

# ¿Por qué abortan las mujeres?



Qué dice la evidencia sobre las causas y razones del aborto inducido

¿Por qué abortan las mujeres\*?

Qué dice la evidencia sobre las causas y razones del aborto inducido.

Febrero 2021.

\* En Ipas reconocemos las realidades y experiencias de las personas trans y no-binarias.

En esta publicación nos referimos específicamente a las experiencias de las mujeres cis.

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

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

**Líder de proyecto:** Fernanda Díaz de león

**Desarrollo de contenidos:** Alexis Hernández

**Revisión y comentarios:** Fernanda Díaz de león, Marisol Escudero, Ma. Elena Collado y Brisa Paulina

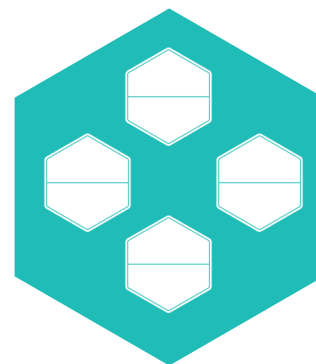
**Revisión editorial:** Laura Andrade

**Diseño original:** Laura Próspero

## INTRODUCCIÓN

Una pregunta frecuente en la discusión social sobre el aborto es: ¿por qué las mujeres recurren a su práctica? Si bien nos encontramos ante la dificultad de ofrecer una respuesta simple para un tema tan complejo, lo que podemos señalar, con base en la evidencia mundial, es que hay una relación directa entre el aborto inducido y la existencia de los embarazos no planeados y no deseados. Para erradicar el aborto inducido, habría que erradicar los embarazos no planeados y no deseados. Sin embargo, la realidad no es tan sencilla y el aborto nunca dejará de ser una opción para millones de mujeres, niñas y adolescentes en todo el mundo, de hecho, históricamente el aborto ha sido, es y será uno de los eventos obstétricos más comunes en la vida reproductiva de las mujeres.

Las mujeres recurren al aborto por una gran variedad de causas y razones, entre ellas: la violencia sexual, la falta de acceso a servicios de salud y a los métodos anticonceptivos modernos, las dificultades para el uso correcto y consistente de los anticonceptivos, las fallas propias de los métodos y el hecho mismo de que muchas mujeres, adolescentes y niñas, no desean ser madres en determinado momento de sus vidas. De modo que nunca será posible erradicar el aborto, pero sí es posible lograr que las mujeres accedan a procedimientos seguros y de calidad, sin que se ponga en peligro sus vidas y el ejercicio de sus derechos fundamentales. En el logro de este objetivo radica la misión de Ipas: disminuir a cero los abortos inseguros en el mundo y que cada mujer, niña y adolescente, tenga el derecho y la capacidad de determinar su propia sexualidad y su salud reproductiva.



## LA DECISIÓN DEL ABORTO Y LA MATERNIDAD



En la decisión de abortar convergen una serie de cuestiones personales, subjetivas, financieras, sociales, emocionales y de salud que son relevantes y muy significativas para cada mujer. Generalmente, las mujeres que han decidido abortar tienen más de una razón para hacerlo (Torres y Forrest 1988; Chae et al 2017).

Para muchas mujeres, incluidas las niñas y adolescentes, un embarazo no planeado puede representar un obstáculo en su trayectoria o plan de vida; por ejemplo, para su permanencia escolar, una carrera profesional, laboral o deportiva, entre otras aspiraciones de desarrollo. La evidencia muestra que las que tuvieron hijos/as durante la adolescencia: alcanzaron menor nivel educativo, tuvieron menores oportunidades laborales y su nivel de ingresos económicos fue significativamente más bajo, en comparación con las mujeres que fueron madres en la edad adulta (UNFPA 2020). En ocasiones, las condiciones o problemáticas que enfrentan las mujeres no son evidentes antes del embarazo (situación de pareja, en la escuela, el trabajo, etc.) por lo que incluso un embarazo que sí fue planeado puede convertirse en un embarazo no deseado.

Muchas mujeres, niñas y adolescentes pueden enfrentarse con la dificultad de expresar abiertamente que no desean el embarazo, esto debido al estigma relacionado con el aborto y al hecho de que la maternidad es uno de los estereotipos de género hacia las mujeres más extendido socialmente (Frances Raday en Cook y Cussack 2010). La decisión de interrumpir un embarazo supone ir en contra de normas sociales y mandatos de género relacionados con la maternidad, la cual históricamente se ha considerado como un atributo inherente a la identidad femenina. De modo que cuando una mujer decide abortar, la sociedad interpreta esa decisión como una transgresión hacia lo que culturalmente significa ser mujer. La evidencia sobre el aborto nos muestra que no todos los embarazos son planeados y **la maternidad no siempre es deseada**.

En México, por ejemplo, del total de los embarazos en todas las mujeres de entre 15 y 49 años, 64% fueron planeados (CONAPO 2019), es decir que casi 4 de cada 10 embarazos en nuestro país no fueron planeados. En el caso de las adolescentes de 15 a 19 años embarazadas, el 53% declaró que el embarazo fue planeado (CONAPO 2019), lo cual significa que casi la mitad de los embarazos de las adolescentes en nuestro país no son planeados.

Hoy sabemos que la maternidad es un rol o actividad determinada por el contexto histórico y social, de carácter variable, que depende de cada mujer, de su historia y de su circunstancia (Badinter 1980, Alvarado 2005, Saletti 2008 en Herrera s/f). El hecho de que biológicamente las mujeres estén posibilitadas para la gestación, no significa que la maternidad forzosamente deba ocurrir, especialmente en el caso de niñas y adolescentes, cuyos cuerpos todavía se encuentran en desarrollo y cuyas condiciones psicosociales, educativas y laborales posiblemente no son las idóneas para el cuidado y crianza de hijos/as.

Todas las mujeres, incluyendo las niñas y adolescentes, deben contar con las condiciones y el acompañamiento necesario para que puedan expresar libremente sus emociones, expectativas y deseos sobre el ejercicio de su sexualidad y reproducción, sin temor a ser juzgadas, estigmatizadas o incluso criminalizadas si deciden abortar. Desde un marco de derechos humanos y de justicia reproductiva, las autoridades y la sociedad en su conjunto deben de promover y garantizar dichas condiciones para que cada mujer y niña tenga la capacidad y la libertad para decidir sobre su propia reproducción. La maternidad no puede aceptarse como una imposición social o un destino inevitable. En un escenario ideal, todos los embarazos deberían ser voluntarios y planeados, de la misma forma que todos los hijos e hijas deberían ser deseados.

## Violencia sexual

La violencia contra las mujeres, particularmente la violencia sexual, es uno de los factores que impactan directamente en la ocurrencia de embarazos no deseados y en serias afectaciones a la salud de las mujeres, especialmente en niñas y adolescentes. La violencia sexual no se limita al mero acto de la penetración forzada, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), abarca actos que van desde el acoso verbal y una variedad de tipos de coacción, presión e intimidación con el uso de la fuerza física. También es violencia sexual cuando la persona no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo, cuando se encuentra en estado de ebriedad, bajo los efectos de algún estupefaciente, dormida o con algún padecimiento mental que se lo impida; o cuando el consentimiento se obtiene mediante la fuerza, bajo amenazas, chantaje o coerción (OMS 2013).

La **coerción sexual** es una dinámica de ejercicio de poder y control sin el uso de la violencia física que implica una variedad de tácticas como las amenazas, el aislamiento, el control financiero o el abuso emocional que crean vulnerabilidades en la persona coaccionada (Grace y Anderson 2016), contexto que, en el caso de las mujeres, posibilita la ocurrencia de embarazos no deseados. Niveles exacerbados de miedo y control, así como la violencia en las relaciones de pareja, están asociados con la incapacidad de las mujeres para acceder a servicios de anticoncepción que les permitan prevenir un embarazo no deseado (Ipas 2018). Las mujeres que experimentan violencia en su relación de pareja presentan mayores niveles de embarazo no deseado en comparación con aquellas que no están en una relación violenta (OMS 2005)



Los hombres pueden tener una influencia muy determinante en las decisiones reproductivas de las mujeres. La influencia negativa de los varones está determinada por las relaciones de poder que establece la estructura jerárquica del género, en la que se impone un modelo de masculinidad dominante que ejerce distintos tipos de control y violencia contra las mujeres. Por ejemplo, la pareja masculina puede ejercer **coerción sobre el embarazo** a través de amenazas o actos de violencia para forzar la decisión de interrumpir o continuar con un embarazo en contra de los deseos de la mujer (Ipas 2009, Chamberlain y Levenson 2012, OMS 2012). En otros escenarios, para muchas mujeres influye el tipo de relación que tiene con el hombre: si es casual, esporádica o estable; o bien el tipo e intensidad del vínculo afectivo, si existe enamoramiento o si el vínculo es meramente sexual coital (Guevara 2001 y 2005, Ramos y Fernández 2020). Lo cierto es que, en cualquier caso, lo que se encuentra en disputa es la autodeterminación reproductiva de las mujeres y el derecho a decidir sobre sus propias vidas con base en sus particulares circunstancias.

En México no existen datos específicos y actualizados sobre el número de mujeres, niñas y adolescentes, que han sido violadas. Se estima que el 94% de los delitos sexuales contra las mujeres que se comenten cada año en el país no son denunciados (CEAV 2016), es decir que por cada violación denunciada existen otras nueve que ocurrieron y que no llegaron a un proceso judicial.

Las afectaciones al bienestar físico, mental y social propias de la violencia sexual son un factor determinante para que las mujeres embarazadas como consecuencia de este tipo de violencia opten por una interrupción del embarazo. En este sentido, se debe prestar particular atención a los riesgos a la salud y vida asociados a la continuación de un embarazo a temprana edad, los cuales son clínicamente embarazos de alto riesgo, que enfrentan las niñas y adolescentes. (OMS 2020). Todas las mujeres, niñas y adolescentes con un embarazo no deseado producto de la violencia sexual deberían de tener la posibilidad de un aborto, si así lo deciden, como parte de la atención a su salud y de la protección de sus derechos humanos (WHO 2017). Obligarlas a continuar con un embarazo producto de violación, denegar el acceso al aborto seguro y someter a las mujeres, niñas y adolescentes a actitudes humillantes y sentenciosas equivale a un acto de tortura y malos tratos.<sup>1</sup>

## RELACIONES COITALES NO PROTEGIDAS

Pese a que en México se observa un aumento general en el uso de anticonceptivos, 59.9% de las mujeres adolescentes de 15 a 19 años utilizó un método anticonceptivo en su primera relación coital (ENADID 2018), esto es que 4 de cada 10 mujeres adolescentes iniciaron su vida sexual coital sin protección anticonceptiva. Es importante señalar que las encuestas nacionales en México no recopilan información sobre el comportamiento reproductivo de los varones y tampoco analizan la relación entre los mandatos sociales de la masculinidad y el fenómeno del embarazo en adolescentes (INMUJERES 2018).



La ENADID 2018 midió de manera indirecta la participación masculina en la prevalencia anticonceptiva y arrojó que, en mujeres sexualmente activas de 15 a 45 años, el 16.8% reportó que su pareja participó en el uso de métodos como la vasectomía o el condón masculino. Mientras que, en el caso de las mujeres adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas, la participación masculina reportada fue del 26.6% (CONAPO 2019). La poca oferta de métodos anticonceptivos para los varones y los aspectos culturales sobre el aprendizaje de masculinidades apegadas al modelo hegemónico, siguen limitando la participación activa, igualitaria y corresponsable de los hombres en el cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la prevención de los embarazos no deseados. En este sentido y con base en la información disponible, el uso de un

<sup>1</sup> Ver: Tortura y otros tratos a penas crueles, inhumanas o degradantes en Ipas, 2019. El aborto en el Sistema Internacional de Derechos Humanos. México.

método anticonceptivo por parte de las mujeres adolescentes en la primera relación sexual coital, implica tres supuestos:

- ① **Información:** la adolescente tuvo la información, por mínima que haya sido, que le fue suficiente para saber de la existencia y funcionamiento de métodos para protegerse de un embarazo no deseado.
- ② **Acceso:** la adolescente contó con los elementos suficientes, incluyendo los económicos y logísticos, que le permitieron acceder al método, haya sido a través de los servicios de salud, una organización civil, en la farmacia u algún otro establecimiento.
- ③ **Autonomía:** la adolescente puso en práctica habilidades y capacidades cognitivas y psicosociales que le facilitaron la utilización del método, incluso ante situaciones en las que se haya enfrentado a desinterés o negativa por parte de su pareja.

En poco más del 40% de las adolescentes de 15 a 19 años que no utilizaron un método en su primera relación coital, hubo ausencia de estos elementos. Por otro lado, 5 de cada 10 mujeres adolescentes unidas siguen sin utilizar ningún método en la actualidad (ENADID 2018). La Necesidad Insatisfecha de Anticoncepción<sup>2</sup> (NIA) en adolescentes de 15 a 19 años sigue siendo la más alta entre los distintos grupos de edad.

La NIA en **adolescentes sexualmente activas** asciende a un 27.6% a nivel nacional, comparado con el 10.9% para todas las mujeres sexualmente activas de 15 a 49 años. Similar al caso de las **adolescentes unidas**, quienes presentan una NIA del 28.2% en contraste con 10.8% para todas las mujeres unidas de 15 a 49 años (ENADID 2018). Estos datos indican que tres de cada diez adolescentes, unidas o no unidas y sexualmente activas, están expuestas a un embarazo, a pesar de haber declarado que no desean embarazarse.

Es importante destacar el papel que puede tener la falta de participación masculina en el uso de los métodos anticonceptivos y su relación con el aumento de los embarazos no planeados o no deseados. En términos de investigación, es necesario contar con más y mejor información cuantitativa y cualitativa sobre los comportamientos sexuales y reproductivos de los varones en relaciones heterosexuales, así como documentar las diferencias y matices intergeneracionales e interculturales.

Como se mostró anteriormente, cuando en determinados contextos las mujeres se encuentran en relaciones de pareja en las que viven algún tipo de violencia, sus posibilidades de acceder a servicios y protegerse de un embarazo no deseado se ven seriamente afectadas. La influencia negativa de los hombres puede verse reflejada en su oposición al uso de los métodos o en el **sabotaje anticonceptivo**, entendido como una interferencia activa por parte de la pareja masculina para obstaculizar el adecuado uso

---

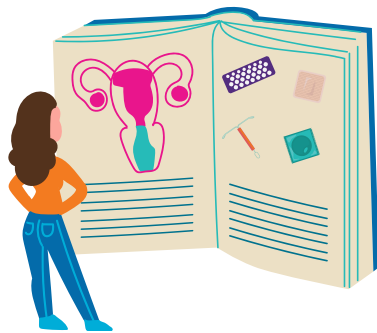
<sup>2</sup> Proporción de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años unidas y/o sexualmente activas que no desean embarazarse y que no utilizan ningún método anticonceptivo, por lo tanto, están expuestas a un embarazo pese a su deseo de limitar o espaciar su reproducción.

o funcionamiento de los métodos (Chamberlain y Levenson 2012), lo cual puede incluir:

- Ocultar, retener o destruir las píldoras o inyecciones anticonceptivas.
- Deliberadamente romper o hacer agujeros en el condón, quitárselo durante la relación coital o, en el caso del condón femenino, introducir el pene fuera del condón intencionalmente.
- No retirarse al eyacular cuando ese fue el acuerdo o cuando la mujer expresamente se lo solicitó.
- Remover el anillo vaginal, retirar el parche anticonceptivo, intentar remover el DIU jalando de los hilos que quedan a la altura del cérvix o presionar a la mujer para que se lo retire un profesional de la salud.

Si bien culturalmente ha prevalecido el estereotipo de género que presenta a las mujeres como las principales responsables del uso de los anticonceptivos y la prevención de los embarazos, hay que insistir en que los hombres son sujetos activos de la reproducción y por lo tanto deberían de contar con habilidades de cuidado y corresponsabilidad en estas esferas de la salud. Por su parte, el Estado debe promover acciones y políticas que favorezcan la corresponsabilidad masculina en la salud sexual y reproductiva, con énfasis en la erradicación de todos los tipos de violencia contra las mujeres y la prevención de los embarazos no planeados y no deseados.

## FALLAS EN LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



Aun cuando se abatieran las necesidades insatisfechas de anticoncepción y se lograra una cobertura universal de métodos anticonceptivos, ningún método para regular la fertilidad garantiza una protección total. La eficacia anticonceptiva no sólo depende de la protección ofrecida por el método en sí, sino también de si las personas usuarias los utilizan o no de manera correcta y consistente, o bien de si se presenta alguna interacción o condición de salud que interfiera con la eficacia del método. Los anticonceptivos que dependen de un uso correcto y consistente por parte de las personas usuarias, como los preservativos, parches, hormonales orales o anillos vaginales, suelen presentar mayores niveles de falla atribuible al uso típico, suponiendo falta de uso ocasional o uso incorrecto.

Sin embargo, el uso perfecto de los métodos anticonceptivos tampoco garantiza una efectividad total para evitar un embarazo no deseado, incluso los métodos permanentes o los reversibles más eficaces y de acción prolongada, como los implantes o Dispositivos Intrauterinos, presentan ciertos niveles de falla tanto con uso típico como con uso perfecto (OMS 2012 y 2018). Con base en estimaciones sobre el uso típico de los métodos, la Organización Mundial de la Salud calcula que cada año, aproximadamente 33 millones 469 mil mujeres en edad reproductiva que utilizan un método anticonceptivo resultan embarazadas a causa de las fallas anticonceptivas (OMS 2012).



## CANTIDAD ESTIMADA DE MUJERES QUE UTILIZAN UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO Y CANTIDAD QUE TIENE UN EMBARAZO NO DESEADO DURANTE EL PRIMER AÑO DE USO, POR TIPO DE MÉTODO.

Método anticonceptivo	Tasa estimada de fracaso (uso típico), % <sup>a</sup>	Cantidad de usuarias, en miles <sup>b</sup>	Cantidad de mujeres con un embarazo accidental (uso típico), en miles <sup>c</sup>
Esterilización femenina	0.5	232,564	1,163
Esterilización masculina	0.15	32,078	48
Inyectables	0.3	42,389	127
Dispositivo intrauterino (DIU)	0.8	162,680	1,301
Pastillas	5.0	100,816	5,041
Preservativo masculino	14	69,884	9,784
Barrera vaginal	20	2,291	458
Abstinencia periódica	25	37,806	9,452
Coito interruptus	19	32,078	6,095
<b>Total</b>	<b>4.7</b>	<b>712,586</b>	<b>33,469</b>

a Los cálculos de Trussell (51) se basan en datos de EE. UU. Las tasas de fracaso estimadas en el uso típico cubren el fracaso del método y el fracaso del usuario que utiliza el método anticonceptivo en condiciones típicas.

b Sobre la base de la cantidad estimada de mujeres de entre 15 y 49 años, casadas o en concubinato en 2007 y del porcentaje que usa un método anticonceptivo específico (34).

c Columna (4) = Columna (3) x (Columna (2)/100).

FUENTE: OMS, 2012. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2ª ed.

En Ipas CAM tenemos un fuerte compromiso con la salud y la vida de las mujeres. Nos esforzamos por eliminar el aborto inseguro en México y Centroamérica, así como las muertes y lesiones causadas por éste. Trabajamos para ampliar el acceso de las mujeres a servicios de atención integral del aborto, incluidos los servicios de anticoncepción y salud reproductiva. Si tienes dudas puedes contactarnos, con gusto las contestaremos:



[www.ipascam.org](http://www.ipascam.org)



Ipas CAM



Ipas CAM



Ipas CAM



Aplicación Aborto Seguro Ipas Mx



[www.profesionalesdelasalud.ipasmexico.org/](http://www.profesionalesdelasalud.ipasmexico.org/)

Chae S, Desai S, Crowell M y Sedgh G. 2017. Reasons why women have induced abortions: a synthesis of findings from 14 countries. *Contraception*, 96(4), 233-241.

Chamberlain L y Levenson R. 2012. Addressing intimate partner violence, reproductive health and sexual coercion: A guide for obstetric, gynecologic and reproductive health care settings. Second edition. The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Futures Without Violence*.

Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas. 2016. Diagnóstico cuantitativo sobre la atención de la violencia sexual en México. Informe Final, 2016. SEGOB, México.

Consejo Nacional de Población. 2019. Resultados sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes de 15 a 19 años. Principales resultados de la ENADID 2018. Presentación del Dr. Carlos Echarri en la decimoctava reunión ordinaria del GIPEA. SEGOB, México. Disponible: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/527268/8.\\_GIPEA\\_correccion\\_Resultados\\_ENADID\\_2019\\_25062018\\_fin\\_DR\\_Echarri.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/527268/8._GIPEA_correccion_Resultados_ENADID_2019_25062018_fin_DR_Echarri.pdf)

Cook R y Cusack S. 2010. Estereotipos de género: Perspectivas legales transnacionales. PROFAMILIA: Colombia.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2020. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en México. UNFPA, México.

Grace, K. T., & Anderson, J. C. 2016. Reproductive coercion: A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*. Online ISSN: 1552-8324. <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1524838016663935>

Guevara Ruiseñor E. 2001. La experiencia del aborto en los hombres y los derechos reproductivos. *La Ventana*, Núm. 14 / 2001. 242-266.

Guevara Ruiseñor E. 2005. La corresponsabilidad ética de los varones frente al aborto. *Desacatos*, núm. 17, enero-abril 2005, pp. 33-56.

Herrera Romero M. S/f. Instinto maternal, ¿existe? Programa Institucional de Estudios de Género, UNAM. Última consulta el 05 de octubre de 2020 en: <http://antares.iztacala.unam.mx/piieg/index.php/articulos-gaceta/feminidad/instinto-maternal-existe/>

Instituto Nacional de las Mujeres. 2018. Manual de capacitación para la incorporación de los hombres en la prevención del embarazo en adolescentes desde la perspectiva de género. INMUJERES: México.

Ipas México. 2018. Violencia sexual y embarazo infantil en México: Un problema de salud pública y derechos humanos. México.

Ipas México. 2019. El aborto en el sistema internacional de derechos humanos. México.

Ipas. 2009. Explorando los roles de los hombres en las decisiones de las mujeres de interrumpir el embarazo. Una revisión del material publicado con sugerencias para la toma de acción. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

Ipas. 2020. La historia completa: incidiendo por educación integral en sexualidad que incluya contenido sobre el aborto. Chapel Hill, Carolina del Norte. Ipas.

Organización Mundial de la Salud. 2012. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda edición, OMS.

Organización Mundial de la Salud. 2020. El embarazo en la adolescencia. Internet. Consultado el 05 de octubre de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Ramos, S y Fernández Vázquez, S. 2020. ¿Por qué abortan las mujeres?: N° 12 Serie de documentos REDAAS. Buenos Aires, Argentina.

Torres, A y Forrest, J.D. 1988. Why do women have abortions? *Family planning perspectives*, 169-176.

World Health Organization. 2013. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: Results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*.

World Health Organization. 2017. Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva: 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO