



ABORTO INDUCIDO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Situación en el nivel mundial¹²

De los 210 millones de embarazos que ocurren por año en el mundo, alrededor de 46 millones (22%) finalizan en abortos inducidos, 19 millones de estas interrupciones se hacen en países donde el aborto es ilegal. Organización Mundial de la Salud (OMS) y, globalmente, es probable que una vasta mayoría de mujeres hayan tenido al menos un aborto para cuando cumplen 45 años (Alan Guttmacher Institute 1999). De los 210 millones de embarazos anuales, 80 millones son no planeados, es decir, 2 de cada 5. (OMS).

En lugares donde se dispone de métodos anticonceptivos efectivos y estos son ampliamente usados, la tasa total de abortos disminuye drásticamente (Bongaarts y Westoff 2000), aunque nunca ha bajado a cero por múltiples razones. Primero, millones de mujeres y hombres no tienen acceso a métodos anticonceptivos apropiados o bien no tienen información ni apoyo para usarlos efectivamente. Segundo, ningún método anticonceptivo es 100% efectivo, tercero, altas tasas de violencia contra la mujer, incluyendo la violencia doméstica y la guerra, llevan a embarazos no deseados y cuarto, circunstancias cambiantes, tales como el divorcio y otras crisis, pueden causar que un embarazo deseado se transforme en no deseado.

Se estima que alrededor de 20 millones, o cerca de la mitad, de los abortos inducidos anualmente son inseguros. El 95% de estos ocurre en países en vías de desarrollo (Organización Mundial de la Salud 1998).

Globalmente, existe una relación de un aborto inseguro por cada 7 nacidos vivos (OMS 1998), pero en algunas regiones, la relación es mucho mayor. Por ejemplo, en Latinoamérica y el Caribe hay más de un aborto inseguro por cada 3 nacidos vivos (OMS 1998).

Alrededor del 13% de las muertes relacionadas con el embarazo han sido atribuidas a complicaciones de abortos inseguros (OMS 1998); cuando este porcentaje se aplica a las estimaciones más recientes de muertes maternas en todo el mundo (por ejemplo, 515.000 para el año 1995; OMS 2001) corresponde a

¹ Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud. 2003.

² Ver anexo 2 de bibliografía a tener de referencia para consultas posteriores.



Secretaría
SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

aproximadamente 67.000 muertes anuales. Además, el aborto inseguro es asociado con considerable morbilidad. Por ejemplo, hay estudios que indican que al menos una de cada cinco mujeres que han tenido un aborto inseguro sufre infecciones del tracto reproductivo. Algunas de éstas son infecciones severas que derivan en infertilidad (OMS 1998).

Cuando el aborto o la interrupción voluntaria del embarazo es legal, y por lo tanto se puede practicar con la atención médica adecuada, es uno de los procedimientos más simples y seguros. La tasa de mortalidad por cada 100.000 procedimientos es de 1.7 para el aborto legal practicado en el primer trimestre, de 12.2 para el aborto legal practicado en el segundo trimestre, y de 14.1 para los embarazos normales llevados a término. Es decir que los abortos legales practicados en el primer y segundo trimestre del embarazo, son más seguros que los partos normales. En los países en desarrollo, el riesgo de muerte a causa de abortos legales por cada 100.000 casos, es de 4 a 6. Este riesgo oscila entre 100 y 1.000 cuando se trata de abortos ilegales. (OMS).

Cada año, al menos 4 millones de abortos inseguros ocurren en el mundo entre las adolescentes de 15 a 19 años, especialmente de bajos recursos económicos y sociales ya que a estas mujeres les es más difícil el acceder a los servicios que realizan la interrupción voluntaria del embarazo. Centro para Derechos Reproductivos (CRR).

Situación en América Latina

En América Latina se practican 3 '700.000 abortos inseguros. El riesgo de muerte a causa del aborto inseguro en los países en desarrollo es de 370 por cada 100.000 casos. (OMS). En América Latina, el aborto inseguro es responsable de 17 % de las muertes maternas. (OMS).

Dos tercios de los abortos practicados al año corresponden a mujeres de 15 a 30 años. En América Latina más de 50% de los abortos se practican en mujeres entre 20 a 29 años y casi 70% en mujeres menores de 30 años. (OMS).

En América Latina y el Caribe 5.000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones relacionadas con abortos inseguros (más de un quinto del total de muertes maternas), representando esta región, el porcentaje más alto (21%) a nivel mundial. También se estima que en la región, anualmente 800.000 mujeres de bajos recursos económicos son hospitalizadas por complicaciones relacionadas con un aborto inseguro.



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

De todas las mujeres que se someten a un aborto en condiciones de riesgo, entre 10% y 50% necesitan atención médica para el tratamiento de las complicaciones. Las complicaciones más frecuentes son los abortos incompletos, sepsis, hemorragia y lesiones intra-abdominales, así como, complicaciones infecciosas que pueden dejar en la mujer secuelas crónicas conducentes a la esterilidad, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico. (CRR).

Las estimaciones sugieren que se registran casi cuatro abortos por cada diez nacidos vivos en Brasil, Colombia, Perú y República Dominicana, y cerca de seis abortos en Chile por cada diez nacimientos. (AGI).

Situación en Colombia:

A pesar del gran descenso en la tasa global de fecundidad que ha logrado el país, del total de embarazos en Colombia, 24% termina en aborto y 26% en nacimientos no deseados. (Profamilia).

Entre todas las mujeres colombianas de 15 a 55 años, 22.9% -una de cada cuatro- declara haber tenido un aborto inducido. Dentro del grupo de mujeres de estas mismas edades que alguna vez han estado embarazadas, el porcentaje aumenta a 30.3% -una de cada tres-. Si se considera únicamente el grupo de adolescentes embarazadas menores de 19 años, el porcentaje llega a 44.5% -una de cada dos-. Centro de Investigación sobre Dinámica Social (CIDS).

En Colombia el aborto inseguro es la tercera causa de mortalidad materna. Dentro de las causas directas de mortalidad materna en Colombia la eclampsia es la principal, seguida por las complicaciones del trabajo de parto y el parto, el aborto y otras complicaciones del puerperio y hemorragias (Min. Protección Social). De las anteriores causas, el aborto es la única totalmente prevenible. (IPAS).

Aunque el mayor porcentaje de las mujeres que han abortado pertenecen al estrato más bajo, el aborto es practicado por mujeres de todos los estratos socio-económicos, 16.6% pertenecen al estrato alto, 24.1 % al estrato medio-alto, 21.8% al estrato medio-medio, 21.6% al estrato medio bajo, y 24.4% al estrato bajo. (CIDS).

La mayoría de las mujeres que han abortado indican haber tenido sólo un aborto (79.2%). No obstante, una quinta parte de las mujeres que han interrumpido su embarazo de manera voluntaria (20,8%) han tenido dos o más abortos, 16.2% un segundo, 3.4% un tercer aborto y 1.2% cuatro o más abortos. (CIDS). En los países donde la interrupción voluntaria del embarazo no está penalizada y se



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

prestan servicios de salud reproductiva de calidad, la asesoría en materia de planificación familiar en el momento del primer aborto reduce sustancialmente el número de embarazos no deseados y la incidencia en terminaciones voluntarias de estos. (AGI).

Situación en Bogotá³:

Bogotá viene presentando una reducción tanto en número como en tasas de los nacimientos vivos. En el 2000 ocurrieron 122.863 nacimientos (Tasa de 51.4 por 1.000 mujeres en edad fértil), mientras que para el 2004 se presentaron 113.256 nacimientos (Tasa de 44.1 por 1.000 mujeres en edad fértil).

En las adolescentes entre los 15 y 19 años, se ha observado un comportamiento similar: en el 2000 ocurrieron 22.692 nacimientos (Tasa de 70.8 por 1.000 adolescentes), mientras que en el 2004 se presentaron 19.555 (Tasa de 62.2 por 1.000 adolescentes)

Según la relación entre el total de embarazos y los embarazos no planeados, en Bogotá supera las cifras mundiales pues globalmente ésta relación es de 2 de cada 5, mientras que para la ciudad es de 2 de cada 3.

La relación mundial entre aborto inseguro con nacimientos vivos es de uno por cada siete nacidos vivos, en Colombia de 4 por cada 10, mientras que en Bogotá ésta relación es de 3 por cada 9, lo que equivale a aproximadamente 37.000 abortos en el año 2004.

Para el 2004 en Bogotá el 4.8% (tres casos de un total de 42 casos) de las muertes maternas fueron causadas por el aborto, mientras que en el mundo esta cifra llega al 13% y en América Latina a 17%. En la ciudad, para el mismo año el aborto se constituyó en la quinta causa de mortalidad materna, mientras que en el país es la tercera.

La Secretaría Distrital de Salud financió y participó en la realización de dos estudios sobre factores condicionantes y estrategias de intervención para la prevención de embarazo no deseado y del aborto inducido en las localidades de

³ Este resumen ha sido tomado del estudio realizado por la Fundación FES y la Secretaría Distrital de Salud en el año 2004 “Prevalencia de Aborto Inducido y Embarazo No Planeado en las Localidades de Santa Fe, Usme Y Ciudad Bolívar de la Ciudad de Bogotá”, el cual se encuentra disponible en la biblioteca de la SDS.



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

Usme, Ciudad Bolívar y Santa Fe, el primero en 1998 realizado con Oriéntame y en 2003 con la Fundación FES⁴.

La comparación de estos dos estudios permite concluir lo siguiente:

- En el momento del primer embarazo no planeado, en el estudio de 1998 el 51% de las mujeres no usaban ningún método de planificación familiar, frente al 71,52% de las mujeres del estudio de 2003.
- En el primer estudio se preguntó exclusivamente a las mujeres que iniciaron relaciones sexuales, acerca del uso de servicios de planificación familiar, de las cuales el 48% contestó en forma negativa. En el estudio del 2003, la pregunta se realizó a todas las mujeres participantes, independiente del inicio de relaciones sexuales, encontrándose que 79% no ha usado estos servicios.
- Además, en el estudio de 2003 se pudo identificar que aquellas que no usaron un método de planificación familiar en su primera relación sexual, tienen mayor riesgo de embarazo no planeado y aborto inducido.
- Las mujeres participantes en el estudio de 1998 halló que el 12% había iniciado relaciones sexuales antes de los 15 años mientras que el estudio de 2003 identificó que éste comportamiento fue del 12,6%. En cuanto al inicio de relaciones sexuales antes de los 20 años en el estudio de 1998 fue del 76% mientras que para el estudios de 2003 fue del 80%.
- En los dos estudios, el haber iniciado relaciones sexuales antes de los 20 años de edad, constituye un factor de riesgo para el embarazo no planeado.
- Según las investigaciones realizadas en Bogotá en los últimos años, la cifras de embarazos no planeados vienen en aumento ya que se paso de un 50% en 1998 al 66% en el año 2003.
- Con relación al aborto inducido, en las mismas investigaciones se ha logrado determinar que se encuentra entre un 4% y un 5% del total de embarazos.
- Para el primer el embarazo no planeado, en el cual se obtuvo, los factores de riesgo son ser soltera, que la institución de salud no le haya ofrecido dispositivo e inyección y no le haya dado información sobre métodos de planificación familiar (MPF), conocimiento de ligadura, conocimiento de métodos de planificación familiar no efectivos, edad de la primera relación sexual menor de 20 años y no uso de MPF efectivo en dicha relación.

La comparación de las características de las mujeres que participaron en el componente cualitativo de ambos estudios, permitió observar lo siguiente:

⁴ Fundación FES y Secretaría Distrital de Salud, 1998. Prevalencia de Aborto Inducido y Embarazo No Planeado en las Localidades de Santa Fe, Usme Y Ciudad Bolívar de la Ciudad de Bogotá.



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

- Frente al uso de métodos de planificación familiar las mujeres entrevistadas a profundidad en 1998 y en el 2003, coinciden en afirmar que recibieron una deficiente o nula información sobre salud sexual y reproductiva, especialmente de sus padres, con quienes tuvieron una relación basada en la autoridad y/o violencia.
- Los estudios concuerdan en identificar dificultades que existen para que la pareja pueda llegar a acuerdos frente al uso de métodos de planificación familiar y la responsabilidad de esta decisión recae exclusivamente en las mujeres.
- Las participantes de los dos estudios comparten el hecho de haber iniciado sus relaciones sexuales sin usar ningún método de planificación familiar.
- En general, los dos estudios permiten concluir que el uso de métodos de planificación familiar es irregular, esta limitado por la ausencia de información sobre ellos, existen creencias erradas frente a su uso y las experiencias vividas o conocidas sobre efectos secundarios son importantes para su elección o continuidad en el uso.
- En ambos estudios se puede apreciar que las mujeres obtuvieron sus primeros contactos con la sexualidad de forma vivencial y no por información adquirida por otras fuentes, a excepción de sus amigas, quienes se identificaron en los dos como una fuente importante de información, sobre aspectos relacionados con salud sexual y reproductiva.
- El inicio de las relaciones sexuales en las participantes de los dos estudios fue durante la adolescencia.
- La violación fue referida como una forma de inicio de relaciones sexuales en mujeres de los dos estudios. Un hallazgo coincidente es que cuando ésta es realizada por familiares tiende a ser repetitiva y la mujer se ve obligada a adoptar una posición sumisa frente a esta práctica.

Además el estudio del 2003 halló lo siguiente:

- Al parecer, el planear un embarazo es un deseo, que no concreta en la práctica, no sólo porque no está ligado con la preparación física, social, afectiva y emocional de la mujer, su pareja y su entorno, sino porque no esta vinculado al uso de métodos de planificación familiar (MPF).
- Como el embarazo no es un asunto planeado, un alto porcentaje de las mujeres que han tenido al menos un embarazo no planeado reportaron que no estaban planificando en el momento de su embarazo, pero tampoco deseaban embarazarse.
- Subyace a lo anterior, una relación contradictoria entre deseo de embarazo y práctica de anticoncepción: las mujeres no deseaban embarazarse y, sin



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

embargo, no planificaban. Ello se completa con los hallazgos cualitativos, en donde la baja percepción del riesgo se manifiesta en la incapacidad de las mujeres de asumir el control sobre su vida sexual y reproductiva, asumiendo que es “el destino” el responsable de sus embarazos no deseados y de sus abortos, y no se reporta la dificultad de asumir prácticas anticonceptivas de manera conciente.

- Adicionalmente, es importante indicar el papel que los hombres están jugando en las decisiones reproductivas. En el estudio de 2003, las mujeres reportaron que sus compañeros (padres de sus hijos) no deseaban el embarazo pero que éstos influyen en sus decisiones presionando o apoyando la ocurrencia del aborto inducido (la interrupción voluntaria del embarazo). Adicionalmente, frente al usar o no MPF, los hombres no participan en la decisión.
- Dadas las cifras encontradas y los hallazgos de las entrevistas, es posible afirmar que no todos los embarazos no planeados terminan en aborto.
- Aunque el conocimiento de MPF sobresale en condón (94,61%), la prevalencia de su uso es baja entre aquellas mujeres que han iniciado vida sexual (9,46%), lo cual coincide con lo encontrado en el estudio, en donde el condón no fue señalado como un método de uso frecuente y sistemático. Ello es preocupante dado el doble beneficio que este método tiene cuando es usado en forma correcta y sistemática: evitar ETS/VIH/SIDA y embarazos.
- La baja prevalencia de uso de MPF en la primera relación sexual fue significativa. Esto podría estar indicando que desde el inicio de la vida sexual, no hay una percepción de riesgo entre las mujeres, máxime cuando esta variable se encontró correlacionada a embarazo no planeado y aborto inducido.
- Respecto al consumo de medios de comunicación dada la prevalencia de preferencia por los dos canales nacionales, se presume que ellos podrían ser medios adecuados para informar a las mujeres de los estratos estudiados (I, II, III) sobre temas de salud sexual y reproductiva.

Otros estudios^{5,6} realizados con mujeres en la ciudad de Bogotá, han encontrado que:

- La mayoría de las mujeres tomó la decisión de interrumpir el embarazo por sí misma, mostrando más autonomía de la que usualmente se les reconoce a las

⁵ Embarazo Indeseado y Aborto. Fundación Oriéntame y Organización Mundial de la Salud. 1993.

⁶ Aborto, factores involucrados y consecuencias. Fundación Oriéntame. 1995.



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

mujeres en esta decisión. Por ser la persona directamente comprometida con su embarazo, las mujeres acuden en primera instancia a su compañero en busca de apoyo; muchas ya tienen la decisión tomada y acuden a él para compartir su decisión y otras mujeres quieren analizar la situación para llegar a un acuerdo con su pareja. Además, compartieron su situación con otras mujeres cercanas como amigas y familiares en quienes encontraron respaldo y compañía.

- Cada mujer tuvo más de un motivo para tomar la decisión de interrumpir el embarazo y aunque esos motivos fueron comunes a la mayoría de las mujeres en cada una de ellas se conjugaron de una manera muy particular. Restricciones de tipo afectivo, económico, familiar o social tuvieron mayor o menor importancia de acuerdo a las circunstancias de vida de cada mujer.
- Se evidenció que en el grupo de mujeres entre 20 y 29 años la decisión les generó un conflicto de valores y un impacto emocional mayor, comparadas con las mujeres más jóvenes y las de más edad. Esta mayor dificultad se puede explicar por el momento de vida por el que pasan estas mujeres pues mientras para las adolescentes ser madre y conformar un hogar es un proyecto a largo plazo y las mujeres de mayor edad ya tienen establecido un hogar, han vivido la maternidad y muchas ya han decidido de antemano no tener más hijos, las mujeres de 20 a 29 años están en una etapa de definiciones pues están culminando sus estudios, deben definir su vida profesional o laboral y tienen mayores presiones sociales respecto a la consolidación de una relación de pareja y respecto a la maternidad. Todas estas circunstancias posiblemente hacen que estas mujeres vivan con mayor culpa, dudas y temores la decisión de interrumpir un embarazo.
- En 100 mujeres que usaron correctamente un anticonceptivo, 45.2% quedó embarazada por falla del método: 13% con los más efectivos (hormonales, DIU, esterilización) y 32.1 % con los tradicionales (ritmo, barrera o retiro). Estos datos corroboran que la anticoncepción no es la solución absoluta para erradicar el problema del embarazo indeseado y del aborto: pero sin duda, es a corto plazo el único medio práctico para disminuir la interrupción voluntaria del embarazo.
- Para apoyar esta afirmación, debemos anotar que de 100 mujeres que recurrieron al aborto, 42% no estaba usando ningún método y que de 100 mujeres que usaban alguno, 36.3% desconocía su correcta utilización.



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

A TENER EN CUENTA EN EL CORTO PLAZO PARA LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO PLANEADOS E INCIDIR EN LA REDUCCIÓN DEL ABORTO

Según los diferentes estudios desarrollados en la ciudad sobre aborto inducido y embarazo no planeado, se puede concluir que en el corto plazo es necesario trabajar en Bogotá alrededor de:

1. Evaluar y mejorar las condiciones de acceso, uso y calidad de los servicios de planificación familiar en las Instituciones de salud así como las condiciones de acceso a los métodos de regulación de la fecundidad especialmente en adolescentes y jóvenes.
2. Consolidar la asesoría para el uso de métodos anticonceptivos en forma individualizada, teniendo en cuenta las necesidades particulares de cada mujer y estableciendo un seguimiento en el uso para aclarar dudas y disipar temores relacionados con los efectos secundarios del método elegido y su manejo, la posibilidad de disfrutar su vida sexual sin temor al riesgo de un embarazo no planeado y reducir los abandonos.
3. Dar a conocer y generar habilidades en el personal de salud para la anticoncepción de emergencia, así como controlar los medicamentos utilizados sin criterio y manejo científico para la inducción del aborto.
4. Diseñar y fortalecer los servicios de asesoría, apoyo emocional y anticoncepción post-aborto teniendo en cuenta la importancia que las mujeres otorgan a la maternidad y reconociendo que para muchas mujeres hay épocas de la vida en que la maternidad no es deseada ni factible debido a otras necesidades, responsabilidades o proyectos de vida.
5. En el marco de la educación en salud se deben definir intervenciones sustentadas en conceptos como ciudadanía, derechos y deberes encaminada a favorecer el desarrollo de habilidades y capacidades para el ejercicio de autonomía en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud sexual y reproductiva.
6. Generar intervenciones con estrategias participativas para los y las adolescentes centradas en los pares, los cuales se constituyen en un soporte social relevante, especialmente de tipo afectivo e informativo, frente a la adopción de comportamientos relacionados con el ejercicio de una sexualidad sana y placentera.



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

7. Diseño de programas educativos y servicios a los y las adolescentes desde la perspectiva de género, con énfasis sobre participación masculina en las decisiones reproductivas orientados a atraer a los hombres como usuarios de servicios de Salud Sexual y Reproductiva, y la participación directa de las mujeres en la búsqueda de su empoderamiento en el cuidado de su propia salud.
8. Vincular a los padres y madres en los procesos educativos e informativos sobre sexualidad en los y las jóvenes.
9. Fortalecer los proyectos de educación sexual para adolescentes dando información práctica para su vida actual.



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

ANEXO 1

DEFINICIONES

Aborto espontáneo:

Cuando el embarazo es interrumpido espontáneamente, es decir, sin que medie una maniobra abortiva. Aproximadamente entre 10% Y 15% de todos los embarazos terminan en abortos espontáneos. Este tipo de aborto requiere por lo general, tratamiento y hospitalización, aunque resulta menos mortal que un aborto inseguro. Sus causas, excepto cuando hay traumatismos, no suelen ser evidentes y a menudo tienen relación con problemas genéticos del feto o trastornos hormonales, médicos o psicológicos de la mujer. (OMS).

Aborto inseguro:

Se caracteriza por la falta de capacitación por parte del proveedor, quien utiliza técnicas peligrosas, y por llevarse a cabo en recintos carentes de criterios higiénicos. Un aborto inseguro puede ser inducido por la mujer misma, por una persona sin entrenamiento médico o por un profesional de la salud en condiciones no sanas. De otra parte entre 10% y 50% de los abortos inseguros requieren atención médica, aun cuando no todas las mujeres la soliciten. (OMS).

Aborto sin riesgos:

Todas las muertes y complicaciones como consecuencia de abortos inseguros se pueden prevenir. Los procedimientos y las técnicas para finalizar un embarazo en etapa temprana son simples y seguras. Cuando se lleva a cabo por profesionales de la salud capacitados y con equipo apropiado, una técnica adecuada y estándares sanitarios, el aborto es uno de los procedimientos médicos de menor riesgo. En países donde las mujeres tienen acceso a servicios seguros, la probabilidad de muerte como consecuencia de un aborto es de 1 cada 100.000 procedimientos. En países en desarrollo, el riesgo de muerte como consecuencia de complicaciones de un aborto inseguro es cientos de veces mayor.

Aborto inducido o Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE):

Puede ocurrir tanto en recintos médicos seguros, siguiendo las normativas legales y de salud pública, como fuera del sistema médico.

Anticoncepción de emergencia:

Prevención hormonal del embarazo no planeado que actúa impidiendo la fertilización y/o la implantación y que debe iniciarse antes de 72 horas postcoito pues una vez se lleva a cabo la anidación la gestación progresará sin efectos fetales.

Métodos quirúrgicos para la interrupción voluntaria del embarazo:



Secretaría
SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

Utilización de procedimientos transcervicales para finalizar un embarazo, incluyendo la aspiración al vacío, la dilatación y curetaje y la dilatación y evacuación.

Métodos médicos para la interrupción voluntaria del embarazo (no quirúrgico):

Utilización de drogas farmacológicas para finalizar un embarazo.

Duración del embarazo:

El número de días o semanas completas desde el primer día de la última menstruación normal.

Regulación menstrual:

Evacuación uterina temprana sin confirmación de laboratorio o ecográfica de embarazo para aquellas mujeres que tienen un retraso menstrual.



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

ANEXO 2

BIBLIOGRAFÍA

Allan Guttmacher Institute. (1999) Sharing responsibility: women, society & abortion worldwide. New York and Washington Dc, The Allan Guttmacher Institute.

Allan Guttmacher Institute (AGI), Readings on Induced Abortion, New York, 2000, www.agi.org. IPAS, Asegurando el acceso de las mujeres al aborto seguro, Chapel Hill, 2005, www.ipas.org.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Domestic Violence. ACOG educational bulletin. (2000) International Journal of Gynecology and Obstetrics 71:79-87.

Annet H and Rifkin S. (1995) Guidelines for rapid participatory appraisals to assess community health needs. Geneva, World Health Organization.

AVSC International. (1995) Postabortion women. In AVSC International. Family planning counseling - a curriculum pro to type. New York, AVSC International.

AVSC International. (1999) Infection prevention curriculum: a training course for health care providers and other staff of hospitals and clinics. New York, AVSC International.

AVSC International. (2000) Infection prevention: multimedia package (Training CD-ROM and reference booklet). New York, AVSC International.

Baird DT, Grimes DA and Van Look PFA (eds). (1995) Modern methods of inducing abortion. Oxford, Blackwell Science.

Baird T, Castleman LD, Gringle RE and Blumenthal PD. (2000) Clinician's guide for second trimester abortion.

Baird TL and Flinn SK. (2001) Manual vacuum aspiration: expanding women's access to safe abortion services.

Baker A. (1995) Abortion and options counseling: a comprehensive reference. Granite City, IL, The Hope Clinic for Women.

Bertrand J and Tsui A. (1995) Indicators for reproductive health program evaluation. Chapel Hill, NC, The Evaluation Project.



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

Bongaarts J and Westoff CF. (2000) The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in family Planning* 31: 193-202.

Bott S. (2000) Unwanted pregnancy and induced abortion among adolescents in developing countries: findings from WHO case studies. In: Puri CP and Van Look PFA (eds). *Sexual and reproductive health: recent advances, future directions*. New Delhi, New Age International (P) Limited, Volume 1, 351-366.

Brazier E, Rizzuto R and Wolf M. (1998) *Prevention and management of unsafe abortion: a guide for odian*. New York, Family Safe International.

Centro para derechos reproductivos (CRR), *Reflexiones sobre el aborto*, Briefing paper, New York, 2003, www.reproductiverights.org.

Centro de Investigación Sobre Dinámica Social (CIDS), *El aborto inducido en Colombia: características demográficas y socio-culturales*, Universidad Externado de Colombia y OMS, Bogotá, 1992.

Center for Reproductive Law and Policy. (2000) *Making abortion safe, legal, and accessible: a tool kit for odian*. New York, Center for Reproductive Law Policy.

Cook R and Dickens B. (2001) *Advancing safe motherhood through human rights*. Geneva, World Health Organization. (WHOjRHRjO1.5)

Cook RJ, Dickens BM and Bliss LE. (1999) *International developments in abortion law from 1988 to 1998*. *American Journal of Public Health* 89:579-586.

Comprehensive abortion care with Ipas MVA Plus TM Reference manual and trainer's manual. Chapel Hill, NC, Ipas (forthcoming).

Consortium for Emergency Contraception. (2000) *Emergency contraceptive pills: medical and service delivery guidelines*. Seattle, Consortium for Emergency Contraception.

Consortium for Emergency Contraception. (2000) *Expanding global access to emergency contraception. A collaborative approach to meeting women's needs*. Seattle, Consortium for Emergency Contraception.

Counseling the postabortion patient: training for service providers. Trainer's guide (draft). (1999) New York, AVSC International.



Secretaría
SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

DeBruyn M. (2001) Violence, pregnancy and abortion: issues of women's rights and public health. A review of worldwide data and recommendations for action. Chapel Hill, NC, Ipas.

Dickson-Tetteh K, Gabriel M, Rees H, Gringle R and Winkler J. (1998) Abortion safe manual: a guide for the training of registered midwives in termination of pregnancy, management of incomplete abortion and related reproductive health matters. Johannesburg, Reproductive Health Research Unit and Ipas.

Family Care International (FCI), Demorar el matrimonio y el primer nacimiento, Grupo Inter Agencial para una Maternidad sin Riesgo, New York, 1998, www.safemotherhood.org.

Figa-Talamanca I, Sinnathuray TA, Yusof K, Fong CK, Palan VI, Adeeb N, Nylander P, Onifade A, Akin A and Bertan M. (1986) Illegal abortion: an attempt to assess its costs to the health services and its incidence in the community. International Journal of Health Services 16: 375-389.

Foreit R and Frejka T (eds). (1998) Family planning operations research. New York, Population Council.

Fortney JA. (1981) The use of hospital resources to treat incomplete abortions: examples from Latin America. Public Health Reports 96: 574-579.

Gardner R and Blackburn R. (1996) People who move: new reproductive health focus. Population Reports Series J, No.45.

Germain A and Kim T (1998) Expanding access to safe abortion: strategies for action. New York, International Women's Health Coalition.

Hord CE. (2001) Making safe abortion accessible: a practical guide for advocates. Chapel Hill, NC, Ipas.

Hord CE, Baird TL and Billings DL. (1999) Advancing the Role of midlevel providers in abortion and postabortion care: a global review and key future actions. Issues in Abortion Care No. 6. Carrboro, NC, Ipas.

Huber D. (1997) Postpartum and postabortion contraception: a comprehensive training course. Watertown, MA, Pathfinder International.

IPAS, Asegurando el acceso de las mujeres al aborto seguro, Chapel Hill, 2005, www.ipas.org.



Secretaría
SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

Kowal D (eds). Contraceptive technology (17th revised edition). New York, Ardent Media Inc., pp. 779-844.

Ministerio de la Protección Social, Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna, UNFPA y OPS, Bogotá, 2004, www.minproteccionsocial.gov.co

Mora M, Villareal J. Unwanted pregnancy and abortion: Bogotá, Colombia. *Reprod Health Matters* 1993;1(2):14-28.

Mpangile GS, Leshabari MT and Kihwele DJ. (1999) Induced abortion in Dar es Salaam, Tanzania: the plight of adolescents.

Mundigo AI and Indriso C. (eds).(1999) *AborDan* in the developing world. New Delhi, Vistaar Publications for the World Health Organization.

OlukoyaZ A, Kaya B, Ferguson C AbouZahr J. Unsafe abortion in adolescents. *Int Gynaecol Obstet* 2001; 75:137-147.

Organización Mundial de la Salud (OMS), *Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud*, Ginebra, 2003.

Organización Mundial de la Salud (OMS), *Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*, 4a Edición, Ginebra, 2004, www.who.int/reproductive-health.

Paul M, Lichtenberg ES, Borgatta L, Grimes D and Stubblefield PG (eds). (1999) *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. Philadelphia, Churchill Livingstone.

Pereira IG and Novaes da Mota C. (2000) *Manual para o estabelecimento de um serviço de atendimento para aborto previsto por lei* [Manual for establishing services for providing abortion foreseen by law]. Carrboro, NC, Ipas.

Physicians for Reproductive Choice and Health. (1999) *Medical abortion used and lecture presentation*. New York, Physicians for reproductive Choice and Health.

Policar MJ and Pollack AE. (1995) *Clinical training curriculum in abortion practice*. Washington, DC, National Abortion Federation.



Secretaría
SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

Profamilia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000, UNFPA, Bogotá, 2002, www.profamilia.org.co

Reproductive Health for Refugees Consortium. (1997) Refugee reproductive health needs assessment field tools. New York, RHR Consortium.

Reproductive Health for Refugees Consortium. (1998) Fivedoy training program for health personnel on reproductive health programming in refugee settings. New York, RHR Consortium.

Rinehart W, Rudy S and Drenna M. (1998) GATHER guide to counseling. Population Reports, Series J, No. 48. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.

Santana F, Sloan NL, Schiavon R, BiLLings D, King T, rabia B and Langer A. (2000) GuideUnes and instructions for monitoring and evaluation of postabortion safe services (electronic version 1.0). New York, The Population Council.

Sihvo S, Ducot B, Kaminsky M, Cocon Group. Women's life cycle and abortion in unintended pregnancies. J Epidemiol Community Health 2003;57:6'1-605.

Singh K, Ratman S. The influence of abortion legislation on maternal mortality. Int Gynaecol Obstet 1998;63 (Suppl.1): S123-S129.

Solter C, FarreLL B and Gutierrez M. (1997) Manual vacuum aspiration: a comprehensive training course. Watertown, MA, Pathfinder InternationalL.

Talluri-Rao S and Baird TL. (1999) CounseUng and information guide for medical abortion - with training guide. Chapel Hill, NC, Ipas.,

Trussell J. (1998) Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA,

Tshibangu K, Ntabona B, Liselele-Bolemba L and Mbiye K (1984) Avortement clandestine, problème de santé publique á Kinshasha. [Illicit abortion, a public health problem in Kinshasha (Zaire)] Journal de Gynecologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction (Paris) 13: 759-763.

United Nations (1995) Report of the International conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994. New York, United Nations. (Sales No. 95.XIII.18)



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

United Nations (1996) Report of the fourth World Conference on Population on Women, Beijing, 4-15 September 1995. New York, United Nations. (Sales No. 96.IV.13)

United Nations (1999) Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. New York, United Nations. (A/S-21/5/ Add.)

United Nations Population Division (1999) World abortion policies 1999. New York, United Nations. Population division (ST /ESA/SER.A/178).

United Nations Population Division (2002) World contraceptive use 2001. New York, United Nations (Sales No. E.02.XIII.7)

Varkey SJ, Fonn S and Ketlhapile M. (2001) Health workers for choice: working to improve quality of abortion services.

Winkler J and Gringle R. (1999) Postabortion family planning: a two day curriculum for improving counseling and services. Chapel Hill, Nc, Ipas.

Wolf M and Benson J. (1994) Meeting women's needs for postabortion family planning: report of Bellagio technical working group. International Journal of Gynecology and Obstetrics 45 (Supplement).

World Health Organization (1992) The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group. Geneva, World Health Organization (WHO/ MSM/92.5)

World Health Organization. (1995) Complications of abortion: technical and managerial guidelines for prevention and treatment. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization. (1996) Studying unsafe abortion: a practical guide. Geneva, World Health Organization. (WHOjRHTjMSMj96.25)

World health Organization. (1997) Post-abortion family 'planning: a practical guide for programme managers. Geneva, World Health Organization. (WHOjRHTj97.20)

World Health Organization (1998) Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a Listing of available country data. Geneva, World Health Organization (WHO/RHT/MSM/97.16)



Secretaría
SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA

World Health Organization. (1999) Interpreting reproductive health. Geneva, World Health Organization. (WHOjCHSj RHRj99.7)

World Health Organization. (2000) Strengthening the provision of adolescent friendly health services to meet the health and development needs of adolescents in Africa. A consensus statement. Geneva, World Health Organization. (WHOjFCHjCAHjO1.16 and AFRjADHjO1.3)

World Health Organization (2001) Maternal mortality in 1995: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA. Geneva, World Health Organization. (WHO/RHR/01.9)

Yordy L, Leonard AH and Winkler J. (1993) Manual vacuum aspiration guide for clinicians. Carrboro, Nc, Ipas.

Zamudio L, Rubiano N, Wartenberg L, Viveros M, Salcedo H. El aborto inducido en Colombia. Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social. Universidad Externado de Colombia. 1998.



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

ANEXO 3

CONTEXTO INTERNACIONAL Y NACIONAL

Con relación a los acuerdos y pronunciamientos internacionales con relación al aborto inducido o a la interrupción voluntaria del embarazo, se tiene:

- La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD) desarrollada en El Cairo en 1994 y la 4° Conferencia Mundial de la Mujer (FWCW) que tuvo lugar en Beijing en 1995 afirmaron los derechos humanos de la mujer en el área de salud sexual y reproductiva. La Conferencia de El Cairo acordó que "los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya son reconocidos por leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y otros documentos consensuados. Estos derechos se basan en el reconocimiento de los derechos básicos de cada pareja e individuo de decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean tener, el intervalo entre ellos y el momento de tenerlos y de acceder a la información y los medios para hacerlo, así como en el derecho de obtener el máximo estándar de salud sexual y reproductiva (Naciones Unidas 1995, párrafo 7.3)
- En Beijing, los gobiernos acordaron que "Los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a tener control y decidir libre y responsablemente sobre temas relacionados con su sexualidad, incluyendo salud sexual y reproductiva, sin coerción, discriminación ni violencia. La igualdad entre mujeres y hombres con respecto a las relaciones sexuales y la reproducción, incluyendo el total respeto por la integridad de la persona, requiere respeto mutuo, consentimiento y responsabilidad compartida sobre la conducta sexual y sus consecuencias" (Naciones Unidas 1996, párrafo 96)
- Particularmente en el tema del aborto, los gobiernos del mundo reconocieron en la Conferencia de El Cairo que el aborto inseguro es una de las mayores preocupaciones de la salud pública y garantizaron su compromiso para disminuir la necesidad de un aborto a través de la expansión y mejoramiento de los servicios de planificación familiar, mientras que al mismo tiempo reconocieron que, en casos que no estén contra la ley, el aborto debe ser sin riesgos (Naciones Unidas 1995, párrafo 8.25). Un año más tarde, la Conferencia de Beijing convalidó estos acuerdos y también instó a que los gobiernos consideren la revisión de las leyes que contienen medidas punitivas contra las mujeres que se han sometido a abortos ilegales (Naciones Unidas 1996, párrafo 106).



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

- La Asamblea General de las Naciones Unidas revisó y evaluó la implementación de ICPD en 1999 (ICPD+5) y acordó que, "en circunstancias donde el aborto no esté en contra de la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a los proveedores de servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que dichos abortos sean sin riesgos y accesibles. Deberían tomarse medidas adicionales para salvaguardar la salud de las mujeres" (Naciones Unidas 1999, párrafo 63.iii).
- Pacto internacional de derechos civiles y políticos (PIDCP) (Ratificado por Colombia el 29 de octubre de 1969) Exige a los gobiernos que protejan el derecho a la vida, la libertad, la igualdad, la seguridad de la persona y el derecho a la intimidad. El comité que monitorea el cumplimiento de este Pacto ha llegado a la conclusión de que las leyes restrictivas del aborto que tienen algunos países violan el derecho a la vida de las mujeres.
- Pacto internacional de derechos económicos sociales y culturales (PIDESC) (Ratificado por Colombia el 29 de octubre de 1969) Este pacto es el primer tratado de Derechos Humanos que requiere que los Estados reconozcan y garanticen progresivamente el derecho a la salud. Cubre derechos relacionados con un estándar adecuado de vida, los niveles más altos alcanzables en salud física y mental, protección social, educación, el disfrute de los beneficios de libertad cultural y progreso científico y el derecho a trabajar bajo condiciones justas y favorables. El Comité ha pedido a los estados que incluyan la educación en salud sexual y reproductiva en los programas de estudios de las escuelas para que los adolescentes puedan contribuir a protegerse del VIH/SIDA y otras infecciones transmisibles sexualmente (ITS), reducir las tasas de embarazo adolescente y de aborto, y tener libre acceso a servicios de atención a la salud reproductiva.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) (Ratificada por Colombia el 19 de enero de 1982) La CEDAW requiere que los países garanticen que mujeres y hombres tengan igual acceso a servicios de atención de salud, incluidos servicios de planificación familiar y el derecho a decidir el número y espaciamiento de sus hijos. Bajo esta Convención los gobiernos deben garantizar el igual acceso de las mujeres a la educación, incluida la educación sobre planificación familiar. En su Recomendación General No. 24 sobre Mujer y Salud, el Comité que monitorea la CEDAW, estableció que la criminalización de prácticas médicas que sólo requieren las mujeres, como el aborto, constituye una violación del derecho a la igualdad.



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

- Recomendaciones a Colombia del Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer, encargado de monitorear la CEDAW: "El Comité nota con gran preocupación que el aborto, que es la segunda causa de muertes maternas en Colombia. es castigado como un acto ilegal. No existen excepciones a esta prohibición, ni siquiera cuando la vida de la madre está en peligro, es necesario para salvaguardar la salud física o mental de la madre. o en casos en que la madre ha sido violada. Al Comité también le preocupa que las mujeres que buscan tratamientos de aborto inducido, las mujeres que buscan un aborto ilegal y los doctores que los practican sean procesados penalmente. El Comité cree que la normatividad sobre aborto constituye una violación a los derechos a la salud y vida de las mujeres y al artículo 12 de la convención. El Comité hace un llamado al gobierno para que tome las acciones inmediatas que deroguen esta legislación. Además, le pide al gobierno proveer estadísticas de manera regular sobre los índices de mortalidad materna por regiones". Febrero 3 de 1999.
- Convención sobre los derechos del niño/a (CDN) (Ratificada por Colombia el 28 de Enero de 1991) Esta Convención brinda una fuente de protección a la salud y derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas y jóvenes, y requiere que los gobiernos "desarrollen servicios de planificación familiar y de educación". Prohíbe la discriminación contra los niños, niñas y adolescentes por varias razones y reconoce el derecho a la vida, información, intimidad, educación, y atención a la salud entre otros. También condena la violencia sexual, la explotación, el abuso y ciertas prácticas que son dañinas para las mujeres (como la mutilación genital femenina).
- Convención internacional para la eliminación de todas las formas de discriminación racial (CCDR) (Ratificada por Colombia el 2 de septiembre de 1981)
- El Comité que monitorea esta Convención ha evidenciado los vínculos entre género y discriminación racial en la medida en que las mujeres pueden ser afectadas por la discriminación de maneras que violen sus derechos sexuales y reproductivos, como el "embarazo resultante de violación motivada por prejuicio racial". También ha reconocido que la esterilización forzada, o la incapacidad de las mujeres para tener acceso a servicios de atención a la salud reproductiva por razón de la raza, etnia u origen nacional de las mujeres, son violaciones del tratado.
- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belem Do Pará) (Incorporada a la legislación colombiana mediante Ley 248 de 1995) Esta Convención señala, entre otros, el derecho a la integridad personal. La violación de este derecho se entiende



Secretaría
SALUD

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

como cualquier acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como privado.

En relación con el aborto inducido o la interrupción voluntaria del embarazo, en el país hay que tener en cuenta:

- Derecho a la igualdad y a la no discriminación (Art. 13 Constitución Política), por la criminalización de una práctica médica que únicamente las mujeres necesitan -en ciertos casos para salvar su vida-. Esta discriminación conlleva a, por ejemplo, la falta de control de las mujeres sobre su propio cuerpo, incluyendo su salud reproductiva. La penalización del aborto crea una estigmatización alrededor de un procedimiento médico que debe ser reconocido y garantizado como un derecho de todas las mujeres. Las consecuencias de esta discriminación tiene mayor impacto sobre mujeres jóvenes, de bajos recursos, y/o que viven en zonas rurales.
- Derecho a la vida, a la salud y a la integridad (Art. 11, 12, 43 Y 49 Constitución Política), por la falta de reconocimiento de los efectos que la total penalización del aborto tiene en la vida, la salud y la integridad de las mujeres.
- Derecho a la dignidad, la autonomía reproductiva y el libre desarrollo de la personalidad (Preámbulo y Art. 1, 16 Y 42 Constitución Política), porque se está obligando a las mujeres a llevar a cabo embarazos no deseados -desde el comienzo del embarazo como en el caso de violación, o en el transcurso del mismo como cuando se diagnostica que el feto presenta graves malformaciones incompatibles con la vida extrauterina-, incluso en contra de su propio bienestar físico, psíquico o emocional, tratándolas como máquinas reproductoras e ignorando el derecho que tienen a diseñar su propio plan de vida.
- El derecho a la igualdad en la aplicación del derecho internacional al tema del aborto (Art. 13, 93 Constitución Política) porque la inaplicación de los claros lineamientos internacionales cuyo valor jurídico se ha reconocido en otras decisiones, implica una violación del derecho a la igualdad y para el Estado colombiano un incumplimiento de las obligaciones internacionales adquiridas con la ratificación de tratados de derechos humanos por parte del Estado colombiano.