

Hechos sobre el aborto en América Latina y el Caribe

INCIDENCIA DEL ABORTO

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

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

PROVEEDORES DE ABORTOS CLANDESTINOS

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

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

Legalidad del Aborto

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

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

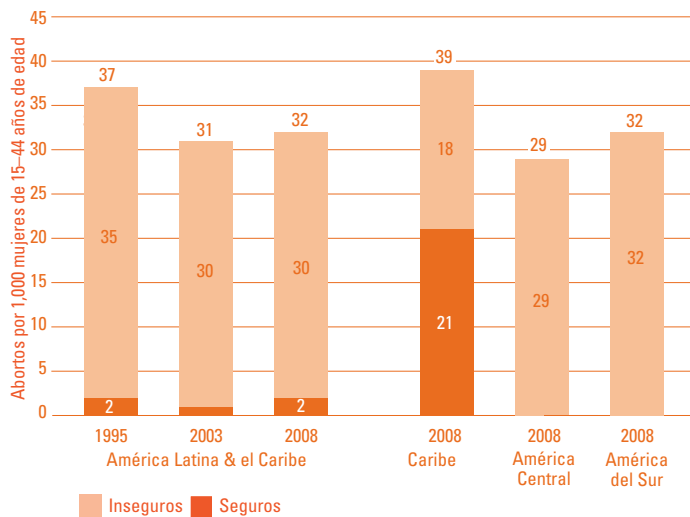
*En este informe, los abortos se clasifican como seguros o inseguros con base en las definiciones de la Organización Mundial de la Salud. Un aborto inseguro es un procedimiento para terminar un embarazo no deseado llevado a cabo por personas carentes de las habilidades necesarias en un ambiente que no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

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

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

Tasas de aborto en América Latina y el Caribe

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



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

CONSECUENCIAS DEL ABORTO INSEGURO PARA LA SALUD

• Según la Organización Mundial de la Salud, en 2008, el 12% de todas las muertes maternas en América Latina y el Caribe (1,100 en total) se debieron a abortos inseguros.³

• Cerca de un millón de mujeres en América Latina y el Caribe son hospitalizadas anualmente para ser tratadas por complicaciones derivadas de abortos inseguros.

• Las complicaciones más comunes del aborto inseguro son el aborto incompleto, la pérdida excesiva de sangre y la infección. Las complicaciones menos comunes pero muy serias incluyen el shock séptico, la perforación de órganos internos y la inflamación del peritoneo.

• Debido a que las mujeres pobres y las que viven en el medio rural tienden a depender de los métodos menos seguros y en prestadores de servicios sin capacitación, éstas tienen mayor probabilidad que otras mujeres

de sufrir graves complicaciones derivadas del aborto inseguro.

• Se estima que un 10–20% del total de mujeres que tienen abortos necesitan, pero no reciben, atención médica por complicaciones.

• Los servicios de atención postaborto en la región en general son de mala calidad. Algunas de las dificultades comunes incluyen el acceso inadecuado, los retrasos en el tratamiento, el uso de métodos inapropiados y actitudes prejuiciosas por parte del personal de las clínicas y los hospitales.

ESTADO LEGAL DEL ABORTO

• El aborto está totalmente prohibido en siete de los 34 países y territorios de la región (ver cuadro). En otros ocho países es permitido solamente para salvar la vida de la mujer; y unos cuantos países permiten el aborto en casos de violación (Brasil, Panamá y algunos estados de México) o por malformación fetal (Panamá y algunos estados de México).

• Solamente en seis países y territorios el aborto es legal en términos generales—i.e., permitido ya sea sin restricción o por razones socioeconómicas. En conjunto, estos países representan menos del 5% de las mujeres en edades de 15–44 años en la región.

• El 95% restante de las mujeres en edad reproductiva en la región viven en países en donde la ley de aborto es altamente restrictiva.

• La oposición a la reforma de la ley constituye una fuerza importante en la región. Por ejemplo, en reacción a la ley de la Ciudad de México que expande el acceso al aborto, 13 de los 31 estados de México han enmendado sus constituciones para definir el comienzo de la vida en el momento de la concepción.

RECOMENDACIONES

• Debido a que el uso de anticonceptivos es la forma más segura de prevenir el embarazo no planeado y reducir la necesidad del aborto, deben establecerse y fortalecerse los programas y políticas que mejoren el conocimiento, acceso y uso de métodos anticonceptivos en mujeres y hombres.

• Para ayudar a reducir los altos niveles de morbilidad y mortalidad que resultan del aborto inseguro, la provisión de atención postaborto debe mejorarse y expandirse.

• Las causales para el aborto legal en la región deben ampliarse para reducir la necesidad que tienen las mujeres de recurrir a procedimientos clandestinos.

• Para hacer frente a las desproporcionadamente altas tasas de morbilidad y mortalidad derivadas del aborto inseguro en muje-

res pobres y del medio rural, el acceso a la planificación familiar y la atención postaborto debe hacerse más equitativa.

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

REFERENCIAS

1. Mondragón y Kalb M et al., Patient characteristics and service trends following abortion legalization in Mexico City, 2007–10, *Studies in Family Planning*, 2011, 42(3):159–166.
2. Prada E et al., Induced abortion in Colombia: new estimates and change between 1989 and 2008, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2011, 37(3):114–124.
3. World Health Organization (WHO), *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, sixth ed., Geneva: WHO, 2011.



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

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

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

www.guttmacher.org