

Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia

CAUSAS Y CONSECUENCIAS



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.

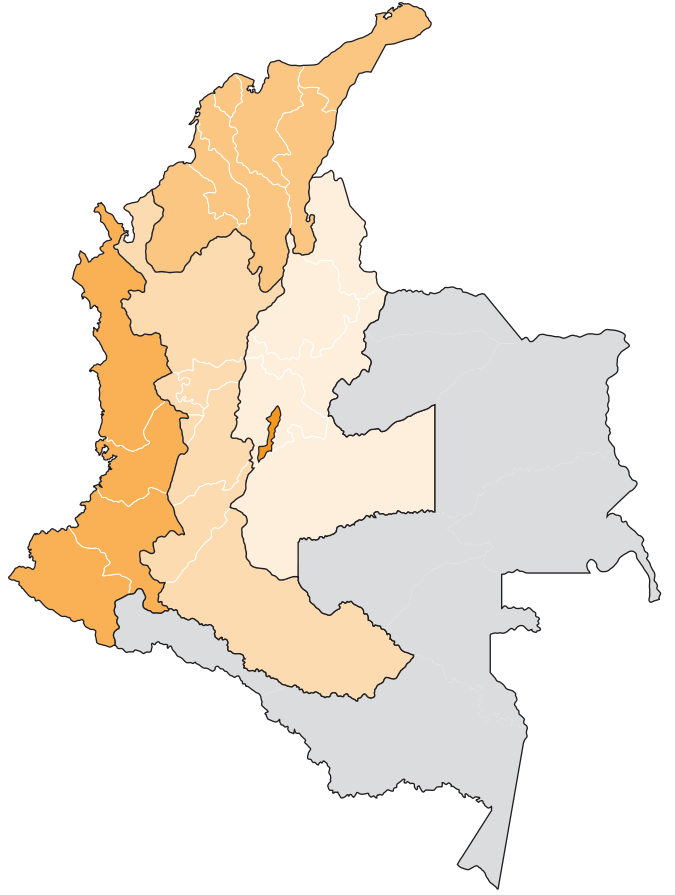
Las autoras expresan su agradecimiento a los siguientes miembros del personal, actuales y pasados del Guttmacher Institute, por su asistencia en varias etapas de la preparación de este informe: Fernanda Abella, Suzette Audam, Akinrinola Bankole, Ann E. Biddlecom, Patricia Donovan, Gustavo Suárez y Jonathan 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.





Complicaciones del aborto y atención postaborto

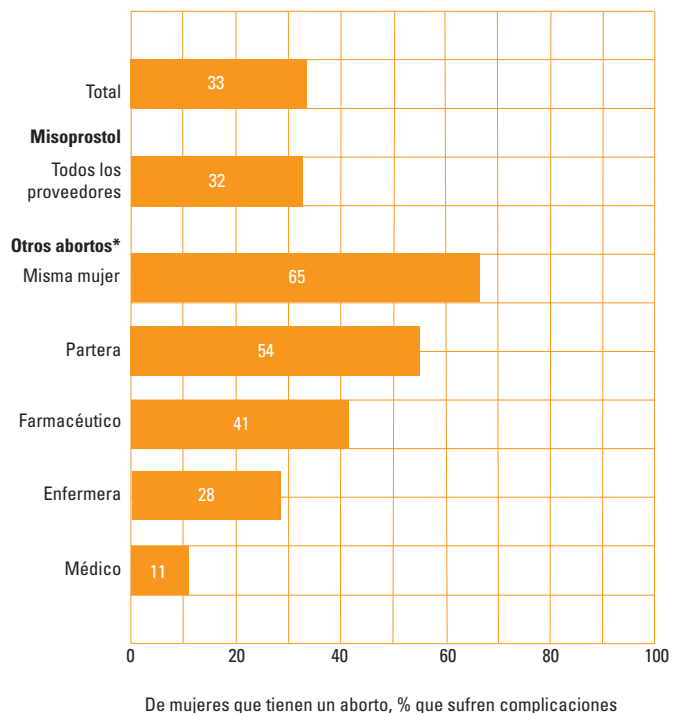
Cuando el aborto es realizado por profesionales capacitados y bajo condiciones higiénicas, menos del 0.3% de los procedimientos conducen a complicaciones que requieren atención en alguna institución de salud.⁴¹ En Colombia, donde los abortos legales son pocos, la situación es diferente. Sin embargo, 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

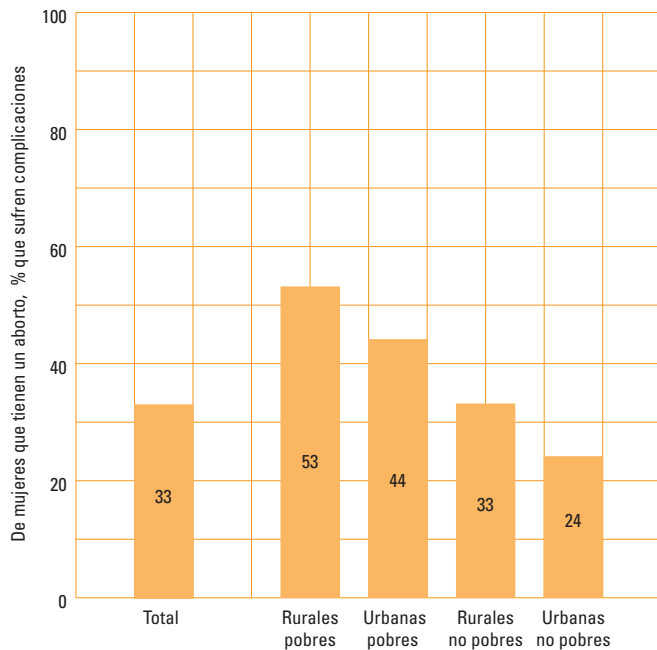
GRÁFICO 3.1

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?

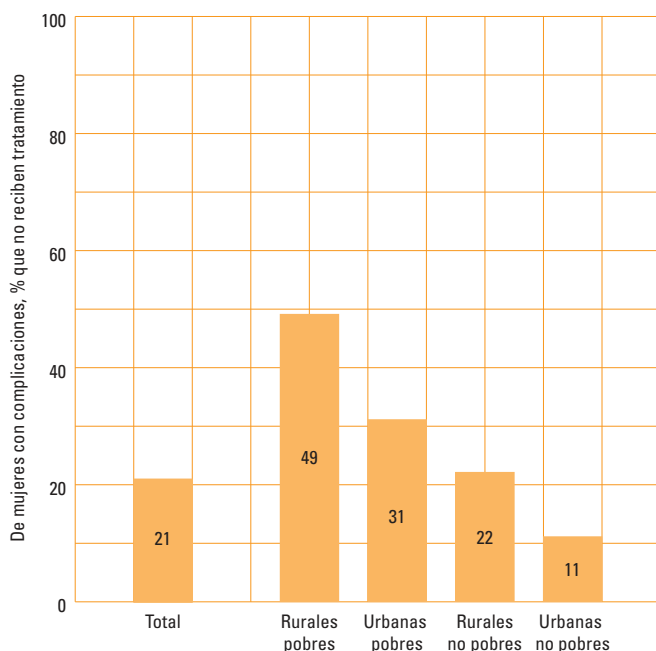
No todas las mujeres que sufren complicaciones post-aborto reciben la atención médica que necesitan. Para mencionar algunos pocos ejemplos de todo el mundo, las mujeres pueden auto-medicarse con el fin de mantener su aborto en secreto; otras pueden no buscar los servicios necesarios debido a que prefieren 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%).

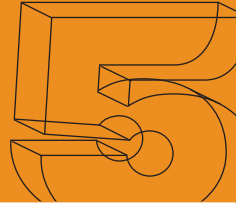
Características de la atención postaborto

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 persistan. 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.



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 promisorio 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.

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.

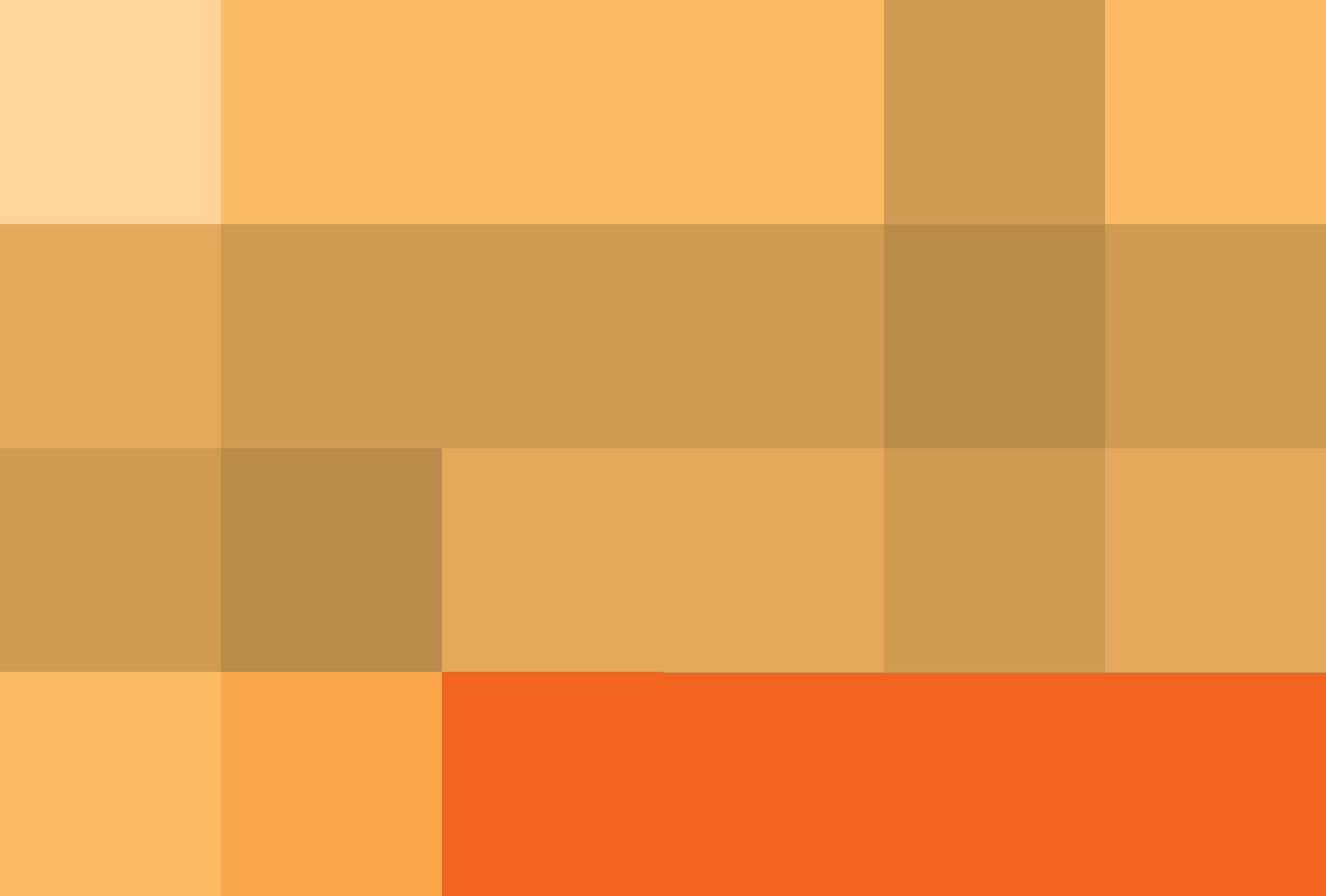
ISBN: 978-1-934387-08-5

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



GUTTMACHER
I N S T I T U T E