los datos y a Evert Ketting, quien proporcionó datos de varios países europeos. Todos son colaboradores del Guttmacher Institute, con excepción de Elena Prada y Evert Ketting, ambos consultores independientes.

Los autores agradecen a los siguientes colegas—quienes revisaron el manuscrito en su totalidad—por sus sugerencias y consejos: Elisabeth Åhman y Iqbal Shah, Organización Mundial de la Salud (Suiza); Paschal Awah, Janie Benson, Eunice Brookman-Amissah y Merrill Wolf, Ipas (Estados Unidos, Camerún y Kenia); Hedia Belhadj, Fondo de Población de las Naciones Unidas (Estados Unidos); Kelly Blanchard, Ibis Reproductive Health (Ibis Salud Reproductiva), (Estados Unidos); Reed Boland, Harvard School of Public Health (Facultad de Salud Pública de la Universidad de Harvard), (Estados Unidos); Tania Boler, Marie Stopes International (Reino Unido); Luisa Cabal and Laura Katzive, Centro de Derechos Reproductivos (Estados Unidos); Giselle Carino y Carrie Tatum, Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (IPPF/WHR por sus siglas en inglés), (Estados Unidos); Rebecca Cook, Universidad de Toronto (Canadá); Junice L. Demeterio-Melgar, Likhaan (Filipinas); Teresa DePiñeres, Universidad de California, San Francisco, y Fundación Oriéntame y Fundación Educación para la Salud Reproductiva (Estados Unidos y Colombia); Fariyal Fikree y Rhonda Smith, Population Reference Bureau (Organización especializada en temas de población, salud y medio ambiente), (Estados Unidos); Beth Fredrick, quien fue colaborador de la International Women´s Health Coalition (Coalición Internacional para la Salud de las Mujeres), (Estados Unidos); Aurélie Gal y Serge Rabier, Équilibres et Populations (Francia); Sandra Garcia, Population Council (Consejo de Población), (México); Agnès Guillaume, Institut National d'Études Démographiques –Instituto de Investigación para el Desarrollo (IRD por su sigla en francés), (Francia); Ana Langer, EngenderHealth (Organización del ámbito de la salud reproductiva), (Estados Unidos); Katarina Lindahl, Lars Olsson, Christina Rogala y Ann Svensén, Asociación Sueca para la Educación Sexual (RFSU por su sigla en sueco), (Suecia); Roland Edgar Mhlanga, Nelson Mandela Shool of Medicine (Facultad de Medicina Nelson Mandela), (Sudáfrica); Joana Nerquaye-Tetteh, Planned Parenthood Association of Ghana (Asociación de Planificación de la Familia de Ghana), (ex colaboradora, ahora retirada; Ghana); Friday Okonofua, Women´s Health Action and Resource Centre (Centro de acción y Recursos para la Salud de las Mujeres), (Nigeria); Boniface Oye-Adeniran, Campaign Against Unwanted Pregnancy (Campaña Contra el Embarazo no Deseado), (Nigeria); Ndola Prata, Universidad de California, Berkeley (Estados Unidos); Clémentine Rossier, Institut National d'Études Démographiques (Francia) e Institut Supérieur des Sciences de la Population (Burkina Faso); Florina Serbanescu, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por su sigla en inglés), (Estados Unidos); Mary Shallenberger, American Leadership Forum (Foro de Liderazgo de los EE.UU.), (Estados Unidos); Iwu Utomo, Universidad Nacional Australiana (ANU por su sigla en inglés), (Indonesia y Australia); y Beverly Winikoff, Gynuity (Estados Unidos).

El Guttmacher Institute reconoce con especial agradecimiento el apoyo que recibe por parte de individuos y fundaciones—incluyendo las subvenciones principales otorgadas por las siguientes fundaciones: William and Flora Hewlett, David and Lucille Packard, Ford y otras. Este apoyo constituye el pilar sobre el que se sustenta todo su trabajo.

Índice

Resumen ejecutivo	**4**
Capítulo 1: Aborto a nivel mundial: ¿Qué ha cambiado?	**7**
Capítulo 2: Las mujeres alrededor del mundo viven bajo leyes y servicios de aborto muy diferentes	**11**
Capítulo 3: Las tasas de aborto han disminuido, pero las tasas de aborto inseguro no muestran la misma tendencia	**19**
Capítulo 4: Los servicios de aborto seguro se prestan bajo distintas modalidades	**24**
Capítulo 5: Leyes restrictivas y aborto inseguro	**31**
Capítulo 6: La atención post-aborto de calidad puede reducir los efectos perjudiciales del aborto inseguro	**37**
Capítulo 7: La prevención del embarazo no planeado es fundamental para reducir el aborto	**45**
Capítulo 8: Conclusiones y recomendaciones	**53**
Cuadros del Apéndice	**60**
Apéndice de datos y métodos	**66**
Referencias	**70**

Resumen ejecutivo

Este informe evalúa el progreso alcanzado durante la última década en relación a la legalidad, seguridad y acceso a los servicios de aborto a nivel mundial. Expone, de manera resumida, la evolución de las políticas en esta área y aporta evidencias sobre las tendencias recientes en la incidencia del aborto, poniendo énfasis en el aborto inseguro. Analiza, asimismo, la relación entre embarazo no planeado, anticoncepción y aborto, situando a este último en el contexto más amplio de la vida reproductiva de la mujer.

En los últimos años han surgido tendencias positivas

Los cambios relevantes a nivel global, registrados durante la década pasada, tienen una gran implicancia tanto en los niveles y la seguridad del aborto como en los niveles de embarazo no planeado, que constituye la causa principal del aborto.

- El uso de anticonceptivos, que reducen los niveles de embarazo no planeado, se ha incrementado en muchas partes del mundo, particularmente en América Latina y Asia.
- Ha aumentado el uso de la aspiración manual endouterina (AMEU) y del aborto con medicamentos para interrumpir embarazos no deseados y para tratar el aborto inseguro.
- Un número de países en los cuales las leyes de aborto eran altamente restrictivas a mediados de la década del noventa, han liberalizado sus leyes.
- En muchos países en desarrollo en los cuales el aborto está legalmente restringido, paradójicamente el acceso al aborto seguro parecería estar aumentando, sobre todo en mujeres que tienen una mejor situación económica.

A pesar de que algunos países han liberalizado sus leyes, el aborto continúa estando sumamente restringido

Desde 1997, 22 países o áreas administrativas dentro de los países han modificado sus leyes de aborto; en 19 casos, se ampliaron los criterios bajo los cuales está permitido el aborto, y en tres casos se redujeron los criterios. De todos modos, el aborto continúa estando sumamente restringido, especialmente en África subsahariana y en América Latina.

- A nivel global, el 40% de las mujeres en edad reproductiva (15–44) vive en países con leyes altamente restrictivas (en los cuales el aborto está totalmente prohibido, o permitido únicamente para salvar la vida de la mujer, o proteger su salud física o mental).
- Prácticamente todos los países con leyes sumamente restrictivas son países en desarrollo. Excluyendo a las mujeres de China e India (países altamente poblados cuyas leyes de aborto son liberales), el 86% de las mujeres en edad reproductiva, pertenecientes a países en desarrollo, vive bajo leyes de aborto altamente restrictivas.
- Si bien en algunos países (por ejemplo India y Sudáfrica), el aborto está disponible bajo criterios amplios, el acceso a los servicios prestados por personal calificado es desigual.

Las tasas de aborto han disminuido a nivel mundial

La tasa global de aborto disminuyó entre 1995 y 2003. Esto se debe, mayormente, a la disminución en los niveles

de aborto seguro, particularmente en Europa del Este.

- El número de abortos en el mundo descendió de una cifra estimada de 45,5 millones en 1995 a 41.6 millones en 2003. Durante este período, el número de abortos inseguros se modificó muy levemente—pasando de 19,9 millones a 19,7 millones—y casi todos estos cambios ocurrieron en países en desarrollo.

- La tasa de abortos seguros descendió de 20 a 15 por 1.000 mujeres de 15-44 años de edad entre 1995 y 2003, mientras que la tasa de abortos inseguros disminuyó apenas un punto—de 15 a 14 por 1.000. La tasa global de abortos disminuyó de 35 a 29 por 1.000.

Las mujeres en países en desarrollo con leyes de aborto restrictivas recurren frecuentemente a prestadores sin capacitación

Una serie de encuestas a profesionales del ámbito de la salud, expertos en la materia, realizadas en países en desarrollo con leyes de aborto muy restrictivas, arroja la siguiente información sobre las circunstancias en torno a las cuales tienen lugar los abortos inseguros.

- Las mujeres que buscan un aborto clandestino comúnmente recurren a practicantes de la medicina tradicional (muchos de los cuales utilizan técnicas poco seguras), o a médicos o enfermeras/os (quienes pueden no estar adecuadamente capacitados). Algunas mujeres tratan de inducirse ellas mismas el aborto (utilizando métodos muy peligrosos), o recurren a farmacéuticos u otros proveedores para adquirir medicamentos.

- Las mujeres que viven en zonas rurales y las mujeres pobres son más proclives que las mujeres que están en mejor situación económica a recurrir a practicantes de la medicina tradicional y a métodos poco seguros, y, por lo tanto, corren mayor riesgo de presentar complicaciones de salud. Sin embargo, es poco probable que reciban los servicios de tratamiento post-aborto que necesitan.

- Las complicaciones post-aborto probablemente sean menos graves. La práctica extendida del aborto con medicamentos (en especial el uso del misoprostol) y el aumento en la prestación de servicios de aborto por parte de personal capacitado, entre otros factores, contribuyen a que disminuya la gravedad de estas complicaciones.

Los abortos inseguros imponen una enorme carga en términos económicos y de salud sobre las mujeres y la sociedad

El acceso a servicios de tratamiento post-aborto de calidad continúa siendo escaso en muchos de los países menos desarrollados. Aún cuando estos servicios están disponibles, la distancia, el costo y el estigma normalmente asociados al aborto desalientan a muchas mujeres a solicitar este tipo de servicio.

- Cerca de 70.000 mujeres mueren cada año a causa de los efectos del aborto inseguro—cifra que apenas ha cambiado en 10 años. Se estima que anualmente unas ocho millones de mujeres sufren complicaciones que requieren tratamiento médico, pero sólo cinco millones lo reciben.

- La mayoría de los servicios de tratamiento post-aborto se prestan en establecimientos de salud gubernamentales, lo cual supone un costo muy elevado para los sistemas de salud públicos de los países en desarrollo, que disponen de pocos recursos.

La tasa de embarazos no planeados está descendiendo a medida que aumenta el uso de anticonceptivos

El nivel de uso efectivo de los anticonceptivos es el principal factor que incide de manera directa en el número de embarazos no planeados.

- En 2008, la tasa global de embarazos no planeados descendió de 69 a 55 por 1.000 mujeres de 15 a 44 años de edad. Este descenso fue mayor en los países más desarrollados.

- A nivel global, la proporción de mujeres casadas que utilizan anticonceptivos aumentó, pasando de 54% en 1990 a 63% en 2003.

- El uso de anticonceptivos también aumentó entre las mujeres jóvenes, sexualmente activas, no casadas, en muchos países en desarrollo.

Todavía quedan algunos desafíos importantes

Aún existen muchos obstáculos para el aborto seguro y legal, y para que la anticoncepción y el tratamiento post-aborto sean adecuados.

- Pueden pasar muchos años hasta que se logre la reforma legal. La persistencia de leyes anticuadas, la oposición de autoridades religiosas influyentes, las actividades de grupos contra el derecho a decidir y la reticencia a abordar públicamente asuntos de salud y sexualidad son algunos de los impedimentos para alcanzar la reforma.

- Las barreras procedimentales, económicas, informativas, culturales y de otra índole continúan impidiendo el acceso a los servicios de aborto legal en muchos países en desarrollo.

- El acceso a los servicios de anticoncepción y de post-aborto es frecuentemente inadecuado, en parte debido a la escasez de recursos.

¿Qué debe hacerse para reducir el aborto inseguro y sus consecuencias?

Existen tres formas conocidas para reducir la prevalencia del aborto inseguro y sus consecuencias perjudiciales.

- Ampliar el acceso a los métodos anticonceptivos modernos y efectivos y mejorar la calidad de la información y los servicios de anticoncepción puede ser la estrategia con mayores probabilidades de éxito en el corto plazo, y la que mejor responde a las necesidades de salud de las mujeres a largo plazo.

- Legalizar el aborto y garantizar que todas las mujeres puedan acceder a servicios de aborto seguro cuando lo necesiten, constituyen imperativos urgentes de salud, económicos y morales. El aborto inseguro afecta la salud de millones de mujeres—principalmente de aquellas que viven en situación de pobreza. Las consecuencias del aborto inseguro suponen un gran costo para los sistemas de salud, los cuales normalmente se encuentran sobrecargados (este costo es mayor que el costo que supone prestar servicios orientados a prevenir el embarazo no planeado o servicios de aborto seguro). Y las leyes de aborto restrictivas violan de manera inaceptable los derechos humanos de las mujeres y la ética médica.

- Mejorar la calidad y cobertura de los servicios de tratamiento post- aborto a través del incremento en el uso de los métodos más seguros y efectivos—aspiración manual endouterina y aborto con medicamentos—en establecimientos de primer nivel de atención, permitiría tratar una mayor proporción de los casos de manera segura y reduciría la mortalidad y morbilidad maternas y el costo de los servicios post-aborto.

La reducción de los niveles de embarazo no planeado, haría que disminuya el número de mujeres que recurren al aborto inseguro. A su vez, contribuiría de manera significativa a la supervivencia y salud de las mujeres y niños, al estatus de las mujeres y a la estabilidad financiera de los hogares. Eliminar el aborto inseguro y proporcionar acceso al aborto seguro reduciría las enfermedades, las muertes y los años perdidos en términos de productividad entre las mujeres, evitando el costo económico derivado del tratamiento de las complicaciones de salud. El logro de estos objetivos resultaría en enormes beneficios a nivel individual y social—para las mujeres, sus familias y los países en su conjunto.

Capítulo 1

Aborto a nivel mundial: ¿Qué ha cambiado?

En 1999, el Guttmacher Institute publicó un informe sobre la situación del aborto a nivel global, el cual concluía:

> *[L]os abortos inducidos ocurren en todas partes, en países en los cuales el procedimiento es legal, y también en países en los cuales es considerado ilegal… [L]a gran mayoría de abortos inseguros tiene lugar en el mundo en desarrollo, mayormente en países en los cuales el procedimiento es ilegal, y frecuentemente entre las mujeres más pobres del mundo. Éste último hallazgo debería despertar una gran inquietud. En los lugares donde los servicios de aborto no están disponibles o son de difícil acceso, las mujeres corren serios riesgos de infección, enfermedad, incapacidad y muerte. Y, tal como ocurre en cada uno de los otros aspectos de la salud reproductiva, lo más probable es que las mujeres que mueren o sufren incapacidades de por vida a raíz de un aborto inseguro, sean aquellas que están en situación de pobreza.* [1]

A la luz de ese informe anterior, y habiendo transcurrido 10 años, surge un interrogante apremiante: ¿Se ha logrado algún avance desde fines de la década de los noventa? En particular: ¿Han disminuido los niveles de embarazo no planeado y de aborto?; ¿Ha aumentado el acceso al aborto legal y seguro, y han descendido la mortalidad y la morbilidad derivadas del aborto inseguro*, especialmente entre las mujeres que viven en situación de pobreza en los países pobres (las cuales son demasiado afectadas)?; ¿Han mejorado la calidad y la cobertura del tratamiento post-aborto durante la última década? Este informe actualizado analiza estos y otros interrogantes relacionados.

Tal como se demostrará en el presente informe, desde la elaboración del informe anterior se han producido una serie de cambios globales relevantes, los cuales inciden en gran medida sobre la prevalencia y la seguridad del aborto. El uso de anticonceptivos—un factor clave para la reducción del embarazo no deseado, que constituye la causa de muchos abortos—se ha incrementado en muchas partes del mundo, en especial en América Latina y Asia. A su vez, sería de esperar que el aumento en el uso de técnicas tales como la aspiración manual endouterina y el aborto con medicamentos† para interrumpir los embarazos no deseados mejoraran la seguridad del aborto, derivando en la reducción potencial de la mortalidad y la morbilidad a causa de procedimientos inseguros. Un número de países en los cuales las leyes de aborto eran altamente restrictivas a mediados de la década de los noventa, las han liberalizado desde entonces, generando expectativas sobre el descenso en la cantidad de procedimientos clandestinos. Y en muchos países en desarrollo‡ en los cuales el aborto está legalmente restringido, el acceso al aborto seguro parece estar aumentando, especialmente entre las mujeres del medio urbano, de clase media y alta, que disponen de los medios necesarios para pagar los servicios de médicos particulares. En parte, esta mejora en el acceso puede atribuirse a la utilización creciente del aborto con medicamentos.

*Un aborto inseguro es aquel que es realizado por personas sin la capacitación necesaria, en un entorno que no se ajusta a los estándares médicos mínimos, o ambas circunstancia cuando coinciden (ver cuadro, página 7).

†El término aborto con medicamentos se refiere a la interrupción del embarazo por medio de medicamentos en lugar de por intervención quirúrgica. La mifepristone (RU486), un medicamento que bloquea la acción de la progesterona y el misoprostol, una prostaglandina que produce contracciones del útero, son utilizados a menudo en combinación, para producir un resultado muy parecido a un aborto espontáneo o pérdida (fuente: referencia 76).

‡A los efectos del presente informe, las áreas "desarrolladas" o "más desarrolladas" del mundo son Australia, Nueva Zelanda, Europa, Estados Unidos, Canadá y Japón; las áreas "en desarrollo" o "menos desarrolladas" incluyen África, América Latina y el Caribe, Asia (con excepción de Japón) y Oceanía (con excepción de Australia y Nueva Zelanda).

Otro avance positivo tiene que ver con el hecho de que las organizaciones globales, internacionales y regionales, han continuado con su llamado de atención sobre la importancia de que los servicios de aborto seguro sean ampliamente accesibles en los lugares en donde son legales, y sobre la reducción de la prevalencia del aborto inseguro y su impacto en la mortalidad y morbilidad maternas. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo[2] llevada a cabo en 1994, que constituyó un hito en la historia de la población y el desarrollo, junto con un informe del año 1999 que evalúa su seguimiento[3], instaron a los gobiernos y organizaciones a fortalecer su compromiso con la salud de las mujeres; tratar el aborto inseguro como un asunto de salud pública primordial; garantizar que los servicios de aborto seguro, en los casos en que son legales, sean accesibles a todas las mujeres que los necesiten; prestar servicios de alta calidad para el tratamiento de las complicaciones post-aborto; y garantizar que los servicios de consejería, educación y anticoncepción estén disponibles. El Maputo Plan of Action on Sexual and Reproductive Health and Rights (el Plan de Acción sobre Salud Sexual y Reproductiva y Derechos adoptado en Maputo), que fue promulgado en 2006 por la African Union Commission (secretariado de la Unión Africana), también reconoció la importancia de estos asuntos; una de las cinco estrategias claves del plan establece que se debe abordar la problemática de los altos niveles de aborto inseguro en la región.[4]

Así mismo, mejorar la salud materna fue uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio fijados por las Naciones Unidas en el 2000; los objetivos claves son lograr el acceso universal al tratamiento en materia de salud reproductiva y reducir la mortalidad materna al 75% (desde los niveles de 1990) para el 2015.[5] Los Objetivos de Desarrollo del Milenio destacan que la reducción en la mortalidad materna no puede lograrse sino es abordada de manera exitosa la cuestión del aborto inseguro. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente una de cada ocho muertes maternas ocurre como consecuencia de un aborto inseguro, y que mueren siete mujeres por hora en los países en desarrollo debido a las complicaciones derivadas del aborto inseguro.[6]

Otro indicador importante del progreso logrado durante la década pasada es la publicación de la OMS, en el año 2003, de una serie de estándares y guías internacionales para el tratamiento del aborto seguro.[7] Y en el 2006, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO por su sigla en inglés) estableció que las mujeres deberían tener derecho a métodos de anticoncepción seguros, efectivos y asequibles en cualquier lugar; la

Resulta complejo definir aborto seguro e inseguro

En este informe, los abortos están categorizados como seguros e inseguros de acuerdo a las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS define al aborto inseguro como un procedimiento que tiene el objetivo de interrumpir un embarazo no planeado, y que es realizado por personas sin la capacitación necesaria, en un entorno que no se ajusta a los estándares médicos mínimos, o ambas circunstancias cuando coinciden. [1]

Los estándares médicos y la seguridad del procedimiento varían, dependiendo de si los abortos son realizados dentro o fuera del marco legal vigente. Cuando el procedimiento es realizado dentro de un marco legal—en establecimientos de salud adecuadamente equipados y regulados, por profesionales de la salud especialmente capacitados en aborto—es extremadamente seguro. Sin embargo, si las leyes de aborto de un país no son implementadas de manera equitativa y los recursos necesarios y prestadores capacitados no están disponibles también de manera equitativa para todas las mujeres, algunos procedimientos de aborto pueden ser inseguros, aunque el aborto esté permitido bajo criterios amplios.

Los abortos que tienen lugar por fuera del marco legal frecuentemente son realizados por prestadores sin capacitación ni especialización, o son autoinducidos; este tipo de abortos se realizan normalmente bajo condiciones antihigiénicas e involucran métodos peligrosos o la administración incorrecta de medicamentos. Aún cuando sea realizado por un profesional médico, pero fuera del marco legal, un aborto clandestino conlleva generalmente riesgo adicional: en caso de emergencia, es posible que no esté disponible de inmediato un equipo médico que dé respaldo, y si ocurren complicaciones, la mujer puede dudar sobre si buscar ayuda. Por lo tanto, el riesgo de aborto inseguro varía no sólo de acuerdo a las habilidades del prestador y el método utilizado, sino que también está vinculado a la aplicación de la ley en la práctica. [2,3]

Una taxonomía alternativa para aborto seguro e inseguro sería legal e ilegal. Esta última terminología fue utilizada en el informe anterior del Guttmacher sobre el aborto. De todas formas, ninguna taxonomía proporciona una descripción clara de la situación real. El término "clandestino" también es problemático, dado que la interrupción de un embarazo puede realizarse de modo secreto y violando la ley, pero bajo condiciones médicas seguras. Clandestino es utilizado en este informe para hacer referencia a todos los abortos que no se ajustan a la legislación sobre aborto vigente en un país, y que se realizan de modo secreto—ya sea bajo en condiciones médicas seguras o no seguras.

En general, en los lugares en los cuales el aborto está legalmente restringido y sólo se permite para un número limitado de causales, es probable que muchas mujeres recurran a practicantes y métodos clandestinos y a menudo inseguros; y donde el aborto está permitido bajo criterios amplios, es probable que la mayoría de las mujeres recurran a procedimientos seguros para interrumpir sus embarazos. De todos modos, la relación entre la ley y la seguridad del aborto en términos generales, no es directa. Sería de utilidad la elaboración de un nuevo enfoque de clasificación que refleje de mejor manera las complejidades de la situación en la práctica.

organización ha puesto en marcha una iniciativa importante sobre estos asuntos.[8] A su vez, en el marco de los sistemas de derechos humanos de Naciones Unidas, Europa, el Sistema Interamericano y África, los avances logrados en estos diez años transcurridos han resultado en una sorprendente expansión de estándares internacionales y leyes a favor del derecho al aborto.[9]

Mientras tanto, los investigadores han estado elaborando de manera ininterrumpida un cuerpo de evidencia sobre las causas, circunstancias y consecuencias perjudiciales del aborto inseguro en los países en desarrollo. Han comenzado a analizar, también por qué, en algunos de estos países, algunas mujeres continúan recurriendo al aborto inseguro, aún cuando las leyes se han modificado y son ahora menos restrictivas.

Este informe resume los desarrollos recientes sobre políticas e investigación y evalúa los actuales patrones y niveles de aborto, aborto inseguro y embarazo no planeado a nivel mundial. Tiene como objetivo evaluar los avances logrados desde fines de la década de los noventa, y proporcionar a las agencias nacionales, regionales e internacionales, gestores de políticas, asesores de salud, grupos de incidencia política, medios de comunicación y al público en general, la información y herramientas necesarias para expandir la legalidad del aborto; mejorar el acceso a los servicios de aborto seguro y legal y a la anticoncepción; encontrar una solución a las graves consecuencias de salud, económicas y sociales derivadas del aborto inseguro; y proteger y promover la salud de las mujeres y su derecho a la igualdad y la justicia social.

El aborto es difícil de documentar, en muchos sentidos

Si bien la interrupción del embarazo es vista en muchos países como un aspecto básico de los servicios integrales de salud reproductiva, y como un componente clave del derecho de la mujer a tomar sus propias decisiones en cuanto a la maternidad, en algunas partes del mundo el aborto ha sido durante mucho tiempo un asunto delicado—cultural, social y políticamente. Por este motivo, suele ser difícil estudiar este procedimiento habitual; a veces resulta difícil estudiarlo incluso cuando la ley del lugar permite el aborto bajo criterios amplios, pero la dificultad mayor se encuentra sobre todo en aquellos sitios donde las leyes de aborto son restrictivas.

Estudios publicados por la OMS,[7,10] otros grupos de expertos a nivel mundial[11-14] e investigadores en muchas partes del mundo en desarrollo[15-18] han demostrado de manera consistente que la mayoría de los abortos inseguros tienen lugar en países pobres, mientras que prácticamente todos los abortos en los países más ricos son seguros. Sin embargo, es difícil obtener información detallada y confiable acerca de las prácticas del aborto inseguro en los países más pobres del mundo y elaborar una medida precisa de su alcance y consecuencias perjudiciales. En países donde el procedimiento está legalmente restringido, la mayoría de las mujeres que se someten a un aborto y de prestadores de este tipo de servicios, son reacios a responder a las preguntas de encuestas sobre el aborto. Así mismo, en muchas partes del mundo, el estigma social y religioso frecuentemente asociado con la interrupción del embarazo, tiende a desalentar la discusión pública sobre este importante asunto de salud pública y derechos humanos.

Como resultado de estas dificultades, los investigadores han tenido que desarrollar nuevos métodos indirectos para estimar la incidencia del aborto y ser innovadores en la búsqueda de formas para maximizar la calidad de los datos a través de una variedad de diseños de encuestas y cuestionarios. A pesar de estos esfuerzos, la información representativa a nivel nacional sobre las mujeres que se someten a abortos clandestinos (por ejemplo, su edad, nivel de pobreza, estado civil y otras circunstancias de la vida) es escasa.

Los resultados de este informe provienen de muchas fuentes

Este informe actualizado se basa en resultados que fueron obtenidos de una gran variedad de fuentes: datos de de instituciones internacionales, como la OMS; estudios llevados a cabo por grupos nacionales e internacionales cuyo trabajo se focaliza en áreas especializadas, tales como la legislación sobre aborto y los costos económicos del aborto inseguro; e investigaciones sociológicas y epidemiológicas en profundidad sobre los factores determinantes, la práctica y las consecuencias del aborto inseguro. Gran parte de la investigación se realizó a través de la colaboración entre instituciones con base en el mundo desarrollado y científicos con base en países a lo largo de África, Asia y América Latina. El Apéndice de Datos y Métodos proporciona información detallada sobre la calidad y las limitaciones de las principales fuentes de datos utilizadas en el informe.

Esta nueva mirada sobre el aborto a nivel mundial compila el mejor y más actualizado conocimiento disponible en un número de áreas interrelacionadas: el estatus legal del aborto alrededor del mundo, y los factores que probablemente han contribuido al avance de la causa por la reforma legal del aborto en algunos países durante la última década (Capítulo 2); la incidencia del aborto a nivel mundial, incluyendo el aborto seguro e inseguro, así como las tendencias de estos datos (Capítulo 3); los lineamientos para la prestación de servicios de aborto seguro, y los diversos contextos en los cuales son ofrecidos estos servicios, en países en los cuales está permitido el procedimiento bajo criterios amplios (Capítulo 4); las condiciones bajo las cuales se practica generalmente el

aborto clandestino en países con leyes restrictivas (Capítulo 5); y las consecuencias para la salud y de índole económica derivadas del aborto inseguro, así como los servicios post-aborto que son necesarios (pero frecuentemente escasos) para tratar a las mujeres con complicaciones (Capítulo 6). Los Capítulos 5 y 6 se concentran, en gran medida, en los riesgos para la salud y de índole financiera derivados del aborto inseguro, que recaen de manera desproporcionada sobre las mujeres pobres y sobre aquellas que viven en zonas rurales.

El informe también incluye un análisis regional y global sobre los niveles de embarazo no planeado—la causa subyacente del aborto inducido—y analiza cómo puede reducirse la incidencia del embarazo no planeado a través de la expansión y mejora de los servicios en materia de anticonceptivos (Capítulo 7). El octavo y último capítulo resume las conclusiones principales del informe y propone estrategias para reducir el número de embarazos no planeados que derivan en abortos inseguros: mejorar el tratamiento post-aborto, expandir la legalidad del aborto, implementar servicios legales y seguros, y proteger y promover la salud y los derechos humanos de las mujeres.

Capítulo 2

Las mujeres alrededor del mundo viven bajo leyes y servicios de aborto muy diferentes

Hoy en día, así como a lo largo de la historia, las mujeres en todas las regiones del mundo a veces deciden interrumpir un embarazo no deseado mediante el aborto. Toman esta decisión a pesar de vivir en lugares donde la interrupción del embarazo esté penalizada por la ley, e incluso a pesar de que pueden poner en peligro sus vidas al someterse a un aborto inseguro.

La gran variedad de leyes que regulan la práctica del aborto inducido alrededor del mundo se expone en el Cuadro 1 del Apéndice, a través de la clasificación de las leyes de 197 países y territorios*) en seis categorías. Es preciso hacer una aclaración acerca de esta clasificación: La ley escrita de un país y la forma en que ésta es implementada no siempre coinciden. En general, la mayoría de los países que cuentan con una ley de aborto liberal la cumplen en la práctica, salvo unas pocas excepciones a destacar—principalmente los países en desarrollo en los cuales el acceso a los servicios de aborto seguro no existe o es inadecuado. Pero en aquellos lugares donde las causales de aborto son bastante limitadas, como es el caso de grandes áreas del mundo en desarrollo, los países generalmente no prestan o facilitan los servicios médicos que permitirían a las mujeres acceder a la interrupción legal del embarazo, ni siquiera bajo las causales limitadas que sí están permitidas. Por otro lado, muchos países con leyes restrictivas por lo general, no las hacen cumplir con firmeza.

Los países con las leyes más restrictivas prohíben el aborto y no permiten excepciones explícitas

En 32 países el aborto no está permitido legalmente bajo ningún supuesto.[19] Los países en esta categoría más estricta albergan el 6% de todas las mujeres en edad reproductiva (de entre 15 y 44 años) a nivel global (Gráfico 2.1, página 10)[20]— 7% de ellas en países menos desarrollados, y menos del 0,1% de ellas en países más desarrollados (Andorra, Malta y San Marino).

El texto de las leyes en estos 32 países no incluye ninguna excepción explícita—ni siquiera para salvar la vida de la mujer, o en casos de violación, incesto o malformación fetal. Sin embargo, en 28 de estos países, la ley podría ser interpretada para permitir un aborto bajo el supuesto de "necesidad" (por ejemplo, en circunstancias en las cuales corre peligro la vida), tal como sería reconocido de acuerdo a la mayoría de los estándares de ética médica.[19] Prácticamente no hay información disponible sobre qué tan a menudo se concede una apelación bajo este supuesto, pero es muy probable que estos casos sean extremadamente inusuales.

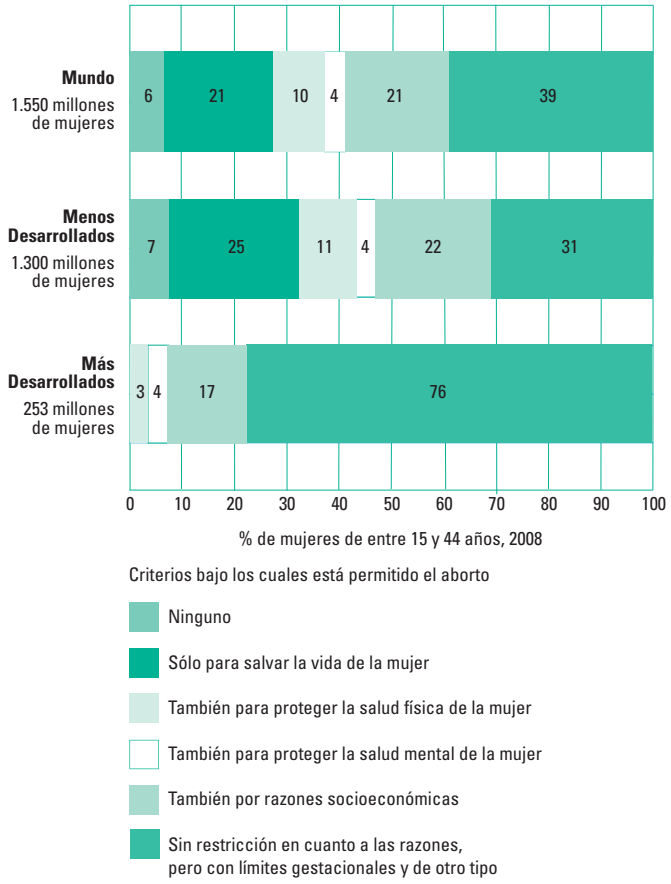
Algunos países permiten el aborto para salvar la vida de la embarazada

Treinta y seis países permiten el aborto inducido sólo cuando la vida de la mujer corre peligro (y, en algunos de estos países, en caso de violación u otras circunstancias atenuantes que se examinarán a continuación), y sus leyes incluyen una terminología específica a tal efecto.[19] Sólo uno de estos 36 países—Irlanda—se encuentra en una región desarrollada. Los países en esta categoría albergan el 21% de las mujeres en edad reproductiva y el

* Dado que utilizamos la clasificación de regiones de las Naciones Unidas, la taxonomía del Cuadro 1 del Apéndice no coincide exactamente con la clasificación definitiva del año 2008 de Boland y Katzive (fuente: referencia 27). La principal diferencia es que Boland y Katzive incluyen a los países de Asia Central, Medio Oriente y África del Norte en una sola región por separado, mientras que el sistema de las Naciones Unidas asigna a esos países a sub-regiones pertenecientes a África o Asia.

GRÁFICO 2.1

Es mucho más probable que las mujeres de los países menos desarrollados, en comparación con las de los países más desarrollados, tengan que vivir bajo leyes de aborto restrictivas.



Nota Es posible que los porcentajes no sumen 100 debido al redondeo.
Fuente Referencia 20.

25% de las mujeres en esta franja de edad que viven en regiones menos desarrolladas (Gráfico 2.1, página 10).[20]

Unos pocos países pertenecientes a esta categoría hacen excepciones a sus leyes para casos de violación, incesto o malformación fetal; Bután y Mali, por ejemplo, permiten explícitamente el aborto inducido en los casos de violación o incesto, y algunos estados de México y Panamá lo permiten en casos de violación o anormalidad fetal.[19] Sin embargo, la implementación de estas excepciones en la práctica parece ser poco frecuente.

Si bien México está comprendido dentro de esta categoría, su sistema federal permite a cada estado dictar sus propias leyes. En 2007, el Distrito Federal—que alberga a la capital, Ciudad de México—legalizó el aborto inducido en las primeras 12 semanas de gestación* sin ninguna restricción en cuanto a las razones.

Muchos países también permiten el aborto para proteger la salud física o mental de la mujer

59 países más se incluyen en las próximas dos categorías: Treinta y seis permiten el aborto para salvar la vida de la mujer y preservar su salud física, y 23 más también lo permiten de manera explícita para proteger la salud mental de la mujer.[19] Estos 59 países albergan el 14% de todas las mujeres en edad reproductiva—15% de ellas en regiones menos desarrolladas y 7% de ellas en regiones más desarrolladas.[20] La mayor parte de los países en estas categorías están en el mundo en desarrollo, y muchos de ellos hacen excepciones explícitas para casos de malformación fetal, violación o incesto. Las leyes de aborto en estos 59 países están sujetas a grandes variaciones en cuanto a su interpretación e implementación. A modo de ejemplo, a pesar de las restricciones legales vigentes, el aborto está disponible prácticamente siempre que es solicitado en Hong Kong, Israel, Nueva Zelanda, Corea del Sur y España.[19]

Algunos países también permiten el aborto por razones socioeconómicas

Catorce países, incluyendo India,†(FN C) permiten el aborto por las tres causales anteriormente mencionadas y por razones socioeconómicas.[19] Dado que India tiene una población de más de mil millones de habitantes, el número relativamente pequeño de países en desarrollo en esta categoría da cuenta de una cantidad desproporcionadamente grande de mujeres en edad reproductiva que viven en el mundo menos desarrollado—22%, en comparación con el 17% de las mujeres que viven en el mundo más desarrollado y 21% a nivel global.[20] No obstante, a pesar de que las leyes de aborto de la India no son especialmente restrictivas, sólo dos de cada cinco abortos son considerados seguros.[18]

Los otros siete países menos desarrollados pertenecientes a esta categoría son pequeños en comparación (Barbados, Belice, Chipre, Fiyi, San Vicente y las Granadinas, Taiwán y Zambia). Los seis países restantes se sitúan en el mundo más desarrollado (Australia, Finlandia, Gran Bretaña, Islandia, Japón y Luxemburgo).[19]

Seis de los 14 países en este grupo permiten el aborto de manera explícita en caso de que una mujer haya sido violada. Cuatro países lo permiten en casos de incesto, y 10 países lo permiten en casos de malformación fetal.[19]

Todos los demás países permiten el aborto sin restricción en cuanto a las razones

Los 56 países y territorios restantes permiten el aborto sin restricción en cuanto a las razones.[19] Dado que China forma parte de este grupo y tiene una población de más de mil millones, los países en esta categoría más liberal

* En este informe, las semanas de gestación se cuentan a partir del primer día del último período menstrual de la mujer.

†(FN C) En India está prohibido el aborto en función del sexo. Sin embargo, esa limitación no está expresada por escrito en el texto de la ley de aborto, sino que está estipulada en una ley que prohíbe el diagnóstico por imágenes del feto por razones de selección de sexo.

albergan el 39% de todas las mujeres en edad reproductiva, el 31% de ellas en el mundo menos desarrollado y 76% en el mundo más desarrollado.[20]

Muchos de estos países imponen limitaciones gestacionales. El requisito más común es que los abortos sean llevados a cabo durante las primeras 12 semanas de gestación; en los casos en que el límite gestacional es mayor, suele haber requisitos adicionales para que el procedimiento pueda ser realizado.[21] También pueden aplicarse otras condiciones: Por ejemplo, en Bosnia y Herzegovina, Croacia, Cuba, la República Checa, Dinamarca, Grecia, Italia, Macedonia, Montenegro, Noruega, Portugal, Serbia, la República de Eslovaquia, Eslovenia, Turquía y algunas partes de los Estados Unidos, es posible que las adolescentes no puedan someterse a un procedimiento de aborto sin el consentimiento de los padres; en Turquía, es probable que las mujeres casadas tengan que obtener el consentimiento de su cónyuge; y China y Nepal prohíben el aborto en función del sexo.[19]

Sin China e India, el panorama en los países menos desarrollados es muy diferente

En términos generales, el 47% de las mujeres en edad reproductiva en los países menos desarrollados vive en países con leyes de aborto sumamente restrictivas (es decir, que el procedimiento está prohibido totalmente o permitido solamente para salvar la vida de la mujer, o proteger su salud física o mental, o en casos de violación, incesto o malformación fetal).[20] Sin embargo, este panorama es confuso dado que dos países en desarrollo, China e India, son los más poblados del mundo y permiten el aborto bajo criterios amplios.

Sin considerar a China e India en el análisis, surge que el 86% de las mujeres en edad reproductiva en el resto del mundo menos desarrollado vive en países con legislación sobre aborto sumamente restrictiva (Gráfico 2.2).[20] Las mujeres restantes viven en países o territorios en los cuales el aborto está permitido bajo criterios amplios de índole socioeconómica (1%), o en los cuales se puede acceder al procedimiento sin restricción en cuanto a las razones (13%)—incluyendo Bahréin, Camboya, Cabo Verde, Cuba, Guyana, Mongolia, Nepal, Corea del Norte, Puerto Rico, Singapur, Sudáfrica, Túnez, Turquía, Vietnam, y los países del Asia Central y Occidental que eran parte del ex bloque soviético.

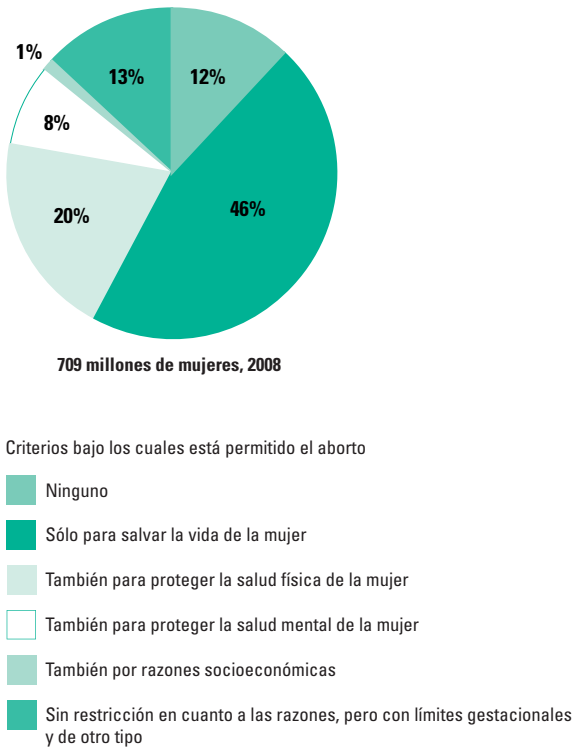
En los casos en que el aborto está permitido bajo criterios limitados, los servicios deberían estar disponibles en función de los mismos

Es probable que en algunos países en los cuales el aborto está permitido sólo para salvar la vida de la mujer, o para proteger su salud física o mental, se realicen pocos abortos legales por año. También es probable que en estos países, no se ofrezca a las mujeres que reúnen las condiciones necesarias los servicios que se prestan con asistencia del gobierno y que permiten acceder a abortos seguros bajo las causales limitadas existentes. Los médicos particulares podrían llenar este vacío, pero sólo podrían acceder a estas prestaciones aquellas mujeres que pueden permitirse pagar sus servicios. Como resultado, en países con leyes sumamente restrictivas, es poco probable que la mayoría de las mujeres pueda tener acceso a abortos legales bajo las causales limitadas que están permitidas.

Una excepción es Uruguay, donde a pesar de que la ley es restrictiva (el aborto está permitido para salvar la vida de la mujer, proteger su salud física y en casos de violación), el ministro de salud y los defensores y promotores del derecho de las mujeres a la información y los servicios de salud reproductiva, han contribuido al proceso que derivó en la promulgación de una ordenanza que permite brindar, en centros de salud del gobierno, servicios especiales de consejería sobre aborto orientados a mujeres en edad reproductiva.[22] La prestación de este servicio en particular se da

GRÁFICO 2.2

Más de 8 en 10 mujeres en los países en desarrollo, con excepción de China e India, viven bajo leyes de aborto sumamente restrictivas.



Fuente Referencia 20.

TABLA 2.1

Países en los cuales se ha modificado la ley de aborto desde 1997.

Región	Disminución de las restricciones	Aumento de las restricciones
África	Benín, Chad, Etiopía, Guinea, Mali, Níger, Suazilandia, Togo	
Asia	Bután, Camboya, Irán, Nepal, Tailandia	
Europa	Portugal, Suiza	Polonia
América Latina y el Caribe	Colombia, México,* Santa Lucía	El Salvador, Nicaragua
Oceanía	Australia†	

Notas *Sólo en el Distrito Federal (Ciudad de México). †Sólo en el Territorio de la Capital,Tasmania, Victoria y Australia Occidental.
Fuente Referencia 27.

en el marco de los derechos de la mujer a la salud, la autonomía, la información integral sobre prácticas de salud y la confidencialidad paciente-profesional de salud, en los cuales se basa el modelo de prestación de servicios.[23] La estrategia tiene como objetivo reducir los daños asociados con el aborto inseguro.[23] Una vez que un embarazo es confirmado médicamente y la mujer manifiesta su intención de someterse a un aborto, los trabajadores sociales y profesionales de la salud le advierten sobre los riesgos asociados con los métodos de aborto inseguro y le informan que el misoprostol (un medicamento que se utiliza cada vez más durante el primer trimestre—ver Capítulo 4), utilizado correctamente, es una forma efectiva y segura para interrumpir un embarazo. A las mujeres que acceden a este servicio de consejería no se les receta el misoprostol; de todos modos, se les aconseja que en caso de utilizar este medicamento, deberían volver al establecimiento de salud posteriormente para confirmar que el embarazo ha sido interrumpido de manera segura.[24]

En algunos países menos desarrollados, el aborto es legal bajo criterios amplios desde hace muchos años

En 1957, China se convirtió en el primer país en desarrollo de grandes dimensiones en promulgar una ley de aborto ampliamente liberal (que permite el procedimiento por razones socioeconómicas o sin restricción). La Unión Soviética promulgó una ley similar en la década del cincuenta, y todas las repúblicas de Asia Central y Occidental que formaban parte de su bloque geopolítico siguieron su ejemplo. Durante los 40 años siguientes, se llevaron a cabo reformas legales en Cuba (1965), Singapur (1970), India (1971), Zambia (1972), Túnez (1973), Vietnam (1975), Turquía (1983), Taiwán (1985), Mongolia (1989), Sudáfrica (1996) y Camboya (1997).[25,26] Se cree que la interrupción legal del embarazo es ampliamente accesible en todos estos países con excepción de Camboya, Sudáfrica y Zambia.

Desde 1997, las leyes de aborto se han modificado en 22 países desarrollados o en desarrollo (Cuadro 2.1).[27] Diecisiete países, y áreas altamente pobladas pertenecientes a otros dos países, redujeron las restricciones a sus leyes de aborto. Cuatro países (Camboya, Nepal, Portugal y Suiza), así como un área en México (el Distrito Federal) y tres áreas en Australia (el Territorio de la Capital, Victoria y Australia Occidental), promulgaron legislación que permite el aborto sin restricción en cuanto a las razones, pero con requerimientos procedimentales. Los cambios fueron especialmente significativos en Camboya, el Distrito Federal de México y Nepal, donde los abortos habían estado sumamente restringidos (por ejemplo, no estaban permitidos bajo ninguna circunstancia o estaban permitidos sólo para salvar la vida de la mujer).[27]

En 2005, Suazilandia aprobó una constitución que permite el aborto para salvar la vida de la mujer, en casos de grave amenaza a su salud física o mental, y bajo las causales de violación, incesto o malformación fetal. Colombia también autorizó el aborto bajo todos estos supuestos en 2006. Anteriormente, el aborto sólo estaba permitido en estos países para salvar la vida de la mujer. Santa Lucía enmendó su ley en 2004, permitiendo el aborto para proteger la salud física o mental de la mujer y en casos de violación o incesto.[28]

En 10 países, y un estado de Australia, algunas de las reformas han sido de menor envergadura, pero aún así son de importancia en relación a las leyes anteriores. En Tasmania, Australia, la ley fue modificada en 2001 para permitir el aborto con el objeto de proteger la salud física o mental de la mujer. En 2005, Tailandia incorporó la protección de la salud mental de la mujer, incluyendo la prevención del malestar psíquico derivado de la malformación fetal, como causal legítima de aborto. Ese mismo año, Etiopía expandió su ley de aborto de criterios limitados (salvar la vida de una mujer o proteger su salud física) para permitir el aborto en casos de violación, incesto o malformación fetal. A su vez, también incorporó una razón social más amplia: Una mujer puede interrumpir un embarazo legalmente si "debido a una enfermedad física o mental o a su condición en tanto menor de edad, carece de la capacidad necesaria para criar al niño." Cuatro países (Benín, Chad, Níger y Togo) permiten en la actualidad el aborto bajo causales de salud física y en casos de malformación fetal, y Benín y Togo han incorporado también excepciones para los casos de violación e incesto. En el 2000, Guinea amplió su ley, la cual ya permitía el aborto para salvar la vida de la mujer o proteger su salud física, incorporando excepciones para los casos de violación, incesto y malformación fetal. Irán aprobó en 2005 una legislación que permite el aborto durante los

primeros cuatro meses de embarazo en casos de malformación fetal, y también "cuando una enfermedad pone en peligro la vida de la embarazada"—lo cual representa un gran cambio en relación a su ley anterior, que prohibía totalmente el aborto. Bután (en 2004) y Mali (en 2002) autorizaron los abortos para salvar la vida de la embarazada y en los casos de violación e incesto.[27,28]

Desde 1997, tres países han modificado sus leyes de aborto para hacerlas más restrictivas. El Salvador y Nicaragua enmendaron sus códigos penales para eliminar todas las excepciones a la prohibición del aborto. Bajo la ley anterior, el aborto estaba permitido en El Salvador para salvar la vida de la mujer, y en casos de violación o malformación fetal; en Nicaragua, estaba permitido por razones terapéuticas, previa aprobación del procedimiento por parte de tres médicos. En 1997, Polonia eliminó la razón socioeconómica como causal de aborto.[28]

En algunos países en desarrollo, la actividad política y el debate sobre la reforma legal continúan. A principios de 2008, el parlamento uruguayo aprobó la legalización del aborto durante el primer trimestre bajo criterios amplios, pero la propuesta fue vetada por el presidente.[29] Trece* de los 31 estados de México han enmendado recientemente sus constituciones para proteger al feto desde el momento de la concepción, lo cual puede establecer el marco para mayores restricciones en las leyes de aborto de estos estados.[30]

En Indonesia, una propuesta de ley que ampliaría los criterios para el aborto de tal forma de incluir las "emergencias médicas" (término que se dejó sujeto a libre interpretación) ha sido presentada en el parlamento y ante el presidente en reiteradas oportunidades desde 2004.[31] Pese a que esta propuesta tuvo buena acogida por parte de los líderes políticos, varias maniobras burocráticas han evitado su aprobación, y las elecciones nacionales de 2009 parecen haber demorado su aprobación una vez más.

En general, en cualquier país, la intensidad del debate sobre la reforma del aborto, tanto a nivel gubernamental como del público más amplio, se caracteriza por estar sujeta a altibajos, dependiendo de la administración política que se encuentre en el poder, la fuerza de la oposición organizada, y el alcance y éxito de los esfuerzos que estén siendo realizados por los defensores y promotores de la causa.

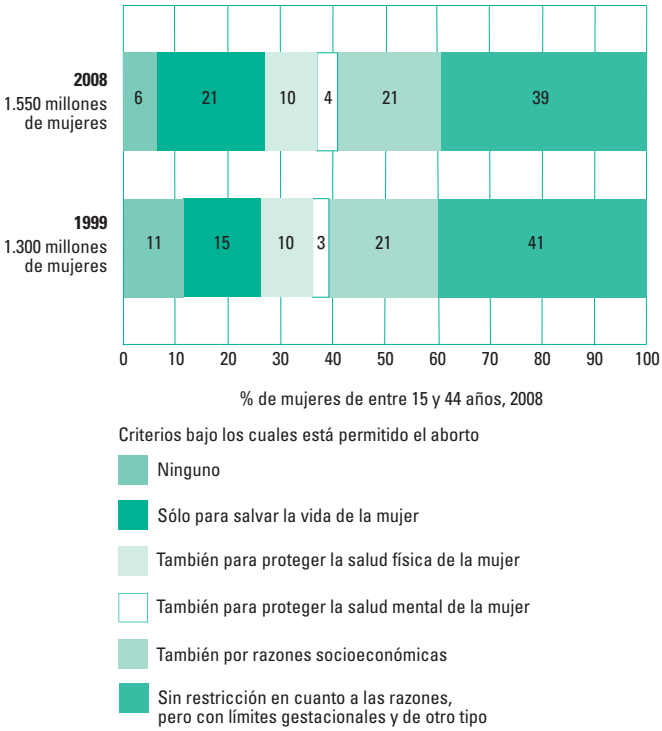
La proporción de mujeres que vive bajo leyes de aborto restrictivas ha cambiado sólo levemente

Si bien desde 1997 algunos países han atenuado sus leyes de aborto en alguna medida—una tendencia importante y alentadora—este cambio no ha sido relevante desde una perspectiva demográfica. La proporción de mujeres en edad reproductiva que vive en países con las leyes de aborto más restrictivas —leyes que prohíben totalmente el procedimiento, o que sólo lo permiten para salvar la vida de la mujer—no ha disminuido en la última década. Tanto en 1999 como en 2008, la proporción fue de 26-27% (Gráfico 2.3).[32] Sin embargo, la proporción de mujeres en edad reproductiva que vive en países donde no está permitido el aborto ni siquiera para salvar la vida de la mujer ha disminuido del 11% al 6%. La proporción que vive en países pertenecientes a las dos categorías legales más amplias—aquellas que permiten el aborto por razones socioeconómicas o que no estipulan ninguna restricción en cuanto a la razón para someterse a un aborto—también ha disminuido levemente, pasando del 62% en 1999 al 60% en 2008.

La ausencia de cambios sustanciales a nivel global en la proporción de mujeres que vive bajo leyes de aborto liberales o bien sumamente restrictivas puede explicarse por diversos factores. Entre ellos se incluye el hecho de que gran parte de la reforma legal, que sin duda ha sido positiva, ha flexibilizado las leyes que eran sumamente restrictivas, pero no hasta el punto de alcanzar el mismo

GRÁFICO 2.3

La proporción de mujeres que vive bajo leyes de aborto sumamente restrictivas ha cambiado relativamente poco durante la última década.



Nota Los porcentajes no suman 100 debido al redondeo.
Fuente Referencia 32.

* Baja California, Campeche, Chihuahua, Colima, Durango, Guanajuato, Jalisco, Morelos, Nayarit, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí y Sonora.

Para lograr avances en la reforma legal se requiere una amplia colaboración y apoyo

A continuación se exponen ejemplos de procesos de reforma llevados a cabo en cinco países en desarrollo. Los mismos ponen de manifiesto la complejidad de los esfuerzos realizados de manera conjunta en términos de investigación, incidencia política, desarrollo de coaliciones y estrategias de comunicación—actividades que involucran una gran variedad de actores sociales y un grado considerable de paciencia y tenacidad política—los cuales fueron encaminados a alcanzar la reforma del aborto de manera exitosa. A su vez, estos ejemplos permiten también identificar los continuos obstáculos que a veces dificultan el cambio y la implementación de la ley.

SUDÁFRICA

La ley promulgada en 1996, Choice in Termination of Pregnancy Act (que regula el derecho a decidir sobre la interrupción del embarazo) permite la realización de abortos cuando son requeridos y sin aprobación médica en centros de salud designados, durante el primer trimestre de embarazo. El proceso que derivó en la reforma de la ley de aborto fue complejo y multifacético, e involucró la participación de investigadores, activistas, grupos comunitarios, representes políticos y líderes religiosos. Luego de que el apartheid fuera desmantelado, la elección de un nuevo gobierno sudafricano en 1994 formalizó el énfasis creciente del país en los derechos humanos y la igualdad. Las activistas a favor de los derechos de las mujeres desarrollaron iniciativas que apoyaban un enfoque sobre la atención de la salud reproductiva y la autonomía personal, basado en los derechos, y sentaron las bases para la aprobación de la ley.[1] Investigadores del Medical Research Council of South Africa (organismo dedicado a la realización de investigaciones sobre temas de salud) estudiaron las complicaciones de los abortos inseguros y llegaron a la conclusión de que más de 400 mujeres habían muerto a raíz de abortos sépticos en 1994;[2] otro estudio concluyó que antes de que se reformara la ley de aborto, las mujeres con cuadros de aborto incompleto constituían casi la mitad del número de casos de ginecología y obstetricia en los hospitales públicos en Sudáfrica.[3] La difusión de estos resultados contribuyó a ampliar la conciencia del público acerca de las consecuencias negativas del aborto inseguro para las mujeres y sus familias.

NEPAL

En 2004, tras la revisión del Código Legal de Nepal, se concedió a las mujeres el derecho a interrumpir un embarazo bajo criterios amplios. Los activistas en el ámbito legal habían preparado el terreno para esta nueva ley desde mediados de la década del ochenta. Jueces destacados, administradores de justicia, autoridades administrativas y del ámbito legal, profesionales del derecho, trabajadores sociales y científicos sociales abordaron la cuestión del aborto en un foro nacional organizado por la Nepal Women´s Organization (organización de mujeres de Nepal). En la década del noventa, los activistas difundieron los resultados de investigaciones que ponían en evidencia que se estaba encarcelando a cientos de mujeres por haber interrumpido embarazos no planeados.[4]

Hubo relativamente poca oposición pública a los cambios en la ley, tal vez debido a que los recursos eran limitados para apoyar una campaña en contra de la reforma. Otra razón puede tener que ver con el hecho de que el aborto había pasado a ser relativamente aceptable en Nepal dado que éste ya era legal desde hacía mucho tiempo en la vecina India, país que siempre ha tenido una gran influencia para Nepal, desde el punto de vista cultural y político.[4]

ETIOPÍA

La reforma de la ley que regulaba el aborto en Etiopía, llevada a cabo en 2005, fue el resultado de la labor de una amplia coalición de representantes de las profesiones médica y del derecho y de miembros de organizaciones no gubernamentales involucrados en promover la salud y los derechos de las mujeres, la igualdad de género, la planificación de la familia y la salud reproductiva.[5]

Las estrategias utilizadas con el fin de promover la reforma incluyeron el desarrollo del apoyo popular, el cambio de perspectiva de los gestores de políticas y la creación de un entorno viable para la actuación de los prestadores de servicios. Los miembros de la coalición organizaron y participaron en talleres a nivel nacional y local, en foros de debate y en tres comités parlamentarios. Además, patrocinaron la elaboración y presentación de trabajos sobre antecedentes; enviaron artículos y cartas a los directores de periódicos acerca del impacto del aborto inseguro; participaron en paneles de discusión en programas de radio; se reunieron con parlamentarios, legisladores regionales y otras personas influyentes para discutir acerca de la evidencia del impacto sobre la salud y el impacto económico del aborto inseguro; solicitaron la colaboración de asociaciones locales de mujeres y otros grupos para organizar actos públicos y foros de debate; y apoyaron los esfuerzos de educación pública—sobre todo los programas de radio y la producción de material informativo—llevados a cabo por otras organizaciones.[5]

A través de todos estos esfuerzos fue posible difundir el mensaje fundamental que constituye la base de la reforma: El aborto inseguro contribuye en gran parte a las muertes maternas en Etiopía; las mujeres jóvenes y pobres son quienes más sufren el aborto inseguro, pero todos los subgrupos de mujeres están en riesgo; las leyes de aborto restrictivas no previenen el aborto, sino que sólo lo relegan a la clandestinidad, incrementando los riesgos para las mujeres; tener que tratar las complicaciones del aborto inseguro supone una tremenda carga para el sistema de salud, y es más costoso que prestar servicios de aborto seguro; y en Etiopía muchas parejas casadas tienen una necesidad insatisfecha de acceso a métodos de anticoncepción, lo cual contribuye a la existencia de altas tasas de embarazo no deseado y, a su vez, de abortos.[5]

La Iglesia Ortodoxa y la Iglesia Católica de Etiopía se opusieron a la reforma de la ley de aborto. Sin embargo, el Consejo Nacional del Islam se abstuvo de pronunciarse públicamente sobre este asunto. La oposición más enérgica y perjudicial provino de un grupo denominado Christian Workers Union for Health Care in Ethiopia (sindicato de trabajadores cristianos de la salud), el cual parece haberse formado únicamente con el propósito de hacer lobby en contra de la liberalización del código penal en materia de aborto.5

COLOMBIA

En 2006, la Corte Constitucional de Colombia resolvió permitir el aborto en los casos en que un embarazo pone en riesgo la vida o la salud de la mujer, y en casos de violación, incesto y malformaciones fetales incompatibles con la vida fuera del útero materno.[6] Este cambio representó una importante victoria, dado que varios grupos de mujeres habían intentado en cinco oportunidades anteriores promover esta modificación a través del Congreso, sin tener éxito.

Una abogada colombiana instó a la corte a revisar la legislación en materia de aborto. Argumentó, con éxito, que la prohibición total del aborto violaba los derechos humanos y de salud básicos que fueron garantizados a las mujeres a través de diversos tratados internacionales ratificados por Colombia, incluyendo la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW por su sigla en inglés) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR por su sigla en inglés), y que la penalización del aborto en el Código Penal colombiano debería ser declarada inconstitucional.[7] La Constitución colombiana establece explícitamente que los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por el Congreso prevalecen sobre las leyes nacionales y constituyen una guía para la interpretación de los derechos establecidos en la Constitución.

La apelación directa al tribunal supremo, junto con el gran esfuerzo realizado para informar a la gente acerca de este caso y educar al público, priorizando el aborto como un asunto de salud pública, derechos humanos, igualdad de género, y justicia social, resultaron ser una estrategia efectiva. Los grupos de mujeres que habían estado trabajando durante años a favor de la despenalización del aborto ayudaron a formar alianzas y redes de partidarios; a ellos se sumaron instituciones internacionales que trabajan por los derechos humanos.[8] Luego del fallo de la corte, los líderes de la Iglesia Católica excomulgaron a cinco jueces que votaron a favor del veredicto, y amenazaron con tomar la misma medida contra los médicos que realizan procedimientos de aborto.[9]

DISTRITO FEDERAL DE MÉXICO

De acuerdo a una ley aprobada en 2007 que se aplica solamente en el Distrito Federal (Ciudad de México), el aborto está permitido, en caso de ser requerido, durante las primeras 12 semanas de gestación. Las residentes de la ciudad pueden recibir este tipo de servicios en forma gratuita en hospitales públicos, y las mujeres de otros estados del país u otros países también pueden tener acceso a ellos abonando un honorario accesible.[10] De acuerdo a un estudio, los factores que hicieron posible esta reforma fueron la presencia de un partido político de corte liberal a nivel del gobierno local, la opinión pública favorable y la presión por parte de organizaciones no gubernamentales de mujeres que promueven los derechos reproductivos.[11] A su vez, ha habido una tendencia gradual hacia la secularización y el aumento de la diversidad religiosa en la ciudad. Si bien los grupos que buscan incidir políticamente a favor de la despenalización del aborto están concentrados en la Ciudad de México, a través de su labor se ha conseguido que se tome conciencia acerca del aborto inseguro a nivel nacional, a través de actividades de defensa y promoción, investigación, capacitación y educación para la salud.[10]

Apenas un mes luego de que la ley entrara en vigor, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos y el titular de la Procuraduría General de la República interpusieron acciones de inconstitucionalidad contra la nueva ley, sosteniendo que la Asamblea Legislativa del Distrito Federal se había excedido en el ejercicio de su autoridad al reformar una ley de salud, y que la constitución le otorga al Congreso federal la autoridad exclusiva para proponer y aprobar legislación en materia de salud.[12] Finalmente, en agosto de 2008 la corte dictó sentencia en contra de los querellantes, confirmando la vigencia de la ley que despenaliza el aborto.[13]

grado de liberalidad que las dos categorías más amplias; muchas de estas reformas han tenido lugar en países muy pequeños; unos pocos países han modificado sus leyes para que las mismas sean más restrictivas; y la población de los países con leyes restrictivas aumentó más rápidamente entre 1999 y 2008 en comparación con la población de los países con leyes menos restrictivas.

En general, todas (o casi todas) las interrupciones de embarazos que se realizan en los países más desarrollados—y aquellas que se realizan en un pequeño número de países menos desarrollados (China, Cuba, Túnez, Turquía y Vietnam) que han legalizado el aborto bajo criterios amplios—son llevadas a cabo por profesionales médicos capacitados sin prácticamente ningún riesgo para la mujer. Por el contrario, la mayoría de las interrupciones de embarazos que se realizan en otros países menos desarrollados—donde las leyes de aborto son sumamente restrictivas—son llevadas a cabo en situaciones de riesgo, si bien las mujeres que cuentan con los medios económicos necesarios pueden acceder a menudo a abortos seguros. En algunos países menos desarrollados, sobre todo en Camboya, Etiopía, India, Nepal y Sudáfrica, las condiciones son contradictorias: Las leyes de aborto son liberales, pero muchas interrupciones del embarazo no cumplen con los requerimientos legales y son realizadas de manera inadecuada.[16,33-36] Bangladesh es un caso especial, dado que cuenta con una ley de aborto sumamente restrictiva y, al mismo tiempo, desde 1977, está ampliamente disponible en el país la regulación menstrual temprana.* [37]

Podemos obtener lecciones de los países que han llevado a cabo reformas legales

Los países que recientemente han eliminado de manera exitosa las leyes de aborto restrictivas, o que han ampliado las condiciones bajo las cuales se puede realizar un aborto de manera legal, proporcionan ejemplos útiles de las estrategias frecuentemente utilizadas por abogados, investigadores del ámbito de salud y activistas para lograr estas mejoras (ver recuadro, página 14). A través de estos ejemplos, también es posible identificar algunos de los obstáculos a la reforma de la ley que están siempre presentes.

• Lograr de manera exitosa la reforma legal puede llevar muchos años. Por ejemplo, en Nepal, el proceso implicó unos 20 años de investigación y activismo en el ámbito legal. Existe evidencia que sugiere que la difusión a través de los medios de comunicación masiva de casos de mujeres que fueron encarceladas por haber interrumpido sus embarazos, fue uno de los factores que finalmente inclinó la balanza a favor de la reforma.[38]

• La investigación eficaz, el desarrollo de coaliciones y las estrategias de comunicación pueden contribuir a crear un contexto receptivo para la reforma legal. Los activistas en países que recientemente han flexibilizado sus leyes de aborto han adoptado enfoques similares como parte de su estrategia para convencer a las legislaturas nacionales sobre la necesidad de revisar y liberalizar las leyes que prohíben la interrupción del embarazo. Estas estrategias incluyen poner en evidencia cómo las leyes existentes están en conflicto con los acuerdos internacionales; hacer pública la envergadura del aborto inseguro; desarrollar coaliciones de grupos de la sociedad civil; proporcionar evidencia sobre las consecuencias perjudiciales para la salud y de tipo socioeconómico derivadas de las leyes de aborto restrictivas; y hacer partícipes a los medios de comunicación en la diseminación de la información sobre estos asuntos.

• La aprobación de una ley liberal es sólo el comienzo del proceso a través del cual se logra que el aborto sea accesible y seguro. Traducir las nuevas leyes en programas para la prestación de servicios que hagan posible que el aborto seguro esté disponible para todas las mujeres continúa siendo un enorme desafío en el mundo en desarrollo. El acceso a los servicios legales se encuentra impedido por diversos tipos de barreras, incluyendo obstáculos para la instalación de centros de salud y para la obtención de los suministros necesarios para implementar los servicios de aborto seguro; barreras procedimentales, económicas y de índole informativa; y el estigma asociado con el aborto. Los factores que pueden obstaculizar la prestación equitativa de servicios de aborto legal para todas las mujeres incluyen la existencia de normas administrativas de difícil (si no imposible) cumplimiento; la falta de conocimiento de la población en general sobre el hecho de que la ley ha cambiado; la escasez de personal capacitado, especialmente en las zonas rurales; y la continua oposición a la ley (que a menudo incluye la objeción de conciencia en contra de la prestación de servicios) por parte de algunos prestadores médicos.[21]

Entre la compleja constelación de obstáculos a la reforma del aborto en muchos países menos desarrollados están la persistencia de leyes tradicionales y de la época colonial que están desactualizadas, la oposición de autoridades religiosas muy influyentes, el tradicional énfasis en la alta fertilidad, las actividades de grupos contra el derecho a decidir que cuentan con bastante financiación y la reticencia que existe en muchas sociedades tradicionales a abordar de manera pública los asuntos concernientes a la conducta sexual y reproductiva.

Algunos grupos de investigación del ámbito legal y de organizaciones de salud reproductiva han desarrollado estrategias orientadas a superar los obstáculos y a promover la reforma legal.[39-42] Muchos defensores y promotores recomiendan que en países en los cuales el aborto está permitido bajo criterios amplios, se deberían difundir esos criterios y ser utilizados al máximo posible. De esta manera, se puede ayudar a las mujeres a acceder a interrupciones seguras y legales del embarazo dentro de los límites de la ley vigente, hasta que llegue el momento propicio para encarar reformas más amplias.

* La regulación menstrual temprana es considerada "un método provisional para establecer que una mujer no está embarazada" en Bangladesh. Se permite la realización de estos procedimientos por un paramédico (entre las ocho semanas contadas a partir del último período menstrual de una mujer) o un médico (entre las 10 semanas contadas a partir de su último período menstrual).

Capítulo 3

Las tasas de aborto han disminuido, pero las tasas de aborto inseguro no muestran la misma tendencia

Estimaciones globales de la Organización Mundial de la Salud y del Guttmacher Institute indican que la proporción anual de mujeres en edad reproductiva que interrumpieron su embarazo descendió entre 1995 y 2003 (Gráfico 3.1).[43] El número absoluto de abortos también descendió, pasando de alrededor de 45,5 millones en 1995 a aproximadamente 41,6 millones en 2003. La mayor parte de este descenso se debió a una reducción en el número de abortos seguros.

La tasa estimada de aborto a nivel global disminuyó, pasando de 35 abortos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años en 1995 a 29 por 1.000 en 2003, lo cual representa un descenso del 17% en ocho años.[44] Esta tendencia puede atribuirse no sólo al descenso en el número de procedimientos realizados, sino también a un aumento en el número de mujeres en edad reproductiva.

En casi todas las regiones del mundo se experimentó un descenso en la tasa de aborto, pero este descenso fue mayor en Europa Oriental,* donde la tasa cayó un 51%, pasando de 90 por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva en 1995 a 44 por 1.000 en 2003. En comparación, el cambio experimentado en otras subregiones de Europa fue relativamente leve. En América Latina y el Caribe, la tasa de aborto descendió de 37 a 31 por 1.000 (una caída del 16%), y en Asia y África de 33 a 29 (una caída del 12%).[43]

Los mayores descensos en las tasas de aborto a nivel global se registraron en las regiones desarrolladas

El descenso en la tasa de aborto de los países del ex bloque soviético da cuenta de gran parte del descenso global ocurrido entre 1995 y 2003.† No obstante, en estos países —así como en Cuba—la tasa de aborto sigue siendo muy alta. Entre 1995 y 2003, la tasa de aborto disminuyó de 69 a 45 por 1.000 en la Federación Rusa, de 56 a 36 en Estonia y de 51 a 22 en Bulgaria. En Cuba, la tasa de aborto experimentó un descenso, pasando de 78 a 57 por 1.000.[45] A medida que las parejas en estos países tienen un mejor acceso a métodos anticonceptivos de buena calidad, recurren en menor medida a la interrupción del embarazo para controlar el tamaño de sus familias, evitando que éstas se tornen numerosas.[46] De todos modos, pareciera ser que la prestación de servicios anticonceptivos aún no ha alcanzado el nivel de demanda requerido para asegurar que las familias sigan siendo pequeñas en estos países, dado que las tasas de aborto continúan siendo relativamente altas.

En 1995 la tasa de aborto en el mundo desarrollado era más alta que en el mundo en desarrollo (39 frente a 34 por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años). Esto se explica debido a que la tasa de aborto registrada en ese momento en gran parte de Europa Oriental era muy elevada. En 2003, la tendencia se invirtió—26 por 1.000 en el mundo desarrollado frente a 29 per 1.000 en el mundo en desarrollo—a raíz de los descensos registrados en dicha subregión.[43]

El descenso en la tasa de aborto inseguro ha sido bastante pequeño

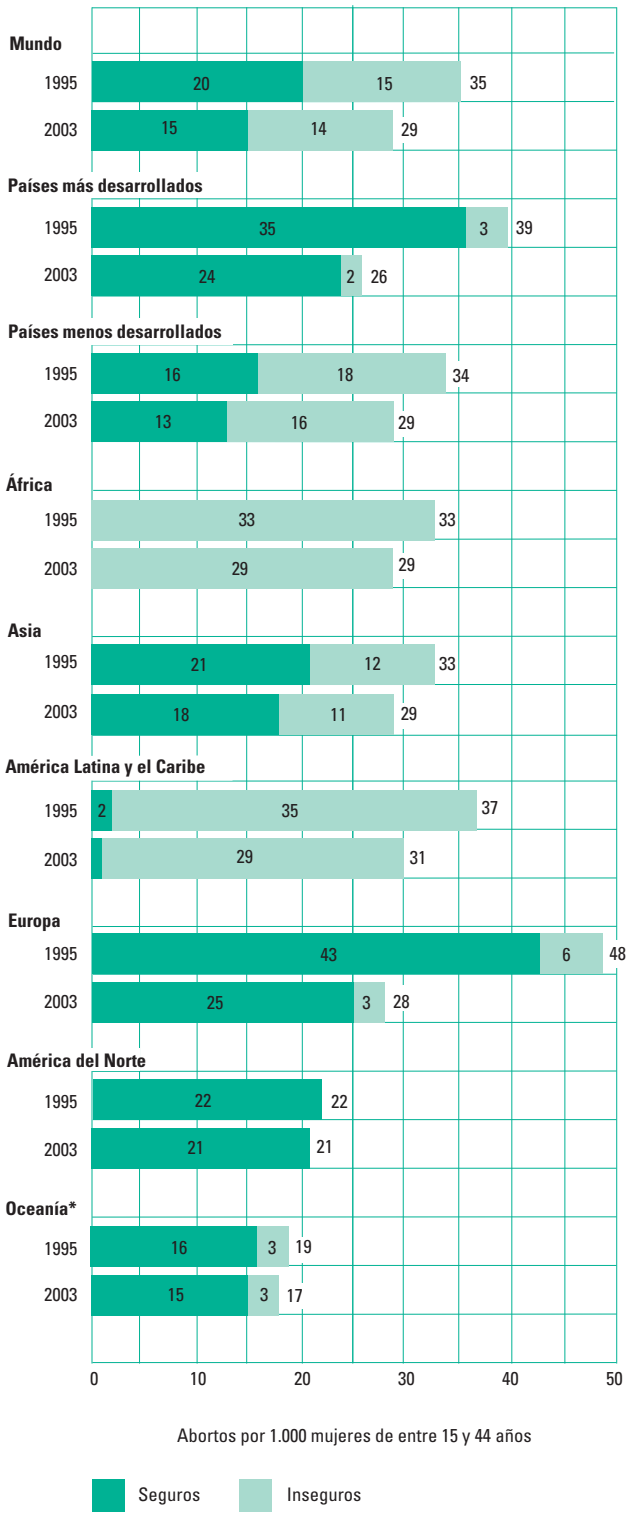
A nivel mundial, la tasa de aborto inseguro no ha disminuido al mismo ritmo que la tasa de procedimientos segu-

* Los países que componen ésta y otras subregiones están enumerados al pie del Cuadro 2 del Apéndice.

†Todos los países que se sitúan en Europa Oriental eran parte del antiguo bloque soviético. Unos pocos países que integraban dicho bloque están incluidos en otras subregiones (Asia Occidental, Asia Sudcentral, Asia Oriental, Europa del Norte y Europa del Sur).

GRÁFICO 3.1

Las tasas de aborto disminuyeron entre 1995 y 2003, pero estos descensos corresponden en su mayoría a abortos seguros.



Notas *Debido a que no existen datos disponibles sobre la tasa de aborto inseguro en Oceanía correspondiente a 1995, asumimos que la tasa fue la misma que en 2003. Es posible que la suma de las tasas de aborto seguro e inseguro no sea igual a la tasa global debido al redondeo.

Fuente Referencia 43.

ros. El número estimado de abortos seguros a nivel global descendió, pasando de 25,6 millones en 1995 a 21,9 millones en 2003, y la tasa descendió de 20 a 15 por 1.000. En cambio, el número estimado de abortos inseguros varió muy levemente, pasando de 19,9 millones en 1995 a 19,7 millones en 2003.[43]

El descenso registrado a nivel mundial en la tasa de abortos inseguros durante este período, de 15 a 14 por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años (Gráfico 3.1), se debió principalmente al crecimiento de la población. Esto fue particularmente notorio en África: Si bien el número de abortos inseguros aumentó aproximadamente un 10% entre 1995 y 2003, la tasa de aborto inseguro disminuyó un 12%, pasando de 33 a 29 por 1.000,[43] debido al incremento en el número de mujeres de entre 15 y 44 años de edad.[47] En términos generales, estos resultados sugieren que no se ha reducido la enorme brecha en el acceso al aborto seguro que existe entre las mujeres de los países desarrollados y aquellas de los países menos desarrollados.

Deberíamos destacar que muchas de las tasas de aborto calculadas para las regiones menos desarrolladas (donde la mayoría de los países tienen leyes de aborto restrictivas) son por necesidad estimaciones, y por tal motivo deberían ser consideradas mediciones aproximadas. Como es comprensible, las mujeres que interrumpen su embarazo en estos países, así como los prestadores que realizan los procedimientos de aborto, son reacios a informar que se han sometido a un aborto o que han realizado un procedimiento de este tipo. Por su parte, los gobiernos generalmente no recaban información sobre prácticas clandestinas. Como consecuencia, es difícil elaborar estimaciones sobre la incidencia del aborto inseguro. De todos modos, a medida que mejoran los métodos indirectos de estimación,* las estimaciones están siendo más confiables. Aún así, se precisan nuevos estudios para confirmar los leves descensos que fueron estimados para las tasas de aborto inseguro en América Latina, África y Asia.

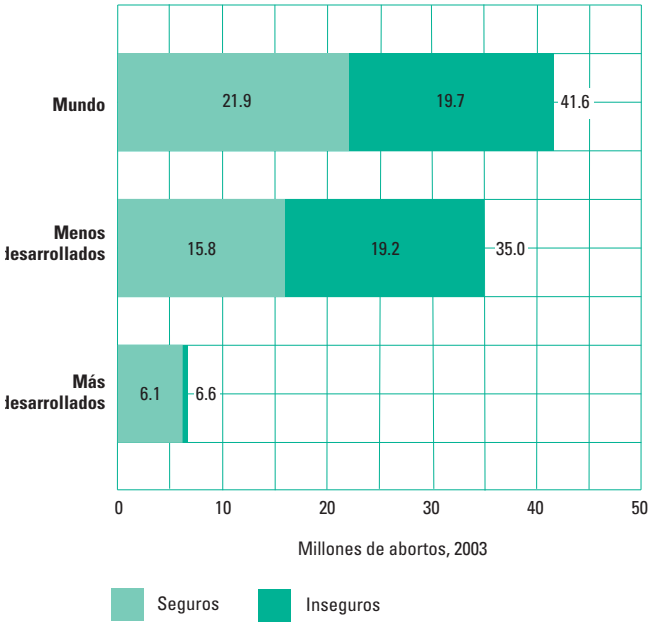
El aborto inseguro ocurre mayormente en el mundo en desarrollo

De los 41,6 millones de abortos estimados realizados a nivel mundial en 2003, cerca de 21,9 millones fueron realizados en condiciones seguras (Gráfico 3.2, página 18).[43] El resto de los procedimientos, 19,7 millones, corresponde a abortos inseguros, y prácticamente todos fueron realizados en países menos desarrollados con leyes de aborto restrictivas. Estos abortos fueron realizados por prestadores sin capacitación que utilizan métodos tradicionales en condiciones antihigiénicas; o bien fueron auto-inducidos (es decir, llevados a cabo por la propia mujer utilizando varios métodos, la mayoría de ellos peligrosos; ver recuadro en página 26); o fueron realizados por profesionales de la salud sin la capacitación adecuada, en un entorno antihigiénico, o ambas circunstancias.[44]

* Ver Apéndice de Datos y Métodos.

GRÁFICO 3.2

Casi todos los abortos inseguros ocurren en el mundo en desarrollo.



Fuente Referencia 43.

De los 35 millones de abortos que tuvieron lugar en los países menos desarrollados en 2003, 19,2 millones (el 55%) fueron inseguros. En comparación, en los países más desarrollados, sólo 500.000 de los 6,6 millones de abortos realizados fueron inseguros, lo cual representa el 8%. Prácticamente todos los abortos que tuvieron lugar en África y América Latina y el Caribe fueron inseguros (Gráfico 3.1); en Asia, los procedimientos seguros superaron a los inseguros debido al gran número de abortos seguros llevados a cabo en China. La mayoría de los abortos que tuvieron lugar en Europa, y casi todos los que se realizaron en América del Norte, fueron seguros.[43]

Las tasas de aborto varían relativamente poco en función de la región o el estatus legal

Independientemente del nivel de seguridad o de la legalidad del aborto, la tasa promedio anual de interrupciones del embarazo es sorprendentemente similar alrededor del mundo. La tasa a nivel mundial registrada en 2003, el año más reciente para el cual existen estimaciones disponibles, fue de 29 abortos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años; en países menos desarrollados fue de 29 por 1.000 y de 26 por 1.000 en países más desarrollados.[43]

El hecho de que la tasa de aborto en el mundo menos desarrollado, donde el procedimiento está legalmente restringido en muchos países, sea bastante similar a la tasa registrada en el mundo más desarrollado, donde el aborto está mayormente permitido bajo criterios amplios en casi todos los países, confirma la falta de una relación intrínseca entre la prevalencia del aborto y su estatus legal. Las tasas de aborto pueden ser bastante bajas en algunos países donde el procedimiento es legal bajo criterios amplios, y bastante altas en muchos países donde está altamente restringido. Restringir el aborto por vía legal no garantiza una tasa de aborto baja; de igual manera, permitir el aborto bajo criterios amplios no se traduce en una tasa alta. El estatus legal, sí afecta, sin embargo la seguridad del aborto.

Las tasas promedio de aborto también son bastante similares en cuatro de las seis regiones más grandes del mundo: 31 por 1.000 en América Latina y el Caribe, 29 por 1.000 en África y Asia, y 28 por 1.000 en Europa. Sólo en Europa Occidental la tasa de aborto es inferior a 15 por 1.000, y sólo en otras pocas regiones (Oceanía) y subregiones (Europa del Norte y del Sur) se sitúa entre 15 y 20. En América del Norte, la tasa es de 21 por 1.000 mujeres. De todos modos, a pesar de las amplias similitudes en las tasas promedio por región principal, el nivel varía enormemente entre y al interior de las subregiones (Gráfico 3.3).[43]

Los diferenciales en las tasas de aborto reflejan variaciones en la conducta, las políticas y los programas

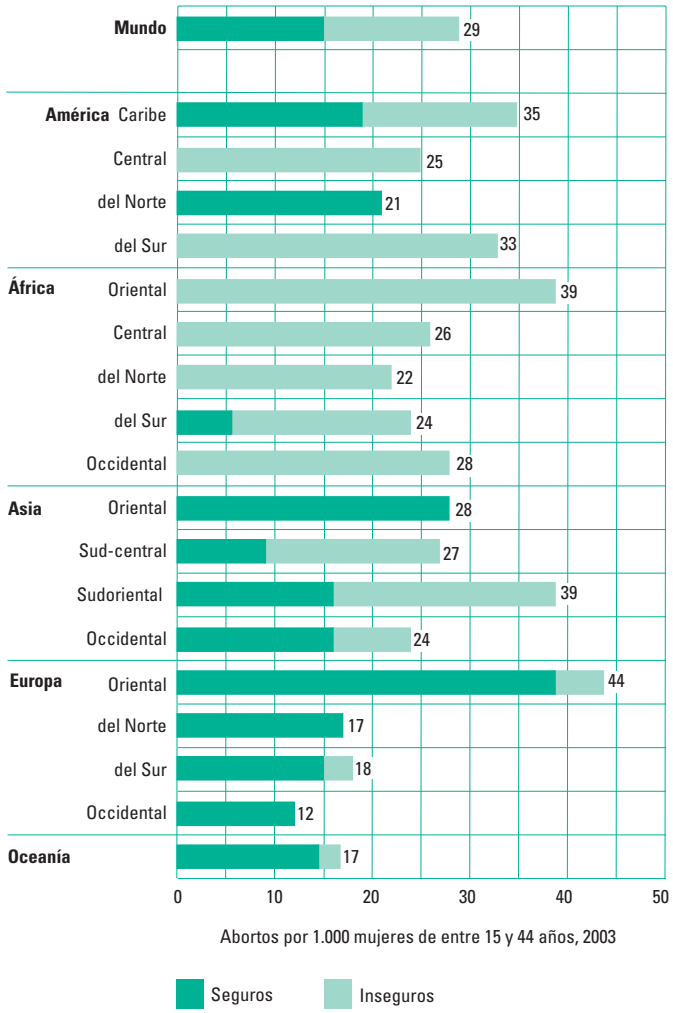
Las diferencias en los patrones de conducta conyugal y sexual, el estigma asociado con ser madre soltera, las políticas gubernamentales sobre población y salud sexual y reproductiva, los niveles de oposición religiosa a los métodos modernos de anticoncepción, las aspiraciones en cuanto al tamaño de familia deseado o la ausencia de programas para satisfacer las necesidades de las mujeres y las parejas en materia de anticoncepción explican las grandes variaciones en las tasas de aborto observadas dentro de las regiones y entre los países.

En África, por ejemplo, la tasa estimada de aborto es de 39 por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años en la zona oriental del continente, en comparación con 22 por cada 1.000 en África del Norte. En Asia, la tasa varía entre 24 por 1.000 en la subregión occidental y 39 por 1.0000 en la subregión sudoriental (esta última refleja la alta tasa registrada en Vietnam). La tasa subregional más baja del mundo se registra en Europa Occidental (12 por 1.000), mientras que la más alta se registra en Europa Oriental (44 por 1.000). En América Latina y el Caribe, la tasa de aborto oscila entre 25 por 1.000 en América Central y 35 por 1.000 en el Caribe;[43] la tasa correspondiente al Caribe se explica, en parte, por la alta tasa registrada en Cuba.

Los diferentes patrones de conducta sexual y las prácticas

GRÁFICO 3.3

Las tasas de aborto inseguro varían ampliamente de acuerdo a la subregión.



Notas Las subregiones están definidas en el Cuadro 2 del Apéndice.
Fuente Referencia 43.

anticonceptivas ayudan a explicar la gran variación en la tasa de aborto al interior de África. En los países mayormente musulmanes de África del Norte (la subregión africana con la tasa de aborto más baja), las relaciones sexuales adolescentes y extra-matrimoniales son menos frecuentes que en cualquier otro lugar del continente, y el uso de anticonceptivos es mayor que en cualquier otra subregión de África.[48] Es casi seguro que estos factores deriven en niveles más bajos de embarazo no deseado y aborto.

A diferencia de lo que ocurre en otras regiones, en Asia las políticas gubernamentales probablemente dan cuenta en mayor medida de los diferenciales en las tasas de aborto a lo largo de las subregiones. La tasa estimada de aborto en Asia Oriental (28 por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva), donde China impuso una política de población urbana en la década del ochenta que establece como límite un niño por familia y donde el aborto es legal bajo criterios amplios, determina en gran medida el promedio para toda la subregión.[43]

De manera similar, la tasa de aborto en Asia Sudoriental excede el promedio de Asia en su conjunto (39 frente a 29 por 1.000) en parte dada la alta tasa estimada para Vietnam. El gobierno vietnamita promulgó un número de leyes y reglamentaciones en la década del setenta y ochenta para promover las familias pequeñas, y en 1988 lanzó una política oficial que establece como límite un máximo de uno o dos hijos.[49] Durante este período, las diferentes opciones de anticoncepción estaban muy limitadas, y los servicios de aborto estaban ampliamente disponibles.[50,51] Las estadísticas gubernamentales correspondientes a 1996 indicaron que se llevaron a cabo 83 abortos por cada 1.000 mujeres—y esta tasa es incompleta, dado que sólo tuvo en cuenta servicios que fueron prestados por el sector público.[52] Desde entonces, las estimaciones se han vuelto cada vez menos fiables a la vez que los servicios de aborto han continuado desplazándose hacia el ámbito del sector privado, el cual no está obligado a proporcionar información al gobierno. Es de suponer que la incidencia estimada del aborto continúa siendo alta, dado que las encuestas no han dado como resultado un descenso, pero de todos modos las estimaciones definitivas son difíciles de obtener.

Las influencias religiosas también inciden en Asia Sudoriental. A pesar de que la ley de aborto de Filipinas es muy restrictiva, la tasa estimada de aborto en Asia Sudoriental en el 2000 fue de 27 por 1.000,[53] similar al promedio global. La fuerte influencia de la Iglesia Católica ha limitado seriamente el acceso de las mujeres a los métodos anticonceptivos modernos *, lo cual a su vez ha derivado en niveles muy altos de embarazo no planeado, especialmente entre las mujeres casadas de Filipinas.[54]

La baja tasa de aborto registrada en Europa Occidental, de 12 por 1.000— donde el procedimiento es ampliamente legal y está disponible en gran medida, y donde el uso regular de métodos anticonceptivos efectivos es muy alto[48]— proporciona un ejemplo de lo que puede lograrse a través de una excelente prestación de servicios anticonceptivos y de salud en general. Por el contrario, a pesar del descenso en la tasa de aborto luego de la caída de la Unión Soviética, Europa Oriental continúa teniendo altas tasas de aborto, elevando así la tasa promedio para la región en su conjunto.

La tasa de aborto en Europa Oriental es atípicamente elevada, y tiene sus orígenes en la geopolítica de la región que surgió luego de la Segunda Guerra Mundial. Desde la década del cincuenta hasta fines de la década del ochenta, el aborto era legal bajo criterios amplios en todos los paí-

* Los métodos clasificados como modernos son los métodos hormonales (incluyendo la píldora, la inyección y el parche), el DIU (incluyendo aquel que libera hormonas), la esterilización masculina y femenina, y el preservativo.

ses de esta subregión que integraban la Unión Soviética, y se convirtió en la principal forma utilizada por las parejas para limitar el tamaño de sus familias, dado que los servicios de aborto eran mucho más fáciles de obtener que los métodos anticonceptivos modernos de alta calidad. Más recientemente, el acceso a los anticonceptivos modernos ha aumentado en estos países— situación que ha derivado en un número creciente de mujeres que utilizan anticonceptivos para evitar los embarazos no planeados.[46,55–58]

La variación de la tasa de aborto entre los países es aún más grande que entre las regiones.[59–63] En los casos de los países cuyas estadísticas oficiales son de buena calidad (aquellas que se presume están completas por lo menos en un 80%) o que disponen de estimaciones fiables, la tasa oscila entre siete por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva en Túnez en el 2000 y 57 por 1.000 en Cuba en 2004.[45] La tasa de Cuba no representa la tasa de aborto más elevada que se haya registrado: Encuestas realizadas en tres países pertenecientes al ex bloque soviético a principios o mediados del 2000, revelaron tasas muy altas de 81 por 1.000 en Armenia, 103 en Georgia y 116 en Azerbaiyán, y las tasas reales serían incluso más altas si se tiene en cuenta que estos datos se consideran incompletos.[45,64]

La tasa de abortos inseguros también varía ampliamente de acuerdo a la región

Prácticamente todos los abortos inseguros que tuvieron lugar en 2003 fueron realizados en países menos desarrollados.[44] Asia Sud-central (6,3 millones), Asia Sudoriental (3,1 millones) América del Sur (2,9 millones) y el África Oriental (2,3 millones) son las subregiones que registran el número más elevado de este tipo de abortos.[6,43]

La tasa de aborto inseguro es insignificante en Asia Oriental (incluyendo a China), Europa Occidental y del Norte, Oceanía y América del Norte. En África, la tasa es más baja en la subregión meridional (18 por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años) y más alta en África Oriental (39 por 1.000). Si se excluye la subregión de Asia Oriental, las tasas subregionales en Asia fluctúan entre ocho por 1.000 en Asia Occidental y 23 por 1.000 en Asia Sudoriental;[43] la baja tasa en Asia Occidental refleja las experiencias de mujeres en países con amplio acceso a servicios de aborto seguro (Turquía, Armenia, Azerbaiyán).[45] En América Latina y el Caribe, la tasa de aborto inseguro en América del Sur es dos veces la tasa correspondiente a la subregión del Caribe (33 frente a 16 por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años), pero debido a la alta tasa de aborto seguro y legal en Cuba, la tasa de aborto para el Caribe en su conjunto es aproximadamente la misma que en América del Sur.[43]

Capítulo 4

Los servicios de aborto seguro se prestan bajo distintas modalidades

De los 21,9 millones de abortos seguros realizados en 2003, más de dos tercios (15,8 millones) tuvieron lugar en el mundo en desarrollo, principalmente en Asia (Gráfico 4.1).[43] En conjunto, Asia Oriental y Sud-central dan cuenta de más de la mitad de los abortos seguros, lo cual se debe, en gran parte, a la incidencia de China (8,8 millones de abortos seguros) e India (2,4 millones) respectivamente.* En otros lugares de Asia, se realizaron 2,1 millones de abortos en la región sudoriental (principalmente en Vietnam, Camboya y Singapur); las ex repúblicas soviéticas de Asia Central contribuyeron en 0,9 millones; y, de acuerdo a estimaciones, en Asia Occidental se realizaron 0,8 millones (principalmente en Israel, Turquía, Armenia, Azerbaiyán, Georgia). Los abortos seguros que se realizaron en Túnez, Sudáfrica, Cuba y un número de países pequeños también contribuyeron al total de abortos en los países en desarrollo. El resto de los abortos seguros, 6,1 millones, tuvieron lugar en el mundo desarrollado: 3,9 millones en Europa, 1,5 millones en los Estados Unidos y Canadá, y aproximadamente 600.000 en Japón, Australia y Nueva Zelanda.[44]

Cuando es llevado a cabo por médicos y personal de enfermería adecuadamente capacitados, que utilizan métodos modernos en condiciones higiénicas, el aborto inducido es un procedimiento médico muy seguro,[65] lo cual explica por qué prácticamente ninguna muerte materna en el mundo desarrollado es atribuible al aborto.[45,66]

Desde hace muchos años, se han demostrado las razones en materia de salud que justifican la legalización del aborto. En Rumania, la penalización del aborto en 1966 hizo que se disparara la tasa de mortalidad materna, la cual continuó siendo elevada hasta que nuevamente se legalizó el procedimiento en 1990, luego de lo cual la tasa disminuyó.[67] La mortalidad materna también descendió en Sudáfrica luego de la legalización del procedimiento en 1996: Se estima que las muertes a causa del aborto inseguro disminuyeron en un 91% entre 1994 y el período 1998-2001.[68] También disminuyó la severidad de las complicaciones de salud asociadas con el aborto inseguro en Sudáfrica, posiblemente debido al aumento en el uso del aborto con medicamentos y de la aspiración manual endouterina.[69] Es también probable que en la medida en que los servicios de aborto estuvieron disponibles, los servicios de atención post-aborto hayan mejorado; esto hubiera reducido la tasa de muertes entre las mujeres con complicaciones que precisaban tratamiento.

Los abortos seguros tienen lugar en una variedad de entornos

En los países donde el aborto es legal en términos amplios, los sistemas de prestación varían enormemente. En los países desarrollados que cuentan con sistemas de salud pública nacional, la interrupción del embarazo es a menudo parte de los servicios básicos disponibles. En Inglaterra y Gales, el 87% de los abortos realizados en 2006 fueron financiados por el National Health Service (el sistema de salud pública del Reino Unido)—39% en hospitales públicos y 48% en establecimientos privados bajo contrato con el gobierno.[70] En España, prácticamente todos los abortos son realizados en clínicas privadas, que reciben reintegros del estado.[71] En Suecia, la interrupción del embarazo hasta las 18 semanas de gestación es gratuita.[72] En los Estados Unidos, donde no existe un sistema de salud pública nacional, las interrupciones del emba-

* Es de suponer que otros cuatro millones de abortos en la India fueron llevados a cabo de manera insegura y fueron incluidos en las cifras correspondientes a aborto inseguro citadas anteriormente (fuente: referencia 44).

razo son realizadas en clínicas especializadas en aborto, otras clínicas, hospitales y consultorios de médicos particulares; la mayoría de estos establecimientos pertenecen al sector privado.[73] En China, donde la mayoría de las interrupciones del embarazo son realizadas utilizando la aspiración manual endouterina y el aborto con medicamentos, los establecimientos del sector público prestan servicios de aborto gratuitos en zonas rurales, pero en las zonas urbanas algunas mujeres pagan por estos servicios.[74] En la India, todos los abortos legales deben realizarse, en principio, en establecimientos registrados y aprobados por el gobierno.[75]

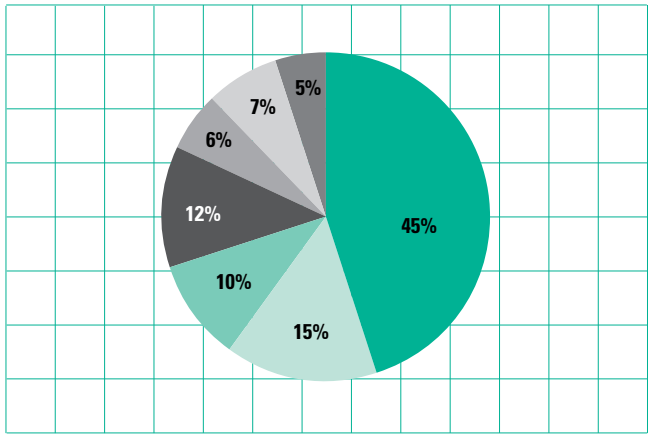
Hoy en día, la mayoría de los abortos seguros se realizan a través de la aspiración manual endouterina. Sin embargo, el uso del aborto con medicamentos—que generalmente requiere el uso de mifepristona (RU 486) y misoprostol, o ambos—está aumentando. La administración de estos medicamentos, a menudo en combinación, causa la expulsión de los productos del embarazo; el resultado es bastante parecido a un aborto espontáneo (pérdida).[76]

La combinación de mifepristona y misoprostol es utilizada en más de la mitad (56%) de los abortos realizados en Francia durante las primeras siete semanas de embarazo, y en proporciones similares en los abortos realizados durante las primeras nueve semanas en Escocia (61%) y Suecia (51%). El aborto con medicamentos es frecuentemente mucho menos utilizado para los abortos tempranos en Inglaterra y Gales, donde sólo el 18% de las interrupciones dentro de las nueve semanas contadas a partir del último período menstrual de una mujer se realizan a través de este método.[77] En los Estados Unidos, se estima que una de cada cinco interrupciones antes de las nueve semanas de gestación es realizada a través del aborto con medicamentos.[73]

Dada la importancia de proporcionar anticonceptivos y, de ser necesario, tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) a las mujeres que se hayan sometido a un aborto, lo ideal sería que los servicios de aborto seguro estuvieran integrados en un sistema conjunto de servicios de salud sexual y reproductiva. Otro argumento a favor de esta integración es que si los servicios de aborto son prestados de forma separada, en lugar de estar integrados a los otros programas de salud reproductiva, esto puede derivar en el refuerzo del estigma que continúa estando asociado al procedimiento, incluso en países desarrollados donde el aborto es legal desde hace décadas.[78] La integración de los servicios de aborto a los servicios de anticoncepción y otros servicios de salud reproductiva es deseable tanto en el sector público como en el privado, y es necesario obtener mayor información para poder determinar en qué medida está teniendo lugar este proceso de integración. Desafortunadamente, los prestadores de aborto del sector privado, quienes cumplen un rol muy importante en algunos países, por lo general se especializan sólo en los servicios de aborto, siendo escasa la cobertura que de los otros servicios. Por otro lado, en países donde los sistemas de salud pública son deficientes, o que

GRÁFICO 4.1

Más de dos tercios de todos los abortos seguros que tuvieron lugar en 2003 fueron realizados en Asia.



21,9 millones abortos seguros, 2003

Asia Oriental
Asia Centro Sur
Asia Sudoriental
Europa Oriental
Resto de Europa
América del Norte
Otras regiones

Nota "Otras regiones" incluye a Oceanía, Asia Occidental, África y América Latina y el Caribe.
Fuente Referencia 43.

prestan poco apoyo a los servicios de aborto seguro, el rol de los médicos particulares es obviamente importante para hacer que los servicios de aborto seguro estén disponibles—siempre y cuando las mujeres puedan solventar el costo de los mismos. En algunos casos ocurre que la prestación de los servicios de aborto por parte del gobierno es limitada o nula, y a su vez se genera una dependencia a recurrir a los servicios especializados que ofrece el sector privado. La combinación de estas circunstancias puede derivar en un acceso particularmente escaso a este tipo de servicios por parte de aquellas mujeres que se encuentran en situación de desventaja en términos económicos y de aquellas que viven en el medio rural.

Los lineamientos clínicos para la prestación de servicios de aborto seguro son claros

Los protocolos para la práctica del aborto seguro están ampliamente difundidos. Todos los procedimientos que se realizan en el primer trimestre a través de la aspiración manual endouterina o con medicamentos, pueden ser llevados a cabo en establecimientos de salud de nivel primario, por profesionales de la salud de nivel medio, tales como parteras y personal de enfermería; la dilatación y evacuación (DyE)[79], la dilatación y legrado (DyL) y los procedimientos con medicamentos durante el segundo trimestre son realizados de manera más apropiada en establecimientos de nivel secundario o terciario, y a menudo requieren los servicios de un ginecólogo o de un médico

CUADRO 4.1

Recomendaciones en materia de atención médica para la prestación de procedimientos de aborto seguro

Estándares recomendados	Procedimiento			
	Aspiración manual endouterina	Dilatación y legrado (DyL) o dilatación y evacuación (DyE)	Aborto temprano con medicamentos	
			Misoprostol solo	Mifepristona y miso-prostol
Edad gestacional apropiada	5–12 semanas (amplia evidencia); >12 semanas (escasa evidencia)	≥13 semanas	≤9 semanas	5–9 semanas (amplia evidencia); 10–12 sema-nas (escasa evidencia)
Tipo de prestador	Ginecólogos, médicos generalistas capacita-dos, prestadores capaci-tados de nivel medio	Ginecólogos, médicos generalistas capaci-tados	Prestadores capacita-dos de nivel medio	Ginecólogos, médicos generalistas capacitados, prestadores capacitados de nivel medio
Tipo de establecimiento	Establecimiento de atención primaria	Hospital regional, hospi-tal de nivel secundario o terciario	Establecimiento de atención primaria	Establecimiento de aten-ción primaria
Control del dolor	Sedación leve, analge-sia y/o anestesia local	Sedación leve o intensa, analgesia y/o anestesia local	Analgesia	Analgesia
Seguimiento	Observación luego del procedimiento; visita de seguimiento al prestador capacitado 7-10 días luego del procedimiento	Observación luego del procedimiento; visita de seguimiento al prestador capacitado 7-10 días luego del procedimiento	Observación clínica durante 4–6 horas luego de haber tomado la prostaglandina; si no se confirma el aborto completo, si el medicamento se toma en la casa o si la paciente se retira antes de las 6 horas, es necesario realizar un visita en 10-15 días para confirmar que el aborto está completado y que no existe infección	
Consejería y otros	Servicios de consejería sobre todos los métodos anticonceptivos y sobre cuándo iniciar la anticoncepción post-aborto; suministrar el método; suministrar anticoncepción de emergenci a, especialmente si la paciente no va a utilizar un método inmediatamente; consejería sobre la necesidad de protección contra las ITS/VIH y de utilizar preservativo; ofrecer servicios de detección de ITS/VIH si es posible			

generalista especialmente capacitado.*[7] Una consideración básica para determinar qué métodos son los más seguros es el tiempo de gestación (Cuadro 4.1, página 22).[7,80–82]

- *Procedimientos durante el primer trimestre.* Entre las semanas cinco y doce de gestación, la aspiración manual endouterina es un método quirúrgico altamente efectivo y seguro. De manera similar, el aborto con medicamentos (utilizando mifepristona seguida de misoprostol) ha demostrado ser extremadamente seguro y efectivo en las primeras nueve semanas de ambrazo.[7,83] Cuando el método utilizado es con medicamentos, es preciso que esté disponible la tecnología de la aspiración manual endouterina a modo de respaldo, ya sea en el mismo establecimiento o a través de derivación, para los casos de aborto fallido o incompleto.[7] Para abortos realizados entre las 10 a 12 semanas de gestación, aún se está evaluando la seguridad y efectividad de la mifepristona en combinación con el misoprostol, si bien los resultados de algunos estudios recientes apoyan el uso de este método.[80,84] Asimismo, y a pesar de ser menos efectivo que la combinación de mifepristona y misoprostol, el uso del misoprostol como único medicamento es una opción segura en el primer trimestre, especialmente si la mifepristona no está disponible.[81]

- *Luego del primer trimestre.* El método quirúrgico recomendado en el segundo trimestre es la DyE.[79] Si bien la DyL también se utiliza para procedimientos del segundo trimestre, es menos segura que los métodos de aspiración al vacío (está asociada a una mayor pérdida de sangre) y deriva en mayor dolor. El método con medicamentos recomendado luego de las 12 semanas de gestación es el uso de mifepristona seguida de misoprostol u

* DyE es una técnica quirúrgica para evacuar el contenido del útero a través de la aspiración al vacío . DyL (también conocido como raspado o curetaje) es una técnica quirúrgica para evacuar el contenido del útero utilizando un elemento cortante denominado cureta, que puede ser de plástico o de metal.

	Aborto tardío con medicamentos
	Mifepristona seguida de dosis repetidas de misoprostol o prostaglandinas vaginales
	≥13 semanas
	Ginecólogos, médicos generalistas capacitados, prestadores capacitados de nivel medio
	Hospital regional, hospital de nivel secundario o terciario
	Analgesia
	Observación clínica hasta que sean expulsados el feto y la placenta; se recomienda realizar una segunda visita en dos semanas para confirmar la ausencia de infección
	Fuentes Referencias 7 y 80–82.

otra prostaglandina.[7] De todos modos, algunos estudios indican que el misoprostol solo puede ser utilizado de manera segura para embarazos de esta duración.[80,82]

Estas recomendaciones en relación a los límites de tiempo, basadas en protocolos comprobados clínicamente, se dan más bien a modo de sugerencia y no tienen carácter obligatorio. Por ejemplo, la mayoría de los prestadores capacitados pueden realizar una aspiración manual endouterina hasta las 12 semanas cumplidas de embarazo, mientras que otros que están especialmente capacitados y cuentan con experiencia suficiente y equipamiento y suministros apropiados, pueden utilizar este procedimiento de manera segura hasta las 15 semanas de gestación[85]—y de acuerdo a algunos estudios, hasta las 18 semanas.[86] La mayor seguridad y efectividad de la aspiración manual endouterina por sobre la DyL ha sido aceptada desde hace bastante tiempo.[87] La aspiración manual endouterina tiene la ventaja adicional de que no requiere una fuente de energía eléctrica y de que es un método conveniente que puede ser utilizado por trabajadores de la salud de nivel medio adecuadamente capacitados.

En los setenta países con leyes de aborto liberales, por lo general el aborto está permitido sin restricción durante el primer trimestre.[19] Sin embargo, en países que permiten procedimientos durante el segundo trimestre, la proporción de abortos llevados a cabo luego de las 12 semanas es baja. En los Estados Unidos, esta proporción fue del 11% en 2004;[88] en el Reino Unido, fue del 11% en 2006;[70] y en Francia, fue del 6% en 2002.[89] No existen datos disponibles sobre la proporción de abortos llevados a cabo luego de las 12 semanas en China e India, los dos países que dan cuenta de aproximadamente la mitad de todos los abortos seguros.

Debido a su seguridad y simplicidad, es probable que aumente el uso del aborto con medicamentos

En muchos países menos desarrollados, la mifepristona no está disponible legalmente, y el misoprostol, aunque en general sí está disponible, no está aprobado para ser utilizado con el objeto de inducir el aborto (fue originalmente desarrollado para la prevención de úlceras gástricas). Esta situación está cambiando, sin embargo, y el acceso al aborto con medicamentos está aumentando alrededor del mundo. En los últimos años, se ha reconocido en forma creciente el potencial que ofrece el aborto con medicamentos para ampliar el acceso a la interrupción segura del embarazo.[76] Por otra parte, de acuerdo a la evidencia existente, la cual es cada vez mayor, se puede afirmar que la capacitación del personal de nivel medio de los servicios de salud para el uso de esta técnica, genera condiciones de seguridad y permite obtener una buena relación costo-efectividad.[7,83]

Los protocolos que regulan el uso del aborto con medicamentos a menudo requieren la administración del misoprostol 48 horas luego de la administración de la mifepristona. La mayoría de los embarazos se interrumpen dentro de las 24 horas de haber administrado el misoprostol, pero el proceso puede durar hasta dos semanas hasta ser completado.[76] Por este motivo, el protocolo requiere al menos dos visitas al prestador, lo cual no siempre es posible si se tiene en cuenta que hay mujeres que tienen que recorrer una gran distancia para poder ser atendidas. De todos modos, en algunos países se les entrega a las mujeres el misoprostol para que puedan completar el proceso en sus casas, evitando de esta manera la necesidad de tener que realizar una segunda visita.

La investigación sobre el aborto con medicamentos utilizando sólo misoprostol está en curso. Un estudio reciente llevado a cabo en seis países con la participación de más

de 2.000 mujeres embarazadas de hasta nueve semanas, arrojó como resultado que con tres dosis de 800 mg de misoprostol (tomadas en el curso de 9 a 36 horas) fue posible interrumpir completamente el embarazo en el 85% de los casos.[90]

Si bien el uso más extendido del aborto con medicamentos (misoprostol solamente o en combinación con mifepristona) pude ayudar a mejorar la prestación del aborto en países caracterizados por la escasez de recursos, es importante poner a prueba su viabilidad y nivel de aceptación cuando es introducido en nuevos entornos. Algunos estudios han puesto a prueba el método con medicamentos en varias edades gestacionales, en contextos de bajos recursos, y han identificado soluciones viables para los problemas que pueden surgir eventualmente.[91,92] Por ejemplo, en áreas rurales, los establecimientos de atención primaria que suministran la medicación deberían contar con un sistema efectivo de derivación que esté operativo, para tratar a las mujeres que experimentan una inducción fallida.[76] Cuando el misoprostol es utilizado solo, como único medicamento, la proporción de mujeres que tienen abortos incompletos se eleva conforme el tiempo de gestación,[86] y las mujeres que experimentan una interrupción fallida necesitarán atención médica en una clínica u hospital para completar el proceso de manera segura. Los posibles riesgos que eventualmente pueden derivar de la utilización de este método –experimentar un aborto incompleto y/o efectos secundarios potenciales tales como náuseas, calambres y diarrea– deben ser considerados frente a los serios riesgos para la salud a los que están expuestas las mujeres que se someten a métodos de aborto sumamente inseguros.

Los costos del aborto seguro pueden variar ampliamente

Existen pocas estimaciones sobre cuánto cuesta habitualmente un aborto seguro. En los Estados Unidos, el costo promedio de un aborto durante el primer trimestre realizado en una clínica y con aplicación de anestesia fue de 413 dólares en 2004.[88] En algunos países en los cuales los servicios de salud son prestados a nivel nacional, tales como Dinamarca, Alemania, Rumania y el Reino Unido, los abortos realizados a través de un prestador del sector público son gratuitos o están disponibles a un costo muy bajo. En otros países, existen varios sistemas para gestionar reintegros. Por ejemplo, en Finlandia, donde el procedimiento es gratuito bajo el sistema de salud pública nacional, las mujeres deben, no obstante, pagar los honorarios del hospital (entre 85 y 145 dólares); en Francia,

No siempre es posible acceder a los servicios de aborto seguro

En algunos países donde el aborto se ha legalizado bajo criterios amplios—ya sea recientemente o hace décadas—existen barreras administrativas de varios tipos que dificultan el acceso al aborto seguro,[1] o los servicios de aborto legales no están ampliamente disponibles. Como resultado, muchas mujeres con embarazos no deseados continúan recurriendo a prestadores sin la capacitación adecuada o a prestadores tradicionales—cuyos servicios son habitualmente accesibles y económicos, pero a menudo riesgosos—y otras se auto-inducen el aborto.

Hay muchas explicaciones para esta situación. Los prestadores de salud pueden negarse a acatar la legislación; las mujeres y los prestadores a menudo desconocen las reformas a la ley; y las disposiciones administrativas (leyes de consentimiento de los padres o del cónyuge, períodos de espera, consentimiento para realizar el procedimiento por parte de varios médicos) pueden hacer que el aborto legal sea casi imposible de obtener para la mayoría de las mujeres, con excepción de aquellas que son más perseverantes y están mejor informadas.[2] Otros motivos que contribuyen al problema son las limitaciones propias del servicio, incluyendo la escasez de establecimientos preparados para prestar servicios de aborto legal, la falta de profesionales de la salud capacitados en técnicas seguras tales como la aspiración manual endouterina,[3] y la oposición al aborto por parte de algunos profesionales de la salud capacitados.[4]

Estudios en países como Zambia, India y Sudáfrica confirman la existencia de estas barreras, proporcionando ejemplos específicos. En Zambia, donde el aborto es legal por causales de índole socioeconómica desde 1994, tres factores claves hacen que el procedimiento sea inaccesible para la mayoría de las mujeres: Hay un solo médico por cada 8.000 individuos, pero las mujeres que quieren realizarse un aborto deben obtener el consentimiento de tres profesionales; muchos médicos no realizan procedimientos de aborto por motivos religiosos o por otros motivos éticos; y el costo de un aborto legal en los pocos hospitales que ofrecen el servicio es realmente prohibitivo.[5]

En la India, el aborto es legal desde hace más de tres décadas; sin embargo, un análisis reciente estimó que se realizan tres abortos inseguros por cada dos seguros, y que muchos de estos procedimientos seguros se llevan a cabo en establecimientos que carecen de certificación oficial.[6] Una de cada siete muertes maternas en la India se produce como consecuencia de un aborto que fue realizado en condiciones de riesgo.[7]

El sistema de prestación de servicios de aborto en la India tiene muchos defectos. La mayoría de los prestadores pertenecen al sector privado y cobran honorarios elevados. Por otro lado, las condiciones de los establecimientos de salud pública designados para realizar los abortos son a menudo deficientes.[8] Hay sólo 10 centros de aborto por un millón de personas, y la mayoría están situados en áreas urbanas, a pesar de que más del 70% de las mujeres indias viven en zonas rurales.[9] Los centros de aborto a menudo operan bajo condiciones de higiene deficientes; muchos no disponen de agua o cuartos de baño, y no pueden ofrecer a las clientas privacidad o una mesa de operaciones limpia. La escasez de equipamiento médico, analgésicos, y medicamentos antihemorrágicos, junto con el suministro irregular de energía, impiden la prestación de servicios seguros y confiables.[10] Con frecuencia escasean los profesionales capacitados para realizar abortos, están inadecuadamente capacitados o no se sienten seguros respecto de sus propias habilidades.[11] Otros

donde el costo promedio oscila entre 246 y 354 dólares, la cobertura del sistema de salud se hace cargo del 80% del costo para la mayoría de las mujeres, pero el procedimiento para las mujeres pobres es gratuito. El costo de un aborto realizado por un prestador privado puede ser bastante alto—desde 40 dólares (más el costo de los análisis de sangre) en Albania hasta entre 226 y 305 dólares en Alemania, entre 388 y 1.085 dólares (y sin cobertura del sistema de salud) en Austria y entre 881 y 979 dólares en el Reino Unido.[93]

En países en desarrollo con leyes de aborto restrictivas, la necesidad de discreción a menudo implica que los prestadores pueden cobrar lo que sea que el mercado tolere. Encuestas llevadas a cabo en Guatemala, Pakistán y Uganda han concluido que el costo de un aborto clandestino con asistencia de un profesional médico varía considerablemente, dependiendo no sólo del país en particular, sino también de si la mujer que va a someterse al procedimiento vive en una zona rural o urbana, y de si tiene dinero o es pobre.[15,94,95] Esto sugiere que los médicos en estos países ajustan sus honorarios de acuerdo al poder adquisitivo de la mujer.

En la India, donde el aborto está permitido legalmente bajo criterios amplios, dos estudios llevados a cabo entre 2001 y 2002 concluyeron que el costo promedio de un procedimiento durante el primer trimestre en un establecimiento de alta calidad era de alrededor de entre 16 y 20 dólares.[36,96] Poco se sabe acerca del costo de un aborto seguro en otro países en desarrollo donde el aborto está legalizado de manera amplia. Los abortos (así como otras modalidades de servicios de salud) son supuestamente gratuitos en Cuba. En Vietnam se están expandiendo los servicios de aborto prestados por médicos particulares, pero no existe información disponible sobre el costo aproximado de los honorarios que se cobran.

Muchos tipos de obstáculos pueden impedir el acceso de las mujeres a los servicios legales y seguros

Existe una amplia variedad de barreras que pueden dificultar o prácticamente imposibilitar el acceso al aborto seguro, aún en los lugares donde este procedimiento es

impedimentos incluyen el escaso conocimiento por parte de la población de que el aborto es legal en la India, y la imposición de honorarios elevados.[12] A su vez, algunas mujeres recurren a abortos inseguros debido a la gran cercanía, el menor costo y la confidencialidad de los prestadores tradicionales (en comparación con los profesionales médicos).[13]

Otro obstáculo surge a raíz de que los establecimientos autorizados para realizar el aborto en la India se rehúsan de manera sistemática a llevar a cabo un aborto si la mujer concurre sola, si no está casada o si está casada pero no tiene hijos. Si bien no está requerido por ley, el consentimiento del esposo y de otros miembros de la familia de la mujer que acude a realizarse el aborto es a menudo una condición para el servicio.[14] Como consecuencia de este tipo de factores, muchos abortos en la India todavía se realizan en condiciones inadecuadas,[12] derivando en una situación que, tal como fue descrita por un experto, se caracteriza por la "coexistencia de servicios legales que son inseguros y servicios seguros que son técnicamente ilegales."[15]

En Sudáfrica, los investigadores estiman que se producen dos abortos inseguros por cada aborto seguro realizado.[16] Una encuesta realizada con el apoyo del gobierno en el año 2000, tres años después de que los servicios de aborto comenzaran a estar oficialmente disponibles, arrojó como resultado que en realidad sólo un tercio de los 292 establecimientos designados por el gobierno para ofrecer servicios estaban funcionando.[17] Muchas mujeres sudafricanas desconocen que el aborto está actualmente permitido por ley sin restricción en cuanto a las razones durante el primer trimestre. Por ejemplo, un estudio realizado en una provincia concluyó que el 32% de las mujeres que acuden a clínicas de salud de la comunidad no estaban al tanto de que el aborto es legal; en zonas rurales, la proporción fue del 40%. De las mujeres que sí sabían acerca de la legalidad del aborto, sólo la mitad tenía conocimiento acerca del límite gestacional estipulado por la ley.[18] A las adolescentes que solicitan servicios de aborto en Sudáfrica a menudo se les niegan los mismos, argumentando que su edad no les permite tomar una decisión informada,[19] aún cuando un alto tribunal haya ordenado lo contrario.[20]

Algunas parteras sudafricanas que trabajan en el área de prestación de servicios de aborto alegan que los gerentes de las clínicas no les proporcionan el equipamiento, los suministros y las supervisión necesarios; que algunos de sus colegas, así como miembros de la comunidad, las acosan e intimidan por ofrecer estos servicios; y que muchos médicos se niegan a realizar abortos durante el segundo trimestre.[21]

Estas evaluaciones proporcionan varias lecciones. Obviamente, es difícil prestar buenos servicios de aborto en un contexto en el que los servicios de salud pública son limitados en términos generales. Asimismo, lleva tiempo lograr que los servicios sean conocidos y aceptados. Por último, es importante que se garantice el acceso a los servicios de aborto seguro no sólo a través de los establecimientos de salud pública, sino también a través de los prestadores privados; en países como la India, donde no se dispone de transporte público o el mismo es demasiado caro para muchos individuos, el trabajo de muchos de estos prestadores puede ser necesario.

legal. En muchos países, particularmente en aquellos que pertenecen al mundo en desarrollo, la información pública acerca del estatus legal del aborto y los derechos de las mujeres al aborto legal suele ser escasa (ver cuadro, página 24). Los médicos pueden negarse a prestar servicios de aborto aduciendo motivos de conciencia. Puede ocurrir, también, que los trabajadores de la salud no puedan derivar a las mujeres que desean interrumpir su embarazo a un establecimiento adecuado. El acceso a los servicios seguros puede estar geográficamente limitado, o comprometido por la escasez de prestadores capacitados o por requerimientos que estipulan que el procedimiento sea realizado sólo por un médico, o en un hospital u otro establecimiento acreditado.[28] Los límites gestacionales, la necesidad de consentimiento del cónyuge o de los padres, y los períodos de espera obligatoria o la consejería pueden disuadir a algunas mujeres de obtener estos servicios. Las barreras de índole financiera también son frecuentes: Si los servicios de aborto son caros, o si están excluidos del sistema de reintegro bajo los planes de cobertura de salud privados y públicos, puede ocurrir que muchas adolescentes (que a menudo cuentan con escasos recursos propios) y las mujeres que viven en situación de pobreza, no puedan disponer de los medios necesarios para solventar los costos del procedimiento.

Las mujeres con VIH, las adolescentes y aquellas que están marginadas por ser pobres, por motivos étnicos, por vivir en zonas rurales o por estar desempleadas (en lugares donde la cobertura de salud está basada en el empleo) pueden tener que afrontar otros obstáculos más sutiles. Es posible que los sistemas de salud estigmaticen a las mujeres que recurren en búsqueda de servicios de salud reproductiva, les nieguen el suministro de analgésicos durante un aborto o requieran la autorización del cónyuge o de un tercero (aunque esto no esté estipulado por ley). El estigma social que recae sobre los prestadores de servicios de aborto constituye otra barrera, dado que estos pueden dejar de prestar este tipo de servicios.[21]

Capítulo 5

Leyes restrictivas y aborto inseguro

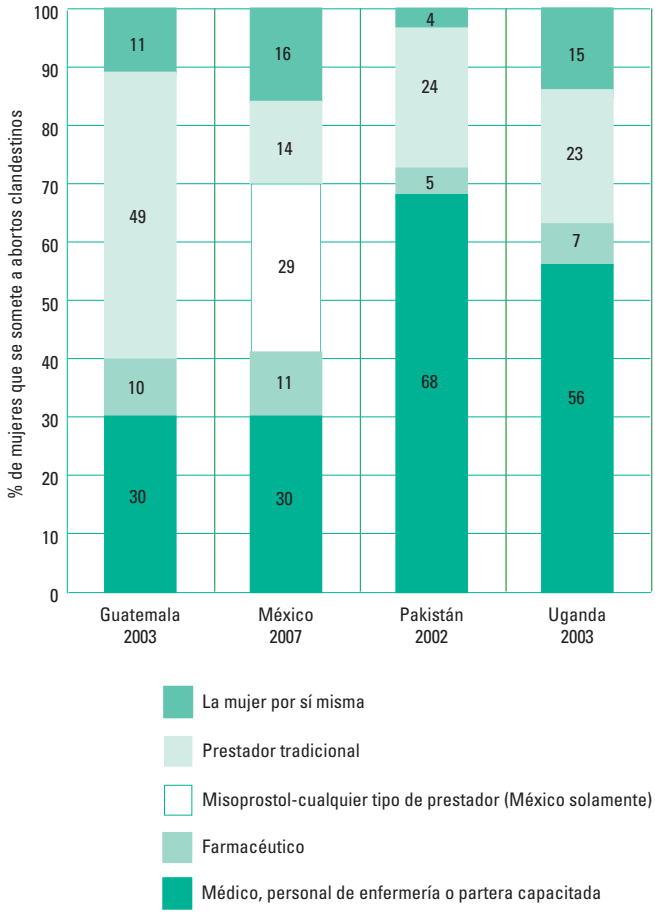
La interrupción del embarazo es una práctica universal: Ocurre en todas partes del mundo—este y oeste, países desarrollados y en desarrollo, ricos y pobres—y entre mujeres de todo tipo, solteras y casadas, adolescentes y de mayor edad. Sin embargo, en las regiones menos desarrolladas que tienen leyes de aborto restrictivas, (en los cuales el aborto es permitido en términos limitados) muchas mujeres—en especial aquellas que son pobres y no pueden solventar el costo de los procedimientos seguros—interrumpen embarazos no deseados por sí mismas, o en manos de personal no especializado a través de métodos inseguros. Al hacer esto, ponen en riesgo su salud e incluso sus vidas.

Una gran cantidad de información esencial sobre el aborto inseguro en países en desarrollo, proviene de estudios realizados sobre mujeres que fueron hospitalizadas para el tratamiento de complicaciones. Si bien estos estudios son útiles para documentar la carga que imponen los abortos inseguros sobre los servicios de salud, y para proporcionar información detallada sobre las experiencias de las mujeres que buscan atención post-aborto, tienen limitaciones importantes en dos sentidos: omiten información sobre la gran cantidad de mujeres que se someten a abortos en condiciones de clandestinidad y sin experimentar complicaciones, y no incluyen tampoco a las mujeres que experimentan complicaciones pero no obtienen atención médica.

Para obtener un panorama más amplio de la situación, los investigadores en un número de países en desarrollo, han encuestado en las últimas décadas a profesionales de la salud con conocimiento sobre los modos en que se realizan los abortos clandestinos en sus países, o han realizado encuestas a mujeres en el ámbito de la comunidad — incluyendo a aquellas que se han realizado abortos, y

GRÁFICO 5.1

Los prestadores de aborto clandestino varían ampliamente en algunos países menos desarrollados.



Nota Es posible que la suma de los porcentajes no sea igual a 100 debido al redondeo.

Fuente Referencias 15, 60, 98 y 99.

que en algunos casos han sido hospitalizadas para el tratamiento de complicaciones derivadas de abortos inseguros. Los datos proporcionados en este capítulo se obtuvieron, mayormente, a partir de encuestas a profesionales de la salud realizadas en Guatemala, México, Pakistán, Perú y Uganda, y de estudios de corte transversal sobre mujeres en Burkina Faso, Costa de Marfil, Nigeria, Filipinas y Tailandia (ver Apéndice de datos y métodos página 56).

Las condiciones bajo las cuales se lleva a cabo la práctica del aborto inseguro varían ampliamente

En países con leyes de aborto restrictivas, las circunstancias bajo las cuales las mujeres interrumpen sus embarazos, o experimentan abortos incompletos, difiere de un contexto a otro. La elección del método o del prestador que realice la mujer depende de los métodos tradicionales conocidos y utilizados en su comunidad, del tipo de prestadores que existan en la comunidad, de la disponibilidad de médicos capacitados y personal de enfermería preparados para la práctica del aborto a pesar de las restricciones legales y, en años recientes, de si el misoprostol puede ser obtenido con facilidad. Otro factor, es, por supuesto, cuánto dinero puede destinar una mujer para pagar la interrupción de un embarazo.

Es probable que la mujer que busca un aborto clandestino, o el prestador a quien recurre para realizar la consulta, prueben una serie de técnicas tradicionales de variada eficacia y perjuicio: pociones de hierbas, manipulación enérgica del abdomen, inserción de varillas y otros objetos dentro de la vagina, el cuello del útero o el útero, ingesta de productos caseros o esfuerzo físico (ver recuadro). Muchas de estas técnicas representan una amenaza grave para la salud de la mujer, y a veces incluso para su vida. Si estos métodos fallan y no se logra una interrupción completa del embarazo, es posible que la mujer recurra a farmacéuticos, personal de enfermería o a médicos que se sabe prestan servicios de aborto.

Los métodos de aborto tradicionales son a menudo peligrosos

Las mujeres y los prestadores no capacitados utilizan diferentes tipos de métodos tradicionales o de índole no médica para interrumpir embarazos no deseados. A continuación, se describen estos métodos.

La inserción dentro de la vagina o del cuello del útero de un catéter u otros objetos extraños, tales como botellas rotas, ramas, agujas de tejer, bolsas pequeñas conteniendo arsénico, cables, varillas, cañas, plantas de mandioca, polvo de bermellón puro, perchas, otros objetos metálicos, hisopos embebidos en ácido, sustancias corrosivas, hierbas medicinales, jabones, permanganato de potasio, sulfato de cobre, aluminio, sal de roca, glicerina, acriflavina o espinas de suidi (un tipo de cactus que originario de la India).

La introducción de líquidos dentro de la vagina, tales como agua jabonosa, detergentes, peróxido de hidrógeno, lejía, alquitrán, infusiones de hierbas, bebidas carbonatadas, gasolina o soluciones salinas.

La ingesta de alcohol, altas dosis de Alka-Seltzer, aceite de ricino, lejía, gasolina, cenizas, té elaborado con raíces hervidas u hojas frescas, o un brebaje preparado con una mezcla de excrementos hervidos de animales de granja.

La participación en actividades físicas traumáticas o perjudiciales, tales como saltar, caer, trepar árboles, tener sexo violento, realizar actividad física en exceso o llevar cargas pesadas.

La ingesta de productos farmacéuticos, incluyendo aspirinas, pastillas para dormir, quinina, grandes dosis de cloroquinina, medicación hormonal por vía oral, o fármacos veterinarios (por ejemplo, Iliren).

La manipulación del abdomen, a menudo localizando la masa fetal por palpación externa y el posterior intento de dislocarla, por medio de masajes bruscos y de una fuerte compresión del bajo abdomen.

Probar otras técnicas características de la zona, tales como usar un tubo de goma, un tubo de bolígrafo o un sorbete para soplar aire dentro del útero con el fin de inducir el trabajo de parto; frotar una pasta de hierbas por sobre un tatuaje alrededor de la cintura; ayunar; inhalar el vapor de la cocción de comidas elaboradas a base de ciertas hierbas; fumar estiércol de vaca; atar el estómago; lavar el vientre; utilizar hierbas a modo de vestimenta; y presionar una piedra de afilar caliente, envuelta en tela, contra el abdomen.

A menudo las mujeres se encuentran tan desesperadas que están dispuestas a probar muchas estrategias

Victoria estaba embarazada de dos meses cuando tomó por su cuenta la decisión de interrumpir su embarazo. Primero bebió algunas hierbas locales en su casa, sin obtener ningún resultado. Luego consultó a un curandero tradicional, quien insertó hojas en su vagina, causando dolor moderado y lesiones. Sin embargo, aún estaba embarazada, por lo que recurrió a un químico, que le suministró pastillas. Experimentó un sangrado leve, y el dolor y las lesiones persistieron. Finalmente, recurrió a una enfermera en una clínica privada, donde le realizaron un procedimiento de dilatación y legrado, el cual logró interrumpir su embarazo.[97]

—Testimonio anónimo obtenido de la encuesta a mujeres nigerianas realizada en el período 2002-2003

En su primer intento de inducirse un aborto, Mary tomó aspirina pero siguió estando embarazada. Luego probó bebiendo licor elaborado localmente, saltando, tomando remedios herbales y recurriendo a un curandero tradicional que le hacía masajes. Ninguno de estos métodos funcionó. Mary encontró finalmente un modo de poder pagar la hospitalización y el aborto quirúrgico. Transcurrieron dos semanas desde que Mary comenzó a realizar los seis intentos para interrumpir su embarazo.[54]

— Testimonio anónimo obtenido de la encuesta a mujeres filipinas realizada en 2004

En muchos países pobres, en especial en áreas rurales, las habitantes frecuentemente acuden a los servicios de prestadores tradicionales, incluyendo curanderos, herbolarios, parteras, y asistentes de parto (llamadas dais en Pakistán e India, chamanes en Perú y comadronas en muchos países de América Latina), a farmacéuticos y proveedores del mercado que comercializan remedios de bajo costo y medicamentos de venta libre, así como también a embaucadores y curanderos. Dado que estos prestadores son conocidos, y prestan servicios accesibles y asequibles, a menudo cumplen un papel importante, ayudando a las

familias pobres y rurales a encontrar soluciones para cualquier tipo de necesidad que éstas tengan en materia de atención sanitaria. Es probable que estos practicantes tradicionales, en ámbitos donde también asisten en interrupciones del embarazo, recomienden o utilicen métodos extremadamente peligrosos y a menudo ineficientes, cuyo costo, no obstante, debe ser solventado por las mujeres.

Los datos obtenidos de las Encuestas a Profesionales de la Salud en Guatemala, México, Pakistán y Uganda ponen de manifiesto la gran discrepancia en las fuentes del aborto (Gráfico 5.1, página 25).[15,60,98,99] Por ejemplo, los encuestados estiman que el uso de prestadores tradicionales es bajo en México (14%), pero muy elevado en Guatemala (49%), un país mucho más pobre y rural. La probabilidad de que las mujeres acudan a un farmacéutico es relativamente baja en los cuatro países (entre 5 y 11%). Sin embargo, en México, es de suponer que tres de cada 10 mujeres que se someten a un aborto utilizan misoprostol.* Algunas mujeres compran este medicamento en farmacias, y algunas los obtienen a través de proveedores del mercado o por otros medios. (Para una discusión sobre las implicancias positivas del uso creciente de misoprostol para la seguridad del aborto en algunos países, ver cuadro en página 32). Se estima que el nivel de dependencia de médicos, personal capacitado de enfermería, y parteras-enfermeras (enfermeras universitarias capacitadas en obstetricia) es muy elevado en Pakistán y Uganda (56 y 68% respectivamente), pero mucho más bajo en los dos países latinoamericanos (30%). Se estima que entre un 4 y un 16% de los abortos que tienen lugar en estos cuatro países son autoinducidos.

Es más probable que las mujeres pobres y aquellas que viven en zonas rurales utilicen los servicios de prestadores tradicionales, o intenten inducirse ellas mismas el aborto; en cambio, es más probable que las mujeres que tienen una mejor situación económica y aquellas que viven en el medio urbano recurran a médicos o personal de enfermería. Un estudio de corte transversal llevado a cabo en Ouagadougou, la capital de Burkina Faso, arrojó como resultado que aproximadamente tres de cada cinco mujeres que se habían sometido a un aborto, habían recurrido a un profesional de la salud para realizarse el procedimiento.[100] En Guatemala, México, Pakistán y Uganda, la costumbre de acudir a una farmacia, aunque es relativamente infrecuente, no difiere sustancialmente en función de la riqueza o el lugar de residencia.[15,60,98,99]

En Guatemala, las mujeres del medio rural que son pobres tienen tres veces más probabilidades de someterse a un aborto inducido por un prestador tradicional que aquellas mujeres que no son pobres y viven en el medio urbano (60% frente al 18%); además, tienen mucho menos posibilidades de acceder a los servicios de un médico que estas últimas (4% frente al 55%). Entre estos dos extremos se ubican las mujeres que no son pobres que viven en el medio rural y las mujeres pobres que viven en el medio urbano, de las cuales el 11% y el 28% respectivamente, acuden a un médico.[98] Las mujeres no pobres del medio rural pueden llegar a costearse el viaje hasta un establecimiento médico urbano, o a acudir a un médico particular, mientras que las mujeres pobres del medio urbano, que tal vez vivan en las cercanías de dichos establecimientos o de los lugares en donde se desempeñan los prestadores de salud capacitados, pueden sin embargo carecer de los recursos necesarios para costear estos servicios.

Los médicos y personal de enfermería habitualmente practican procedimientos de aborto, especialmente en las zonas urbanas

Según parece, en los cuatro países, los médicos y el personal de enfermería juegan un papel más destacado en la prestación de servicios para las mujeres del medio urbano que para aquellas del medio rural—en parte, por supuesto, porque la mayoría de los médicos trabajan en zonas urbanas, pero también porque las mujeres del medio urbano disponen de ingresos familiares más altos, en promedio, que las mujeres del medio rural, lo que les permite estar en mejor situación para solventar los honorarios médicos. Sin embargo, en Pakistán y Uganda, la intervención de los médicos, aún en las zonas rurales, es considerablemente más alta que en México y Guatemala (Cuadro 5.1).[15,60,98,99]

La relación entre el lugar de residencia de las mujeres y el nivel de ingresos, y la utilización de los servicios de prestadores médicamente capacitados es aún mayor en Perú: de acuerdo con estimaciones de la Encuesta a Profesionales de la Salud realizada en el año 2000, casi todas la muje-

TABLA 5.1

Porcentaje estimado de abortos clandestinos realizados por médicos, por lugar de residencia y país.

País	Medio Urbano	Medio Rural
Guatemala	32	8
México	26	9
Pakistán	41	22
Uganda	42	16

Notas *Sólo en el Distrito Federal (Ciudad de México). †Sólo en el Territorio de la Capital,Tasmania, Victoria y Australia Occidental.
Fuente Referencias 15, 60, 98 y 99.

* Los profesionales de la salud en Guatemala, Paquistán y Uganda no fueron consultados acerca del misoprostol, dado que se consideró que este método no era ampliamente utilizado en esos países al momento en que fueron realizados los estudios (entre 2002 y 2003).

res urbanas no pobres que interrumpieron sus embarazos (98%) habían obtenido servicios de aborto por parte de un prestador profesional (77% por parte de un médico y 21% por parte de una partera o enfermera capacitadas). Por el contrario, sólo el 35% de los abortos entre las mujeres pobres del medio rural habían sido realizados por un prestador médico capacitado.[63]

En forma similar, en Nigeria, donde la dependencia de profesionales de la salud capacitados es particularmente habitual, una encuesta nacional basada en hogares realizada en 2002 concluyó que aproximadamente seis de cada 10 mujeres no pobres que habían abortado, se habían sometido a un procedimiento médico llevado a cabo en una clínica u hospital, en comparación con sólo tres de cada 10 mujeres pobres.[97] Y en un estudio basado en la comunidad realizado en 1998 en la capital de Costa de Marfil, seis de cada 10 mujeres que informaron haberse realizado un aborto, lo habían hecho a través de un procedimiento quirúrgico.[101]

La propagación de métodos de aborto relativamente simples, tales como la aspiración manual endouterina y el misoprostol, ayuda a explicar el papel destacado que juegan los profesionales médicos en muchos países donde las leyes de aborto son restrictivas. Asimismo, debido a una creciente demanda de servicios de aborto seguro por parte de las mujeres pobres, y a que cada vez hay más médicos y personal de enfermería que admiten que incluso las mujeres pobres están dispuestas a pagar procedimientos seguros, pareciera ser que el panorama general de los servicios de aborto clandestino en muchos países en desarrollo está cambiado en forma sostenida.

GRÁFICO 5.2

Se considera que es más probable que las mujeres pobres, en comparación con las no pobres, experimenten complicaciones derivadas del aborto que requieren tratamiento.

Fuente Referencias 15, 60, 98 y 99.

Los altos costos impiden a muchas mujeres pobres obtener servicios de aborto seguro

En general, cuanto menos especializado está el prestador, menor es el costo del procedimiento de aborto para la mujer—y mayor la probabilidad de que las técnicas que éste utiliza sean peligrosas y deriven en complicaciones. En países de bajos ingresos con leyes de aborto restrictivas, el costo es a menudo una barrera fundamental que impide a las mujeres pobres poder interrumpir un embarazo no deseado en condiciones de seguridad. En un sentido muy real, entonces, la capacidad de pago de las mujeres puede asegurarles una mayor probabilidad de seguridad.

En Guatemala, donde el 37% de la población vive con 2 dólares o menos por día,[102] el costo estimado de un aborto llevado a cabo por un médico particular, o en una clínica privada, oscila entre 128 y 1.026 dólares; el costo de los servicios de una partera oscila entre 38 dólares en zonas rurales y 128 dólares en zonas urbanas.[106] En Uganda, donde el 85% de la población subsiste con 1 dólar o menos por día, y el 97% con 2 dólares o menos,[102] el costo de la interrupción de un embarazo, de acuerdo a información proporcionada por prestadores de nivel profesional, varía entre 6 y 58 dólares, en comparación con el costo de los servicios de un prestador no capacitado, que varía entre 6 y 18 dólares.[107] En Pakistán, donde 66% de la población vive con 2 dólares o menos por día,[102] los honorarios promedio correspondientes a un procedimiento de aborto asistido por un médico oscilan entre 50 y 104 dólares. Se cree que las enfermeras-parteras de las zonas rurales cobran entre 18 y 26 dólares por sus servicios, y las dais, entre 11 y 17 dólares.[15] Aún en el extremo más bajo de la gama de precios, el costo de un aborto representa una suma considerable para las mujeres pobres.

Las mujeres pobres son las que tienen más probabilidades de experimentar complicaciones derivadas de abortos inseguros

En Guatemala, México, Pakistán y Uganda, expertos entendidos en la materia informan que el riesgo de complicaciones derivadas de un aborto inseguro que requieren tratamiento probablemente es entre 45 y 75% más elevado para las mujeres pobres que para las no pobres (Gráfico 5.2).[15,60,98,99] Las estimaciones parecen indicar que entre el 42 y el 67% de las mujeres pobres experimentan estas complicaciones de salud, en comparación con 28 a 38% de las mujeres que tienen una mejor situación económica. La razón evidente de la amplitud en los diferenciales de riesgo en función del nivel de pobreza es la mayor probabilidad de que las mujeres pobres intenten interrumpir

un embarazo por sus propios medios, o a través de servicios inseguros o prestadores que carecen de capacitación.

Sin embargo, no todas las complicaciones se deben a las prácticas de prestadores tradicionales que carecen de capacitación. Algunas son el resultado de procedimientos realizados con la intervención de médicos o personal de enfermería. En los mismos cuatro países, se estima que entre una de cada siete y una de cada cuatro mujeres que acceden a un procedimiento de aborto a través de un médico, y entre tres y seis de cada 10 que lo hacen a través de personal de enfermería, sufren complicaciones que requieren tratamiento.[15,60,98,99]

Estos datos coinciden con otros resultados que surgen de estudios llevados a cabo en países en desarrollo. De acuerdo a una encuesta nacional basada en hogares que fue realizada en 2002 en Nigeria, donde la mayoría de los abortos se realizan en clínicas y hospitales, una de cada cuatro mujeres que se sometieron a la dilatación y legrado (DyL) o a la aspiración manual endouterina informaron haber experimentado complicaciones.[97] En Filipinas, donde los abortos realizados con intervención de médicos o personal de enfermería son menos frecuentes, una encuesta nacional concluyó que una de cada siete mujeres que se sometieron a un aborto a través de un profesional de la salud capacitado, dijo haber experimentado complicaciones.[54] Un estudio llevado a cabo en Costa de Marfil en 1999 arrojó como resultado que cuatro de cada 10 mujeres que estaban bajo tratamiento a raíz de complicaciones derivadas de un aborto, manifestaron que habían accedido al procedimiento a través de un profesional de la salud.[103] En Nepal, donde el aborto es legal desde 2002, cerca de la mitad de las mujeres que solicitan atención post-aborto de emergencia en los principales hospitales a raíz de complicaciones graves tales como shock séptico y perforación uterina, informaron que sus abortos habían sido inducidos por un médico.[16] Y un estudio reciente en Tailandia concluyó que el 11% de los abortos realizados por obstetras y ginecólogos resultaron en complicaciones severas, tal como ocurrió con el 27% de los abortos que fueron realizados por médicos generalistas.[17] Estos resultados sugieren que algunos abortos realizados con intervención de médicos en países en desarrollo no son seguros— sobre todo donde la ley es sumamente restrictiva, pero también en países donde la ley es liberal pero el acceso a servicios adecuadamente gestionados continúa siendo deficiente.

Los estudios empíricos sobre la seguridad de los abortos de carácter ilegal que, no obstante, son llevados a cabo con la participación de médicos y personal de enfermería, son poco frecuentes. Los estudios sí demuestran que estas interrupciones del embarazo son más seguras que aquellas que se realizan utilizando técnicas tradicionales o que son llevadas a cabo por trabajadores de la salud sin capacitación o practicantes no especializados. Sin embargo, los profesionales de la salud de varios países informan una realidad más compleja— que muchos médicos en países en desarrollo están mal capacitados en técnicas de aborto quirúrgico y que todavía utilizan métodos desactualizados, como la dilatación y legrado (DyL); o que algunos médicos y personal de enfermería quizás no realizan intervenciones con la frecuencia necesaria como para obtener experiencia práctica y destreza.[104] Un análisis en profundidad sobre las mujeres nigerianas que reciben atención post-aborto en los hospitales de ese país concluyó que "el gran número de mujeres que recurrieron al hospital con complicaciones, luego de haber sido tratadas por un médico, indica que muchos médicos no están bien capacitados en materia de servicios de aborto".[105] Dado que pocos médicos generales o especialistas en áreas, con excepción de obstetricia y ginecología, aprenden cómo practicar un aborto cuando están en la facultad de medicina, muchos profesionales pueden simplemente carecer de la capacitación necesaria. Es posible que a otros no les sea posible obtener el equipo e insumos necesarios, y que las instalaciones en las cuales trabajan sean deficientes.

A pesar de las severas penas estipuladas en muchos países con leyes de aborto sumamente restrictivas, los médicos y el personal de enfermería que llevan adelante procedimientos para interrumpir el embarazo en estos países raramente enfrentan cargos penales.[25] Sin embargo, estos profesionales de la salud aún corren el riesgo de ser procesados y encarcelados, al igual que sus pacientes en algunos países. A su vez, la naturaleza clandestina de los servicios de abortos prestados por médicos, conduce a otros problemas. Dado que la ley restringe la práctica del aborto, la aplicación de estándares médicos de atención resulta difícil, y es a menudo imposible. La confidencialidad característica de procedimientos realizados por médicos probablemente haga que algunas mujeres se conformen con recibir y aceptar atención médica de baja calidad. Las pacientes que recurren a abortos clandestinos carecen de cualquier tipo de recurso legal en caso de mala praxis, lo cual general especial preocupación si se tiene en cuenta que la mayoría de los profesionales médicos no tienen la capacitación adecuada para prestar servicios de aborto. Es también probable que la demanda de abortos clandestinos pueda atraer a médicos fracasados, frustrados o deshonrados.

No todas las mujeres con complicaciones reciben tratamiento, especialmente si son pobres

Muchas mujeres que sufren complicaciones no reciben la atención y el tratamiento que necesitan. Por ejemplo, se considera que el 59% de las mujeres guatemaltecas que interrumpen sus embarazos y el 50% de sus homólogas en Uganda probablemente hayan experimentado complicaciones que requieren tratamiento.[106,107] Muchas de estas pacientes no buscan o no reciben atención, por lo cual se estima

que entre el 20 y el 22% de todas las mujeres que acceden al aborto en estos dos países sufren complicaciones que no son tratadas.[108] Incluso en México, donde la mayoría de las mujeres no desarrolla complicaciones y la mayor parte de las mismas son tratadas, los profesionales de la salud estiman que una de cada 10 mujeres que acceden al aborto sufren complicaciones que no son tratadas.[109]

Entre aquellas que sufren complicaciones, las mujeres pobres tienen menos probabilidades de recibir la atención necesaria, en comparación con las mujeres que están en mejor situación económica. Se estima que en Guatemala, Uganda y Pakistán, la proporción de mujeres pobres que se someten a un aborto que resulta en complicaciones que no son tratadas, es tres a cuatro veces la proporción de las mujeres no pobres.[106,107,110] Las mujeres del medio rural también tienen menos probabilidades de recibir atención. Se considera que entre las mujeres guatemaltecas que se someten a abortos clandestinos, la proporción de las que sufren complicaciones no tratadas es dos veces más elevada entre las mujeres rurales que entre las mujeres urbanas (23% frente al 10%).[106]

En México la proporción estimada de mujeres con complicaciones que reciben tratamiento es mayor que en Guatemala, Pakistán Perú y Uganda, y la proporción de mujeres que se someten a abortos y experimentan complicaciones que no son tratadas es menor (10%) que en esos países (entre 15 y 22%).[63,106,107,109,110] Esto está asociado al alto nivel del utilización de misoprostol en México. Además, el acceso a los servicios de salud, tanto públicos como privados, es mejor en México que en los otros países. Curiosamente, a pesar de que Perú parece tener la proporción más alta de mujeres que no experimentan complicaciones (69%)—lo cual se explica por la alta proporción de mujeres que acceden a procedimientos de aborto prestados por médicos o personal de enfermería, particularmente en zonas urbanas—es el único país de los cinco en el cual se cree que menos de la mitad de las mujeres con complicaciones reciben tratamiento.[63]

Una encuesta nigeriana de gran escala basada en la población, puso de manifiesto que el 25% de todas las mujeres que se habían sometido a un aborto inducido informaron haber sufrido complicaciones que requerían atención médica, pero sólo el 9% de ellas solicitó tratamiento. Por lo tanto, el 16% de todas las mujeres nigerianas que interrumpieron sus embarazos de manera clandestina tuvieron complicaciones y no recibieron atención médica.[97] En Filipinas, una encuesta representativa a nivel nacional concluyó que, entre las mujeres que se someten a un aborto, un tercio de aquellas con complicaciones dijo no haber recibido atención; en este caso, estas mujeres también representaron el 16% de todas las que se habían sometido a abortos clandestinos.[54]

Las mujeres que buscan un aborto o atención post aborto son a menudo estigmatizadas

En muchas partes del mundo, el temor a ser descubiertas violando la ley a menudo lleva a las mujeres a mantener sus abortos bajo secreto. Pero otro fenómeno cultural habitual—el estigma social que recae sobre quienes se someten a abortos clandestinos o precisan atención para el tratamiento de complicaciones post-aborto—también puede alentar a la mujer a elegir la confidencialidad por sobre su propia seguridad.[1] Según parece, en muchas sociedades se avergüenza y se culpa a las mujeres que se someten a un aborto.

En Camerún, una mujer que ha se ha realizado un aborto puede ser acusada de promiscuidad y forzada a dejar su pueblo.[2] Las mujeres jóvenes en esta situación pueden ser expulsadas de la escuela, o pueden abandonarla ellas mismas para evitar la vergüenza pública. En algunas comunidades, las mujeres cantan canciones en público nombrando a la mujer que se ha realizado un aborto, con el fin de burlarse de ella y ridiculizarla.

En Guatemala, es posible que los vecinos chismorreen malintencionadamente sobre las mujeres que es sabido que se han sometido a un aborto, o que las releguen al ostracismo; los hombres tienden a ser más ofensivos y sarcásticos y a censurar en mayor medida que las mujeres.[3] Las mujeres que intentan interrumpir un embarazo no deseado también pueden ser condenadas por los mismos prestadores de salud a quienes acudieron en busca de ayuda. El estigma social de este tipo se deriva, en parte, de valores tradicionales profundamente arraigados, según los cuales la mujer no debiera cumplir ningún otro papel salvo el de ser madre; aquellas mujeres que se someten a un aborto no actúan de acuerdo al papel socialmente esperado. Incluso se culpa a las mujeres que sufren una pérdida o aborto espontáneo, por no haber sido lo suficientemente "cuidadosas" en relación a su embarazo. Se han encontrado actitudes similares en una comunidad rural de México.[4]

Los chicos de una escuela rural en Zambia creen que las chicas que han tenido un aborto son capaces de "infectar" a otros.[5] En Filipinas, donde la influencia de la Iglesia Católica es fuerte, las mujeres que han interrumpido un embarazo no planeado no sólo deben enfrentar el estigma social, sino que también en algunos casos se sienten atormentadas por el remordimiento de conciencia y se obsesionan con cumplir la penitencia estipulada por lo que es concebido como un "pecado."[6]

En Ghana, el aborto es tradicionalmente percibido como un acto vergonzoso, y es posible que la comunidad excluya o rechace a una mujer que se sometió a este procedimiento, dirigiéndose a ella y a su familia de manera despectiva.[7]

Las mujeres adolescentes y las solteras pueden experimentar doble estigmatización. En primer lugar, están condenadas por estar embarazadas fuera del matrimonio, y luego, si interrumpen el embarazo, son condenadas nuevamente.[8] Aún en casos de violación o incesto, las mujeres jóvenes son estigmatizadas a menudo si buscan interrumpir sus embarazos.[9]

Las personas que realizan procedimientos de aborto también pueden ser estigmatizadas.[10] En algunos países, pueden ser amenazadas y estar en la mira de grupos contra el derecho a decidir, rechazadas por sus colegas, e incluso excomulgadas por la Iglesia Católica.

Capítulo 6

La atención post-aborto de calidad puede reducir los efectos perjudiciales del aborto inseguro

Los datos agregados obtenidos de la Encuestas a Profesionales de la Salud llevadas a cabo en Guatemala, México, Pakistán, Perú y Uganda, expuestos en el capítulo anterior, sugieren que cerca del 40% de las mujeres que se someten a procedimientos clandestinos de aborto sufren complicaciones que requieren tratamiento (Gráfico 6.1).[15,60,63,98,99] Tres quintas partes de estas mujeres aproximadamente reciben tratamiento por sus complicaciones, pero no así las dos quintas partes restantes. Estimaciones correspondientes a 16 países en desarrollo parecen indicar que alrededor de siete de cada 1.000 mujeres en edad reproductiva son hospitalizadas por año para el tratamiento de complicaciones derivadas de abortos inseguros.[60,111-113]

Extrapolando la información específica disponible por país se puede estimar que en 2005, alrededor de ocho millones de mujeres desarrollaron complicaciones a causa de abortos inseguros, pero tan sólo cinco millones aproximadamente recibieron tratamiento en hospitales y otros establecimientos de salud—2,3 millones en Asia (excepto China), 1,7 millones en África y 1,0 millón en América Latina y el Caribe.[111] Además, tres millones de mujeres precisaron tratamiento pero no recibieron atención.[114]

Los servicios de atención post-aborto son a menudo deficientes debido al escaso gasto de los gobiernos en el área de salud

La responsabilidad por el tratamiento de las complicaciones derivadas de abortos inseguros recae, en gran medida, en los establecimientos del gobierno. Sin embargo, muchos países en desarrollo con bajos ingresos, no cuentan con la capacidad para brindar tratamiento post-aborto de alta calidad.

El financiamiento de cualquier tipo de servicios de salud es inadecuado en casi todos los países pobres. En el mundo en desarrollo, alrededor de 25 a 50% del gasto en servicios de salud es realizado por los gobiernos, y la cifra del gasto total per cápita por año va desde 48 dólares en África Subsahariana, 53 dólares en el Sudeste Asiático y 55 dólares en Asia Centro Sur, hasta 111 dólares en Asia Oriental, 183 dólares en África del Norte y Asia Occidental y 329 dólares en América Latina y el Caribe. A modo de comparación, el gasto promedio en servicios de salud en Europa Occidental, del Norte y del Sur asciende a 3.256 dólares por persona.[115]

La proporción de mujeres que reciben atención prenatal y durante el parto por parte profesionales de la salud capacitados es otro indicador útil para medir la idoneidad del sistema de salud. Los resultados de las Encuestas Demográficas y de Salud llevadas a cabo entre 1996 y 2007 en 53 países menos desarrollados demuestran que la proporción de mujeres que recibe este tipo de atención era menor en África Subsahariana y en Asia Centro Sur. El acceso a estos servicios de atención varía sustancialmente en función del nivel de ingresos: en Asia (excluyendo a China), sólo el 14% de la quinta parte más pobre de las mujeres da a luz en un establecimiento de salud, en comparación con el 77% de la quinta parte más rica. El patrón es similar en otras regiones y en todos los países en los cuales este tipo de datos están disponibles.[116]

Los servicios de atención post-aborto son a menudo inadecuados

La calidad de la atención post-aborto en los países en desarrollo es a menudo deficiente, debido al uso de métodos desactualizados, la falta de recursos humanos y

financieros, la falta de capacitación del personal para proporcionar el tratamiento más seguro y con mejor relación costo-beneficio, la existencia de actitudes prejuiciosas o punitivas entre el personal hacia las mujeres que se han sometido a un aborto clandestino, y una vinculación precaria con establecimientos de salud de segundo y tercer nivel.[117-119]

Los investigadores han proporcionado numerosos ejemplos de atención post-aborto deficiente. Estudios realizados en Malawi y la República Dominicana sobre adolescentes que habían sido tratadas por complicaciones derivadas de abortos inseguros, concluyeron que muchas de ellas habían sido enviadas de un prestador a otro antes de concurrir a los hospitales en los cuales fueron finalmente atendidas.[120] En Uganda,[107] Pakistán[110] y algunos países latinoamericanos[121] se llevaron a cabo estudios de pacientes que recibieron tratamiento por abortos incompletos a través de la dilatación y legrado (DyL), en lugar de la aspiración manual endouterina o misoprostol—aún cuando estas dos últimas técnicas son las más seguras, simples y garantizan la mejor relación costo-eficacia. De hecho, un estudio realizado en México puso de manifiesto que el uso de la aspiración manual endouterina en lugar de la DyL, redujo el costo promedio de la atención post-aborto en un 32%;[122] en Burkina Faso, la utilización de la aspiración manual endouterina en reemplazo de otras técnicas redujo en más de la mitad el costo promedio por paciente, en parte porque esta técnica requiere un menor uso de anestesia y menor cantidad de horas de trabajo por parte del personal en comparación con la DyL.[123]

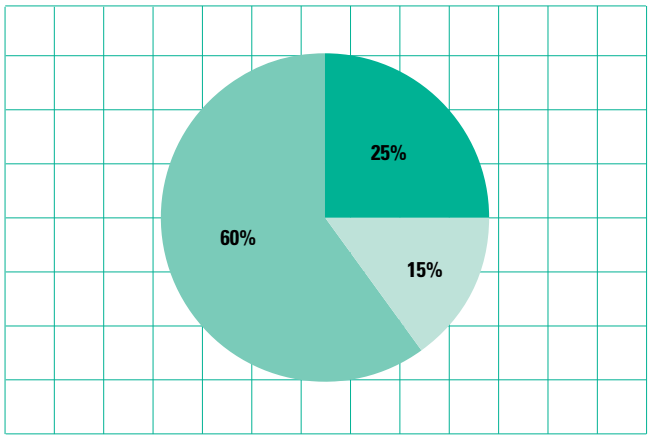
También se han documentado otros déficits de la calidad de la atención post-aborto. El control inadecuado del dolor es un problema habitual: no todos los establecimientos de salud utilizan anestesia cuando llevan a cabo un procedimiento de DyL, y aunque muchas mujeres experimentan dolor durante la aspiración manual endouterina, en algunos establecimientos pocas o ninguna mujer reciben analgésicos.[107,119,120] En Uganda, en los establecimientos de salud del gobierno de nivel más bajo, no se realizan transfusiones de sangre debido a la escasez en el suministro de sangre.[107] En África del Sur, donde la hemorragia es una causa principal de mortalidad materna,[124] un estudio arrojó como resultado que sólo dos tercios de las mujeres con bajo nivel de hemoglobina recibieron transfusiones de sangre mientras que se les brindaba atención post-aborto en hospitales públicos.[125]

La consejería en materia de anticoncepción para ayudar a las mujeres a evitar futuros embarazos no planeados es un aspecto importante de la atención post-aborto de alta calidad, pero estudios sobre mujeres que habían recibido tratamiento a causa de complicaciones, llevados a cabo en la República Dominicana,[120] Perú[126] y un estado pobre del sur de México[127], pusieron en evidencia que a menudo no había suministros de anticonceptivos en inventario, y que muchas mujeres se retiraban sin poder llevarse consigo un método.

Aún cuando los hospitales y clínicas cuenten con personal y suministros adecuados, los mismos prestadores pueden ser los responsables de la existencia de barreras a la atención post-aborto de calidad. En Filipinas, se ha informado que el personal hospitalario es prejuicioso y hostil, que tratan a las pacientes en forma brusca, reteniendo deliberadamente analgésicos y anestesia, o que incluso les niegan el tratamiento.[128] En Guatemala, las mujeres indígenas temen, particularmente, ser tratadas por trabajadores de la salud que no entienden o hablan su idioma, y de alguna manera ellas saben de antemano que recibirán insultos; de todos modos, las mujeres de todos los orígenes étnicos son a veces condicionadas a sentir vergüenza por haber recurrido a un procedimiento que es percibido en gran medida como inmoral, y algunas demoran la búsqueda de atención (con la esperanza de que los síntomas se solucionen con el tiempo) en lugar de enfrentar al personal médico que suele ser indiferente.[94] También es posible que las mujeres en muchos países sean reacias a recurrir a los servicios de atención por miedo a ser estigmatizadas por parte de la familia y los miembros de la comunidad (ver recuadro, página 29).

GRÁFICO 6.1

Se considera que cuatro de cada 10 mujeres que se someten a abortos inseguros experimentan complicaciones que requieren tratamiento, y que muchas no reciben atención médica.



19,2 millones abortos inseguros

Complicaciones tratadas
Complicaciones no tratadas
Sin complicaciones

Nota Los porcentajes son promedios no ponderados de los datos obtenidos de las Encuestas a Profesionales de la Salud de Guatemala (2003), México (2006), Pakistán (2002), Perú (2002) y Uganda (2003).

Fuente Referencias 15, 60, 63, 98 y 99.

Los trabajadores de la salud pueden tener actitudes punitorias hacia las pacientes que se encuentran en la etapa de post-aborto

Yo no trato a las mujeres con complicaciones por abortos inducidos. Si han tenido sangrado por un par de días, es mejor mandarlas al hospital… [L]o que yo hago no las lastima. Si han de ser castigadas, es mejor que vayan al hospital para que les practiquen un procedimiento de DyL. Eso sí que duele.[94]

-Asistente de parto tradicional, área suburbana de la ciudad de Guatemala

Si bien algunas mujeres se encuentran ante la perspectiva de recibir atención precaria, otras directamente deben afrontar que posiblemente no recibirán ningún tipo de atención, debido a la existencia de restricciones financieras. En Uganda, los prestadores de salud y miembros de la comunidad que fueron encuestados, informan que la única garantía que tiene una mujer para acceder a un establecimiento de salud del gobierno que ofrece atención post-aborto es su capacidad de pago.[95] Una encuesta nacional llevada a cabo en 2004 en Filipinas, donde el 48% de la población vive con un máximo de 2 dólares por día,[102] arrojó como resultado que los altos honorarios que cobran los hospitales son un obstáculo para muchas mujeres que sufren complicaciones a causa de abortos inseguros. Para recibir atención por complicaciones menores, las mujeres probablemente tendrían que pagar entre 20 y 80 dólares en un hospital público y entre 60 y 300 dólares en un hospital privado.[54]

Los proyectos piloto diseñados para mejorar las condiciones de la atención post-aborto han sido extremadamente exitosos en el proceso de actualización de la especializa-

¿Están disminuyendo las consecuencias adversas para la salud derivadas del aborto clandestino?

De acuerdo a algunas evidencias de la Organización Mundial de la Salud, la mortalidad materna a causa del aborto inseguro puede haber descendido en las últimas dos décadas, dado que han mejorado las condiciones en las cuales se llevan a cabo los abortos clandestinos.[1] Una serie de factores podrían estar contribuyendo a este descenso, incluyendo un aumento en el número de médicos y personal de enfermería que están siendo capacitados en la utilización de la aspiración manual endouterina para el tratamiento de complicaciones derivadas del aborto, en lugar de la DyL, que ha resultado ser un método menos seguro; una reducción en el intervalo de tiempo desde que la mujer desarrolla complicaciones post-aborto hasta que solicita el tratamiento necesario; y el mejoramiento en la calidad de la atención post-aborto en el ámbito hospitalario.

No obstante, un factor que puede estar teniendo un impacto particularmente beneficioso es el aumento en el uso de misoprostol. Si bien ningún estudio ha demostrado claramente una relación causal entre el incremento del uso de misoprostol y el descenso de la morbilidad, dicha relación sería lógica por varias razones.

Cuando es administrado en la dosis correcta bajo supervisión clínica y por vía vaginal, el misoprostol es altamente efectivo,[2] permitiendo la inducción de un aborto completo con ninguna complicación posterior en el 85 a 90% de los casos.*[3] Así mismo, la posibilidad de acceder fácilmente al medicamento puede permitirles a las mujeres inducir el aborto en una fase más temprana de la edad gestacional, lo cual por sí mismo reduciría la gravedad de las complicaciones y, a largo plazo, también la tasa de complicaciones. A su vez, el uso clandestino de misoprostol para la interrupción del embarazo puede disminuir la probabilidad de que las mujeres teman solicitar atención en un establecimiento médico para recibir tratamiento por un aborto incompleto, dado que este método produce síntomas similares a los síntomas de una pérdida del embarazo.[4]

El misoprostol se ha estado utilizando ampliamente en algunos países menos desarrollados desde principios de la década de los noventa. La evidencia obtenida de algunos países latinoamericanos con leyes sumamente restrictivas—Brasil,[5] Colombia,[6] República Dominicana,[4] Ecuador,[6] Jamaica,[5] México[7] y Perú[8]— así como también del sur de la India (donde el aborto es legal) y de Filipinas,[9] parecería indicar que esta tendencia continúa.

Un estudio llevado a cabo en Brasil, en uno de sus estados de grandes dimensiones, arrojó como resultado que entre 1988 y 1992—cuando este medicamento comenzaba a ser utilizado—la incidencia de infección entre las mujeres que habían interrumpido su embarazo con misoprostol era equivalente a una duodécima parte de la de las mujeres que habían confiado en otro tipo de métodos para someterse a un aborto.[10] Un estudio realizado en la República Dominicana concluyó que el misoprostol parece haber sido ampliamente utilizado durante un período en el cual la morbilidad derivada de abortos inseguros descendió.[4]

El misoprostol sigue representando sólo uno de los métodos modernos actualmente disponibles para los profesionales de la salud tanto en países más desarrollados como en aquellos menos desarrollados. Pero dado que el misoprostol no es invasivo y requiere menos capacitación médica y menor cantidad de personal que otros métodos (puede ser administrado en forma segura por practicantes de nivel medio en establecimientos de salud no especializados), la expansión de este método probablemente haya traído como consecuencia un descenso en el uso de los métodos tradicionales más perjudiciales de aborto inseguro, tales como la inserción de objetos sólidos dentro del útero y la aplicación oral o vaginal de sustancias tóxicas y cáusticas. Es de esperar que, con el tiempo, el aumento en la utilización de misoprostol reduzca considerablemente la incidencia de las consecuencias para la salud que requieren tratamiento—y, por consiguiente, la incidencia de muertes a causa del aborto inseguro.

*Cuando el misoprostol es administrado por la mujer misma, el proceso puede ser menos exitoso. Un estudio realizado en la ciudad de México proporciona evidencia precautoria, al haberse descubierto que los farmacéuticos estaban recomendando un régimen de tratamiento de misoprostol potencialmente inefectivo (fuente: Lara D et al., Pharmacy provision of medical abortifacients in a Latin American City, Contraception, 2006, 74(5): 394-399).

ción profesional, estableciendo la aspiración manual endouterina como procedimiento estándar para la atención de las complicaciones derivadas del aborto, reduciendo los tiempos de espera, aplacando el estigma, y mejorando los servicios de consejería en materia de anticoncepción.[119] La sustentabilidad e intensificación de estas iniciativas piloto ha sido demostrada en varios ámbitos: Bolivia,[129] Burkina Faso,[130] Egipto,[131,132] Perú,[133] Senegal,[130,134] Tanzania[135] y Turquía.[136] Es más probable que los gobiernos se comprometan a intensificar los proyectos piloto en el área de atención post-aborto si los planificadores de salud han sido persuadidos sobre las ventajas de los cambios recomendados; es decir, si tienen la convicción de que a través de estos cambios se logrará reducir, en lugar de incrementar, el costo global de los servicios de salud materna.[119]

Muchas mujeres mueren por no ser atendidas o por recibir atención precaria

Se estima que a nivel global cada año mueren unas 70.000 mujeres como resultado de abortos inseguros,[137] y otros millones de mujeres experimentan severas consecuencias para su salud, algunas de las cuales son de larga duración.[138] Es posible que la cifra anual de muertes esté subestimada.[6] La inmensa mayoría de estas muertes ocurre en África Subsahariana (alrededor de 38.000) y en Asia Centro Sur (alrededor de 24.000);[137] en Europa del Sur y Occidental, América del Norte y China la cifra es insignificante, lo cual pone en evidencia el alto grado de seguridad que es posible alcanzar cuando el aborto es legal y está disponible bajo criterios amplios, y cuando la interrupción del embarazo es llevada a cabo por profesionales de la salud especializados, utilizando métodos efectivos en condiciones higiénicas.

En 2005, el número estimado de muertes maternas fue de 400 por 100.000 nacidos vivos alrededor del mundo, y aproximadamente una en ocho muertes (13%) se produjo a causa de un aborto inseguro (Gráfico 6.2).[6,66,137] La tasa de mortalidad materna del mundo en desarrollo equivale a 40 veces la tasa del mundo desarrollado (450 frente a 11 muertes por 100.000 nacidos vivos), y en África Subsahariana la tasa equivale a más de 60 veces la tasa de Europa (820 frente a 13 por 100.000 nacidos vivos; no se indica).[66] A pesar de las grandes diferencias en las tasas de mortalidad materna correspondientes a África, Asia, América Latina y el Caribe, la proporción de muertes maternas a causa de abortos inseguros es notablemente similar (entre 12 y 14%) en las tres regiones.[138]

La muerte a causa del aborto de una mujer india de 43 años

Mi mujer estaba embarazada de dos meses. Su último hijo tenía 12 años, y dado que sus otros hijos eran mayores, se sintió avergonzada de su condición y pensó en abortar. Luego de haberse sometido a un aborto en el hospital público, comenzó a sentir un dolor abdominal muy fuerte y murió ocho días más tarde. La llevamos nuevamente al hospital dos días después de la aparición del dolor, y allí la enfermera nos dijo que la paciente no podría mejorar allí. Nos informó que algún instrumental había causado lesiones en el útero, por lo que no podrían atenderla en ese hospital. El abdomen había desarrollado sepsis y todo su cuerpo se había hinchado.[139]

- Esposo, Uttar Pradesh, India

Millones de mujeres sufren complicaciones a causa de abortos inseguros

Además de las 70.000 muertes maternas derivadas del aborto inseguro que se estima tienen lugar por año, un número mucho mayor de mujeres en países en desarrollo experimentan consecuencias a corto y largo plazo de diversa gravedad, y muchas precisan tratamiento. Las complicaciones más habituales son el aborto incompleto,[140,141] la pérdida excesiva de sangre[140,142] y las infecciones;[105,112] otras complicaciones menos habituales pero muy graves son el shock séptico (un descenso considerable de la presión sanguínea debido al desarrollo de sepsis),[112,113] perforaciones de los intestinos, y peritonitis (inflamación del peritoneo).[112,113] En países donde el aborto auto inducido o los procedimientos realizados por prestadores tradicionales sin capacitación se encuentran muy extendidos, los traumatismos, tales como contusiones o moretones ocasionados como consecuencia de manipulación física enérgica, perforaciones y quemado genital también pueden ser habituales.

Si el tratamiento se demora o es incorrecto, una leve infección puede derivar en shock séptico, peritonitis o absceso pélvico, entre otras enfermedades de gravedad. El sangrado intenso puede ser tratado y controlado si ocurre en un entorno médico seguro; sin embargo, si la mujer no tiene acceso a un tratamiento apropiado, dicho sangrado puede poner en riesgo su vida. De hecho, todas las enfermedades derivadas del aborto inseguro que potencialmente ponen en riesgo la vida son tratables si se dispone de un establecimiento médico equipado adecuadamente y si la mujer que se encuentra en situación de riesgo acude a dicho establecimiento lo suficientemente rápido.

La gravedad de las complicaciones a causa del aborto inseguro es difícil de medir. Los investigadores han logrado avances en el desarrollo de una metodología orientada a este fin, pero aún resta aplicarla ampliamente para obtener resultados comparables para un número de países. No obstante, algunos datos correspondientes a África del Sur resultan de especial interés. Los mismos demuestran que durante los tres primeros años en los cuales los servicios de aborto legal estuvieron disponibles, la proporción de complicaciones consideradas de baja gravedad* se incrementó, pasando de 66% a 72%, y la proporción considerada de alta gravedad descendió de 17% a 10%.[113] En un estudio realizado en Kenia utilizando la misma metodo-

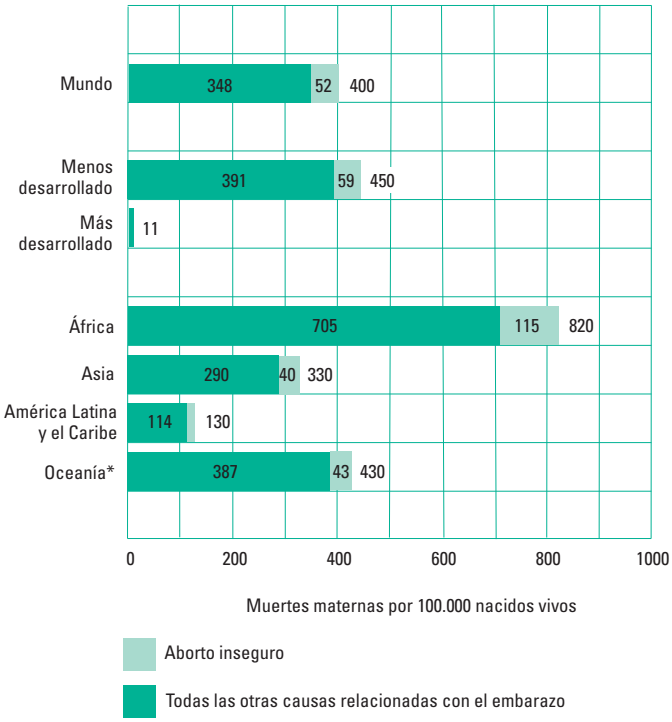
* La gravedad de las complicaciones fue considerada baja si la mujer tenía un temperatura de 37,2°C o menos, ningún síntoma clínico de infección, ninguna insuficiencia de algún sistema u órgano, y ningún hallazgo sospechoso en la evacuación; moderada si tenía una temperatura de entre 37,3 y 37,9°C, peritonitis localizada o flujo desagradable; y alta si tenía una temperatura de al menos 38°C, una alta frecuencia del pulso, insuficiencia de algún sistema u órgano, peritonitis generalizada, shock, o un cuerpo extraño o lesión mecánica en la evacuación, o si eventualmente falleció.

logía, la proporción de casos de alta gravedad fue mayor que la que arrojó el estudio sudafricano, lo cual se corresponde con el hecho que el aborto es legal en Kenia sólo para salvar la vida de la mujer. En suma, el 28% de las complicaciones que tuvieron lugar en Kenia fueron consideradas de alta gravedad; el 56% fueron de baja gravedad pero de todos modos requirieron tratamiento en un establecimiento médico.[112] Un estudio reciente en realizado en Camboya, utilizando también la misma metodología, concluyó que cerca del 40% de las pacientes que accedieron a servicios de atención post-aborto sufrieron complicaciones de alta gravedad; los autores sugieren que esta alta proporción probablemente se deba al acceso precario a los servicios seguros, especialmente en el segundo trimestre (a pesar de la ley de aborto liberal que está vigente en el país), así como también a la combinación del uso de métodos sumamente inseguros y las demoras en obtención de atención de post-aborto.[33]

Se requiere urgentemente mayor investigación sobre la gravedad de las complicaciones derivadas de abortos inseguros. Disponiendo de mejores datos, los planificadores de la salud estarían en condiciones de estimar la proporción de mujeres a las cuales se podría brindar tratamiento de manera segura y efectiva a través del nivel primario de atención sanitaria, y la proporción que necesitará tratamiento a través de hospitales de nivel secundario o terciario.

GRÁFICO 6.2

A nivel global, una en ocho muertes maternas se produce a causa del aborto inseguro.



Nota *Excluyendo a Australia y Nueva Zelandia
Fuentes Referencias 6, 66 y 137.

Los abortos inseguros también pueden derivar en consecuencias para la salud de largo plazo

Habiendo transcurrido tiempo considerable luego de las complicaciones surgidas, muchas mujeres continúan sufriendo efectos sobre su salud, los cuales son graves y a veces duraderos. La anemia y la debilidad prolongada son enfermedades que pueden persistir por mucho tiempo, luego de que la mujer se haya sometido a un aborto inseguro.[142,144,145] El dolor crónico, la inflamación del tracto reproductivo y la enfermedad inflamatoria de la pelvis son otras enfermedades que pueden persistir indefinidamente, comprometiendo gravemente la salud de la mujer. Estas afecciones, así como también otras posibles complicaciones propias de la etapa post-aborto, pueden derivar en uno de los tipos más perniciosos de morbilidad a largo plazo: la infertilidad secundaria. Estimaciones basadas en la limitada información disponible sugieren que alrededor de 1,7 millones de mujeres desarrollan infertilidad secundaria anualmente como consecuencia de abortos mal realizados, y más de tres millones de mujeres por año sufren infecciones del tracto reproductivo que se convierten en enfermedades crónicas.[6]

Los abortos inseguros también tienen un alto costo económico para los individuos, las familias y la sociedad

Para la mujer, las consecuencias económicas del aborto inseguro implican no sólo el costo de tener que obtener tratamiento por las complicaciones surgidas, sino también la pérdida de ingreso familiar si ella no está en condiciones de realizar su trabajo, de ocuparse de los cultivos para obtener alimentos para su familia o de llevar a cabo las tareas del hogar. Los costos en los que incurren las familias si los hijos pequeños pierden a su madre, son difíciles de cuantificar, pero no debieran ser inadvertidos.

El tipo de establecimiento en el cual una mujer recibe tratamiento determina ampliamente quién afronta los costos médicos directos de la atención post-aborto—la mujer misma o el sistema de salud pública que le provee atención médica. Si concurre a un establecimiento de salud privado, la mujer y su familia probablemente sean quienes asuman la totalidad del costo. Si concurre a un hospital público, el costo será afrontado por ambos, el sistema de salud pública del gobierno y la mujer y su familia. En Nigeria, y probablemente en algunos otros países en desarrollo con infraestructuras de salud precarias, las mujeres que reciben tratamiento post-aborto deben solventar gran parte de los honorarios por los servicios con dinero de su propio bolsillo.[146] De acuerdo a este análisis, se estima que el costo total promedio del tratamiento en

un hospital nigeriano, incluyendo honorarios, suministros y medicamentos, asciende a 132 dólares; otro análisis estima que la paciente promedio pagaría 95 dólares de este costo[105]—una suma extremadamente alta en un país donde muchas personas viven con menos de 1 dólar por día.* Es también probable que las mujeres y sus familias incurran en algunos costos directos de índole no médica, tales como cuidado de los niños, pérdida de ingreso y costos de transporte, los cuales pueden ser considerables cuando las mujeres y los miembros de sus familia tienen que viajar largas distancias para llegar al establecimiento de salud.[147,148]

En Uganda, los miembros de la comunidad y los prestadores consideran que el tratamiento por complicaciones derivadas del aborto constituye una pesada carga para la mujer, su familia y su comunidad. Los impactos económicos más perjudiciales de la morbilidad derivada del aborto inseguro son la pérdida de ingreso durante el período en que la mujer no puede trabajar, la cantidad de tiempo que su marido debe dejar de trabajar para poder cuidarla, y el dinero que la pareja debe destinar para solventar el tratamiento. Además, es posible que la mujer no pueda llevar a cabo sus actividades y quehaceres diarios—tales como ir a buscar y levantar recipientes con agua—por un período de tiempo prolongado.[95]

Los sistemas de salud de los gobiernos están sobrecargados por el alto costo de la atención post-aborto

Los análisis indican que el costo promedio estimado (en dólares estadounidenses del año 2006) en que incurren los gobiernos para proveer tratamiento para las enfermedades e incapacidad asociadas con el aborto inseguro es de 83 dólares por cada caso atendido en África, y de 94 dólares en América Latina. Sin embargo, estos resultados subestiman el costo total para los sistemas de salud, dado que no incluyen los costos correspondientes a gastos fijos o inversión de capital. Si estos costos indirectos son incluidos, el costo promedio total estimado asciende a 114 dólares para África y 130 dólares para América Latina.[149]

Las estimaciones basadas en dos metodologías diferentes, las cuales suponen que cerca de cinco millones de mujeres son hospitalizadas por año en países en desarrollo para el tratamiento de complicaciones derivadas del aborto,[111] sugieren que los sistemas de salud de estos países gastan entre 460 y 550 millones dólares (en dólares de 2006) para tratar las graves consecuencias del aborto inseguro. Cuando se incluyen los costos fijos y de inversión de capital, el costo total anual estimado para el sistema de salud asciende a 680 millones de dólares. Si las necesidades insatisfechas de atención post-aborto fueran totalmente cubiertas, y si las mujeres que necesitan atención médica pero no la reciben la obtuviesen, el costo adicional anual para los sistemas de salud pública sería de 370 millones de dólares.[149]

En países pobres que cuentan con leyes sumamente restrictivas, es posible reducir gran parte del costo de los servicios de atención post-aborto. A modo de ejemplo, un estudio llevado a cabo en Nigeria concluyó que el costo de los servicios en materia de anticoncepción que hubieran permitido a las mujeres evitar los embarazos no planeados que derivaron en abortos inseguros, hubiera sido equivalente a una cuarta parte del costo de la atención post-aborto que prestan los establecimientos de salud.[146]

El aborto inseguro impone algunas cargas adicionales de índole económica que van mucho más allá de los costos directos que representan los servicios de atención post-aborto para el sistema de salud de un país. Se han realizado intentos con el fin de estimar algunos de estos costos a través de varias metodologías. Estas estimaciones (que, salvo indicación en contrario, son aplicables a todos los países en desarrollo) incluyen un costo anual de al menos 23 millones de dólares para el tratamiento de complicaciones menores por abortos inseguros en los establecimientos de nivel inferior, habitualmente centros de salud o puestos sanitarios de nivel primario; un costo anual de por lo menos 6.000 millones de dólares correspondientes al tratamiento de todos los casos de infertilidad post-aborto; 200 millones de dólares por año correspondientes a los gastos por el tratamiento de complicaciones post-aborto que deben solventar, con dinero de sus propios bolsillos, los individuos y hogares en África Subsahariana; y un costo anual de 930 millones de dólares que debe ser afrontado por la sociedad y los individuos, correspondiente a la pérdida de ingresos por fallecimiento o discapacidad a largo plazo debido a consecuencias de salud crónicas a causa del aborto inseguro.[149]

La carga total de las complicaciones derivadas del aborto que no son tratadas es enorme

Otra aproximación a la problemática de las graves consecuencias adversas para la salud ocasionadas por el aborto inseguro es aplicar la metodología de la Carga Global de la Enfermedad de la Organización Mundial de la Salud, que calcula los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Éste es un método estandarizado que permite medir el impacto total de la enfermedad en la salud de la población, permitiendo realizar comparaciones entre dolencias y enfermedades y a través de regiones del mundo. La medida cuantifica el efecto del fallecimiento y la enfermedad como la suma del número de años perdidos como resultado de la muerte prematura, más el número de años saludables perdidos a causa de tener que vivir con discapacidad de corto o largo plazo o crónica.

Se estima que en 2004 el 19% de los AVAD perdidos en el mundo en desarrollo como consecuencia de la morbilidad y mortalidad maternas se debieron al aborto inse-

* La proporción de los costos asumidos por las pacientes fue mayor de lo que los investigadores esperaban; a raíz de las malas condiciones económicas, es probable que el sistema de salud haya intentado recuperar una alta proporción de los costos a través de los pacientes. Además, el costo total de la atención posiblemente haya sido subestimado.

CUADRO 6.1

Recomendaciones para la prestación de servicios de atención post-aborto

Aspectos de la atención	Diagnóstico o complicación post-aborto				
	Aborto incompleto	Aborto completo	Infección/sepsis	Lesiones uterinas, vaginales o del intestino	Shock
Tratamiento					
Si el sangrado es de leve a moderado y la gestación es <16 semanas	Extraer los productos de la concepción que sobresalen del cérvix en forma manual o con fórceps	Observar si se produce sangrado intenso; la evacuación del útero no es necesaria habitualmente. Sin embargo, la aspiración manual endouterina o el misoprostol pueden utilizarse como medida precautoria.	Administrar antibióticos inmediatamene; utilizar la aspiración manual endouterina u otro método para evacuar el contenido del útero	Realizar laparotomía para reparar la lesión; en forma simultánea practicar aspiración manual endouterina	Instilar suero fisiológico IV rápidamente; revisar la coagulación antes de proceder a la instilación de los fluidos; determinar la causa del shock y proporcionar tratamiento adecuado; utilizar la aspiración manual endouterina u otro método para evacuar el contenido del útero, si fuese necesario
Si el sangrado es intenso y la gestación es <16 semanas	Evacuar el contenido del útero utilizando la aspiración manual endouterina; como alternativa utilizar misoprostol solo*				
Si la gestación es ≥16 semanas	Administrar oxitocina o misoprostol; utilizar la aspiración manual endouterina u otro método para evacuar el contenido del útero				
Nivel de prestador recomendado	Prestador capacitado de nivel medio, ginecólogo, o médico generalista capacitado	Prestador capacitado de nivel medio, ginecólogo o médico generalista capacitado	Ginecólogo, médico generalista capacitado	Ginecólogo, médico generalista capacitado	Ginecólogo, médico generalista capacitado
Nivel del establecimiento	Atención primaria o establecimiento de nivel superior	Para aspiración manual endouterina: hospital regional, de nivel secundario, o terciario; para misoprostol: atención primaria o establecimiento de nivel superior	Hospital regional, de nivel secundario, o terciario	Hospital regional, de nivel secundario, o terciario	Hospital regional, de nivel secundario, o terciario
Control del dolor	Sedación leve, más analgesia y/o anestesia local	Sedación intensa o leve, más analgesia y/o anestesia local		Sedación intensa o leve, más analgesia y/o anestesia local	
Consejería y servicios de anticoncepción	• Aconsejar sobre los beneficios para la salud de demorar el próximo embarazo hasta estar completamente recuperada • Aconsejar sobre la gama de métodos anticonceptivos y ayudar a la mujer a elegir un méodo; los métodos hormonales (pastilla, inyecciones e implantes) y el preservativo pueden iniciarse de inmediato; el DIU y la ligadura de trompas pueden iniciarse de inmediato salvo que exista o se sospeche que exista infección; o si la mujer está anémica • Suministrar un método o derivar a otro sitio donde existan suministros disponibles • Suministrar anticoncepción de emergencia, especialmente si la mujer no va a comenzar a utilizar un método enseguida				
Atención de ITS/VIH	• Aconsejar sobre la necesiad de protegerse contra las ITS/VIH y de utilizar preservativo • Ofrecer (o gestionar una derivación para) detección y tratamiento de las ITS • Brindar servicios de consejería o derivación para VIH/SIDA				

Notas *Utilizar 400 mcg por vía oral (repetir una vez luego de 4 horas, en caso de ser necesario). †Si la causa es el sangrado intenso, tomar medidas para detener el sangrado (Por ejemplo: oxitocinas, masaje uterino, compresión de la aorta) e iniciar transfusión de sangre; si es infección, realizar un análisis de cultivo antes de aministrar antibióticos.

Fuentes **Atención post-aborto inmediata**—Referencia 151. **Servicios anticonceptivos y atención para ITS/VIH**—Referencias 152 y 153.

guro. Si el análisis se limita a las mujeres entre de 15 y 29 años (el rango de edad en el cual ocurre la mayor parte de la mortalidad materna), la proporción de todos los AVAD maternos perdidos a causa del aborto inseguro es un poco más alta—23%. La proporción correspondiente al Sudeste Asiático y Asia del Sur es la más elevada (26%); en América Latina, África del Norte y África Subsahariana es equivalente al promedio (entre 23 y 24%), en Asia Occidental es menor (12%) en Asia Oriental es muy baja (1%); esto indica que existen grandes diferenciales regionales en el estatus legal del aborto y en la seguridad de los abortos clandestinos. De hecho, de los más de 6 millones de AVAD que se perdieron a nivel mundial como resultado de la mortalidad y morbilidad durante el período post-aborto, cerca del 45% tuvo lugar en África Subsahariana y otro 45% en Asia del Sur; el 10% restante se perdió en el resto del mundo en desarrollo.[150]

Se han desarrollado modelos para la atención post-aborto de alta calidad

Las consecuencias perjudiciales para la salud ocasionadas por el aborto inseguro pueden prevenirse si la mujer recibe la atención adecuada en el momento oportuno. En condiciones ideales, ¿Qué tipo de atención post aborto deberían recibir las mujeres que viven en países con leyes de aborto sumamente restrictivas, y quién puede y debería brindarles dicha atención?

En caso de sangrado, infección o dolor, se pueden ofrecer tratamientos básicos de post-parto en un establecimiento de atención médica de nivel primario, por parte de profesionales de salud de nivel medio. El equipamiento y los suministros esenciales incluyen el instrumental requerido para la técnica de la aspiración manual endouterina (para realizar la evacuación uterina), antibióticos y analgésicos. Los requerimientos médicos para tratar las complicaciones más graves derivadas del aborto inseguro (Cuadro 6.1, página 35)[151-153] son en muchos aspectos similares a los de la atención de emergencia de mujeres embarazadas que sufren complicaciones durante y luego del parto.[154]

La aspiración manual endouterina y el aborto con medicamentos son las técnicas recomendadas durante el primer trimestre para el tratamiento del aborto incompleto. Cuando el embarazo está más avanzado, puede ser necesaria la dilatación y evacuación (DyE) bajo anestesia local o general. Para tratar las complicaciones de mayor gravedad (lesiones al intestino, tétano, insuficiencia renal, gangrena y sepsis grave), se requieren tratamientos más complejos y un mayor nivel de especialización por parte del practicante. El suministro confiable de antibióticos, analgésicos, sangre (para transfusiones) y oxitocinas son componentes cruciales de una atención de alta calidad. El equipamiento esencial incluye instrumental para la aspiración manual endouterina (para practicar evacuación uterina) y el equipamiento de DyE (para procedimientos del segundo trimestre).[155] La consejería anticonceptiva y, de ser posible, el suministro de anticonceptivos son también componentes importantes de una buena atención post-aborto.[156]

Las transfusiones de sangre y la cirugía para reparar posibles lesiones del útero, la vagina o los intestinos requieren un nivel de especialización y equipamiento que a menudo están disponibles sólo en establecimientos de nivel secundario y terciario. Los planificadores de la salud necesitan estimaciones confiables sobre la proporción de mujeres en diversos entornos que tienen probabilidad de sufrir complicaciones tan graves como éstas. Si, tal como se demuestra en un pequeño número de estudios, la proporción es bastante baja, los establecimientos de atención de nivel primario podrían derivar a estas mujeres a establecimientos de nivel secundario o terciario. El número mucho más grande de mujeres que, según es de esperar, precisarán tratamiento para el dolor (analgésicos), la infección (antibióticos) y el aborto incompleto pero sin complicaciones posteriores (aspiración manual endouterina y misoprostol) podrían recibir tratamiento en establecimientos de atención médica de nivel primario.

Expertos en salud a nivel internacional consideran que el potencial que ofrece el misoprostol como sustituto adecuado de la aspiración manual endouterina en el tratamiento del aborto incompleto es muy auspicioso. En Burkina Faso,[157] Mozambique,[158], Tanzania[159] y Uganda[160]—todos países pobres con una infraestructura de salud caracterizada por una gran escasez de recursos—se realizaron pruebas de esta técnica, según las cuales la disponibilidad de suministros de este medicamento en los establecimientos de atención primaria tiene el potencial de alcanzar buenos resultados en los tratamientos y salvar vidas.

Capítulo 7

La prevención del embarazo no planeado es fundamental para reducir el aborto

La mayoría de las mujeres desean tener hijos en algún momento de sus vidas, pero planear cuándo comenzar a tenerlos y cuándo detenerse puede ser difícil si se tiene en cuenta la ausencia de métodos anticonceptivos confiables. Muchas mujeres se quedan embarazadas antes de haberlo planeado, o en el momento equivocado de sus vidas. En realidad, la mayoría de los abortos se originan a causa de un embarazo que no fue planeado por la mujer o la pareja, o que no se creyó que ocurriría.* Ayudar a las mujeres a utilizar métodos anticonceptivos para reducir el riesgo de un embarazo no planeado puede contribuir de manera considerable a disminuir los niveles de aborto inseguro, así como el nivel de aborto en general.

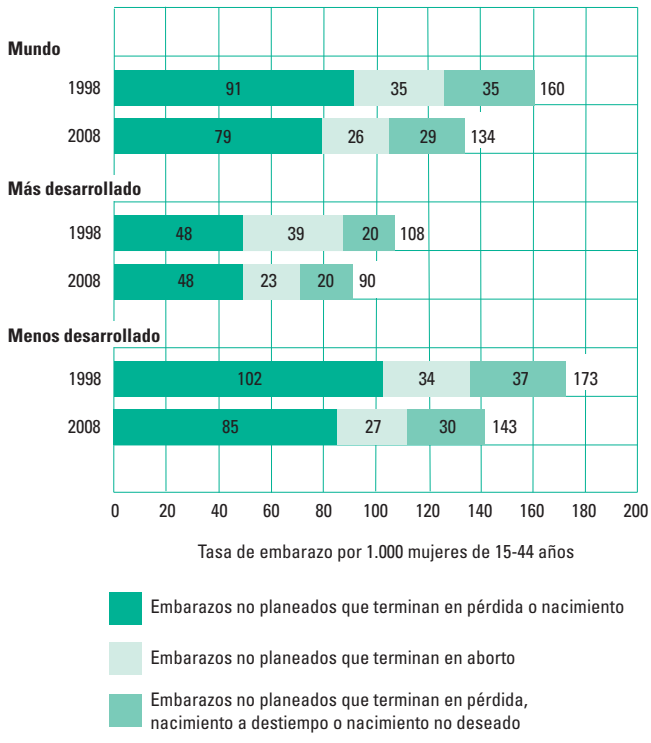
Existen muchas circunstancias en la vida de la mujer que pueden hacer que un embarazo no sea bien recibido

Algunas mujeres no reciben con alegría la noticia del embarazo, lo cual puede deberse a varios motivos. Es posible que el embarazo haya ocurrido muy pronto, o muy tarde; que las mujeres no estén casadas, carezcan de los medios necesarios para criar a un hijo, o que ya tengan más hijos de los que desean o pueden mantener. Es posible también que sientan temor a las repercusiones físicas o emocionales de tipo violento, una vez que sus padres o parejas se enteren de que están embarazadas, o que estén teniendo relaciones sexuales con otra persona que no sea su esposo. Estas mujeres pueden haber subestimado el riesgo de quedar embarazadas, o haber utilizado un método anticonceptivo que falló.[161]

* Una pequeña proporción de los embarazos son planeados al momento de ser concebidos, pero son interrumpidos por razones de salud o debido a cambios en las circunstancias de la vida luego de la concepción.

GRÁFICO 7.1

Las tasas de embarazo han descendido en las regiones más y menos desarrolladas.

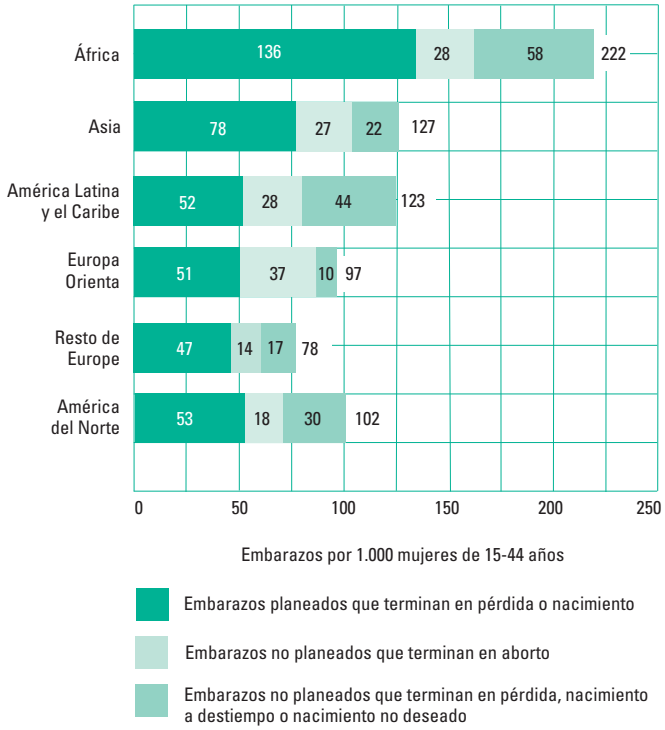


Nota Es posible que la suma de las tasas de embarazo no sea igual a las tasas globales de embarazo debido al redondeo.

Fuentes Referencia 163.

GRÁFICO 7.2

Las tasas de aborto inseguro varían ampliamente de acuerdo a la subregión.



Nota Es posible que la suma de las tasas de embarazo no sea igual a las tasas globales de embarazo debido al redondeo.

Fuentes Referencia 165.

Por muchas de estas razones, algunas mujeres que quedan embarazadas sin haberlo planeado pueden decidir no dar a luz. Es posible que simplemente no quieran tener hijos, o que reconozcan que no están en condiciones de tener y criar a un hijo. La realidad económica de muchos países, puede hacer que las mujeres lleguen a este tipo de conclusiones. En Filipinas, tres cuartas partes de las mujeres pobres y seis en 10 mujeres no pobres que se someten a un aborto informan que el principal motivo de su decisión es que es demasiado caro criar a un hijo (u a otro hijo).[54] Del mismo modo, en Pakistán, las mujeres con familias numerosas que ya viven en condiciones de pobreza son a menudo las que tienen mayor probabilidad de recurrir a un aborto.[162] Por el contrario, en Nigeria, las razones principales por las cuales las mujeres interrumpen un embarazo no deseado son, frecuentemente, el deseo de no abandonar la escuela, el hecho de no estar casadas o tener problemas de pareja.[97]

* La proyección de tasas de embarazo para 2008 está basada en estimaciones de aborto correspondientes a 2003 (informadas en el Capítulo 3), en estimaciones de la proporción de nacimientos que no son planeados, a partir de encuestas realizadas durante el período 2000-2007 y en estimaciones de las Naciones Unidas de nacimientos y población para 2008. Ver Apéndice de Datos y Métodos para mayores detalles.

† A los efectos de facilitar la lectura, en este informe se utiliza el término pérdida para indicar todas las pérdidas fetales que ocurren de manera espontánea, incluyendo las muertes fetales.

A pesar de que las tasas de embarazo no planeado han descendido, los niveles continúan siendo altos

La comparación entre las tasas estimadas para 2005 y las tasas proyectadas para 2008* demuestra que los niveles de embarazo (y de embarazo no planeado) están descendiendo (Gráfico 7.1, página 37).[163] Las tasas de embarazo incluyen todos los embarazos—los que terminan en nacimiento, en pérdida† o en aborto; los embarazos no planeados incluyen a aquellos que terminan en aborto, a los que terminan en un nacimiento ocurrido a destiempo o no deseado y al número proporcional de estos últimos que termina en pérdida.

El número estimado de embarazos a nivel mundial fue de 209 millones en 1995, y está previsto que haya sido de 208 millones en 2008. De los embarazos que tuvieron lugar en 2008, 185 millones (89%) se produjeron entre las mujeres que viven en el mundo en desarrollo, y 23 millones entre aquellas que viven en el mundo desarrollado.[164] Si bien la cifra anual de embarazos disminuyó levemente entre 1995 y 2008, la tasa de embarazos a nivel mundial disminuyó por un margen mucho mayor, dado que el número de mujeres en edad reproductiva está aumentando (debido al constante crecimiento de la población). De hecho, la tasa de embarazo descendió un 16%, pasando de 160 embarazos por 1.000 mujeres en 1995 a 134 por 1.000 en 2008.[163]

En el mundo más desarrollado, la tasa global estimada de embarazo descendió un 17%, pasando de 108 a 90 por 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años entre 1995 y 2008; en el mundo menos desarrollado, descendió también un 17%, pasando de 173 a 143 por 1.000. En África, la región con la tasa más elevada, el número estimado de embarazos por 1.000 mujeres en edad reproductiva disminuyó un 15%, pasando de 262 a 222 por 1.000, en comparación con un descenso del 19% registrado en Asia (de 156 a 127 por 1.000) y del 23% en América Latina y el Caribe (de 159 a 123 por 1.000).[163]

A nivel mundial, la tasa de embarazo no planeado disminuyó un 20% entre 1995 y 2008, pasando de 69 a 55 por 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años. El descenso fue mayor en el mundo más desarrollado, donde la tasa disminuyó un 29% (de 59 a 42 por 1.000 mujeres), que en el mundo menos desarrollado, donde disminuyó un 20% (de 71 a 57 por 1.000).[163]

Para 2008, la tasa de embarazo no planeado en el mundo menos desarrollado fue un tercio más alta que la del mundo más desarrollado (57 frente a 42 por 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años).[163] Si se excluye a China, este contraste es aún mayor—la tasa de embarazo no planeado en el mundo en desarrollo (sin China) fue 60% más alta que la del mundo desarrollado. Aproximadamente, la mitad de todos los embarazos no planeados terminaron en aborto—en las regiones más desarrolladas, el 53%, y en las menos desarrolladas, el 48%.[164]

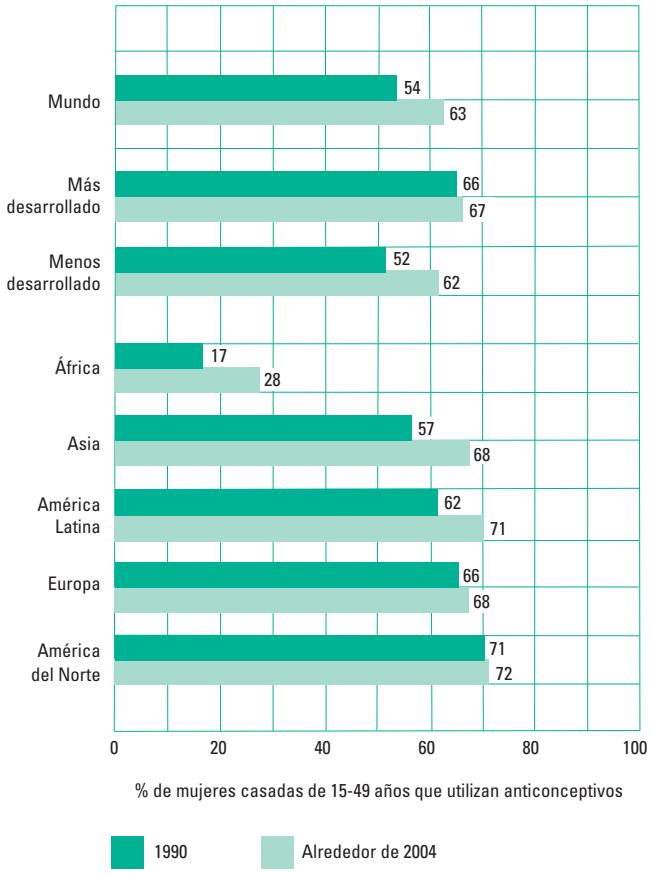
Las variaciones regionales en la tasa de embarazo no

planeado correspondientes a 2008 fueron considerables (Gráfico 7.2).[165] La tasa de embarazo no planeado en América Latina y el Caribe fue mucho más alta que la de Asia (72 frente a 49 por 1.000), a pesar de que en las dos regiones se registraron tasas globales de embarazo similares.[163] A su vez, la proporción de embarazos no planeados que terminaron en aborto fue mucho más baja en América Latina y el Caribe que en Asia (38 frente a 55% respectivamente).[164] En África, la tasa estimada de embarazo no planeado en 2008 fue de 86 por 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años, y el 33% de estos embarazos terminaron en aborto.[163]

La tasa de embarazo no planeado en América del Norte fue similar a la de Europa Oriental (48 y 47 por 1.000 mujeres, respectivamente), pero fue más alta en estas dos regiones que en el resto de Europa (31 por 1.000).[165] Fue mucho menos probable que las mujeres con embarazos no planeados en América del Norte se hayan realizado un aborto en comparación con sus homólogas de Europa Oriental (38 frente a 80%); también fue mucho más probable que las primeras completaran su embarazo no planeado y dieran a luz (48% frente a 10%; no demostrado). La proporción de embarazos no planeados que terminaron en nacimientos no planeados fue algo mayor en América del Norte que en el resto de Europa (48 frente a 42%).

GRÁFICO 7.3

El uso de anticonceptivos ha aumentado en todas las regiones del mundo, pero continúa siendo extremadamente bajo en África.



Fuentes Referencia 48 y 169.

En números absolutos, de los 208 millones de embarazos estimados que tuvieron lugar a nivel mundial en 2008, 102 millones resultaron en embarazos no planeados (49%), 41 millones terminaron en abortos inducidos (20%), 33 millones en nacimientos no planeados (16%) y alrededor de 31 millones en pérdidas (15%)—algunas derivadas de embarazos no planeados y algunas de embarazos que sí fueron planeados (no demostrado). La proporción de todos los embarazos que terminaron en aborto en 2008 fue más alta en los países más desarrollados que en los menos desarrollados (25 frente a 19%). África es la región con la menor proporción de embarazos que terminan en abortos—uno en ocho.[164]

Un estudio realizado en 2003 estimó que dos tercios de todos los embarazos no planeados se producen como resultado de no utilizar anticonceptivos, y uno en siete son a causa del uso de métodos tradicionales con elevadas tasas de fallo.[166] Obviamente, una manera razonable de posibilitar que las mujeres tengan menos embarazos no planeados es promover políticas y programas que ayuden a incrementar el uso de anticonceptivos efectivos, de manera que puedan tener la cantidad de hijos que ellas quieran, cuando quieran.

¿Cuántos hijos quieren tener las parejas?

Como resultado de una serie de factores que han ejercido influencia durante los últimos 30 años, tales como la urbanización, la mayor presión económica sobre las familias, los mayores niveles de educación (junto con una mayor conciencia por parte de los padres respecto de la necesidad de educar a sus hijos) y la importancia creciente del trabajo remunerado que realizan las mujeres fuera del hogar, hoy en día las parejas, a nivel mundial, tienen metas de vida y estrategias de desarrollo de la familia diferentes en comparación con las generaciones anteriores—y desean tener una menor cantidad de hijos.[167]

El número promedio de hijos que las familias preferirían tener varía, siendo por ejemplo, de un hijo en Ucrania y casi siete en Níger. En promedio, tanto en Asia como en América Latina y el Caribe, las mujeres dicen que idealmente desearían tener de 2 a 3 hijos, mientras que en África desearían de 4 a 5 hijos.[168] No se dispone de información actualizada acerca de las aspiraciones sobre el tamaño de la familia para la mayoría de los países de Europa Occidental y del Norte, pero los pocos estudios

Las mujeres adolescentes enfrentan muchos tipos de desventajas y estigmas

Se estima que las adolescentes (mujeres de entre 15 y 19 años) se someten a 2,5 millones de los aproximadamente 19 millones de abortos inseguros que tienen lugar anualmente en el mundo en desarrollo.[1] Las circunstancias que llevan a una mujer joven a decidir interrumpir un embarazo no deseado son a menudo complejas y, por lo general, están relacionados con poderosas fuerzas de índole social y cultural que determinan sus vidas. Si bien estas influencias obviamente varían ampliamente de una parte del mundo a la otra, hay varios temas comunes que resultan evidentes.

La transición desde la niñez hasta la madurez sexual y la adultez puede ser difícil de transitar para las mujeres jóvenes. En muchas regiones del mundo en desarrollo, y en muchas partes del mundo desarrollado, los valores sociales generalizados—incluyendo creencias religiosas y culturales de tipo tradicional y códigos—fomentan la idea de que las mujeres jóvenes no deberían tener relaciones sexuales hasta que estén casadas. Este ideal tiende a estar en conflicto directo con los impulsos biológicos naturales y emocionales de casi toda la gente joven a encontrar el amor y la intimidad sexual, a menudo antes del matrimonio, y también está cada vez más en conflicto con la realidad de nuestro tiempo, en el cual el mundo cambia muy rápidamente. En la medida en que más mujeres jóvenes concurren a la escuela o aspiran a tener independencia económica, se está retrasando la edad a la cual la gente contrae matrimonio en comparación con épocas anteriores; esto está ocurriendo en todas las regiones en desarrollo excepto en América Latina, donde ha habido poco cambio. Como resultado, la brecha entre la edad en la pubertad (la cual está descendiendo en el mundo en desarrollo) y la edad en el matrimonio se está ensanchando a nivel mundial—y actualmente varía entre los seis y 15 años.[2] Durante estos años, muchas mujeres jóvenes comienzan a ser sexualmente activas mientras son aún solteras, y corren riesgo de embarazo no planeado y aborto. Es posible que las adolescentes casadas también tengan embarazos no planeados y recurran al aborto—algunas de estas mujeres pueden desear demorar la maternidad o posponer un segundo nacimiento—pero esto es menos común.

La mayoría de las adolescentes mujeres son pobres, o no disponen de recursos monetarios propios dado que aún están en el colegio, no están trabajando o sólo pueden ganar sueldos muy bajos.[3] Además, muchas de ellas se enfrentan a la desaprobación y condena de la sociedad si están manteniendo relaciones sexuales.[4,5] Por estos motivos, las dificultades por las que debe atravesar una mujer adolescente con un embarazo no planeado producto de una relación sexual extramatrimonial son a menudo más problemáticas que aquellas que debe afrontar una mujer de más edad con ese tipo de embarazo.[6,7] Ya sea que estén solteras o casadas, las adolescentes tienen probabilidad de sufrir a raíz de los niveles particularmente altos de desventaja y la falta de poder. Entre los muchos escenarios que posiblemente originen serias desventajas para las adolescentes están los siguientes:

- En algunas partes del mundo, se espera que las adolescentes sean condescendientes con las decisiones de sus padres en relación al matrimonio y con los deseos de sus maridos en cuanto a las relaciones sexuales; es probable que ellas carezcan de habilidad o independencia para negarse a ambas demandas.[8,9]

- Las adolescentes a menudo carecen de una buena educación sexual integral, les produce timidez el hecho de tener que buscar información y servicios anticonceptivos[10] (sobre todo en países donde algunos grupos influyentes creen que dicha educación fomenta la promiscuidad sexual) y tienen altos niveles de necesidad insatisfecha de anticoncepción (en África Subsahariana, la mitad de las mujeres adolescentes no casadas que son sexualmente activas no quieren quedarse embarazadas pero no utilizan métodos anticonceptivos[11]).

- Algunas adolescentes tienen ideas erróneas sobre el riesgo de embarazo, creyendo, por ejemplo, que no pueden quedarse embarazadas porque son demasiado jóvenes, o si sólo han tenido relaciones sexuales de vez en cuando.[12]

- Las adolescentes, especialmente las niñas jóvenes, son particularmente vulnerables a la violencia sexual, la violación y el abuso sexual por parte de miembros cercanos de la familia.[2] Si bien éstas son causales de aborto legal en muchos países,[13] la posibilidad de obtener una interrupción legal del embarazo suele ser bastante baja en estos casos, en parte debido a que es probable que muchas niñas oculten las circunstancias bajo las cuales quedaron embarazadas.

- Es posible que muchas adolescentes más jóvenes, no casadas, no reconozcan o crean en los síntomas de embarazo, que busquen ocultar el embarazo a su familia y a menudo teman el estigma asociado con el embarazo extramatrimonial.[14] Como consecuencia, es posible que una proporción más grande de adolescentes, en comparación con las mujeres de más edad, esté en el segundo trimestre para cuando intente interrumpir un embarazo,[15] derivando en mayores riesgos para la salud.[16]

- Dado que la mayoría de las adolescentes aún no han tenido un hijo, es posible que muchas de las que desean interrumpir un embarazo no estén familiarizadas con los profesionales de la salud (tales como parteras y ginecólogos), quienes son los que más probablemente llevan a cabo abortos seguros. Por este motivo, es posible que recurran a prestadores tradicionales sin capacitación, quienes ofrecen mayor confidencialidad pero es más probable que utilicen métodos inseguros.

- De manera similar, si las adolescentes que se han sometido a abortos inseguros experimentan complicaciones que requieren tratamiento, es posible que tengan menos probabilidad que las mujeres de más edad de saber a dónde recurrir en búsqueda de atención; así mismo, es posible que estén intimidadas por la perspectiva de obtener tratamiento, que no tengan el dinero necesario para solventar la atención, y que teman al doble estigma de estar embarazadas siendo solteras[17] y buscar interrumpir el embarazo.[18]

- Los trabajadores de la salud en clínicas especializadas en post-aborto a veces tratan a las mujeres jóvenes no casadas con mayor indiferencia en comparación con el trato que dispensan a las mujeres de más edad, que están casadas.[19] Es probable que estas actitudes prejuiciosas desalienten a algunas adolescentes a buscar la atención que necesitan.

disponibles demuestran que el rango es de entre uno y dos hijos.

En muchos países las parejas están teniendo, en promedio, más hijos de los que idealmente quisieran. Datos recientes de encuestas nacionales indican que la diferencia entre el número deseado y real de hijos por familia es generalmente de 0,3 a 1,0 en América Latina y el Caribe, y de 0,1 a 1,1 hijos en Asia,[168] dos regiones donde la prevalencia del uso de anticonceptivos modernos es de alrededor de 62 a 65%.[48] En África Subsahariana—la región con el nivel más bajo de uso efectivo de anticonceptivos y el tamaño de familia más grande deseado en promedio—la brecha entre el tamaño de familia deseado y real es similar a la de otras regiones en desarrollo: generalmente 0,2 (Chad y Níger) y 1,4 (Etiopía), aunque es mayor en unos pocos países (Ruanda, Suazilandia y Uganda).[168]

No es simplemente que las mujeres están teniendo más hijos de los que desean; muchas de ellas también desean, pero no son capaces, de planificar oportunamente y espaciar sus nacimientos de tal forma que éstos se ajusten a sus circunstancias. Una proporción considerable de mujeres tienen hijos más pronto de lo que desearían, lo cual a menudo deriva en nacimientos que están muy poco espaciados o que tienen lugar antes del matrimonio. De hecho, en algunos países, la proporción de nacimientos que las mujeres consideran que ocurrieron a destiempo (que se deseaba hubieran tenido lugar más tarde) es tan o más alta que la proporción de nacimientos que consideran no deseados. Los nacimientos que tienen lugar a destiempo dan cuenta de entre 15 y 43% de todos los nacimientos en América Latina y el Caribe y de entre 8 y 41% de los que tienen lugar en África. Los nacimientos que se producen a destiempo son algo menos frecuentes en Asia, donde representan entre el 2 y el 24% de todos los nacimientos.[168]

Lograr un tamaño de familia de no más de dos hijos requiere un alto nivel de protección anticonceptiva. Para el momento en que una mujer supera los cuarenta años, aquellas con dos hijos habrá destinado, en promedio, sólo cinco años tratando de quedar embarazada, estando embarazada realmente y, evitando quedar embarazada nuevamente durante unos pocos meses seguidos del nacimiento. Para evitar eficazmente quedar embarazada antes, después o entre esos dos nacimientos, habrá tenido que abstenerse de tener relaciones sexuales, o ella o su pareja habrán tenido que cuidarse con un método anticonceptivo efectivo durante un período de alrededor de 25 años en promedio—un patrón de conducta difícil de cumplir, incluso para aquellos individuos sumamente disciplinados y motivados. No resulta sorprendente, entonces, que la mayoría de los embarazos no planeados ocurren cuando las parejas no están utilizando anticonceptivos, están utilizando métodos tradicionales que tienen altas tasas de fallo (retirada o abstinencia periódica) o están utilizando métodos efectivos de manera inconstante, irregular o incorrecta.[166] Ésta es la situación, a pesar del hecho de que los niveles de uso de anticonceptivos en los países en desarrollo están aumentando, e incluso en los casos en que dichos niveles son elevados.

El uso de anticonceptivos ha aumentado a nivel mundial

A raíz del deseo generalizado y creciente de tener familias más pequeñas, el uso de métodos anticonceptivos ha aumentado a nivel global a una tasa anual de 1,3%, pasando de 54% en 1990 a 63% en 2003 (Gráfico 7.3, página 39).[48,169] Se estima que durante este período, la proporción de mujeres casadas de entre 15 y 49 años que utilizan anticonceptivos aumentó, pasando de una tasa muy baja de 17% a una aún baja de 28% en África, de 57% a 68% en Asia y de 62% a 71% en América Latina y el Caribe. Por el contrario, la tasa prácticamente no registró variaciones en el mundo más desarrollado (donde anteriormente ya era alta), pasando de 66 a 67%.

Si bien el uso de anticonceptivos aumentó en forma considerable durante los últimos 20 años aproximadamente, datos de las encuestas nacionales correspondientes a algunos países en desarrollo de grandes dimensiones parecen indicar que disminuyó el ritmo de crecimiento de esta tendencia desde fines de la década del noventa. (Cuadro 7.1).[170-172] Entre principios de la década del noventa y mediados del 2000, la prevalencia de anticonceptivos entre las mujeres casadas se incrementó de 40 a 58% en Bangladesh, de 41 a 56% en la India, de 27% a 39% en Kenia, de 63 a 71% en México, y de 6 a 13% en Nigeria. No obstante, en cada caso, la mayoría del incremento en el uso de métodos tuvo lugar entre 1990 y 2000. De allí en adelante, los incrementos en la mayoría de estos países han sido muy pequeños.

En muchos países en desarrollo, las mujeres que no están casadas y son sexualmente activas, así como aquellas que están casadas, tienen más probabilidad hoy en día, que hace una década atrás, aproximadamente, de estar utilizando métodos anticonceptivos; el uso del preservativo fue el método que experimentó el mayor incremento en el uso durante la década del noventa.[173]

En las áreas pobres y rurales, el uso de anticonceptivos es bajo y los nacimientos no planeados son frecuentes

Las investigaciones que abarcan grandes áreas del mundo han establecido una fuerte relación entre pobreza y baja prevalencia del uso de anticonceptivos. En muchos países en desarrollo, las mujeres que se sitúan en el extremo superior de la escala de ingresos tienen dos veces más probabilidad que las mujeres más pobres de utilizar anticonceptivos modernos.[174] Es poco sorprendente, entonces,

que las mujeres pobres tengan también más probabilidad de tener nacimientos no deseados en comparación con aquellas que están relativamente en mejor situación económica.[175] Esta relación es aplicable incluso en uno de los países más ricos del mundo, los Estados Unidos.[176]

Vivir en un área rural también está fuertemente asociado a no usar un método anticonceptivo. En Pakistán, Burkina Faso, Yemen y Etiopía, la prevalencia del uso de anticonceptivos es a 3 a 4 veces más alta entre las mujeres del medio urbano que entre las del medio rural. Las mujeres pobres y aquellas que viven en áreas rurales son también las que tienen mayor probabilidad de acceder a abortos inseguros o de recurrir a prestadores de servicios de aborto inseguro (ver Capítulo 5). De esta manera, entre las mujeres que se encuentran en situación de mayor desventaja, las bajas tasas de uso de anticonceptivos resultan en niveles relativamente altos de relaciones sexuales sin protección, los cuales, a su vez, derivan en un alto riesgo de embarazo no planeado—y, si intentan interrumpir un embarazo de manera insegura, en un aumento del riesgo de discapacidad y muerte.

Es probable que los bajos niveles de uso de anticonceptivos entre las mujeres más pobres y las que viven en el medio rural estén relacionados con muchos factores, incluyendo bajos niveles educativos entre estos grupos y la influencia de valores sociales y culturales a favor de la alta fertilidad. Sin embargo, dos factores de importancia que pueden reducir la habilidad de las mujeres pobres o del medio rural a utilizar anticonceptivos son la imposibilidad de pagarlos y la falta de establecimientos de salud que provean información y suministros de anticonceptivos en forma gratuita o a un bajo costo—es decir, el acceso limitado de estas mujeres a los servicios.

Las mujeres pobres y del medio rural no son las únicas que tienen dificultad para acceder a los servicios anticonceptivos. Es más probable que las mujeres jóvenes y las solteras, en comparación con las mujeres adultas o las casadas, no dispongan de recursos económicos, con lo cual posiblemente tengan dificultad para hacer frente al costo de los servicios anticonceptivos (ver recuadro, página 40). En algunos países, factores de tipo cultural, social y financiero y el sistema de salud en sí mismo pueden generar barreras que hacen que sea particularmente difícil para las mujeres no casadas obtener este tipo de servicios.

TABLA 7.1

Porcentaje de mujeres casadas que utilizan algún método anticonceptivo en países seleccionados, fines de 1990-principios de 2000

País	Principios de 1990	Alrededor del 2000	Mediados de 2000
Bangladesh	40 (1991)	54	58 (2004)
Colombia	66 (1990)	77	78 (2005)
India	41 (1993)	48	56 (2006)
Kenia	27 (1989)	39	39 (2003)
México	63 (1992)	69	71 (2006)
Nigeria	6 (1990)	15	13 (2003)
Pakistán	12 (1991)	28	30 (2007)
Estados Unidos	74 (1988)	77*	73 (2002)

Nota *El porcentaje corresponde a 1995.
Fuente **México**—Referencia 170. **Estados Unidos**—Referencia 171. **Otros países**— Referencia 172.

En muchos lugares, los métodos tradicionales de anticoncepción todavía siguen siendo populares

Las tasas de embarazo no planeado y de aborto continúan siendo elevadas, incluso en países donde está aumentando la prevalencia del uso de anticonceptivos, lo cual puede deberse, en parte, al uso incorrecto o irregular de métodos que, de lo contrario, debieran ser efectivos (por ejemplo, las mujeres no toman sus pastillas en forma regular, o los hombres no siempre utilizan preservativos), o al hecho de que persiste la dependencia de métodos tradicionales* que tienen altas tasas de fallo (Cuadro 7.2, página 42).[48,170-172]

De hecho, las áreas de Europa Oriental que aún registran tasas de aborto elevadas incluyen a muchos países que cuentan con una proporción considerable de mujeres que aún dependen de métodos de anticoncepción tradicionales. Esto sugiere que en Europa Oriental—y tal vez en algunos países en desarrollo—la transición del uso de métodos tradicionales al uso de métodos modernos hará que las tasas de embarazo no planeado y los niveles de aborto se acerquen a los bajos niveles que se registran actualmente en Europa Occidental y del Norte.[46,177] En realidad, esta transición tuvo lugar entre 1988 y 1999 en la Federación Rusa,[46] donde los niveles de aborto disminuyeron de manera constante y el uso de métodos modernos aumentó.

Existe evidencia adicional sobre la relación inversa entre la tasa de aborto y el nivel de utilización de anticonceptivos modernos, la cual puede apreciarse en varios países de Europa Oriental y Asia Central, donde, tal como ocurrió en Rusia, el aumento considerable en la utilización de anticonceptivos modernos coincidió con un descenso en la incidencia del aborto.[46] En Perú y Filipinas—países en los cuales se estima que la tasa de aborto es relativamente alta—alrededor de un tercio de las usuarias de anticonceptivos confían en métodos tradicionales.[48]

Hasta la década del sesenta, cuando la pastilla y otros métodos modernos comenzaron a estar disponibles, e incluso hasta la década del setenta, en algunos países europeos occidentales y del norte existían proporciones considerables de mujeres que todavía utilizaban métodos tradicionales (en particular la retirada) que habían contribuido al descenso de la fertilidad en esas dos regiones.[178] De todos modos, hoy en día, el 90% o más de las usuarias

* La retirada y la abstinencia periódica son los métodos tradicionales más utilizados: así mismo, la lactancia prolongada y una amplia gama de métodos populares, cuya importancia varía de acuerdo al país, son clasificados como métodos tradicionales.

TABLA 7.2

Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos y tradicionales entre las mujeres casadas de 15-44 años, países seleccionados, fines 1990-principios 2000

País	Moderno	Tradicional	Total
Menos desarrollados			
Bangladesh	47	11	58
China	90	0	90
Colombia	67	11	78
Egipto	56	3	59
Etiopía	14	1	15
India	49	8	57
Kenia	31	8	39
México	66	5	71
Nigeria	7	6	13
Pakistán	22	8	30
Perú	47	24	71
Filipinas	33	16	49
Más desarrollados			
Francia	77	5	82
Georgia	26	21	47
Federación Rusa	53	20	73
España	66	6	72
Reino Unido	82	0*	82
Estados Unidos	68	5	73

Nota *En el Reino Unido, el 8% del as mujeres usan métodos tradicionales, pero todas informan que utilizan estos métodos en combinación con un método moderno.

Fuente **China, Reino Unido, Francia, España**—Referencia 48.
México—Referencia 170.
Otros países menos desarrollados, Fed. Rusa, Georgia—Referencia 172.
Estados Unidos—Referencia 171.

de anticonceptivos en esas dos regiones, que tienen las tasas más bajas de aborto, utilizan métodos modernos.

Muchas mujeres no quieren quedar embarazadas pero no utilizan anticonceptivos

Se considera que las mujeres que desean regular sus nacimientos, pero no disponen del conocimiento, los medios o la libertad de acción de hacerlo por medio del uso de anticonceptivos, tienen una necesidad insatisfecha* de información, servicios y métodos de anticoncepción. En África, a pesar de que las parejas desean familias bastante grandes, la mitad de las mujeres casadas en edad reproductiva son fértiles pero no desean tener un hijo pronto, o en algunos casos, nunca. En un período reciente (2002-2007), el 22% de las mujeres casadas en África estuvieron en riesgo de embarazo no planeado, pero no estaban utilizando un método anticonceptivo—lo cual representa sólo un pequeño descenso en relación al nivel registrado en la década anterior (24%; Gráfico 7.4).[179]

En Asia y América Latina y el Caribe—regiones con niveles relativamente altos de utilización de anticonceptivos—13 y 10% de las mujeres en edad reproductiva, respectivamente, tuvieron una necesidad insatisfecha durante el período 2002-2007. Estas proporciones representan una disminución respecto de los niveles registrados en el período 1990-1995 tanto en Asia (18%) como en América Latina y el Caribe (16%).[179]

Los niveles de necesidad insatisfecha son más altos entre las mujeres en los países en desarrollo que son jóvenes, no están casadas y tienen una vida sexual activa. En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, entre el 30 y el 50% de las mujeres no casadas, sexualmente activas de entre 15 y 24 años no usan ningún tipo de método anticonceptivo. En África Subsahariana, la necesidad insatisfecha entre este mismo grupo habitualmente oscila entre el 25 y el 60%.[180] Si bien la necesidad insatisfecha parece ser muy baja en unos pocos países del África Subsahariana, la dependencia de métodos tradicionales es habitualmente alta, lo cual sugiere que incluso en estos países las mujeres jóvenes no casadas tienen una gran necesidad de métodos anticonceptivos efectivos.[168] (No se dispone de estimaciones sobre la necesidad insatisfecha de las mujeres no casadas en Asia, dado que las encuestas en esta región a menudo excluyen a estas mujeres).

De acuerdo a un estudio llevado a cabo en 2003, se estima que 137 millones de mujeres en el mundo en desarrollo desearían demorar o detener los nacimientos pero no están utilizando ningún método de anticoncepción, y otros 64 millones están utilizando métodos tradicionales. De acuerdo al mismo estudio, también se estima que si se cubriera la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos, se podrían evitar 52 millones de embarazos no planeados y 22 millones de abortos inducidos cada año.[166]

Algunas mujeres no utilizan anticonceptivos porque creen que tienen poco riesgo de quedar embarazadas

Cuando se pregunta a las mujeres de África, Asia y América Latina que tienen una necesidad insatisfecha de planificación de la familia por qué no utilizan un método anticonceptivo, la respuesta más habitual (dada, en promedio, por un tercio de las mujeres encuestadas en América Latina y un cuarto de las que fueron encuestadas en África y Asia) es que tienen relaciones sexuales con muy poca frecuencia, o directamente que no tienen. La siguiente respuesta más habitual (dada por un promedio

* Se considera que las mujeres tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción si son casadas o si no están casadas y son sexualmente activas, si pueden quedar embarazadas, si no desean un hijo pronto o no lo desean de ninguna manera, y si no están utilizando ningún método anticonceptivo.

de una en cuatro mujeres con necesidad insatisfecha en las tres regiones) es que no les agradan los efectos secundarios o los riesgos para la salud que se considera están asociados con los anticonceptivos modernos.[181]

La oposición al uso de anticonceptivos (por parte de ellas mismas, o por parte de miembros de la familia o líderes e instituciones respetados de la comunidad) es citada por aproximadamente sólo una de cada 10 mujeres con necesidad insatisfecha en Asia del Sur y Sudoriental, África del Norte, Asia Occidental y África Subsahariana (citada por un poco más de una en cinco mujeres). Algunas mujeres (entre el 13 y el 19% en promedio) citan la lactancia como motivo por el cual no utilizan anticonceptivos, tal vez creyendo de manera errónea que la lactancia les proporciona protección completa contra el embarazo.[179]

Una proporción más pequeña de mujeres (sólo menos de una en 10, en promedio) en América Latina y el Caribe y en Asia dicen que no saben dónde obtener anticonceptivos, que no pueden pagarlos, o que no saben que existen los anticonceptivos. De todos modos, estas razones son de mayor importancia en África Subsahariana, donde son citadas por más del 20% de las mujeres casadas en 15 de 24 países.[181] Es posible que los asuntos relacionados con el acceso sean más importantes de lo que estas estadísticas indican, no obstante los datos actualmente disponibles no son suficientes para evaluar la importancia relativa de cada motivo, dado que las mujeres tienen un número de razones interrelacionadas por las cuales no se protegen con métodos anticonceptivos.

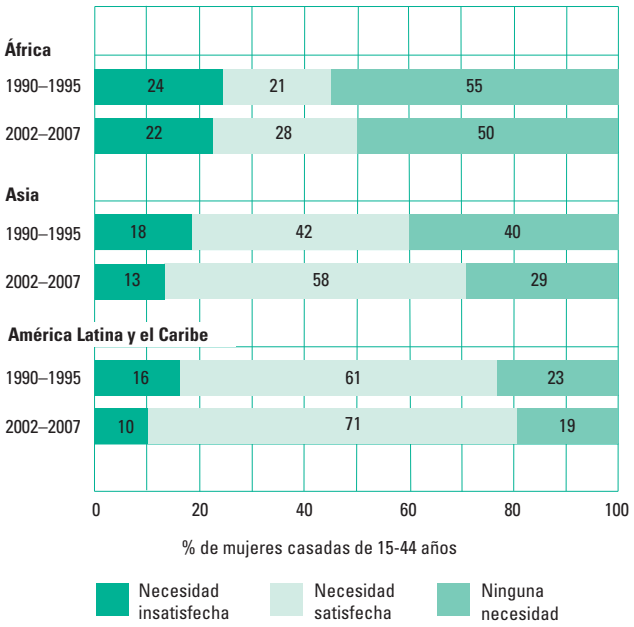
En términos generales, estos resultados apuntan a:

- La importancia de educar a las mujeres en relación a la posibilidad de quedar embarazadas y de ayudarlas a evaluar esta probabilidad con la mayor exactitud posible;
- La necesidad de suministrar a las mujeres información detallada sobre métodos anticonceptivos y sus posibles efectos secundarios;
- La importancia de mejorar el conocimiento de y el acceso a los servicios y suministros, en especial en África Subsahariana;
- La importancia de incrementar la educación pública y fortalecer el apoyo a los servicios anticonceptivos;
- La importancia de ofrecer a las mujeres que experimenten efectos secundarios una amplia gama de métodos para que puedan elegir; y
- La necesidad de llevar a cabo mayor investigación científica sobre los nuevos métodos anticonceptivos.

No obstante, a pesar de que el uso correcto y constante de métodos anticonceptivos efectivos por parte de todas las mujeres que están en riesgo reduciría enormemente los niveles de embarazo no planeado, muchas mujeres seguirán quedándose embarazadas sin haberlo planeado, en la medida en que las tasas de fallo de algunos métodos modernos continúen siendo altas, y en tanto las mujeres, por el motivo que fuere, no utilicen métodos modernos pero sigan utilizando métodos tradicionales, o no utilicen ningún método. Algunas de estas mujeres seguirán recurriendo al aborto para evitar tener un nacimiento no planeado.

GRÁFICO 7.4

La necesidad insatisfecha de anticoncepción entre las mujeres casadas está descendiendo, pero aún es alta.



Notas Las mujeres que no tienen ninguna necesidad son aquellas que desean un hijo pronto o bien no son infecundas; las mujeres con una necesidad satisfecha utilizan actualmente un método anticonceptivo (moderno o tradicional).

Fuentes Referencia 179.

Capítulo 8

Conclusiones y recomendaciones

Al comienzo de este informe, nos preguntamos si la situación del aborto inducido a nivel global ha cambiado desde fines de la década del noventa, cuando se publicó un informe exhaustivo similar a éste. ¿Ha mejorado la situación en algún aspecto en particular?; y ¿Qué perspectivas puede haber de que se logren más cambios positivos?

Nuestra conclusión es que durante la década pasada, se han producido algunos avances alentadores en varias áreas. De todos modos, aún queda mucho por hacer si se pretende que los niveles de embarazo no planeado continúen descendiendo y que el aborto sea legal, seguro y accesible para las mujeres en todo el mundo.

La situación ha mejorado en los últimos años

Los avances que han tenido lugar en los últimos años incluyen reformas legales y cambios en las tasas globales y regionales de embarazo no planeado y de uso de anticonceptivos.

• Desde 1997, se han flexibilizado las leyes de aborto en 19 países o entidades pequeñas alrededor del mundo. Entre los países que han acometido las reformas más amplias se encuentran Camboya, Colombia, Etiopía y Nepal. No obstante, en tres países (El Salvador, Nicaragua y Polonia), las restricciones legales se han vuelto, en realidad, más estrictas. Si bien las modificaciones positivas de las leyes de aborto han sido relativamente pequeñas, se podría decir que representan un mayor nivel de reforma en comparación con las modificaciones que tuvieron lugar durante la década anterior.[27]

• A nivel mundial, la tasa de embarazo no planeado (ya sea éste resulte en nacimiento, aborto o pérdida) ha descendido en estos últimos años, pasando de 69 por 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años en 1995 a una tasa de 55 por 1.000 en 2008, de acuerdo a las proyecciones.[163]

• Una tendencia relevante y alentadora que subyace al descenso de la incidencia del embarazo no planeado es un aumento en el uso de anticoncepción. A nivel global, la proporción de mujeres casadas que utilizan métodos anticonceptivos aumentó a una tasa anual de 1,3% entre 1990 y 2003, pasando de 54 a 63%.[48,169] Una tendencia similar se registró en varios países en desarrollo en la década del noventa, entre las mujeres jóvenes no casadas que son sexualmente activas.[173]

• Indicaciones preliminares sugieren que es posible que esté disminuyendo la gravedad de las complicaciones derivadas del aborto clandestino, aunque la tasa de complicaciones a causa del aborto que requieren hospitalización aún no haya descendido notablemente. Dos factores que están probablemente relacionados con el descenso en la gravedad de estas complicaciones son la proliferación del aborto con medicamentos (especialmente el uso de misoprostol sólo, que pareciera está siendo utilizado por un número creciente de mujeres de manera independiente, sin recurrir a prestadores de servicios) y el incremento en la prestación de servicios de aborto por parte de médicos adecuadamente capacitados y personal médico de nivel medio a través de la técnica de aspiración manual endouterina.

No obstante, todavía quedan muchos desafíos

Si bien los avances mencionados anteriormente son alentadores, queda mucho trabajo por realizar, tanto en el ámbito legal como en la prestación de servicios de anticoncepción y aborto. Los puntos que se detallan a conti-

nuación ponen de relieve la necesidad de continuar trabajando en este sentido.

• A pesar de las reformas a las leyes de aborto llevadas a cabo en 19 países, la proporción de mujeres en edad reproductiva que viven en países que permiten el aborto bajo criterios amplios (por razones socioeconómicas o sin requerimiento de razón alguna) ha cambiado muy poco. [32]

• En algunos países donde el aborto es legal bajo criterios amplios, el acceso a los servicios de aborto prestados por personal calificado es sumamente desigual. La India y Sudáfrica son ejemplos de países menos desarrollados en los cuales es difícil acceder al aborto seguro, a pesar de que el procedimiento está permitido bajo supuestos amplios. Como resultado, muchas mujeres en estos países, especialmente aquellas que son pobres y las que viven en el medio rural, continúan recurriendo al aborto inseguro.

• La cifra y la tasa estimadas de abortos inseguros—con su potencial de dañar la salud de la mujer y poner en riesgo su supervivencia—cambió muy poco entre 1995 y 2003.[43]

• El acceso a la atención post-aborto de alta calidad continúa siendo escaso para las mujeres en muchos países menos desarrollados. Aún en los casos en que los servicios están disponibles, la escasa accesibilidad y el fuerte estigma cultural frecuentemente asociado al aborto, pueden desalentar la mayor utilización de estos servicios, incluso entre las mujeres que sufren complicaciones muy graves. Como consecuencia, se estima que cada año mueren 70.000 mujeres a causa de las consecuencias del aborto inseguro—una cifra que apenas ha cambiado en la década pasada.[137] Muchos millones de mujeres más continúan sufriendo las consecuencias para la salud a corto y largo plazo.

• El aumento en el uso de anticonceptivos parece estar estabilizándose en algunos países (por ejemplo, Kenia y Pakistán), y el uso de métodos tradicionales menos confiables continúa siendo elevado en algunas partes del mundo (por ejemplo, Europa Oriental, y Filipinas).

• Dado que en muchos lugares está descendiendo el tamaño deseado de familia, situándose en no más de dos hijos, las parejas tendrán cada vez un mayor nivel de motivación para prevenir que los nacimientos no sobrepasen ese número. Al menos en el corto plazo, esto puede derivar en mayores, no en menores, niveles de aborto, incluyendo el aborto inseguro.

El acceso a los servicios de aborto seguro y a una atención post-aborto adecuada varía ampliamente en función de la región

La relevancia o aplicabilidad de estas conclusiones no es de ninguna manera uniforme para todas las partes del mundo. Cada uno de los tres factores que subyacen al aborto inseguro y a sus consecuencias adversas—las leyes que restringen el acceso a las interrupciones seguras del embarazo; la insuficiencia o inexistencia de atención post-aborto; y los bajos niveles de uso de anticoncep-

CUADRO 8.1

Acceso de las mujeres a los servicios de aborto seguro, atención post-aborto y servicios de anticoncepción, por región

Tipo de servicio	Adecuación del acceso		
	ADECUADO	MEDIO	ESCASO
Acceso al aborto seguro	Mundo desarrollado (con excepción de Irán y Polonia), Asia Oriental, Repúblicas de Asia Central, Cuba, Túnez, Turquía, Vietnam	Camboya, Etiopía, India, México (sólo el Distrito Federal), Nepal, Sudáfrica y varios países pequeños	Resto del mundo menos desarrollado, Irlanda, Polonia y algunas ciudades estados de Europa
Disponibilidad de atención post-aborto	Mundo desarrollado, Asia Oriental, Repúblicas de Asia Central, Cuba, Túnez, Turquía, Vietnam	África del Norte, América Latina y el Caribe, Sudeste Asiático, Asia Occidental, Sudáfrica	África Subsahariana (con excepción de Sudáfrica), Asia del Sur
Acceso a servicios de anticoncepción	América del Norte, América del Sur, América Central, Asia Oriental, Europa Occidental, Europa del Norte, Australia, Nueva Zelanda	África del Norte, África del Sur, Asia (excepto Oriental), Caribe, Europa Oriental, Europa del Sur	África (excepto las regiones del Norte y del Sur), Oceanía (excepto Australia y Nueva Zelanda)

Notas El acceso al aborto seguro es considerado adecuado si el aborto es legal bajo supuestos amplios (por todas las razones o por razones socioeconómicas) y los servicios seguros están ampliamente disponibles y accesibles; medio si el aborto es legal bajo supuestos amplios pero una gran proporción de mujeres carece de servicios seguros; y escaso si el aborto está legalmente restringido, los servicios son clandestinos, o los servicios seguros sólo están disponibles para las mujeres que pueden solventarlos. La disponibilidad de la atención post-aborto es adecuada si el sistema de salud tiene la capacidad de prestar atención post-aborto, independientemente de si existe la necesidad de este tipo de atención; media si hay una necesidad moderada de este tipo de atención y si al menos 60% de los partos son atendidos por un profesional especializado; y escasa si la necesidad de atención post-aborto es elevada y menos del 60% de los partos son atendidos por un profesional especializado. El acceso a los servicios de anticoncepción se considera adecuado si la proporción de mujeres que utiliza cualquier método anticonceptivo es mayor al 66%; medio si la proporción es de entre 34 y 66%; y escaso si la proporción es menor del 34%.

Fuente **Acceso al aborto seguro**—Referencia 19. **Atención especializada del parto**—Referencia 182. **Prevalencia del uso de anticonceptivos**—Referencia 48.

tivos, así como su uso inconstante o incorrecto—influye en mayor medida en algunas regiones y países que en otros. A su vez, existen otros dos factores predominantes, íntimamente relacionados entre sí, que afectan de manera decisiva a estos tres elementos anteriormente mencionados. Estos dos factores también varían enormemente en función de la región: la capacidad de los sistemas de salud nacionales de prestar servicios adecuados (información y suministros anticonceptivos, programas de aborto seguro y atención post-aborto, incluyendo atención de emergencia) y el nivel de pobreza a nivel país y a nivel individual.

Cuando se combinan esta variedad de elementos, emerge un panorama con más matices. Se han categorizado las regiones (y los países que constituyen excepciones) de acuerdo a su estatus actual en relación a los tres tipos de servicios necesarios para reducir el aborto inseguro y sus consecuencias perjudiciales: el acceso a servicios de aborto seguro, de acuerdo a cómo sean definidos en función del estatus legal del aborto y el acceso a servicios de aborto prestados por personal capacitado; la disponibilidad de atención post-aborto, una medida estimada en base a la proporción de mujeres que son atendidas por un profesional de la salud cuando dan a luz (un indicador de la capacidad global de los sistemas de salud); y el acceso a servicios de anticoncepción, estimado en base a la prevalencia del uso de anticonceptivos (Cuadro 8.1).[19,48,182] Esta categorización esquemática ilustra la compleja interrelación entre las diferentes condiciones legales, económicas, sanitarias y culturales que crean el contexto global en el cual las mujeres corren el riesgo de quedar embarazadas sin haberlo planeado, existiendo la posibilidad de que muchas de ellas recurran al aborto inducido.

A excepción de unos pocos casos, los países y las regiones más desarrollados del mundo se ubican en la categoría adecuada correspondiente a cada uno de los tres factores principales. En países donde los procedimientos seguros y legales están ampliamente disponibles, la necesidad de atención post-aborto será mínima o inexistente. Por el contrario, en la mayoría de los países africanos y asiáticos, el acceso al aborto seguro es bajo, los niveles y estándares de la atención post-aborto son bajos, y los niveles de uso de anticonceptivos son de bajos a medios. En América Latina y el Caribe la situación es variada: El acceso al aborto seguro es escaso, pero la disponibilidad de atención post-aborto es adecuada en muchas partes de la región, y los niveles de uso de anticonceptivos son más altos que en Asia y África.

De todos modos, surgen algunas importantes variaciones entre estas categorías amplias. En algunos países industrializados (los Estados Unidos, por ejemplo), el acceso al aborto seguro puede ser difícil para las mujeres pobres y las adolescentes. Asimismo, la prevalencia del uso de anticonceptivos entre las mujeres en edad reproductiva en las regiones más desarrolladas es sumamente variable, oscilando entre menos del 50% en Bulgaria, Letonia, Lituania y Polonia y más del 75% en la mayor parte de Europa Occidental y los Estados Unidos.[48]

Otra fuente de variación es el grado en se utilizan los métodos tradicionales con mayores tasas de falla. En Filipinas—un país con un nivel de ingreso medio y una tasa de aborto medianamente alta (27 por 1.000 mujeres)—el uso de anticonceptivos a nivel global se ubica en un nivel medio (49% en 2003), pero el uso de métodos tradicionales es alto (un tercio de todas las usuarias), lo cual afecta el nivel de embarazo no planeado y el grado de necesidad de aborto. Las tasas de discontinuidad del uso de anticonceptivos y la medida en que las mujeres utilizan métodos anticonceptivos de manera incorrecta e inconstante, también afectan los niveles de embarazo no planeado y aborto, y estas conductas varían en función del país.

¿Qué debe hacerse para reducir la práctica y las consecuencias del aborto inseguro?

Existen tres formas conocidas para reducir la carga del aborto inseguro sobre las personas y la salud: aumentar la prevalencia del uso de anticonceptivos para reducir los niveles globales de embarazo no planeado; ampliar los criterios legales bajo los cuales está permitido el aborto y establecer servicios para la prestación de abortos seguros y legales en el marco de las leyes vigentes; y proporcionar a las mujeres que sufran complicaciones derivadas del aborto inseguro el tratamiento médico que precisan. No obstante, las recomendaciones específicas deben realizarse teniendo en cuenta la amplia variedad de contextos legales que regulan el aborto alrededor del mundo, y las diferencias en la capacidad de los países en desarrollo para prestar servicios de aborto seguro y otros servicios básicos de salud reproductiva para las mujeres, incluyendo servicios de atención post-parto de alta calidad.

En los países donde los mayores determinantes de la morbilidad y mortalidad derivadas del aborto son los bajos niveles de utilización efectiva de anticonceptivos, la severidad de las limitaciones legales impuestas a la interrupción del embarazo y el escaso acceso a la atención post-aborto, es necesario implementar con urgencia un cambio en los programas y políticas relativas a estas tres áreas que presentan dificultades. Pero en los países donde el acceso a los servicios y la disponibilidad de atención son de nivel medio, también es necesaria una mejora en sus políticas de salud y en los estándares de prestación de servicios. Cualquiera que sea el nivel y tipo de necesidad, estos esfuerzos requerirán la participación del sector salud, tanto público como privado.

• *Mejorar el nivel y la efectividad del uso de anticonceptivos.* Las mejoras en las tres áreas que contribuyen al aborto inseguro y sus potencialmente severas consecuencias resultan cruciales; no obstante, la ampliación del acceso a métodos anticonceptivos modernos efectivos y la mejora

de la calidad de los servicios orientados a ayudar a las mujeres a evitar los embarazos no planeados, en primer lugar, pueden constituir la estrategia con mayor probabilidad de ser implementada en el en el corto plazo, a la vez que también proporciona capacidad de respuesta a las necesidades de las mujeres a largo plazo.

Medidas necesarias para mejorar el acceso y el uso de los anticonceptivos

- Desarrollar y promover información, educación y materiales de comunicación y programas en materia de anticoncepción. Estos materiales deberían estar disponibles en establecimientos de salud y otros lugares públicos, y estar diseñados para disipar los mitos sobre los métodos anticonceptivos y dar a conocer sus beneficios para la salud.
- Establecer políticas que estipulen que la capacitación formal destinada a médicos, personal de enfermería y trabajadores de la atención de salud primaria incluya instrucción adecuada sobre métodos anticonceptivos y riesgo de embarazo, así como también información sobre la estrecha relación entre el uso efectivo de anticonceptivos y la mejora de la salud y la supervivencia materno-infantil.
- Procurar que la información sobre anticoncepción esté disponible, y proporcionar el acceso a una gama lo más amplia posible de métodos (preservativo, pastilla, parche, implante, inyección, DIU, anillo, esterilización masculina y femenina, anticoncepción de emergencia), en todos los centros de salud de nivel primario, en los hospitales donde las mujeres dan a luz y como un componente básico de todos los servicios post-aborto.
- Asegurar una provisión adecuada y continua de una amplia variedad de suministros anticonceptivos a nivel nacional.
- Establecer protocolos que requieran que el personal sanitario proporcione la información correcta acerca de los beneficios para la salud y los posibles efectos secundarios de la anticoncepción, para ofrecer la posibilidad de elegir entre métodos alternativos e informar a las mujeres sobre los factores que influyen sobre el riesgo de embarazo.
- Alentar a los prestadores de salud a que traten con respeto a todos aquellos que soliciten información y servicios de anticoncepción, ya sea que estén casados o solteros, sean jóvenes o mayores, con dinero o pobres, varones o mujeres.
- Crear mensajes públicos para contrarrestar el sentimiento de soledad y el estigma que a menudo impiden que las mujeres jóvenes, que nunca se han casado y que son sexualmente activas soliciten servicios de anticoncepción.
- Asegurar que la información sobre los beneficios de espaciar los nacimientos y de tener familias pequeñas esté disponible para las familias y los miembros de la comunidad que probablemente se oponen a la práctica de la planificación de la familia.
- Dirigirse de manera efectiva a la oposición organizada en contra de la anticoncepción, particularmente a aquella proveniente de grupos religiosos influyentes, proporcionándoles a los gestores de políticas (preferiblemente a aquellos que forman parte de los más altos niveles del gobierno y de la dirigencia médica) evidencia de los importantes beneficios de la planificación, tanto para las familias como la sociedad en su conjunto.

Prácticamente todos los abortos que se llevan a cabo en cada región y cada país del mundo tienen un mismo trasfondo: el embarazo no planeado. Es por eso que, proporcionar a las mujeres y a las parejas la información y los servicios que necesitan para planificar y espaciar sus embarazos—de modo de que puedan tener la cantidad de hijos que deseen, cuando lo deseen—es la manera más práctica y la que presenta una mejor relación costo-eficacia para reducir de manera significativa la incidencia del aborto, incluyendo aquel que es ilegal y peligroso. Muchos años de experiencia en el diseño y la gestión de programas de planificación de la familia y de salud reproductiva alrededor del mundo han puesto de relieve la gran diversidad de esfuerzos que son necesarios para aumentar el uso efectivo de métodos anticonceptivos (ver recuadro, página 46).

• *Legalizar el aborto y asegurar que los servicios de aborto legal sean prestados bajo los términos de las leyes existentes.* La necesidad de reformar las leyes de aborto en grandes áreas del mundo menos desarrollado es apremiante. Con excepción de las mujeres de China y de la India, más de ocho en 10 mujeres en edad reproductiva en los países en desarrollo viven bajo leyes de aborto sumamente restrictivas. En el Capítulo 2, hemos señalado algunos países en desarrollo que han acometido la reforma de manera exitosa. La lección principal que se debe aprender tomando como ejemplo a estos países es que el proceso conducente a la reforma puede ser largo y requiere persistencia; implica, a su vez, la colaboración activa de muchos actores claves (por ejemplo, profesionales de la salud, investigadores, expertos en derecho, organizaciones de mujeres, los medios de comunicación); y que todos los participantes deben contar con la evidencia concreta necesaria para convencer a los gestores de políticas y al público en general. Los argumentos a favor de la reforma radican en tres puntos fundamentales: el aborto inseguro ocasiona daños a la salud de millones de mujeres, sobre todo a la de aquellas que son pobres; el aborto inseguro supone un gran costo para los sistemas de salud, los cuales suelen encontrarse habitualmente en apuros (este costo es mayor que el costo que supone prestar servicios orientados a prevenir el embarazo no planeado o servicios de aborto seguro); y representa una violación inaceptable a los derechos humanos de las mujeres y a la ética médica.

Pero aparte de la reforma de las leyes de aborto, en algunos países donde sí está permitido el aborto bajo causales amplias, el siguiente paso decisivo—la implementación de la ley a través de programas—queda a menudo rezagado, con lo cual los servicios de aborto inseguro son mayormente inaccesibles, en especial para las mujeres pobres, las que viven en las zonas rurales y las que son jóvenes. Es posible que, en algunos países que hayan alcanzado la reforma legal, exista una gran proporción del público en general, e incluso de miembros de la profesión médica, que desconozcan que la ley ha sido modificada. Para evitar esta situación, una vez que la reforma ha tenido lugar, deberían difundirse ampliamente las nuevas disposiciones a fin de

asegurar que el público tome conciencia acerca del cambio, y se deberían adoptar lineamientos y sistemas administrativos para la prestación de servicios basados en la evidencia, para asegurar que los servicios estén disponibles fácilmente y que los mismos se ajusten a los mejores criterios de la práctica médica. El diseño de indicadores cuantitativos para ayudar a las autoridades a realizar un seguimiento del acceso básico a los servicios de aborto sería de mucha utilidad, y en alguna medida, se está prestando atención al desarrollo de este tipo de indicadores.[183,184] Otra medida importante sería el desarrollo de indicadores de la calidad de los servicios de aborto seguro (incluyendo directrices éticas[185] y médicas). Evidentemente, hay muchas medidas por tomar, las cuales presentan distintos niveles de dificultad; y el proceso demorará más en algunas áreas que en otras (ver recuadro).

• *Mejorar la calidad y cobertura de la atención post-aborto.* La responsabilidad de la atención post-aborto recae mayormente en los establecimientos de salud de los gobiernos. Sin embargo, algunos de los requisitos para la prestación de atención post-aborto de alta calidad son similares a los que se estipulan para los servicios de aborto seguro, y en países donde el aborto es legal pero el aborto inseguro sigue siendo habitual, serán los mismos profesionales de la salud y establecimientos del ámbito público y privado los que intervendrán en ambos programas.

Una consideración a destacar es que todas las complicaciones que surgen durante la etapa de post-aborto requieren atención inmediata, y una pequeña cantidad de ellas requiere un tipo de tratamiento médico más especializado que el que habitualmente está disponible en clínicas de nivel primario. Dado el aumento del registro de misoprostol en los países en desarrollo para el tratamiento de la hemorragia post-parto, es probable que este medicamento sea guardado a modo de reserva en grandes cantidades en centros de salud de nivel primario para el tratamiento de complicaciones derivadas del aborto. A su vez, es cada vez más probable que estos establecimientos cuenten con personal capacitado que esté en condiciones de determinar cuándo es apropiado utilizar este método, y cuándo debe derivarse a las pacientes a establecimientos de nivel superior (debido a complicaciones de mayor gravedad). Si estas pautas son aplicadas, es posible tratar una mayor proporción de casos de complicaciones post-aborto de manera segura en establecimientos de nivel primario. Pero si se requiere la derivación de los casos más graves, se precisarán servicios de traslado para llevar a las pacientes a hospitales de nivel secundario o terciario. Como resultado, en comparación con la prestación de servicios de aborto seguro, los servicios de post-aborto pueden ser más costosos y requerir un mayor apoyo logístico, similar al que se requiere para brindar atención obstétrica de emergencia (ver recuadro).

Es posible que, en los países de bajos ingresos, todos los servicios de salud materna, y en especial la atención post-aborto, dispongan de recursos escasos. Por este motivo, es posible que los planificadores de la salud pública consideren que la atención post-aborto de alguna manera debe competir con la necesidad igualmente apremiante de servicios pre-natales y de parto. La relación costo-eficacia de la atención post-aborto puede demostrarse a través de la evidencia, en el sentido de que este tipo de atención—al igual que la atención médica especializada que se brinda a las mujeres cuando dan a luz—previene la morbilidad y los fallecimientos, y puede ayudar a evitar los elevados costos a futuro del tratamiento de enfermedades o discapacidad a largo plazo. Asimismo, un número de estudios demuestran que el uso de la aspiración manual endouterina o de misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto es menos costoso que el uso de la dilatación y legrado (DyL), y que, para complicaciones de menor gravedad, los trabajadores de la salud de nivel medio adecuadamente capacitados pueden reemplazar de manera segura a los servicios que prestan los médicos y personal de enfermería, los cuales tienen un alto costo. Estas estrategias serían particularmente costo-eficaces en las áreas

Medidas para implementar leyes liberalizadas

• Implementar campañas de información dirigidas a la profesión médica y al público para difundir la aprobación de la nueva ley y sus disposiciones, y para informar a las mujeres sobre cómo obtener servicios de aborto.

• Desarrollar lineamientos escritos que especifiquen la manera en que deben ser prestados los servicios, los tipos de prestadores que están autorizados para realizar procedimientos de aborto y el nivel del sistema de atención sanitaria en el que pueden ser prestados estos servicios.

• Diseñar procesos administrativos para asegurar que el equipamiento y los medicamentos necesarios para los abortos seguros estén preparados en todos los establecimientos de salud designados, y que estén continuamente disponibles.

• Introducir una estructura de honorarios que haga que los abortos seguros sean asequibles para las mujeres pobres.

• Asegurar que los profesionales de la salud a quienes se les permite prestar servicios de aborto reciban capacitación sobre métodos apropiados, costo-eficaces, tales como la aspiración manual endouterina y el aborto con medicamentos.

• Proporcionar cursos educativos de capacitación para los profesionales de la salud que intervienen en la prestación de servicios de aborto a fin de superar las actitudes prejuiciosas y evitar las conductas que estigmatizan.

• Desarrollar estrategias para dar respuesta a los profesionales de la salud que solicitan excepciones a la prestación del aborto bajo razones de objeción de conciencia.

rurales, donde el equipamiento para practicar la aspiración manual endouterina y el misoprostol se pueden obtener a un costo razonable, y donde la escasez de médicos y personal de enfermería capacitado es habitual.

Los desafíos en materia de salud y desarrollo que debe enfrentar el mundo son de suma urgencia

Sólo faltan seis años para el 2015, la fecha en la cual, teóricamente, deberían haberse alcanzado los importantes Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. Uno de los objetivos, reducir la mortalidad materna, está íntimamente ligado a lograr una reducción considerable en los niveles de aborto inseguro y embarazo no planeado. Si bien hay razones para ser optimistas en alguna medida en relación a que se puede lograr un avance significativo en materia de estos dos objetivos relacionados para el 2015, deben desarrollarse iniciativas en un número de áreas si se pretende lograr el avance deseado.

Las razones de este optimismo relativo incluyen la ampliación de las leyes de aborto en un número de países durante los últimos 10 años; la disponibilidad de tecnologías nuevas y más seguras tales como el aborto con medicamentos; el mayor esfuerzo por parte de las parejas en la prevención del embarazo no planeado (que puede apreciarse en los mayores niveles de uso de anticonceptivos); el crecimiento de las actividades de defensa y promoción públicas para aumentar el nivel de concientización acerca de las consecuencias adversas para la salud y la supervivencia de la mujer derivadas del aborto llevado a cabo en condiciones de riesgo; y un alto nivel de compromiso por parte de las agencias internacionales—junto con una probabilidad de un mayor apoyo por parte de la nueva administración de los Estados Unidos—para ayudar a fortalecer la prestación de servicios relacionados con el embarazo y la anticoncepción.

No obstante, hay varias barreras importantes que obstaculizan el camino impidiendo alcanzar avances considerables. En lo más inmediato, la crisis económica mundial tiene el potencial de limitar la habilidad de las agencias donantes y los países para proporcionar los recursos necesarios para mejorar el acceso a los servicios de salud en general. Otras limitaciones incluyen el marco a largo plazo que generalmente se necesita para lograr cambios en la ley de aborto de un país, el riesgo constante de que las reformas a la ley de aborto sean revocadas, las barreras que retrasan la implementación integral de dichas reformas una vez que fueron adoptadas y el estigma asociado al aborto en muchas partes del mundo.

En términos realistas, dado que pueden ser adoptados rápidamente y no requieren la modificación de las leyes ni de los valores y actitudes sociales básicos, las medidas que tienen mayor probabilidad de lograr resultados mensurables son las siguientes: la mejora de los servicios de anticoncepción; la mayor capacitación a los prestadores en la técnica de aspiración manual endouterina para sustituir a la DyL; la optimización de los esfuerzos orientados a implementar las leyes de aborto existentes al máximo nivel posible; y las mejoras en el acceso al misoprostol y en el conocimiento de los protocolos correctos para la utilización de este medicamento en el tratamiento de abortos incompletos y como un método de aborto seguro.

La prevención del aborto inseguro trae consigo enormes beneficios a nivel individual y de la sociedad—para las mujeres, sus familias y los países en su conjunto. Reduce la insalubridad, la muerte y los años de productividad perdidos entre las mujeres, y ayuda a evitar los costos financieros abrumadores que, de otro modo, habría que

Medidas necesarias para mejorar los servicios post-aborto

- Desarrollar lineamientos y protocolos de salud pública para garantizar que la atención post-aborto de alta calidad pueda ser un servicio básico en todos los establecimientos de atención sanitaria de nivel primario y secundario. Los lineamientos y protocolos deberían designar los niveles específicos dentro del sistema en los cuales deberían ser prestados estos servicios y las categorías de profesionales de la salud autorizados para llevarlos a cabo.
- Proporcionar capacitación para médicos y profesionales de atención sanitaria de nivel medio en la técnica de aspiración manual endouterina y el aborto con medicamentos para el tratamiento del aborto incompleto.
- Implementar esfuerzos a nivel nacional, regional y local para informar a las mujeres acerca de los peligros del aborto clandestino, inseguro, y acerca de los lugares a donde pueden recurrir para obtener servicios para el tratamiento de complicaciones derivadas del aborto.
- Establecer políticas y proporcionar financiamiento para asegurar que se mantenga de manera continua el suministro de equipamiento y medicamentos necesarios para la atención básica de servicios de post-aborto.
- Crear estructuras de honorarios que no pongan los servicios de atención post-aborto fuera del alcance de las mujeres pobres.
- Poner en práctica y mantener mecanismos de derivación rápida y sistemas de transporte para trasladar a las pacientes con complicaciones post-aborto que requieran cirugías complejas o transfusiones de sangre a establecimientos hospitalarios de nivel superior.
- Desarrollar protocolos para asegurar que las pacientes que acceden a los servicios de atención post-aborto reciban consejería detallada sobre anticoncepción y, de ser posible, que se les proporcionen suministros de anticonceptivos para un período de tres meses o se coordine una visita de seguimiento; y que los métodos de acción prolongada (inyección, DIU y esterilización) estén disponibles y sean ofrecidos.
- Apoyar los esfuerzos educacionales realizados en cualquier nivel del sistema de salud a fin de promover la condición y los derechos de las mujeres, y de reaccionar frente a las actitudes prejuiciosas, la posible estigmatización y las actitudes que buscan avergonzar a las mujeres que necesitan atención post-aborto, especialmente por parte de los mismos profesionales de la salud.

solventar para hacer frente al tratamiento de las complicaciones relacionadas con la salud. Asimismo, la prevención del embarazo no planeado no sólo reduce la necesidad de recurrir al aborto inseguro, sino que también contribuye a la salud y a una mejor situación de las mujeres, a la supervivencia y a una mejor salud de los niños y a la mayor estabilidad financiera de los hogares.

No existe ni un sólo argumento a favor de reducir el aborto inseguro que probablemente sea suficiente para convencer a todos los actores que tienen intereses en juego en esta cuestión. Para lograr avances significativos, deben desarrollarse actividades de defensa y promoción de diversos asuntos, dirigidas a diferentes públicos. Un enfoque es apelar a un sentido global de la responsabilidad moral que esté mejor definido, y al compromiso con la prevención de la muerte y la discapacidad innecesarias que ocurren entre las mujeres predominantemente pobres. Una importante estrategia complementaria consiste en reunir y divulgar la evidencia que surge de las investigaciones (y este informe representa un paso en esa dirección), la cual demuestra que las leyes restrictivas no previenen el aborto, que la ampliación de los criterios legales para el aborto reduce la mortalidad y morbilidad maternas, que prevenir el aborto inseguro es costo-eficaz y que la prestación de servicios de aborto seguro es factible incluso en contextos de bajos recursos.

Flexibilizar las leyes de aborto para que permitan una mayor cantidad de criterios en más países, proporcionar acceso al aborto seguro y legal y a servicios post-aborto de alta calidad, y facilitar la mejora de la práctica de la anticoncepción en todas partes son metas que pueden alcanzarse. Constituyen también fuertes imperativos fundamentados en los derechos de todas las mujeres, en cualquier lugar, a mantener su salud, evitar el daño y tomar sus propias decisiones en cuando a la maternidad. Pero para ello se requerirá un esfuerzo de amplia base. La colaboración activa de gobiernos, planificadores de los sistemas de salud, asociaciones médicas nacionales e internacionales, agencias donantes, grupos de investigación y grupos dedicados a la defensa y promoción, y los medios de comunicación es esencial si se pretenden alcanzar estas metas de enorme relevancia durante la próxima década.

APÉNDICE: CUADRO 1 — Países y territorios por región y razones por las cuales está permitido el aborto legalmente, 2008

Razones	Mundo desarrollado	Mundo en desarrollo: África		Mundo en desarrollo: Asia y Oceanía		Mundo en desarrollo: América Latina y el Caribe
Totalmente prohibido, o sin excepción legal explícita para salvar la vida de la mujer	Andorra Malta San Marino	Angola Re. Centroafricana Congo (Brazzaville) Rep. Dem. del Congo Egipto Gabón Guinea-Bissau	Lesoto Madagascar Mauritania Mauricio Santo Tomé y Príncipe Senegal Somalia	Iraq Laos Islas Marshall Micronesia Omán Palaos	Filipinas Tonga	Chile República Dominicana El Salvador Haití Honduras Nicaragua Surinam
Para salvar la vida de la mujer	Irlanda	Costa de Marfil Kenia Libia (f) Malawi (g) Mali (a,c) Nigeria Sudán (a) Tanzania Uganda		Afganistán Bangladesh Bután (a,c,e) Brunei Darussalam Timor Oriental (d) Indonesia Irán (d) Kiribati Líbano	Myanmar Papúa Nueva Guinea Islas Salomón Sri Lanka Siria (f,g) Tuvalu E.A.U. (f,g) Gaza y Cisjordania Yemen	Antigua y Barbuda Brasil (a) Dominica Guatemala México (a,d,h) Panamá (a,d,f) Paraguay Venezuela
Para preservar la salud física (y para salvar la vida de la mujer)*	Liechtenstein (e) Mónaco (f) Polonia (a,c,d,f)	Benín(a,c,d) Burkina Faso (a,c,d) Burundi Camerún (a) Chad (d) Comoras Yibuti Guinea Ecuatorial (f,g) Eritrea (a,c)	Etiopía (a,c,d,e) Guinea (a,c,d) Marruecos (g) Mozambique Níger (d) Ruanda Togo (a,c,d) Zimbabwe (a,c,d)	Jordania Kuwait (d,f,g) Maldivas (g) Pakistán Qatar (d) Arabia Saudita Corea del Sur (a,c,d,g) Vanuatu		Argentina (b) Bahamas Bolivia (a,c) Costa Rica Ecuador (a) Granada Perú Uruguay (a)
Para preservar la salud mental (y todas las razones citadas anteriormente)	Nueva Zelanda (c,d) Irlanda del Norte España (a,d)	Argelia Botswana (a,c,d) Gambia Ghana (a,c,d) Liberia (a,c,d)	Namibia (a,c,d) Seychelles (a,c,d) Sierra Leona Suazilandia (a,c,d)	Hong Kong (a,c,d) Israel (a,c,d,e) Malasia Nauru	Samoa Thailand (a,d)	Colombia (a,c,d) Jamaica (f) Saint Kitts y Nevis Santa Lucía (a,c) Trinidad y Tobago
Razones de índole socioeconómica (y todas las razones citadas anteriormente)	Australia (h) Finlandia (a,d,e) Gran Bretaña (d) Islandia (a,c,d,e) Japón (g) Luxemburgo (a,d,f)	Zambia (d)		Chipre (a,d) Fiji India (a,d,f,j) Taiwán (c,d,f,g)		Barbados (a,c,d,f) Belice (d) San Vicente y las Granadinas (a,c,d)
Sin restricción en cuanto a las razones, pero con límites gestacionales y de otro tipo	Albania Austria Bielorrusia Bélgica Bosnia y Herzegovina (f) Bulgaria Canadá (k) Croacia (f) República Checa (f) Dinamarca (f) Estonia Francia Alemania Grecia (f) Hungría Italia (f)	Letonia (f) Lituania Macedonia (f) Moldavia Montenegro (f) Holanda Noruega (f) Portugal (f) Rumania Federación Rusa Serbia (f) Eslovaquia (f) Eslovenia (f) Suecia Suiza Ucrania Estados Unidos (f)	Cabo Verde Sudáfrica Túnez	Armenia Azerbaiyán Bahréin Camboya China (i,k) Georgia (f) Kazajstán Kirguistán Mongolia Nepal (i) Corea del Norte (k) Singapur Tayikistán Turquía (f,g) Turkmenistán Uzbekistán Vietnam (k)		Cuba (f) Guyana Puerto Rico

Notas: *Incluye países con leyes que hacen referencia sólo a indicaciones de "salud" o "terapéuticas", las cuales pueden ser interpretadas de manera más amplia que la indicación de salud física. Las excepciones y restricciones adicionales están indicadas en paréntesis junto al nombre de cada país. Algunos países permiten el aborto en casos de (a) violación, (b) violación de una mujer con discapacidad mental, (c) incesto, (d) malformación fetal o (e) otras causales. Algunos restringen el aborto imponiendo requisitos tales como (f) autorización de los padres o (g) autorización del cónyuge. Unos pocos países (h) determinan la legalidad el aborto a nivel de los estados, y la categorización legal enumerada refleja la situación de la mayoría de las mujeres. Dos países (i) tienen leyes de aborto que prohíben los abortos por motivos de selección de sexo, y uno (j) prohíbe este tipo de abortos en el marco de una ley sobre el diagnóstico por imágenes del feto que es independiente de la ley de aborto. Los países que permiten el aborto bajo causales de índole socioeconómica estipulan límites a la edad gestacional. Lo mismo aplica para los países que permiten el aborto sin restricción en cuanto a las razones, la mayoría de los cuales limitan los procedimientos de aborto al primer trimestre; los abortos siguen siendo lícitos luego de la edad gestacional especificada, pero solamente bajo los supuestos estipulados. Algunos países (k) no especifican límites gestacionales, y los mecanismos regulatorios varían. Dado que sus leyes son diferentes a las de China, Hong Kong y Taiwán, dichos países están incluidos como entidades separadas en el presente informe. E.A.U. = Emiratos Árabes Unidos.

Fuentes Referencia 27 y Centro de Derechos Reproductivos (CRR por su sigla en inglés), The world's abortion laws, fact sheet, New York: CRR, 2008.

APÉNDICE: CUADRO 2 Estimaciones globales y regionales del número de abortos y de las tasas de aborto, 1995 y 2003

Región y subregión	Número de abortos (en millones)						Tasa de aborto					
	Total		Seguros		Inseguros		Total		Seguros		Inseguros	
	2003	1995	2003	1995	2003	1995	2003	1995	2003	1995	2003	1995
Mundo	**41,6**	**45,5**	**21,9**	**25,6**	**19,7**	**19,9**	**29**	**35**	**15**	**20**	**14**	**15**
Países más desarrollados	6,6	10,0	6,1	9,1	0,5	0,9	26	39	24	35	2	3
Países menos desarrollados	35,0	35,5	15,8	16,5	19,2	19,0	29	34	13	16	16	18
África	**5,6**	**5,0**	**0,1**	*****	**5,5**	**5,0**	**29**	**33**	**†**	**†**	**29**	**33**
África Oriental	2,3	1,9	*	*	2,3	1,9	39	41	†	†	39	41
África Central	0,6	0,6	*	*	0,6	0,6	26	35	†	†	26	35
África del Norte	1,0	0,6	*	*	1,0	0,6	22	17	†	†	22	17
África del Sur	0,3	0,2	0,1	*	0,2	0,2	24	19	5	†	18	19
África Occidental	1,5	1,6	*	*	1,5	1,6	28	37	†	†	28	37
Asia	**25,9**	**26,8**	**16,2**	**16,9**	**9,8**	**9,9**	**29**	**33**	**18**	**21**	**11**	**12**
Asia Oriental	10,0	12,5	10,0	12,5	*	*	28	36	28	36	†	†
Asia Centro Sur	9,6	8,4	3,3	1,9	6,3	6,5	27	28	9	6	18	22
Sudeste Asiático	5,2	4,7	2,1	1,9	3,1	2,8	39	40	16	16	23	24
Asia Occidental	1,2	1,2	0,8	0,7	0,4	0,5	24	32	16	19	8	13
América Latina y el Caribe	**4,1**	**4,2**	**0,2**	**0,2**	**3,9**	**4,0**	**31**	**37**	**1**	**2**	**29**	**35**
Caribe	0,3	0,4	0,2	0,2	0,1	0,2	35	50	19	25	16	25
América Central	0,9	0,9	*	*	0,9	0,9	25	30	†	†	25	30
América del Sur	2,9	3,0	*	*	2,9	3,0	33	39	†	†	33	39
Europa	**4,3**	**7,7**	**3,9**	**6,8**	**0,5**	**0,9**	**28**	**48**	**25**	**43**	**3**	**6**
Europa Oriental	3.0	6.2	2.7	5.4	0.4	0.8	44	90	39	78	5	12
Europa del Norte	0.3	0.4	0.3	0.3	*	*	17	18	17	15	†	†
Europa del Sur	0.6	0.8	0.5	0.7	0.1	0.1	18	24	15	22	3	3
Europa Occidental	0,4	0.4	0.4	0.4	*	*	12	11	12	10	†	†
Oceanía	**0,1**	**0,1**	**0,1**	**0,1**	**0,02**	*****	**17**	**21**	**15**	**16**	**3**	**†**
América del Norte	**1,5**	**1,5**	**1,5**	**1,5**	*****	*****	**21**	**22**	**21**	**22**	**†**	**†**

*Menos de 50.000 abortos anualmente. †Tasa menor de 0,5. Notas: La tasa de aborto es el número de abortos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años. Debido al redondeo, es posible que la suma de las estimaciones del número de abortos subregionales no sea equivalente a las estimaciones regionales, y que la suma de las estimaciones regionales no sea igual a las estimaciones mundiales. Las subregiones son definidas de acuerdo a la siguiente clasificación de las Naciones Unidas:
Regiones más desarrolladas—Australia, Europa, Japón, Nueva Zelanda, América del Norte.
Regiones menos desarrolladas—África, Asia (con excepción de Japón), América Central, Oceanía (con excepción de Australia y Nueva Zelanda), América del Sur.
África Oriental—Burundi, Comoras, Yibuti, Eritrea, Etiopía, Kenia, Madagascar, Malawi, Mauricio, Mozambique, Reunión, Ruanda, Somalia, Tanzania, Uganda, Zambia, Zimbabwe.
África Central—Angola, Camerún, República Centroafricana, Chad, Congo, República Democrática del Congo, Guinea Ecuatorial, Gabón, Santo Tomé y Príncipe.
África del Norte—Argelia, Egipto, Libia, Marruecos, Sudán, Túnez, Sahara Occidental.
África del Sur—Botswana, Lesoto, Namibia, Sudáfrica, Suazilandia.
África Occidental—Benín, Burkina Faso, Cabo Verde, Costa de Marfil, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Liberia, Mali, Mauritania, Níger, Nigeria, Senegal, Sierra Leona, Togo.
Asia Oriental—China, Hong Kong, Japón, Macao, Mongolia, Corea del Norte, Corea del Sur.
Asia Centro Sur—Afganistán, Bangladesh, Bután, India, Irán, Kazajstán, Kirguistán, Maldivas, Nepal, Pakistán, Sri Lanka, Tayikistán, Turkmenistán, Uzbekistán.
Sudeste Asiático—Brunei, Birmania, Camboya, Timor Oriental, Indonesia, Laos, Malasia, Filipinas, Singapur, Tailandia, Vietnam.
Asia Occidental—Armenia, Azerbaiyán, Bahréin, Chipre, Georgia, Iraq, Israel, Jordania, Kuwait, Líbano, Territorios Palestinos Ocupados, Omán, Qatar, Arabia Saudita, República Árabe Siria, Turquía, Emiratos Árabes Unidos, Yemen.
Caribe—Bahamas, Barbados, Cuba, Dominica, República Dominicana, Guadalupe, Haití, Jamaica, Martinica, Antillas Holandesas, Puerto Rico, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tobago, Islas Vírgenes de los Estados Unidos.
América Central—Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá.
América del Sur—Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guinea Francesa, Guyana, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay, Venezuela.
Europa Oriental—Bielorrusia, Bulgaria, República Checa, Hungría, Moldavia, Polonia, Rumania, Rusia, Eslovaquia, Ucrania.
Europa del Norte—Islas del Canal, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Islandia, Irlanda, Letonia, Lituania, Noruega, Suecia, Reino Unido.
Europa del Sur—Albania, Bosnia y Herzegovina, Croacia, Grecia, Italia, Macedonia, Malta, Portugal, Serbia y Montenegro, Eslovenia, España.
Europa Occidental—Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Luxemburgo, Holanda, Suiza.
Oceanía—Australia, Fiji, Polinesia Francesa, Guam, Micronesia, Nueva Caledonia, Nueva Zelanda, Papúa Nueva Guinea, Samoa, Islas Salomón, Tonga, Vanuatu.
América del Norte—Canadá, Estados Unidos.

Fuentes Referencias 1 (Cuadro 3 del Apéndice) y 44 (Cuadros 1 y 2).

3a. Número de embarazos y porcentaje de distribución de los embrazos por resultado en las principales regiones del mundo, 1995 y proyección para 2008

Región	1995 N° de embarazos* (000s)	% distribución Embarazos planeados†	Embarazos no planeados‡ Todos	Nacimientos	Abortos	Pérdidas§
Mundo	209,475	57	43	16	22	5
Mundo más desarrollado**	27,932	45	55	13	36	6
Mundo menos desarrollado††	181,544	59	41	16	20	5
Mundo menos desarrollado (excluyendo a China)w	141,682	60	40	18	17	5
África	40,237	65	35	18	12	5
Asia‡‡	122,794	59	41	15	21	5
América Latina y el Caribe	18,292	40	60	29	23	8

3b. Tasas de embarazo y porcentaje de distribución de los embarazos por situación de planificación y resultado en las principales regiones del mundo, 1995 y proyección para 2008

Región	1995 Todos los embarazos*	Tasa por 1.000 mujeres de 15-44 años Embarazos planeados†	Embarazos no planeados‡ Todos	Nacimientos	Abortos	Pérdidas§
Mundo	160	91	69	26	35	9
Mundo más desarrollado**	108	49	59	14	39	7
Mundo menos desarrollado††	173	102	71	28	34	9
Mundo menos desarrollado (excluyendo a China)	195	117	78	36	32	10
África	262	170	92	47	33	13
Asia‡‡	156	92	64	23	33	8
América Latina y el Caribe	159	63	96	46	37	13

3c. Tasas de embarazo, y porcentajes de distribución de los embarazos, por situación de planificación y resultado en las principales regiones y subregiones del mundo, 1995 y proyecciones para 2008

Región	Tasas de embarazo Todos los embarazos*	Embarazos planeados†	Embarazos no planeados‡ Todos	Nacimientos	Abortos	Pérdidas§
Mundo	134	79	55	22	26	7
Mundo más desarrollado**	90	48	42	15	23	5
Mundo menos desarrollado††	143	85	57	23	27	7
Mundo menos desarrollado (excluyendo a China)	160	93	67	30	29	9
África	222	136	86	46	28	12
Oriental	258	140	118	64	37	17
Central	263	169	94	58	22	14
del Norte	147	91	56	22	26	7
del Sur	140	57	83	44	28	12
Occidental	243	171	72	39	23	10
Asia‡‡	127	78	49	16	27	6
Oriental‡‡	93	63	30	4	24	3
Centro Sur	150	94	56	22	27	7
Sudoriental	136	70	66	20	38	8
Occidental	143	80	64	34	21	9
América Latina y el Caribe	123	52	72	34	28	10
Caribe	127	48	80	40	29	11
América Central	125	71	54	25	22	7
América del Sur	122	45	78	37	30	10
Europa	86	49	38	10	24	4
Oriental	97	51	47	5	37	5
Resto de Europa	78	47	31	13	14	4
Oceanía	117	74	44	19	19	6
Australia y Nueva Zelanda	99	48	51	22	23	7
Resto de Oceanía	161	135	26	13	10	4
América del Norte	102	53	48	23	18	7

2008	% distribución				
N° de embarazos* (000s)	Embarazos planeados†	Embarazos no planeados‡			
		Todos	Nacimientos	Abortos	Pérdidas§
208,233	59	41	16	20	5
22,827	53	47	16	25	6
185,406	60	40	16	19	5
153,699	58	42	18	18	5
49,130	61	39	21	13	5
118,823	62	38	12	21	5
17,098	42	58	28	22	8

Fuentes para Cuadros 3a y 3b: los datos correspondientes a 2008 son cifras proyectadas por el Guttmacher Institute (ver Apéndice de Datos y Métodos); los datos correspondientes a 1995 fueron obtenidos del Alan Guttmacher Institute (AGI), *Readings on Induced Abortion, Volume 2: A World Review 2000*, Nueva York: AGI, 2001, pág. 65, y de análisis de datos no publicados de la misma fuente.

2008	Tasa por 1.000 mujeres de 15-44 años				
Todos los embarazos*	Embarazos planeados†	Embarazos no planeados‡			
		Todos	Nacimientos	Abortos	Pérdidas§
134	79	55	22	26	7
90	48	42	15	23	5
143	85	57	23	27	7
160	93	67	30	29	9
222	136	86	46	28	12
127	78	49	16	27	6
123	52	72	34	28	10

Fuente para Cuadro 3c: Cifras proyectas por el Guttmacher Institute (ver Apéndice de Datos y Métodos).

% distribución de embarazos				
Embarazos planeados†	Embarazos no planeados‡			
	Todos	Nacimientos	Abortos	Pérdidas§
59	41	16	20	5
53	47	16	25	6
60	40	16	19	5
58	42	19	18	5
61	39	21	13	5
54	46	25	14	6
64	36	22	8	5
62	38	15	18	5
41	59	32	20	8
70	30	16	10	4
62	38	12	21	5
67	33	4	25	3
62	38	15	18	5
52	48	14	28	6
56	44	24	15	6
42	58	28	22	8
37	63	31	23	9
57	43	20	17	6
36	64	31	24	9
56	44	11	28	5
52	48	5	38	5
60	40	17	18	5
63	37	16	16	5
49	51	22	23	7
84	16	8	6	2
52	48	23	18	6

Notas: *Incluye todos los nacimientos planeados y no planeados, abortos y pérdidas. †Incluye nacimientos planeados y pérdidas derivadas de embarazos no planeados. ‡Incluye nacimientos no planeados, abortos y pérdidas de embarazos no planeados. §Pérdidas de embarazos no planeados solamente. **Incluye a Australia, Europa, Japón, Nueva Zelanda y América del Norte. †† Incluye a África, Asia (excepto Japón), América Latina y el Caribe, y Oceanía (excepto Australia y Nueva Zelanda). ‡‡ Excluye a Japón. *Nota:* Es posible que la suma de las tasas y porcentajes no se equivalente a los totales debido al redondeo.

APÉNDICE: CUADRO 4 — Tasas de fertilidad, deseabilidad de los nacimientos e indicadores de conducta anticonceptiva para países seleccionados en África, Asia, América Latina y el Caribe, y Europa Oriental

País	Año en que se realizó la encuesta	Tasa de fertilidad total	Tasa de fertilidad total deseada	% de nacimientos no planeados*	% de nacimientos ocurridos a destiempo*	% de nacimientos no deseados*	% de mujeres que utilizan algún método anticonceptivo†	% de mujeres que utilizan un método moderno†	% de mujeres que utilizan un método tradicional†	% de mujeres con necesidad insatisfecha†
África										
Benin	2006	5.7	4.8	20	16	4	17	6	**11**	**30**
Burkina Faso	2003	5.9	5.1	25	22	3	14	9	**5**	**29**
Camerún	2004	5.0	4.5	24	19	5	26	13	**14**	**20**
Chad	2004	6.3	6.1	19	18	1	3	2	**1**	**21**
Congo	2005	4.8	4.4	37	31	5	44	13	**32**	**16**
Costa de Marfil	1998–1999	5.2	4.5	31	26	5	15	7	**8**	**28**
Rep. Dem. del Congo	2007	6.3	5.6	32	22	10	21	6	**15**	**24**
Egipto	2005	3.1	2.3	19	8	12	59	57	3	10
Eritrea	2002	4.8	4.4	25	20	6	8	5	3	27
Etiopía	2005	5.4	4.0	37	20	17	15	14	1	34
Gabón	2000	4.2	3.5	48	41	7	33	12	21	28
Ghana	2003	4.4	3.7	44	25	18	25	18	7	34
Guinea	2005	5.7	5.1	16	12	4	9	4	5	21
Kenia	2003	4.9	3.6	47	26	20	39	32	8	25
Lesoto	2004	3.5	2.5	53	13	41	37	35	2	31
Liberia	2006	5.2	4.6	31	27	5	11	10	1	25
Madagascar	2003–2004	5.2	4.7	16	10	6	27	17	10	24
Malawi	2004	6.0	4.9	43	22	21	32	28	4	28
Mali	2006	6.6	6.0	18	14	4	8	6	2	31
Mauritania	2000–2001	4.5	4.1	30	23	6	8	5	3	32
Marruecos	2003–2004	2.5	1.8	31	16	15	63	52	11	10
Mozambique	2003	5.5	4.9	22	18	4	26	12	14	18
Namibia	2006–2007	3.6	2.7	55	27	28	55	53	2	7
Níger	2006	7.1	6.9	11	11	1	11	5	6	16
Nigeria	2003	5.7	5.3	16	10	5	13	7	6	17
Ruanda	2005	6.1	4.6	42	25	17	17	10	8	38
Senegal	2005	5.3	4.5	31	26	5	12	10	2	32
Sudáfrica	2003	2.1	1.6	47	24	23	60	60	0	14
Suazilandia	2006–2007	3.8	2.1	67	28	39	51	47	4	13
Tanzania	2004–2005	5.7	4.9	25	19	6	26	20	7	22
Togo	1998	5.2	4.2	42	34	8	24	7	17	32
Uganda	2006	6.7	5.1	49	35	14	24	18	6	41
Zambia	2001–2002	5.9	4.9	44	23	21	34	23	12	27
Zimbabwe	2005–2006	3.8	3.3	34	22	13	60	58	2	13
Asia										
Armenia	2005	1.7	1.6	17	11	6	53	19	34	13
Azerbaiyán	2006	2.1	1.8	18	10	8	51	13	38	12
Bangladesh	2004	3.0	1.9	30	17	14	58	47	11	11
Camboya	2005	3.4	2.8	29	9	20	40	27	13	25
Georgia‡	2005	1.6	nd	5	3	2	47	27	21	16
India	2005–2006	2.7	1.9	21	10	11	56	49	8	13
Indonesia	2002–2003	2.6	2.2	17	10	7	60	57	4	9
Kazajstán	1999	2.0	1.9	19	9	10	67	54	13	9
Kirguistán	1997	3.4	3.1	13	7	6	60	49	11	12
Jordania	2007	3.6	2.8	28	16	12	57	41	17	12
Nepal	2006	3.1	2.0	32	15	17	48	44	4	25
Pakistán	2006–2007	4.1	3.1	26	15	11	30	22	8	25
Filipinas	2003	3.5	2.5	47	24	22	49	33	16	17
Turquía	2003	2.2	1.6	34	13	20	70	41	29	7
Turkmenistán	2000	2.9	2.7	3	2	1	62	45	17	10
Uzbekistán	1996	3.3	3.1	5	2	2	56	51	4	14
Vietnam	2002	1.9	1.6	24	14	10	79	57	22	5
Yemen	1997	6.5	4.6	45	23	22	21	10	11	39

País	Año en que se realizó la encuesta	Tasa de fertilidad total	Tasa de fertilidad total deseada	% de nacimientos no planeados*	% de nacimientos ocurridos a destiempo*	% de nacimientos no deseados*	% de mujeres que utilizan algún método anticonceptivo†	% de mujeres que utilizan un método moderno†	% de mujeres que utilizan un método tradicional†	% de mujeres con necesidad insatisfecha†
América Latina y el Caribe										
Bolivia	2003	3.8	3.1	63	23	40	58	32	26	23
Brasil	1996	2.6	1.8	49	26	23	77	70	7	7
Colombia	2005	2.4	1.7	54	27	28	78	67	11	6
Rep. Dominicana	2007	2.4	1.9	47	33	15	73	70	3	11
Ecuador	2004	3.3	2.6	36	18	19	73	58	15	7
El Salvador	2002–2003	3.0	2.2	42	18	24	67	61	6	9
Guatemala	2002	4.4	3.7	32	17	15	43	34	9	28
Haití	2005–2006	4.0	2.4	50	21	28	32	24	8	38
Honduras	2005–2006	3.3	2.3	49	25	24	65	56	9	17
Jamaica§	2002–2003	2.5	nd	61	43	18	69	66	3	14
México**	2006	2.2	nd	27	15	12	71	66	5	12
Nicaragua	2001	3.2	2.3	49	22	27	69	64	4	15
Paraguay	2004	2.9	2.6	28	19	9	73	61	12	7
Perú	2004	2.4	1.5	57	29	27	71	47	24	8
Europa Oriental										
Albania‡	2002	2.6	nd	8	5	3	75	8	67	1
Moldavia	2005	1.7	nd	21	12	9	68	44	24	7
Rumania‡	1999	1.3	nd	12	8	4	64	30	34	6
Rusia††	1999	1.3	nd	8	7	1	73	53	20	12

*Se refiere a todos los nacimientos en los tres años anteriores a la realización de la encuesta para la mayoría de los países; son excepciones: Ecuador, El Salvador, Eritrea, Jamaica, Paraguay, Sudáfrica, Turkmenistán y Yemen, para los cuales los datos corresponden a todos los nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la realización de la encuesta. †Entre las mujeres casadas. ‡Los Datos sobre nacimientos no planeados, ocurridos a destiempo y no deseados se refieren sólo al último nacimiento. §Los datos sobre nacimientos no planeados, ocurridos a destiempo y no deseados, y los datos sobre necesidad insatisfecha, son de 1997. **Los datos sobre nacimientos no planeados, ocurridos a destiempo y no deseados se refieren a la situación de planificación del actual embarazo de la mujer al momento de la concepción. Los datos sobre nacimientos no planeados, ocurridos a destiempo y no deseados son de 1996. *Nota:* nd=no disponible.

Fuentes Salvo indicación en contrario, todos los datos se obtuvieron de la base de datos Statcompiler del proyecto Measure DHS, sin fecha, <http://www.statcompiler.com>, al cual se accedió el 6 de Noviembre de 2008; y de tabulaciones especiales de datos de las Encuestas Demográficas y de Salud en todos los casos con excepción de los siguientes países: **Ecuador**—Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR), *Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil*, Quito, Ecuador: CEPAR, 2005. **El Salvador**—Asociación Demográfica Salvadorena (ADS), *Encuesta Nacional de Salud Familiar 2002/03, Informe Final*, San Salvador, El Salvador: ADS, 2004. **Guatemala**—Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002*, Guatemala City, Guatemala: MSPAS, 2003. **Jamaica**—McFarlane CP et al., *Reproductive Health Survey, Jamaica 1997, Final Report*, Atlanta, GA, USA: Department of Health and Human Services, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por su sigla en inglés), 1998; and CDC, Highlights from the Jamaica Reproductive Health Survey 2002–2003, 2008, <http://www.cdc.gov/Reproductivehealth/Surveys/Jamaica.htm>, a la cual se accedió el 6 de Noviembre de 2008. **México**—Consejo Nacional de Población (CONAPO), *Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica, 2006*, Ciudad de México: CONAPO, 2006; and Juarez F et al; Estimates of induced abortion in Mexico: what´s changed between 1990 and 2006? *International Family Planning Perspectives*, 2008 34(4):158-168. **Paraguay**—Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP), *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva, 2004, Informe Final*, Asunción, Paraguay: CEPEP, 2005. **Albania, Georgia, Rumania y Rusia**—CDC y ORC Macro, *Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: A Comparative Report (Revised 2005)*, Atlanta, GA, USA: CDC; and Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2003.

Apéndice de datos y métodos

Estimaciones de la incidencia del aborto inducido

Estimaciones regionales y a nivel mundial para 2003

El presente informe se elaboró a partir de las estimaciones más recientes disponibles de la incidencia del aborto inducido a nivel mundial, incluyendo el aborto inseguro.*[44] Estas estimaciones son para el año 2003, y están disponibles sólo para las principales regiones y subregiones, no para países específicos. Las mismas se basan en dos fuentes de información: la primera está constituida por las estimaciones de la incidencia del aborto inseguro para todas las regiones y subregiones del mundo elaboradas por la Organización Mundial de la Salud.[6] Estas últimas incluyen los abortos que se realizan en países con leyes de aborto sumamente restrictivas, así como también aquellos que se realizan incumpliendo los requerimientos legales establecidos, en países donde la interrupción del embarazo está permitida bajo criterios amplios (es decir, por razones socioeconómicas o sin ningún tipo de restricción en cuanto a la razón; las leyes sumamente restrictivas son aquellas con criterios más limitados; ver Capítulo 2 para mayores detalles). La segunda fuente de información principal se compone de las estimaciones elaboradas por el Guttmacher Institute del número de abortos que se llevan a cabo en países en los cuales el procedimiento es legal bajo criterios amplios, cumpliendo con los requerimientos legales vigentes.[45] Los detalles de la metodología utilizada para estos dos componentes están disponibles para consultas, según se indica en la sección de Referencias.[6,44,45] Ambas fuentes proporcionan estimaciones a escala global que toman en consideración la incidencia para todos los países del mundo.

Utilizamos estimaciones publicadas, basadas en las dos fuentes mencionadas anteriormente, de la tasa de aborto (el número de abortos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años) y de la proporción de abortos (el número de abortos que tienen lugar por cada 100 nacidos vivos) para los abortos seguros, inseguros y todos los abortos que tuvieron lugar en 2003.[44]

Estimaciones correspondientes a países específicos para 2003

Analizamos las estimaciones publicadas para países específicos en los cuales el aborto es legal bajo criterios amplios y cuya información oficial se considera razonablemente completa. Por lo tanto, hacemos una diferenciación entre países cuyos datos son relativamente completos (aquellos en los cuales se considera que por lo menos un 80% de los procedimientos fueron oficialmente informados) y países con datos menos completos (donde menos del 80% de los procedimientos fueron informados). Algunos países pueden reunir y difundir información sobre el aborto, pero estos datos se consideran incompletos si se declaró menos del 80% del número estimado de procedimientos. Esta información incompleta puede tener lugar incluso en países donde el aborto es legal bajo criterios amplios. Por ejemplo, los prestadores no siempre informan acerca de todos los procedimientos que han practicado, incluso aunque esté legalmente requerido que así lo hagan. En algunos países, sólo se declaran los abortos que son realizados en establecimientos privados. En algunos casos, existe falta de información sobre los abortos con medicamentos o los procedimientos quirúrgicos llevados a cabo en la etapa inicial del embarazo.

Así mismo, analizamos los resultados de estudios recientes que estiman la incidencia del aborto para un pequeño número de países en desarrollo en los que el aborto está sumamente restringido por ley. Dado que las fuentes tales como estadísticas o encuestas elaboradas por los gobiernos no proporcionan dados adecuados en estos países, se realizaron estudios especiales utilizando métodos de estimación indirecta.†

Estimaciones de la incidencia del aborto para 1995

Las estimaciones para 1995 se obtuvieron de una publicación anterior[52] y fueron elaboradas utilizando una metodología y fuentes de información similares a las que se detallaron anteriormente para el año 2003.

Estimaciones de la incidencia del embarazo

Estimaciones por planificación y resultado, 2008

• *Embarazos.* Las estimaciones del número de embarazos comprenden el número de nacimientos, de abortos inducidos y de pérdidas.‡ Para 2008, utilizamos varias fuentes de datos. Las estimaciones de los números de nacimientos están interpoladas a través de estimaciones de las Naciones Unidas para 2005 y 2010.[14] Para las pérdidas, utilizamos un enfoque basado en el modelo (derivado de estudios clínicos) en el cual se estima que el número de

*El aborto inseguro es definido por la Organización Mundial de la Salud como cualquier procedimiento para interrumpir un embarazo no planeado que es realizado por personas sin la capacitación necesaria, en un entorno que no se ajusta a los estándares médicos mínimos, o ambas circunstancia cuando coinciden.

†Singh S et al., The incidence of induced abortion in Uganda, International Family Planning Perspectives, 2005, 31(4):183–191; y referencias 53, 59, 60, 62 y 63.

‡En este informe, para mayor comodidad a la hora de la lectura, utilizamos el término pérdida para referirnos a las pérdidas fetales espontáneas, incluyendo las muertes fetales. En general, las pérdidas son definidas como una pérdida fetal que ocurre antes de la semana 28 de gestación, y las muertes fetales son las que ocurren de la semana 28 en adelante. Estudios clínicos generalmente documentan las pérdidas desde la cuarta, quinta o sexta semana de gestación, dependiendo del estudio; las pérdidas antes de la cuarta semana generalmente no se incluyen en los estudios existentes y no son parte de las estimaciones de embarazo.

pérdidas es equivalente a aproximadamente el 20% del número de nacimientos más el 10% del número de abortos inducidos. Por último, el número de abortos inducidos en 2008 fue estimado a través de una proyección a futuro de la tendencia en la tasa de aborto registrada entre 1995 y 2003, aplicando la tasa proyectada para 2008 al número estimado de mujeres de entre 15 y 44 años en 2008. Una excepción importante fue que asumimos que el rápido descenso en la tasa de aborto en Europa Oriental (un descenso anual del 6,4% entre 1995 y 2003) había disminuido su ritmo, dado que la tasa de aborto de la región había descendido desde un nivel extremadamente alto (90 por 1.000 mujeres en 1995) a uno mucho más bajo (44 por 1.000 en 2003). A falta de datos confiables más recientes sobre la incidencia del aborto en esta región, asumimos que el ritmo de descenso entre 2003 y 2008 fue equivalente a la mitad del registrado en el período anterior (es decir, un descenso aún rápido del 3,2% por año).

Utilizando estos datos, estimamos las tasas de embarazo (embarazos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años) y las tasas para cada componente (nacidos vivos, abortos inducidos y pérdidas), así como el porcentaje de distribución de los embarazos en función del resultado.

• *Intencionalidad de los embarazos.* Los embarazos no planeados son definidos de tal forma que incluyen los nacimientos no planeados (es decir, los nacimientos que ocurrieron dos o más años antes de lo deseado, o que no era deseados en ningún momento), los abortos inducidos y la proporción prorrateada de pérdidas. Calculamos las tasas de embarazos no planeados y planeados, así como de cada uno de sus componentes (nacimientos, abortos inducidos y pérdidas).

• *Planificación de los nacimientos.* Los datos sobre las proporciones de nacimientos que no fueron planeados se obtuvieron de encuestas representativas a nivel nacional—Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) realizadas en 62 países en desarrollo por Macro International (con apoyo del gobierno de los Estados Unidos, y en cooperación con gobiernos y organizaciones nacionales) —así como de ocho encuestas similares realizadas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC por su sigla en inglés) en varios países de América Latina, el Caribe, Asia Central y Europa Oriental, complementadas con datos obtenidos de encuestas independientes para China, México y algunos países desarrollados (ver recuadro, página 58).

Estos datos específicos sobre países fueron utilizados para obtener promedios ponderados regionales y subregionales de las proporciones de nacimientos no planeados. Estas proporciones se aplicaron a los números estimados de nacimientos para 2008, para cada región y subregión a fin de obtener el número de nacimientos no planeados.

Estimaciones por planificación y resultado, 1995

Las estimaciones para 1995 fueron publicadas previamente, y se basaron en una metodología y en fuentes similares a las descritas anteriormente para 2008.[1]

Morbilidad a causa del aborto inseguro, y aspectos de la atención post-aborto

Encuestas a Profesionales de la Salud: opiniones de informantes claves

Las Encuestas a Profesionales de la Salud en países en desarrollo constituyen una importante fuente de datos para este informe. Las mismas fueron realizadas en cinco países desde el año 2000 (Guatemala, México, Pakistán, Perú y Uganda).* Los participantes de las encuestas fueron seleccionadas por su conocimiento y experiencia en el área de aborto en sus respectivos países. En general, dos tercios de los encuestados tenían una formación como prestadores médicos (personal de enfermería, parteras y médicos), y alrededor de un tercio eran otros expertos con informados en la materia (asesores de políticas públicas, investigadores, defensores y promotores y especialistas en salud pública). Los participantes fueron entrevistados personalmente acerca de sus percepciones en relación a los tipos de prestadores a los cuales recurren las mujeres para realizarse un aborto y al los métodos utilizados por dichos prestadores, el riesgo que corren las mujeres de experimentar complicaciones de salud con cada tipo de prestador, la probabilidad de que las mujeres reciban tratamiento en un establecimiento si ocurren complicaciones y los costos del acceso al aborto. Las preguntas acerca de estos asuntos se realizaron por separado para cada uno de los cuatro grupos de población claves (mujeres pobres o no pobres que viven en áreas urbanas o rurales). Pobre se define generalmente como la situación de estar viviendo en un hogar con un ingreso por debajo del promedio nacional (también fue definido en términos de salario mínimo, en países donde este concepto es habitualmente reconocido), con dificultades para pagar las necesidades básicas y teniendo un bajo nivel de estudios alcanzado. Los resultados fueron promediados entre todos los encuestados para proporcionar un perfil aproximado de las condiciones bajo las cuales tiene lugar el aborto para cada uno de los cuatro grupos de población y para el país en su conjunto (ponderando los resultados por el tamaño de la población de cada uno de los cuatro grupos).

Estudios sobre la morbilidad y la atención post-aborto basados en información proporcionada por establecimientos de salud

Los estudios de pacientes post-aborto basados en establecimientos de salud constituyen uno de los enfoques más comunes para documentar y entender el aborto inseguro. Estos estudios tienen el potencial de proporcionar información detallada sobre las condiciones y las consecuencias del aborto inseguro, y son particularmente apropiados para evaluar la naturaleza y la gravedad de la morbilidad derivada del aborto y su tratamiento. No obstante, los estudios de este tipo tienen la desventaja de omitir a dos

* Tabulaciones especiales de datos de los archivos de datos de las Encuestas a Profesionales de la Salud; y referencias 63, 98, 107 y 110.

grupos de mujeres: aquellas que se someten a abortos pero no sufren complicaciones, y aquellas que sí sufren complicaciones pero no obtienen tratamiento en un establecimiento de salud. Una limitación adicional es que muchos de los estudios de pacientes post-aborto, tanto cuantitativos como cualitativos, son de pequeña escala y no tienen representatividad a nivel nacional. De todos modos, estos estudios proporcionan evidencia significativa sobre los diversos aspectos del aborto inseguro, incluyendo el perfil demográfico, social y económico de las pacientes, las razones por las cuales las mujeres recurren al aborto, el proceso de toma de decisión, el uso (y las barreras para el uso) de anticonceptivos por parte de las mujeres, y los síntomas y el tratamiento de las complicaciones derivadas del aborto. Unos pocos estudios basados en establecimientos han sido realizados a mayor escala, en algunos casos obteniendo muestras representativas a nivel país, permitiendo proporcionar información a nivel nacional sobre la gravedad de la morbilidad derivada del aborto y sobre el número de casos de complicaciones tratadas en establecimientos de salud. Algunos de estos estudios a gran escala se han focalizado, más puntualmente, en documentar de manera prospectiva la morbilidad derivada del aborto, y han proporcionado una gran variedad de perspectivas, a veces incluyendo múltiples fuentes (las mujeres mismas, los prestadores de salud y las historias clínicas).* Los investigadores que participaron en estos estudios han desarrollado—y continúan mejorándola—una medida estandarizada de la gravedad de la morbilidad, que permite establecer comparaciones entre países y en el tiempo.

Una fuente de datos útil para este informe fue un artículo elaborado a modo de revisión, que resumió los datos representativos a nivel nacional de 13 países en desarrollo sobre el número y la tasa anual de mujeres que fueron ingresadas en hospitales por complicaciones derivadas del aborto inducido.[111] Las estimaciones nacionales expuestas en este artículo incluyeron las complicaciones de salud tratadas tanto en el sector público como en el privado, con dos excepciones: Los datos egipcios incluyeron sólo al sector público, y los datos pakistaníes incluyeron al sector público y a hospitales escuela del ámbito privado, pero excluyeron otros tipos de establecimientos privados. El artículo en cuestión también proporcionó una estimación del número y la tasa de hospitalizaciones a causa del aborto inseguro en el mundo en desarrollo en su totalidad.

Numerosos estudios han estimado la calidad de la atención post-aborto, evaluado varios enfoques para prestar este tipo de atención y evaluado también su costo-eficacia.† Un tema de especial relevancia, y sobre el cual existe también un conjunto de trabajos acumulados considerable, es la prestación de servicios de anticoncepción a mujeres que están recibiendo atención post-aborto.[117,119]

Características, toma de decisión y acciones de las mujeres que acceden a abortos

Las características de las mujeres que recurren a abortos, sus razones para hacerlo, su proceso de toma de decisiones, los pasos que siguen para acceder a un aborto y las demoras en la prestación del procedimiento están entre los temas que han sido analizados por los estudios basados en la comunidad—tanto estudios en profundidad de tipo cualitativo como encuestas a mujeres y prestadores, realizadas a gran escala de tipo cuantitativo, con representatividad a nivel nacional. Una importante ventaja de estos estudios es que, en comparación con los estudios basados en establecimientos, proporcionan un tipo de evidencia que es más representativa de todas las mujeres que se someten a procedimientos de aborto, tanto seguros como inseguros. Los estudios basados en la comunidad proporcionan información sobre la misma gama de temas que los estudios de las pacientes post-aborto basados en los establecimientos (remitirse a lo expuesto anteriormente)—todos ellos reportados por la mujer misma. Dado que estos estudios generalmente utilizan entrevistas exhaustivas, basadas en hogares, la información obtenida puede ser muy rica y detallada. De todos modos, una importante desventaja de los estudios basados en la comunidad es que tienen una alta probabilidad de arrojar información incompleta. En ausencia de datos externos confiables, es difícil determinar el grado exacto en que ocurre la falta de información y el mismo puede diferir de acuerdo a la percepción de las mujeres de la legalidad del procedimiento y a sus propias características (por ejemplo, es más probable que las mujeres casadas, en comparación con las no casadas, proporcionen información incompleta sobre sus abortos).‡

Costo del aborto inseguro y de la atención post-aborto

El costo de la atención de salud derivado del aborto inseguro—en especial las evaluaciones de la relación costo-eficacia de la aspiración manual endouterina frente a la dilatación y legrado—ha sido objeto de varios estudios en las últimas décdas.[118,119,146,149] No obstante, son relativamente pocos los trabajos que han logrado medir el costo total del aborto inseguro y su tratamiento. Recientemente, se han hecho esfuerzos para adaptar las herramientas de costo existentes e incorporar contribuciones provenientes de la evidencia empírica para estimar el costo total de la atención post-aborto—los costos directos (incluyendo suministros, medicamentos, tiempo del personal y estadía en el hospital) así como los indirectos (incluyendo los costos

*Huntington D et al., The postabortion caseload in Egyptian hospitals: a descriptive study, International Family Planning Perspectives, 1998, 24(1):25–31; y referencias 33, 105, 112 y 113.

†Billings DL and Benson J, Postabortion care in Latin America: policy and service recommendations from a decade of operations research, Health Policy and Planning, 2005, 20(3):158–166; y referencia 118.

‡Jones RK and 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, 2007, 38(3):187–197; and Rossier C, Estimating induced abortion rates: a review, Studies in Family Planning, 2003, 34(2):87–102.

fijos y de inversión de capital).* Así mismo, otro trabajo ha elaborado estadísticas para escenarios hipotéticos que combinan varios contextos legales con distintas combinaciones de estándares médicos y prestadores.† Otro enfoque útil es comparar el costo de la atención post-aborto con el costo de anticoncepción que hubiera prevenido el embarazo no planeado. [146] Estos estudios generalmente se focalizan en cuantificar el costo de tener que prestar la atención médica necesaria para los sistemas de salud; los estudios basados en los establecimientos y en la comunidad analizados anteriormente son también una fuente potencial de información sobre los costos que afrontan las mujeres y los hogares con dinero de sus propios bolsillos. La investigación cualitativa ha comenzado a evaluar el asunto de los costos sociales del aborto inseguro,[94,95] pero ese es un asunto muy poco estudiado.

*PATH, Estimating the Costs of Unsafe Abortion in Mexico City: Final Report, Seattle, WA, USA: PATH, 2006; y referencia 149.

†Johnston HB, Gallo MF and Benson J, Reducing the costs to health systems of unsafe abortion: a comparison of four strategies, Journal of Family Planning and Reproductive Health Care, 2007, 33(4):250–257.

Indicadores de salud sexual y reproductiva

Las encuestas representativas a nivel nacional que ponen énfasis en la salud sexual y reproductiva fueron nuestra principal fuente de datos sobre estos temas. Las tasas totales de fertilidad y las tasas deseadas de fertilidad total fueron obtenidas de la más reciente EDS y de las encuestas de los CDC para cada país. Para examinar la necesidad insatisfecha, nos basamos y actualizamos los resultados presentados en un reciente informe de síntesis181 que analizó los datos de las EDS de más de 50 países en desarrollo, agregando datos de encuestas más recientes en los casos en que estaban disponibles. La información sobre medidas anticonceptivas a nivel regional y subregional proviene de un afiche de las Naciones Unidas (que incluye gráficos) correspondiente al año 2007,48 basado en datos de las encuestas EDS de los CDC y otras encuestas y fuentes independientes.

FUENTES DE DATOS DE PAÍSES ESPECÍFICOS

Para la mayoría de los países, los datos sobre tasas de fertilidad y planificación de los nacimientos fueron obtenidos de la última Encuesta Demográfica y de Salud disponible. Para el resto de los países, los datos fueron obtenidos de encuestas llevadas a cabo en colaboración con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC por su sigla en inglés) o con fuentes Independientes.

ENCUESTAS DE LOS CDC

Ecuador: Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social (CEPAR), *Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil*, Quito, Ecuador: CEPAR, 2005.

El Salvador: Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS), *Encuesta Nacional de Salud Familiar 2002/03, Informe Final*, San Salvador, El Salvador: ADS, 2004.

Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002*, Guatemala City, Guatemala: MSPAS, 2003.

Jamaica: McFarlane CP et al., *Reproductive Health Survey, Jamaica 1997, Final Report*, Atlanta, GA, USA: Department of Health and Human Services, CDC, 1998; and National Family Planning Board (NFPB), Jamaica Reproductive Health Survey 2002 Summary Chartbook of Main Findings, Kingston, Jamaica: NFPB, 2004.

Paraguay: Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP), *Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva, 2004, Informe Final*, Asunción, Paraguay: CEPEP, 2005.

Albania, Rumania y Rusia: CDC and ORC Macro, *Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: A Comparative Report (Revised 2005)*, Atlanta, GA, USA: CDC; and Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2003.

ENCUESTAS INDEPENDIENTES

China: National Population and Family Planning Commission of China, *China Population and Family Planning Yearbook 2006*, Beijing: National Population and Family Planning Commission, 2006.

Dinamarca: Rasch V, Knudsen LB and Weilandt H, Pregnancy planning and acceptance among Danish pregnant women, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 2001, 80(11):1030–1035.

Estonia: Katus K, Puur A and Poldma A, *Estonian Family and Fertility Survey, Second Round: Standard Tabulations*, Tallinn, Estonia: Interuniversity Population Research Centre, 2008.

Francia: Régnier-Loilier A and Leridon H, After forty years of contraceptive freedom, why so many unplanned pregnancies in France? *Population & Societies*, 2007, No. 439, pp. 1–4.

Alemania: Budeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, *Frauen Leben—Studie zu Lebensläufen und Familienplanung*, Köln, Germany: Budeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, 2000.

México: Juarez F, tabulaciones especiales de datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica llevada a cabo en México 2006.

Holanda: de Graaf A and Loozen S, Unplanned pregnancies, *Bevolkingstrends*, 2005, 53(4):30–33.

España: Font-Ribera L et al., Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision, *Journal of Urban Health*, 2007, 85(1):125–135.

Reino Unido: Lakha F and Glasier A, Unintended pregnancy and use of emergency contraception among a large cohort of women attending for antenatal care or abortion in Scotland, *Lancet*, 2006, 368(9549):1782–1787.

United States: Referencia 176.

Referencias

1. The Alan Guttmacher Institute (AGI), *Sharing Responsibility:Women, Society & Abortion Worldwide,* Nueva York: AGI, 1999.

2. Organización de las Naciones Unidas (ONU), *Programme of Action: Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo,September 5–13, 1994,* Nueva York: ONU, 1994.

3. ONU, *Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo,* Nueva York: ONU, 1999.

4. Comisión de la Unión Africana, Universal Access to Comprehensive Sexual and Reproductive Health Services in Africa: Maputo Plan of Action for the Operationalisation of the Continental Policy Framework for Sexual and Reproductive Health and Rights, 2007–2010, Addis Ababa, Etiopía: Unión Africana, 2006.

5. ONU, Objetivo 5: mejorar la salud materna, <http://www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml>, fecha de acceso: 4 de mayo de 2009.

6. Organización Mundial de la Salud (OMS), Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003, quinta ed., Ginebra: OMS, 2007.

7. OMS, Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud, Ginebra: OMS, 2003.

8. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health, Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology, Londres: FIGO, 2006.

9. Zampas C y Gher JM, Abortion as a human right—international and regional standards, *Human Rights Law Revue,* 2008, 8(2):249–294.

10. OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán!,* Ginebra: OMS, 2005.

11. Warriner IK y Shah IH, eds., *Preventing Unsafe Abortion and Its Consequences: Priorities for Research and Action,* Nueva York: Guttmacher Institute, 2006.

12. Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), *Muerte y negación: Aborto inseguro y pobreza,* Londres: IPPF, 2006.

13. Guillaume A y Lerner S, *Abortion in Latin America and the Caribbean,* CD-ROM, Ciudad de México: Centre Population et Development, 2007.

14. Guillaume A, *Literature on Unsafe Abortion in Africa,1990–2005,* CD-ROM, Ciudad de México: Centre Population et Developpement, 2006.

15. Population Council, *Unwanted Pregnancy and Post-AbortionComplications in Pakistan: Findings from a National Study,* Islamabad, Pakistán: Population Council, 2004; y tabulaciones especiales de los datos del estudio.

16. Puri M, Situational analysis on unsafe abortion in Nepal,unpublished report, Thapathali, Kathmandu: Centre for Research on Environment Health and Population Activities, 2008.

17. Warakamin S, Boonthai N y Tangcharoensathien V,Induced abortion in Thailand: current situation in public hospitals and legal perspectives, *Reproductive Health Matters,* 2004,12 (Suplemento 24):147–156.

18. Duggal R y Ramachandran V, *Summary and Key Findings, Abortion Assessment Project India,* Mumbai, India: Center for Enquiry into Health and Allied Themes (CEHAT) y Healthwatch, 2004.

19. Cuadro 1 del Apéndice.

20. Cuadro 1 del Apéndice aplicado a datos de la División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU, World population prospects: the 2008 revision population database, 2009, <http://esa.un.org/unpp>, fecha de acceso: 18 de mayo de 2009.

21. International Sexual and Reproductive Health Law Programme, Faculty of Law, University of Toronto, *Access to Abortion Reports: An Annotated Bibliography,* Toronto: University of Toronto, 2007.

22. Iniciativas Sanitarias, Ordenanza 369/04 MSP, 2009, <www.iniciativas.org.uy/index.php?view=article&catid=29%3Apublicaciones&id=55%3Aordenanza-36904-msp&option=com_content&Itemid=57&lang=es>, fecha de acceso: 23 de abril de 2009.

23. FIGO, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, and Alianza Nacional por el Derecho a Decidir (ANDAR), *Causal Salud:Interrupción Legal del Embarazo, Ética y Derechos Humanos,* Bogotá, Colombia: La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, y ANDAR, 2008.

24. IPPF, *Aborto Legal: Regulaciones Sanitarias Comparadas,* Nueva York: IPPF, 2008.

25. ONU, *Abortion Policies: A Global Review,* Vols. 1–3, Nueva York: ONU, 2001.

26. Cook RJ and Dickens BM, International developments in abortion laws: 1977–88, *American Journal of Public Health,* 1988, 78(10):1305–1311.

27. Boland R y Katzive L, Acontecimientos en las leyes sobre aborto inducido: 1998–2007, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar,* 2008, 34(3):110–120.

28. Centro de Derechos Reproductivos (CRR), Abortion worldwide: twelve years of reform, *Briefing Paper,* Nueva York: CRR, 2007.

29. Fernández N, Legalizaron el aborto en Uruguay, *La Nación*, 12 de noviembre de 2008.

30. Matthew Cullinan Hoffman, Thirteenth Mexican state passes pro-life constitutional amendment with overwhelming majority, 27 de mayo de 2009, <http://www.lifesitenews.com/ldn/2009/may/09052701.html>, fecha de acceso: 26 de junio 2009.

31. Hull TH y Widyantoro N, Abortion and politics in Indonesia, en Whittaker A, ed., *Abortion in Asia: Local Dilemmas, Global Politics,* Londres: Berghahn, in press.

32. Cuadro 1 del Apéndice y Rahman A, Katzive L y Henshaw SK, A global review of laws on induced abortion, 1985–1997, Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, 1998, 24(2):56–64, aplicados a datos de la División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU, World population prospects: the 2008 revision population database, 2009, <http://esa.un.org/unpp>, fecha de acceso: 18 de mayo de 2009.

33. Fetters T et al., Abortion-related complications in Cambodia, *BJOG,* 2008, 115(8):957–968.

34. Sibuyi MC, Provision of abortion services in Limpopo Province of South Africa, *African Journal of Reproductive Health*, 2004, 8(1):75–78.

35. Ipas, *Tools for Progressive Policy Change: Lessons Learned from Ethiopia's Abortion Law Reform,* Chapel Hill, Carolina del Norte, EE.UU.: Ipas, 2008.

36. Duggal R y Ramachandran V, The abortion assessment project—India: key findings and recommendations, *Reproductive Health Matters,* 2004, 12 (Suplemento 24):122–129.

37. Chowdhury SN y D, A situation analysis of the menstrual regulation programme in Bangladesh, *Reproductive Health Matters,* 2004,12 (Suplemento 24):95–104.

38. Thapa S, Abortion law in Nepal: the road to reform, *Reproductive Health Matters,* 2004, 12 (Suplemento 24):85–94.

39. IPPF, *Access to Safe Abortion: A Tool for Assessing Legal and Other Obstacles,* Londres: IPPF, 2008.

40. Cook RJ y Ngwena CG, Women's access to health care: the legal framework, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics,* 2006, 94(3):216–225.

41. Cook RJ, Erdman JN y Dickens BM, Achieving transparency in implementing abortion laws, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics,* 2007, 99(2):157–161.

42. Bodnar A, Case law concerning the lack of availability of services for termination of pregnancy in Poland, en: Nowicka W, ed., *Reproductive Rights in Poland, Varsovia*, Polonia: Federation of Women and Family Planning, 2008, pp. 45–64.

43. Cuadro 2 del Apéndice.

44. Sedgh G et al., Induced abortion: estimated rates and trends worldwide, Lancet, 2007, 370(9595):1338–1345.

45. Sedgh G et al., Legal abortion worldwide: incidence and recent trends, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar,* 2007, 33(3):106–116.

46. Westoff CF, Recent trends in abortion and contraception in 12 countries, *DHS Analytical Studies,* Princeton, Nueva Jersey, EE.UU.: Office of Population Research, Princeton University; y Calverton, Maryland, EE.UU.: ORC Macro, 2005, No. 8.

47. Åhman E, comunicación personal, 21 de abril de 2009.

48. ONU, World Contraceptive Use 2007 wall chart, Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU, 2008.

49. Goodkind D, Abortion in Viet Nam: measurements, puzles and concerns, *Studies in Family Planning,* 1996, 25(6):342–352.

50. Banister J, Vietnam's evolving population policies, *Proceedings of the International Population Conference, New Delhi, 20 al 27 de septiembre de 1989,* Vol. 1, Lieja, Bélgica: Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (IUSSP), 1989, pp. 155–168.

51. Nguyen Dinh Cu, Fundamental characteristics of Vietnam's population and policy recommendations, *Vietnam Population News,* 2000, No. 16, pp. 5–7.

52. Henshaw SK, Singh S y Haas T, La incidencia del aborto a nivel mundial, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar,* 1999, 25 (Suplemento):S30–S37.

53. Juarez F et al., The incidence of induced abortion in the Philippines: current level and recent trends, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar,* 2005, 31(3):140–149.

54. Singh S et al., *Unintended Pregnancy and Induced Abortionin the Philippines: Causes and Consequences,* Nueva York: Guttmacher Institute, 2006.

55. Westoff CF, The substitution of contraception for abortion in Kazakhstan in the 1990s, *DHS Analytical Studies,* Calverton, Maryland, EE.UU.: ORC Macro, 2000, No. 1.

56. Agadjanian V, Is "abortion culture" fading in the former Soviet Union? views about abortion and contraception in Kazakhstan, *Studies in Family Planning,* 2002, 33(3):237–248.

57. Johnson BR, Horga M y Fajans P, A strategic assessment of abortion and contraception in Romania, *Reproductive Health Matters,* 2004, 12(24 Suppl.):184–194.

58. Sullivan JM, Serbanescu F y Goldberg H, Abortion, en: Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y ORC Macro, *Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: A Comparative Report*, Atlanta, Georgia: CDC; y Calverton, Maryland, EE.UU.: ORC Macro, 2003, pp. 35–50.

59. Singh S, Prada E y Kestler E, Aborto inducido y

embarazo no planeado en Guatemala, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar,* 2006, 32(3):136–145.

60. Juarez F et al., Estimaciones del aborto inducido en México: ¿Qué ha cambiado entre 1990 y 2006? *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar,* 2008, 34(4):158–168; y tabulaciones especiales de los datos del estudio.

61. Henshaw SK et al., The incidence of induced abortion in Nigeria, *International Family Planning Perspectives,* 1998, 24(4):156–164.

62. Sathar ZA, Singh S y Fikree FF, Estimating the incidence of abortion in Pakistan, *Studies in Family Planning,* 2007, 38(1):11–22.

63. Ferrando D, *Clandestine Abortion in Peru: Facts and Figures,* Lima, Perú: Pathfinder International, 2002.

64. Goldberg H y Serbanescu F, Induced abortion in the Caucasus republics: a detailed analysis, artículo presentado en la XXV Conferencia Internacional de Población de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (IUSSP), Tours, Francia, 18 al 23 de julio de 2005.

65. Hogue CJ et al., Answering questions about long-term outcomes,en: Lichtenberg PM et al., eds., *A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion,* Nueva York: Churchill Livingstone, 1999, pp. 217–228.

66. OMS, *Mortalidad materna en 2005: Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial,* Ginebra: OMS, 2005.

67. Serbanescu F et al., The impact of recent policy changes on fertility, abortion, and contraceptive use in Romania, *Studies in Family Planning,* 1995, 26(2):76–87.

68. Jewkes R y Rees H, Dramatic decline in abortion mortality due to the Choice on Termination of Pregnancy Act, *South African Medical Journal,* 2005, 95(4):250.

69. Jewkes R et al., The impact of age on the epidemiology of incomplete abortions in South Africa after legislative change, *BJOG,* 2005, 112(3):355–359.

70. Departamento de Salud, Estadísticas sobre aborto, Inglaterra y Gales: 2006, *Boletín Estadístico,* Londres: Departamento de Salud, 2007, No. 1.

71. Burnet V, Spain steps into battle with itself on abortion, *New York Times,* 11 de abril de 2009, pp. A4 & A7.

72. Ljung R, Danielsson M y Lindam A, Medication abortion as a quality indicator for regional comparisons in Sweden, carta al editor, *American Journal of Public Health*, 2009, 99(2):197.

73. Jones RK et al., Abortion in the United States: incidence and access to services, 2005, *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva,* 2008, 40(1):6–16.

74. Henshaw S, Guttmacher Institute, comunicación personal, 17 de abril de 2009.

75. Johnston HB, Abortion practice in India: a review of literature, 2002, <www.cehat.org/aap1/work1.pdf>, fecha de acceso: 23 de julio de 2009.

76. Abuabara K y Blum J, eds., *Providing Medical Abortion in Developing Countries: An Introductory Guidebook,* Nueva York: Gynuity Health Projects, 2004.

77. Jones RK y Henshaw SK, Mifepristone for early medical abortion: experiences in France, Great Britain and Sweden, *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva,* 2002, 34(3):154–161.

78. Cohen SA, Repeat abortion, repeat unintended pregnancy, repeated and misguided government policies, *Guttmacher Policy Review,* 2007, 10(2):8–12.

79. McInerney T et al., *A Guide to Providing Abortion Care,* Chapel Hill, Carolina del Norte, EE.UU.: Ipas, 2001.

80. Todd CS et al., Manual vacuum aspiration for secondtrimester pregnancy termination, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2003, 83(1):5–9.

81. Faúndes A et al., Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2007, 99 (Suplemento 2):172–177.

82. Bracken H et al., Mifepristone followed in 24 hours to 48 hours by misoprostol for late first-trimester abortion, *Obstetrics & Gynecology*, 2007, 109(4):895–901.

83. Srinivasan V, Masilamani R y Wilder JR, *Improved Access to Safe Abortion Care,* Watertown, Massachusetts, EE.UU.: Pathfinder International, 2007.

84. Gouk EV et al., Medical termination of pregnancy at 63 to 83 days gestation, *BJOG,* 1999, 106(6):535–539.

85. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), *The Care of Women Requesting Induced Abortion,* Londres: RCOG Press, 2000.

86. Gemzell-Danielsson K y Lalitkumar S, Second trimester medical abortion with mifepristone–misoprostol and misoprostol alone: a review of methods and management, *ReproductiveHealth Matters,* 2008, 16 (Suplemento 31):162–172.

87. Greenslade FC et al., *Manual Vacuum Aspiration: A Summary of Clinical and Programmatic Experience Worldwide,* Carrboro, Carolina del Norte, EE.UU.: Ipas, 1993.

88. Guttmacher Institute, Facts on induced abortion in the United States, *In Brief,* Nueva York: Guttmacher Institute, 2008.

89. Institut National d'Études Démographiques, Avortements suivant la durée de gestation, 2006, <http://www.ined.fr/statistiques_ivg/2002/T0K_2002.html>, fecha de acceso: 12 de abril de 2009.

90. von Hertzen H et al., Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: a randomised controlled equivalence trial, *Lancet*, 2007, 369(9577):1938–1946.

91. Blanchard K et al., Misoprostol alone for early abortion: an evaluation of seven potential regimens, *Contraception,* 2005, 72(2):91–97.

92. Largeaud M et al., L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse de 9 à 14 semaines d'aménorrhée, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction,* 2004, 33(2):119–124.

93. IPPF/ Red Europea, *Abortion Legislation In Europe, Bruselas, Bélgica*: IPPF/ Red Europea, 2007.

94. Sáenz de Tejada S, Prada E y Ball G, Morbilidad por aborto en Guatemala: una visión de la comunidad, *InformeOcasional,* Nueva York: Guttmacher Institute, 2006, No. 27.

95. Jagwe-Wadda G, Moore AE y Woog V, Abortion morbidity in Uganda: evidence from two communities, *Informe Occasional,* Nueva York: Guttmacher Institute, 2006, No. 26.

96. Ramachandar L y Pelto PJ, Abortion providers and safety of abortion: a community-based study in a rural district of Tamil Nadu, India, *Reproductive Health Matters,* 2004,12 (Suplemento 24): 138–146.

97. Bankole A et al., *Unwanted Pregnancy and Induced Abortion in Nigeria: Causes and Consequences,* Nueva York: Guttmacher Institute, 2006.

98. Prada E et al., *Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala: causas y consecuencias,* Nueva York: Guttmacher Institute, 2007; y tabulaciones especiales de datos del estudio.

99. Singh S et al., *Unintended Pregnancy and Induced Abortionin Uganda: Causes and Consequences,* Nueva York: Guttmacher Institute, 2006; y tabulaciones especiales de datos del estudio.

100. Rossier C et al., Estimating clandestine abortion with the confidants method—results from Ouagadougou, Burkina Faso, *Social Science and Medicine,* 2006, 62(1):254–266.

101. Guillaume A, The role of abortion in the fertility transition in Abidjan (Côte d'Ivoire) during the 1990s, *Population-E,* 58(6):657–686.

102. Banco Mundial, indicadores del desarrollo mundial 2005, cuadro 2.5, sin fecha, <http://devdata.worldbank.org/wdi2005/Table2_5.htm>, fecha de acceso: 26 de enero de 2009.

103. Thonneau P et al., Determinants of abortion deaths in induced abortion complications in Ivory Coast, *Contraception,* 2004, 70(4):319–326.

104. Okonofua FE et al., Attitudes and practices of private medical providers towards family planning and abortion services in Nigeria, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica,* 2005, 84(3):270–280.

105. Henshaw SK et al., Severity and cost of unsafe abortion complications treated in Nigerian hospitals, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar,* 2008, 34(1):40–50.

106. Prada E et al., Aborto y atención postaborto en Guatemala: Informe de profesionales de la salud e instituciones de salud, *Informe Ocasional,* Nueva York: Guttmacher Institute, 2005, No. 18.

107. Prada E et al., Abortion and postabortion care in Uganda: a report from health care professionals and health facilities, *Informe Ocasional,* Nueva York: Guttmacher Institute, 2005, No. 17.

108. Tabulaciones especiales de los datos de las Encuestas a Profesionales de la Salud en Guatemala y Uganda.

109. Tabulación especial de datos de la Encuesta a Profesionales de la Salud de México.

110. Rashida G et al., *Abortion and Post Abortion Complications in Pakistan: A Report Based on Health Professionals and Health Care Facilities,* Islamabad, Pakistán: Population Council, 2003.

111. Singh S, Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries, *Lancet,* 2006, 368(9550):1887–1892.

112. Gebreselassie H et al., The magnitude of abortion complications in Kenya, *BJOG,* 2005, 112(9):1229–1235.

113. Jewkes R et al., Prevalence of morbidity associated with abortion before and after legalisation in South Africa, *BMJ*, 2002, 324(7348):1252–1253.

114. Cálculos especiales para los generalizar datos de las Encuestasa a Profesionales de la Salud a las regiones del mundo en desarrollo.

115. Banco Mundial, Key development data & statistics, 2009, <http://go.worldbank.org/1SF48T40L0>, fecha de acceso: junio de 2008.

116. Base de datos Statcompiler del proyecto Measure DHS, sin fecha, <http://www.statcompiler. com>, fecha de acceso: 6 de noviembre de 2008.

117. Huntington D and Piet-Pelon NJ, eds., *Postabortion Care: Lessons from Operations Research*, Nueva York: Population Council, 1999.

118. Benson J, Evaluating abortion-care programs: old challenges, new directions, *Studies in Family Planning,* 2005, 36(3):189–202.

119. Wood M et al., *What Works: A Policy and Program Guide tothe Evidence on Postabortion Care,* Washington, DC: U.S. Agency for International Development (USAID), 2007.

120. Girvin S, *Postabortion Care for Adolescents: Results*

from Research in the Dominican Republic and Malawi, Nueva York: EngenderHealth, 2004.

121. Billings DL y Benson J, Atención postaborto en América Latina: recomendaciones para políticas y servicios al cabo de un decenio de investigación operativa, en: Billings DL and Vernon R, eds., *Avances en la Atención Postaborto en América Latina y el Caribe: Investigando, Aplicando y Expandiendo*, Chapel Hill, Carolina del Norte, EE.UU.: Ipas; y Nueva York: Population Council, 2007.

122. Langer A et al., Improving postabortion care in a public hospital in Mexico, en: Haberland N and Measham D, eds., *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning,* Nueva York: Population Council, 2002, pp. 236–256.

123. Ministerio de Salud, Burkina Faso, *Introduction of Emergency Medical Treatment and Family Planning Services for Women with Complications from Abortion in Burkina Faso,*Ouagadougou, Burkina Faso: Population Council, 1998.

124. Departamento de Salud de Sudádrica, *Saving Mothers: Report on Confidential Enquiries into Maternal Deaths in South Africa 1998*, Pretoria, Sudáfrica: Departamento de Salud, 1999.

125. Brown HC et al., Management of incomplete abortion in South African public hospitals, *BJOG*, 2003, 110(4):371–377.

126. Vega L, The battle to reduce maternal deaths in Southern Lima, *PLoS Medicine*, 2006, 3(2):e16.

127. Langer A et al., Improving post-abortion care in a public hospital in Oaxaca, Mexico, *Reproductive Health Matters,* 1997, 5(9):20–28.

128. Cabigon JV, Final report on the focus group discussions for the prevention and management of abortion and its complications, Ciudad Quezon, Filipinas: University of the Philippines Population Institute, 2000.

129. Billings DL, Del Pozo E y Arévalo H, *Testing a Model for the Delivery of Emergency Obstetric Care and Family Planning Services in the Bolivian Public Health System*, Carrboro, Carolina del Norte, EE.UU.: Ipas, 2003.

130. Marin C et al., Using operations research to introduce postabortion care services in Burkina Faso and Senegal, *FRONTIERS Program Report,* Nairobi, Kenia: Population Council, 2003.

131. Huntington D y Nawar L, Moving from research to program—the Egyptian postabortion care initiative, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar,* 2003, 29(3):121–125.

132. Megied A y Hassan A, Decentralization of post-abortion care to district hospitals and rural health units, artículo presentado en el XVII Congreso Mundial de la FIGO, Santiago, Chile, 2 al 7 de noviembre de 2003.

133. Benson J y Huapaya V, *Sustainability of Postabortion Care in Peru,* Washington, DC: Population Council, 2002.

134. Dabash R, *Taking Postabortion Care Services Where They Are Needed: An Operations Research Project Testing PAC Expansion in Rural Senegal,* Nueva York: EngenderHealth, 2003.

135. Rasch V, Yambesi F y Kipingli R, Scaling up postabortion contraceptive service—results from a study conducted among women having unwanted pregnancies in urban and rural Tanzania, *Contraception,* 2005, 72(5):377–382.

136. Senlet P et al., Bridging the gap: integrating family planning with abortion services in Turkey, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar,* 2001, 27(2):90–95.

137. Åhman E, estimación para 2005, comunicación personal, 3 de febrero de 2009.

138. Grimes DA et al., Unsafe abortion: the preventable pandemic, *Lancet*, 2006, 368(9550):1908–1919.

139. Mills S et al., *Obstetric Care in Poor Settings in Ghana,India, and Kenya,* Washington, DC: Banco Mundial, 2007.

140. Ahmed S, Induced abortion: what's happening in rural Bangladesh, *Reproductive Health Matters,* 1999, 7(14):19–29.

141. Siddique S and Hafeez M, Demographic and clinical profile of patients with complicated unsafe abortion, *Journal of the College of Physicians and Surgeons—Pakistán,* 2007, 17(4): 203–206.

142. Jeppsson A, Tesfu M y Bohmer L, Magnitude of abortion-related complications in Ethiopian health facilities: a national assessment, *East Africa Medical Journal,* 1999,76(10):547–551.

143. Bhutta SZ, Aziz S y Korejo R, Surgical complications following unsafe abortion, *Journal of Pakistan Medical Association*, 2003, 53(7):286–289.

144. Bernstein PS y Rosenfield A, Abortion and maternal health, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1998, 63 (Suplemento 1):S115–S122.

145. Jamil S y Fikree FF, *Incomplete Abortion from Tertiary Hospitals of Karachi, Pakistan,* Karachi, Pakistan: Department of Community Health Sciences, Aga Khan University, 1998.

146. Bankole A et al., Estimating the cost of post-abortion care in Nigeria: a case study, en Lule E, Singh S y Chowdhury SA, eds., *Fertility Regulation Behaviors and Their Costs: Contraception and Unintended Pregnancies in Africa and Eastern Europe & Central Asia,* Washington, DC: Banco Mundial, 2007.

147. Borghi J, The financial implications of skilled attendance at delivery: the case of Nepal, *Tropical and Medical International Health,* 2006, 11(2):228–237.

148. Borghi J et al., Mobilising financial resources for maternal health, *Lancet,* 2006, 368(9545):1457–1465.

149. Vlassoff M et al., Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges, *IDS Research Report,* Brighton, Reino Unido: Institute for Development Studies, 2008, No. 59.

150. OMS, Carga mundial de morbilidad, 2008, <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en>, fecha de acceso: 23 de abril de 2009.

151. OMS, *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors,* Ginebra: OMS, 2003.

152. USAID, *USAID Postabortion Care Strategy Paper,* Washington, DC: USAID, 2004.

153. Postabortion Care Consortium, PAC model resources, sin fecha, <http://www.pac-consortium.org/site/PageServer?pagename=Themes_PAC_Model_Resources>, fecha de acceso: 26 de abril de 2003,

154. Campbell OM y Graham WJ, Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works, *Lancet*, 2006, 368(9543):1284–1289.

155. Division of Family Health, WHO Maternal Health and Safe Motherhood Programme, *Clinical Management of Abortion Complications: A Practical Guide,* Ginebra: OMS, 1994.

156. Salter C et al., Care for postabortion complications: saving women's lives, *Population Reports,* 1997, Vol. 25, No. 1.

157. Dao B et al., Is misoprostol a safe, effective and acceptable alternative to manual vacuum aspiration for postabortion care? results from a randomized trial in Burkina Faso, África Occidental, *BJOG*, 2007, 114(11):1368–1375.

158. Bique C et al., Comparison of misoprostol and manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion, *BJOG*, 2007, 98(3):222–226.

159. Shwekerela B et al., Misoprostol for treatment of incomplete abortion at the regional hospital level: results from Tanzania, *BJOG*, 2007, 114(11):1363–1367.

160. Weeks A et al., A randomized trial of misoprostol compared with manual vacuum aspiration for incomplete abortion, *Obstetrics & Gynecology,* 2005, 106(3):540–547.

161. Bankole A, Singh S y Haas T, Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar,* 1998, 24(3):117–127 & 152.

162. Casterline JB y Arif MS, Dealing with unwanted pregnancies: insights from interviews with women, *Research Report,* Islamabad, Pakistán: Population Council, 2003, No. 19.

163. Cuadro 3b del Apéndice.

164. Cuadro 3a del Apéndice.

165. Cuadro 3c del Apéndice.

166. Singh S et al., *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*, Nueva York: AGI y Fondo de Población de la ONU, 2003.

167. Bulatao RA y Casterline JB, eds., Global fertility transition, supplement to *Population and Development Review*, 2001, Vol. 27.

168. Cuadro 4 del Apéndice.

169. ONU, *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002,* Nueva York: ONU, 2004.

170. Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (México).

171. National Survey of Family Growth (Estados Unidos).

172. EDS y encuestas realizadas por los CDC (otros países).

173. Zlider VM et al., New survey findings: the contraceptive revolution continues, *Population Reports,* 2003, Series M, No. 17, web table C, Family planning methods currently used by unmarried,sexually active women 15–49, 1990–2001, <http://www.infoforhealth.org/pr/m17/tablec.html>, fecha de acceso: 26 de abril de 2003.

174. Gwatkin DR, Wagstaff A y Yazbeck AS, eds., *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services*, Washington, DC: Banco Mundial, 2005.

175. Gillespie D et al., Unwanted fertility among the poor: an inequity? *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 2007, 85(2):100–107.

176. National Center for Health Statistics, Fertilidad, planificación de la familia y salud reproductiva de las mujeres de estadounidenses: datos de la National Survey Of Family Growth del 2002, *Vital and Health Statistics,* 2005, Vol. 23, No. 25.

177. Westoff CF et al., Contraception–abortion connections in Armenia, *DHS Analytical Studies,* Calverton, Maryland, EE.UU.: ORC Macro, 2002, No. 6.

178. Santow G, Coitus interruptus and the control of natural fertility, *Population Studies,* 1995, 49(1):19–43.

179. Análisis actualizado de los datos en Sedgh G et al., Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method, *Informe Ocasional*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2007, No. 37.

180. Análisis especiales de las Encuestas Demográficas y de Salud en estas regiones.

181. Sedgh G et al., Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method, *Informe Ocasional*, Nueva York: Guttmacher Institute,2007, No. 37.

182. Banco Mundial, WDI online: indicadores del desarrollo mundial, 2007, <http://ddp-ext.worldbank.org/ext/DDPQQ/member.do?method=getMembers&userid=1&queryId=6>, fecha de acceso: 27 de junio de 2009.

183. Healy J, Otsea K y Benson J, Counting abortions so that abortion counts: indicators for monitoring the availability and use of abortion care services, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics,* 2006, 95(2):209–220.

184. Ljung R, Danielsson M y Lindam A, Medication abortion as a quality indicator for regional comparisons in Sweden, letter, *American Journal of Public Health*, 2009, 99(2):197–198.

185. Cook RJ, Dickens BM y Fathalla MF, *ReproductiveHealth and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law*, Oxford, Reino Unido: Oxford University Press, 2003.

CAPÍTULO 1 - Recuadro: Resulta complejo definir aborto seguro e inseguro

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), The prevention and management of unsafe abortion: report of a technical working group, Ginebra: OMS, 1992.

2. Berer M, National laws and unsafe abortion: the parameters of change, *Reproductive Health Matters,* 2004, 12 (Suplemento 24):1–8.

3. OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de la salud—Más necesaria que nunca,* Ginebra: OMS, 2008.

CAPÍTULO 2 - Recuadro: Para lograr avances en la reforma legal se requiere una amplia colaboración y apoyo

1. Stevens M, Abortion reform in South Africa, *Initiatives in Reproductive Health Policy,* 2000, 3(2):4–6.

2. Rees H et al., The epidemiology of incomplete abortion in South Africa, *South African Medical Journal,* 1997, 87(4):432–437.

3. Shweni PM, Margolis J y Monokoane TS, Abortions: the King Edward VIII Hospital experience, *Obstetrics and Gynaecology Forum,* julio de 1992, pp. 25–26.

4. Thapa S, Abortion law in Nepal: the road to reform, *Reproductive Health Matters,* 2004, 12 (Suplemento 24):85–94.

5. Ipas, *Tools for Progressive Policy Change: Lessons Learned from Ethiopia's Abortion Law Reform,* Chapel Hill, Carolina del Norte, EE.UU.: Ipas, 2008.

6. Centro de Derechos Reproductivos (CRR), Abortion worldwide: twelve years of reform, *Briefing Paper,* Nueva York: CRR, 2007.

7. Roa M, El proyecto LAICIA—litigio de alto impacto en Colombia: la inconstitucionalidad del aborto, in: Checa S, *Realidades y Coyunturas del Aborto: Entre el Derecho y la Necesidad,* Buenos Aires, Argentina: Libro Paidós, 2006.

8. Karsin N, Colombians push abortion onto national agenda, Women's eNews, 22 de diciembre de 2005, <http://www.womenslinkworldwide.org/pdf_programs/prog_rr_col_articles_15.pdf>, fecha de acceso: 24 de julio de 2008.

9. Vieira C, Therapeutic abortion: a right in name only? Inter Press Service News, 9 de mayo de 2008, <http://www.ipsnews.net/print.asp?idnews=42309>, fecha de acceso: 23 de julio de 2008.

10. Sánchez-Fuentes ML, Paine J y Elliott-Buettner B, The decriminalisation of abortion in Mexico City: how did abortionrights become a political priority? *Gender and Development,* 2008,16(2):345–360.

11. Van Dijk MG, Lara D y García SG, Opiniones de tomadores de decisiones sobre la liberalización de las leyes de aborto en México, *Salud Pública de Mexico,* 2007, 49(6):394–400.

12. Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), Backlash against decriminalization, news release, Seattle, Washington, EE.UU.: GIRE, 30 de mayo de 2007.

13. CRR, Mexico Supreme Court upholds Mexico City abortion law, news release, Nueva York: CRR, 27 de agosto de 2008.

CAPÍTULO 4 – Recuadro: No siempre es posible acceder a los servicios de aborto seguro

1. Boland R y Katzive L, Acontecimientos en las leyes sobre aborto inducido: 1998–2007, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar,* 2008, 34(3):110–120.

2. International Sexual and Reproductive Health Law Programme, Faculty of Law, University of Toronto, *Access to Abortion Reports: An Annotated Bibliography,* Toronto: University of Toronto, 2007.

3. Sullivan JM, Serbanescu F y Goldberg H, Abortion, en: Morris L and Sullivan JM, eds., *Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: A Comparative Report*, Atlanta, Georgia, EE.UU.: Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC); y Calverton, Maryland, EE.UU.: ORC Macro, 2003, pp. 35–50.

4. Benson J, Evaluating abortion-care programs: old challenges, new directions, *Studies in Family Planning,* 2005, 36(3):189–202.

5. Koster-Oyekan W, Why resort to illegal abortion in Zambia? findings of a community-based study in Western Province, *Social Science and Medicine,* 1998, 46(10):1303–1312.

6. Duggal R y Ramachandran V, *Summary and Key Findings, Abortion Assessment Project India, Bombay,*

India: Center for Enquiry into Health and Allied Themes and Healthwatch, 2004.

7. Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), Muerte *y Negación: Aborto inseguro y pobreza,* Londres, Reino Unido: IPPF, 2006.

8. Santhya KG y Verma S, Induced abortion: the current scenario in India, 2004, *Regional Health Forum WHO South-East Asia Region,* 2004, 8(2):1–14.

9. Khan ME, Barge S y Kumar N, Abortion in India: Current situation and future challenges, en: Pachauri S, ed., *Implementing a Reproductive Health Agenda in India: The Beginning*, New Delhi: Population Council, 1999, pp. 507–529.

10. Ganatra B y Elul B, Legal but not always safe: three decades of a legal abortion policy in India, *Gaceta Médica de México*, 2003, Vol. 139, Suplemento 1.

11. International Institute for Population Science (IIPS), *Reproductive and Child Health Project: Rapid Household Survey (Phase I and II), 1998–1999,* Bombay, IIPS, 2001.

12. Hirve SS, Abortion law, policy and services in India: a critical review, *Reproductive Health Matters,* 2004,12 (Suplemento 24.):114–121.

13. Johnston HB, Abortion practice in India: a review of literature, 2002, <www.cehat.org/aap1/work1.pdf>, fecha de acceso: 23 de julio de 2009.

14. Elul B et al., *Unwanted Pregnancy and Induced Abortion: Data from Men and Women in Rajasthan, India,* Nueva York: Population Council, 2004.

15. Ganatra BR, Induced abortions: programmatic and policy implications of data emerging from an ongoing study in rural Maharashtra, India, en: Puri C and Van Look P, eds., *Sexual and Reproductive Health: Recent Advances, Future Directions,* Nueva Delhi: New Age International, 2000, pp. 249–261.

16. Jewkes RK et al., Why are women still aborting outside designated facilities in metropolitan South Africa? *BJOG*, 2005, 112(9):1236–1242.

17. Departamento de Salud de Sudáfrica, *An Evaluation of the Implementation of the Choice on Termination of Pregnancy Act,* Pretoria, Sudáfrica: Departamento de Salud, 2000.

18. Morroni C, Myer L y Tibazarwa K, Knowledge of the abortion legislation among South African women: a cross-sectional study, *Reproductive Health,* 2006, Vol. 3, No. 7.

19. Engelbrecht MC, Ngwena CG y van Rensburg HCJ, *Accessing Termination of Pregnancy by Minors in the Free State: Identifying Barriers and Possible Interventions,* Bloemfontein, South Africa: Centre for Health Systems Research and Development, 2005.

20. Centro de Derechos Reproductivos (CRR) e International Programme on Reproductive and Sexual Health Law of the University of Toronto, *Legal Grounds: Reproductive and Sexual Rights in African Commonwealth Courts,* Nueva York: CRR; y Toronto: International Programme on Reproductive and Sexual Health Law of the University of Toronto, 2005.

21. Sibuyi MC, Provision of abortion services by midwives in Limpopo Province of South Africa, *African Journal of Reproductive Health,* 2004, 8(1):75–78.

CAPÍTULO 5 – Recuadro: Las mujeres que buscan un aborto o atención post-aborto son a menudo estigmatizadas

1. Major B y Gramzow RH, Abortion as stigma: cognitive and emotional implications of concealment, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1999, 77(4):735–745.

2. Schuster S, Abortion in the moral world of the Cameroon grassfields, *Reproductive Health Matters*, 2005,13(26):130–138.

3. Sáenz de Tejada S, Prada E y Ball G, Morbilidad por aborto en Guatemala: una visión de la comunidad, *Informe Ocasional,* Nueva York: Guttmacher Institute, 2006, No. 27.

4. Castañeda X, Billings DL y Blanco J, Abortion beliefs and practices among midwives (parteras) in a rural township, México, *Women and Health*, 2003, 37(2):73–87.

5. Webb D, Attitudes to 'Kaponya Mafumo': the terminators of pregnancy in urban Zambia, *Health Policy and Planning*, 2000, 15(2):186–193.

6. Melgar J et al., Very intimate stories: accounts of women who have abortions, paper presented at the second annual meeting of the Scarlet Letter Network, Ciudad Quezon, Filipinas, 26 y 27 de abril de 2004.

7. Lithur NO, Destigmatising abortion: expanding community awareness of abortion as a reproductive health issue in Ghana, *African Journal of Reproductive Health,* 2004, 8(1):70–77.

8. Ganatra B, Young and vulnerable: the reality of unsafe abortion among adolescent and young women, *ARROWS for Change,* 2006, 12(3):1–2.

9. Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), *Muerte y Negación: Aborto inseguro y pobreza,* Londres, Reino Unido: IPPF, 2006.

10. Sibuyi MC, Provision of abortion services by midwives in Limpopo Province of South Africa, *African Journal of Reproductive Health,* 2004, 8(1):75–78.

CAPÍTULO 6 – Recuadro: ¿Están disminuyendo las consecuencias adversas para la salud derivadas del aborto clandestino?

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003*, quinta

ed., Ginebra: OMS, 2007.

2. Carbonel JL et al., The use of misoprostol for abortion at <9 weeks gestation, *European Journal of Contraceptive & Reproductive Health Care,* 1997, 2(3):181–185.

3. Faúndes A et al., Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2007, 99 (Suplemento 2):172–177.

4. Miller S et al., Misoprostol and declining abortion-related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: a temporal association, *BJOG*, 2005, 112(9):1291–1296.

5. Clark S et al, Misoprostol use in obstetrics and gynecology in Brazil, Jamaica and the United States, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics,* 2002, 76(1):65–54.

6. Lafaurie MM and Grossman D, *El aborto con medicamentos en América Latina: las experiencias de las mujeres de México, Colombia, Ecuador y Perú,* Bogotá, Colombia: Population Council, 2005.

7. Juarez F et al., Estimaciones del aborto inducido en México: ¿Qué ha cambiado entre 1990 y 2006? *Perspectivas Internacionales en Planificación FamiliarPlanning Perspectives*, 2008, 34(4):158–168.

8. Ferrando D, *Clandestine Abortion in Peru: Facts and Figures,* Lima, Peru: Pathfinder International, 2002.

9. Juarez F et al., The incidence of induced abortion in the Philippines: current level and recent trends, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar,* 2005, 31(3):140–149.

10. Faúndes A et al., Postabortion complications after interruption of pregnancy with misoprostol, *Advances in Contraception*, 1996, 12(1):1–9.

CAPÍTULO 7 - Recuadro: Las mujeres adolescentes sufren muchos tipos de desventajas y estigmas

1. Shah I y Åhman E, Age patterns of unsafe abortion in developing country regions, *Reproductive Health Matters*, 2004, 12 (Suplemento 24):9–17.

2. Lloyd CB, ed., *Growing Up Global: The Changing Transition To Adulthood In Developing Countries*, Washington, DC: National Academies Press, 2005.

3. Ganatra B y Hirve S, Induced abortions among adolescent women in rural Maharashtra, India, *Reproductive Health Matters*, 2002, 10(19):76–85.

4. Whittaker A, Reproducing inequalities, abortion policy and practice in Thailand, en: Whittaker A, ed., *Women's Health in Mainland Southeast Asia*, Nueva York: Haworth Medical Press, 2002.

5. Remez L et al., *Asegurar un mañana más saludable en Centroamérica: Proteger la salud sexual y reproductiva de la juventud de hoy,* Nueva York: Guttmacher Institute, 2008.

6. Calvès A-E, Abortion risk and decisionmaking among Young people in urban Cameroon, *Studies in Family Planning*, 2002, 33(3):249–260.

7. Ganatra B, Young and vulnerable: the reality of unsafe abortion among adolescent and young women, *ARROWS for Change,* 2006, 12(3):1–2.

8. Jejeebhoy SJ, Shah I and Thapa S, *Sex Without Consent: Young People in Developing Countries,* Nueva York: Zed Books, 2005.

9. Jejeebhoy S et al., Agency among unmarried young people in India: levels, patterns and gender differences, artículo presentado en el Seminario sobre transición sexual y reproductiva de los adolescentes en países en desarrollo de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (IUSSP), Cholula, Puebla, México, 6 al 9 de noviembre de 2006.

10. Ecker N y Kirby D, *International Guía técnica internacional sobre la educación relativa a la sexualidad,* París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 2009.

11. Biddlecom A et al., *Protecting the Next Generation: Learning from Adolescents to Prevent HIV and Unintended Pregnancy,* Nueva York: Guttmacher Institute, 2007.

12. División de Salud Reproductiva, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), *Salud reproductiva, materna e infantil en Centroamérica: Tendencias y retos que enfrentan mujeres y niños*, Atlanta, Georgia, EE.UU.: CDC, 2005.

13. Cuadro 1 del Apéndice.

14. Ahmed MK, van Ginneken J y Razzaque A, Factors associated with adolescent abortion in a rural area of Bangladesh, *Tropical Medicine and International Health*, 2005, 10(2):198–205.

15. Olukoya AA et al., Unsafe abortion in adolescents, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2001, 75(2):137–147.

16. Munasinghe S y Van den Broek N, Abortions in adolescents, *Tropical Doctor,* 2005, 35(3):133–135.

17. Dahlbäck E, Unsafe induced abortions among adolescent girls in Lusaka, *Health Care for Women International*, 2007, 28(7):654–676.

18. Cook RJ y Ngwena CG, Women's access to health care: the legal framework, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics,* 2006, 94(3):216–225.

19. Jagwe-Wadda G, Moore A y Woog V, Abortion morbidity in Uganda: evidence from two communities, *Informe Ocasional*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2006, No. 26.

El Guttmacher Institute agradece a la Federación Internacional de Planificación de la Familia/ Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO) por haber prestado su apoyo para la traducción y producción de la versión en español de este informe, lo cual permitirá ampliar su difusión y fortalecer su impacto.