

Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia

CAUSAS Y CONSECUENCIAS



Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias

Elena Prada
Susheela Singh
Lisa Remez
Cristina Villarreal



Agradecimientos

Este informe fue escrito por Elena Prada y Lisa Remez, consultoras independientes; Susheela Singh, Guttmacher Institute; y Cristina Villarreal, Fundación Oriéntame.* El informe fue editado por Haley Ball, y la composición gráfica y producción estuvieron a cargo de Kathleen Randall, ambas del Guttmacher Institute. Xavier González-Alonso tradujo el informe.

Las autoras expresan su agradecimiento a los siguientes miembros del personal, actuales y pasados del Guttmacher Institute, por su asistencia en varias etapas de la preparación de este informe: Fernanda Abella, Suzette Audam, Akinrinola Bankole, Ann E. Biddlecom, Patricia Donovan, Gustavo Suárez y Jonathan Wittenberg. Las autoras agradecen igualmente las valiosas contribuciones de los siguientes revisores externos: Deborah Billings, University of South Carolina, EEUU; Teresa DePiñeres, University of California, San Francisco, EEUU; Sandra García, Katherine S. Wilson y Rebekah Horowitz, todas del Population Council, México; Pío Iván Gómez, Universidad Nacional de Colombia; Ana Cristina González, consultora independiente, Colombia; Guillermo López-Escobar, Academia Nacional de Medicina, Colombia; Axel Mundigo, senior fellow, Guttmacher Institute; Melanie Peña, Gynuity; María Isabel Plata, Profamilia, Colombia; Mónica Roa, Women's Link Worldwide, Colombia; y Luis Távora, Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología.

Igualmente, el proyecto se benefició de la invaluable orientación y asesoría del Comité Técnico Asesor Colombiano. Los miembros de este grupo fueron Lenis Urquijo, Victor Hugo Alvarez y Lorenza Ospino, todos del Ministerio de la Protección Social (antes Ministerio de Salud); Luis Guillermo Cantor y Teresa Moreno, en el momento del proyecto, ambos de la Secretaría de Salud de Bogotá; Wilma Castillo, Federación Colombiana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología; Teresa DePiñeres, University of California, San Francisco, EEUU; Guillermo López-Escobar, Academia Nacional de Medicina; José Molina, Universidad Nacional, Colombia; Alberto Rizo-Gil, Academia Colombiana de Salud Pública; Germán Uriza,

Asociación Colombiana de Facultades de Medicina; y Lucy Wartenberg, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Colombia.

El informe extrae datos para 2008 de dos encuestas originales realizadas en el 2009. Elena Prada, Ann E. Biddlecom (antes del Guttmacher Institute) y Susheela Singh fueron co-investigadoras responsables por el diseño general de estudio e implementación de las encuestas, y por el análisis de los datos, etapa para la cual se contó con el valioso apoyo de Suzette Audam. Margoth Mora, Fundación Oriéntame, dio apoyo a la investigación durante la capacitación de las entrevistadoras, supervisión del trabajo de campo y control de calidad. Sonia Arias, Ida Baena y Adriana Reyes fueron supervisoras de trabajo de campo, y entrevistaron a los profesionales en la encuesta a expertos. Mary Baena, Camelia Castro, Gloria Gómez, Meira Horta, Isabel Orjuela, Aurora Peña, Gloria Rivera y Patricia Vásquez sirvieron como entrevistadoras en el caso de la encuesta a instituciones de salud. Por último, deseamos agradecer a los 102 profesionales médicos y no médicos, que participaron en la encuesta a expertos por su valioso aporte de conocimientos y opiniones sobre el aborto inducido.

La elaboración de este informe fue posible gracias a la financiación del Ministerio de Asuntos Exteriores de los Países Bajos. El Guttmacher Institute expresa su enorme gratitud por el apoyo que recibe de individuos y fundaciones—lo que incluye subvenciones importantes de The William and Flora Hewlett Foundation, The David and Lucile Packard Foundation, y the Ford Foundation—que apoyan todo el trabajo del Guttmacher Institute.

*Este informe ha sido elaborado haciendo uso del lenguaje científico estándar que utilizan las organizaciones internacionales en materia de salud reproductiva y población. Por esta razón, el instituto de investigación responsable de la publicación no utiliza el lenguaje explícito de género en el texto.

Índice

| | |
|---|-----------|
| Resumen Ejecutivo | 4 |
| Capítulo 1: La preocupante realidad del aborto clandestino | 6 |
| Capítulo 2: Incidencia y práctica del aborto inducido en la actualidad | 10 |
| Capítulo 3: Complicaciones del aborto y atención postaborto | 17 |
| Capítulo 4: Origen del aborto inducido: el embarazo no planeado | 21 |
| Capítulo 5: Conclusiones e implicaciones | 25 |
| Referencias | 29 |
| Cuadros del apéndice | 33 |

Resumen Ejecutivo

El aborto inducido es difícil de analizar debido a su práctica clandestina y el estigma que lo rodea. Pese a la sentencia de la Corte Constitucional promulgada en 2006 que legaliza parcialmente el aborto, solo una muy pequeña proporción del total de abortos inducidos que ocurren en Colombia son legales; aquellos que no lo son pueden significar un grave riesgo para la salud y bienestar de las mujeres. Con base en el uso de una técnica indirecta, este informe presenta estimaciones de los niveles de aborto inducido en el país. Analiza la capacidad de las mujeres colombianas para planear sus embarazos y lo que sucede cuando no pueden hacerlo. Se examinan las tendencias de aborto durante las dos décadas anteriores junto con el factor que hace que las mujeres recurran al procedimiento—concretamente, el embarazo no deseado. El informe se centra en la práctica y condición actual del aborto, ya sea ajustado o no a los criterios legales.

Ha habido avance en muchos frentes

- En 2010, una alta proporción—cerca del 80%—de las mujeres colombianas en unión practicaban la anticoncepción, incluyendo 73% que usaban métodos modernos; y 6% que usaban métodos tradicionales menos efectivos.
- El mayor uso de anticonceptivos es un factor esencial que subyace a las tendencias de fecundidad del país: el tamaño promedio de la familia, que ha estado disminuyendo a un ritmo constante a lo largo de las últimas dos décadas, está ahora a nivel de reemplazo (2.1 hijos por mujer).
- Un gran avance legal ocurrió en 2006, cuando la Corte Constitucional revisó la prohibición total sobre el aborto inducido y decidió legalizar el procedimiento bajo tres criterios (cuando un médico certifica que la vida o la

salud de la mujer está en riesgo; cuando el feto presenta una malformación incompatible con la vida extrauterina; y cuando el embarazo es resultado de violación o incesto, debidamente denunciado). La sentencia de la Corte se enmarcó en términos de los derechos de las mujeres a la salud y la vida.

Sin embargo los embarazos y nacimientos no planeados siguen siendo frecuentes

- Cada año en Colombia, se estima que hay 89 embarazos no planeados por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva (i.e., los que son deseados pero más tarde o que son no deseados porque la mujer no quiere más hijos). Las tasas varían ampliamente en las cinco principales regiones del país, de 67 por 1,000 en las regiones Central y Oriental, hasta cerca del doble en Bogotá; 113 por 1,000.
- A pesar de los grandes avances en el uso de anticonceptivos en las últimas dos décadas, la creciente motivación por tener menos hijos lleva a que durante ese período, la proporción de embarazos no planeados haya aumentado de la mitad a dos terceras partes del total de embarazos.
- El embarazo no planeado con frecuencia conduce a nacimientos no planeados. La proporción de nacimientos recientes que no fueron planeados ha aumentado dramáticamente, de 36% en 1990 a 51% en 2010, con poca diferencia entre regiones en este último año.

Muchos embarazos no planeados y no deseados terminan en aborto

- Se estima que el 44% de los embarazos no planeados en Colombia terminan en un aborto inducido.

- Esto se traduce en unos 400,400 abortos inducidos cada año. En 2008, 322 (0.08%) de estos abortos fueron Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) practicadas en las instituciones de salud, dado que cumplieron con uno de los tres criterios legales.
- El número absoluto de abortos aumentó en cerca de 40% de 1989 a 2008, en gran parte debido a que en la actualidad hay muchas más mujeres en edad reproductiva que las que había hace dos décadas.
- La tasa anual de aborto en el país aumentó ligeramente en ese periodo, llegando a 39 abortos por 1,000 mujeres de 15–44 años en 2008, comparado con 36 por 1,000 en 1989. Las tasas de aborto presentan una amplia variación, de 18 por 1,000 en la región Oriental a 66 por 1,000 en Bogotá, lo que probablemente es un reflejo de las diferencias relacionadas con la motivación de las mujeres para evitar tener hijos no deseados.
- La forma en que el número de abortos se relaciona con el número de nacidos vivos es un indicador de la motivación de las mujeres para evitar llevar a término un embarazo no deseado. En la actualidad hay 52 abortos por cada 100 nacidos vivos, un aumento sustancial en relación con los 35 por 100 en 1989.

Los abortos inseguros amenazan la salud de las mujeres y son una carga para el sistema de salud

- Un aborto inducido realizado fuera de la ley puede ser inseguro. Se estima que una tercera parte del total de mujeres que tienen un aborto ilegal desarrollan complicaciones que necesitan tratamiento en una institución de salud. La tasa de complicaciones en las mujeres pobres del medio rural es la más alta de todos los subgrupos (53% vs. 24–44%). Desafortunadamente, una quinta parte del total de mujeres que sufren complicaciones postaborto no reciben tratamiento alguno; y esas mujeres no tratadas son especialmente propensas a sufrir consecuencias de largo plazo.
- Cada año, el sistema de salud colombiano ofrece tratamiento postaborto a 93,000 mujeres cuyas complicaciones evitables están gastando los escasos recursos médicos. En la actualidad, nueve mujeres por 1,000 reciben atención postaborto en instituciones de salud. La tasa más alta de tratamiento—y la mayor carga de atención para el sistema de salud—ocurre en la región Pacífica, en donde cada año, 16 de cada 1,000 mujeres reciben tratamiento postaborto.
- Se estima que la mitad de todos los abortos en Colombia son inducidos mediante el uso del medicamento misoprostol. El inadecuado conocimiento de los proveedores sobre protocolos basados en evidencia, así como la falta de información de las mujeres sobre cuándo y cómo usar el medicamento, pueden conducir a la tasa de complicaciones innecesariamente alta (32%, total que comprende

el sangrado abundante o aborto incompleto, que hace que las mujeres busquen atención en instituciones de salud).

- Las mujeres que son pobres y viven en áreas rurales tienen mayor probabilidad de recurrir a parteras tradicionales o a auto-inducirse un aborto por otros medios, en lugar de usar misoprostol. En general, las tasas de complicaciones más altas del total corresponden a los abortos no inducidos por misoprostol que realizan proveedores de servicios no capacitados o la propia mujer (54–65%).

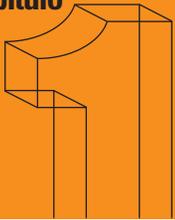
Es necesario tomar medidas para mejorar la salud de las mujeres

El creciente aumento de los embarazos y nacimientos no planeados—sin mencionar el de las tasas persistentemente altas de abortos clandestinos—señala la necesidad de realizar esfuerzos concertados y unificados por toda la sociedad colombiana. Presentamos algunas recomendaciones para ayudar a reducir la carga del aborto inseguro en las mujeres y el sistema médico; mejorar la prestación de IVE; y reducir los embarazos no planeados y no deseados, que son el origen de la gran mayoría de abortos.

Fortalecer los servicios anticonceptivos. Tanto las mujeres como los proveedores de servicios necesitan mejor información sobre el uso correcto y consistente de los anticonceptivos con el fin de obtener una mayor eficacia en el uso actual de los métodos. El acceso a la anticoncepción de emergencia debe expandirse para mejorar la capacidad de las mujeres de evitar un embarazo no deseado y sus consecuencias. Es necesario diseñar intervenciones enfocadas para satisfacer las necesidades en anticoncepción de grupos en alto riesgo de embarazo no deseado.

Mejorar los servicios de atención postaborto. Es necesario ampliar la cobertura de servicios postaborto y mejorar su calidad. Los proveedores de servicios necesitan información más precisa sobre la atención a mujeres que han usado misoprostol; también necesitan capacitación en el tratamiento de complicaciones mediante el uso de aspiración manual endouterina, una técnica mucho menos invasiva y costosa que la dilatación y curetaje (legrado).

Mejorar la implementación de la Sentencia C-355 y la prestación de IVE. Es necesario realizar campañas para continuar difundiendo la sentencia de la Corte, así como sobre los mecanismos para asegurar el estricto apego a las directrices para las IVE. También es importante investigar sobre los tipos de barreras para las IVE que enfrentan en la actualidad, tanto las mujeres como los proveedores de servicios.



La preocupante realidad del aborto clandestino

En todo el mundo, muchas mujeres enfrentan la dura realidad del embarazo no deseado. Los contextos social, político, cultural y económico particulares de cada país influyen en la capacidad de las mujeres para evitar el embarazo no deseado, y son factores condicionantes de sus respuestas en caso de encontrarse en dicha situación. La legislación nacional, las políticas y los servicios de salud también desempeñan un papel importante en la materia. Colombia no es la excepción.

El país ha avanzado mucho en la disponibilidad de medios para evitar el embarazo no deseado (la anticoncepción); sin embargo, el problema del embarazo no deseado no ha desaparecido. Como resultado, el aborto inducido es frecuente. A pesar de la sentencia que a partir de 2006 permite el aborto bajo ciertas circunstancias, casi todos los abortos que ocurren actualmente—al menos el 99.9%—suceden por fuera de la ley. Es posible que estos abortos, en manos de proveedores no capacitados, sean realizados en condiciones inseguras que conduzcan a complicaciones y tengan consecuencias que afectan la salud. De esta forma, el aborto inducido continúa amenazando el bienestar de miles de mujeres colombianas cada año.

En el país, como en la mayor parte de América Latina, el aborto inducido es motivo de debate y está estigmatizado y restringido legalmente. En este contexto, la condena religiosa y moral del aborto afecta las actitudes respecto al procedimiento en todos los niveles de la sociedad. Una sentencia de la Corte Constitucional en 2006 (ver recuadro), levantó la prohibición absoluta para permitir las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE) bajo tres criterios: cuando un médico certifica que la vida o la salud de la mujer embarazada está en riesgo; cuando un médico certifica que el feto presenta una malformación incom-

patible con la vida extrauterina; y cuando el embarazo es resultado de violación o incesto, que haya sido debidamente denunciado ante las autoridades.¹

En realidad, hay una pequeña proporción de mujeres que han accedido a una IVE, y es muy probable que muchas experimenten dificultades para obtenerla. Hay evidencia reciente que documenta muchos casos de mujeres que encuentran obstáculos institucionales y burocráticos para obtener una IVE en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), las cuales están obligadas a proporcionarla.² De este modo, el aborto ilegal—y potencialmente inseguro—continúa siendo una elevada carga para el bienestar de las mujeres colombianas. También, representa un desperdicio de recursos evitable para el sistema de salud del país, el cual es responsable de proporcionar tratamiento a los casos de atención postaborto.³

Este informe presenta estimaciones del número de abortos clandestinos* en 2008 y del costo que este tipo de abortos les representó a las mujeres y a las IPS en ese año. También examina las tendencias observadas a partir de 1989, la única vez en que se hicieron tales estimaciones en Colombia. Contar con la información más actualizada posible sobre el nivel de abortos es esencial para dar sustento a las políticas públicas y para evaluar la capacidad de las mujeres para evitar el embarazo no planeado. Estas estimaciones son claves para determinar la forma de mejorar el uso de los anticonceptivos; aumentar el acceso al aborto seguro; y, cuando los procedimientos inseguros resultan en complicaciones, asegurar un mejor acceso a la atención postaborto. El informe también toma

*Los abortos clandestinos son aquellos que no cumplen con criterios legales estrictos y que son realizados en secreto, bajo condiciones médicas que pueden ser seguras o inseguras.

en consideración los esfuerzos que se realizan actualmente para implementar la sentencia que despenalizó parcialmente el aborto. Igualmente, analiza la situación actual en cuanto a la razón por la cual las mujeres buscan el aborto inducido—el embarazo no planeado.

Muchos cambios han ocurrido desde el estudio de aborto realizado en 1989. En particular, las mujeres ahora tienen casi un hijo menos que los que tenían hace dos décadas: para 1990, una mujer tenía en promedio 2.9 hijos;⁴ en 2010, esta cifra disminuyó hasta 2.1 hijos por mujer.⁵ En efecto, Colombia ha alcanzado la fecundidad de reemplazo, lo que significa que la población dejará de crecer cada año. Sin embargo, aun cuando en la actualidad las mujeres desean familias más pequeñas que en el pasado, muchas colombianas continúan teniendo más hijos de los que desean: las mujeres colombianas tendrían un promedio de 1.6 hijos si pudieran evitar los embarazos no deseados.⁵ El hecho de que las mujeres no puedan alcanzar el tamaño deseado de su familia inevitablemente conlleva a nacimientos no planeados (es decir, aquellos que la mujer quería tener pero más tarde y los que no quería tener en absoluto). En Colombia, el aumento en los nacimientos no planeados ha sido dramático: alrededor del 51% de los nacimientos recientes en 2010 no fueron planeados,⁶ comparados con el 36% en 1990.⁷ Este aumento en nacimientos no planeados, sin embargo, no revela cómo el deseo de tener menos hijos puede afectar las tendencias de los embarazos que terminan en abortos.

¿Qué cambios en la sociedad pueden haber influido en las tendencias del aborto?

Es probable que varios hechos recientes hayan afectado el contexto en el cual las mujeres y parejas colombianas enfrentan el embarazo no planeado. Uno de los más importantes es la histórica sentencia de la Corte Constitucional (C-355) de mayo de 2006. Además de legalizar ciertos tipos de abortos, la sentencia ordena que las IVE estén disponibles para todas las mujeres que cumplan con los criterios, independientemente de su capacidad de pago. La sentencia se sustentó en que la prohibición absoluta de todos los abortos en Colombia (incluidos los que son necesarios para salvar la vida de la mujer) violaba la obligación del país de proteger la salud de las mujeres, tal y como está estipulado en los tratados regionales e internacionales que la nación ha ratificado. Dichos tratados prevalecen sobre las leyes nacionales. La sentencia se enmarcó en términos de los derechos humanos de las mujeres, en particular en su derecho a la salud y a la vida. También levantó la prohibición absoluta del aborto con consentimiento en los casos de mujeres menores de 14 años (usualmente víctimas de violación o incesto).

Otro hecho importante que probablemente haya afectado la práctica del aborto en Colombia y en toda América Latina⁸ es la introducción en los años noventa del medicamento misoprostol. También conocido por su nombre comercial Cytotec, el misoprostol es una prostaglandina

LEY 599

Por la cual se expide el Código Penal
El Congreso de Colombia

CAPÍTULO CUARTO

Del aborto

Artículo 122. *Aborto.* La mujer que causare su aborto o permitiere que otro se lo cause, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años.

A la misma sanción estará sujeto quien, con el consentimiento de la mujer, realice la conducta prevista en el inciso anterior.

Artículo declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-355 de 2006, en el entendido que no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos: (i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

Artículo 123. *Aborto sin consentimiento.* El que causare el aborto sin consentimiento de la mujer o en mujer menor de catorce años, incurrirá en prisión de cuatro (4) a diez (10) años. **Texto subrayado declarado INE-EXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-355 de 2006.**

Fuente: Referencia 1.

que ocasiona contracciones uterinas y que fue comercializado originalmente como un medicamento para el tratamiento de úlceras. Este medicamento abortivo es conocido por su bajo costo, facilidad de adquisición y el anonimato que proporciona. Según estudios clínicos controlados, el misoprostol administrado correctamente tiene una alta tasa de efectividad (84–96%).^{9,10} Sin embargo, muchas mujeres que lo usan carecen de información completa y exacta sobre el medicamento, y como resultado terminan buscando atención en los servicios de salud. Muchos proveedores de servicios de salud, investigadores, y defensores de la salud de la mujer creen que el uso del misoprostol como abortivo ha aumentado mucho en las últimas dos décadas;¹¹ y los artículos de prensa parecen confirmarlo.^{12,13}

Es probable también que los cambios demográficos contribuyan a las tendencias en el número de abortos. Debido a las altas tasas de crecimiento poblacional en el pasado, en la actualidad simplemente hay más mujeres en edad reproductiva expuestas al riesgo de embarazo no deseado

Fuentes de datos

Este informe se basa en varias fuentes de datos para estimar cuántos abortos ocurren en Colombia, las condiciones bajo las que son provistos y sus consecuencias. Como es de esperar, muchas mujeres son renuentes a admitir abiertamente la práctica de un comportamiento ilegal y altamente estigmatizado. Así los datos fueron recolectados a través de una técnica de estimación indirecta, el Método de Estimación de Aborto por Complicaciones (AICM, por sus siglas en inglés). Los datos analizados provienen fundamentalmente de dos encuestas, la encuesta a las IPS y la encuesta a profesionales conocedores del tema. Las encuestas se condujeron en 2009 pero las preguntas se referían a eventos ocurridos el año anterior; de esta forma, todos los datos se refieren al año 2008. Otras fuentes claves incluyen las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS), conducidas entre 1990 y 2010, así como el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

ENCUESTA A IPS

Después de concluir la prueba de instrumentos en febrero de 2009, el personal del estudio (ocho entrevistadoras y tres supervisoras) recolectaron datos sobre servicios de IVE y atención postaborto mediante una encuesta, a nivel nacional, aplicada en marzo y abril a una muestra representativa de IPS, que se consideraba que tenían probabilidad de proporcionar servicios de IVE o de dar tratamiento a mujeres con complicaciones derivadas del aborto. Condujimos entrevistas con informantes clave de una muestra nacional de IPS. Típicamente, los informantes fueron jefes de departamentos de ginecología y obstetricia, o bien funcionarios directivos con conocimientos sobre la atención prestada en la institución. Se entrevistó en persona a cada informante usando un cuestionario estructurado. Se seleccionó un total de 339 IPS, públicas y privadas. El marco de la muestra incluyó a todos los hospitales y entre 10% y 100% de las IPS de primer y segundo nivel de atención, dependiendo del tipo de institución y nivel de especialización. De esta muestra original, 39 instituciones no pudieron ser encuestadas, quedando una muestra final de 300. Las entrevistas se completaron exitosamente en 289 instituciones, lo que resultó en una tasa de respuesta de 96%. (Para un análisis completo de la técnica de muestreo y consideraciones de elegibilidad, ver artículo relacionado¹).

ENCUESTA A PROFESIONALES CONOCEDORES DEL TEMA

Una muestra intencional de 102 profesionales fue encuestada en los mismos meses de la otra encuesta. Se preguntó a las personas entrevistadas sobre las condiciones del aborto clandestino—si las mujeres usaban el misoprostol y para los otros abortos, los tipos de proveedores de servicios a los que recurrían las mujeres; igualmente, indagó sobre la probabilidad de que las mujeres sufrieran complicaciones y, de ser así, si reci-

birían tratamiento en una institución de salud. Los criterios principales para seleccionar a las personas entrevistadas fueron su especialización y la amplitud de sus conocimientos acerca de las condiciones de la prestación de servicios de aborto y postaborto. Cuarenta y siete de los encuestados eran proveedores de servicios médicos dedicados a la consulta en el sector público y el privado; y 55 eran profesionales de otros campos, entre ellos investigadores, analistas de políticas y defensoras de los derechos. El equipo de la encuesta se esforzó por incluir a suficientes expertos que estuvieran familiarizados con el contexto del aborto en áreas rurales. Estas personas provinieron de cuatro de las cinco principales regiones del país: Bogotá, Atlántica, Pacífica y Central. La región Oriental no fue cubierta debido a la dificultad de encontrar a 25 profesionales que tuvieran conocimientos sobre los servicios de aborto en esa región y debido a los altos costos para implementar la encuesta en términos de personal de campo. Por consiguiente, para los datos recolectados a través de la encuesta a profesionales—por ejemplo, tipos de aborto y sus consecuencias—presentamos valores solamente para las cuatro regiones encuestadas. Sin embargo, la aplicación de la metodología, la cual combina datos de ambas encuestas, usa la región Central como una referencia aproximada para la Oriental, debido a que los indicadores socioeconómicos que caracterizan a estas dos regiones son similares.

ENCUESTAS NACIONALES DE DEMOGRAFÍA Y SALUD

Las encuestas de 1990,² 2000,³ 2005⁴ y 2010⁵ para Colombia proporcionan información nacional sobre el uso de anticonceptivos, nacimientos no planeados y necesidad insatisfecha de anticoncepción. Estos estudios incluyeron a 8,644 mujeres en edades de 15–49 en 1990; a 11,585 en 2000; a 38,355 en 2005; y a 49,818 en 2010. Dado que no todas las encuestas cubrieron los Territorios Nacionales (una zona que representa el 2.1% de la población de Colombia), todos los datos presentados en este informe excluyen a los Territorios Nacionales. También, la ENDS de 2010 utilizó un nombre diferente para la región Atlántica, refiriéndose a ella como región Caribe; nosotros usamos el término Atlántica por consistencia con todos los otros informes de ENDS.

OTRAS FUENTES DE DATOS PRIMARIOS

Los datos de población sobre el número de mujeres en edades de 15–44 años en 1989 provienen de la base de datos demográficos regionales de las Naciones Unidas.⁶ El número de mujeres en 2008 se interpoló a partir de los datos correspondientes a 2005–2010 del DANE.⁷ El número de nacidos vivos en 2008 se estimó al aplicar las tasas de fecundidad específicas por edad de la ENDS al número de mujeres en edades de 15–49 años (obtenido del DANE).

en comparación con el año 1989. En efecto, la población de mujeres en edad reproductiva creció de 7.9 millones en 1989 a 10.2 millones en 2008.¹⁴ Además, algunas investigaciones han mostrado que las mujeres que viven en ciudades y las que tienen mayor nivel de escolaridad tienden a presentar tasas de aborto más altas que otras mujeres.¹⁵ Colombia continúa urbanizándose rápidamente: la proporción de la población que vive en áreas urbanas, en donde el deseo de tener familias más pequeñas es especialmente fuerte, aumentó del 68% en 1990 al 75% en 2010.¹⁶ Y en años recientes, la proporción de mujeres en edad reproductiva que ha asistido a la universidad casi se triplica, del 9% en 1990⁴ al 24% en 2010,⁵ mientras que la proporción con educación primaria solamente, disminuyó a la mitad, es decir del 41%⁴ al 22%.⁶

Algunos grupos de mujeres enfrentan un mayor riesgo de embarazo no deseado

El riesgo de embarazo no deseado—que está estrechamente vinculado con la probabilidad de tener un aborto—es más alto en mujeres que no usan anticonceptivos o que lo hacen de manera esporádica o inefectiva. Ese riesgo probablemente ha aumentado en un grupo de mujeres que tienen una necesidad especial de evitar un embarazo: las jóvenes adultas sexualmente activas y solteras. Aunque en general el uso de métodos anticonceptivos ha aumentado mucho, la motivación particularmente fuerte de las mujeres jóvenes por evitar el embarazo no deseado en ese momento, no siempre coincide con uso efectivo y consistente de métodos modernos.

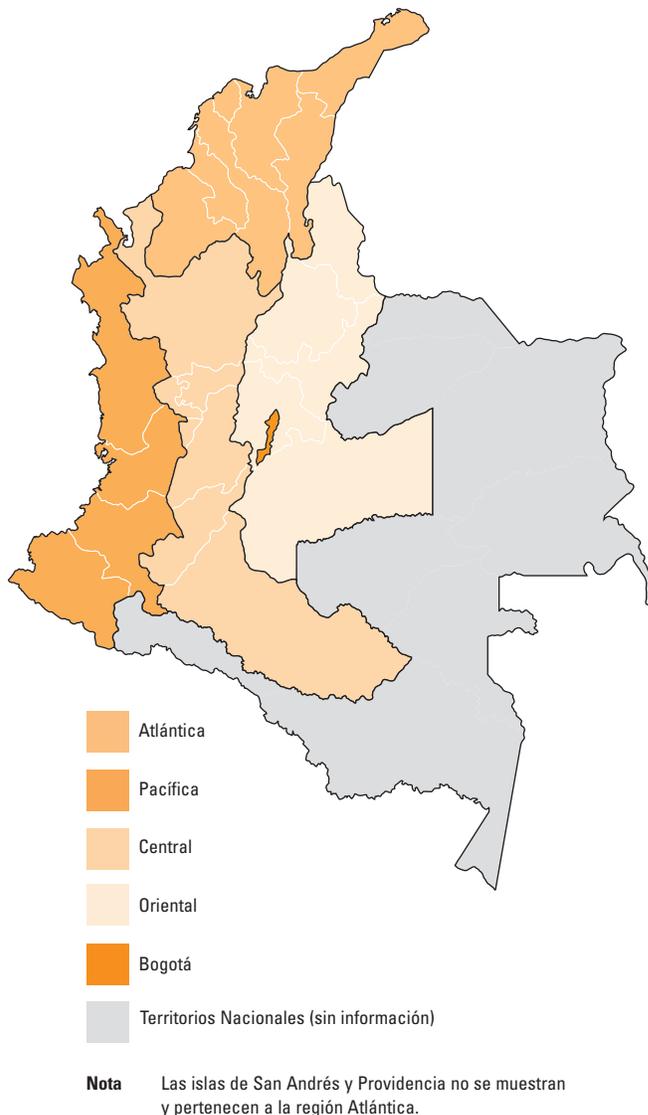
Otro grupo especialmente vulnerable a embarazo no deseado son las mujeres desplazadas por la violencia social y política que ha asolado a Colombia por décadas. Se estima que a finales de 2009, 3.3–4.9 millones de colombianos eran desplazados; el único otro país con una población desplazada más grande es Sudán.¹⁷ Dado el trauma en la vida de las mujeres desplazadas y su potencial exposición a la violencia sexual, es probable que muchas deseen posponer el embarazo. Sin embargo, la pobreza extrema y el aislamiento social de las mujeres desplazadas¹⁸ pueden limitar su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, y en particular los de anticoncepción.

Guía para el informe

Este informe tiene el propósito de difundir los hallazgos sobre la situación actual del aborto inducido en Colombia—tanto legal como ilegal—entre una audiencia amplia, para contribuir a la formulación de políticas públicas mejor sustentadas. El Capítulo 2 presenta estimaciones del número de abortos en Colombia en general, así como en cada una de las cinco grandes regiones del país—Atlántica, Bogotá, Central, Oriental y Pacífica (ver mapa). Los hallazgos resultan del uso de una metodología de estimación indirecta, que depende de una variedad de fuentes (ver recuadro). Este capítulo también examina las tendencias en la incidencia del aborto en las últimas dos

GRÁFICO 1.1

Colombia y sus regiones



décadas y describe el contexto general de servicios de aborto (legal e ilegal). El Capítulo 3 describe las consecuencias del aborto inseguro en la salud y presenta información nueva sobre la incidencia de las complicaciones postaborto tratadas en las IPS. El Capítulo 4 analiza una variedad de factores—sociales, económicos, de comportamiento y de servicios relacionados—que contribuyen al embarazo no planeado, el origen del aborto inducido. Finalmente, el Capítulo 5 ofrece recomendaciones derivadas de los datos actuales y análisis anteriores.



Incidencia y práctica del aborto inducido en la actualidad

Aunque durante las dos décadas anteriores la fecundidad disminuyó sustancialmente, se desconoce el papel específico que el aborto desempeñó en esa disminución. Hay una enorme especulación en torno al nivel actual del aborto en Colombia. Diversos artículos en medios impresos populares,^{12,19} e incluso en una prestigiosa revista médica,²⁰ sitúan el número anual de abortos entre 320,000 y 450,000; pero estas estimaciones no están sustentadas en investigaciones rigurosas.

Este informe hace disponibles nuevas estimaciones de aborto para 2008, las cuales resultan de la aplicación de una técnica de estimación indirecta, el Método de Estimación de Aborto por Complicaciones (AICM, por sus siglas en inglés; ver recuadro, páginas 12–13). Esta metodología combina datos de dos encuestas principales. La primera es la encuesta a las IPS sobre admisiones para tratamiento postaborto y prestación de servicios de aborto legal, aplicada a una muestra representativa de las IPS a nivel nacional. La segunda es una encuesta basada en una muestra intencional de profesionales médicos y no médicos, con amplios conocimientos acerca de las condiciones del aborto clandestino. La metodología arroja estimaciones del número total de abortos en Colombia—los procedimientos legales, así como los que no se apegan a la ley y son realizados en condiciones tanto seguras como inseguras. Esta misma metodología fue utilizada en 1989, lo que permite un análisis de los cambios a través del tiempo. Sin embargo, a diferencia del estudio anterior realizado cuando todos los abortos eran prohibidos por ley, en esta ocasión se tiene información sobre el número de las IVE en 2008 y el grado en el que las instituciones ofrecieron servicios legales ese año.

¿Cuál es la incidencia del aborto en Colombia?

Se estima que en 2008 ocurrieron unos 400,400 abortos inducidos en Colombia, lo cual se traduce en una tasa anual de 39 abortos por cada 1,000 mujeres en edades entre 15 y 44 años (Gráfico 2.1).²¹ Visto de otra forma, cada año, una de cada 26 colombianas tiene un aborto. Esta tasa de aborto está algo por encima del promedio para el conjunto de países de América del Sur, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó en 33 abortos por 1,000 mujeres para 2003.^{22,23} Según los pocos datos disponibles para otros países latinoamericanos con leyes similares, la tasa de aborto en Colombia es ligeramente más alta que la de México (33 por 1,000 mujeres en 2006),²⁴ mucho más alta que la de Guatemala (24 por 1,000 en 2003)²⁵ y mucho menor que la de Perú (54 por 1,000 en 2000).²⁶

Las diferencias en los niveles de aborto entre regiones probablemente sean un reflejo de variaciones regionales en la motivación de las mujeres para espaciar sus embarazos y tener familias pequeñas, así como en el acceso a los servicios que les facilitan el uso de anticonceptivos. La región de Bogotá tiene la tasa de aborto más alta; y la región Oriental tiene la más baja (66 vs. 18 abortos por 1,000 mujeres).²¹ Es probable que esta amplia discrepancia se deba al deseo de evitar el embarazo excepcionalmente fuerte entre las mujeres que viven en Bogotá. En comparación con el promedio nacional, las tasas también son altas en las regiones Pacífica y Atlántica (54 y 42 por 1,000 mujeres, respectivamente). (Las estimaciones para la región Pacífica deben interpretarse con cuidado, debido a que los cuatro departamentos que componen la región varían significativamente en términos de pobreza y vulnerabilidad de las mujeres al embarazo no planeado).

La tasa de aborto en Colombia aumentó aproximadamente un 8% en las últimas dos décadas. Ocurrían 36 abortos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva en 1989,* mientras que en 2008 fueron 39 por 1,000.²¹ Sin embargo, el número absoluto de abortos inducidos aumentó aproximadamente en dos quintas partes, de 288,400 abortos en 1989 a 400,400 en 2008. El aumento mayor en el número que en la tasa de abortos, refleja el sustancial crecimiento en la población de mujeres en edad reproductiva a lo largo del período.

Otra forma de evaluar la incidencia es relacionar el número de abortos con el número de nacidos vivos (la razón de aborto, o el número de abortos por 100 nacidos vivos). En 2008, hubo 52 abortos por cada 100 nacidos vivos a nivel nacional (Apéndice, Cuadro 1; página 33); esta razón señala un aumento de casi la mitad en relación con el nivel de 1989 de 35 abortos inducidos por 100 nacidos vivos.²¹ La razón de aborto creció con el tiempo debido a que el número de abortos se mantuvo relativamente constante a lo largo del período, mientras que el número de nacidos vivos descendió dramáticamente.

¿Cómo es la práctica actual del aborto clandestino en Colombia?

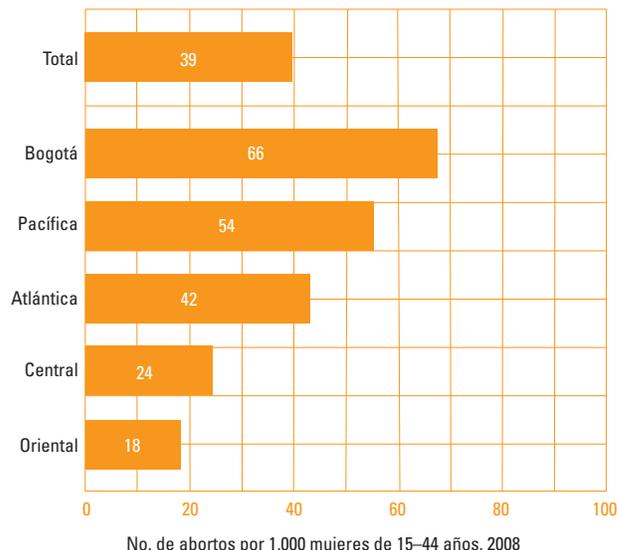
Según las percepciones de profesionales bien informados, la mitad de las mujeres que tienen un aborto en Colombia lo hacen por medio del misoprostol, el cual se obtiene de una variedad de fuentes, incluidos las farmacias y droguerías, el mercado negro, los profesionales de la salud y las parteras.²⁷ Se piensa que la otra mitad de mujeres no dependen del misoprostol y acuden a un médico, enfermera, farmacéutico o partera tradicional, o se auto-inducen el aborto por medios físicos o ingiriendo alguna sustancia diferente al misoprostol. Debe recordarse que estas estimaciones se basan en las respuestas dadas por los profesionales entrevistados con base en su opinión experta; no se cuenta con evidencia empírica representativa de las propias mujeres sobre el tema.

Abortos con misoprostol. El predominio del misoprostol como método de aborto no sorprende, dado que el medicamento es comparativamente económico, permite privacidad a las mujeres y se considera ampliamente disponible.^{8,11-13,28,29} Pese a que según la normatividad, el misoprostol debe venderse con receta médica, es fácil adquirirlo en el mercado negro y sin receta en droguerías. En junio de 2007, al reconocer el alto nivel de efectividad clínica y de seguridad de este medicamento, el organismo regulador de medicamentos del país, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), aprobó el uso del misoprostol como oxitócico (para producir con-

*La tasa publicada originalmente para 1989 se expresó en abortos por 1,000 mujeres en edades de 15-49 (referencia 55). Para hacer directamente comparables la tasa de 1989 y la tasa actual, recalculamos la tasa anterior con la misma base poblacional que la de 2008 (abortos por 1,000 mujeres en edades de 15-44).

GRÁFICO 2.1

Las tasas de aborto son más altas en Bogotá y la región Pacífica que en las otras regiones de Colombia.



Fuente Referencia 21.

tracciones uterinas) en los casos previstos por la Sentencia C-355 de 2006 para IVE.³⁰ Dos años más tarde, el instituto amplió los usos aprobados del misoprostol para incluir el tratamiento de los abortos incompletos.³¹

En las áreas urbanas, en donde residen tres cuartas partes de la población de Colombia, se tiene la percepción de que todos los tipos de proveedores de servicios de aborto, con excepción de las parteras tradicionales, ofrecen por lo general misoprostol más que cualquier otro método.²⁷ Por ejemplo, se considera que 85% de los abortos por medio de farmacias incluye el uso de misoprostol, al igual que 60% de los abortos auto-inducidos y 50% de los proporcionados por médicos. Es probable que el conocimiento del medicamento se haya difundido rápidamente boca a boca y a través de las redes informales de mujeres.

La zona de residencia de la mujer y su condición socioeconómica afecta el tipo de aborto que obtiene. Los abortos inducidos por misoprostol son los más comunes en la mayoría de los subgrupos de mujeres: se piensa que entre 40% y 59% de los abortos de las mujeres rurales no pobres y de las mujeres urbanas (pobres y no pobres), se los hacen por misoprostol obtenido de cualquier fuente o proveedor (Gráfico 2.2, página 14).²⁷ Una proporción menor (25%) de abortos en mujeres rurales pobres se realiza utilizando misoprostol, debido probablemente a que dichas mujeres están menos informadas sobre el medicamento y tienen menor capacidad de comprarlo o de obtenerlo en comparación con otras mujeres.

Metodología para estimar la incidencia del aborto

La aplicación en 2009 del Método de Estimación de Aborto por Complicaciones (AICM, por sus siglas en inglés) arroja datos para 2008 que son directamente comparables con los del AICM para Colombia en 1989, lo que permite el análisis de tendencias en el tiempo. La metodología proporciona estimaciones nacionales del número de abortos inducidos que ocurrieron en cada uno de esos años, el número anual de abortos por 1,000 mujeres (tasa de aborto) y el número de abortos por 100 nacidos vivos (razón de aborto). Solo para el año de 2008 están disponibles estas medidas para cada una de las cinco principales regiones del país. La metodología también genera estimaciones a nivel nacional de las complicaciones postaborto tratadas en instituciones de salud (número absoluto de mujeres que recibieron tratamiento y el número por 1,000 mujeres en edad reproductiva) para ambos años, 1989 y 2008.

Usando datos de aborto, de embarazos y de población, estimamos las tasas de embarazo no planeado y el resultado de los embarazos (i.e., la proporción que termina en nacimientos planeados, nacimientos no planeados, abortos inducidos y abortos espontáneos). Al aplicar esta metodología, fueron necesarios dos datos esenciales: el número de mujeres tratadas en las IPS por complicaciones derivadas del aborto a lo largo de un año, así como la proporción que representa este número entre todas las mujeres que tuvieron un aborto inducido. La primera medida se obtuvo de la encuesta a IPS.

Se preguntó a las personas entrevistadas sobre las características de su institución y los servicios prestados en ella, incluidos la atención postaborto, los procedimientos usados para tratar las complicaciones postaborto y si la institución llevaba estadísticas sobre tales procedimientos de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10). En la medida de lo posible, obtuvimos estos datos para los tres años previos. Para tomar en cuenta la probabilidad de que el número de casos postaborto fluctúe a lo largo del año, usamos la encuesta a IPS para obtener información sobre dos períodos de referencia: el mes pasado y un mes típico. Al promediar estos datos y multiplicarlos por 12, llegamos a una estimación del número total de pacientes postaborto a lo largo de todo un año.

Adicionalmente, se preguntó a las personas entrevistadas si la institución prestaba servicios de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). En caso afirmativo, se preguntó al informante clave el número de las IVE realizadas en el último año y el tipo de procedimiento utilizado. Se preguntó a las instituciones que no prestaban servicios de IVE las razones para no hacerlo.

Usando datos de la encuesta a IPS, estimamos el número de mujeres tratadas por complicaciones postaborto (ya fuera por aborto espontáneo o por aborto inducido) en dos etapas: primero, usamos datos de estudios clínicos para estimar el número de mujeres embarazadas que habrían tenido un aborto espontáneo tardío (a las 13–21 semanas de gestación), porque es probable que solamente las mujeres con abortos espontáneos tardíos necesitaran atención; los abortos espontáneos tardíos equivalen al 3.41% de todos los nacidos vivos por año¹). Segundo, debido a que no todas las mujeres que acuden a las instituciones para tratamiento de aborto espontáneo tardío lo obtienen, asumimos que la proporción que recibe dicha atención en una institución formal es la misma que la proporción de los partos en una IPS. Entonces, restamos del total a aquellas

mujeres tratadas por complicaciones debidas a abortos espontáneos tardíos para llegar al número de mujeres que reciben tratamiento por complicaciones de aborto inducido. Del total de 115,000 mujeres que recibieron tratamiento postaborto en 2008, se estima que 22,000 fueron tratadas por abortos espontáneos y 93,000 por complicaciones de un aborto inducido.

La segunda medida—la proporción de mujeres que han tenido un aborto inducido y que necesitaran tratamiento por complicaciones en una IPS—proviene de la encuesta a expertos en el tema. Usamos esta información para calcular un multiplicador, o factor de ajuste, para tomar en cuenta a las mujeres que tienen un aborto inducido y que no reciben tratamiento médico, ya sea porque no desarrollan complicaciones, o porque no reciben la atención que necesitan. Entonces estimamos el número total de abortos inducidos como el producto del número de mujeres tratadas por complicaciones de aborto inducido y el multiplicador.

La estimación del multiplicador se basa en dos importantes factores—si una mujer es pobre o no pobre,* y si vive en un área urbana o rural. Además, para las estimaciones de 2008, se calcularon multiplicadores para cada región del país, menos la Oriental. Con base en las respuestas de la encuesta a expertos, estimamos que de todas las mujeres que tienen un aborto inducido, es probable que cerca del 23% reciban atención por complicaciones en una IPS. El multiplicador promedio a nivel nacional es el inverso de esa proporción, $100/23.33=4.29$. Esto significa que aproximadamente una de cada cuatro mujeres que tienen un aborto inducido en Colombia es tratada por complicaciones en una IPS.

El instrumento de la encuesta usado para recolectar datos de 2008 es muy parecido al usado en el primer estudio en Colombia y en estudios realizados por el Guttmacher Institute en otros países.² La aplicación actual de la encuesta requirió, sin embargo, dos modificaciones fundamentales: en primer lugar, el cuestionario más reciente aplicado en Colombia incluye preguntas sobre misoprostol y su costo. De esta forma, la distribución del total de mujeres que habían tenido un aborto se usó para calcular el multiplicador según si el aborto fue inducido usando misoprostol (obtenido de cualquier fuente); o si fue inducido por otros métodos y practicado por algún proveedor de servicios o inducido por la propia mujer. El multiplicador también depende de las probabilidades de que cada tipo de aborto conduzca a complicaciones y que las mujeres reciban tratamiento por sus complicaciones. La segunda modificación fue incluir en el cuestionario preguntas referentes a la sentencia de la Corte Constitucional de 2006 y su implementación.

LIMITACIONES

El enfoque analítico y los datos tienen algunas limitaciones: los datos claves—sobre las condiciones de aborto clandestino en el país, las proporciones de mujeres que necesitan atención postaborto y la probabilidad de que éstas reciban la atención—están basados en las percepciones de profesionales en el campo y no en hechos empíricos. Además, los dos enfoques para recolectar datos de morbilidad, el de 1989 y el de 2008, tienen problemas. Para 1989, el conteo total de complicaciones de abortos inducidos provino de las estadísticas oficiales sobre egresos hospitalarios anuales de todos los hospitales del sector público. Ajustamos el



conteo total oficial en 20% para tomar en cuenta la omisión de las instituciones privadas. Las estadísticas de hospitales oficiales en 1989 pueden también adolecer de subregistro o errores en la codificación.

Debido a que el registro oficial de egresos hospitalarios ha sido cada vez menos completo a través del tiempo, para 2008 usamos datos de la encuesta a IPS en lugar de las estadísticas oficiales. Sin embargo, como mencionamos anteriormente, las respuestas de la encuesta tienen un margen de error, porque dependen de estimaciones hechas por informantes claves y porque se basan en una muestra de instituciones. Además, los datos oficiales de las IPS pueden adolecer de una incorrecta clasificación de diagnósticos y ser incompletos.

Adicionalmente, en cada una de las IPS encuestadas se solicitó una copia de las estadísticas de la institución de los tres últimos años disponibles, o del año más reciente, de tal forma que pudiéramos evaluar la disponibilidad de datos y realizar una verificación de calidad de los datos obtenidos en la encuesta y los reportados en los registros oficiales. Solamente el 46% de las IPS encuestadas pudieron proporcionar tales datos. Entre las que lo hicieron, el número de pacientes postaborto reportados en los registros oficiales para 2008 es bastante cercano al valor obtenido en la encuesta a IPS para esas mismas instituciones (tan solo 20% más bajo). Esta diferencia se puede deber a que los períodos anuales cubiertos por los datos oficiales de la institución y los datos solicitados en la encuesta son algo diferentes: los registros de las instituciones corresponden al año calendario 2008. Por el contrario, las entrevistas a IPS, que fueron realizadas en marzo y abril de 2009, solicitaron datos sobre admisiones en el mes anterior y en un mes típico (los cuales fueron posteriormente promediados y multiplicados por 12 para proporcionar una mejor estimación para 2008).

*Las ponderaciones para la distribución regional de los cuatro subgrupos de mujeres—pobres y no pobres, urbanas y rurales—se basaron en datos de la ENDS de 2010. Son equivalentes a la proporción de mujeres de 15–49 años que viven en áreas rurales y urbanas y son pobres y no pobres. Se utilizó la variable educación como una variable indicadora (proxy) de pobreza debido a que los datos sobre ingresos no son confiables y son inadecuados para medir las diferencias relativas de pobreza entre las regiones. Se consideró como pobres a las mujeres que habían alcanzado siete años o menos de escolaridad y como no pobres, a las mujeres que tenían ocho o más años de escolaridad.

Un examen de las variaciones en el uso de misoprostol por región* presenta un panorama ligeramente diferente. Se considera que los abortos con misoprostol obtenidos de cualquier fuente o proveedor representan el 56–61% de los abortos en todas las regiones excepto la Atlántica, en donde alcanzan el 31% del total (no se muestra).²⁷ ¿Qué podría explicar la excepción en la región Atlántica? Fuera de Bogotá (donde el 81% de las mujeres califican como urbanas no pobres y quienes tienen mayores probabilidades de usar misoprostol), en las otras cuatro regiones la proporción de mujeres urbanas pobres es casi la misma (54–56%). El menor uso de misoprostol en la región Atlántica comparado con regiones de características socio-económicas similares, sugiere que allí las mujeres tienen menor acceso al medicamento o están menos informadas sobre el tema, pero se necesita mayor investigación para verificar esa hipótesis.

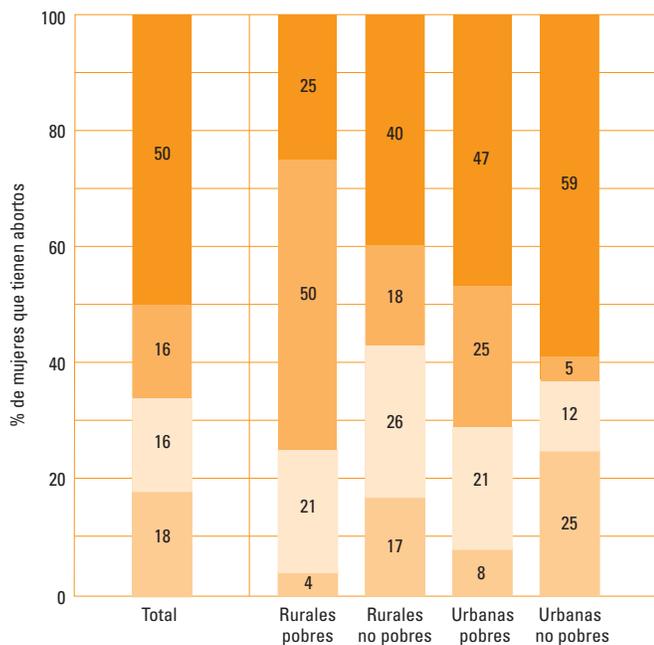
Todos los otros abortos. Las personas entrevistadas en la encuesta a profesionales consideraron que además de los abortos inducidos por misoprostol, el resto de los abortos son provistos aproximadamente en proporciones iguales por tres niveles de proveedores de servicios: los abortos más riesgosos representan el 16% del total realizado (9% por parteras tradicionales no capacitadas y 7% inducidos por la propia mujer sin ayuda externa; no se muestra).²⁷ Otro 16% del total, son los abortos relativamente seguros no relacionados con misoprostol y provistos por profesionales de la salud de nivel medio (farmacéuticos y personal de enfermería). Y los abortos más seguros excluyendo misoprostol son probablemente los provistos por médicos (abortos quirúrgicos), los cuales constituyen el 18% del total. (Ver notas del Gráfico 2.2 con ejemplos de los métodos que se cree son utilizados por cada tipo de proveedor de servicios). Como era de esperarse, los abortos muy seguros (los no inducidos por misoprostol y provistos por un médico) son más comunes en las mujeres urbanas y no pobres (25% de todos sus abortos); y menos común en los otros tres subgrupos de mujeres (4–17%).

La probabilidad de que las mujeres sufran complicaciones derivadas de un aborto no inducido por misoprostol está inversamente relacionada con el nivel de capacitación del proveedor de servicios. Se estima que el 50% de las muje-

*Mientras que la encuesta a IPS se realizó en las cinco principales regiones del país, la encuesta a profesionales solamente pudo realizarse en cuatro. La región Oriental se omitió debido a las dificultades de obtener un tamaño de muestra suficiente de expertos; por lo tanto, la metodología usa los datos de la encuesta de una región similar, la Central, para representar las medidas relevantes para la región Oriental. Cuando el informe describe los tipos de abortos y sus consecuencias, presenta los datos solamente de las cuatro regiones encuestadas.

GRÁFICO 2.2

Abortos por uso del misoprostol, cualquiera que sea la fuente o proveedor, son los más comunes entre la mayoría de subgrupos de mujeres.



Abortos por misoprostol

■ Todos los proveedores/fuentes

Otros abortos, según proveedor

■ Partera/misma mujer

■ Enfermera/farmacéutico

■ Médico

Nota Los siguientes son ejemplos de métodos diferentes al misoprostol mencionados por los profesionales entrevistados, por tipo de proveedor: **médico**—métodos quirúrgicos (D&C, aspiración manual y eléctrica); **enfermera**—inyectables de oxitocina, sondas, duchas de agua salina; **farmacéutico**—inyectables hormonales, uso incorrecto de la anticoncepción de emergencia, altas dosis de anticonceptivos orales, oxytocin; **partera**—inserción de objetos punzantes, infusiones o pastas de hierbas, inserción vaginal de hierbas, masajes; **misma mujer**—golpes en el abdomen, inserción vaginal de objetos punzantes, pastas de hierbas, caídas intencionales, altas dosis de anticonceptivos.

Fuente Referencia 27.

res pobres rurales acuden a la partera tradicional para un aborto no inducido por misoprostol o se practican un aborto por un método diferente a éste, en comparación con solo el 5–25% de otras mujeres.²⁷ De esta forma, este subgrupo de mujeres que de antemano está en desventaja, también está expuesto en mayor proporción al riesgo de complicaciones serias resultantes de intentos de interrupción del embarazo en condiciones riesgosas.

Se considera que las mujeres en la región Atlántica son las que tienen mayor probabilidad de acudir a un médico para un aborto inducido por medios distintos al miso-

prostol (28% vs. 12–22% de las mujeres en las otras regiones, no se muestra).²⁷ La región Pacífica es la única en la que hay una proporción considerable de mujeres que busca la ayuda de una partera tradicional por un método diferente al misoprostol (12%). En general, los abortos auto-inducidos no relacionados con misoprostol son relativamente poco comunes. En particular, son infrecuentes en mujeres de Bogotá, en comparación con las mujeres de las otras tres regiones para las que se dispone de datos (4% vs. 5–10%).

Muchas mujeres en el país no pueden cubrir el costo de un aborto seguro

La percepción de que el uso generalizado del misoprostol obedece a su costo relativamente bajo¹¹ fue confirmada por los profesionales claves entrevistados. Las personas encuestadas estimaron que para mediados de 2009, una dosis de misoprostol suficiente para inducir un aborto (cuatro tabletas de 200 mcg) costaría tan solo unos 36,000 pesos colombianos (US\$17*) si fuera provista por una partera tradicional y máximo unos 86,000 pesos (US\$39) si fuera provista por un médico.²⁷ Los precios que cobran las droguerías, enfermeras y vendedores en el mercado negro están entre esos dos extremos (57,000–63,000 pesos, o US\$26–29). Es probable que desde el año 2000, las ventas del medicamento en el mercado negro hayan ido aumentando¹¹ y, por consiguiente, las ventas en el sector formal hayan disminuido. (Las ventas de misoprostol se desplomaron desde 2006 a 2010³²).

Para todos los abortos del primer trimestre practicados fuera de la ley (incluidos los inducidos por misoprostol), se estima que las mujeres pagan a los médicos en promedio unos 393,000 pesos (US\$179), muy probablemente por procedimientos quirúrgicos realizados en clínicas o consultorios.²⁷ En términos de costo, le siguen en su orden los abortos proporcionados por personal de enfermería (en promedio, 164,000 pesos, o US\$75), y los abortos que ofrecen los farmacéuticos o parteras tradicionales (aproximadamente 90,000 pesos, o US\$40 cada uno). En Colombia, como en el resto del mundo, para las mujeres que cuentan con medios económicos es más fácil minimizar los riesgos para su salud mediante el pago de precios altos para obtener un aborto seguro.

Es importante poner los anteriores precios en perspectiva. En las áreas rurales, el costo de terminar un embarazo no deseado está lejos de ser bajo, aun cuando sea realizado por un proveedor no capacitado. Por ejemplo, una mujer pobre del área rural probablemente pagaría en promedio 68,000 pesos (US\$31) a una partera tradicional por un aborto (incluyendo en este promedio, abortos atendidos

*Calculado con la tasa de cambio a mayo de 2009, de 2,200 pesos colombianos por un dólar de EE.UU. (Fuente: Banco de la República, Tasa de Cambio Representativa del Mercado, Tabla de datos de la gráfica: serie del año previo y del año actual, sin fecha, <http://www.banrep.gov.co/series-estadisticas/see_ts_cam.htm#trm>, consultado 10 de junio, 2010).



con todas las diferentes técnicas).²⁷ Considerando que el salario mínimo legal mensual en 2009 era de 496,900 pesos (cerca de US\$225),³³ esta carga financiera—además de la posible estigmatización y complicaciones para la salud—es en realidad muy pesada.

¿Qué sucede con las IVE?

Una diferencia crucial entre los estudios de 1989 y 2008 fue la inclusión en el segundo estudio de preguntas relativas al aborto legal. La histórica sentencia de la Corte Constitucional de mayo de 2006 estuvo acompañada por el Decreto 4444, emitido por el Ministerio de la Protección Social (MPS, antes el Ministerio de Salud), el cual estableció el marco regulatorio para su cumplimiento.³⁴ El MPS también publicó directrices para los servicios de IVE de alta calidad (Resolución 4905 de 2006³⁵); estas fueron adaptadas de *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, publicada en 2003 por la OMS.³⁶ Como podría esperarse, la despenalización parcial del aborto enfrentó una vigorosa oposición, y muchas personas en los campos médico, religioso y político organizaron esfuerzos para retrasar o entorpecer su implementación.

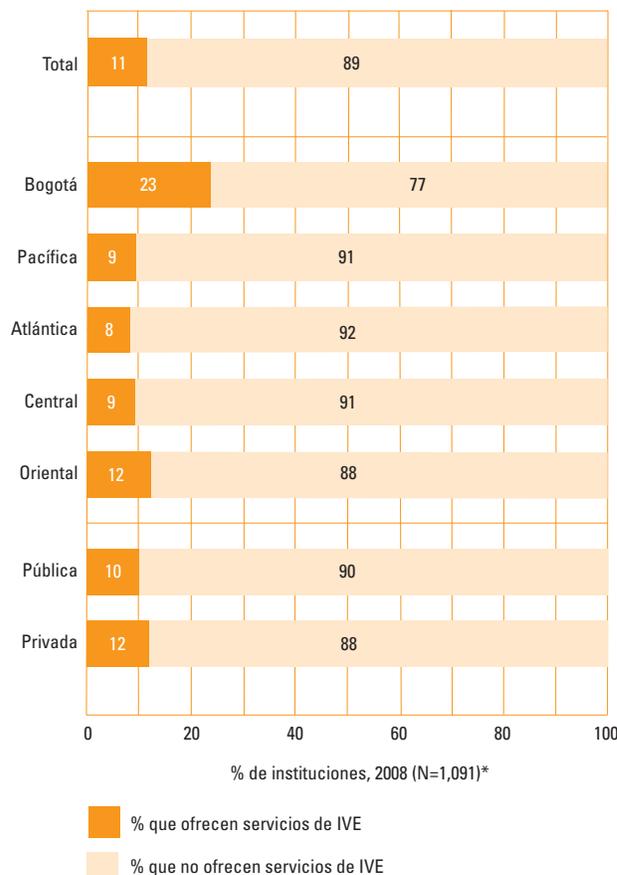
Un ejemplo de lo anterior es la decisión del Consejo de Estado (uno de los cuatro órganos de la rama judicial) en octubre de 2009 de suspender temporalmente el Decreto 4444.³⁷ La suspensión se fundamenta en el cuestionamiento que hace el Consejo de Estado respecto a la competencia del gobierno nacional, a través del MPS, de regular una sentencia de la Corte Constitucional. A junio de 2011, cuando este informe fue redactado, el decreto continuaba suspendido. Sin embargo, el marco legal general que garantiza el derecho constitucional de las mujeres para interrumpir un embarazo en los tres criterios especificados sigue vigente. En consecuencia, siguen también vigentes las obligaciones y responsabilidades de los proveedores de servicios.

La encuesta a IPS encontró que solamente 322 IVE fueron realizadas en Colombia en 2008.³⁸ En conjunto, Bogotá y la región Pacífica representaron más de cuatro quintas partes de esos abortos legales y muy pequeñas proporciones ocurrieron en cada una de las tres regiones restantes. Las personas entrevistadas en la encuesta a IPS reportaron que dos quintas partes de las IVE se realizaron mediante solo el método quirúrgico de dilatación y curetaje (D&C), técnica que los lineamientos de atención recomiendan en el caso de no estar disponible la aspiración manual endouterina (AMEU) ni el misoprostol.³⁹ (Aunque

*Las cifras de IVE reportadas al MPS para 2008 y 2009 son 230 y 331 procedimientos, respectivamente. (Fuente: Información reportada por Empresas Promotoras de Salud y DTS a la Dirección General de Salud Pública, 2006 a 2010). De las 657 IVE oficiales para el período de tres años 2008–2010 con datos disponibles sobre causales, 57% se debieron a malformaciones, 27% a violación o incesto y 16% para preservar la vida o la salud de la mujer. En 2008, el año de nuestro estudio, el 28% de todas las IVE con datos sobre la edad de la mujer fueron realizadas en jóvenes de 19 años o menos.

GRÁFICO 2.3

Los servicios de IVE son escasos en todo el país.



* Las instituciones fueron incluidas si tenían la probabilidad de proveer atención postaborto y servicios de IVE.

Nota El número de casos es ponderado.
Fuente Referencia 38.

las normas específicamente recomiendan el uso de mifepristona junto con el misoprostol para las IVE, la mifepristona todavía no ha sido aprobada por el INVIMA). Según la encuesta a IPS, la técnica de la AMEU se usó en solo una quinta parte de las IVE. (La AMEU es una técnica quirúrgica menos invasiva y menos compleja que la D&C, y además no requiere de anestesia general). El resto de los procedimientos se practicaron utilizando solo misoprostol o combinado con D&C.

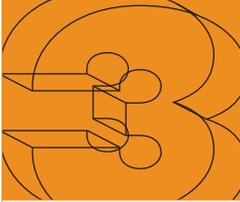
En un país con más de 10 millones de mujeres en edad reproductiva, el escaso número de procedimientos legales confirma que las mujeres que cumplen con los criterios legales enfrentan serios obstáculos para obtener una IVE.

Hay múltiples razones que explican esta situación. Para empezar, es poco probable que muchas mujeres elegibles hubieran tenido conocimiento de los criterios en 2008, apenas dos años después de la Sentencia C-355 de 2006. Pero lo que es más importante, solamente el 11% del total de las IPS con la capacidad de ofrecer servicios de IVE, los ofrecieron en 2008 (Gráfico 2.3, página 15).³⁸ La proporción de instituciones que ofrecieron este servicio fue 2–3 veces mayor en Bogotá que en las otras cuatro regiones (23% vs. 8–12%). Es importante señalar que hubo poca diferencia en la proporción de las IVE realizadas en el sector público y el privado (10% y 12%, respectivamente).

¿Por qué tan pocas instituciones ofrecieron servicios de IVE después de dos años de la sentencia de la Corte Constitucional? Algunas de las razones más comunes citadas por las personas de IPS entrevistadas fueron la falta de equipos e infraestructura (55%), la falta de demanda de IVE (29%) y la falta de personal capacitado (13%; no se muestra).³⁸ Además, 14% de las IPS señaló la objeción de conciencia por parte del personal, aunque la objeción de conciencia institucional está estrictamente prohibida por la misma sentencia.

Los onerosos obstáculos burocráticos y afirmaciones inadmisibles de objeción de conciencia a nivel institucional han contribuido a que las IVE solicitadas hayan sido demoradas o negadas. Los obstáculos para obtener una IVE en las etapas tempranas del embarazo pueden incrementar los riesgos médicos inherentes, e inevitablemente conducir a barreras aún más grandes, ya que muy pocos médicos están capacitados en técnicas de aborto tardío. Una revisión de los casos reportados indica que los servicios de IVE fueron negados a algunas mujeres por más de una institución. En un caso ampliamente divulgado en 2007, al menos seis IPS negaron de manera sucesiva el aborto a una joven de 13 años víctima de violación, siendo forzada a llevar a término su embarazo.⁴⁰ Dichos hechos contradicen directamente el requisito del MPS de que los médicos que aducen la objeción de conciencia deben referir a las mujeres a proveedores que sí aceptan realizar una IVE.

La existencia de normas técnicas bien detalladas sobre la prestación de servicios de IVE significa que las pocas mujeres que logran obtenerla probablemente se someten a procedimientos seguros y sin complicaciones. Este no es el caso para muchas mujeres que no pueden obtener una IVE, ya sea porque no cumplen con los criterios o porque enfrentan las barreras descritas arriba. Como lo muestra el siguiente capítulo, los abortos clandestinos realizados por proveedores no capacitados, o los inducidos a través del uso incorrecto del misoprostol, pueden conducir a consecuencias para la salud que producen daño a las mujeres y a sus familias, además de imponer una carga innecesaria en el sistema de salud.



Complicaciones del aborto y atención postaborto

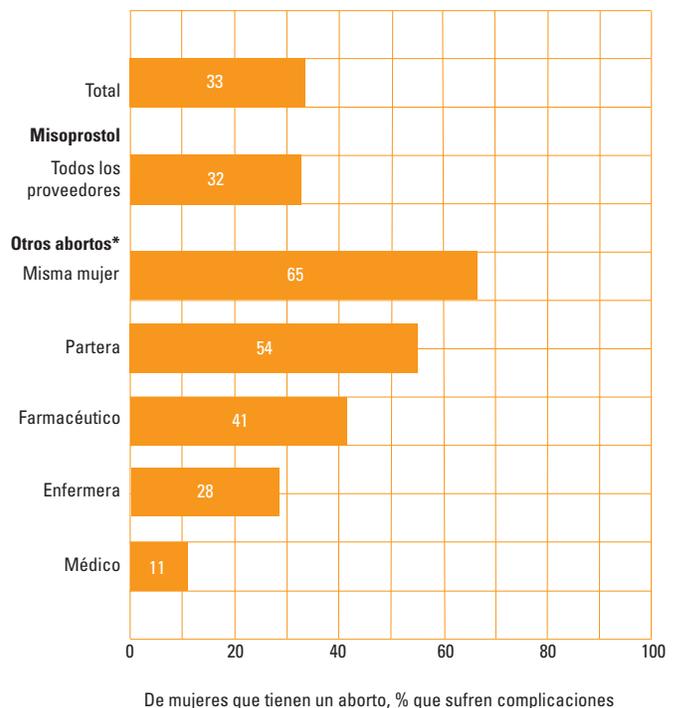
Cuando el aborto es realizado por profesionales capacitados y bajo condiciones higiénicas, menos del 0.3% de los procedimientos conducen a complicaciones que requieren atención en alguna institución de salud.⁴¹ En Colombia, donde los abortos legales son pocos, la situación es diferente. Sin embargo, las muertes maternas relacionadas con el aborto han disminuido de manera importante en el país. En años recientes, la proporción de muertes maternas causadas por abortos se redujo aproximadamente a la mitad, de 16% en 1994⁴² a 9% en 2007.⁴³ Tomando como base la estimación de la OMS de unas 780 muertes maternas ocurridas en Colombia en 2008,⁴⁴ se concluye que aproximadamente 70 mujeres mueren cada año debido a abortos inseguros, siendo ésta quizá la causa más evitable de mortalidad materna. Desde luego, estas cifras son aproximaciones gruesas, debido a que la mortalidad materna es muy difícil de estimar. El MPS estimó que para 2008, la razón de mortalidad materna era de 75 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos⁴⁵ y la OMS la estimó para el mismo año en 85 por 100,000.⁴⁶

El aborto inseguro continúa siendo una amenaza para la salud de las colombianas

Aunque las muertes maternas relacionadas con el aborto han disminuido (probablemente debido entre otras cosas, a un mayor uso del misoprostol⁴⁷), los procedimientos inseguros con frecuencia resultan en complicaciones, algunas de las cuales con consecuencias a largo plazo. En general, se estima que cada año, un total estimado de 132,000 mujeres sufren complicaciones debido al aborto inducido practicado en condiciones clandestinas, las cuales pueden ser riesgosas. Es decir, los expertos conocedores de la situación actual del aborto estimaron que una

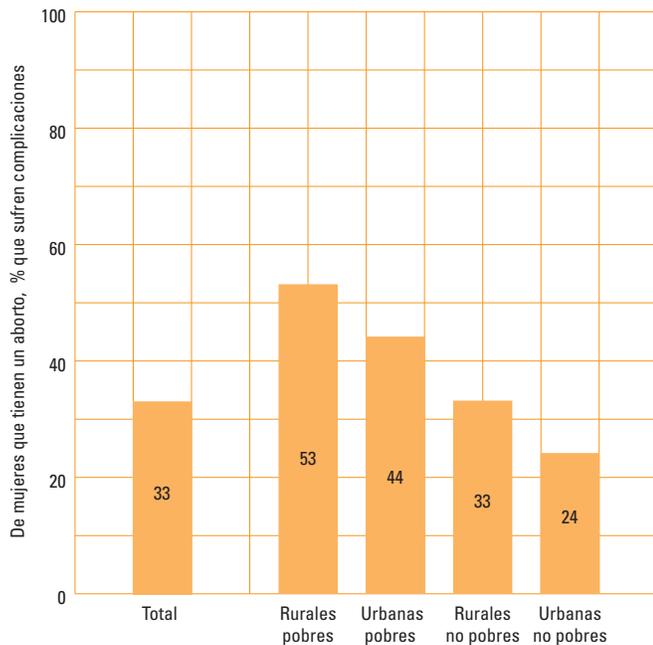
GRÁFICO 3.1

Las mujeres que tienen abortos de proveedores no calificados y no debidos al uso del misoprostol, tienen un mayor riesgo de complicaciones.



* No debidos al uso del misoprostol.

Fuente Referencia 27.

GRÁFICO 3.2**Proporciones más altas de mujeres pobres sufren complicaciones de aborto en comparación con las no pobres.**

Fuente Referencia 27.

tercera parte de todas las mujeres que tienen un aborto inducido en Colombia sufren complicaciones que requieren tratamiento (Gráfico 3.1, página 17).^{*27} Esta tasa general de complicaciones representa un aumento con respecto al 29% estimado para 1989, muy probablemente debido a que proporcionalmente menos abortos quirúrgicos provistos por personal médico fueron realizados en 2008.⁴⁸ Es decir, muchos de los abortos relativamente seguros antes realizados por médicos, ahora son inducidos mediante el uso de misoprostol de una variedad de proveedores de servicios y fuentes. Con frecuencia, las mujeres usan el medicamento de manera incorrecta, lo que conduce a su alta tasa de complicaciones en el país (32%). (No podemos cuantificar la disminución global en el total de abortos provistos por médicos, debido a que no sabemos cuántos de los abortos inducidos por misoprostol fueron provistos por ellos en 2008).

A pesar de que han sido suficientemente documentadas la efectividad y seguridad del misoprostol cuando se usa correctamente y en las semanas de gestación recomendadas,^{9,10} la tasa de complicaciones en Colombia es superior

*En este estudio, entendemos por complicaciones de aborto aquellas que requerirían atención médica en una IPS. Estas complicaciones incluyen tanto los casos extremos (septicemia o perforación uterina) como los abortos incompletos, las cuales se identifican por sangrado severo, y que podrían representar un menor riesgo para la salud de las mujeres.

a lo que debería ser. Las razones que pueden explicar lo anterior incluyen dosis y forma de administración inefectivas; uso posterior a la novena semana de embarazo, período en el que el método tiene más probabilidades de provocar complicaciones; información errónea y un conocimiento inadecuado, tanto en pacientes como en proveedores acerca de las situaciones en las que se requiere atención médica después de usar misoprostol (incluyendo la instrucción, frecuentemente dada por los proveedores del medicamento, de acudir a una institución de salud tan pronto se inicia el sangrado).⁴⁹

La tasa más alta de complicaciones entre las mujeres cuyos abortos implican métodos diferentes al misoprostol, se da entre aquellas que se lo provocan (65%), bien sea por ingerir o insertarse sustancias dañinas o por auto-infligirse golpes.²⁷ Se estima que la menor tasa de complicaciones (11%) ocurre entre aquellas mujeres que tienen abortos quirúrgicos realizados por médicos. Las mujeres cuyos abortos son realizados por parteras tradicionales (usando métodos distintos al misoprostol) son menos afortunadas, ya que se estima que un 54% de ellas desarrollan complicaciones que requieren atención médica.

Se considera que las mujeres pobres, especialmente aquellas que viven en áreas rurales y que no pueden pagar un procedimiento seguro de alta calidad, tienen mayor probabilidad de desarrollar complicaciones que las mujeres no pobres.¹⁵ Las mujeres pobres también tienden a aplazar su aborto por muchas razones, y los abortos pueden ser más riesgosos mientras más se retrasan, especialmente cuando los proveedores no tienen la capacitación o experiencia adecuadas. La proporción de mujeres que sufre complicaciones depende de su lugar de residencia y de su condición socioeconómica; y los expertos opinan que esta proporción varía entre 24% en mujeres urbanas no pobres y 53% en mujeres rurales pobres (Gráfico 3.2).²⁷

La proporción de mujeres que sufren complicaciones es mayor en la región Pacífica (40%) y menor en Bogotá (25%), mientras que las regiones Central y Atlántica tienen tasas muy cercanas al promedio nacional (31-32%; no se muestra).²⁷

¿Quiénes son las mujeres con mayor probabilidad de recibir tratamiento?

No todas las mujeres que sufren complicaciones post-aborto reciben la atención médica que necesitan. Para mencionar algunos pocos ejemplos de todo el mundo, las mujeres pueden auto-medicarse con el fin de mantener su aborto en secreto; otras pueden no buscar los servicios necesarios debido a que prefieren acudir a un curandero tradicional, porque viven demasiado lejos de los servicios formales de salud, porque su pareja les impide buscar atención médica, o por temor a ser maltratadas o reportadas a las autoridades por el personal de salud^{15,50,51} En Colombia, se estima que 21% de las mujeres con complicaciones postaborto no reciben el tratamiento que necesitan (Gráfico 3.3).²⁷ Ocurre en mayor proporción en las

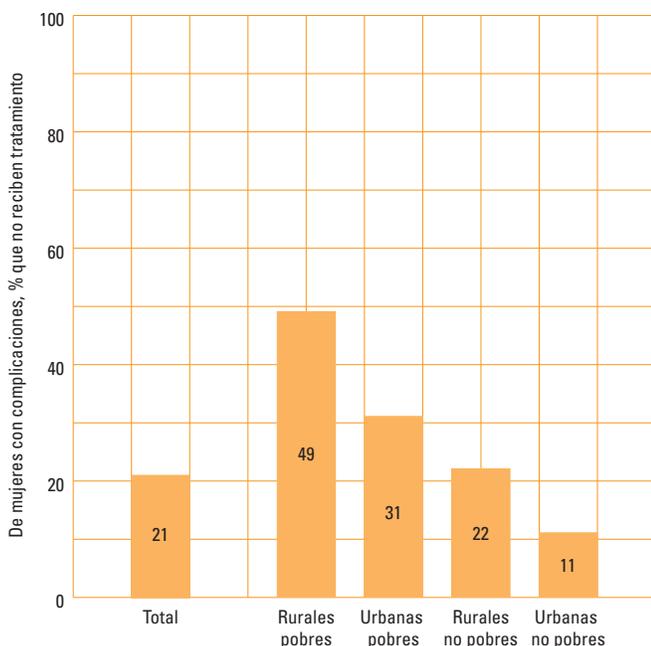


mujeres rurales pobres comparadas con todas las demás mujeres (49% vs. 11–31%). Este preocupante patrón persiste en las mujeres de todas las regiones del país, situación que destaca la persistente falta de equidad en las áreas rurales.

¿Qué sucede con las mujeres que sí reciben atención? En 2008, aproximadamente 93,000 mujeres recibieron tratamiento por complicaciones derivadas de abortos inducidos, lo que se traduce en una tasa de nueve mujeres tratadas por 1,000 (Cuadro 3.1).³⁸ Esta cifra representa un aumento de cerca de 26% con respecto a la tasa de 1989 (siete por 1,000). Paradójicamente, es probable que este aumento sea el resultado de una combinación de acontecimientos positivos: primero, las mejoras en las últimas dos décadas de la infraestructura del sistema nacional de salud y del sistema de seguridad social,^{45,52} probablemente han aumentado el acceso a la atención médica, permitiendo que más mujeres acudan en busca de atención postaborto. Además, la introducción y extensa distribución del misoprostol probablemente han contribuido a un aumento en el número de mujeres que estarían buscando atención en las instituciones—tanto por un uso incorrecto^{24,53} como por falta de familiaridad con el funcionamiento del método que induce a muchas mujeres a buscar atención tan pronto se inicia el mecanismo de acción normal (sangrado abundante) del medicamento.

GRÁFICO 3.3

Proporciones especialmente altas de mujeres pobres con complicaciones de aborto no reciben atención médica requerida.



Fuente Referencia 27.

CUADRO 3.1

Número de mujeres tratadas en instituciones de salud por complicaciones de aborto inducido y tasa de tratamiento postaborto, por región, 2008

| Región | No. de mujeres tratadas | Tasa de tratamiento postaborto* |
|--------------|-------------------------|---------------------------------|
| Total | 93,336 | 9 |
| Bogotá | 23,928 | 13 |
| Pacífica | 28,129 | 16 |
| Atlántica | 20,838 | 10 |
| Central | 13,533 | 5 |
| Oriental | 6,908 | 4 |

*No. anual de mujeres tratadas por complicaciones de aborto inducido, por 1,000 mujeres de 15–44 años.

Fuente Referencia 38.

La tasa de tratamiento postaborto en instituciones en 2008 varió desde cuatro casos por 1,000 mujeres en edad reproductiva en la región Oriental, a 16 por 1,000 en la Pacífica.³⁸ Las diferencias regionales dificultan la interpretación de las variaciones en las tasas de tratamiento en Colombia. Por ejemplo, la región Pacífica, que comprende tres de los cuatro departamentos más pobres del país,⁵⁴ tiene menor número de IPS que Bogotá y tiene una tasa de aborto algo más baja que Bogotá (54 abortos por 1,000 mujeres vs. 66).³⁸ No obstante, la Pacífica tiene una tasa de tratamiento de complicaciones ligeramente más alta que Bogotá (15 casos tratados por 1,000 vs. 13 por 1,000). Esta alta tasa de tratamiento en la región Pacífica es un reflejo más de las condiciones más riesgosas en las que suceden los abortos, que de un mayor uso de las IPS. En efecto, los profesionales encuestados estimaron que es probable que los abortos en la región Pacífica se compliquen mucho más que los ocurridos en Bogotá (40% vs. 25%).

Características de la atención postaborto

Cuando ocurren las complicaciones, las mujeres necesitan buscar tratamiento sin demora. Sin embargo, de las 1,100 IPS en Colombia que podrían potencialmente proporcionar atención postaborto, seis de cada 10 no lo hicieron en 2008. La proporción más baja de IPS que ofrecieron algún tipo de atención postaborto con respecto a las potenciales, ocurrió en la región Central (14%) y la más alta en la Atlántica (65%). Las instituciones públicas y privadas tuvieron la misma probabilidad de proporcionar este servicio esencial. Entre las instituciones que proporcionan servicios postaborto, el número anual promedio de casos en 2008 fue de 222 mujeres, sin diferencia entre las

instituciones del sector público y privado. Las instituciones en las regiones Bogotá y Central tuvieron un número de casos mucho mayor que el promedio nacional. Las instituciones de salud más grandes de tercer nivel también tuvieron un número de casos mayor que el promedio (405 pacientes), en parte debido a que recibieron pacientes referidas de instituciones pequeñas y muchas veces distantes que carecen de la infraestructura necesaria.

A nivel nacional, cuando se preguntó a los informantes cuál de los dos principales métodos usaban para tratar las complicaciones de aborto, la gran mayoría (93%) informó que el más comúnmente usado fue D&C; y el 7% restante usó más comúnmente la AMEU.³⁸ El procedimiento de D&C es más invasivo, toma más tiempo y consume más recursos que la AMEU. Además, la OMS³⁶—cuya guía forma la base para las normas del MPS para el aborto legal³⁹—recomienda que cuando no hay síntomas serios como septicemia o trauma, la AMEU debe usarse para el tratamiento de abortos incompletos que tienen lugar en una etapa relativamente temprana del embarazo (a las 16 semanas de gestación o antes), que es cuando probablemente la mayoría de los abortos ocurre en Colombia.⁵⁵ La preferencia documentada por la D&C entre los médicos colombianos que data de mediados de los años setenta,⁵⁶ combinada con una extendida falta de capacitación y equipamiento adecuados para la AMEU, probablemente contribuye a la alta prevalencia de la D&C. En efecto, a fines de 2007, solamente el 11% de las instituciones tenían equipo para AMEU.⁵⁷ El exceso de dependencia de la D&C se encontró en las instituciones tanto públicas como privadas, en hospitales y clínicas y en la mayoría de las regiones. Solamente en la región Pacífica una considerable minoría de instituciones (23%) informó que ofrecen más comúnmente AMEU para atención postaborto.³⁸

Sin duda, las complicaciones son menos severas en la actualidad que lo que eran a fines de los años ochenta, cuando era más común que los abortos inseguros implicaran métodos invasivos como la inserción de objetos filosos, que muchas veces conducían a septicemia y trauma de los órganos reproductivos. A pesar de la probable reducción en su gravedad, es claro que el aborto inseguro y sus complicaciones persisten. Las mujeres siguen sufriendo y el sistema de salud continúa gastando sus escasos recursos en tratar condiciones que son casi totalmente prevenibles cuando se provee un amplio acceso a servicios de aborto y postaborto de calidad y, desde luego, cuando, en primera instancia, se evita el embarazo no planeado.

Origen del aborto inducido: el embarazo no planeado

A excepción de los casos de malformaciones fetales graves o enfermedades maternas serias, la gran mayoría de los abortos inducidos son consecuencia de un embarazo no planeado (i.e., un embarazo deseado pero para más tarde o no deseado del todo porque la mujer no quería [más] hijos).¹⁵ Los embarazos que son resultado de violación o incesto, son por definición, no planeados. Las acciones directas detrás del embarazo no planeado pueden ser la falta de uso anticonceptivo, el uso erróneo o la falla de los métodos. Otra cosa son las diferentes *razones* por las cuales las mujeres desean evitar el embarazo: porque carecen de los recursos para criar un hijo, porque han sido víctimas de violencia sexual, porque no han terminado todavía la escuela, no tienen una relación estable, tienen una pareja que no puede o no desea mantener a un hijo, o ya han tenido el número de hijos que deseaban—para mencionar algunas de las más importantes.⁵⁸

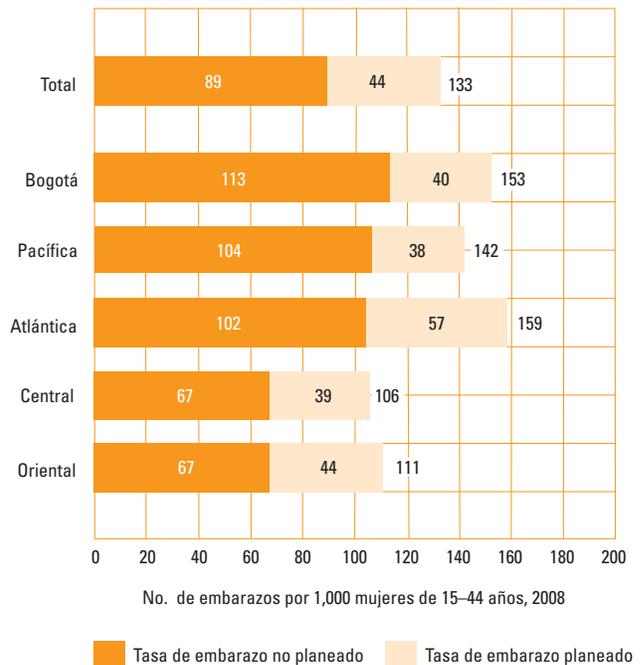
El embarazo no planeado es común en toda Colombia

Se estima que en 2008 hubo 1,357,600 embarazos en el país (Apéndice, Cuadro 1).²¹ Este total incluye 764,300 embarazos que resultaron en nacidos vivos, y 593,300 que terminaron en abortos espontáneos e inducidos. Según estos hallazgos, se estima que cada año aproximadamente dos terceras partes (67%) de todos los embarazos son no planeados. La proporción de embarazos no planeados está por debajo del promedio nacional en la región Oriental (61%), pero por encima en Bogotá (74%) y en la región Pacífica (73%).

El número anual de embarazos no planeados en Colombia, que es de 911,900, se traduce en una tasa

GRÁFICO 4.1

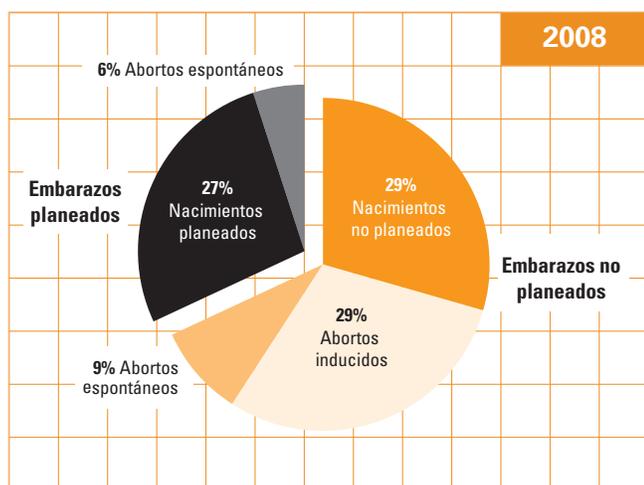
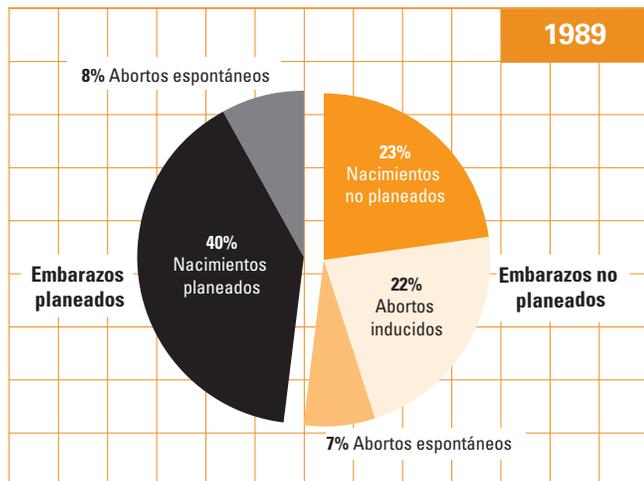
La tasa de embarazo no planeado de Bogotá es la más alta de todas las regiones.



Fuente Referencia 21.

GRÁFICO 4.2

En las dos últimas décadas, la proporción de embarazos que terminó en nacimientos no planeados aumentó más de una cuarta parte.



Fuente Referencia 21.

anual de 89 embarazos no planeados por 1,000 mujeres de 15–44 años (Gráfico 4.1, página 21).²¹ Esta tasa es un 25% más alta que el promedio para toda América Latina y el Caribe (72 embarazos no planeados por 1,000).¹⁵ Además, la tasa de embarazo no planeado en el 2008 muestra un aumento del 7% con respecto al 1989, cuando fue de 84 por 1,000.²¹ Los resultados por región muestran que la tasa de embarazo no planeado más alta corresponde a Bogotá (113 por 1,000, comparada con 67–104 por 1,000 en las cuatro regiones restantes). Un 74% del total de embarazos en Bogotá son no planeados, a pesar del alto nivel de uso de anticonceptivos modernos en esta región* (77%⁶). Esto sugiere que la motivación para espaciar exitosamente los nacimientos y tener familias pequeñas es especialmente fuerte en Bogotá.

¿Qué hacen las mujeres colombianas cuando se enfrentan a un embarazo no planeado? Más de dos quintas partes (44%) del total de *embarazos no planeados*, terminan en abortos inducidos (Apéndice, Cuadro 1). Ahora bien, de *todos los embarazos* que ocurren cada año (planeados y no planeados), proporciones similares terminan en nacimientos no planeados (29%), abortos inducidos (29%) y nacimientos planeados (27%). El resto son abortos espontáneos (14%; Gráfico 4.2). En la medida en que los países están en la etapa de transición de la fecundidad, el tamaño preferido de la familia tiende a reducirse, y se fortalece el deseo de tener hijos precisamente cuando son deseados. Por lo tanto, la proporción de embarazos que no son planeados puede aumentar, aún cuando gracias a altos niveles de uso anticonceptivo, se presente una disminución general en el número de embarazos.

En Colombia, pese a que las mujeres tuvieron muchos menos embarazos (una disminución de 163 a 133 embarazos por 1,000 mujeres), la proporción de los que fueron no planeados aumentó entre 1989 y 2008, de 52% a 67%.²¹ El tamaño *deseado* de familia ha disminuido consistentemente (de 2.2 hijos en 1990⁴ a 1.6 en 2010⁵).[†] Esta disminución en la fecundidad deseada ha conducido a aumentos en las proporciones de embarazos que terminan tanto en nacimientos no planeados (de 23% en 1989 a 29% en 2008) como en abortos (de 22% a 29%).[‡] Estas proporciones pueden seguir aumentando—y las tasas de aborto pueden aumentar—a menos que las mujeres y sus parejas tengan éxito en el uso más efectivo y consistente de los métodos modernos de anticoncepción.

¿Cuál es la explicación de los altos niveles de embarazos y nacimientos no planeados?

Preferencias por menor número de hijos. Como se señaló anteriormente, cuando el deseo de limitar el número de hijos y espaciarlos aumenta más rápido que el uso efectivo y consistente de la anticoncepción moderna, el resultado inevitable es un aumento en los embarazos no planeados. La proporción de mujeres en unión (formales y consensuales) que desean aplazar o espaciar sus hijos disminuyó ligeramente en años recientes (de 20% en 1990⁷ a 17% en 2010⁶); mientras tanto, la proporción que no deseaba tener más hijos (lo que incluye a las mujeres protegidas por esterilización) aumentó del 64% en 1990 al 70% en 2010. Estas tendencias son una clara evidencia del creciente deseo de las colombianas por familias más pequeñas. Además, los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2010 indican que la moti-

*Esterilización (masculina y femenina), píldora, DIU, inyección, implante, condón masculino y espermicidas.

†El tamaño deseado es lo que teóricamente resultaría si todos los nacimientos no deseados se pudieran prevenir; un nacimiento se considera no deseado si el número de hijos sobrevivientes en el momento del embarazo era mayor que el número ideal de hijos.

‡Un relativamente estable 7–9% de los embarazos en ambos años fueron no planeados y terminaron en abortos espontáneos.

vacación para limitar el número de hijos va a continuar: a menor edad de la mujer entrevistada, menor era el tamaño ideal de su familia.⁵

Aunque la preferencia por menor número de hijos se ha generalizado, algunas mujeres tienen mucha mayor dificultad que otras para hacerla efectiva. Como se mencionó anteriormente, si todos los nacimientos no deseados pudieran evitarse, las mujeres colombianas tendrían 1.6 hijos en lugar de los 2.1 que tienen en la actualidad. En 2010, las mujeres en el quintil más pobre (y que también son las de menor escolaridad) tuvieron la brecha más amplia entre la familia deseada y la real (Cuadro 4.1).⁵ Es probable que estas mujeres carezcan de acceso adecuado a los anticonceptivos modernos y a la información y medios para usarlos de manera correcta y consistente. Si las mujeres más pobres pudieran evitar tener nacimientos no deseados, ellas tendrían poco más de dos hijos en lugar de poco más de tres, una diferencia de más de un hijo; en contraste, las mujeres más ricas (y de mayor escolaridad), que son las que tienen más opciones para actuar conforme a sus preferencias, tendrían 1.2 hijos, número apenas por debajo de lo que tienen actualmente.

Características del uso actual de métodos anticonceptivos. Colombia tiene un muy alto nivel de uso de anticonceptivos modernos: en 2010, el 73% de las mujeres en unión usaban un método moderno y el uso variaba poco por región (excepto en la Atlántica, en donde la prevalencia era mucho menor que el promedio—65%; Apéndice, Cuadro 2, página 34).⁶ Aun así, el alto nivel de embarazo no planeado indica que no todas las mujeres utilizan métodos efectivos o usan el método de su elección de manera consistente y correcta. En efecto, es probable que un conjunto de factores contribuyan al embarazo no planeado en Colombia, incluidos el uso de métodos tradicionales, las fallas atribuibles al uso incorrecto, el no uso y la discontinuación del método.

Aproximadamente el 6% de las mujeres en unión en todo el país usan métodos tradicionales,* los cuales tienen tasas de falla mucho más altas que los métodos modernos.⁵⁹ Resulta alentador que el uso de métodos tradicionales ha disminuido consistentemente con el paso del tiempo.^{6,7} La región Atlántica destaca como la única región en la cual aumentó el uso de métodos tradicionales (de 5% en 1990⁷ a 7% en 2010⁶). Y aunque la contribución exacta de la anticoncepción de emergencia en evitar el embarazo no planeado y el aborto no puede cuantificarse, la proporción de mujeres solteras sexualmente activas que han usado alguna vez este método aumentó de 4% en

*Abstinencia periódica, retiro, amenorrea por lactancia y métodos folclóricos.

†Estas tasas de falla son específicas para Colombia y proporcionan una valiosa medida de las diferencias relativas entre las tasas de falla de los diferentes métodos anticonceptivos. Sin embargo, muy probablemente estos valores subestiman la realidad; porque las fallas del método y de la usuaria que resultan en abortos inducidos, seguramente adolecen de un importante subregistro.

CUADRO 4.1

Tasa de fecundidad deseada y observada entre las mujeres de 15–49 años, por índice de riqueza, 2010

| Índice de riqueza | Tasa de fecundidad deseada* | Tasa de fecundidad observada | Número promedio de nacimientos no planeados |
|-------------------|-----------------------------|------------------------------|---|
| Total | 1.6 | 2.1 | 0.5 |
| Más bajo | 2.1 | 3.2 | 1.1 |
| Bajo | 1.7 | 2.5 | 0.8 |
| Medio | 1.6 | 2.1 | 0.5 |
| Alto | 1.4 | 1.7 | 0.3 |
| Más alto | 1.2 | 1.4 | 0.2 |

*Las tasa de fecundidad deseada expresa el número de hijos que teóricamente resultaría si una mujer pudiera evitar todos los nacimientos no deseados. Un nacimiento se considera no deseado si el número de hijos sobrevivientes en el momento del embarazo era mayor que el número ideal de la entrevistada.

Fuente Referencia 5.

2000⁶⁰ a 28% en 2010 (no se muestra).⁶ Esto indica que las mujeres colombianas cada vez son más conscientes de la existencia de la anticoncepción de emergencia para prevenir el embarazo después de una relación sexual desprotegida.

La mezcla de los diferentes métodos usados puede afectar la tasa de embarazo no planeado. Por ejemplo, los métodos tradicionales (e.g., abstinencia periódica o el retiro) representan el 8% del total de uso de anticonceptivos y estos métodos tienen tasas típicas de falla muy altas. (En Colombia, 24–27% de las usuarias de métodos tradicionales se embarazan en el transcurso de un año).^{†61} Los métodos que requieren re-abastecimiento, como el condón y la píldora, representan un 18% del total de métodos usados; en Colombia, estos métodos tienen tasas de falla de 8–10%.

Cuando las mujeres fértiles y sexualmente activas desean evitar el embarazo pero no consiguen usar un método, se considera que tienen una necesidad insatisfecha en anticoncepción. La necesidad insatisfecha agrava la vulnerabilidad de las mujeres al embarazo no planeado y, por extensión, al aborto inseguro. (Solamente en Bogotá, los altos niveles de embarazo no planeado no van a la par con niveles altos de necesidad insatisfecha; en esta región con baja necesidad insatisfecha, la fuerte motivación para espaciar hijos y tener menos hijos ha conducido a altos niveles del embarazo no planeado). La necesidad insatisfecha en las mujeres en unión en Colombia cayó de manera sustancial entre 1990 y 2010 (de 11%⁷ a 7%⁶). Sin embargo, continua siendo desproporcionadamente alta en las mujeres que tienen familias grandes, dificultades para obtener servicios de planificación familiar o dificultades

para pagar por un aborto seguro: las mujeres más pobres tienen aproximadamente el doble de probabilidad que las ricas de tener una necesidad insatisfecha de anticoncepción (11% vs. 5%).⁶

Otro factor que pone en riesgo de embarazo no planeado a las mujeres es la interrupción en el uso del método que están usando. Según un estudio sobre discontinuación de uso de métodos,⁶² en 2005, el 44% de las colombianas que estaban usando métodos anticonceptivos distintos a esterilización permanente, los discontinuaron durante el primer año de uso, principalmente debido a la inconveniencia de su uso, falla o efectos secundarios. Al excluir a las mujeres de muy bajo riesgo de embarazo no planeado—aquellas que interrumpieron el uso para embarazarse, las que eran infértiles, o tenían relaciones sexuales infrecuentes o estaban separadas de sus parejas—la tasa de discontinuación en Colombia en 2005 fue de 37%, la segunda tasa más alta entre los ocho países estudiados.*⁶²

Mayor actividad sexual y necesidad insatisfecha en mujeres jóvenes. Sin duda, el aumento en la proporción de mujeres solteras jóvenes que son sexualmente activas ha tenido un impacto en los niveles actuales de embarazo no planeado. En 2010, el 31% de las mujeres solteras de 15–24 años eran sexualmente activas (i.e., habían tenido relaciones sexuales en los pasados tres meses), un aumento de 8% comparado con 1990.^{6,7} Y aunque desde 1990 la fecundidad ha disminuido sustancialmente en todos los otros grupos de edad, solo recién comenzó a disminuir entre las mujeres más jóvenes. Por ejemplo, el número de nacimientos por 1,000 mujeres de 15–19 años aumentó de 70 en 1990⁴ a 85 en 2000⁶⁰ y a 90 en 2005,⁶³ pero disminuyó a 84 en 2010.⁵

Desafortunadamente, no hay datos que cuantifiquen la probabilidad de que las mujeres jóvenes recurran al aborto cuando se enfrentan a un embarazo no planeado, por lo cual no podemos calcular las tasas generales de embarazo no planeado para este grupo de edad. Sin embargo, dado que de manera creciente se tiene la expectativa de que las jóvenes, especialmente las que viven en áreas urbanas, asistan a la escuela y participen en la fuerza laboral, es probable que la proporción que resuelve un embarazo no planeado a través del aborto haya crecido en años recientes. Aunque no se dispone de datos para Colombia, la OMS estima que en el año 2000, los abortos clandestinos de las adolescentes representaron el 14% del total en América Latina y el Caribe; y que las mujeres en edades entre 20 y 24 años contribuyeron con un 29% adicional.⁶⁴

La necesidad insatisfecha de anticoncepción en mujeres solteras sexualmente activas de 15–24 años, aunque todavía baja en términos absolutos, aumentó de 5% en 2000⁶⁵ a 8% en 2010⁶ (no se cuenta con datos comparables para 1990). Este aumento contrasta con el nivel de necesidad

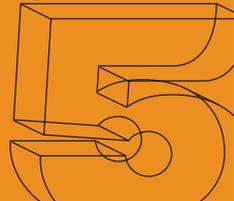
insatisfecha en mujeres en unión de 15–24 años, lo cual ha permanecido invariable. Además, se ha observado que en Colombia la discontinuación del método está asociada con la edad: las mujeres de 15–24 años tienen una probabilidad significativamente mayor de interrumpir el uso del método durante el primer año de uso que las mujeres de mayor edad.⁶²

El uso más bajo de métodos anticonceptivos modernos en la actualidad se da—y siempre se ha dado—entre las mujeres de 15–19 años en unión. En consecuencia, su nivel de necesidad insatisfecha es de 20%, el nivel más alto comparado con cualquier otro grupo de edad.⁵ En efecto, el grupo de adolescentes en unión es el único grupo que *no* tuvo grandes disminuciones en la necesidad insatisfecha en las últimas dos décadas. Al mismo tiempo, la proporción de nacimientos no planeados aumentó en el grupo de mujeres de 15–19 años: representó el 27% de todos los nacimientos recientes en 1990⁴ y el 64% de los en 2010.⁵ Dado que el deseo de las mujeres jóvenes de decidir el espaciamiento de sus hijos y tener menos hijos continúa superando el uso efectivo que hacen de los métodos anticonceptivos, su dependencia del aborto parece haber crecido y puede continuar creciendo.

Población desplazada en aumento. El conflicto armado presente en Colombia durante décadas, junto con la violencia relacionada con el tráfico de drogas y las bandas criminales, han forzado el desplazamiento de al menos 3.3–4.9 millones de colombianos.¹⁷ El área del litoral Pacífico ha tenido que lidiar con un número especialmente alto de refugiados. Los millones de desplazados han soportado malos tratos, la pérdida de sus medios de sustento y el distanciamiento de sus redes de apoyo social.¹⁸ Muchos factores han aumentado la vulnerabilidad al embarazo no planeado de las mujeres desplazadas, incluidos la inadecuada cobertura de la seguridad social (42% no estaban afiliadas a plan alguno en 2005,⁶⁶ comparadas con 32% del total de mujeres ese mismo año⁶⁷), la pobreza extrema (78% de las familias desplazadas viven en extrema pobreza), el acceso limitado a servicios anticonceptivos y un alto riesgo de violación y otras formas de violencia sexual.¹⁷

Según una encuesta aplicada en 2005 a unas 1,097 mujeres de 13–49 años que fueron desplazadas por el conflicto armado, 66% de las embarazadas dijeron que no habían planeado su embarazo actual.⁶⁶ Esta proporción es notablemente más alta que el 59% encontrado en el total de mujeres entrevistadas en la ENDS de 2005.⁶⁷ Dada la precaria situación de las mujeres desplazadas y la mayor proporción de ellas con embarazo no planeado frente al promedio nacional, es muy probable que su riesgo de recurrir a un aborto inseguro sea más alto que el promedio.

*Armenia, Bangladesh, Colombia, Egipto, Indonesia, Kenia, República Dominicana y Zimbabue.



Conclusiones e implicaciones

Hasta hace pocos años, al enfrentar un embarazo no planeado, las mujeres colombianas se veían forzadas a llevarlo a término o a buscar un aborto ilegal, muchas veces inseguro. La despenalización parcial del aborto inducido en 2006 significó un paso importante hacia el mejoramiento de la salud y la vida de las mujeres colombianas. La Sentencia C-355 de la Corte Constitucional puso en marcha una promisoriosa serie de acontecimientos dentro de un marco de derechos que garantizan el aborto seguro bajo ciertos criterios. Esta sentencia no solamente eliminó las restricciones, sino que puso en vigor mejores prácticas y requisitos de capacitación para asegurar la provisión de servicios de IVE a manos de personal médico competente. En mayo de 2009, la Sentencia de la Corte Constitucional T-388/09, entre otras cosas, prohibió a los jueces recurrir a la objeción de conciencia en los casos relacionados con IVE.⁶⁸ La Sentencia T-388/09 también ordenó una campaña educativa nacional para informar al público, incluidos los estudiantes, acerca de la despenalización parcial y los fundamentos de la Sentencia C-355 reconocidos en tratados internacionales que garantizan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Pese a estos acontecimientos positivos, la salud de las mujeres en Colombia sigue estando expuesta a riesgos debido a un acceso limitado al aborto seguro. Cada año ocurren alrededor de 400,400 abortos, y solo 322 de ellos son IVE practicadas en instituciones de salud. Es difícil de determinar el número de mujeres que, cumpliendo con una de las tres causales legales, se ven en la necesidad de acudir a abortos clandestinos debido a la no autorización o al rechazo de la solicitud. Sin embargo, sí sabemos que casi todos los abortos en Colombia continúan siendo realizados bajo condiciones en las que la seguridad de la paciente no

puede garantizarse. Estos hallazgos fortalecen la sólida evidencia de todas partes del mundo que el restringir legalmente el aborto, no lo elimina sino más bien lleva su práctica a la clandestinidad y la hace insegura.^{15,22}

Aunque la tasa de aborto inducido no cambió sustancialmente en las últimas dos décadas, el alto número actual de mujeres en edad reproductiva (las cuales nacieron cuando la tasa de crecimiento poblacional era mucho más alta) lleva a que el sistema de salud deba enfrentarse a las consecuencias de un mayor número de abortos clandestinos (aumento de 39%), comparado con el de hace dos décadas. Las consecuencias se hacen evidentes en el alto número de mujeres tratadas por complicaciones en las instituciones formales—de unas 58,000 estimadas en 1989⁵⁵ a 93,000 en 2008.³⁸ El tratamiento de complicaciones consume los recursos escasos que podrían emplearse mucho mejor de otra manera. La abrumadora dependencia del método de D&C, en lugar de métodos menos complejos y costosos en términos de recursos como la AMEU o misoprostol, se añade a la carga económica innecesaria y evitable en el sistema de salud.

La prevalencia del embarazo no planeado—el principal factor que conduce al aborto—ha aumentado junto con la creciente preferencia por tener menos hijos. La tendencia en Colombia hacia tasas más altas de embarazo no planeado va en sentido contrario a la disminución de un 20% en el embarazo no planeado observada en todos los países en vías de desarrollo entre 1995 y 2008.¹⁵ Probablemente, la situación surge de dos hechos: por una parte, el deseo creciente por tener familias más pequeñas no va a la par con la adopción de métodos efectivos y por otra parte, de las dificultades para practicar la anticoncepción de manera efectiva y consistente. La combinación de la motivación

por evitar tener hijos con las pronunciadas disminuciones en la fecundidad, ha resultado en una razón de 52 abortos por 100 nacidos vivos, comparada con 35 por 100 de hace dos décadas.²¹ La determinación de las mujeres por tener menos hijos y tenerlos cuando los desean es tan fuerte en Bogotá que en esta región, hay casi igual número de abortos que de nacidos vivos.

Aproximadamente una tercera parte del total de mujeres que tienen un aborto clandestino sufren complicaciones que requieren tratamiento en una institución de salud. Sin embargo, se estima que una quinta parte de las mujeres que necesitan atención no la reciben. Esta brecha es todavía más grande en las mujeres pobres del medio rural con complicaciones, la mitad de las cuales no reciben tratamiento formal. Casi dos terceras partes de las IPS que podrían proporcionar atención postaborto no lo hacen, lo cual sugiere que existe una necesidad—y una oportunidad—de aumentar el número de IPS que ofrecen ese tipo de atención especialmente en las áreas rurales. La dependencia generalizada del D&C, método que requiere de anestesia, limita en sí misma la disponibilidad de la atención postaborto, dado que reduce el conjunto de instituciones capaces de prestar esa atención.

Cuando se usa correctamente, el misoprostol es un método seguro y efectivo para inducir un aborto. Sin embargo, su tasa estimada de complicaciones en Colombia sugiere que muchas mujeres y proveedores lo están usando de manera incorrecta. Investigaciones realizadas en México muestran que los encargados de droguerías que venden el medicamento tienen un inadecuado conocimiento de cómo funciona y rara vez recomiendan la dosis adecuada o advierten sobre la máxima semana de gestación indicada para su uso.⁶⁹ Muchas veces se indica a las mujeres buscar atención médica como parte del proceso, sin ser en realidad necesario en muchos casos. Es probable que existan problemas similares en Colombia. La tasa estimada de complicaciones en abortos inducidos con misoprostol—el 32%—es muy por encima de lo que se esperaría, dado que la tasa de falla clínica del método es de 10–15%.⁹

¿Cómo puede avanzar Colombia?

La implementación de la Sentencia C-355 emitida en 2006 ha enfrentado enormes retos políticos y administrativos. Como resultado, se estima que solo 322 mujeres obtuvieron una IVE en 2008.³⁸ Es probable que varios factores contribuyan a este número tan bajo: el relativo corto período transcurrido entre la sentencia y el presente estudio, la falta de conocimiento de las mujeres acerca del cambio de la situación legal y la disponibilidad de los servicios de IVE, la estrecha interpretación de la causal salud por parte de algunos proveedores del servicio y funcionarios gubernamentales, así como la falta de voluntad de los proveedores para realizar las IVE. En junio de 2011, cuando se escribió este informe, el Decreto 4444 que norma la implementación y aplicación de la sentencia continuaba

suspendido. Aunque la Sentencia C-355 todavía es válida, carece del aparato regulatorio esencial para sancionar la falta de cumplimiento. Sin embargo, el embarazo no planeado—el factor detrás de casi todos los 400,400 abortos clandestinos que ocurren anualmente—es susceptible de intervenciones inmediatas. Describimos a continuación algunas recomendaciones específicas para reducir el embarazo no planeado, mejorar el acceso a los servicios de IVE y aumentar la cobertura y calidad de la atención postaborto.

Fortalecimiento de los servicios anticonceptivos

Las parejas y proveedores de servicios necesitan mejor información sobre el uso correcto y consistente de la anticoncepción. Aunque en la actualidad el uso de anticonceptivos está generalizado, se necesita que se usen de forma más consistente y efectiva. Los mismos proveedores de servicios tienen que estar mejor informados para ayudar a las parejas a que utilicen mejor los métodos y para que cambien los métodos tradicionales por métodos modernos y más efectivos. Las mujeres necesitan mejor orientación sobre cómo usar su método de manera continua y correcta, y necesitan que se promueva el total apoyo y cooperación de sus parejas. Además, deberían ofrecerse servicios especiales a las mujeres que no utilizan anticonceptivos (el 7% de las mujeres en unión, aquellas con necesidad insatisfecha de anticoncepción) y a las que usan métodos tradicionales (otro 6%).⁵

Debería ampliarse el acceso a la anticoncepción de emergencia. El uso de la anticoncepción de emergencia, que ha estado disponible en el país desde el año 2000,⁷⁰ puede influir enormemente en la reducción del número de embarazos no planeados y de los abortos subsiguientes. El acuerdo vigente (Acuerdo 008 de 2009) que autoriza todos los medicamentos y procedimientos incluidos en el paquete nacional de salud (Plan Obligatorio de Salud, o POS) restringe la cobertura de la anticoncepción de emergencia a las víctimas de violación y a la “población adolescente en riesgo”.⁷¹ Debe darse la opción de usar este método a todas las mujeres que tienen relaciones sexuales desprotegidas.

Se requiere de intervenciones para satisfacer las necesidades de grupos en alto riesgo de embarazo no planeado. La proporción de mujeres solteras jóvenes que son sexualmente activas está en aumento. Para asegurar que su tasa de nacimiento no planeado deje de crecer tan rápidamente como ocurre en la actualidad, los encargados de formular políticas en materia de salud y educación a nivel local y nacional, deben considerar la expansión de las campañas de educación sexual, especialmente en las áreas rurales. Las autoridades deben también trabajar para identificar y enfrentar las barreras para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva que son confidenciales y amigables para la juventud. Además, los programas de alcance comunitario son necesarios para atender a la gente joven que no asiste a la escuela. Las mujeres desplazadas por el conflicto armado y por cualquier otro tipo de violencia también necesitan atención especial:



su pobreza y grandes dificultades para evitar el embarazo no planeado en momentos de crisis, conducen a una necesidad urgente de acceso a información y a servicios de salud sexual y reproductiva.

Mejoramiento de los servicios de atención postaborto

Deberían mejorarse la cobertura y calidad de los servicios postaborto. Aproximadamente una quinta parte de las mujeres con complicaciones derivadas del aborto quedan sin tratamiento. Garantizar que las mujeres reciban tratamiento confidencial y respetuoso es clave para responder a algunas mujeres que por temor al maltrato, evitan buscar atención médica. Además, hay varios elementos que ayudarían a asegurar que el tratamiento postaborto sea accesible para todas las mujeres que lo necesitan. Estos incluyen la capacitación y dotación del personal en los puestos y centros de salud de las poblaciones pequeñas; capacitar al personal de nivel medio y paramédico en habilidades y técnicas relevantes (que incluyen reconocer cuándo referir a las pacientes a otras IPS); y hacer mayor uso de la técnica de AMEU al evitar el uso de la D&C, lo cual permite ampliar el recurso humano capacitado en la atención postaborto y el tipo de institución que puede ofrecerla.

La calidad de atención también puede mejorarse. Para evitar los abortos repetidos, los proveedores de servicios postaborto tienen que proporcionar orientación anticonceptiva, y métodos altamente efectivos para la elección de la paciente. Además, aunque Colombia ha adoptado directrices claras para la prestación de servicios de IVE³⁹ y para el tratamiento de abortos espontáneos,⁷² carece de lineamientos similares para el tratamiento de las complicaciones derivadas de abortos inseguros. Una posible solución sería que el MPS considerara la elaboración y adopción de directrices basadas en los estándares aceptados para la atención integral postaborto⁷³ con el fin de mejorar la calidad del tratamiento y minimizar el daño causado por el aborto inseguro.

Los proveedores de servicios necesitan información más precisa acerca de la atención para mujeres que han usado misoprostol. El misoprostol puede ser un medio seguro, efectivo y de bajo costo para inducir un aborto temprano. Según la opinión de los expertos entrevistados, el medicamento se usa aproximadamente en la mitad del total de abortos ilegales en Colombia. Sin embargo, el uso parece haberse difundido más rápido que la información correcta acerca de cómo funciona el medicamento y cómo debe administrarse. Los proveedores de servicios médicos, el personal de las farmacias y el público en general necesitan estar informados de manera más completa sobre las formas en que el misoprostol es comúnmente mal utilizado.

Los proveedores de atención postaborto deberían ser capacitados para usar AMEU. Nuestro estudio muestra una clara subutilización de AMEU, la técnica recomendada para el tratamiento de casos no complicados de aborto

incompleto. En general, los proveedores de servicios necesitan ser más receptivos a la capacitación sobre AMEU, técnica que no requiere anestesia general. La actual dependencia de la D&C significa un desperdicio innecesario de recursos. Ahora que el país ha aprobado oficialmente el uso de misoprostol en la atención postaborto,³¹ el medicamento proporciona otra alternativa de bajo costo a la D&C, pero todavía no hay suficiente capacitación sobre ello.

Mejoramiento de la implementación de la Sentencia C-355 y la prestación de servicios IVE

Continuar difundiendo el conocimiento acerca de esta importante sentencia. Aunque la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2010 sugiere que el conocimiento de las tres causales para aborto legal es cada vez más generalizado,⁵ muchas mujeres, especialmente las que viven en áreas rurales, probablemente siguen sin conocerlos y no pueden por lo tanto ejercer su derecho a solicitar una IVE. Los aspectos específicos de la sentencia también deben ser ampliamente difundidos entre los encargados de implementarla y vigilar su cumplimiento, como es el caso de los profesionales médicos y paramédicos, los miembros del poder judicial y el personal de las organizaciones que ayudan a las víctimas de violación y violencia doméstica. Las campañas de educación pública son esenciales para posibilitar que las mujeres ejerzan su derecho legal a interrumpir de manera segura un embarazo que cumpla con los criterios establecidos. Realizar estudios que midan el grado del conocimiento público ayudaría a dirigir esas campañas de educación a quienes más las necesitan.

Las barreras para IVE merecen una atención especial. Son muchas las barreras institucionales e individuales para obtener una IVE; y son especialmente comunes en las mujeres pobres y las que viven en el medio rural con acceso limitado a las IPS. Las denuncias sobre proveedores de servicios que se niegan a prestar el servicio de IVE, así como los casos en que los jueces rehúsan atender las denuncias relacionadas, sugieren que muchas mujeres que cumplen con los criterios legales todavía recurren a los abortos clandestinos. Es esencial que los profesionales médicos y judiciales conozcan los límites de la objeción de conciencia establecidos en la sentencia. Negar el acceso a servicios de aborto legal a mujeres que califican para recibirlos es una flagrante violación de los derechos constitucionales de las mujeres.

Se requeriría establecer mecanismos para asegurar que se cumpla con las directrices médicas para las IVE. Todo el personal médico está obligado a cumplir con las directrices emitidas por el MPS. Sin embargo, los resultados de la

encuesta a las IPS muestran que las IVE tienen el doble de probabilidad de ser realizadas mediante D&C que a través de AMEU. A excepción del uso de medicamentos para inducir el aborto, las técnicas de AMEU y D&C están incluidas en el POS y los médicos que prestan los servicios cubiertos deben estar actualizados en cuanto a los procedimientos aprobados. Con ese propósito, el uso correcto de los métodos para inducir de manera segura las IVE y para tratar de manera segura las complicaciones derivadas de los abortos clandestinos, necesitan incorporarse a los currículos médicos y de capacitación profesional.

Debería mejorarse la recolección de datos sobre las IVE. El sistema de salud no está registrando adecuadamente el número de IVE en el país. De hecho, hay una variedad de conteos. Se necesita implementar un sistema mejorado tanto para cuantificar con exactitud el número de IVE como para monitorear el grado en el que las IPS están cumpliendo con la ley.

Se necesitaría investigación a profundidad sobre las tres causales despenalizadas. La sentencia de la Corte Constitucional emitida en 2006 estableció que las mujeres tienen derecho a un aborto legal bajo tres circunstancias específicas. Es importante que tanto los proveedores de servicios como las propias mujeres comprendan los cambios en la situación legal del aborto e interpreten las casuales de manera amplia. También es importante saber por qué tantas mujeres colombianas recurren a los abortos clandestinos. Sus razones probablemente son similares a las encontradas en todo el mundo, en entornos tanto legales como ilegales, en donde predominan las razones sociales y económicas.^{58,74} (En efecto, un estudio anterior realizado entre mujeres colombianas que se habían sometido a un aborto encontró que la razón más común para hacerlo se debía a problemas económicos⁷⁵). Se necesita investigar las razones por las cuales las mujeres recurren a un aborto con el fin de examinar si los actuales criterios para la realización de una IVE son adecuados en satisfacer las necesidades de las mujeres.

Reflexiones finales

La tendencia creciente hacia más embarazos y nacimientos no planeados requiere esfuerzos unificados para posibilitar un uso más efectivo de los anticonceptivos, lo cual reducirá la necesidad de recurrir al aborto inducido. Diversos actores deben intervenir con el fin de mejorar la situación actual en tres frentes principales—servicios anticonceptivos, atención postaborto y servicios de IVE:

- Proveedores de servicios—incluido el personal médico, de enfermería, de farmacias, así como las instituciones y asociaciones del sector salud—pueden aumentar la prestación y mejorar la calidad de los servicios anticonceptivos esenciales y la atención al aborto.
- El MPS, las facultades de medicina, los planificadores de programas en los sectores público, privado y de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), pueden capacitar a los proveedores de servicios en los procedi-

mientos recomendados para realizar las IVE y dar tratamiento a las complicaciones derivadas del aborto clandestino.

- El MPS y los funcionarios de programas deben asegurar la continua disponibilidad de suministros y equipo médico necesarios para los servicios anticonceptivos y la prestación de servicios de IVE y atención postaborto de calidad (incluyendo equipos de AMEU).
- El Ministerio de Educación y los sistemas escolares privados y públicos deben proporcionar a la gente joven los conocimientos y habilidades que necesitan para proteger su salud reproductiva y hacer uso de los servicios a los que tienen derecho.
- Las agencias gubernamentales, las ONG y las activistas deben monitorear la prestación de servicios de IVE para asegurar que las mujeres estén informadas de sus derechos y que puedan actuar conforme a ellos; y que todo el personal médico y judicial se adhiera a las limitaciones de la objeción de conciencia establecidas por la Corte Constitucional.
- Las ONG, las activistas y las organizaciones de mujeres tienen que trabajar por mantener el tema del aborto inseguro bajo el escrutinio público.

Solamente cuando todas estas fuerzas se unan podrá haber un avance significativo en la reducción del embarazo no planeado y en el mejoramiento de la prestación tanto de las IVE como de la atención postaborto. Los efectos tangibles de estos esfuerzos serán menos abortos inducidos, un sistema de salud menos sobrecargado, y mujeres y familias más saludables.

Referencias

1. Ley 599 de 2000, por la cual se expide el Código Penal, Congreso Colombiano, Capítulo Cuarto, “Del aborto”, con jurisprudencia vigente a partir de la Sentencia Constitucional, C-355/06, <<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6388>>, consultado 30 de mayo, 2010.
2. Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, A 4 años de la despenalización parcial del aborto en Colombia, 2007, <<http://www.despenalizaciondelaborto.org.co/A-4-ANOS-DE-LA-DESPENALIZACION>>, consultado 1 de junio, 2010.
3. Palacio D et al., *Plan de Choque para la Reducción de la Mortalidad Materna*, Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social (MPS), 2004.
4. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia), *Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud, Colombia (EPDS), 1990*, Bogotá, Colombia: Profamilia; y Columbia, MD, EEUU: Institute for Research Development/Macro International, 1991.
5. Profamilia, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), Colombia, 2010*, Bogotá, Colombia: Profamilia, 2011.
6. Tabulaciones especiales de datos de la ENDS de 2010.
7. Tabulaciones especiales de datos de la EPDS de 1990.
8. Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI) e Ipas, *Misoprostol y Aborto con Medicamentos en Latinoamérica y el Caribe*, Chapel Hill, NC, EEUU: Ipas, 2010.
9. Faúndes A et al., Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, (99):S172–S177.
10. Moreno-Ruiz N.L. et al., Alternatives to mifepristone for early medical abortion, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 96(3):212–218.
11. Gynuity Health Projects, *Opciones para la Introducción del Aborto con Medicamentos en Brasil, Colombia, México y Perú*, Nueva York: Gynuity Health Projects, 2007.
12. Colmenares E, Método abortivo más extendido entre las jóvenes bogotanas es una droga para la úlcera, *El Tiempo*, 19 de marzo, 2007, <<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-3484520>>, consultado 30 de mayo, 2011.
13. Colmenares E, La pastilla del aborto bogotano, *El Tiempo*, 20 de marzo, 2007, <<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-2421465>>, consultado 30 de mayo, 2011.
14. Tabulaciones especiales de datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), *Proyecciones Nacionales y Departamentales de Población, 2005–2020*, Bogotá, Colombia: DANE, 2011.
15. Singh S et al., *Aborto a nivel mundial: una década de progreso desigual*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2009, <<http://www.guttmacher.org/pubs/Aborto-a-nivel-mundial.pdf>>, consultado 30 de mayo, 2011.
16. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, Naciones Unidas, *World Urbanization Prospects: The 2007 Revision Population Database*, 2010, <<http://esa.un.org/unup/>>, consultado 23 de marzo, 2010.
17. Norwegian Refugee Council, *Internal Displacement: Global Overview of Trends and Developments in 2009*, Ginebra: Internal Displacement Monitoring Centre, 2010.

- 18.** Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES), Lineamientos de la política de generación de ingresos para la población en situación de pobreza extrema y/o desplazamiento, *Documento CONPES*, Bogotá, Colombia: CONPES, 2009, No. 3616.
- 19.** De los cerca de 350.000 abortos que se calculan al año, 12% corresponderían a los tres casos especiales, *El Tiempo*, 14 de mayo, 2006, pp. 1-6-1-7.
- 20.** Moloney A, Unsafe abortions common in Colombia despite law change, *Lancet*, 2009, 373(9663):534.
- 21.** Prada E, Biddlecom A y Singh S, Aborto inducido en Colombia: nuevas estimaciones y cambios de 1989 a 2008, *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, número especial de 2012 (de próxima publicación).
- 22.** Organización Mundial de la Salud (OMS), *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003*, fifth ed., Ginebra: OMS, 2007.
- 23.** Sedgh G et al., Induced abortion: estimated rates and trends worldwide, *Lancet*, 2007, 370(9595): 1338-1345.
- 24.** Juárez F et al., Estimaciones del aborto inducido en México: ¿qué ha cambiado entre 1990 y 2006? *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, número especial de 2009, pp. 4-14, <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3500409S.pdf>>, consultado 30 de mayo, 2011.
- 25.** Singh S, Prada E y Kestler E, Aborto inducido y embarazo no planeado en Guatemala, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2006, <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3213606S.pdf>>, consultado 30 de mayo, 2011 (únicamente disponible en la Web).
- 26.** Ferrando D, *El aborto clandestino en el Perú: Hechos y Cifras*, 2002, Lima, Perú: Centro para las Mujeres Flora Tristán y Pathfinder International/Perú, 2002.
- 27.** Guttmacher Institute, datos sin publicar de la Encuesta a Expertos, aplicación del Método de Estimación del Aborto por Complicaciones, Colombia, 2009.
- 28.** Fernandez MM et al., Assessing the global availability of misoprostol, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2009, 105(2):180-186.
- 29.** Gómez-Sánchez PI, Escandón I y Gaitán-Duarte H, Evaluación de la atención integral al pos-aborto en 13 hospitales de Colombia, *Revista de Salud Pública*, 2007, 9(2):241-252.
- 30.** Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), MPS, Sala Especializada de Medicamentos y Productos Biológicos de la Comisión Revisora, Acta No. 20, Bogotá, 2007.
- 31.** INVIMA, MPS, Sala Especializada de Medicamentos y Productos Biológicos de la Comisión Revisora, Acta No. 37, Bogotá, 2009.
- 32.** Intercontinental Marketing Services (IMS), Targeting de farmacias para el mercado de misoprostol en Colombia, México y Perú, powerpoint presentation, 2010.
- 33.** Banco de la República de Colombia, Series estadísticas producción, salarios y empleo: salario mínimo legal diario, 2010, <http://www.banrep.gov.co/series-estadisticas/see_prod_salar.htm#3>, consultado 7 de julio, 2010.
- 34.** MPS, Decreto Número 4444 de 2006, por el cual se reglamenta la prestación de unos servicios de salud sexual y reproductiva, Bogotá, 13 de diciembre, 2006.
- 35.** MPS, Resolución Número 4905 de 2006, por la cual se adopta la Norma Técnica para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, Bogotá, 14 de diciembre, 2006.
- 36.** OMS, *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, Ginebra: OMS, 2003, <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf>, consultado 30 de mayo, 2011.
- 37.** Auto del Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera, Bogotá, D.C., sesión celebrada el 15 de octubre de 2009, <<http://www.scribd.com/doc/21464787/Auto-Consejo-de-Esado-Suspension-decreto-4444>>, consultado 30 de mayo, 2011.
- 38.** Guttmacher Institute, datos sin publicar de la encuesta a Instituciones Prestadoras de Salud, aplicación del Método de Estimación del Aborto por Complicaciones, Colombia, 2009.
- 39.** MPS, *Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), Adaptada de "Aborto sin Riesgo: Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud,"* Bogotá, Colombia: MPS, 2006.
- 40.** Corte Constitucional, Sentencia T-209/08, Acción de tutela interpuesta por Gladys Belén Arias Becerra contra la EPS Coomeva y el Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta, Bogotá, 2008.
- 41.** Henshaw SK, Unintended pregnancy and abortion: a public health perspective, en: Paul M et al., eds., *A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion*, Philadelphia, PA, EEUU: Churchill Livingstone, 1999, pp. 11-22.
- 42.** Ministerio de Salud et al., *Mortalidad Materna en Colombia*, Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud, 1996.
- 43.** DANE, Estadísticas vitales, defunciones 2007: información estadística, Cuadro 7, defunciones maternas por grupos de edad, departamento de residencia, y lista de causas agrupadas 6/67 CIE-10 (basada en la lista 6/66 de OPS), <<http://www.dane.gov.co/index.php?>

option=com_content&task=category§ionid=16&id=535&Itemid=1035>, consultado 30 de mayo, 2011.

44. OMS et al., *Trends in Maternal Mortality 1990 to 2008: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, Ginebra: OMS, 2010.

45. MPS y OMS, *Situación de Salud en Colombia: Indicadores Básicos, 2008*, Bogotá, Colombia: Instituto Nacional de Salud, 2008.

46. OMS et al., *Trends in Maternal Mortality, 1990 to 2008: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, Ginebra: OMS, 2010.

47. Harper CC et al., Reducing maternal mortality due to elective abortion: potential impact of misoprostol in low-resource settings, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2007, 98(1):66–69.

48. Prada E, Singh S y Villarreal C, Health consequences of unsafe abortion in Colombia, 1989–2008, ponencia presentada en el Seminar on the Health, Social and Economic Consequences of Unsafe Abortion, reunión anual de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (IUSSP), San Juan del Río, México, 10–12 de noviembre, 2010.

49. Lara D et al., Pharmacy provision of medical abortifacients in a Latin American city, *Contraception*, 2006, 74(5):394–399.

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

51. Saenz 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.

52. Yepes FJ et al., Aiming for equity in Colombia's health system reform: achievements and continuing challenges, en: Haddad S, Baris E y Narayana D, eds., *Safeguarding the Health Sector in Times of Macroeconomic Instability: Policy Lessons for Low- and Middle-Income Countries*, Trenton, NJ, EEUU: Africa World Press; y Ottawa, Canadá: International Development Research Centre, 2008.

53. Wilson K, Garcia S y Lara D, Misoprostol use and its impact on measuring abortion incidence and morbidity, en: Singh S, Remez L y Tartaglione A, eds., *Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review*, Nueva York: Guttmacher Institute; y París: IUSSP, 2010.

54. Garcia Cano P, *Indicadores Sociales Departamentales*, Bogotá, Colombia: Departamento Nacional de Planeación, 2008.

55. Singh S y Wulf D, Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial

de 1994, pp. 3–13.

56. Higuera-Cáceres G et al., Manejo hospitalario del aborto incompleto, estudio comparativo del curetaje uterino versus la aspiración por vacío, *Monografías de la Corporación Regional de Población*, 1989, Vol. 16 (Capítulo III), p. 18.

57. Guerrero Moreno H y Bolívar Vargas MC, *Línea de Base de las Barreras de Acceso a la Prestación de Servicios para la Interrupción Voluntaria del Embarazo: Informe Ejecutivo*, Bogotá, Colombia: MPS y Universidad Nacional de Colombia, 2007.

58. Bankole A, Singh S y Haas T, Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(3):117–127 & 152.

59. Hatcher RA et al., *Contraceptive Technology*, 19th ed., Nueva York: Ardent Media, 2007.

60. Profamilia, *Salud Sexual y Reproductiva: Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2000*, Bogotá, Colombia: Profamilia, 2000.

61. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002*, Nueva York: Naciones Unidas, 2004.

62. Bradley S, Schwandt SM y Shane K, Levels, trends and reasons for contraceptive discontinuation, *DHS Analytical Studies*, Calverton, MD, EEUU: ICF Macro, 2009, No. 20.

63. Profamilia, *Salud Sexual y Reproductiva en Colombia: Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005*, Bogotá, Colombia: Profamilia; y Calverton, MD, EEUU: Macro International, 2005.

64. Shah I y Ahman E, Age patterns of unsafe abortion in developing country regions, *Reproductive Health Matters*, 2004, 12(24 Suppl.):9–17.

65. Tabulaciones especiales de datos de la ENDS de 2000.

66. Profamilia, *Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginadas: Situación de las Mujeres Desplazadas*, Bogotá, Colombia: Profamilia, 2006.

67. Tabulaciones especiales de datos de la ENDS de 2005.

68. Corte Constitucional, Sentencia T-388/09, Acción de tutela instaurada por BB actuando en representación de su compañera permanente AA contra SaludCoop E.P.S., Bogotá, 2009.

69. Billings DL et al., Pharmacy worker practices related to use of misoprostol for abortion in one Mexican state, *Contraception*, 2009, 79(6):445–451.

70. INVIMA, Resolución No. 266285, del 14 de septiem-

bre de 2000, por medio del cual se concede a Profamilia el registro sanitario para importar y distribuir en forma exclusiva el producto POSTINOR 2, por el término de 10 años, 2000.

71. Mesa por la Vida y Salud de las Mujeres, *Situación de las Prestaciones de Salud Sexual y Reproductiva ante los Cambios Recientes en los Planes de Beneficios*, Bogotá, Colombia: Mesa por la Vida y Salud de las Mujeres, 2010.

72. Dirección General de Promoción y Prevención, *Guía de Atención de las Complicaciones Hemorrágicas Asociadas al Embarazo*, Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud, sin fecha.

73. Postabortion Care Consortium, PAC model, sin fecha, <http://www.pac-consortium.org/site/PageServer?pagename=Themes_PAC_Model_2>, consultado 23 de marzo, 2010.

74. Finer LB et al., Reasons U.S. women have abortions: quantitative and qualitative perspectives, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2005, 37(3):110–118.

75. Villarreal J, Embarazo indeseado y aborto, *Tribuna Médica*, 1993, 88(3):149–153.

Recuadro del CAPÍTULO 1: Fuentes de datos

1. Prada E, Biddlecom A y Singh S, Aborto inducido en Colombia: nuevas estimaciones y cambios de 1989 a 2008, *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, número especial de 2012 (de próxima publicación).

2. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia), *Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud, Colombia, 1990*, Bogotá, Colombia: Profamilia; y Columbia, MD, EEUU: Institute for Research Development/Macro International, 1991.

3. Profamilia, *Salud Sexual y Reproductiva: Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Colombia, 2000*, Bogotá, Colombia: Profamilia; y Calverton, MD, EEUU: Macro International, 2000.

4. Profamilia, *Salud Sexual y Reproductiva: Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Colombia, 2005*, Bogotá, Colombia: Profamilia; y Calverton, MD, EEUU: Macro International, 2005.

5. Profamilia, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Colombia, 2010*, Bogotá: Profamilia, 2011.

6. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, América Latina: Proyecciones de Población, 1950–2000, *Boletín Demográfico 48*, Tabla 12a, 1991.

7. Tabulaciones especiales de datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), *Proyecciones Nacionales y Departamentales de Población, 2005–2020*, Bogotá, Colombia: DANE, 2011.

Recuadro del CAPÍTULO 2: Metodología para estimar la incidencia del aborto

1. Bongaarts J y Potter R, *Fertility, Biology and Behavior*, Nueva York: Academic Press, 1983.

2. Singh S, Prada E y Juárez F, The abortion incidence complications method: a quantitative technique, en Singh S, Remez L y Tartaglione A, eds., *Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review*, Nueva York: Guttmacher Institute; y París: Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, 2010.

APÉNDICE CUADRO 1

Indicadores de aborto y embarazo entre las mujeres Colombianas, por región, 2008

| Indicador | Región | | | | | |
|---|------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | Total | Bogotá | Pacífica | Atlántica | Central | Oriental |
| ABORTO | | | | | | |
| No. de mujeres tratadas en IPS por complicaciones de abortos espontáneos e inducidos | 115,325 | 28,023 | 32,010 | 27,506 | 19,223 | 8,563 |
| No. de mujeres tratadas en IPS por complicaciones de aborto inducido | 93,336 | 23,928 | 28,129 | 20,838 | 13,533 | 6,908 |
| No. de abortos inducidos (estimación promedio) | 400,412 | 117,422 | 96,515 | 92,284 | 62,360 | 31,831 |
| Tasa de aborto (no. de abortos por 1,000 mujeres de 15–44 años) | 39.2 | 65.6 | 53.5 | 42.1 | 23.8 | 17.5 |
| Razón de aborto (no. de abortos por 100 nacidos vivos) | 52.4 | 97.3 | 76.7 | 45.0 | 35.9 | 22.9 |
| Tasa de tratamiento por complicaciones postaborto (no. de mujeres tratadas por 1,000 mujeres de 15–44 años) | 9.1 | 13.4 | 15.6 | 9.5 | 5.2 | 3.8 |
| EMBARAZO | | | | | | |
| Número total de embarazos | 1,357,659 | 273,992 | 257,070 | 347,721 | 276,964 | 201,911 |
| Total planeado | 445,762 | 71,255 | 69,567 | 124,582 | 101,475 | 79,109 |
| Total no planeado | 911,897 | 202,737 | 187,504 | 223,140 | 175,489 | 122,802 |
| Tasa total de embarazos (no. de embarazos por 1,000 mujeres de 15–44 años) | 133 | 153 | 142 | 159 | 106 | 111 |
| Planeado | 44 | 40 | 38 | 57 | 39 | 44 |
| No planeado | 89 | 113 | 104 | 102 | 67 | 67 |
| DISTRIBUCIONES PORCENTUALES | | | | | | |
| Todos los embarazos por planificación y resultado | | | | | | |
| % no planeados | 67.2 | 74.0 | 72.9 | 64.2 | 63.4 | 60.8 |
| % que terminan en nacidos vivos | 28.9 | 22.4 | 26.4 | 29.1 | 32.2 | 36.2 |
| % que terminan en abortos | 29.5 | 42.9 | 37.5 | 26.5 | 22.5 | 15.8 |
| % que terminan en abortos espontáneos | 8.7 | 8.8 | 9.0 | 8.5 | 8.7 | 8.8 |
| % planeados | 32.8 | 26.0 | 27.1 | 35.8 | 36.6 | 39.2 |
| % que terminan en nacidos vivos | 27.4 | 21.7 | 22.6 | 29.9 | 30.5 | 32.7 |
| % que terminan en abortos espontáneos | 5.5 | 4.3 | 4.5 | 6.0 | 6.1 | 6.5 |
| Solo los embarazos no planeados por resultado | | | | | | |
| % que terminan en abortos | 43.9 | 57.9 | 51.5 | 41.4 | 35.5 | 25.9 |
| % que terminan en nacimientos | 43.1 | 30.2 | 36.1 | 45.4 | 50.8 | 59.6 |
| % que terminan en abortos espontáneos | 13.0 | 11.9 | 12.4 | 13.2 | 13.7 | 14.5 |
| Total | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Nota Los números pueden no sumar el total debido al factor de redondeo.

Fuente Referencia 21.

APÉNDICE CUADRO 2
Características sociales, demográficas y reproductivas de las mujeres, por región y área de residencia, Colombia, 1990, 2000, 2005 y 2010

| Característica | Total | Región | | | | | Residencia | | |
|--|-------|--------|----------|-----------|---------|----------|------------|-------|--|
| | | Bogotá | Pacífica | Atlántica | Central | Oriental | Urbana | Rural | |
| TODAS LAS MUJERES | | | | | | | | | |
| Características sociales y demográficas | | | | | | | | | |
| % que vive en áreas urbanas (2005) | 74.4 | 99.8 | 67.4 | 71.9 | 72.4 | 67.2 | na | na | |
| % con algún nivel de secundaria y más (2010) | 76.1 | 88.1 | 73.5 | 75.9 | 73.4 | 70.9 | 82.8 | 51.4 | |
| % en los dos niveles más bajos del índice de riqueza (2010) | 35.8 | 3.6 | 41.7 | 53.6 | 35.6 | 41.9 | 19.0 | 98.3 | |
| Fecundidad | | | | | | | | | |
| Tasa global de fecundidad observada (hijos por mujer) | | | | | | | | | |
| 1990 | 2.9 | 2.4 | 2.9 | 3.6 | 2.6 | 2.8 | 2.5 | 3.8 | |
| 2000 | 2.6 | 2.4 | 2.6 | 2.7 | 2.5 | 2.8 | 2.3 | 3.8 | |
| 2005 | 2.4 | 2.2 | 2.3 | 2.7 | 2.3 | 2.6 | 2.1 | 3.4 | |
| 2010 | 2.1 | 1.9 | 2.0 | 2.6 | 1.9 | 2.2 | 2.0 | 2.8 | |
| Tasa global de fecundidad deseada (hijos por mujer)* | | | | | | | | | |
| 1990 | 2.2 | 2.0 | 2.4 | 2.8 | 1.9 | 2.1 | 2.1 | 2.7 | |
| 2000 | 1.8 | 1.9 | 1.6 | 2.0 | 1.7 | 1.8 | 1.7 | 2.3 | |
| 2005 | 1.7 | 1.6 | 1.6 | 1.9 | 1.5 | 1.7 | 1.5 | 2.1 | |
| 2010 | 1.6 | 1.5 | 1.5 | 2.0 | 1.3 | 1.6 | 1.5 | 1.9 | |
| Planeación de los nacimientos† en los cinco años anteriores a la encuesta | | | | | | | | | |
| % imprevistos (deseados más tarde) | | | | | | | | | |
| 1990 | 16.2 | 18.6 | 20.6 | 15.3 | 13.3 | 15.0 | 18.5 | 11.6 | |
| 2000 | 28.2 | 31.0 | 25.4 | 27.5 | 26.3 | 31.8 | 29.9 | 24.4 | |
| 2005 | 26.3 | 30.8 | 26.7 | 27.7 | 22.1 | 25.5 | 27.0 | 24.8 | |
| 2010 | 27.9 | 30.0 | 28.1 | 28.7 | 27.4 | 25.7 | 28.5 | 26.4 | |
| % no deseado | | | | | | | | | |
| 1990 | 19.9 | 14.8 | 15.7 | 19.1 | 23.1 | 25.1 | 16.7 | 26.1 | |
| 2000 | 23.2 | 16.7 | 29.0 | 20.7 | 26.6 | 21.3 | 21.4 | 27.0 | |
| 2005 | 27.2 | 27.6 | 26.9 | 24.3 | 32.4 | 24.3 | 26.1 | 29.5 | |
| 2010 | 23.5 | 20.8 | 25.8 | 20.7 | 23.9 | 26.9 | 21.8 | 28.0 | |
| % no planeados (imprevistos más no deseados) | | | | | | | | | |
| 1990 | 36.1 | 33.4 | 36.3 | 34.4 | 36.4 | 40.1 | 35.2 | 37.7 | |
| 2000 | 51.4 | 47.7 | 54.4 | 48.2 | 52.9 | 53.1 | 51.3 | 51.4 | |
| 2005 | 53.5 | 58.4 | 53.6 | 52.0 | 54.5 | 49.8 | 53.1 | 54.3 | |
| 2010 | 51.4 | 50.8 | 53.9 | 49.4 | 51.3 | 52.6 | 50.3 | 54.4 | |
| Atención prenatal y del parto de los nacimientos ocurridos en los cinco años anteriores a la encuesta | | | | | | | | | |
| % de mujeres que recibió atención prenatal profesional‡ | | | | | | | | | |
| 1990 | 82.0 | 94.4 | 78.3 | 71.9 | 82.9 | 87.8 | 87.6 | 71.0 | |
| 2000 | 90.8 | 95.5 | 88.5 | 90.2 | 88.3 | 93.0 | 93.7 | 83.3 | |
| 2005 | 93.5 | 98.0 | 90.9 | 89.9 | 93.3 | 96.5 | 95.8 | 87.5 | |
| 2010 | 97.0 | 98.2 | 96.5 | 95.5 | 97.6 | 97.8 | 98.0 | 94.0 | |
| % de nacimientos atendidos en institución de salud | | | | | | | | | |
| 1990 | 76.3 | 93.4 | 72.1 | 64.7 | 80.5 | 76.6 | 84.8 | 59.7 | |
| 2000 | 87.5 | 97.2 | 80.4 | 85.7 | 86.6 | 89.2 | 94.4 | 70.6 | |
| 2005 | 92.0 | 99.3 | 86.5 | 89.6 | 91.3 | 94.3 | 97.5 | 78.0 | |
| 2010 | 95.4 | 99.5 | 90.5 | 95.3 | 96.1 | 96.8 | 98.4 | 87.5 | |

| Característica | Total | Región | | | | | Residencia | | |
|--|-------|--------|----------|-----------|---------|----------|------------|-------|-------|
| | | Bogotá | Pacífica | Atlántica | Central | Oriental | Urbana | Rural | |
| TODAS LAS MUJERES (continuación) | | | | | | | | | |
| Uso anticonceptivo, necesidad insatisfecha en anticoncepción y preferencias reproductivas en mujeres en unión | | | | | | | | | |
| % que usa un método anticonceptivo | 1990 | 66.1 | 74.9 | 65.7 | 53.5 | 65.5 | 73.6 | 69.1 | 59.1 |
| | 2000 | 76.9 | 80.6 | 76.2 | 70.8 | 76.7 | 82.5 | 77.6 | 75.1 |
| | 2005 | 78.2 | 82.5 | 78.2 | 70.4 | 79.8 | 81.4 | 78.8 | 76.7 |
| | 2010 | 79.1 | 80.8 | 80.4 | 71.5 | 81.7 | 81.5 | 79.0 | 79.3 |
| % que usa un método moderno§ | 1990 | 54.6 | 61.8 | 54.8 | 48.4 | 53.1 | 57.0 | 57.7 | 47.5 |
| | 2000 | 63.3 | 68.7 | 64.2 | 57.3 | 62.8 | 66.4 | 65.8 | 56.9 |
| | 2005 | 67.5 | 74.1 | 66.9 | 59.0 | 69.4 | 69.6 | 68.8 | 64.1 |
| | 2010 | 72.8 | 75.7 | 73.5 | 65.0 | 75.3 | 75.2 | 73.0 | 72.2 |
| % que usa un método tradicional** | 1990 | 11.5 | 13.0 | 10.9 | 5.0 | 12.4 | 16.7 | 11.4 | 11.6 |
| | 2000 | 13.6 | 11.9 | 12.1 | 13.5 | 13.9 | 16.1 | 11.9 | 18.2 |
| | 2005 | 10.7 | 8.4 | 11.3 | 11.4 | 10.4 | 11.8 | 10.0 | 12.5 |
| | 2010 | 6.3 | 5.1 | 6.9 | 6.5 | 6.4 | 6.3 | 6.0 | 7.1 |
| % con necesidad insatisfecha en anticoncepción†† | 1990 | 11.1 | 7.9 | 11.8 | 18.3 | 9.6 | 7.5 | 9.2 | 15.6 |
| | 2000 | 6.2 | 4.5 | 7.6 | 9.0 | 5.5 | 3.7 | 5.4 | 8.2 |
| | 2005 | 5.8 | 3.6 | 5.5 | 9.6 | 4.9 | 4.4 | 4.8 | 8.2 |
| | 2010 | 6.9 | 5.4 | 7.7 | 10.2 | 5.4 | 6.0 | 6.6 | 8.0 |
| % que desea tener un (otro) hijo más tarde‡‡ | 1990 | 19.7 | 22.1 | 18.3 | 19.2 | 18.9 | 20.7 | 20.7 | 17.4 |
| | 2000 | 16.7 | 18.9 | 15.3 | 19.9 | 14.1 | 15.7 | 17.3 | 15.3 |
| | 2005 | 16.3 | 18.1 | 15.8 | 18.0 | 13.9 | 16.4 | 16.6 | 15.5 |
| | 2010 | 17.0 | 18.6 | 14.6 | 19.0 | 15.4 | 17.5 | 17.2 | 16.5 |
| % que no desea tener (más) hijos§§ | 1990 | 64.0 | 62.0 | 67.9 | 63.6 | 64.4 | 62.1 | 62.1 | 68.4 |
| | 2000 | 69.5 | 66.0 | 72.2 | 65.0 | 71.3 | 73.0 | 67.7 | 74.3 |
| | 2005 | 71.2 | 71.0 | 71.7 | 67.7 | 73.9 | 71.4 | 70.0 | 74.3 |
| | 2010 | 70.1 | 67.1 | 74.7 | 65.6 | 73.2 | 70.4 | 69.2 | 72.8 |
| ADOLESCENTES Y MUJERES ADULTAS JÓVENES | | | | | | | | | |
| Tasa de fecundidad adolescente (nacimientos por 1,000 mujeres de 15–19 años) | 1990 | 70.0 | 43.0 | 100.0 | 90.0 | 62.0 | 47.0 | 63.0 | 90.0 |
| | 2000 | 85.0 | 69.0 | 90.0 | 92.0 | 83.0 | 87.0 | 71.0 | 134.0 |
| | 2005 | 90.0 | 88.0 | 95.0 | 88.0 | 95.0 | 83.0 | 79.0 | 128.0 |
| | 2010 | 84.0 | 64.2 | 84.6 | 96.3 | 82.4 | 83.3 | 73.0 | 122.0 |
| % de mujeres de 15–19 que ya son madres o actualmente están embarazadas | 1990 | 12.8 | 11.5 | 14.7 | 17.5 | 11.6 | 8.9 | 11.8 | 16.2 |
| | 2000 | 19.1 | 16.7 | 23.0 | 18.9 | 19.4 | 17.2 | 16.9 | 26.2 |
| | 2005 | 20.5 | 22.6 | 20.3 | 19.0 | 21.5 | 18.8 | 18.5 | 26.9 |
| | 2010 | 19.5 | 17.5 | 20.5 | 20.2 | 19.2 | 19.1 | 17.3 | 26.7 |

| Característica | Total | Región | | | | | Residencia | | |
|--|--------------------|--------|----------|-----------|---------|----------|------------|-------|------|
| | | Bogotá | Pacífica | Atlántica | Central | Oriental | Urbana | Rural | |
| ADOLESCENTES Y MUJERES ADULTAS JÓVENES (continuación) | | | | | | | | | |
| Medianas de edad*** | | | | | | | | | |
| A la primera relación sexual | 1990 | 20.2 | 20.8 | 18.9 | 19.0 | 21.4 | 20.7 | 20.7 | 19.3 |
| | 2000 | 18.8 | 18.9 | 18.3 | 19.0 | 18.7 | 18.8 | 18.9 | 18.1 |
| | 2005 | 17.9 | 18.1 | 17.6 | 18.5 | 17.8 | 17.8 | 18.1 | 17.2 |
| | 2010 | 17.6 | 17.5 | 17.2 | 18.2 | 17.4 | 17.6 | 17.7 | 17.2 |
| | A la primera unión | 1990 | 21.5 | 22.1 | 20.7 | 19.7 | 22.9 | 21.7 | 22.1 |
| Al primer nacimiento | 2000 | 21.4 | 22.6 | 21.3 | 20.3 | 21.9 | 21.6 | 22.0 | 19.7 |
| | 2005 | 21.8 | 23.0 | 22.4 | 21.2 | 22.2 | 21.1 | 22.5 | 19.9 |
| | 2010 | 21.5 | 23.8 | 21.2 | 20.6 | 21.2 | 20.7 | 22.2 | 19.3 |
| | 1990 | 22.6 | 23.6 | 22.0 | 21.2 | 23.8 | 22.4 | 23.4 | 21.5 |
| | 2000 | 21.8 | 22.5 | 21.2 | 21.5 | 22.1 | 21.6 | 22.4 | 20.0 |
| | 2005 | 21.6 | 22.0 | 21.1 | 21.8 | 21.4 | 21.1 | 22.1 | 19.8 |
| | 2010 | 17.6 | 22.8 | 21.3 | 21.7 | 20.9 | 21.0 | 22.0 | 19.8 |

*Número de nacimientos que tendría la mujer si pudiera evitar los no deseados. †Se refiere a si los nacimientos fueron imprevistos (i.e., deseados más tarde) o no deseados (i.e., ocurrieron después de que la mujer ya había logrado su tamaño de familia). ‡Incluye atención de médicos y enfermeras. Los datos se refieren a la atención prenatal recibida con el más reciente nacimiento entre las mujeres que tuvieron un hijo en los últimos cinco años antes de la encuesta. §Píldora, DIU, inyección, esterilización (femenina y masculina), implante, condón masculino y espermicidas. **Abstinencia periódica, retiro, amenorrea por lactancia y métodos folclóricos. ††Una mujer tiene una necesidad insatisfecha en anticoncepción si está en unión, es fértil, no desea tener un hijo en los próximos dos años o no desea tener (más) hijos, o si está actualmente embarazada o en amenorrea, y no está usando un método anticonceptivo. ‡‡Incluye a mujeres que reportaron desear tener un hijo más tarde, o estaban inseguras sobre cuándo tenerlo o estaban indecisas. §§Incluye a mujeres esterilizadas o cuyos maridos lo estaban. ***Las medianas se calculan entre las mujeres de 25 a 29 años.

Nota na=no aplicable.

Fuentes % que vive en áreas urbanas—Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Censo General 2005, Nivel Nacional, Cuadro C1, Población Ajustada al 30 de junio de 2005 por área según departamentos y municipios, Bogotá, 2008, pp. 471–496, <<http://www.dane.gov.co/censo/files/libroCenso2005nacional.pdf>>, consultado 6 de mayo, 2010. **Para los datos ENDS según año de la encuesta**—1990 (referencias 4 y 7); 2000 (referencias 60 y 65); 2005 (referencias 63 y 67); y 2010 (referencias 5 y 6).

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

©2011 Guttmacher Institute, una corporación sin ánimo de lucro, dedicada al progreso en la 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 (Ciudad de México y Buenos Aires). Es posible solicitar que se cedan los derechos de traducción de la información presentada en el informe.

ISBN: 978-1-934387-08-5

Cita sugerida: Prada E et al., *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2011.

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

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

www.guttmacher.org

