

## El aborto inducido: tasas estimadas y tendencias mundiales

Gilda Sedgh, Stanley Henshaw, Susheela Singh, Elisabeth Åhman, Iqbal H Shah

### Resumen

*Lancet* 2007; 370: 1338-45

Instituto Guttmacher, Nueva York, NY, Estados Unidos (G Sedgh ScD, S Henshaw PhD, S Singh PhD); Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza (E Åhman MA, I H Shah PhD)

Enviar correspondencia a:

Dr Gilda Sedgh, Guttmacher Institute, New York, NY 10038, USA  
gsedgh@guttmacher.org

**Antecedentes** La información sobre la incidencia del aborto inducido es crucial para identificar las necesidades de contar con políticas y programas destinados a reducir los embarazos no planeados. Dado que el aborto realizado en condiciones de riesgo es causa de morbilidad y mortalidad maternas, la medición de su incidencia también es fundamental para dar seguimiento al progreso hacia el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio. Presentamos nuevas estimaciones mundiales de las tasas y las tendencias del aborto, y analizamos sus implicaciones en las políticas y los programas dirigidos a reducir los embarazos no planeados y los abortos realizados en condiciones de riesgo y a aumentar el acceso al aborto seguro.

**Métodos** Las incidencias mundiales y regionales de abortos seguros en 2003 se calcularon a través de informes de los sistemas nacionales oficiales de información, encuestas representativas a nivel nacional y estudios publicados. Las tasas de abortos realizados en condiciones de riesgo en 2003 se calcularon a partir de datos de hospitales, encuestas y otros estudios publicados. Se aplicaron técnicas demográficas para estimar la cantidad de abortos y calcular las tasas y las razones para 2003. Las estimaciones realizadas por la ONU de las poblaciones de mujeres y de nacidos vivos fueron la fuente para los denominadores de las tasas y las razones, respectivamente. Las regiones están definidas de acuerdo con la clasificación de la ONU. Se presentan las tendencias en las tasas y las incidencias del aborto entre 1995 y 2003.

**Hallazgos** En 2003 se indujeron una cantidad estimada de 42 millones de abortos, en comparación con 46 millones en 1995. La tasa de abortos inducidos en 2003 fue de 29 por mil mujeres entre 15 y 44 años de edad, menos que los 35 por mil de 1995. Las tasas de abortos más bajas (12 por mil mujeres) fueron las de Europa Occidental. Las tasas calculadas fueron de 17 por mil mujeres en Europa Septentrional, 18 por mil mujeres en Europa Meridional, y 21 por mil mujeres en América Septentrional (Estados Unidos y Canadá). En 2003, 48% de todos los abortos en el mundo fueron realizados en condiciones de riesgo, y más de 97% de todos los abortos realizados en condiciones de riesgo se practicaron en los países en desarrollo. En todo el mundo hubo 31 abortos por cada 100 nacidos vivos en 2003, y Europa Oriental tuvo la razón más elevada (105 por cada 100 nacidos vivos).

**Interpretación** Las tasas de abortos en general son similares en el mundo desarrollado y en el mundo en desarrollo, pero el aborto realizado en condiciones de riesgo se concentra más en el segundo. Asegurar que se satisfacen las necesidades de anticonceptivos y que todos los abortos sean seguros reducirá considerablemente la mortalidad materna y protegerá la salud materna.

### Introducción

El aborto inducido es uno de los mayores dilemas en materia de derechos humanos de nuestra época. Por lo tanto, es imperiosa la necesidad de contar con información científica y objetiva sobre la cuestión. No obstante, dada la naturaleza delicada del tema, las fuentes de datos son limitadas y es difícil conseguir información precisa sobre la ocurrencia del aborto inducido.

La distinción entre el aborto seguro y el aborto realizado en condiciones de riesgo es crucial porque cada uno tiene implicaciones diferentes para la salud pública. El aborto seguro tiene escasas consecuencias para la salud, mientras que el aborto realizado en condiciones de riesgo es una amenaza para la salud y la supervivencia de la mujer.<sup>1-5</sup> La OMS participa en los esfuerzos para mejorar la salud materna y reducir la mortalidad materna en 63 países prioritarios.<sup>5</sup> Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de la ONU, adoptados por 189 países, incluyen el objetivo de mejorar la salud materna y la meta específica de reducir la razón de mortalidad materna un 75% entre 1990 y 2015.<sup>6</sup> El aborto realizado en condiciones

de riesgo es una causa importante de mortalidad materna, por lo tanto medir su incidencia es fundamental para verificar los avances en este objetivo. El aborto realizado en condiciones de riesgo también tiene otras consecuencias, tales como costos económicos para los sistemas de salud y las familias, estigmatización y efectos psicosociales sobre las mujeres.

Todos los abortos, ya sea realizados en condiciones seguras o de riesgo, son un indicador poderoso de la incidencia de embarazos no planeados, y la información sobre las tasas de aborto puede afectar la asignación de recursos por parte de las autoridades nacionales, los países donantes y las agencias internacionales que apoyan los servicios de anticoncepción y donan suministros.

Este artículo presenta nuevas estimaciones de la incidencia del aborto inducido en todo el mundo, por región y según la seguridad del procedimiento, para 2003, el año más reciente para el cual se pudieron hacer cálculos mundiales. Definimos los abortos realizados en condiciones seguras y de riesgo e indicamos cómo estas

definiciones se entrecruzan con las leyes y las disposiciones sobre el aborto. Este artículo es el producto de una revisión profunda de la evidencia y de métodos sistemáticos de estimación, y representa la primera evaluación mundial que se conoce sobre la incidencia del aborto desde 1995, cuando se desarrollaron originalmente las estimaciones. Utilizamos métodos similares a los usados en 1995, y evaluamos las tendencias en abortos realizados en condiciones seguras y en condiciones de riesgo desde entonces.

## Métodos

### Fuentes de los datos

Con fines estimativos, se definen los abortos realizados en condiciones seguras como aquéllos que cumplen con los requisitos legales en los países donde el aborto es permitido legalmente bajo una extensa variedad de criterios. La OMS define el aborto realizado en condiciones de riesgo como cualquier procedimiento para terminar un embarazo no planeado realizado por personas sin la calificación necesaria, o en un ambiente que no cumple con los estándares médicos mínimos, o ambos (panel 1).<sup>6</sup> Están incluidos los abortos realizados en países con leyes restrictivas sobre el aborto, y los abortos que no cumplen los requisitos legales en países con leyes menos restrictivas. Aunque no hay una correlación perfecta entre el estatus legal del aborto y su seguridad, existe bastante evidencia que indica que, en los países donde el procedimiento está legalmente permitido dentro una extensa gama de criterios, la mayoría de los abortos son seguros. Por contraste, en las naciones donde el procedimiento está sumamente restringido por la ley, con frecuencia los abortos son realizados por personal no calificado, o autoinducidos o llevados a cabo por profesionales médicos en condiciones antihigiénicas. Incluso cuando los realizan médicos capacitados, la naturaleza clandestina e ilegal del aborto en estos países significa que la mujer no contará con apoyo médico inmediato en caso de una emergencia, que podría no recibir la atención posaborto de calidad y que, de surgir complicaciones, la mujer podría retrasar la búsqueda de atención.

Para muchos países, las estadísticas más actualizadas sobre el aborto seguro disponibles a la fecha de la recolección de datos son de 2003. Aunque existen algunas estadísticas para años más recientes, el tener datos comparativos para todos los países era importante con el fin de producir estimaciones regionales y mundiales. Las estimaciones de los abortos realizados en condiciones de riesgo se basan en datos y estudios que abarcan distintos años, cuyo promedio aproximado es 2003. Las estimaciones para años distintos de 2003 se proyectaron hacia adelante o hacia atrás hasta 2003 en los casos en que había datos sobre las tendencias. En los casos en que no existía evidencia de cambios en las tasas con el paso del tiempo, se aplicaron las tasas de otros años a los datos de población de la ONU para 2003.

### Panel 1: Definiciones de aborto realizado en condiciones seguras y en condiciones de riesgo

#### Abortos seguros

Abortos que cumplen con una de las siguientes condiciones: (a) se realizan en países donde la legislación sobre el aborto no es restrictiva;\* y (b) cumplen con los requisitos legales en países cuya legislación es restrictiva.†

#### Abortos realizados en condiciones de riesgo

Abortos realizados por personas sin la calificación necesaria o en un entorno que no cumple con los mínimos estándares médicos, o ambos. Están incluidos: (a) los abortos en países cuya legislación es restrictiva; y (b) los que no cumplen con los requisitos legales en los países cuya legislación no es restrictiva.

\*Definidos como países donde el aborto está permitido legalmente por motivos sociales o económicos o sin especificación de motivo, y unos pocos países y territorios con leyes formales más restrictivas, pero donde el aborto seguro está ampliamente disponible. †Estos abortos son muy pocos en la actualidad como para ser incluidos en estas estimaciones.

La mayoría de los países donde el aborto es accesible legalmente, a solicitud de la mujer o bajo una gama de circunstancias, tienen un mecanismo para recopilar estadísticas sobre los procedimientos. Obtuvimos esta información de informes publicados, sitios web o solicitudes especiales realizadas a los organismos públicos pertinentes, o de bases de datos compiladas por la Oficina Regional para Europa de la OMS o del Consejo de Europa.

Examinamos informes en busca de datos sobre cuán completos eran los registros sobre abortos, y en cada solicitud de datos incluimos una pregunta acerca de si las estadísticas eran completas. Además, consultamos los estudios existentes y a varios expertos nacionales e internacionales sobre la calidad de las estadísticas sobre aborto. Entre los expertos se incluyeron investigadores, funcionarios de organismos de gobierno dedicados a recolectar información sobre el aborto, y administradores de programas de aborto y planificación familiar que estuvieran familiarizados con las prácticas de registro de información. Cuando las estadísticas se consideraron completas o prácticamente completas, como fue el caso de varios países de Europa Septentrional y Occidental, no se realizaron ajustes. En otros países corregimos los números registrados para compensar el subregistro, tal como indicaron los expertos. Empleamos el mismo factor de corrección que utilizamos en nuestro estudio anterior cuando no teníamos evidencia suficiente de cambios en la calidad de los registros.<sup>1</sup>

En dos tercios de los países donde existen informes oficiales, y donde el aborto es considerado seguro, los informes se consideraron completos y los datos no se ajustaron. En los países restantes, el factor de corrección promedio fue de 1,4 (que corresponde a un 40% de inflación sobre el cálculo oficial). Los factores de

corrección variaron de 1,5 (Estados Unidos) a 3,0 (Bangladesh). El factor de inflación para Bangladesh fue elevado porque las estadísticas oficiales de ese país incluyen sólo los procedimientos de regulación menstrual (el único procedimiento legalmente permitido), la mayoría de los cuales no se declara.

Varios países donde el aborto suele estar permitido legalmente no cuentan con sistemas precisos de información sobre el aborto; sin embargo, aparecen declaraciones de las mujeres en las encuestas nacionales. En estos casos utilizamos el número de abortos inducidos estimado por las encuestas. Dado que las encuestas estructuradas alcanzan a registrar como mucho entre 80 y 85% del aborto, incrementamos 20% las cifras de las encuestas, un cálculo conservador del grado de subregistro.<sup>7</sup>

Para algunos países de Asia y Europa Oriental, los datos sobre los abortos se obtuvieron de dos fuentes: encuestas de hogares para períodos cercanos a 2003 y estadísticas gubernamentales para los años intermedios entre las encuestas y 2003. En los países donde las encuestas mostraron más abortos de los contados por las estadísticas oficiales, consideramos que las estimaciones de las encuestas eran más completas, ya que es sabido que incluso éstas subestiman el número de abortos.<sup>8</sup> Utilizamos la línea de tendencia de las estadísticas oficiales para proyectar los cálculos desde el año de la encuesta hacia 2003.

Para aquellos países que cuentan con estadísticas o datos de encuestas para un año comprendido en los cuatro años anteriores a 2003 (o sea, entre 1999 y 2003) y sin información sobre cambios en los niveles de aborto a lo largo del tiempo, aplicamos la tasa correspondiente al año disponible a la cifra de población de 2003 y así calculamos el número de abortos en 2003. Para algunos países que carecían de datos suficientes, ya sea de estadísticas oficiales o de encuestas, aplicamos una tasa de aborto de variante baja, media o alta, según la prevalencia de anticonceptivos y las tasas de fecundidad.

En el caso de dos países, los métodos subyacentes a las estimaciones merecen un análisis especial debido a su extensa población y a la dificultad de estimar la cantidad de abortos seguros. En India, aunque es sabido que las estadísticas oficiales sobre aborto legal omitieron numerosos abortos seguros realizados por médicos, existía poca base para estimar la incidencia de abortos seguros en 1995. Un estudio de 2002 proporcionó un cálculo nacional de los abortos basado en una encuesta en centros médicos de seis estados.<sup>9</sup> El estudio indicó que se realizaron 6,4 millones de abortos en India, de los cuales 2,4 millones fueron seguros. El total fue similar a nuestro cálculo para 1995, pero el número estimado de abortos seguros en 2003 fue muy superior a nuestro cálculo para 1995 (1,1 millón). En Vietnam, los datos oficiales muestran un fuerte descenso en el número de abortos desde mediados de los años noventa. Sin embargo, las Encuestas de Demografía y Salud

(ENDESA) con representatividad nacional realizadas en 1996 y 2003 indican que la tasa de abortos se mantuvo estable o creció levemente, y los expertos indican que se produjo un aumento de abortos realizados en clínicas particulares y en hospitales públicos pero no registrados. Las estadísticas oficiales no reflejan estas cifras. Aplicamos la tasa de cambio anual basada en las encuestas a nuestra estimación para 1995, calculada según estadísticas estatales, para obtener un cálculo para 2003. Hay información más detallada sobre las fuentes de datos utilizadas para calcular los abortos seguros.<sup>8</sup>

#### **Panel 2: Lista de países por región geográfica de acuerdo a la ONU**

##### **África**

###### *África Oriental*

Burundi, Comores, Djibouti, Eritrea, Etiopía, Kenia, Madagascar, Malawi, Mauricio, Mozambique, Reunión, Rwanda, Somalia, Tanzania, Uganda, Zambia, Zimbabwe

###### *África Central*

Angola, Camerún, República Centroafricana, Chad, Congo, República Democrática del Congo, Guinea Ecuatorial, Gabón, Santo Tomé y Príncipe

###### *África Septentrional*

Argelia, Egipto, Libia, Marruecos, Sudán, Túnez, Sahara Occidental

###### *África Meridional*

Botswana, Lesotho, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia

###### *África Occidental*

Benín, Burkina Faso, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Liberia, Mali, Mauritania, Níger, Nigeria, Senegal, Sierra Leona, Togo

##### **Asia**

###### *Asia Oriental*

China, Hong Kong Región Administrativa Especial de China, Macao Región Administrativa Especial de China, Corea del Norte, Japón, Mongolia, Corea del Sur

###### *Asia Meridional-Central*

Afganistán, Bangladesh, Bután, India, Irán, Kazajistán, Kirguistán, Maldivas, Nepal, Pakistán, Sri Lanka, Tayikistán, Turkmenistán, Uzbekistán

###### *Asia Sudoriental*

Brunei, Birmania, Camboya, Timor-Leste, Indonesia, Laos, Malasia, Filipinas, Singapur, Tailandia, Vietnam

###### *Asia Occidental*

Armenia, Azerbaiyán, Bahrein, Chipre, Georgia, Irak, Israel, Jordania, Kuwait, Líbano, Territorio Palestino Ocupado, Omán, Qatar, Arabia Saudita, República Árabe Siria, Turquía, Emiratos Árabes Unidos, Yemen

(Continúa en la siguiente página)

(Viene de la página anterior)

## Europa

### Europa Oriental

Belarús, Bulgaria, República Checa, Hungría, Moldavia, Polonia, Rumania, Rusia, Eslovaquia, Ucrania

### Europa Septentrional

Islas del Canal, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Islandia, Irlanda, Letonia, Lituania, Noruega, Suecia, Reino Unido

### Europa Meridional

Albania, Bosnia y Herzegovina, Croacia, ex República Yugoslava de Macedonia, Grecia, Italia, Malta, Portugal, Serbia y Montenegro, Eslovenia, España

### Europa Occidental

Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Luxemburgo, Países Bajos, Suiza

## América Latina y el Caribe

### Caribe

Bahamas, Barbados, Cuba, Dominica, República Dominicana, Guadalupe, Haití, Jamaica, Martinica, Antillas Neerlandesas, Puerto Rico, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tobago, Islas Vírgenes de Estados Unidos

### América Central

Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá

### América del Sur

Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Uruguay, Venezuela

## América del Norte

Canadá, Estados Unidos

## Oceanía

### Australia y Nueva Zelanda

Australia, Nueva Zelanda

### Melanesia

Fiji, Nueva Caledonia, Papúa-Nueva Guinea, Islas Salomón, Vanuatu

### Micronesia

Guam, Micronesia

### Polinesia

Polinesia Francesa, Samoa, Tonga

## Regiones desarrolladas

América del Norte, Europa, Japón, Australia y Nueva Zelanda

## Regiones en desarrollo

África; Américas, con exclusión de Canadá y Estados Unidos; Asia, con exclusión de Japón; y Oceanía, con exclusión de Australia y Nueva Zelanda

	Número de abortos (millones)		Tasa de abortos*	
	1995	2003	1995	2003
Mundo	45,6	41,6	35	29
Países desarrollados	10,0	6,6	39	26
Excluida Europa Oriental	3,8	3,5	20	19
Países en desarrollo	35,5	35,0	34	29
Excluida China	24,9	26,4	33	30
Estimaciones por región				
África	5,0	5,6	33	29
Asia	26,8	25,9	33	29
Europa	7,7	4,3	48	28
América Latina y el Caribe	4,2	4,1	37	31
América del Norte	1,5	1,5	22	21
Oceanía	0,1	0,1	21	17

\*Abortos por mil mujeres con edades de 15-44 años.

**Tabla 1: Número estimado de abortos inducidos y tasas de aborto, a nivel mundial y regional 2003 y 1995**

La OMS calcula periódicamente la incidencia de abortos realizados en condiciones de riesgo para cada región y subregión del mundo, y lo ha hecho durante los últimos 20 años. Los abortos realizados en condiciones de riesgo sólo pueden calcularse con técnicas indirectas que recurren a toda la evidencia disponible, incluida la información sobre las complicaciones tratadas en hospitales, los estudios sobre las condiciones del aborto realizado en condiciones de riesgo y lo que informan las mujeres a través de las encuestas.<sup>10</sup> Estas estimaciones se corroboran nuevamente con datos sobre tasas de fecundidad,<sup>11</sup> en relación con la prevalencia de anticonceptivos<sup>12,13</sup> y las tendencias, y la necesidad insatisfecha de planificación familiar, cuando estos datos están disponibles.<sup>14-16</sup> Como existen brechas en la base de evidencias, hay un grado de incertidumbre e imprecisión en los cálculos específicos para los países, los cuales, por lo tanto, se emplean exclusivamente con el propósito de agregación para los niveles regionales y subregionales. Para los países que cuentan con datos sobre la cantidad de mujeres hospitalizadas por complicaciones derivadas del aborto, la incidencia del aborto realizado en condiciones de riesgo se calculó mediante una técnica ampliamente utilizada, que ajusta esas cifras al porcentaje estimado de mujeres que se practican abortos y que no necesitan o no reciben tratamiento.<sup>17</sup>

Ocasionalmente, las respuestas de las mujeres en las encuestas de hogares proporcionan tasas de aborto de las cuales se puede estimar la cantidad nacional de abortos. Algunas encuestas de hogares informan sobre el porcentaje de mujeres, en edad reproductiva, que alguna vez se realizó un aborto en condiciones de riesgo, y esos porcentajes fueron convertidos a tasas anuales. Cuando se obtuvieron los datos de un estudio hospitalario subnacional o un estudio comunitario, los resultados fueron ponderados a la población del país para ajustarlos

	Número de abortos (millones)			Tasa de aborto*		
	Total	Seguros	En condiciones de riesgo	Total	Seguros	En condiciones de riesgo
<b>Total</b>						
Mundo	41,6	21,9	19,7	29	15	14
Países desarrollados	6,6	6,1	0,5	26	24	2
Países en desarrollo	35,0	15,8	19,2	29	13	16
<b>Estimaciones por región</b>						
África	5,6	0,1	5,5	29	‡	29
África Oriental	2,3	†	2,3	39	‡	39
África Central	0,6	†	0,6	26	‡	26
África Septentrional	1,0	†	1,0	22	‡	22
África Meridional	0,3	0,1	0,2	24	5	18
África Occidental	1,5	†	1,5	27	‡	28
Asia	25,9	16,2	9,8	29	18	11
Asia Oriental	10,0	10,0	†	28	28	‡
Asia Sudcentral	9,6	3,3	6,3	27	9	18
Asia Sudoriental	5,2	2,1	3,1	39	16	23
Asia Occidental	1,2	0,8	0,4	24	16	8
Europa	4,3	3,9	0,5	28	25	3
Europa Oriental	3,0	2,7	0,4	44	39	5
Europa Septentrional	0,3	0,3	†	17	17	‡
Europa Meridional	0,6	0,5	0,1	18	15	3
Europa Occidental	0,4	0,4	†	12	12	‡
América Latina y el Caribe	4,1	0,2	3,9	31	1	29
Caribe	0,3	0,2	0,1	35	19	16
América Central	0,9	†	0,9	25	‡	25
América del Sur	2,9	†	2,9	33	‡	33
América del Norte	1,5	1,5	†	21	21	‡
Oceanía	0,1	0,1	0,02	17	15	3‡

\*Abortos por 1000 mujeres entre 15 y 44 años de edad. †Menos de 0,05. ‡Menos de 0,5. †La tasa de 11 publicada por la OMS se refiere a las regiones en desarrollo de Oceanía y no incluye las poblaciones de Australia y Nueva Zelanda.

**Tabla 2: Número estimado de abortos inducidos en condiciones seguras y en condiciones de riesgo, y tasas de abortos por región y subregión, 2003**

a las distribuciones rurales y urbanas de la muestra comparada con el país en su totalidad. En el caso de un número pequeño de países que no cuentan con información, se asumió que tienen la misma tasa que otros países en la misma región, o que otros países con legislación sobre el aborto y tasas de fecundidad y uso de anticonceptivos similares. También está disponible una descripción más detallada de los métodos para calcular las tasas de aborto realizados en condiciones de riesgo.<sup>18</sup>

### Datos demográficos

Para calcular las tasas de aborto totales—realizado en condiciones seguras y de riesgo—utilizamos estimaciones de la cantidad de mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años) como el denominador; para calcular las razones correspondientes, el denominador fue el número de nacimientos en 2003.<sup>11</sup> Para calcular la proporción de embarazos que terminan en abortos, consideramos el número de embarazos como la suma de todos los nacidos

vivos, los abortos inducidos y las pérdidas espontáneas de embarazos (abortos espontáneos y mortinatos). Estimamos los números de pérdidas espontáneas de embarazos usando un enfoque basado en modelos derivados de estudios clínicos de pérdidas de embarazo por edad de gestación; éste indicó que la pérdida espontánea de embarazos equivale a 20% del número de nacimientos más 10% del de abortos inducidos.<sup>19</sup> La cantidad de abortos, las tasas y las razones se calcularon por regiones definidas de acuerdo a la ONU (panel 2), siguiendo divisiones geográficas conocidas.<sup>11</sup>

### Papel de la fuente de financiación

La fuente de financiación no tuvo ninguna participación en el diseño del estudio, la recolección de datos, el análisis y la interpretación de los mismos, o la redacción del informe. El autor correspondiente tuvo pleno acceso a la totalidad de los datos en el estudio y fue responsable de la decisión de presentarlo a publicación.

### Resultados

En 2003 hubo un estimado de 42 millones de abortos inducidos, en comparación con 46 millones estimados en 1995 (tabla 1). La tasa mundial de abortos (el número anual de abortos inducidos por mil mujeres entre 15 y 44 años de edad) fue de 29 en 2003, menos que los 35 de 1995. La tasa total de aborto, que puede interpretarse como la cantidad de abortos que tendrá una mujer si las tasas vigentes se mantienen a lo largo de su vida reproductiva, representó 1,1 en 1995 y 0,9 en 2003. Una evaluación de las tendencias entre 1995 y 2003 debe tomar en cuenta el hecho de que las cifras para ambos años son estimaciones y no valores precisos. Además, es posible que las mejoras en la disponibilidad de datos y en los métodos de estimación hayan contribuido a que las estimaciones para África fueran más elevadas en 2003 que en 1995. Sin embargo, la disminución en las tasas de aborto de algunas regiones es considerable y probablemente real.

El descenso observado fue mayor en las regiones desarrolladas (panel 2) que en los países en desarrollo. En las regiones desarrolladas, la mayor disminución en las tasas de aborto sucedió en Europa Oriental, donde se estimó en 90 por mil mujeres en 1995<sup>1</sup> y en 44, en 2003. Este descenso ya había comenzado antes de 1995.<sup>1</sup> En otras partes de las regiones desarrolladas, la tasa de aborto descendió moderadamente en Oceanía (que consiste principalmente en Australia y Nueva Zelanda) y mínimamente en América Septentrional (Canadá y Estados Unidos).

En el mundo en desarrollo, la cantidad total de abortos cambió muy poco (de 35,5 millones a 35,0 millones), pero la tasa descendió de 34 a 29 por mil mujeres (aproximadamente 15%). En China, que representa 20% de todos los abortos del mundo, al parecer la tasa descendió un poco más de 20%. Cuando se excluyó a China del cálculo, el número total de abortos de los países en desarrollo de hecho aumentó 1,5 millones y la tasa se redujo sólo un 9%.

El número absoluto estimado de abortos en África fue mayor en 2003 que en 1995, pero fue inferior en 2003 en Asia y en América Latina y el Caribe. Sin embargo, la tasa de aborto pareció haber descendido en África, América Latina y el Caribe y Asia. Las tendencias contrastantes entre la cantidad de abortos y las tasas de abortos se explican por el crecimiento de la población durante este lapso. Debido a la concentración de la población mundial en Asia, más de la mitad de los abortos del mundo en 2003 (26,4 millones) se realizaron allí, y una proporción considerable de éstos (8,6 millones) correspondieron a China.

Casi la mitad de todos los abortos en 2003 fueron realizados en condiciones de riesgo (tabla 2). En las regiones desarrolladas, la mayoría de los abortos (92%) fueron seguros, pero en los países en desarrollo, más de la mitad (55%) se hicieron en condiciones de riesgo, incluyendo 38% de los abortos en Asia, 94% en América Latina y el Caribe, y 98% en África. En general, 97% de todos los abortos realizados en condiciones de riesgo en 2003 correspondieron a los países en desarrollo.

La tasa de abortos por cada mil mujeres fue similar para África, Asia, Europa y América Latina y el Caribe, pero inferior en América Septentrional y Oceanía (tabla 2). Sin embargo, existió variación dentro de las regiones (el nivel subregional). Dentro de África, la tasa de abortos varió de 22 (África Septentrional) a 39 (África Oriental), y dentro de América Latina y el Caribe, varió de 25 (América Central) a 35 (Caribe). Dentro de Asia, la tasa varió de 24 (Asia Occidental) a 39 (Asia Sudoriental).

La tasa más baja de abortos por mil mujeres se obtuvo en Europa Occidental (12) y también fue baja en Europa Septentrional y Meridional (17–18), y en Oceanía (17). En estas zonas geográficas, la mayoría de los abortos fueron legales y la incidencia de abortos había sido baja durante décadas.<sup>20</sup> América Septentrional también tuvo una tasa baja de abortos de 21. De las subregiones donde la mayoría de los abortos fueron legales, dos exhibieron tasas constantes de abortos elevadas: Europa Oriental con 44, y en menor grado, Asia Oriental con 28. Aunque la tasa en Europa Oriental descendió sustancialmente en años recientes, sigue siendo mayor que la de cualquier otra región.

La razón de abortos (el número de abortos por cada 100 nacidos vivos) fue de aproximadamente 31 en 2003 a nivel mundial (tabla 3). Las razones de abortos seguros y de abortos realizados en condiciones de riesgo fueron similares entre sí (16 y 15, respectivamente). Las razones de abortos en los países en desarrollo tendieron a ser inferiores a las de las naciones desarrolladas, aunque las tasas fueron comparables o superiores en los países en desarrollo, mayormente porque las tasas de nacimientos fueron más altas en esos países.

La razón de aborto más elevada fue la de Europa Oriental (105 por cada 100 nacidos vivos) como consecuencia de la conjunción de una elevada incidencia

	Razón de abortos*			% de embarazos que terminan en aborto†		
	Total	Seguros	En condiciones de riesgo	Total	Seguros	En condiciones de riesgo
<b>Total</b>						
Mundo	31	16	15	20	11	10
Países desarrollados	50	46	3	28	26	2
Países en desarrollo	29	13	16	19	9	11
<b>Estimaciones por región</b>						
África	17	‡	17	12	‡	12
África Oriental	20	‡	20	14	‡	14
África Central	12	‡	12	9	‡	9
África Septentrional	21	‡	20	15	‡	14
África Meridional	24	5	18	16	4	13
África Occidental	14	‡	14	10	‡	10
Asia	34	21	13	22	13	8
Asia Oriental	51	51	‡	29	29	‡
Asia Sudcentral	24	8	16	17	6	11
Asia Sudoriental	45	19	27	27	11	16
Asia Occidental	22	14	7	15	10	5
Europa	59	53	6	32	29	3
Europa Oriental	105	92	13	45	39	5
Europa Septentrional	31	31	‡	20	20	‡
Europa Meridional	38	31	7	24	19	4
Europa Occidental	23	23	‡	16	16	‡
América Latina y el Caribe	35	2	33	22	1	21
Caribe	42	23	19	25	14	11
América Central	26	‡	26	18	‡	18
América del Sur	38	‡	38	23	‡	23
América del Norte	33	33	‡	21	21	‡
Oceanía	22	19	4§	15	13	3

\*Por cada 100 nacimientos. †Embarazos estimados, incluyendo nacidos vivos, abortos inducidos, abortos espontáneos y mortinatos. ‡Inferior a 0,5. §La razón de 8 publicada por la OMS se refiere a las regiones en desarrollo de Oceanía y no incluye los nacimientos en Australia y Nueva Zelanda.

**Tabla 3: Razones estimadas de abortos a nivel mundial, regional y subregional y porcentajes de embarazos que terminaron en aborto, 2003**

de abortos y bajas tasas de fecundidad. En esta región, el número de abortos fue ligeramente superior al número de nacimientos, en promedio. Las razones de aborto también fueron elevadas en Asia Oriental (con el predominio de China), Asia Sudoriental y el Caribe.

En todo el mundo hubo un estimado de 205 millones de embarazos (nacidos vivos, abortos espontáneos, mortinatos y abortos inducidos) en 2003, de los cuales aproximadamente 20% terminaron en abortos inducidos. En Europa Oriental, casi la mitad de todos los embarazos concluyeron en abortos inducidos, mientras que en América Septentrional, uno de cada cinco terminó así. Aun en las regiones donde un porcentaje bajo de los embarazos concluyen en abortos inducidos, como en África Central y Occidental, aproximadamente uno de cada 10 embarazos fue terminado.

### Análisis

Los datos presentados aquí brindan nuevas estimaciones de la incidencia del aborto a nivel mundial y regional, que no se habían actualizado desde 1995. Ante la escasez de información en muchos países, especialmente aquéllos donde la legislación sobre el aborto es sumamente restrictiva, el presente estudio recurrió a todas las fuentes de información disponibles y usó métodos sistemáticos y consistentes para calcular la incidencia del aborto. La información sobre las tasas y las tendencias del aborto tiene importantes consecuencias para los interesados en muchos campos, incluyendo la salud pública, las políticas públicas, la legislación y los derechos reproductivos.

Las estimaciones presentadas aquí indican que la incidencia mundial del aborto inducido ha disminuido desde 1995, pero las tendencias han sido variables en las distintas regiones. El cambio en las regiones en desarrollo (excluida China) ha sido moderado. Sin embargo, se observó un descenso contundente y mucho mayor de la incidencia del aborto en el conjunto de las regiones desarrolladas. El cambio más pronunciado ocurrió en los países de la ex Unión Soviética (que abarca principalmente a Europa Oriental, pero también incluye algunos países de Europa Septentrional, Asia Sudcentral y Occidental).<sup>18</sup> Aunque la magnitud de este descenso podría sobrestimarse porque los abortos se practican cada vez más en el sector privado—y se podría subestimar la incidencia de estos procedimientos—, la reducción en las tasas de abortos coincidió con incrementos considerables en el uso de anticonceptivos en la región.<sup>21,22</sup> Con respecto a la planificación familiar, la época soviética se caracterizó por el acceso limitado a los servicios anticonceptivos, combinado con un acceso a servicios abortivos para la mujer sin costo o con costo mínimo.<sup>23</sup> Desde entonces, los esfuerzos de los donantes internacionales y los organismos estatales mejoraron el acceso a la información sobre anticonceptivos y suministros,<sup>21</sup> mientras que el costo del aborto ha subido en muchos lugares.<sup>23</sup>

Aunque las tasas y las razones de aborto en los países de la antigua Unión Soviética han caído considerablemente en los últimos años, las tasas de Europa Oriental siguen siendo más elevadas que en cualquier otra región. Este resultado sugiere la necesidad de que continúen las mejoras y la expansión en la oferta de servicios de anticoncepción. La preferencia generalizada por tener familias pequeñas en esta región indica un alto nivel de necesidad de anticonceptivos eficaces.<sup>21,24</sup>

La incidencia del aborto en 2003 fue entre moderada y alta en la región africana. El número estimado de abortos realizados en condiciones de riesgo en 2003 fue superior al de 1995, en parte porque los estudios en el período intermedio revelaron altos niveles de este tipo de abortos, y en parte porque la población había crecido. Las altas tasas de aborto en África Subsahariana coexisten con altos niveles de necesidades insatisfechas de

anticoncepción,<sup>25</sup> y las tasas de África Oriental superiores a las de África Occidental reflejan una demanda global de planificación familiar superior en África Oriental.<sup>25</sup>

Los abortos realizados en condiciones de riesgo y en condiciones seguras corresponden en gran medida a los abortos ilegales y legales, respectivamente (panel 1). Los resultados presentados en el presente artículo indican que una legislación no restrictiva sobre el aborto no pronostica una elevada incidencia de abortos, y con la misma moneda, una legislación muy restrictiva sobre el aborto no está asociada necesariamente con la baja incidencia de abortos. De hecho, tanto las tasas de aborto más altas como las más bajas se observaron en regiones donde el aborto es casi uniformemente legal en una amplia variedad de circunstancias.

Los resultados de estudios anteriores han mostrado una fuerte correlación entre el aborto y el uso de anticonceptivos, de tal manera que, en lugares con tasas estables de fecundidad, con el correr del tiempo, la incidencia del aborto desciende a medida que el uso de los anticonceptivos aumenta.<sup>26</sup> El análisis de las tendencias en Europa Oriental y Asia Occidental y Sudcentral muestra que este patrón es evidente en esas regiones.<sup>22</sup>

Aunque es probable que el aborto sea seguro en los países donde es legalmente accesible en una amplia variedad de circunstancias, siguen practicándose abortos en condiciones de riesgo en algunos de estos lugares debido a la escasa información o capacidad de acceso a servicios médicos seguros. En Europa Oriental y Asia Central, de 8 a 16 por cada 100 procedimientos generan complicaciones posteriores al aborto y de 15 a 50% de las muertes maternas se derivan del aborto.<sup>21</sup> Algunos de los abortos de alto riesgo son ilegales; otros son legales pero realizados en malas condiciones o con métodos inapropiados. Más a menudo, sin embargo, los abortos legales son seguros. En Estados Unidos, menos de 0,3% de las mujeres que se someten a abortos tienen complicaciones que requieren internación hospitalaria,<sup>27</sup> y los abortos (tanto espontáneos como inducidos) representan 4% de las muertes maternas.<sup>28</sup>

De manera similar, algunos abortos en contextos restrictivos son realizados por personal capacitado, pero la mayoría de los abortos en estos lugares presentan altos riesgos para la vida y la salud de la mujer. En África, donde el aborto está sumamente limitado por la legislación de casi todos los países, se producen 650 muertes por cada 100 mil procedimientos, en comparación con menos de 10 por cada 100 mil procedimientos en las regiones desarrolladas.<sup>18</sup> Mundialmente, se estima que cinco millones de mujeres son hospitalizadas cada año para recibir tratamiento por complicaciones derivadas de abortos realizados en condiciones de riesgo.<sup>29</sup> Asimismo, los procedimientos ilegales son perjudiciales—aunque no generen estas consecuencias—porque requieren que las mujeres actúen violando la ley y a menudo sin el conocimiento o el apoyo de sus parejas o familiares.

También debemos señalar que el nivel de riesgo asociado con el aborto realizado en condiciones de riesgo varía según las circunstancias y puede cambiar con el paso del tiempo. En Perú y Filipinas, la tasa de hospitalización por complicaciones derivadas del aborto ha descendido, aunque la ley sobre el aborto siguió siendo restrictiva y la tasa de abortos permaneció constante.<sup>17,30-32</sup> El acceso a métodos más seguros de aborto (especialmente los realizados con misoprostol exclusivamente) y a personal mejor capacitado hizo que los abortos sean, en cierto grado, más seguros en esos países.<sup>30,31</sup> La legalización del aborto puede tener un efecto sustancial en la seguridad del procedimiento: en Sudáfrica, la incidencia de infecciones derivadas del aborto descendió 52% cuando entró en vigor una ley más permisiva sobre el aborto en 1997.<sup>33</sup>

A nivel mundial, la tasa de abortos realizados en condiciones de riesgo descendió levemente entre 1995 y 2003, pero la proporción de todos los abortos llevados a cabo en condiciones de riesgo creció de 44 a 48% en el mismo intervalo. Estas conclusiones refuerzan la necesidad de asegurar que los recursos existentes para reducir las tasas de abortos realizados en condiciones de riesgo se empleen en todo su potencial. La OMS difundió una guía técnica y política para ayudar a que los países logren que el aborto seguro sea accesible al grado máximo permitido por la ley;<sup>34</sup> ésta incluye: el uso de métodos seguros ahora accesibles para los abortos realizados durante el primer trimestre, en particular la extracción por aspiración manual y eléctrica y el aborto médico; la capacitación al personal de salud sobre prácticas de aborto seguras y asépticas; la capacitación a profesionales de salud de nivel medio para realizar estos procedimientos al grado permitido por la ley; la existencia del equipamiento y los suministros necesarios para realizar procedimientos seguros y apropiados; y la atención posaborto de alta calidad, que incluye consejería y servicios de anticoncepción.

En el origen del aborto inducido está el embarazo no planeado. Un número estimado de 108 millones de mujeres casadas en los países en desarrollo tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos,<sup>35</sup> y cada año se dan 51 millones de embarazos no planeados en esta región, en mujeres que no utilizan métodos anticonceptivos. Veinticinco millones de embarazos adicionales se producen a raíz del uso incorrecto o inconsistente del anticonceptivo o por la falla del método.<sup>36</sup> El satisfacer la necesidad de anticonceptivos y mejorar la eficacia de su uso entre las mujeres y las parejas que ya los utilizan son pasos cruciales para reducir la incidencia de los embarazos no planeados.

Las estimaciones de la incidencia y las tendencias del aborto son medios necesarios para dar seguimiento y responder a sus causas, incluida la necesidad insatisfecha de anticoncepción, y, en el caso del aborto realizado en condiciones de riesgo, responder a sus consecuencias, tales como la morbilidad y la mortalidad materna. En

nuestra investigación hemos podido estimar las tasas y las tendencias del aborto por región geográfica y de acuerdo a la seguridad del procedimiento. El contar con investigaciones adicionales que examinen las variaciones dentro y entre las regiones, y a lo largo del tiempo en la incidencia de los embarazos no planeados, los tipos de procedimientos de aborto usados y la gravedad de las consecuencias del aborto realizado en condiciones de riesgo, ayudaría a identificar dónde se necesitan más mejoras en los servicios y si están en descenso los riesgos para la salud asociados con el aborto realizado en condiciones de riesgo. En virtud de los recientes mandatos de los organismos intergubernamentales, las tecnologías ahora disponibles para la anticoncepción y para el aborto, y las estimaciones presentadas en este artículo, la prevención del aborto realizado en condiciones de riesgo es una meta imperativa para la salud pública.

#### Contribuyentes

GS participó en la recolección de los datos y la estimación de la incidencia del aborto seguro, la redacción de partes del artículo, la edición del mismo y la preparación de las tablas. SH, SS e IHS participaron con asistencia técnica durante la recolección y el análisis de los datos, la redacción de partes del artículo y la edición del mismo. EÁ participó en la recolección de los datos y la estimación de la incidencia del aborto realizado en condiciones de riesgo, la redacción de partes del artículo y la edición del mismo.

#### Declaración de conflicto de intereses

Declaramos que no tenemos conflictos de intereses.

#### Reconocimientos

Este estudio fue financiado por la OMS y el Banco Mundial.

#### Referencias

- 1 Henshaw SK, Singh S, Haas T. The incidence of abortion worldwide. *Int Fam Plann Perspect* 1999; 25: S30-S38.
- 2 Grimes DA, Benson J, Singh S, et ál. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet* 2006; 368: 1908-1919.
- 3 OMS. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004.
- 4 Fondo de Población de las Naciones Unidas y University of Aberdeen. Maternal mortality update 2004: delivering into good hands. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2004.
- 5 Department of Making Pregnancy Safer, OMS. Annual report 2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2006.
- 6 OMS. The prevention and management of unsafe abortion: report of a technical working group. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1992.
- 7 Singh S, Henshaw SK, Berensten K. Abortion: a worldwide overview. En: Basu AM, ed. The sociocultural and political aspects of abortion. Westport, CT: Praeger Publishers, 2003: 15-47.
- 8 Sedgh G, Henshaw SK, Singh S, Akinrinola B, Drescher J. Legal abortion worldwide: incidence and recent trends. *Int Family Plann Perspect* 2007; 33: 106-116.
- 9 Duggal R, Ramachandran V. Summary and key findings, Abortion Assessment Project India. Mumbai, India: Center for Enquiry into Health and Allied Themes (CEHAT) y Healthwatch, 2004.
- 10 Llovet JJ, Ramos S. Induced abortion in Latin America: strategies for future social research. *Reprod Health Matters* 1998; 6: 55-63.
- 11 Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población. World population prospects: the 2004 revision. Nueva York: Naciones Unidas, 2005.
- 12 División de Población de las Naciones Unidas. World contraceptive use 2001. Nueva York: Naciones Unidas, 2002.
- 13 División de Población de las Naciones Unidas. World contraceptive use 2005. Nueva York: Naciones Unidas, 2006.



- 14 Westoff CF, Ochoa LH. Unmet need and the demand for family planning. DHS Comparative Studies No. 5. Columbia, MD: Institute for Resource Development/Macro International, 1991.
- 15 Westoff CF, Bankole A. Unmet need: 1990–1994. DHS Comparative Studies No. 16. Calverton, MD: Macro International, 1995.
- 16 Westoff CF. Unmet need at the end of the century. DHS Comparative Reports No. 1. Calverton, MD: ORC Macro, 2001.
- 17 Singh S, Wulf D. Estimated levels of induced abortion in six Latin American countries. *Int Fam Plann Perspect* 1994; **20**: 4–13.
- 18 OMS. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003, 5a ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (en prensa).
- 19 Leridon H. Human fertility: the basic components. Chicago: University of Chicago Press, 1977.
- 20 Henshaw SK, Singh S, Haas T. Recent trends in abortion rates worldwide. *Int Fam Plann Perspect* 1999; **25**: 44–48.
- 21 Centers for Disease Control and Prevention (CDC) y ORC Macro. Reproductive, maternal and child health in Eastern Europe and Eurasia: a comparative report (revised 2005). Atlanta y Calverton, MD: CDC y ORC Macro, 2003.
- 22 Westoff CF. Recent trends in abortion and contraception in 12 countries. DHS Analytical Studies No. 8. Princeton, NJ y Calverton, MD: Office of Population Research, Princeton University y ORC Macro, 2005.
- 23 Agadjanian V. Is “abortion culture” fading in the former Soviet Union? Views about abortion and contraception in Kazakhstan. *Stud Fam Plann* 2002; **33**: 237–248.
- 24 Goldberg H, Serbanescu F. Induced abortion in the Caucasus republics: a detailed analysis. Presented at the International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP) XXV International Population Conference, Tours, Francia, 18–23 de Julio, 2005.
- 25 Westoff CF. New estimates of unmet need and the demand for family planning. DHS Comparative Reports No. 14. Calverton, MD: Macro International, 2006.
- 26 Marston C, Cleland J. Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence. *Int Fam Plann Perspect* 2003; **29**: 6–13.
- 27 Henshaw SK. Unintended pregnancy and abortion: a public health perspective. En: Paul M, Stubblefield PG, Grimes DA, Lichtenberg ES, Borgatta L, eds. A clinician’s guide to medical and surgical abortion. Nueva York: Churchill Livingstone, 2006: 11–22.
- 28 Chang J, Elam-Evans LD, Berg CJ, et ál. Pregnancy-related mortality surveillance—United States, 1991–1999. *MMWR Surveillance Summaries* 2003; **52**: 1–8.
- 29 Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet* 2006; **368**: 1887–1892.
- 30 Ferrando D. Prevalencia del aborto inducido en el Perú. Lima, Perú: Pathfinder International y Flora Tristan, 2001.
- 31 Juarez F, Cabigon J, Singh S, Hussain R. The incidence of induced abortion in the Philippines: current level and recent trends. *Int Fam Plann Perspect* 2005; **31**: 140–149.
- 32 Singh S, Cabigon JV, Hossain A, Kamal H, Perez AE. Estimating the level of abortion in the Philippines and Bangladesh. *Int Fam Plann Perspect* 1997; **23**: 100–107.
- 33 Jewkes R, Rees H, Dickson K, Brown H, Levin J. The impact of age on the epidemiology of incomplete abortions in South Africa after legislative change. *BJOG* 2005; **112**: 355–359.
- 34 OMS. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003.
- 35 Sedgh G, Hussain R, Bankole A, Singh S. Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method. Nueva York: Guttmacher Institute, 2007.
- 36 Singh S, Darroch JE, Vlassoff M, Nadeau J. Adding it up: the benefits of investing in sexual and reproductive health care. Nueva York: The Alan Guttmacher Institute y Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2003.