

# Aborto inducido en Colombia: nuevas estimaciones y cambios de 1989 a 2008

Por Elena Prada,  
Ann Biddlecom y  
Susheela Singh

Elena Prada es consultora independiente radicada en Bogotá, Colombia. Ann Biddlecom fue investigadora asociada sénior en el Guttmacher Institute, Nueva York, cuando se completó la mayor parte del trabajo para este artículo; actualmente es la Jefe de la Sección de Fecundidad y Planificación Familiar, División de Población de las Naciones Unidas, Nueva York. Susheela Singh es Vicepresidenta de Investigación, Guttmacher Institute.

**CONTEXTO:** Si bien en 2006 la Corte Constitucional de Colombia despenalizó el aborto inducido bajo circunstancias selectas, ningún estudio en el país ha examinado si la incidencia del procedimiento ha cambiado con respecto a la única estimación nacional previa, la del 1989.

**MÉTODOS:** Los datos sobre el número de mujeres tratadas por complicaciones de aborto se obtuvieron con base en una encuesta representativa a nivel nacional aplicada en 300 instituciones públicas y privadas de salud. Las estimaciones sobre la probabilidad de que las mujeres que tienen un aborto sufran complicaciones y reciban tratamiento en una institución, se obtuvieron de una encuesta aplicada a 102 profesionales con amplios conocimientos sobre el tema. Se utilizaron técnicas de estimación indirecta para calcular medidas nacionales y regionales de aborto para 2008, mismas que se compararon con estimaciones para 1989. También se calcularon tasas de embarazos no planeados y distribuciones porcentuales de embarazos según su planeación y resolución.

**RESULTADOS:** Se estima que en 2008, unas 93,300 mujeres recibieron tratamiento por complicaciones derivadas de abortos inducidos en instituciones públicas y privadas de salud. En ese año, se realizaron unos 400,400 abortos estimados, lo que se traduce en una tasa de 39 por 1,000 mujeres de 15–44 años, un ligero aumento con respecto a 1989 (36 por 1,000). Las tasas variaron ampliamente entre regiones, de 18 abortos por 1,000 mujeres en la región Oriental a 66 por 1,000 en Bogotá. Pese a la decisión de la Corte, se realizaron en 2008 solamente 322 abortos legales (Interrupciones Voluntarias del Embarazo, o IVE). Entre 1989 y 2008, la proporción de embarazos que terminó en abortos inducidos aumentó del 22% al 29%; y la proporción de embarazos que fueron no planeados aumentó del 52% al 67%.

**CONCLUSIONES:** Es necesario mejorar la prestación y el acceso a los servicios anticonceptivos y de IVE, con el fin de responder a la creciente demanda que tienen las mujeres y parejas para la prevención del embarazo no planeado y para la prevención del aborto inseguro.

*Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2012, pp. 2–12*

Cuando un aborto es ilegal o clandestino, es alta la probabilidad de que sea inseguro. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto inseguro como “un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar médico mínimo, o ambos”.<sup>1</sup> La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994, instó a los gobiernos a tratar el aborto inseguro como un problema urgente de salud pública. Así mismo, en 1999, la Asamblea General de las Naciones Unidas citó la prevención del aborto inseguro como una de las estrategias que pueden reducir la morbilidad y la mortalidad materna.<sup>2</sup> En países con leyes de aborto altamente restrictivas, como la mayoría de los países en América Latina, muchas mujeres se auto-inducen el aborto, o se someten a un aborto de manera clandestina e insegura, debido a que enfrentan importantes barreras para procedimientos seguros.

Aunque las leyes en América Latina son altamente restrictivas, se estima que en 2003 se realizaron 4.1 millones de abortos en la región, una tasa de 31 por 1,000 mujeres de 15–44 años de edad.<sup>3</sup> Los datos recientes y específicos

por país son limitados, pero los estudios revelan amplias variaciones en las tasas de aborto—33 abortos por 1,000 mujeres en México en 2006,<sup>4</sup> 24 por 1,000 en Guatemala en 2003<sup>5</sup> y 54 por 1,000 en Perú en 2000.<sup>6</sup> Las estimaciones sugieren que el 95% de los abortos inducidos en la región son inseguros<sup>3</sup>—cerca de 3.9 millones cada año.<sup>7</sup>

Los pocos estudios que han sido publicados sobre la magnitud de la morbilidad relacionada con el aborto en América Latina y sobre el impacto del aborto inseguro en las vidas de las mujeres en la región, muestran que las consecuencias de los procedimientos inseguros pueden ser muy graves. El aborto inseguro es la quinta causa más común de mortalidad materna en México<sup>4</sup> y la tercera causa más común en Guatemala.<sup>5</sup> Aunque los datos para Colombia son escasos, la evidencia sugiere que el aborto inseguro fue la segunda causa más importante de mortalidad materna a mediados de los años noventa.<sup>8</sup> Desde entonces, sin embargo, el aborto inseguro se ha convertido en una causa menos significativa: la proporción de muertes maternas resultantes del aborto inseguro disminuyó del 16% en 1994<sup>8</sup> al 9% en 2007;<sup>9</sup> y en los pasados cinco años, el aborto inseguro ha sido la cuarta o quinta causa

más común de mortalidad materna. Igualmente, carecemos de datos sobre la morbilidad debida al aborto inseguro—por lo menos sobre los casos que llegan a una institución médica. El último estudio que estimó el número de mujeres atendidas por complicaciones postaborto arrojó datos sobre el 1989: en ese año, se estimó que unas 58,000 mujeres en Colombia recibieron tratamiento en instituciones de salud debido a complicaciones de aborto inseguro.<sup>10</sup>

Previamente al estudio actual, los datos más recientes sobre la incidencia del aborto en Colombia eran de dos estudios realizados a principios de los años noventa. Un estudio, basado en una metodología indirecta, estimó que en 1989 unos 288,400 abortos inducidos fueron practicados en Colombia y que la tasa de aborto nacional era de 34 por 1,000 mujeres en edades de 15–49 años.<sup>11</sup> El otro estudio, que usó una metodología directa, estimó una tasa de 25 por 1,000 mujeres urbanas en edades de 15–55 años en el período 1988–1991.<sup>12</sup> Desde entonces, no se han llevado a cabo estudios a nivel nacional sobre la incidencia o prevalencia del aborto inducido; las estimaciones que se citan algunas veces varían considerablemente y no se basan en estudios realizados.<sup>13</sup>

Desde 1989, han ocurrido varios cambios importantes en la situación, métodos y disponibilidad del aborto en Colombia. El más notable de ellos es la reforma legal. En una histórica sentencia del 10 de mayo de 2006, la Corte Constitucional de Colombia derogó la estricta prohibición sobre el aborto para permitir las interrupciones voluntarias cuando la vida o la salud de la mujer está en peligro; cuando hay graves malformaciones del feto que hagan inviable su vida extrauterina; y cuando el embarazo es el resultado de violación o incesto, o de inseminación o transferencia ovular sin consentimiento.

Otro cambio es el aparente aumento en el uso del medicamento misoprostol para inducir el aborto a lo largo de las pasadas dos décadas. A finales de los años ochenta, el misoprostol se comercializó para la prevención y tratamiento de úlceras gástricas, bajo el nombre comercial de Cytotec.<sup>14</sup> En Colombia, el medicamento se usó por primera vez como abortivo (indicación no aprobada) alrededor de una década después. En diciembre de 2006, siete meses después de la despenalización parcial del aborto, el Ministerio de la Protección Social (MPS) incluyó el misoprostol en sus directrices técnicas como un método permitido para inducir las IVE.<sup>15</sup> Se supone que la mayoría de las actuales usuarias obtienen el medicamento en el mercado negro,<sup>16</sup> puesto que las ventas en el sector formal disminuyeron en un 87% de 2002 a 2007.<sup>14</sup>

Aunque no existen datos representativos a nivel nacional sobre las mujeres que usan el medicamento, en un estudio a pequeña escala aplicado en 1999–2002, el 70% de las pacientes postaborto afirmó que habían inducido sus abortos con misoprostol o con otro medicamento, obtenidos, en la mayoría de los casos, de las farmacias.<sup>17</sup> Previamente, un estudio basado en la comunidad, aplicado en amplio número de áreas urbanas en Colombia encontró

que entre las mujeres que indicaron haber tenido un aborto inducido a principios de los años noventa, el 19% dijo que había usado algún tipo de medicamento, como el misoprostol.<sup>12</sup>

Además, a partir de 1989 el acceso de las mujeres a los servicios de salud (incluido el tratamiento postaborto) ha mejorado en el país, debido a la expansión de la cobertura de los servicios de salud, especialmente para quienes están en desventaja económica. En 1993, el gobierno aprobó una reforma al sistema de salud a través de la Ley 100, por la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Gracias a la reforma, la vinculación a un régimen de seguridad social entre la población general aumentó de cerca del 23% previo a la reforma de 1993 al 88% en 2008.<sup>18</sup>

Dados los cambios que han ocurrido en Colombia desde las estimaciones nacionales de la incidencia del aborto de 1989, la brecha en la información sobre este tema es evidente. Nuestro estudio proporciona nuevas estimaciones nacionales y regionales sobre el aborto inducido para 2008 y examina la forma en que el procedimiento y la demanda del mismo han cambiado durante las pasadas dos décadas. Además, analizamos las implicaciones de nuestros hallazgos en las políticas y programas diseñados para reducir la incidencia del aborto inseguro y el embarazo no planeado, así como mejorar la prestación del aborto legal en Colombia.

## **DATOS Y MÉTODOS**

### **Enfoque analítico y fuentes de datos**

La estimación indirecta del número total de mujeres que tiene abortos inducidos incluye a las que reciben tratamiento por complicaciones en una institución de salud, a quienes reciben tratamiento por complicaciones fuera de una institución (a manos de un proveedor de servicios capacitado o no), aquellas que tienen complicaciones pero que no reciben atención (incluidas las que mueren) y las que no presentan complicaciones. Nosotras estimamos la incidencia del aborto inducido calculando, en primer lugar, el número anual de mujeres que reciben tratamiento por complicaciones de aborto inducido en instituciones de salud y aplicando entonces un multiplicador o factor de inflación para tomar en cuenta a las mujeres que no tuvieron complicaciones, o que las tuvieron pero que no recibieron tratamiento en una institución de salud.

De este modo, nuestro análisis aprovecha dos fuentes de datos claves: una encuesta aplicada a instituciones de salud y una encuesta aplicada a profesionales con amplios conocimientos sobre la prestación de servicios de aborto. La primera encuesta nos proporcionó una estimación del número de mujeres que recibieron tratamiento por complicaciones de aborto en Colombia. La segunda encuesta nos permitió estimar entre las mujeres que tienen abortos, las proporciones que tienen complicaciones y que buscan tratamiento en una institución médica.

El diseño y protocolos del estudio se adaptaron de los mismos usados en investigaciones previas,<sup>11</sup> y se actuali-

zaron a partir de una revisión realizada por un comité técnico asesor del proyecto en Colombia, formado por 16 proveedores de servicios de salud, funcionarios de gobierno e investigadores familiarizados con el aborto inseguro en el país. El estudio fue revisado y aprobado también por el Consejo de Revisión Institucional del Guttmacher Institute. Los cuestionarios para ambas encuestas fueron sujetos a pruebas preliminares en febrero de 2009; y las encuestas con los cuestionarios finales fueron aplicadas en campo en marzo y abril de 2009, a cargo de un personal compuesto por ocho entrevistadoras y tres supervisoras.

- **Encuesta a Instituciones de Salud.** La encuesta a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) Colombianas realizada en 2009 se basó en una muestra estratificada por conglomerado y multietápica. Se excluyó del marco muestral los Territorios Nacionales—que cuenta con ocho departamentos del país, y sólo el 2% de la población nacional—debido a la dificultad de acceso a estas áreas y los costos asociados a la recolección de datos. Primero, estratificamos todos los departamentos restantes y el Distrito Capital por región (Atlántica, Bogotá, Central, Oriental y Pacífica). Después, estratificamos todas las áreas en el marco muestral por nivel de pobreza (medido como el porcentaje de la población con necesidades básicas insatisfechas\*). Finalmente, para la encuesta a las IPS, se seleccionaron aleatoriamente 10 áreas (nueve departamentos y Bogotá, DC), cuya probabilidad de selección fue proporcional al tamaño de su población.

La segunda etapa consistió en seleccionar una muestra probabilística de IPS por su tipo y por su ubicación. A partir de una lista de IPS públicas y privadas proporcionada por el MPS, identificamos 1,252 instituciones con probabilidad de prestar servicios relacionados con el aborto. La proporción del total de instituciones muestreadas varió dependiendo del nivel de especialización en la prestación de servicios postaborto (clasificados según la capacidad tecnológica de la institución y de la especialización de su personal), tipo de institución (primaria, secundaria o de tercer nivel); si las IPS prestaban servicios de hospitalización o ambulatorios; y el número de IPS en una categoría en particular de la muestra (se seleccionó una alta proporción de IPS en las categorías con pocas instituciones para asegurar su representación adecuada). Seleccionamos el 100% de las 138 IPS del más alto nivel de especialización, incluidas las pocas instituciones de atención primaria y secundaria conocidas como prestadoras de atención postaborto; el 50% de las 194 IPS de nivel medio de especialización con servicios tanto de hospitalización como ambulatorios, incluidas algunas de menor nivel de especialización con sólo servicios ambulatorios; el 10% de las 456 IPS de nivel medio de especialización con sólo servi-

cios ambulatorios; y el 13% de las 464 IPS de bajo nivel de especialización con servicios ambulatorios, o de hospitalización o ambos.

En total, seleccionamos 339 IPS (o 27% de las 1,252 en el marco de muestreo). Treinta y nueve de esas IPS resultaron no elegibles: ocho estaban duplicadas en la lista y 31 no eran elegibles debido a que estaban desocupadas o cerradas, nunca habían existido o proporcionaban solamente servicios especializados no relacionados con la atención postaborto (Ej. servicios especializados en cardiología). De las 300 IPS restantes, 289 (96%) participaron en la encuesta y 11 (4%) no respondieron. Las respuestas de la encuesta fueron ponderadas para tomar en cuenta la probabilidad de selección y por no respuesta.†

El cuestionario fue contestado por el profesional de salud con mayores conocimientos sobre la prestación de servicios postaborto de la institución, en la mayoría de los casos los jefes del departamento de los servicios de obstetricia y ginecología, o bien el profesional que seguía en jerarquía. Se preguntó a las personas entrevistadas si su institución proporcionaba tratamiento a complicaciones de aborto (espontáneo o inducido); en caso afirmativo, se les pidió proporcionar el número total de mujeres que recibieron atención postaborto como paciente hospitalizada o ambulatoria en un mes típico, así como el número de mujeres tratadas el mes anterior. Preguntar a los encuestados acerca de estos dos periodos aumenta las probabilidades de recordar con precisión y de captar la variación mensual. Los dos números se promediaron y multiplicaron por 12 para producir una estimación para el año calendario.

El estudio de 1989 utilizó la misma metodología que éste, con la excepción de que en el estudio anterior los datos sobre complicaciones tratadas en casi todas las instituciones de salud públicas se obtuvieron de los registros de hospitalización disponibles en el Ministerio de Salud (ahora el MPS); y el número de casos tratados en instituciones privadas se estimó. Debido a que los registros hospitalarios en el sistema de salud se deterioraron después de la reforma al sector salud en el año de 1993, ya no se cuenta con estadísticas de salud completas. Sin embargo, para averiguar hasta qué punto las estadísticas están disponibles a nivel institucional, solicitamos durante la realización de las encuestas a IPS los datos desagregados conforme a los códigos de diagnóstico de la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) para los años 2006–2008. Menos de la mitad (46%) de las IPS seleccionadas que ofrecían atención postaborto pudieron proporcionar información según códigos CIE-10 para el año del estudio (2008); y este subconjunto de instituciones representó solamente el 43% de los casos de postaborto calculados a partir de la en-

\*Las necesidades básicas insatisfechas constituyen una medida sintética basada en indicadores de condiciones de vivienda, dependencia económica y proporción de niños en edad escolar que no asisten a la escuela (fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Necesidades Básicas Insatisfechas 1993, sin fecha, <[http://www.dane.gov.co/index.php?ltemid=831&id=346&option=com\\_content&section-](http://www.dane.gov.co/index.php?ltemid=831&id=346&option=com_content&section-)

id=35&task=category>, consultado 29 de noviembre, 2008.)

†El factor de ponderación para cada uno de los subgrupos de instituciones fue el inverso de la proporción de muestreo del subgrupo, multiplicado por la proporción de las entrevistas completas entre todas las instituciones muestreadas.

cuesta.\* Por lo tanto, los datos que mantienen las instituciones son actualmente bastante incompletos para ser utilizados como base para las estimaciones nacionales de incidencia del aborto. Sin embargo, para las instituciones que contaban con esos datos, las cifras fueron bastante cercanas a las cifras de las complicaciones postaborto de la encuesta a IPS.

• **Encuesta a Profesionales Conocedores del Tema.** Se condujo una encuesta por separado entre profesionales con conocimientos del tema para obtener opiniones sobre el contexto de la prestación de servicios de aborto y postaborto. Se seleccionó una muestra intencional de expertos claves (en el área de la salud o no) sobre la base de su afiliación, experiencia y especialización en el tema del aborto. Sus respuestas se utilizaron para calcular el multiplicador o factor de ajuste para tener en cuenta a las mujeres que tienen abortos inducidos y no sufren complicaciones o no buscan tratamiento médico en una institución de salud formal.

El cuestionario de la encuesta fue similar al usado en el estudio anterior, con dos importantes modificaciones: añadimos preguntas sobre el uso de misoprostol (un tema no examinado en el estudio anterior, debido a que este medicamento no era muy usado en Colombia como abortivo a finales de los años ochenta y principios de los noventa) y sobre la sentencia de la Corte Constitucional de 2006 relativa al aborto. Un total de 102 profesionales conocedores del tema se seleccionaron y fueron entrevistados. Estas personas tenían su lugar de residencia en cuatro de las cinco principales regiones incluidas en nuestro análisis.† Aunque casi todos los profesionales entrevistados trabajaban en áreas urbanas, nos aseguramos de tener suficiente representación de personas expertas con experiencia de trabajo en áreas rurales.

Los datos sobre el uso de anticonceptivos, el estado de la planeación de nacimientos y la necesidad insatisfecha de anticoncepción, se obtuvieron de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) realizadas en Colombia en 1990,<sup>19</sup> 2000,<sup>20</sup> 2005<sup>21</sup> y 2010.<sup>22</sup> Estas encuestas a gran escala tuvieron muestras representativas a nivel

nacional de mujeres de 15–49 años, las que variaron en tamaño desde 8,644 mujeres en 1990 hasta 49,818 en 2010.‡

### Estimación de la incidencia del aborto inducido

• **Mujeres tratadas por complicaciones de aborto.** Los datos de la encuesta a las IPS se utilizaron para cuantificar el número de mujeres tratadas en 2008 por complicaciones de aborto espontáneo e inducido. De este número tuvimos que excluir a las mujeres con complicaciones derivadas de abortos espontáneos. Es difícil determinar si las complicaciones se deben a un intento de aborto inducido o a un aborto espontáneo, debido a que los síntomas de los dos son muy similares—en ambos casos, la hemorragia abundante es el principal síntoma. Además, las personas entrevistadas pueden no querer informar sobre las complicaciones que resultan de abortos inducidos, debido a las restricciones legales en torno al procedimiento.

Para hacer frente a este reto, utilizamos datos de estudios clínicos sobre la prevalencia de la pérdida espontánea del embarazo<sup>23</sup> para estimar la proporción de mujeres embarazadas que tienen una pérdida espontánea del embarazo en forma tardía (entre las 13–21 semanas de gestación) y que tienen, por lo tanto, probabilidades de requerir atención en una institución de salud.§ El número anual de embarazos que terminan en pérdidas espontáneas entre las semanas 13 a 21, equivale aproximadamente al 3.4% de todos los nacidos vivos al año,\*\*<sup>24</sup> en 2008, se estima que hubo unos 764,300 nacidos vivos en Colombia.\*†

Nuestra metodología de estimación indirecta requiere un ajuste adicional, debido a que no todas las mujeres que necesitan tratamiento por complicaciones de abortos espontáneos tardíos lo obtienen en una institución. Estimamos que esta proporción es similar a la de los partos que ocurren en una institución de salud. A nivel nacional, el 95% de las mujeres dan a luz en una institución de salud; a nivel regional, la proporción varía del 91% en la región Pacífica al 100% en Bogotá.<sup>25</sup> Por lo tanto, después de ajustar los datos conforme a estos criterios, estimamos que en 2008 el 19% de los casos de tratamiento postaborto fue

\*Para estas instituciones, el número de mujeres tratadas por complicaciones postaborto en 2008 según las respuestas en la encuesta a IPS fue 20% más alto que las cifras de CIE-10 reportadas (30,026 vs. 24,083; cifras no ponderadas). Sin embargo, para instituciones individuales, las cifras según códigos CIE-10 fueron algunas veces más altas que las cifras arrojadas por la encuesta. Los factores que pueden haber contribuido a las diferencias entre los dos registros incluyen por un lado, que los períodos cubiertos por las estadísticas basadas en la CIE-10 y la encuesta a las IPS fueron ligeramente diferentes; y en algunos otros casos, las estadísticas basadas en la CIE-10 pudieron ser clasificadas o codificadas incorrectamente. Debido a que nuestra técnica de estimación depende de varios supuestos, nuestra metodología produce un rango de estimaciones en torno a una estimación media; la diferencia entre las estadísticas basadas en la CIE-10 y las estimaciones basadas en la encuesta a las IPS pueden caer dentro de este rango.

†La región Oriental no se incluyó en la encuesta a profesionales debido a la dificultad de encontrar 25 personas a ser entrevistadas, que contaran con conocimientos suficientes sobre los servicios de aborto en esa región; igualmente, las restricciones presupuestarias contribuyeron a esta decisión.

‡Todos los datos de las ENDS presentados en este artículo excluyen los Territorios Nacionales, áreas que no fueron incluidas en nuestro estudio.

§Aunque la probabilidad de la pérdida espontánea del embarazo es mucho más baja durante las semanas 13–21 que antes de la 13ª semana de gestación, la frecuencia y severidad de las complicaciones son mucho mayores; por lo tanto, las mujeres que sufren una pérdida durante la semana 13 o más tarde tienen mayor probabilidad de necesitar tratamiento médico. No se incluyeron en el estudio las pérdidas espontáneas del embarazo después de 21 semanas, porque éstas se clasifican como muertes fetales en lugar de abortos espontáneos.

\*\*Cerca del 2.89% de los embarazos reconocidos a las seis semanas de gestación terminan en aborto espontáneo durante las semanas 13–21; dado que 84.575% de los embarazos reconocidos resultan en nacidos vivos, el número de abortos espontáneos durante las semanas 13–21 es aproximadamente igual a 3.417% (2.89/84.575) del número de nacidos vivos.

\*†Nosotras calculamos este número aplicando las tasas de fecundidad específicas por edad tomadas de la ENDS 2010 al número de mujeres en grupos de edad relevantes en 2008, tanto a nivel nacional y para cada una de las cinco regiones en el análisis. Las estimaciones del número de mujeres en edad reproductiva se interpolaron de los datos del censo de 2005 y de las estimaciones oficiales del gobierno para 2010.

**CUADRO 1. Medidas usadas para calcular el número de mujeres que han tenido un aborto inducido, a nivel nacional y regional, Colombia, 2008**

Región	No. de mujeres de 15-44 años	No. de nacidos vivos	No. de mujeres tratadas			Tasa de tratamiento, abortos inducidos‡	Multiplicadores§		
			Todos los abortos (espontáneos e inducidos)	Abortos espontáneos*	Abortos inducidos†		Bajo	Medio	Alto
<b>Nacional</b>	<b>10,222,960</b>	<b>764,338</b>	<b>115,325</b>	<b>21,989</b>	<b>93,336</b>	<b>9.1</b>	<b>3.29</b>	<b>4.29</b>	<b>5.29</b>
Atlántica	2,190,126	205,174	27,506	6,668	20,838	9.5	3.40	4.44	5.47
Bogotá	1,789,946	120,690	28,023	4,095	23,928	13.4	3.77	4.92	6.07
Central	2,615,946	173,640	19,223	5,690	13,533	5.2	3.54	4.62	5.70
Oriental	1,822,051	139,081	8,563	1,655	6,908	3.8	3.54	4.62	5.70
Pacífica	1,804,891	125,753	32,010	3,881	28,129	15.6	2.64	3.44	4.24

\*Calculado bajo el supuesto que la proporción de mujeres que tenían un aborto espontáneo y recibieron tratamiento en una IPS es igual a la proporción de mujeres que dan a luz en una IPS. †Después de restar del total los casos de abortos espontáneos tratados. ‡La tasa es el número de casos tratados en las IPS por 1,000 mujeres de 15-44 años. §Se calcularon los multiplicadores medios sobre la base de los datos de la encuesta a profesionales. A nivel nacional, asumimos que los multiplicadores bajo y alto son una unidad por debajo y una por encima del multiplicador medio. Para cada una de las cinco regiones se estimaron igualmente multiplicadores medio, bajo y alto. *Nota explicativa:* Las estimaciones de los números de eventos—abortos espontáneos e inducidos, y los casos de tratamiento postaborto—son para todas las mujeres expuestas al riesgo al evento, cualquiera que sea su edad. El número de nacidos vivos se calcula aplicando la tasa de fecundidad por edad específica de la ENDS-10 al número de mujeres de 15 a 49 años en la población. Las estimaciones de tasas para los eventos se calculan y expresan utilizando la convención aceptada que permite la comparación—el número de eventos por 1,000 mujeres de 15 a 44 años en la población.

por complicaciones de abortos espontáneos y el 81% fue por complicaciones derivadas de abortos inducidos.

Sin embargo, una evaluación de los datos regionales indicó que se necesitaba un ajuste para la región Oriental: la proporción de pacientes postaborto que se estimaba habían tenido abortos espontáneos (55%)\* excedía por mucho las proporciones de las otras cuatro regiones (16%-36%; y 22% para las cuatro regiones combinadas). Un examen más a fondo reveló que en la región Oriental, la muestra de instituciones que fueron seleccionadas para la encuesta a las IPS no incluyó alguna de las instituciones grandes que prestan la mayor parte de los servicios postaborto en la región.

Esto también ayuda a explicar la excepcionalmente baja tasa de tratamiento postaborto para esa región (cuatro casos por 1,000 mujeres en edades de 15-44 años). Para abordar este problema de calidad de los datos, estimamos que la proporción de los casos postaborto que fueron resultado de abortos espontáneos en la región Oriental, fue el promedio de las proporciones obtenidas para las otras cuatro regiones (22%).

• **Estimación del multiplicador.** Como se mencionó anteriormente, no todas las mujeres que tienen abortos inducidos sufren complicaciones u obtienen tratamiento médico en una institución de salud. Para tomar en cuenta esos casos, es necesario calcular un multiplicador y aplicarlo al número de casos postaborto tratados en instituciones de

salud, con el fin de estimar el número total de mujeres que tuvieron un aborto inducido. Como regla general, mientras más seguros sean los servicios de aborto en una región, más alto será el multiplicador, porque una menor proporción de todas las mujeres que tienen un aborto va a requerir tratamiento médico debido a complicaciones. El multiplicador también se ve afectado por el nivel de acceso de las mujeres a las IPS. Si se puede llegar fácilmente a las instituciones, la proporción de mujeres con complicaciones que reciben tratamiento será más alta; en contraste, en las áreas pobres o en las que no cuentan con un número suficiente de IPS, una menor proporción de mujeres con complicaciones serias podrá obtener tratamiento.

Obtuvimos los datos necesarios para estimar el multiplicador de la encuesta a profesionales. Se pidió a las personas entrevistadas que hicieran varias estimaciones: la distribución porcentual de mujeres que tienen abortos inducidos según el tipo de proveedor de servicios de aborto; las proporciones de mujeres que tienen probabilidad de sufrir complicaciones que requieren atención médica, también por tipo de proveedor de aborto; y la probabilidad de que las mujeres que tienen complicaciones reciban atención médica en una IPS. Las categorías de proveedores de servicios incluyeron a los médicos (tanto obstetras/ginecólogos como médicos generales); enfermeras y parteras capacitadas; farmacéuticos; proveedores no capacitados (principalmente parteras tradicionales); y las propias mujeres. También se añadió una categoría adicional para el misoprostol (sin importar su fuente o proveedor). Todas las categorías fueron mutuamente excluyentes.

Las personas entrevistadas proporcionaron esta información para cada uno de cuatro subgrupos claves de mujeres—urbanas pobres, urbanas no pobres, rurales pobres y rurales no pobres<sup>26</sup>—debido a que las condiciones bajo las cuales ocurren los abortos varían dependiendo de la capacidad de pago de las mujeres, y su acceso a proveedores de servicios, lo cual depende en gran medida a su lugar de residencia, urbano o rural.†

\*Según la encuesta a las IPS, se estima que en la región Oriental 8,563 pacientes recibieron tratamiento en instituciones de salud por complicaciones de aborto. Mediante la técnica indirecta, nosotras estimamos que el número de esas pacientes que habían tenido abortos espontáneos era igual al producto de 139,081 (el número de nacidos vivos en esta región por año) multiplicado por 3.41%, o 4,743 mujeres—aproximadamente el 55% de todas las pacientes postaborto en esta región.

†Las categorías de “pobre” y “no pobre” se definieron usando el nivel de educación de las mujeres de acuerdo con los resultados de la ENDS-10, ya que los datos sobre ingresos para Colombia no son confiables. Se definió a las mujeres pobres como aquellas que habían tenido siete o menos años de escolaridad, y a las mujeres no pobres como aquellas con ocho o más años de escolaridad (fuente: referencia 22).

A partir de estos datos, estimamos entre las mujeres que tienen un aborto inducido y para cada uno de los cuatro subgrupos, la proporción que recibe tratamiento postaborto en instituciones de salud. Estos porcentajes fueron ponderados por el tamaño relativo de los subgrupos a nivel nacional y regional, para obtener multiplicadores para el país y para cada región. Además, dado que la metodología depende de varios supuestos, calculamos un rango de multiplicadores posibles—bajo, medio y alto. Aplicamos cada uno de los multiplicadores para generar un rango de estimaciones de la incidencia del aborto para el país y para cada región (Cuadro 1). El multiplicador nacional medio fue 4.29 y las variantes baja y alta se estimaron como una unidad (aproximadamente 25%) por debajo y por encima de éste (3.29 y 5.29, respectivamente). A nivel regional, los multiplicadores medios variaron de 3.44 (Pacífica) a 4.92 (Bogotá); las alternativas baja y alta a nivel regional fueron calculadas utilizando los mismos cocientes entre las alternativas a nivel nacional.

• **Estimación de embarazos no planeados y planeados.** La suma de todos los nacidos vivos, abortos inducidos y abortos espontáneos (de embarazos planeados y no planeados) da como resultado el total de embarazos. Para calcular los embarazos *no planeados*\* a nivel nacional y por región, agregamos el número de abortos (estimación media) al número de nacimientos no planeados (producto de multiplicar la proporción de nacimientos recientes no planeados<sup>25</sup> por el número de nacidos vivos en 2008). Pero dado que algunos embarazos no planeados pueden terminar en abortos espontáneos, éstos calculamos utilizando un modelo basado en estudios clínicos de pérdidas de embarazo por edad gestacional.<sup>23,24</sup> Aplicamos los parámetros del modelo—eso es, que los abortos espontáneos son iguales al 20% de los nacimientos más un 10% del total de abortos inducidos—al número total de nacimientos *no planeados*, lo que da como resultado el número de abortos espontáneos de embarazos no planeados.

Calculamos el total de embarazos *planeados* de forma similar—primero aplicamos las proporciones de nacimientos planeados obtenidas de la ENDS al total de nacimientos en 2008, y luego agregamos los abortos espontáneos de embarazos *planeados* (calculados por la misma fórmula del modelo).

## RESULTADOS

### Morbilidad por aborto

Con base en los datos obtenidos en la encuesta a las IPS, estimamos que unas 115,300 mujeres fueron tratadas en instituciones de salud en 2008 por complicaciones derivadas de abortos inducidos o espontáneos (Cuadro 1); los sectores público y privado compartieron casi por igual la provisión de atención postaborto (no se muestra). La mayoría de las pacientes—93,300—fueron tratadas por complicaciones de aborto inducido; y las restantes 22,000 recibieron

\*Inoportunos (deseados para más tarde) o no deseados en el momento de la concepción porque la mujer no quería más hijos.

**CUADRO 2. Estimaciones del número de abortos inducidos, tasas de aborto, y razones de aborto, a nivel nacional y por cada región, según el multiplicador, Colombia, 2008**

Región	No. de abortos inducidos			Tasa de aborto*			Razón de aborto†		
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
<b>Nacional</b>	<b>307,706</b>	<b>400,412</b>	<b>493,748</b>	<b>30.1</b>	<b>39.2</b>	<b>48.3</b>	<b>40.3</b>	<b>52.4</b>	<b>64.6</b>
Atlántica	70,711	92,284	113,696	32.3	42.1	51.9	34.5	45.0	55.4
Bogotá	90,032	117,422	144,874	50.3	65.6	80.9	74.6	97.3	120.0
Central	47,812	62,360	76,941	18.3	23.8	29.4	27.5	35.9	44.3
Oriental	24,405	31,831	39,273	13.4	17.5	21.6	17.5	22.9	28.2
Pacífica	74,116	96,515	118,964	41.1	53.5	65.9	58.9	76.7	94.6

\*Número de abortos por 1,000 mujeres de 15–44. †Número de abortos por 100 nacidos vivos.

tratamiento por aborto espontáneo tardío (Cuadro 1).

La información de la encuesta a expertos indica que entre todas las mujeres que tienen un aborto, el 33% sufren complicaciones; el 79% del total de esas mujeres recibe atención en instituciones de salud, pero el 21% restante no lo recibe (no se muestra). A nivel nacional la tasa anual de tratamiento de complicaciones derivadas del aborto inducido fue de nueve casos por 1,000 mujeres de 15–44 años. En las regiones Pacífica y Bogotá, las tasas estimadas de tratamiento fueron más altas que el promedio: 16 casos y 13 casos por 1,000 mujeres, respectivamente. La alta tasa de tratamiento en Bogotá muy probablemente se relaciona con el hecho de que las mujeres que viven en esta región (o cerca de ella) disponen de mayor acceso a los servicios de salud. Sin embargo, es probable que la alta tasa de tratamiento en la Pacífica sea resultado del uso de métodos inseguros de aborto, más que del uso de los servicios de atención postaborto, debido a que tres de los cuatro departamentos de esta región Pacífica están entre los más pobres del país y así tienen importantes carencias de servicios. Aunque los indicadores socioeconómicos de la región Central son por lo general similares a los de la re-

**CUADRO 3. Algunas medidas demográficas y relacionadas al aborto para 1989 y 2008, y porcentaje de cambio entre los dos años, Colombia**

Medidas	1989*	2008	% de cambio
<b>Demográfica</b>			
No. de mujeres de 15–44	7,968,123	10,222,960	28
No. de nacidos vivos	820,017	764,338	-7
<b>No. de mujeres con tratamiento postaborto</b>			
Cualquier aborto	76,905	115,325	50
Aborto espontáneo	19,226	21,989	14
Aborto inducido	57,679	93,336	62
<b>Del aborto</b>			
No. de abortos inducidos	288,395	400,412	39
Tasa de aborto†	36.2‡	39.2	8
Razón de aborto§	35.2	52.4	49
Tasa de tratamiento postaborto (inducido)**	7.2	9.1	26

\*Si no se indica lo contrario, la fuente de datos para el año 1989 es referencia 11. †Número de abortos por 1,000 mujeres de 15–44 años. ‡La tasa originalmente publicada (33.7) se refería al número de abortos por 1,000 mujeres de 15–49 años. Para fines de comparación, recalculamos dicha tasa por 1,000 mujeres de 15–44 años. §Número de abortos por 100 nacidos vivos. \*\*Número de casos atendidos en IPS por 1,000 mujeres de 15–44 años.

gión Pacífica, la tasa de tratamiento para complicaciones postaborto en la región Central es mucho más baja—solamente cinco mujeres reciben tratamiento en una IPS por cada 1,000. La región Oriental tiene la tasa de tratamiento más baja (cuatro por 1,000); esta tasa es probablemente una subestimación.

En el 93% de las IPS que respondieron a la encuesta, la dilatación y curetaje (D&C) fue el método más comúnmente usado en la atención postaborto; la aspiración manual endouterina (AMEU) fue el método más comúnmente usado en solamente el 7% de las instituciones (no se muestra).

**Incidencia del aborto**

Nuestra estimación media (al aplicar el multiplicador medio) del número de abortos inducidos en Colombia en 2008 fue de 400,400; la estimación baja fue de 307,700 y la estimación alta fue de 493,700 (Cuadro 2, página 7). La estimación media de la tasa de aborto fue de 39 abortos inducidos por 1,000 mujeres en edad reproductiva, mientras que las estimaciones baja y alta fueron de 30 y 48, respec-

tivamente. Como ocurrió con las tasas de tratamiento postaborto, hubo gran variación regional en las tasas de aborto. La estimación media de la tasa de aborto tuvo su valor más alto en Bogotá (66 abortos por 1,000 mujeres en edades de 15–44 años) y la más baja en la Oriental (18 abortos por 1,000). Las tasas de las otras regiones varían entre 24 por 1,000 en la Central, 42 por 1,000 en la Atlántica y 54 por 1,000 en la Pacífica.

A nivel nacional, la estimación media de la razón de aborto fue de 52 abortos por cada 100 nacidos vivos; las estimaciones baja y alta fueron 40 y 65, respectivamente. Para Bogotá la razón media (97 abortos por 100 nacidos vivos) fue casi dos veces la estimación nacional, mientras que la razón de la región Oriental (23 abortos por 100 nacidos vivos) fue menos de la mitad de la nacional.

La encuesta a las IPS indagó sobre el número de IVE realizadas en 2008. Al ponderar sus respuestas, calculamos que 322 IVE se realizaron en Colombia en 2008 (no se muestra).

**Tendencias en la incidencia del aborto y en la morbilidad por aborto**

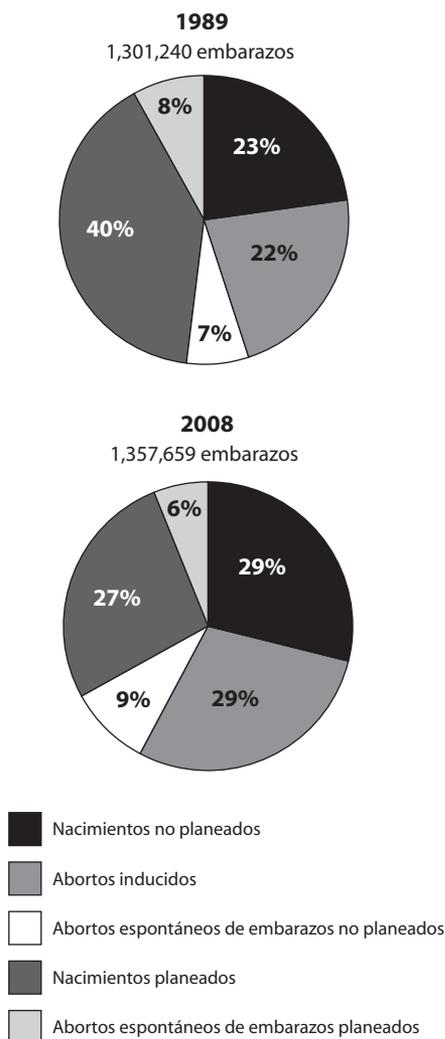
El número de mujeres que recibieron tratamiento por complicaciones de aborto inducido en Colombia aumentó de 57,700 en 1989 a 93,300 en 2008 (Cuadro 3, página 7). Este es un aumento del 62%, equivalente a más de dos veces el aumento en la población de mujeres en edades de 15–44 años (28%). La tasa estimada de tratamiento por complicaciones de abortos inducidos aumentó en 26%, de siete casos por 1,000 mujeres en edad reproductiva a nueve casos. Es probable que las reformas al sistema de salud y el aumento en el uso de misoprostol hayan influido en este aumento.

El número de abortos inducidos en Colombia aumentó de 288,400 en 1989 a 400,400 en 2008, un aumento del 39%. Sin embargo, la tasa de aborto aumentó solamente en 8%, de 36 a 39 por 1,000, principalmente debido a que la población de mujeres en edad reproductiva aumentó en 28%, incremento no muy distinto al aumento en el número de abortos. La razón de aborto aumentó notablemente, en 49%, de 35 abortos inducidos por cada 100 nacidos vivos en 1989 a 52 por 100 en 2008; este aumento se debió en su mayor parte a la disminución en la fecundidad en Colombia. En suma, mientras que la tasa de complicaciones de aborto, y la razón de abortos inducidos respecto a los nacimientos, aumentaron marcadamente en Colombia durante las últimas dos décadas, la tasa de aborto cambió relativamente poco.

**El aborto en contexto**

La incidencia del aborto y cualquier cambio en esta medida a través del tiempo deben entenderse en el contexto del embarazo no planeado, la fecundidad, el uso de anticonceptivos y la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos. La proporción de embarazos que resultaron en abortos inducidos aumentó del 22% en 1989 al 29% en 2008 (Gráfico 1). Un aumento similar ocurrió en la proporción de embarazos que resultaron en nacimientos no

**GRAFICO 1. Distribución porcentual de embarazos, por planeación y resolución, Colombia, 1989 y 2008**



planeados (del 23% al 29%), mientras que la proporción de embarazos que terminó en nacimientos planeados disminuyó por consiguiente (del 40% al 27%). Por lo tanto, la proporción del total de embarazos no planeados—aquellos que terminaron en aborto inducido, en nacimiento inoportuno o no deseado, y en aborto espontáneo—aumentó en 29% en Colombia durante las últimas dos décadas, del 52% al 67%. La tasa global de embarazos disminuyó de 163 a 133 embarazos por 1,000 mujeres de 15–44 años, mientras que la tasa de embarazos no planeados aumentó de 84 a 89 por 1,000 mujeres (no se muestra). La tendencia en los embarazos no planeados fue determinada en gran parte por las tendencias en la planeación de nacimientos. Según datos de las ENDS la proporción de nacimientos ocurridos en los cinco años previos a la encuesta y que fueron no planeados (inoportunos o no deseados del todo), aumentó del 36% en 1990 al 51% en 2010.<sup>19,22</sup>

La prevalencia del uso de anticonceptivos modernos entre las mujeres en unión (píldoras, DIU, inyecciones, implantes, espermicidas, condones y esterilización femenina y masculina) ya era relativamente alta en 1990 (55%) y aumentó al 73% para 2010 (Cuadro 4). La proporción de mujeres en unión que usan métodos tradicionales, los cuales tienen altas tasas de falla, disminuyó del 12% al 6%, pero este 6% actual indica que persiste un grupo importante que está en alto riesgo de embarazos no planeados. Además, la discontinuación del método anticonceptivo es muy común. Un análisis de los datos de la ENDS 2005 encontró que el 44% de las mujeres casadas que usaban métodos anticonceptivos diferentes a la esterilización femenina, descontinuaban su uso en un lapso de 12 meses.<sup>27</sup> La proporción de mujeres en unión con una necesidad insatisfecha de anticoncepción\* disminuyó del 11% en 1990 al 6% en 2000, pero permaneció cerca de este nivel en 2010 (Cuadro 4). De manera similar, la proporción de mujeres que usaban algún tipo de anticonceptivo (moderno o tradicional) no cambió de manera importante entre los años 2000 (77%) y 2010 (79%).

Entre las jóvenes no en unión de 15–24 años, la proporción que era sexualmente activa aumentó considerablemente entre 1990 y 2010, del 8% al 31% (no se muestra). Aunque la proporción de mujeres sexualmente activas en este grupo de edad que usaba métodos anticonceptivos modernos aumentó más del doble en este período (del 25% al 64%), la proporción con necesidad insatisfecha (y por lo tanto en riesgo de embarazos no planeados) aumentó del 5% en 2000 al 8% en 2010 (no hay datos disponibles para 1990). Además, en 2010, cerca del 5% de esas mujeres jóvenes estaban usando métodos tradicionales y por lo tanto estaban en alto riesgo de embarazos no planeados (no se muestra).

## DISCUSIÓN

Los datos sobre la incidencia del aborto inducido y sus complicaciones son limitados en muchas partes del mundo, incluida Colombia; casi han pasado dos décadas

**CUADRO 4. A nivel nacional y regional, porcentaje de mujeres en unión de 15 a 49 años que usan un método anticonceptivo moderno o tradicional, y porcentaje con necesidad insatisfecha en anticoncepción, por año de las ENDS, Colombia**

Región	% que usan								% con necesidad insatisfecha#			
	Método moderno*				Método tradicional†							
	1990	2000	2005	2010	1990	2000	2005	2010	1990	2000	2005	2010
<b>Nacional</b>	<b>54.6</b>	<b>63.3</b>	<b>67.5</b>	<b>72.8</b>	<b>11.5</b>	<b>13.6</b>	<b>10.7</b>	<b>6.3</b>	<b>11.1</b>	<b>6.2</b>	<b>5.8</b>	<b>6.9</b>
Atlántica	48.4	57.3	59.0	65.0	5.0	13.5	11.4	6.5	18.3	9.0	9.6	10.2
Bogotá	61.8	68.7	74.1	75.7	13.0	11.9	8.4	5.1	7.9	4.5	3.6	5.4
Central	53.1	62.8	69.4	75.3	12.4	13.9	10.4	6.4	9.6	5.5	4.9	5.4
Oriental	57.0	66.4	69.6	75.2	16.7	16.1	11.8	6.3	7.5	3.7	4.4	6.0
Pacífica	54.8	64.2	66.9	73.5	10.9	12.1	11.3	6.9	11.8	7.6	5.5	7.7

\*Condón masculino, implantes, inyección, DIU, píldora, espermicidas y esterilización (femenina y masculina).

†Abstinencia periódica, retiro, amenorrea de la lactancia y métodos folclóricos. #Porcentaje de las mujeres en unión que son fecundas, no están usando algún método anticonceptivo y no desean un (otro) hijo en los próximos dos años o nunca. Fuentes: referencias 19–22.

desde la última estimación de la incidencia del aborto a nivel nacional. El presente estudio, que proporciona nuevos datos, es oportuno dados los significativos cambios que han ocurrido en Colombia durante los pasados 20 años—reforma del sistema de salud y reforma legal, disminución de la fecundidad, mayor uso de anticonceptivos y el aumento del aborto con medicamentos—y los efectos que estos cambios pueden haber tenido en la incidencia y seguridad del aborto.

Aún quedan significativas brechas y necesidades relacionadas con la atención postaborto. Se estima que para el 2008, el 21% de las mujeres que necesitaban tratamiento postaborto no lo recibieron. Adicionalmente, más del 90% de las IPS que participaron en la encuesta informó que la D&C era el método más comúnmente usado en la atención postaborto, aun cuando la AMEU es la técnica recomendada por la OMS para dicha atención.<sup>2</sup> Además, no todas las instituciones que proveen atención postaborto cumplen con la recomendación de incluir la consejería en anticoncepción para ayudar a que las mujeres eviten los embarazos no planeados y, en consecuencia, reduzcan la necesidad de futuros abortos:<sup>2</sup> entre las IPS participantes en la encuesta que prestaban atención postaborto, el 11% no proveía consejería de planificación familiar y el 30% no proveía métodos anticonceptivos.

Entre 1989 y 2008, la tasa estimada de casos de atención postaborto en instituciones aumentó de siete a nueve casos por 1,000 mujeres de 15–44 años. Es probable que este aumento sea resultado de dos factores. El primero puede ser el mayor uso de misoprostol: el misoprostol puede ser muy efectivo (en 85–90% de los casos) para inducir abortos durante las primeras nueve semanas del embarazo. Debido a que el medicamento presenta pocas complicaciones cuando se administra correctamente,<sup>28</sup> su uso puede reducir el riesgo de complicaciones si reemplaza otros métodos de aborto que son mucho menos seguros.

\*Se considera que las mujeres en unión tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción si son fecundas, no están usando algún método anticonceptivo, y no desean un hijo en los próximos dos años o nunca.

Sin embargo, su uso generalizado también puede aumentar la tasa de tratamiento si los proveedores de servicios comúnmente lo administran de manera incorrecta, o si un gran número de mujeres lo utiliza por decisión propia y lo usa ya sea incorrectamente o después de las nueve semanas de gestación (el límite para su máxima efectividad). Además, es posible que algunas mujeres que han usado misoprostol correctamente prefieran (o se les aconseje) acudir a la IPS para completar el aborto una vez que comienza el sangrado, aumentando con ello la tasa de tratamiento, aun cuando el aborto puede ser completado de manera segura sin atención médica.

El impacto potencial del uso incorrecto de misoprostol queda ilustrado por la evidencia de México y otros países latinoamericanos, en donde la tasa de aborto incompleto resultante del uso de misoprostol es frecuentemente mucho más alta que las tasas obtenidas en los estudios clínicos.<sup>29,30</sup> En Colombia, desde inicios de los años noventa, el uso de misoprostol ha reemplazado los procedimientos quirúrgicos seguros, provistos por médicos, así como los abortos altamente inseguros realizados por proveedores no capacitados; y, en gran medida, estas dos tendencias se han compensado mutuamente.<sup>31</sup> No obstante, el misoprostol, si se usa apropiadamente, puede reducir la severidad de las complicaciones de abortos inducidos inseguros. Por ejemplo, a finales de los años setenta, el 95% de las pacientes postaborto en Colombia eran hospitalizadas y solamente el 5% eran tratadas de ambulatorias,<sup>32</sup> mientras que en 2008, solamente el 20% de las pacientes postaborto ingresaron a una IPS y el 80% fueron tratadas en servicios ambulatorios.

El otro factor que puede explicar el aumento en la tasa de tratamiento postaborto es el mayor acceso de las mujeres a los servicios de salud. Después de la reforma del sistema de la seguridad social y de salud en 1993, la vinculación a un régimen de salud creció más del triple, aumentando de cerca de 23% justo antes de la reforma, a 88% en 2008.<sup>18</sup> Sin embargo, a pesar de la gran expansión en la afiliación a un régimen de salud, todavía existen las inequidades; las personas pobres y del medio rural tienen mucha menor cobertura que la población urbana no pobre. Adicionalmente, es importante señalar que el contar con seguro de salud no garantiza el acceso a los servicios o su disponibilidad.

Los resultados del estudio muestran que la tasa de aborto inducido en Colombia ha cambiado relativamente poco durante las últimas dos décadas. La tasa actual—39 abortos por 1,000 mujeres en edades de 15-44 años—es todavía mucho más alta que la tasa promedio para el mundo en desarrollo (29).<sup>26</sup> Sin embargo, el número de IVE realizadas en 2008 fue muy pequeño, (322 casos), quizá en parte debido al poco tiempo entre la sentencia sobre el aborto de mayo de 2006 (cuyas directrices sobre la implementación no se publicaron hasta diciembre de 2006) y las fechas de la recolección de datos.

Aunque la tasa global de embarazos disminuyó entre 1989 y 2008, la proporción de embarazos que fueron no

planeados aumentó en 29%, y la tasa de embarazos no planeados aumentó en 7%. El aumento en esta última tasa contrasta con las tendencias mundiales: la tasa de embarazo no planeado en el mundo en desarrollo disminuyó en 20% entre 1995 y 2008.<sup>26</sup>

Los hallazgos sobre el embarazo no planeado y el aborto en Colombia deben verse a la luz de las tendencias en las preferencias de fecundidad y en la calidad del uso actual de anticonceptivos. Aunque el uso anticonceptivo aumentó entre los años 1990 y 2000, y la proporción de mujeres que usan métodos tradicionales disminuyó entre 2005 y 2010, otros datos sugieren que el avance en esta área se ha estancado: la prevalencia del uso de anticonceptivos no aumentó y la necesidad insatisfecha no disminuyó entre los años 2000 y 2010, aun cuando continuó la tendencia de desear familias más pequeñas.<sup>20,22</sup> Además, el relativo bajo nivel de necesidad insatisfecha en anticoncepción sugiere que los persistentes altos niveles de embarazos no deseados pueden estar relacionados con el uso inconsistente de métodos anticonceptivos modernos. Los servicios de seguimiento mejorados y la consejería personalizada pueden mejorar la calidad del actual uso anticonceptivo, y así reducir tanto la discontinuación como el uso incorrecto.

El gran aumento en Colombia durante las últimas dos décadas en el número de personas desplazadas—una población inadecuadamente atendida por los servicios de salud, incluidos los servicios anticonceptivos—puede también afectar las tendencias en los embarazos no planeados,<sup>33</sup> al igual que la importante proporción de mujeres jóvenes solteras que son sexualmente activas y que no usan anticonceptivos. Estos factores, combinados con el aumento en la demanda de prevención efectiva del embarazo, ayudan a explicar el aumento en el embarazo no planeado y que el aborto inducido no haya disminuido.

### Limitaciones

Nuestros datos y enfoque analítico tienen algunas limitaciones. Debido a la carencia de estadísticas oficiales sobre complicaciones de aborto tratadas en IPS, dependemos de las estimaciones hechas por el personal de las instituciones muestreadas. Para ayudar a las personas entrevistadas a recordar o estimar el número de casos de complicaciones, les preguntamos sobre el número de complicaciones tratadas en el mes anterior y en un mes típico. Este diseño toma en cuenta la probabilidad de que el número de casos fluctúe a través de los meses y que en consecuencia, el mes anterior puede no haber sido típico. Además, el pedir a las personas entrevistadas que presenten la información de dos maneras, proporciona una forma de verificación interna.

Otra limitación es que nuestro enfoque hace suposiciones acerca de la tasa del aborto espontáneo tardío, de la probabilidad de complicaciones derivadas del aborto inducido, y de la probabilidad de que las mujeres busquen atención médica para sus complicaciones postaborto. La tasa de aborto espontáneo tardío—y de todos los abortos espontáneos—se basó en estudios clínicos realizados en los

años ochenta. Aunque los patrones biológicos del aborto espontáneo son bastante estables, éstos pueden haber cambiado en las décadas del intervalo debido a cambios en los estilos de vida, nutrición y el medio ambiente.

Dada la carencia de los datos, dependemos de las opiniones de profesionales para estimar las probabilidades de que las mujeres sufran complicaciones relacionadas con el aborto y de que busquen atención médica. Para hacer las mejores estimaciones, seleccionamos y entrevistamos a los profesionales con mayores conocimientos en este campo.

Una limitación de nuestro análisis de tendencias en el aborto inducido es que los datos sobre complicaciones tratadas en instituciones en 1989 y 2008 provinieron de dos fuentes distintas. Los datos anteriores fueron obtenidos de estadísticas oficiales de altas hospitalarias, pero a causa de que no había disponibilidad de registros completos y precisos de las IPS para 2008, los datos actualizados fueron calculados a partir de las respuestas de una encuesta aplicada al personal de las IPS con conocimientos sobre las pacientes tratadas en su institución. Finalmente, no nos fue posible examinar las tendencias regionales del aborto inducido, debido a que la encuesta a profesionales realizada en 1989 no fue lo suficientemente grande como para permitir el cálculo de multiplicadores específicos por región.

### **Implicaciones para políticas y programas**

Este estudio tiene varias implicaciones para los servicios relacionados con el aborto y con los de anticoncepción en Colombia. El aumento en la tasa de embarazo no planeado y la alta incidencia del aborto sin cambios, en combinación con la evidencia de que el esfuerzo del programa de planificación del país ha perdido impulso en la pasada década,<sup>27</sup> sugieren claramente que los servicios de planificación familiar deben mejorarse para que las parejas usen sus métodos de manera más consistente y efectiva. También es importante prestar atención a los grupos especiales con altos niveles de necesidades insatisfechas, como la población desplazada y las mujeres jóvenes solteras. Nuestros hallazgos destacan la urgente necesidad de otorgar mayor prioridad y asignar mayores recursos al mejoramiento de la cobertura y calidad de los servicios de planificación familiar (la consejería incluida) para todos los grupos y todas las áreas del país.

Dos años después de la sentencia de la Corte de 2006 que permitió el aborto bajo tres circunstancias limitadas, fue muy pequeño el número de IVE—322 en 2008. El MPS está haciendo esfuerzos para expandir el acceso a los servicios de aborto legal, pero en 2009 solamente una de cada nueve (11%) de las IPS que podrían prestar dicho servicio ofrecía abortos legales. Son necesarios mayores esfuerzos por parte del gobierno y de todas las partes interesadas para asegurar que la sentencia del 2006 sea implementada completamente y que las mujeres que cumplan con los criterios tengan acceso a los servicios de aborto legal.

Debido a la falta de datos empíricos sobre el aborto, se cuenta con poca evidencia detallada sobre las características de las mujeres que tienen abortos y las razones por las

que lo hacen. Por lo menos, las respuestas de los expertos ponen de relieve algunas diferencias básicas entre subgrupos en cuanto al acceso de las mujeres al aborto seguro. Por ejemplo, las personas entrevistadas estimaron que entre las mujeres urbanas no pobres, el 25% de sus abortos fueron provistos por un médico usando un método diferente al misoprostol, en comparación con sólo el 4% de los abortos de las mujeres pobres del medio rural.<sup>34</sup> En contraste, entre las mujeres rurales pobres, el 32% de sus abortos fueron provistos por parteras tradicionales por medio de métodos distintos al misoprostol, en comparación con solamente 2–15% de los abortos de las mujeres en los otros tres subgrupos. Se necesita más investigación para identificar a los grupos de mujeres que tienen mayor probabilidad de tener abortos inseguros y, por lo tanto, están en mayor riesgo de sufrir complicaciones. Dichos grupos claramente tienen mayor necesidad de servicios de prevención efectiva del embarazo.

Los resultados de este estudio también apuntan a la necesidad de mejoras en la atención postaborto. La cobertura necesita expandirse para incluir a las mujeres que no reciben atención médica. Adicionalmente, debe aumentarse el uso de la AMEU y del misoprostol (que es método efectivo de atención postaborto) para tratar las complicaciones postaborto del primer trimestre, tal y como lo recomienda la OMS. Igualmente, debe reducirse el uso de la técnica de D&C que es menos costo-efectiva y menos apropiada.

Debe capacitarse a más proveedores de servicios para que realicen la AMEU y debe aumentarse el suministro de equipos de AMEU, ya que las cantidades distribuidas en 2008 y 2009 fueron pequeñas (169 y 192, respectivamente).<sup>35</sup> Finalmente, es necesario expandir la provisión de la consejería y los servicios anticonceptivos para llevarlos a todas las pacientes postaborto para mejorar su uso de anticonceptivos y evitar otro aborto.

Los resultados del presente estudio sirven para crear conciencia entre los encargados de formular políticas y los gerentes de programas acerca de la actual dificultad de las parejas de prevenir los embarazos y nacimientos no planeados. El estudio también proporciona evidencia de que el aborto inseguro sigue siendo prevalente en todo el país, continúa causando un impacto sustancial en la salud de las mujeres y continúa consumiendo los escasos recursos de salud. Sin embargo, el impacto del aborto inseguro puede reducirse a través de políticas y programas apropiados de anticoncepción y relacionados con el aborto, así como por aumentar el acceso a los servicios de aborto legal.

### **REFERENCIAS**

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), *The Prevention and Management of Unsafe Abortion: Report of a Technical Working Group*, Ginebra: OMS, 1993.
2. OMS, *Aborto sin riesgo: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, Ginebra: OMS, 2003, <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf)>, consultado 30 de mayo, 2011.
3. Sedgh G et al., Induced abortion: estimated rates and trends worldwide, *Lancet*, 2007, 370(9595):1338–1345.

4. Juárez F et al., Estimaciones del aborto inducido en México: ¿qué ha cambiado entre 1990 y 2006? *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, número especial de 2009, pp. 4-14, <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3500409S.pdf>>, consultado 30 de mayo, 2011.
5. Singh S, Prada E y Kestler E, Aborto inducido y embarazo no planeado en Guatemala, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2006, <<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3213606S.pdf>>, consultado 30 de mayo, 2011 (únicamente disponible en la Web).
6. Ferrando D, *El Aborto Clandestino en el Perú: Hechos y Cifras*, Lima, Perú: Flora Tristán y Pathfinder International, 2002.
7. OMS, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003*, quinta ed., Ginebra: OMS, 2007.
8. Ministerio de Salud et al., *Mortalidad Materna en Colombia*, Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud, 1996.
9. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Colombia, Defunciones 2007: Cuadro 7, defunciones maternas, por grupos de edad, según departamento de residencia, año 2007, <[http://www.dane.gov.co/index.php?option=com\\_content&task=category&sectionid=16&id=535&Itemid=1035](http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=category&sectionid=16&id=535&Itemid=1035)>, consultado 22 de febrero, 2011.
10. The Alan Guttmacher Institute (AGI), *Aborto Clandestino: Una Realidad Latinoamericana*, Nueva York: AGI, 1994.
11. Singh S y Wulf D, Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1994, pp. 3-13.
12. Zamudio L, Rubiano N y Wartenberg L, *El Aborto Inducido en Colombia: Características Demográficas y Socioculturales*, Bogotá, Colombia: Centro de Investigaciones Sobre Dinámica Social, Universidad Externado de Colombia, 1999.
13. Moloney A, Unsafe abortions common in Colombia despite law change, *Lancet*, 2009, 373(9663):534.
14. Fernández M et al., Assessing the global availability of misoprostol, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2009, 105(2):180-186.
15. Ministerio de la Protección Social (MPS), *Norma Técnica para la Atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)*, Bogotá, Colombia: MPS, 2006.
16. Gynuity, *Opciones para la Introducción del Aborto con Medicamentos en Brasil, Colombia, México y Perú*, Nueva York: Gynuity, 2007.
17. Gómez-Sánchez PI, Escandón I y Gaitán-Duarte H, Evaluación de la atención integral al pos-aborto en 13 hospitales de Colombia, *Revista de Salud Pública*, 2007, 9(2):241-252.
18. MPS y OMS, Situación de salud en Colombia: indicadores básicos, 2008, Bogotá, Colombia: Instituto Nacional de Salud, 2008.
19. Profamilia, *Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud, Colombia, 1990*, Bogotá, Colombia: Profamilia; y Columbia, MD, EEUU: Institute for Research Development/Macro International, 1991.
20. Profamilia, *Salud Sexual y Reproductiva: Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2000*, Bogotá, Colombia: Profamilia, 2000.
21. Profamilia, *Salud Sexual y Reproductiva en Colombia: Resultados Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005*, Bogotá, Colombia: Profamilia; y Calverton, MD, EEUU: ORC Macro, 2005.
22. Profamilia, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Colombia, 2010*, Bogotá, Colombia: Profamilia, 2011.
23. Bongaarts J y Potter R, *Fertility, Biology and Behavior*, Nueva York: Academic Press, 1983.
24. Harlap S, Shiono PH y Ramacharan S, A life table of spontaneous abortions and the effects of age, parity, and other variables, en: Porter IH y Hook EB, eds., *Human Embryonic and Fetal Death*, Nueva York: Academic Press, 1980.
25. Tabulaciones especiales de datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2010.
26. Singh S et al., *Aborto a nivel mundial: una década de progreso desigual*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2009, <<http://www.guttmacher.org/pubs/Aborto-a-nivel-mundial.pdf>>, consultado 30 de mayo, 2011.
27. Bradley SEK, Schwandt HM y Khan S, Levels, trends, and reasons for contraceptive discontinuation, *DHS Analytical Studies*, Calverton, MD, EEUU: ICF Macro, 2009, No. 20.
28. Faúndes A et al., Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy, *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2007, 99(Suppl. 2):S172-S177.
29. Lara D et al., Pharmacy provision of medical abortifacients in a Latin American city, *Contraception*, 2006, 74(5):394-399.
30. Zamberlin N y Raiher S, *Revisión del Conocimiento Disponible Sobre Experiencia de las Mujeres con el Uso del Misoprostol en América Latina*, Lima, Perú: Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro; y Buenos Aires, Argentina: Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 2010.
31. Prada E, Singh S y Villarreal C, Health consequences of unsafe abortion in Colombia, 1989-2008, ponencia presentada en el Seminario on the Health, Social and Economic Consequences of Unsafe Abortion, Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, San Juan del Río, México, 10-12 de noviembre, 2010.
32. López-Escobar G y Riaño-Gamboa G, El aborto hospitalario en Colombia: estudio de un nuevo grupo de 3,901 casos en hospitales generales no universitarios, *Investigaciones Cooperativas*, Bogotá, Colombia: Programa Regional de Investigaciones en Fecundidad, 1981, No. 16.
33. Profamilia, *Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginadas: Situación de las Mujeres Desplazadas*, 2005, Bogotá, Colombia: Profamilia, 2006.
34. Prada E et al., *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: causas y consecuencias*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2011.
35. Barrera S, Progyne, Medellín, Colombia, comunicación personal, 2 de febrero, 2010.

### Agradecimientos

Esta investigación se realizó con el apoyo del Ministerio de Asuntos Exteriores de los Países Bajos. Las autoras expresan su agradecimiento a Fernanda Abella, Akinrinola Bankole, Lisa Remez, Gustavo Suárez y Cristina Villarreal por sus contribuciones en las diferentes etapas del estudio. Las autoras también agradecen a las ocho entrevistadoras por su invaluable cooperación al llevar a cabo las entrevistas; a los 16 miembros del comité técnico asesor del proyecto en Colombia, quienes proporcionaron orientación sobre el diseño del estudio y retroalimentación sobre los hallazgos preliminares; y a Suzette Audam por sus contribuciones a la gestión y procesamiento de datos. Las opiniones aquí expresadas son de las autoras y no reflejan necesariamente las opiniones de las Naciones Unidas.

**Contacto con la autora:** [eprada@guttmacher.org](mailto:eprada@guttmacher.org)