

# EL ABORTO COMO UN ASUNTO DE SALUD PÚBLICA



El aborto como un asunto de salud pública.  
Enero 2021.

**Ipas México** alienta la distribución pública, así como la reproducción parcial o total del presente documento siempre y cuando se cite la fuente. En ningún caso esta obra podrá ser usada con fines comerciales, su difusión es gratuita.

Líder de proyecto: Fernanda Díaz de León.

Creación y revisión de contenidos: Ma. Elena Collado, Marisol Escudero, Alexis Hernández y Ramón Salazar.

Revisión editorial: Laura Andrade y Paula García.

Diseño original: Laura Próspero.

## EL ABORTO COMO UN ASUNTO DE SALUD PÚBLICA

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), un aborto inseguro o peligroso<sup>1</sup> es una intervención destinada a poner fin a un embarazo practicada por una persona carente de la capacitación necesaria, cuando se realiza en un entorno que no cumple con las normas médicas mínimas, o bien cuando se combinan ambas circunstancias. Dentro de la categoría de aborto inseguro o peligroso, la OMS incluye las subcategorías de aborto “menos seguro” y “nada seguro”, con lo que se permite un análisis matizado de las diferentes circunstancias en las que ocurren estos procedimientos.

El “aborto menos seguro” se refiere a un procedimiento practicado por un profesional calificado pero que no utilizó un método recomendado, o bien por una persona no calificada que utilizó un método recomendado. Los “abortos nada seguros” son aquellos realizados por personas no calificadas con métodos peligrosos.

---

1. La traducción que la OMS emplea de “unsafe abortion” en español es “aborto peligroso”. En este material se emplea indistintamente aborto peligroso y aborto inseguro, por ser este último el término más ampliamente diseminado en español.

## PRIMERA PARTE: ABORTO A NIVEL GLOBAL

Las evidencias epidemiológicas y clínicas demuestran que el aborto inseguro, realizado en un marco legalmente restringido, está relacionado con:



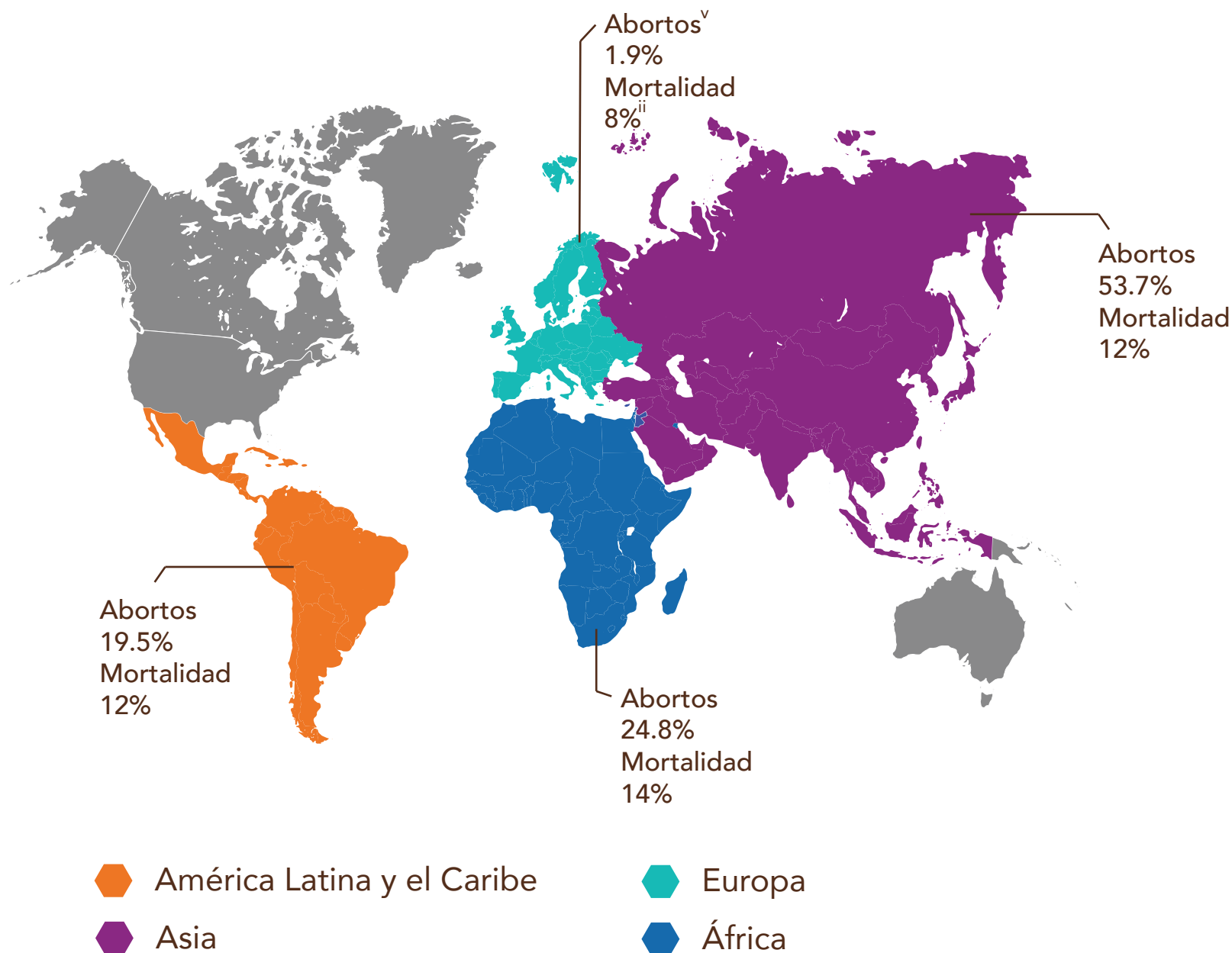
### a) Elevada mortalidad materna

- La OMS estima que el **13% de las muertes maternas** a nivel global **son derivadas de la práctica insegura del aborto.**<sup>i,ii</sup>
- Se calcula que en el mundo se practican cerca de **19 millones de abortos inseguros** o peligrosos y el **97% de ellos se realizan en países en vías de desarrollo.**<sup>ii</sup>

### Muertes por cada 100 mil abortos practicados en condiciones de riesgo

Países desarrollados	30 mujeres
Países en desarrollo	220 mujeres
África Subsahariana <sup>iii</sup>	550 mujeres
América Latina y del Caribe <sup>iv</sup>	62 mujeres

## Mujeres en edad reproductiva que se practican abortos inseguros



La tasa de mortalidad derivada del aborto en condiciones de riesgo en países pobres es más elevada que la de un aborto legal en países desarrollados como Estados Unidos, Canadá y la región de Europa Occidental.<sup>i,ii</sup> Los factores asociados a muertes maternas por aborto inseguro o peligroso son: la condición socioeconómica de la mujer;<sup>vi</sup> la falta de acceso a servicios de salud y a una buena atención obstétrica de emergencia;<sup>vii</sup> leyes restrictivas y barreras relacionadas con el estigma.<sup>vi-viii</sup>



## **b) Morbilidad severa y complicaciones a corto y largo plazo**

- La OMS estima que siete millones de mujeres sufren secuelas temporales o permanentes después de un aborto practicado en condiciones inseguras, siendo mucho más frecuentes en abortos de la subcategoría “nada seguro”, entre las cuales se encuentran las hemorragias, infecciones, lesiones vaginales, perforaciones uterinas y daño al tracto uterino.<sup>iii</sup>



## **c) Costos excesivos que recaen sobre los sistemas de salud**

A nivel mundial, se estima que el costo anual del tratamiento de las complicaciones por aborto practicado en condiciones inseguras es de US\$ 533 millones.<sup>iii</sup> El impacto del aborto inseguro o peligroso sería fácilmente prevenible si se implementaran leyes permisivas y servicios de salud accesibles, con personal capacitado y disponibilidad de los insumos adecuados, con lo que se ahorraría una gran proporción de los costos derivados de las complicaciones por abortos practicados en condiciones de inseguridad.

## ABORTO Y LEGISLACIÓN

Si bien en contextos legalmente restrictivos es posible acceder a un aborto seguro, la evidencia global muestra que **las leyes restrictivas están asociadas con elevadas tasas de abortos inseguros o peligrosos**. Un estudio conjunto entre la OMS y el Instituto Guttmacher demostró que, en países donde el aborto está completamente prohibido o que su legislación únicamente lo permite cuando la vida de la mujer está en riesgo,



**3 de cada 4 abortos se practican en condiciones de inseguridad;**

por el contrario, en aquellos **países donde el aborto es legal y más accesible,**



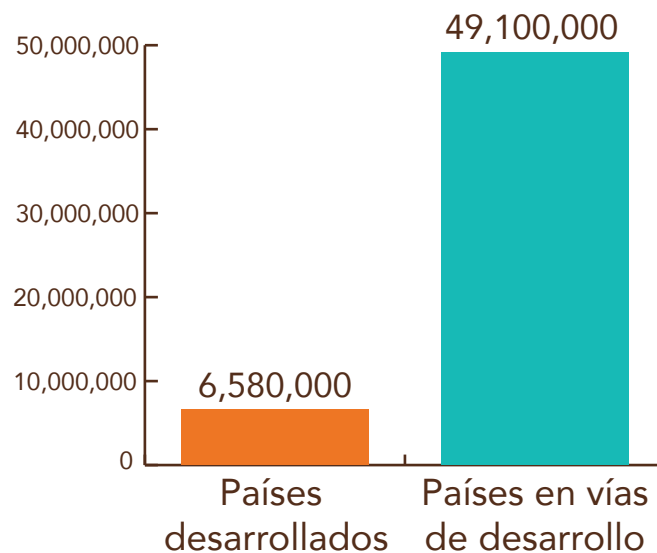
**9 de cada 10 procedimientos se realizan de manera segura.**



Restringir legalmente el aborto **no reduce** el número de abortos, pero sí **propicia que las mujeres recurran a abortos inseguros o peligrosos.**

Las tasas más altas de aborto se registran en países en donde el aborto está legalmente restringido.

Número de abortos seguros e inseguros por año



La práctica del aborto es siete veces mayor en países en desarrollo que en países desarrollados.<sup>v</sup>

Las tasas más bajas de aborto (menos de 10 por cada mil mujeres en edad reproductiva) se registraron en países de Europa Occidental, donde las leyes son menos restrictivas y permiten el aborto a solicitud de la mujer en comparación con países en Europa del Este, en donde la tasa es de más de 40 procedimientos por cada mil mujeres.<sup>xv</sup>

Se estima que en América Latina la tasa de abortos inseguros es de 31 procedimientos por cada mil mujeres entre los 15 y 44 años, mientras que en regiones donde hay un amplio acceso a procedimientos legales, como Europa, sólo 2 de cada mil procedimientos se realizan en condiciones de riesgo.<sup>xv</sup>



## ¿QUÉ NOS DICE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA?

Si el aborto está legalmente restringido o no, la probabilidad de que una mujer se realice este procedimiento es igual, **las restricciones legales no resultan en menos abortos ni en incremento de la natalidad.**

**Penalizar el aborto no evita su práctica,** sin embargo, **la restricción legal sí conlleva a abortos inseguros o peligrosos y por ende a un incremento en la morbilidad y mortalidad** al no contar con proveedores calificados y condiciones higiénicas adecuadas.<sup>ix</sup>

Un aborto en situaciones de seguridad técnica y sanitaria con un marco legal favorable y personal de salud calificado, es el evento obstétrico más seguro en la vida reproductiva de las mujeres, además con ello se respetan sus derechos sexuales y reproductivos.<sup>xi</sup>

De acuerdo con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés), en Estados Unidos **el aborto legalmente inducido conlleva un riesgo de muerte de 0.58 por cada 100 mil procedimientos, lo que lo hace tan seguro en términos sanitarios** como una inyección de penicilina.<sup>x</sup>

- La mortalidad por aborto en Estados Unidos es 29 veces menor a la de un parto a término: 16.9 por 100 mil.<sup>xi</sup>

Además, el aborto inducido en condiciones legales y seguras:

- NO tiene consecuencias sobre la fertilidad futura.<sup>xiii</sup>
- NO se asocia con el riesgo aumentado de cáncer de mama.<sup>xiv</sup>
- NO implica trastornos o alteraciones en la salud mental, ni se relaciona con un mayor riesgo de depresión, suicidio o muerte violenta.<sup>vii,ix</sup>

En años recientes se ha documentado que **en países donde existen pocas restricciones de acceso al aborto, la tasa de mortalidad y morbilidad reducen drásticamente**, además las brechas sociales se reducen en poblaciones vulnerables.

Aunque la legalidad es una condición fundamental, debe acompañarse de una política integral para garantizar el acceso y la calidad de los servicios, eliminar el estigma social y así brindar acceso a procedimientos de aborto legal y seguro para las niñas y mujeres que los necesiten.

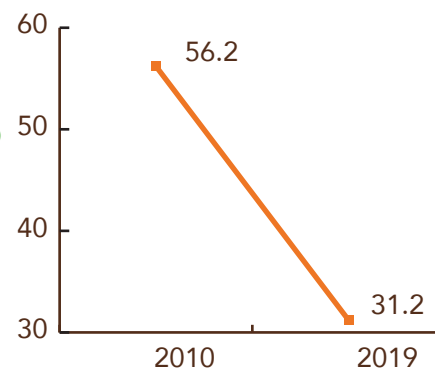


**Ampliar las bases legales para el aborto** da como resultado que las mujeres no pongan en riesgo su salud ni su vida al recurrir al aborto inseguro.

## SEGUNDA PARTE: EL ABORTO EN MÉXICO

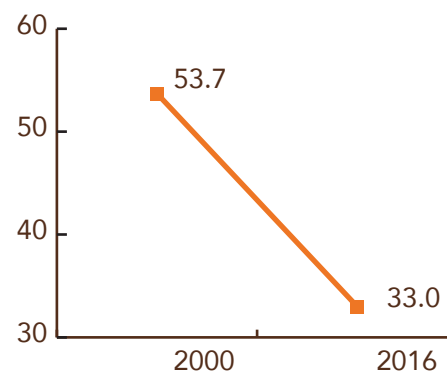
En México, la razón de mortalidad materna ha disminuido de 2010 a 2019, pasando de 56.2 a 31.2 respectivamente, por cada 100 mil nacimientos estimados, sin embargo, el 5% de estas muertes fueron por aborto.<sup>xvii</sup> Para 2019, el aborto se mantuvo como la cuarta causa de muerte materna en el país.<sup>xvii</sup>

### Mortalidad materna en México por cada 100 mil nacimientos



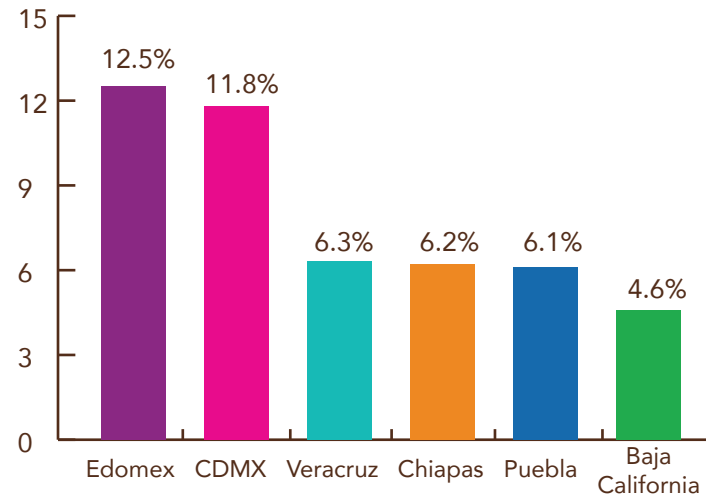
A nivel nacional, la tasa de letalidad, expresada como número de muertes por cada 100 mil abortos por año, ha disminuido de 53.7 muertes por 100 mil procedimientos en 2000 a una media nacional más baja de 33.0 en 2016.<sup>xviii</sup>

### Número de muertes por cada 100 mil abortos por año



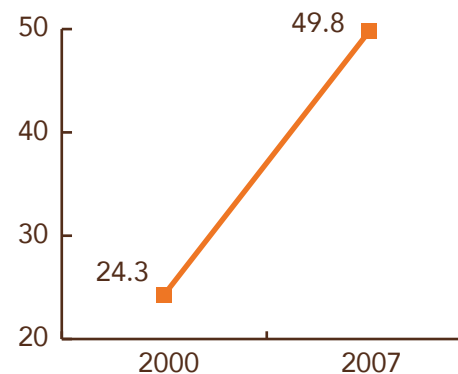
## MORTALIDAD POR ABORTO EN MÉXICO

De acuerdo con la información pública disponible más reciente, en 2018 el 47% de muertes por aborto se concentró en 6 entidades:<sup>xix</sup>



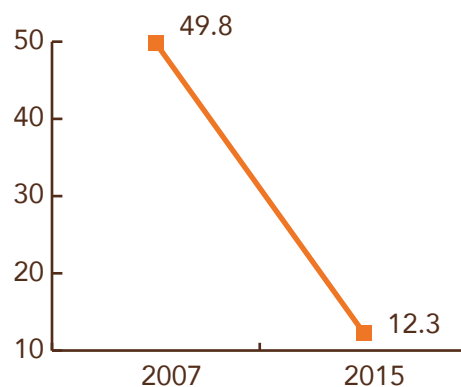
En el caso particular de la Ciudad de México, la letalidad por aborto presentaba una marcada tendencia al alza en los años previos a que se aprobó la interrupción legal del embarazo (ILE) hasta la semana 12 de la gestación, de 24.3 muertes por cada 100 mil abortos en el 2000 a 49.8 en 2007, año en que superó el promedio nacional.

### Letalidad por aborto en Ciudad de México antes de ILE



En los años posteriores al cambio de ley en la CDMX, se ha podido observar una marcada tendencia a la baja, llegando a 12.3 muertes por cada 100 mil abortos en 2015.<sup>xviii</sup> Aquí es importante aclarar que estas muertes en la CDMX fueron de mujeres con embarazos de más de 12 semanas fuera del Programa de Interrupción Legal del Embarazo (ILE) y cabe decir que, **desde su implementación en 2007 y hasta 2020 en que se elaboró esta publicación, el Programa de ILE no ha registrado una sola muerte relacionada con el procedimiento dentro de las 12 semanas de gestación.**

### Letalidad por aborto en Ciudad de México después de ILE



Estos datos revelan el estrecho vínculo entre la mortalidad materna y el aborto inseguro o peligroso, además, demuestran que el aborto sigue siendo un problema de salud pública en el que convergen profundas inequidades sociales, culturales y económicas, por lo que es también un problema de desigualdad de género y de injusticia social.

En todo México, durante el periodo de 2010 a 2018 **murieron 90 mil 562 mujeres de entre 10 y 40 años por causas relacionadas con el aborto practicado en condiciones de riesgo**. De acuerdo con los registros, tenían el siguiente perfil:

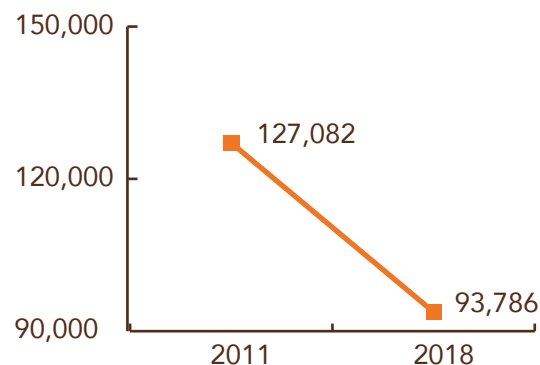
- 9% era menor de 18 años
- 32% se concentró entre mujeres de 18 a 30 años
- 34% reportó tener afiliación al entonces Seguro Popular
- 26% no tenía acceso a ningún servicio de salud<sup>xix</sup>

## MORBILIDAD POR ABORTO EN MÉXICO

La morbilidad por aborto **es compleja de medir porque hay lesiones que no se registran como causa de aborto y hay muchas mujeres que, por miedo, no buscan atención médica cuando presentan complicaciones**. Como indicador indirecto se utiliza el número de hospitalizaciones que se registran en las diversas instituciones del sector salud.

En 2018, los sistemas de información en salud registraron un total de 93 mil 786 egresos hospitalarios (morbilidad) por aborto, 30% menor a los registrado en 2011 que fueron 127 mil 082.<sup>xx</sup>

### Egresos hospitalarios por aborto en México

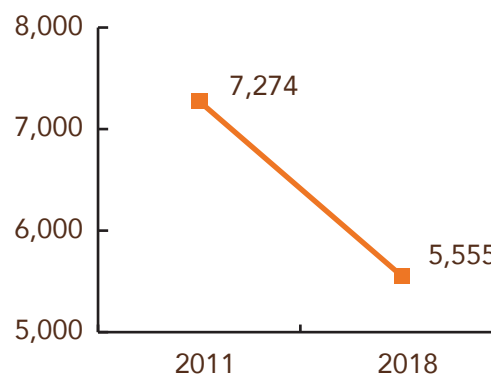


En 2018 el 28% de los egresos hospitalarios por aborto se registró en el grupo de 20 a 24 años de edad, el 23% en el de 25 a 29 años y el 21% entre 15 y 19 años.<sup>xx</sup>

El 75% de los egresos hospitalarios por aborto en 2018 se registraron en el entonces Seguro Popular. Por entidad federativa, **el estado que registró una mayor morbilidad por aborto fue el Estado de México con el 10.7%** y Colima con 0.7%.<sup>xx</sup>

En el caso específico de la Ciudad de México, en 2011 se registraron un total de 7 mil 274 egresos hospitalarios por aborto, mientras que en 2018 la cifra disminuyó a 5 mil 555, una reducción del 30% de casos.<sup>xx</sup>

### Egresos hospitalarios por aborto en Ciudad de México

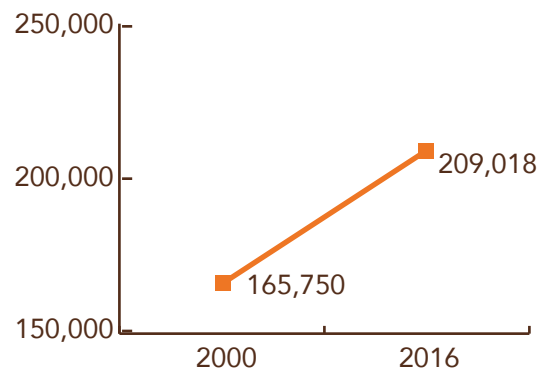


En 2018, el 29% de estos egresos se concentró en el grupo de edad de 20 a 24 años, el 41% no tenía ningún tipo de derechohabiencia<sup>2</sup> y el 34% estaba afiliada al entonces Seguro Popular.<sup>xx</sup>

2. Derechohabiencia: La afiliación a alguna institución de salud es una característica que determina de forma importante el nivel de acceso que una persona tiene a los servicios de atención médica.<sup>xxv</sup>

Debido al subregistro, **no es posible contar con información precisa sobre la ocurrencia del aborto en nuestro país.** De acuerdo con los registros públicos disponibles, entre el 2000 y el 2016 se registraron 3 millones 351 mil 704 procedimientos de aborto a nivel nacional en mujeres de 15 a 44 años, con base en ello, es posible inferir que la utilización de servicios de aborto pasó de 165 mil 750 en el 2000 a 209 mil 018 en 2016, lo cual representa una tasa de 7.0 abortos por cada mil mujeres entre 15 y 44 años.<sup>xviii</sup>

### Utilización de servicios de aborto



La Ciudad de México mostró una **tasa de utilización de servicios de aborto mayor a la nacional.** En el **2000 fue de 8.6 por cada mil mujeres y para el 2016 se incrementó a 14.4 por cada mil mujeres.** A partir de 2007, con los servicios ofrecidos por el Programa de Interrupción Legal del Embarazo (ILE), se comenzó a incrementar la tasa de utilización.<sup>xviii</sup>

**Sin embargo, cabe recalcar que desde 2007, en los servicios públicos de ILE, no se han reportado muertes maternas por aborto dentro de las 12 semanas del embarazo,**

debido a que se trata de procedimientos realizados con las tecnologías y estándares recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), lo cual los convierte en procedimientos seguros y eficaces, realizados por personal calificado y capacitado.<sup>xxi</sup>



Con las recientes modificaciones legales en el estado de Oaxaca de 2019, que permiten la interrupción del embarazo en las primeras 12 semanas, se espera observar un efecto similar. Con este avance, **el estado de Oaxaca se ha convertido en la segunda entidad federativa que modifica su legislación local a favor de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.**

## ¿QUÉ NOS DICE LA EVIDENCIA EN MÉXICO?

En consonancia con la experiencia internacional de los países con leyes liberales sobre el aborto, la evidencia ha demostrado que la puesta en marcha de la interrupción legal del embarazo dentro de las primeras 12 semanas de gestación en la Ciudad de México, **ha tenido resultados positivos sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres que han requerido de un aborto.**<sup>xxiii, xxiv</sup> De este modo, el acceso a los servicios de ILE:

- Garantiza su derecho al acceso a la atención en salud de calidad, además de favorecer el respeto a sus derechos sexuales y reproductivos.
- Ha disminuido la prevalencia de morbilidad y mortalidad por acceder a un aborto seguro y eficaz.
- Ha tenido un impacto económico en los servicios de salud, al disminuir la incidencia de complicaciones e intervenciones hospitalarias en comparación con las prácticas de abortos inseguros o peligrosos.

## RECOMENDACIONES

- Para disminuir la morbilidad y la mortalidad por causas obstétricas, es necesario garantizar acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, anticoncepción, atención calificada del parto, cuidados de emergencia obstétrica e interrupción legal y segura del embarazo para todas las mujeres y niñas que los requieran.
- Contar con un marco legal amplio que, además de garantizar el acceso a un aborto seguro, gratuito y de calidad, no imponga restricciones en cuanto a la razón o causas por las que la mujer desea interrumpir un embarazo.
- Implementar y fortalecer una política integral de salud sexual y reproductiva, basada en evidencia y en el marco de los derechos humanos, que garantice el conocimiento, acceso y uso de métodos anticonceptivos en hombres y mujeres para reducir embarazos no deseados y/o nacimientos no planificados, con énfasis en grupos específicos como niñas y adolescentes, poblaciones indígenas y en situación de marginación social.
- Implementar programas de capacitación y sensibilización a las y los profesionales de la salud con las guías y estándares de calidad para la provisión de un aborto seguro, basadas en la más reciente evidencia científica disponible.

## RECOMENDACIONES

- Impulsar la estrategia de delegación de funciones y reparto de tareas conforme a las directrices de la OMS,<sup>xvi</sup> a fin de optimizar las labores del personal sanitario, fortaleciendo el rol ampliado de enfermería para la provisión de servicios de aborto.
- Poner en marcha servicios de telemedicina para la atención domiciliaria del aborto con medicamentos, conforme a los estándares médicos recomendados y basados en evidencia.
- En el ámbito comunitario, difundir ampliamente información sobre el uso domiciliario del Misoprostol de manera segura, para promover la autogestión del aborto por parte de las mujeres, de acuerdo con las directrices y recomendaciones basadas en la evidencia más reciente disponible.

## REFERENCIAS

- i. World Health Organization. Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 1395.
- ii. Gebremedhin M; Semaheg A; Usmael T; Tesfaye G. Unsafe abortion and associated factors among reproductive aged women in Sub-Saharan Africa: A protocol for a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2018;7(1):1–5.
- iii. World Health Organization. Preventing unsafe abortion [Internet]. Protecting women and girls through safe abortion. 2019. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
- iv. Singh S; Remez L; Sedgh G; Kwok L; Onda T. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access [Internet]. 2018. Available from: <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>
- v. Ganatra B; Gerds C; Rossier C; Ronald B; Tuncalp O; Assif A; et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*. 2017;390(10110):2372–81.
- vi. Haddad L; Nour N. Unsafe abortion: unnecessary maternal mortality. *Rev Obstet Gynecol* [Internet]. 2009;2(2):122–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19609407><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2709326>
- vii. Guttmacher Institute. Facts on induced abortion worldwide. Vol. 41, World Health Organization. 2012.
- viii. Say L; Chou D; Gemmill A; Tuncalp O; Moller A; Daniels J; et al. Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *Lancet Glob Heal*. 2014;2(6):323–33.
- ix. World Health Organization. Information sheet Safe and unsafe induced abortion Global and regional levels in 2008 , and trends during 1995 – 2008 Information sheet. Information Sheet. 2008.
- x. Centers for Disease Control and Prevention. Abortion surveillance - United States, 2019. *MMWR Surveill Summ*. 2019;68(11):1–41
- xi. Centers for Disease Control and Prevention. Reproductive Health. Pregnancy Mortality Surveillance System. 2016.
- xii. World Health Organization. Safe abortion Clinical practice handbook for [Internet]. Who. 2012. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97415/1/9789241548717\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97415/1/9789241548717_eng.pdf)
- xiii. ESHRE Capri Workshop Group. Induced abortion. *Hum Reprod*. 2017;32(6):1160–9.
- xiv. Engelbert L; Kongnyuy E. Eliminating the high abortion related complications and deaths in Cameroon: The restrictive legal atmosphere on abortions is no acceptable excuse. *BMC Womens Health*. 2018;18(1):1–5.
- xv. World Health Organization. Information sheet Safe and unsafe induced abortion Global and regional levels in 2008 , and trends during 1995 – 2008 Information sheet. Information Sheet. 2008.
- xvi. Organización Mundial de la Salud. Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto. 2015.
- xvii. Dirección General de Epidemiología. Información Relevante Muertes Maternas. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. 2019.
- xviii. Darney B; Fuentes-Rivera E; Polo G; Saavedra-Avenidaño B; Alexander L et al. Con la ley y sin la ley/With and without the law: Utilization of abortion services and case fatality in Mexico, 2000–2016. *Int J Gynecol Obstet*. 2020;148(3):369–74.
- xix. Dirección General de Información en Salud. Cubos dinámicos. Defunciones 1998-2018. 2018.
- xx. Dirección General de Información en Salud. Cubos dinámicos. Egresos Hospitalarios 2011-2018. 2018.
- xxi. Clarke D; Mühlrad H. Abortion Laws and Women’s Health. *Inst Labor Econ* [Internet]. 2018;(11160200). Available from: <http://ftp.iza.org/dp11890.pdf>
- xxii. Levin C; Grossman D; Berdichevsky K; Diaz C, Aracenas B et al. Exploring the costs and economic consequences of unsafe abortion in Mexico City before legalisation. *Reprod Health Matters*. 2009;17(33):120–32.
- xxiii. Hu D; Bertozzi S; Gakidou E; Sweet S; Goldie S. The costs, benefits, and cost-effectiveness of interventions to reduce maternal morbidity and mortality in Mexico. *PLoS One*. 2007;2(8).
- xxiv. Hu D; Grossman D; Levin C; Blanchard K; Goldie S. Cost-effectiveness analysis of alternative first-trimester pregnancy termination strategies in Mexico City. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2009;116(6):768–79.
- xxv. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018 [Internet]. Vol. 1, Coneval. 2018. Available from: <https://www.coneval.org.mx/quienessomos/InvestigadoresAcademicos/Paginas/Investigadores-Academicos-2014-2015.aspx>[https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos\\_Sociales/Diag\\_derecho\\_Salud\\_2018.pdf](https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf)



Ipas es una organización internacional sin fines de lucro que trabaja en tres continentes: América, África y Asia, y en más de 30 países desde 1973, con el objetivo de incrementar la capacidad de las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, especialmente, el derecho al aborto.

# EL ABORTO COMO UN ASUNTO DE SALUD PÚBLICA

