

Aborto en América Latina y el Caribe



Incidencia y tendencias

- En el período quinquenal de 2010–2014, se estima que ocurrieron 6.5 millones de abortos inducidos por año en América Latina y el Caribe, cifra superior a los 4.4 millones ocurridos por año en 1990–1994. El número anual más alto ocurrió en América del Sur (4.6 millones en 2010–2014).
- La tasa anual de aborto, estimada en 44 procedimientos por 1,000 mujeres en edad reproductiva (i.e., mujeres de 15–44 años de edad), aumentó de 40 por 1,000. Sin embargo, el aumento no es estadísticamente significativo.
- Entre las subregiones, las tasas varían de 33 en América Central a 65 por 1,000 mujeres en el Caribe.
- La tasa de aborto es aproximadamente 49 para las mujeres casadas y 28 para las mujeres solteras.
- La proporción de embarazos que terminan en abortos aumentó entre 1990–1994 y 2010–2014, de 23% a 32%.

Situación legal del aborto

- Para 2015, se estima que más del 97% de las mujeres en edad reproductiva en América Latina y el Caribe viven en países en donde el aborto está altamente restringido por ley (i.e., los países en las primeras cuatro categorías que figuran en el cuadro 2).
- El aborto está totalmente prohibido sin excepciones en siete países. Se permite solamente para salvar la vida de la mujer en otros ocho. Unos pocos de estos últimos países permiten el aborto en casos de violación (Brasil, México y Panamá) o anomalía fetal (Panamá y la mitad de los estados de México).

- Menos del 3% de las mujeres de la región viven en países en donde el aborto es legal en términos amplios, es decir, se permite ya sea por todas las causas de salud de la mujer más por las razones socioeconómicas, y sin restricciones en cuanto a las razones.

Aborto inseguro y sus consecuencias

- Aunque el aborto inducido es seguro en términos médicos cuando se practica conforme a las directrices recomendadas, muchas mujeres se someten a procedimientos inseguros que ponen en riesgo su bienestar.
- Según las estimaciones más recientes, en América Latina y el Caribe, al menos 10% del total de muertes maternas (900 en total) cada año se debieron a abortos inseguros.
- Cerca de 760,000 mujeres en la región son tratadas anualmente por complicaciones derivadas del aborto inseguro.
- Las complicaciones más comunes del aborto inseguro son el aborto incompleto, la pérdida excesiva de sangre y la infección. Otras complicaciones menos comunes pero muy graves incluyen el choque séptico, la perforación de órganos internos y la inflamación del peritoneo.
- Debido a que las mujeres que viven en condiciones de pobreza y en el medio rural tienden a depender de los métodos menos seguros o de proveedores no capacitados, estas tienen mayores probabilidades que otras mujeres de sufrir complicaciones graves derivadas del aborto inseguro.
- Algunas mujeres cuyas complicaciones quedan sin tratamiento experimentan consecuencias a largo plazo relacionadas con su salud como dolor crónico, inflamación del tracto reproductivo, enfermedad inflamatoria pélvica e infertilidad.
- Los servicios postaborto en la región son comúnmente de baja calidad. Las

CUADRO 1: NÚMEROS Y TASAS

Estimaciones regionales y subregionales del aborto inducido, América Latina y el Caribe, 1990–1994 y 2010–2014

	Núm. de abortos (millones)		Tasa de aborto*		% de embarazos que terminan en aborto
	1990–1994	2010–2014	1990–1994	2010–2014	2010–2014
América Latina y el Caribe	4.4	6.5[†]	40	44	32
Caribe	0.5	0.6	60	65	39
América Central	0.8	1.3 [†]	27	33	24
América del Sur	3.1	4.6 [†]	43	47	34

*Número de abortos por 1,000 mujeres en edades de 15–44. [†]La diferencia entre los períodos 1990–1994 y 2010–2014 es estadísticamente significativa.

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

Causal	Países
Prohibido totalmente (i.e., sin ninguna excepción legal explícita para salvar la vida de la mujer)	Chile, El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua, República Dominicana, 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 salvar la vida de la mujer)*	Argentina (a), Bahamas, Bolivia (a, c), Costa Rica, Ecuador (b), Granada, Perú
Para preservar la salud mental (y las dos causales anteriores)	Colombia (a, c, d), Jamaica, San Cristóbal y Nieves, Sta. Lucía (a, c), Trinidad y Tobago
Razones socioeconómicas (y las tres causales anteriores)	Barbados (a, c, d, f), Belice (d), San Vicente y Granadinas (a, c, d)
Sin restricción en cuanto a razón	Cuba (f), Guyana, Puerto Rico, Uruguay (f)

*Incluye países con leyes que hacen referencia simplemente a la "salud" o a indicaciones "terapéuticas" que 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 con discapacidad mental, (c) incesto o (d) anomalía fetal. Algunos países restringen el aborto al requerir (e) autorización del cónyuge o (f) autorización de los padres. En México (g) la legalidad del aborto se determina a nivel de cada entidad federativa, y la categorización legal en esta lista refleja la situación para la mayoría de las mujeres. Los países que permiten el aborto por causales socioeconómicas o sin restricción en cuanto a razón tienen límites gestacionales (generalmente el primer trimestre); los abortos pueden ser permitidos después de la edad gestacional especificada, pero solamente por causales prescritas. FUENTE: Center for Reproductive Rights (CRR), *The World's Abortion Laws 2016*, Nueva York: CRR, 2016, mapa, <http://worldabortionlaws.com/map/>.

FUENTES

La mayoría de los datos en esta hoja informativa provienen de *Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends*, Lancet, 2016, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30380-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30380-4/abstract).

Todas las referencias aparecen en la versión plenamente anotada disponible en <https://gutmacher.org/es/fact-sheet/aborto-en-america-latina-y-el-caribe>.

La elaboración de esta hoja informativa fue posible gracias a subvenciones del Gobierno del Reino Unido, la Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo y el Ministerio Holandés de Relaciones Exteriores. Los hallazgos y conclusiones contenidos en el documento no reflejan necesariamente las posiciones y políticas de los donantes.

deficiencias más comunes incluyen el acceso inadecuado, los retrasos en el tratamiento, el uso de intervenciones inapropiadas y las actitudes prejuiciosas del personal clínico y hospitalario. Probablemente, estos factores desalientan a algunas mujeres la búsqueda del tratamiento que necesitan, especialmente aquellas que son jóvenes y solteras.

- El uso de misoprostol para inducir abortos no quirúrgicos se está volviendo más común a lo largo de la región y ha aumentado la seguridad de los procedimientos clandestinos.

Recomendaciones

- La mayoría de las mujeres que recurren al aborto lo hacen porque quedan embarazadas cuando no

planeaban hacerlo. Dado que el uso de anticonceptivos es la forma más segura de prevenir el embarazo no planeado para las parejas sexualmente activas, los programas y políticas que mejoran los conocimientos, así como el acceso a y uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres y los hombres, son esenciales para reducir la necesidad de recurrir al aborto.

- Para reducir los altos niveles de morbilidad y mortalidad que resultan del aborto inseguro, la provisión de atención postaborto debe ser mejorada y expandida.
- Para reducir el número de procedimientos clandestinos, las causales para el aborto legal en la región deben ampliarse y el acceso a servicios de aborto

seguro debe mejorarse para las mujeres que cumplan con los criterios legales.

- Para abordar las desproporcionadamente altas tasas de morbilidad y mortalidad del aborto inseguro entre las mujeres que viven en condiciones de pobreza y en el medio rural, el acceso a los servicios de planificación familiar y postaborto debe hacerse más equitativo.



Las buenas políticas de salud reproductiva se basan en una investigación fiable

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

www.guttmacher.org