

Evolución de las interrupciones voluntarias del embarazo en los países con IVE legal.

Golcman, Guillermo.

Cita:

Golcman, Guillermo (2020). *Evolución de las interrupciones voluntarias del embarazo en los países con IVE legal*. Documento de trabajo, FUNDASSEX (Fundación para la Salud Sexual).

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/guillermo.golcman/2>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pmTz/Ahe>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.



EVOLUCIÓN DE LAS INTERRUPCIONES VOLUNTARIAS DEL EMBARAZO EN PAÍSES CON IVE LEGAL

Dr. Guillermo Golcman

FUNDASSEX (Fundación para la Salud Sexual)

ABRIL, 2020



ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	3
MATERIAL Y MÉTODOS	4
RESULTADOS	6
DISCUSIÓN	9
CONCLUSIÓN	10
BIBLIOGRAFÍA	12
ANEXOS	
Albania	13
Alemania	14
Armenia	15
Azerbaiján	16
Bélgica	17
Bielorrusia	18
Bulgaria	19
Camboya	20
Canadá	21
China	22
Croacia	23
Cuba	24
Dinamarca	25
Eslovaquia	26
Eslovenia	27
España	28
Estados Unidos	29
Estonia	30
Francia	31
Georgia	32
Grecia	33
Holanda	34
Hungría	35
Italia	36
Kazajistán	37
Kirguistán	38
Letonia	39
Lituania	40
Macedonia	41
Ciudad de México	42
Moldavia	43
Mongolia	44
Montenegro	45
Noruega	46
Portugal	47
Puerto Rico	48
República Checa	49

Rumania	50
Rusia	51
Serbia	52
Singapur	53
Suecia	54
Suiza	55
Tajikistán	56
Túnez	57
Turquía	58
Ucrania	59
Uruguay	60
Uzbekistán	61
Vietnam	62

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es contribuir al conjunto de herramientas que puedan utilizarse en torno al debate sobre la legalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Intenta demostrar, en base a registros oficiales, que el comportamiento de las cifras de IVE en los países que la legalizaron es hacia el descenso de las mismas. De igual manera pretende optimizar el proceso comparativo general con la utilización del status socioeconómico de cada país como variable secundaria, demostrando la variedad de países en diferente situación de desarrollo humano que ha podido descender las cifras de IVE gracias a su legalización.

Palabras clave: IVE; aborto; descenso; legalización; IDH

ABSTRACT

The objective of this paper is to contribute as a useful tool for the debate on Voluntary Interruption of Pregnancy (VIP). Its goal is to demonstrate, from official data, that there is a decreasing tendency of the number of VIP in those countries in which VIP is legal. Also, it intends to optimize the general comparative process using a socio-economic variable, with the purpose of demonstrating that a variety of countries in terms of human development have been able to decrease de number of VIP thanks to legalization.

Keywords: VIP; abortion; decrease; legalization; HDI

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el debate sobre la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se ha ganado un justo lugar en la disputa socio-política y mediática nacional e internacional. La discusión se ha dado de forma transversal en campos como el filosófico, ético-moral, jurídico y sanitario. De todos ellos, este último es el que mayor apoyo estadístico ha podido lograr. En este sentido, los países que han legalizado la IVE han tenido en cuenta numerosos elementos, entre ellos la disminución de las muertes de mujeres por abortos clandestinos y la optimización en las acciones de prevención del embarazo no deseado. Aunque estos argumentos son de por sí contundentes, quienes defienden las políticas restrictivas han puesto sobre la mesa una serie de premisas, entre ellas la suposición de que la legalización de la IVE llevaría a un aumento de las interrupciones. En este marco, el objetivo de este trabajo es demostrar que tal fenómeno no existe, y que en la gran mayoría de los casos la legalización de la IVE ha llevado a una disminución en el número de prácticas o, en su defecto, a una estabilidad en la incidencia. Las causas de ésta tendencia podrían ser numerosas y un análisis detallado de las mismas excede los límites de este estudio. No obstante, podemos decir que la accesibilidad estadística muestra realidades verdaderamente contrastantes si hacemos un cotejo entre regiones con políticas opuestas en cuanto a legalidad de la práctica. La ausencia o insuficiencia de registros oficiales dificulta la configuración de referencias poblacionales en base a las cuales las instituciones deberían implementar determinadas políticas en beneficio del

conjunto social. En cuanto a los sistemas de salud pública, es conocida la necesidad de realizar un diagnóstico de situación previo a la ejecución de cualquier estrategia que pretenda resultados positivos. Dicho esto, podemos observar una preocupante falta de datos en los sistemas que penalizan la IVE, cuya clandestinidad impide establecer puntos de partida claros y precisos para accionar de manera eficiente en términos de promoción y prevención. En el mejor de los casos, las arduas investigaciones que tienen lugar en estos países están obligadas a emplear complejos cálculos basados en cifras no siempre confiables, y por lo general se incorporan a la bibliografía como referencias aisladas. En Argentina, por ejemplo, una importante investigación llevada a cabo en el año 2005 por Silvia Mario y Edith Alejandra Pantelides¹, dejó en evidencia la necesidad de utilizar variables indirectas para establecer cifras aproximadas. Aunque los resultados muestran rangos bastante amplios, la carencia de registros oficiales hace de esta investigación una valiosa herramienta científica. Sin embargo, lejos estamos de conseguir los beneficios estadísticos que ofrecería una práctica realizada sin restricciones por el sistema sanitario.

Un segundo debate se da en el campo de la gestión del gasto público, en el cual se discute la capacidad del Estado para lograr resultados positivos en relación a la disponibilidad de recursos. Por lo general se toman como referencia argumentativa aquellos países con alta calidad de vida ciudadana. Sin embargo, cuando consideramos el nivel socioeconómico de los países que han legalizado la IVE, vemos que gran parte de los mismos presentan una situación semejante o inferior a la de muchos de los integrantes del llamado “tercer mundo”. En este trabajo veremos la evolución gráfica de las IVE en países con diferente status socio-económico e IVE legal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos recopilado los datos sobre IVE de cada país en forma individual para luego reproducirlos en gráficos lineales. Hemos considerado sólo los países de los cuales pudimos extraer datos oficiales a través de la red de Internet. Dimos preferencia a los registros tomados de las instituciones estatales de cada país (ministerios de salud, sistemas estadísticos estatales, etc.). Para los países cuyos órganos oficiales no dan información al público sobre IVE, hemos utilizado los datos de la División de Estadísticas de las Naciones Unidas. Las variables usadas en la recopilación de datos fueron:

- **Número de IVE:** es la variable más utilizada en los sistemas de información oficial
- **Tasa de IVE por 1000 mujeres de 15-49 años:** es la variable ideal, ya que no depende del crecimiento poblacional. Hemos dado prioridad a ésta variable en medida de lo posible
- **Proporción de IVE cada 100 gestaciones:** en el caso de que la fuente no ofrezca las variables anteriores

Dada la heterogeneidad de los datos (al privilegiar su oficialidad) y la no correspondencia con el año de legalización en algunos países (caso representativo el

¹ *Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina*, CEPAL, Notas de población N° 87, 2005

de los países pertenecientes a la ex URSS) hemos decidido realizar **el análisis de la evolución de las IVE a partir de los patrones gráficos correspondientes a los registros numéricos**. A tal fin los hemos categorizado en tres grandes grupos con sus correspondientes subdivisiones:

- **Patrón Predominantemente Descendente (PPD):** se observa una predominancia del comportamiento descendente. Se lo subdivide en:
 - Ascendente-descendente: se observa un ascenso hasta un pico máximo desde el cual desciende. Se lo subdivide en:
 - Continuo: se observa una línea regular
 - Discontinuo: se observan irregularidades en la línea, aunque conserva su dirección general
 - Irregular: se observa ascenso-descenso y luego ascensos y descensos no categorizables
 - Descendente: se observa solo descenso. Es importante subrayar que en muchos de estos casos los primeros registros se dieron mucho después del año de legalización, por lo que se desconoce el patrón anterior. Este fenómeno ocurre sobre todo en los países de la ex URSS, ya que los registros en muchos de ellos son posteriores a la caída del bloque soviético. Se lo subdivide en:
 - Continuo: el patrón muestra un descenso regular
 - Discontinuo: el patrón muestra un descenso irregular
- **Patrón Predominantemente Estable (PPE):** no se observa ascenso o descenso marcados. Se subdivide en:
 - Estable: el patrón es estable en todo su recorrido
 - Descendente-estable: se observa un descenso y luego se estabiliza
 - Ascendente-estable: se observa un ascenso y luego se estabiliza
- **Patrón Predominantemente Ascendente (PPA):** se observa una línea ascendente. Se subdivide en:
 - Ascendente continuo: se observa solo ascenso regular
 - Ascendente descendente: se observa ascenso-descenso, pero los registros no llegan a ser inferiores al inicial

Para hacer la correlación entre patrón y situación socioeconómica de un determinado país hemos utilizado el Índice de Desarrollo Humano (IDH) que es un indicador elaborado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. El IDH tiene en cuenta tres dimensiones de evaluación: la salud, la educación y el nivel de vida, lo que lo convierte en el indicador más confiable en la actualidad para un análisis socioeconómico global. El IDH utilizado es el del 2017, año al que llega la mayor parte de los registros de IVE. Destacamos que la correlación se realizó con fines principalmente organizativos y de percepción general, ya que un estudio socioeconómico detallado requeriría una profundización analítica que supera los objetivos de ésta investigación.

RESULTADOS

De los 67 países que han legalizado la IVE, hemos tenido acceso a información oficial en 50 (74,6%)

Los patrones registrados se dividen de la siguiente manera

- **PPD: 40 países (80%)**
 - Ascendente-descendente: 21 países
 - Continuo: 10 países
 - Discontinuo: 8 países
 - Irregular: 3 países
 - Descendente: 19 países
 - Continuo: 14 países
 - Discontinuo: 5 países
- **PPE: 6 países (12%)**
 - Estable: 1 país
 - Descendente- estable: 2 países
 - Ascendente- estable: 3 países
- **PPA: 4 países (8%)**
 - Ascendente continuo: 1 país
 - Ascendente- descendente: 3 países

En los siguientes gráficos se observan los patrones de forma comparativa. Para lograr una mejor calidad esquemática hemos utilizado como variable los cambios porcentuales anuales desde el año de legalización (considerado año 0) hasta el año 50 luego de la misma, tomando como porcentaje original el 100%. Como ya señalamos, por cuestiones organizativas y de percepción general hemos separado los países en cuatro grupos:

- Gráfico 1: países que en el año 2017 presentaron un IDH mayor o igual a 0,900
- Gráfico 2: países que presentaron un IDH de 0,800 a 0,899
- Gráfico 3: países que presentaron un IDH DE 0,700 a 0,799
- Gráfico 4: países que pertenecieron a la ex – Unión Soviética
- Gráfico 5: países que presentan como variable la tasa de IVE por 1000 mujeres (15-49)

Hemos excluido de los gráficos a:*

- Ciudad de México y Puerto Rico: no figuran en la lista de IDH del PNUD
- Montenegro: por la insuficiencia de datos para transpolar al gráfico general
- Turquía y Vietnam: su variable es IVE por 100 nacimientos
- Camboya: es el único con IDH menor a 0,600
- A algunos países con datos aislados se les realizó una interpolación de datos para lograr continuidad en el patrón.

*Se pueden observar en el anexo correspondiente

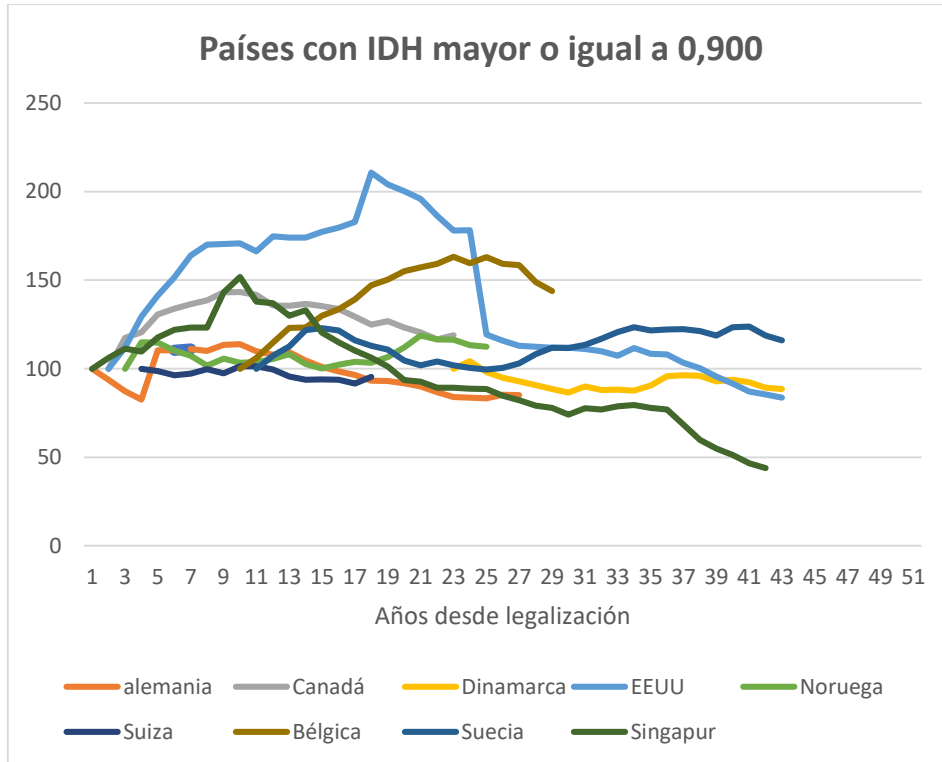


Gráfico N°1

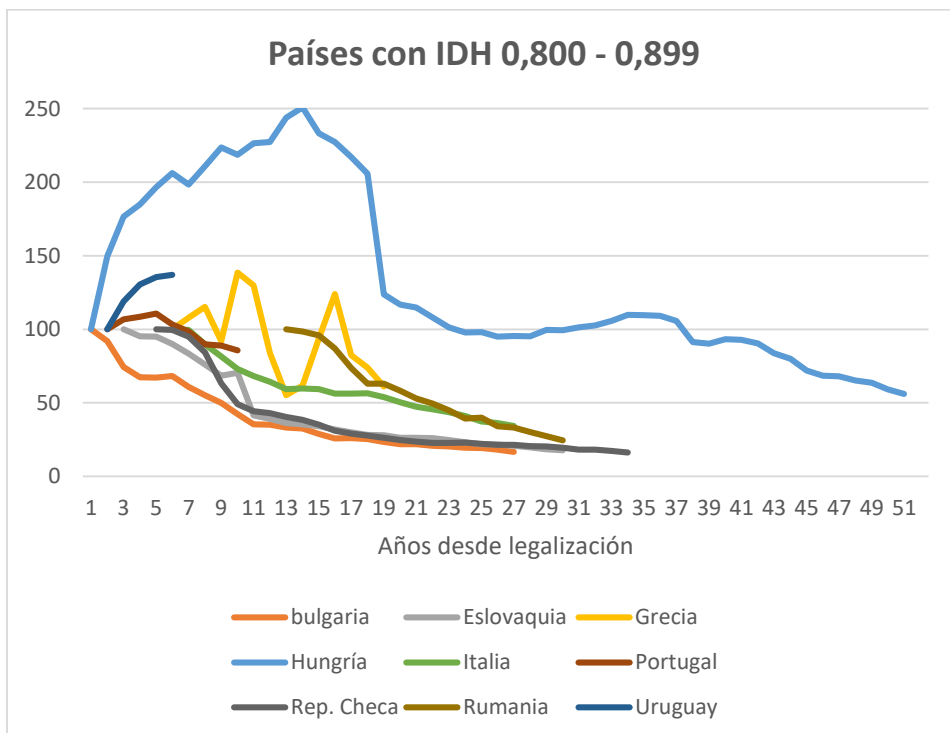


Gráfico N° 2

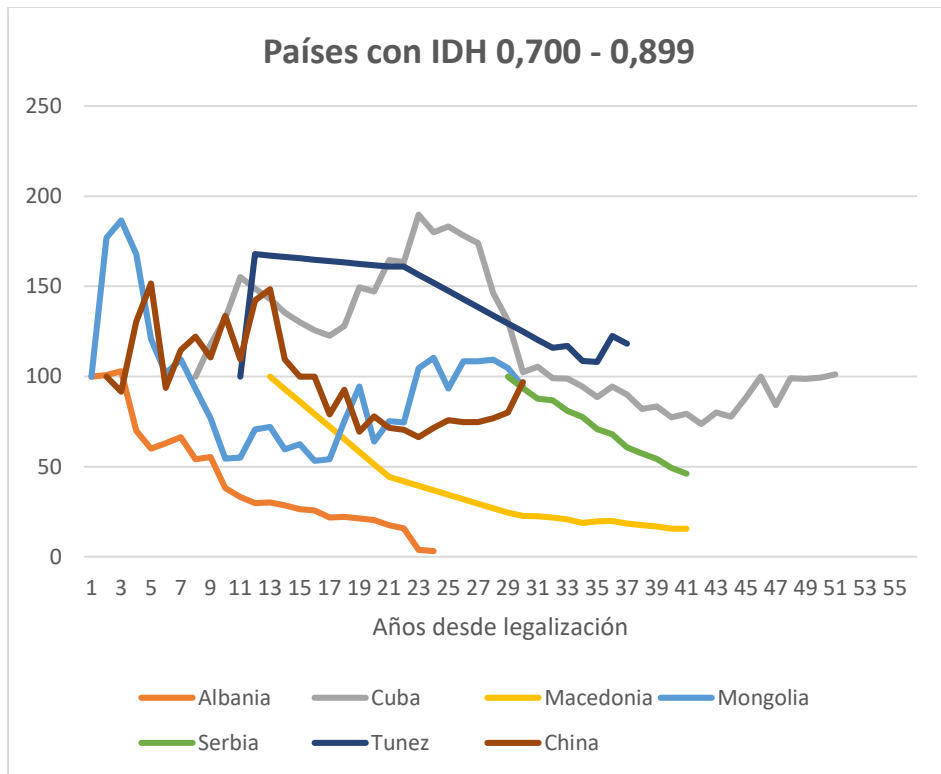


Gráfico N°3

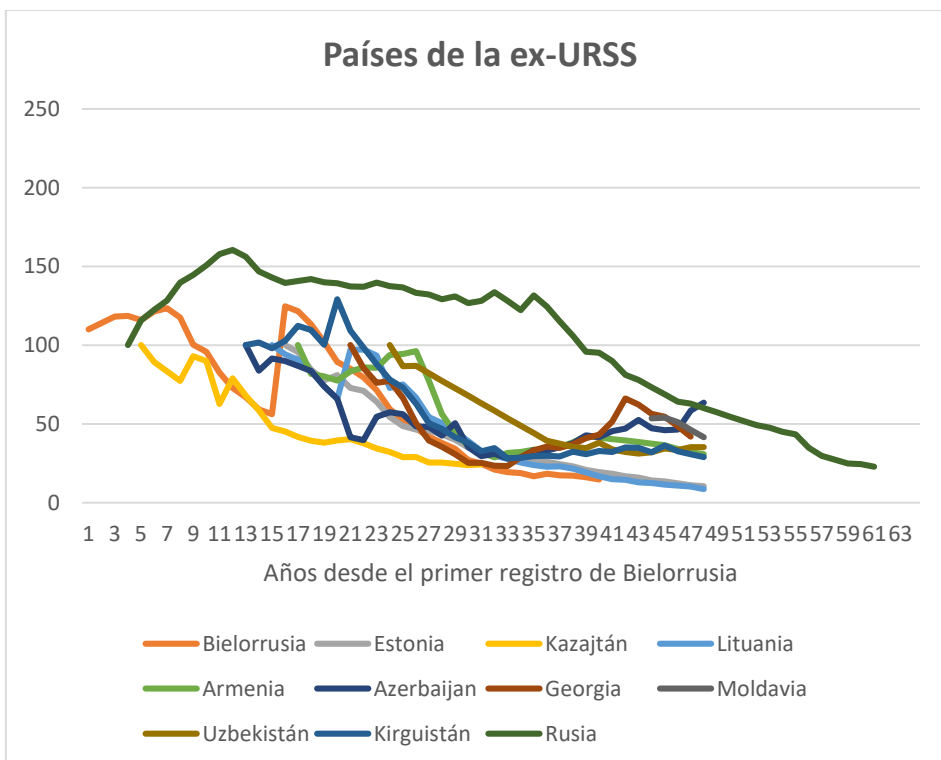


Gráfico N°4: hemos tomado en cuenta el primer registro de Bielorrusia como parámetro referencial

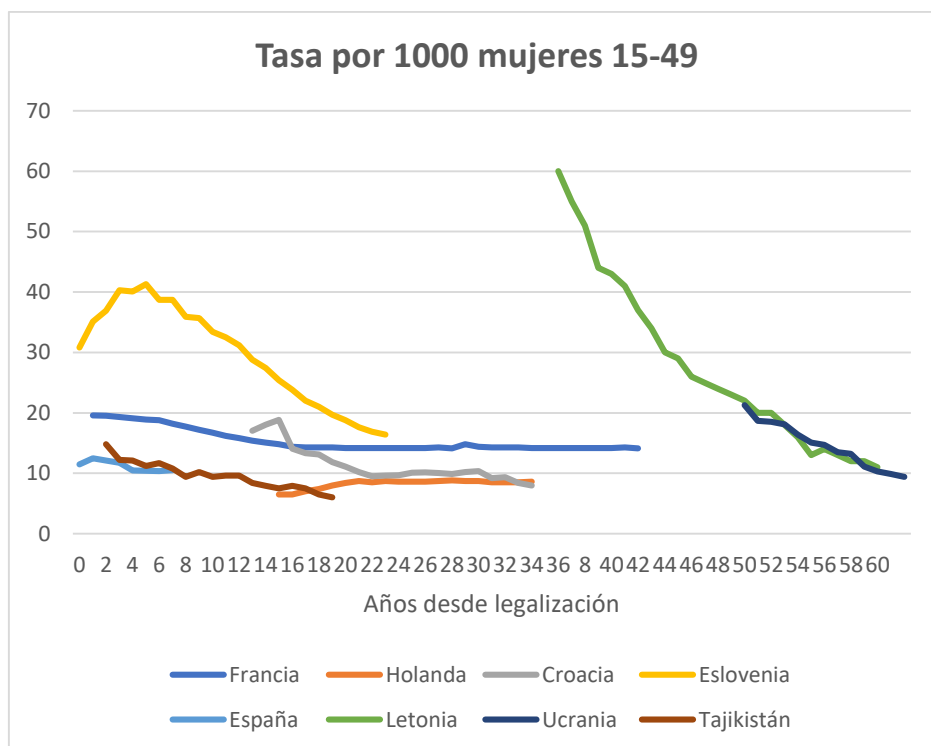


Gráfico 5

DISCUSIÓN

De los resultados podemos observar que los países estudiados comprenden una mayoría considerable del total de los países con IVE legal (74,6 %). De estos, una notable mayoría registra un patrón predominantemente descendente del número de IVE desde su legalización (80%). Por otro lado, los países que muestran un PPA representan solo un 8% del total de los estudiados.

En el caso del PPD con la forma Ascendente-descendente, el ascenso inicial podría explicarse por la visibilización progresiva de las IVE que anteriormente se ejercían en la clandestinidad. El ascenso llega en unos años a un pico, el cual es interpretado por diversos organismos de investigación como el número real de IVE que se realizaban clandestinamente antes de la legalización. De allí comenzaría un descenso paulatino del número de IVE o bien una estabilización del patrón. El ascenso original podría deberse a:

- Organización del sistema sanitario para la atención: en dependencia de la estructura sanitaria previa, el sistema de salud va instaurando cada vez más y mejores servicios que lleguen a toda la población. Esto puede llevar algunos años.
- Modificación de preceptos socio-culturales: la idea del aborto, aunque milenaria, ha sido históricamente estigmatizada por la sociedad, sobre todo a partir de la universalización de los dogmas religiosos. Esto lleva a una persona que desea llevar a cabo la interrupción de su embarazo a sentirse “señalada” por los diferentes actores sociales, especialmente por el personal médico que en muchas ocasiones juzga éticamente a la paciente

a partir de sus propios criterios. A medida que estas normativas culturales son modificadas, sobre todo en el contexto de un Estado que legitima el recurso, las personas sienten más seguridad y recurren en mayor número a los servicios públicos de salud, confiando en que el servicio se realizará libre de prejuicios.

- Desconfianza hacia los servicios de salud pública respecto a los métodos de interrupción: como resultado de la estigmatización, existe un nivel determinado de ignorancia por parte de los ciudadanos sobre los métodos utilizados en la IVE, lo que produce cierto temor y evitación. A medida que la información llega a la población, las personas se acercan cada vez más a los servicios.
- Temor a “quedar registrada”: frente a una situación previa de controversia social y jurídica, las personas gestantes sienten recelo frente a la posibilidad de figurar en los registros oficiales. Al entender que en la legalidad no hay ningún tipo de represalia y, por el contrario, un beneficio al perfeccionamiento del sistema, las mismas recurren en número creciente a los servicios.

Con respecto al PPD con la forma descendente, en la mayoría de los casos se debería a que la información brindada por la fuente comienza luego de un largo intervalo desde la fecha de legalización hasta la fecha del primer registro. Esto sucede especialmente con los países que formaron parte de la URSS, ya que muchos de los sistemas estadísticos se modificaron luego de la caída del bloque y la independización de los países participantes.

El caso de los países con PPA requiere algunas aclaraciones. En el caso de Uruguay (que presenta un patrón ascendente continuo) la legalización es reciente y se puede observar en el gráfico que la velocidad de ascenso disminuye con los años, por lo que probablemente se esté llegando al pico. De los tres países con patrón ascendente-descendente, Camboya y Ciudad de México probablemente hayan alcanzado el pico y continúen descendiendo en el futuro. El caso de Ciudad de México es además de difícil interpretación, ya que maneja altos números de inmigración circunstancial desde otras regiones del país. El caso de Bélgica arroja una tendencia más incierta, posiblemente tendiente a la estabilidad.

CONCLUSIÓN

Creemos que a través de éste trabajo hemos podido demostrar que la tendencia en el caso de la legalización de la IVE es al descenso en el número de casos, a veces más evidente en los países con menos recursos que en los de mayor desarrollo socio-económico. Entre las razones del descenso podríamos suponer las siguientes:

- Acceso a datos confiables: como hemos señalado, uno de los mayores problemas que acarrea la ilegalidad de la IVE es la inexistencia de datos confiables, ya que al realizarse al margen del sistema público, los datos deben calcularse a través de fórmulas especulativas o a través de quienes concurren al sistema por complicaciones relacionadas a la práctica clandestina. Esto se modificaría positivamente con la legalización.

- Creación de sistemas estadísticos confiables: el registro de las IVE permitiría crear un sistema estadístico eficiente y confiable en el cual se pueden manejar diversas variables. En la mayor parte de los países se registran no sólo la prestación sino también las características de la misma y de la historia de salud de quien la utiliza, como ser el número de abortos (espontáneos o inducidos) anteriores a la IVE, el número de hijos, el nivel de educación, el método utilizado en anteriores abortos inducidos, los métodos anticonceptivos utilizados anteriormente y el que falló en ésta última oportunidad, etc. Es muy importante el registro de la región y el grupo etario y social de la persona que requiere la IVE en términos de utilización de recursos para la prevención
- Capacidad de diagnóstico de situación sanitaria y detección de grupos de riesgo: la creación de sistemas estadísticos permitiría un diagnóstico de situación sanitaria eficiente y la detección de grupos de riesgo en los que se utilizará la mayor cantidad de recursos de prevención. Esto es particularmente importante en los países de bajos recursos, ya que permite concentrarlos en los grupos más vulnerables.
- Mejor utilización de los métodos de prevención: al tener registro de los métodos anticonceptivos utilizados y las causas de fallo que llevaron al embarazo no deseado, el sistema gozaría de la capacidad de realizar acciones para mejorar la planificación familiar en la población
- Mejor organización de las actividades de promoción: al tener registros de los grupos de riesgo, se podría organizar de manera más eficiente las campañas de promoción de la salud sexual y reproductiva
- Ingreso al sistema de Salud Pública: la persona que realiza una IVE dentro del sistema público es una persona que ingresa a este sistema, y es susceptible de recibir información y educación sexual para prevenir futuros embarazos no deseados. La persona que se realiza un aborto clandestino, por el contrario, queda fuera del sistema y es muy probable que reincida.
- Modificaciones socio-culturales: junto con la desestigmatización del aborto se abre un panorama más abierto y tolerante con respecto a otros temas de sexualidad, como la educación sexual, la perspectiva de género, la diversidad sexual, etc., contribuyendo así a una mayor eficacia en términos de prevención.
- Con respecto a la diferencia de patrones entre los países con más o menos status socioeconómico, esta podría deberse a que los primeros partirían de una situación preventiva eficiente, por lo que pronto se llegaría a una situación de equilibrio.

Está claro que los factores anteriormente mencionados deben ser estudiados y analizados con mayor profundidad. Más allá de esto, creemos que para los objetivos propuestos, una muestra del 74,5% del total de los países con IVE legal es lo suficientemente representativa, y un 80% de patrones descendentes muestra resultados bastante contundentes. Por otro lado, con solo un 8% de patrones ascendentes (entre los cuales 3 países se encuentran en descenso y uno no llegó al pico aún) la teoría del aumento de las IVE con la legalización quedaría prácticamente infundada.

Creemos importante enfatizar, más allá de los resultados estadísticos per se, la fundamental diferencia que significa la existencia de registros estadísticos para la

prevención del aborto y sus consecuencias. Como ya hemos señalado anteriormente, en los países en los que la IVE es ilegal dichos registros no existen o son ampliamente inexactos.

Finalmente, nos es importante destacar la gran importancia de la perspectiva de Salud Pública en el análisis de la interrupción voluntaria del embarazo, siempre en base a la evidencia y en búsqueda de una sociedad más equitativa y justa.

BIBLIOGRAFÍA

- Mario Silvia, Pantelides Edith Alejandra, *Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina*, CEPAL, Notas de población N° 87, 2005 http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/825_rol_psicologo/material/descargas/unidad_4/obligatoria/pantelides.pdf
- WHO, *Unsafe abortions. Global and regional estimates*, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44529/9789241501118_eng.pdf;jsessionid=BD39CC20897D944AA798072694DD7338?sequence=1
- Reproductiverights.org, *World Abortion Map*, <https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/World-Abortion-Map.pdf>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *Índices e indicadores de desarrollo humano* 2018, http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update_es.pdf

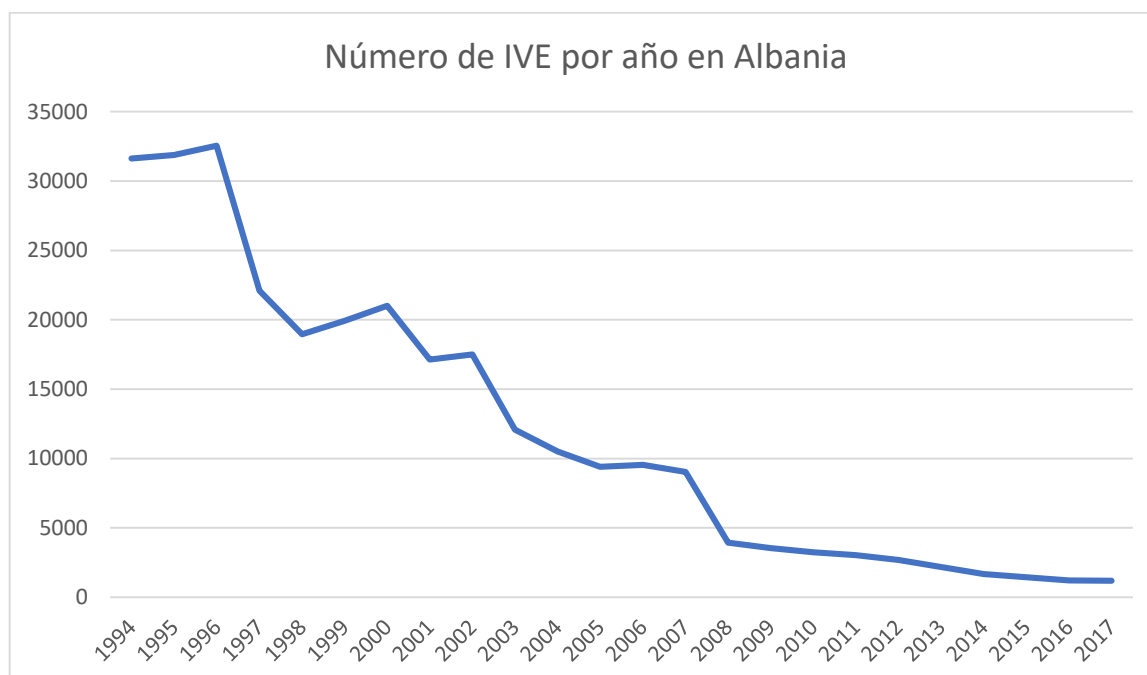
ANEXO: DATOS POR PAÍS

ALBANIA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1995
IDH: 0,784

AÑO	Número de IVE	AÑO	Número de IVE
1995	31874	2007	9030
1996	32538	2008	3927
1997	22103	2009	3554
1998	18944	2010	3234
1999	19930	2011	3032
2000	21004	2012	2699
2001	17125	2013	2177
2002	17500	2014	1679
2003	12087	2015	1433
2004	10517	2016	1206
2005	9403	2017	1193
2006	9552		

FUENTE: UNdata (United Nations Statistical Databases)
<http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3a17>

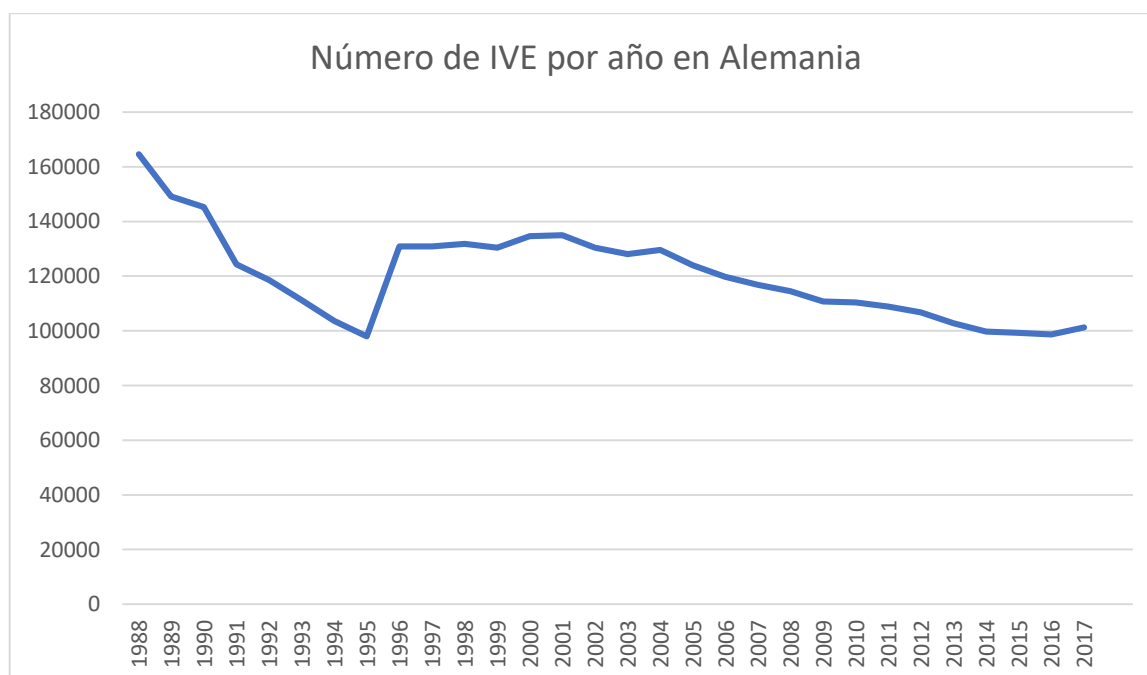


ALEMANIA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1992
IDH: 0,936

AÑO	NÚMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
1988	164624	2004	129650
1989	149196	2005	124023
1990	145267	2006	119710
1991	124377	2007	116871
1992	118609	2008	114484
1993	111236	2009	110694
1994	103586	2010	110431
1995	97937	2011	108867
1996	130899	2012	106815
1997	130890	2013	102802
1998	131795	2014	99715
1999	130471	2015	99237
2000	134609	2016	98721
2001	134964	2017	101209
2002	130387		
2003	128030		

FUENTE: Destatis – Oficina Federal de Estadísticas de Alemania
<https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Health/Abortions/Tables/age.html>
 UNdata (United Nations Statistical Databases)
<http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3a17>



ARMENIA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 2002 (según la legislación actual. La primera legalización fue en 1955 cuando Armenia pertenecía a la Unión Soviética)

IDH: 0,755

AÑO	NÚMERO DE IVE	AÑO	NÚMERO DE IVE
1987	32587	2001	10419
1988	26670	2002	9372
1989	26141	2003	10290
1990	25282	2004	10487
1991	27174	2005	10925
1992	27958	2006	11132
1993	27907	2007	11501
1994	30571	2008	12469
1995	30726	2009	13797
1996	31323	2014	11892
1997	25266	2015	11104
1998	18286	2016	10448
1999	14403	2017	10006
2000	11769		

FUENTE: UNdata (United Nations Statistical Databases)
<http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3a17>

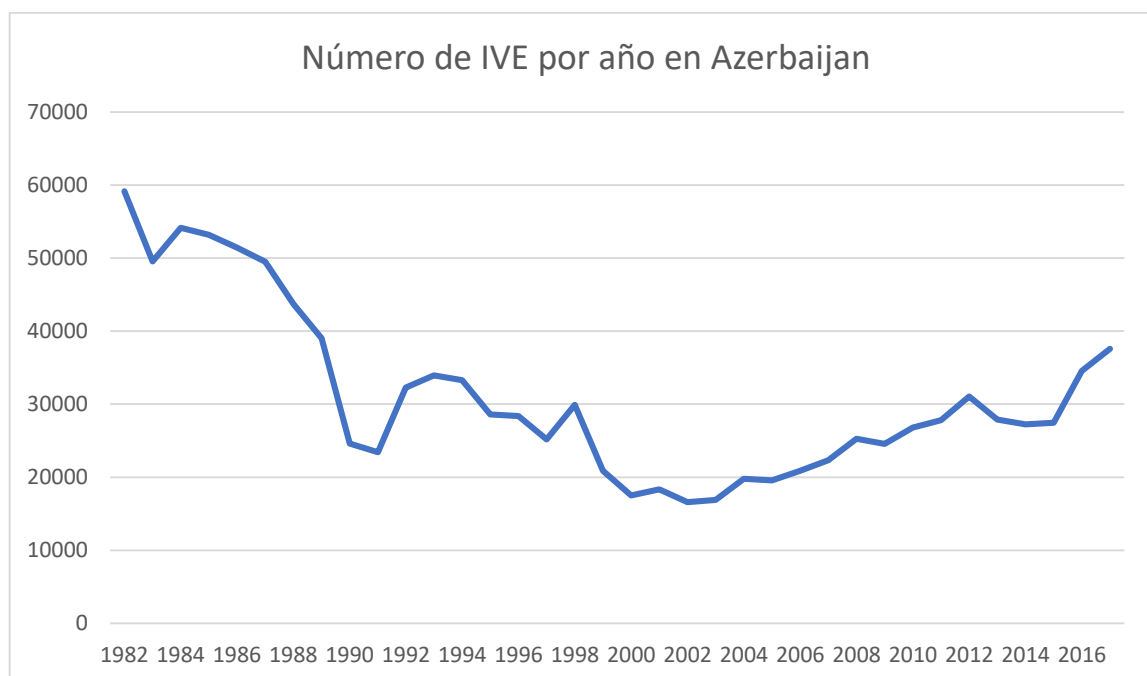


AZERBAIJAN

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1955
 IDH: 0,757

AÑO	NÚMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
1982	59156	1994	33280	2006	20864
1983	49532	1995	28610	2007	22323
1984	54136	1996	28375	2008	25247
1985	53197	1997	25182	2009	24554
1986	51431	1998	29914	2010	26799
1987	49478	1999	20878	2011	27787
1988	43695	2000	17501	2012	31037
1989	39022	2001	18332	2013	27892
1990	24611	2002	16606	2014	27220
1991	23432	2003	16903	2015	27452
1992	32287	2004	19798	2016	34569
1993	33951	2005	19577	2017	37599

FUENTE: UNdata (United Nations Statistical Databases)
<http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3a17>

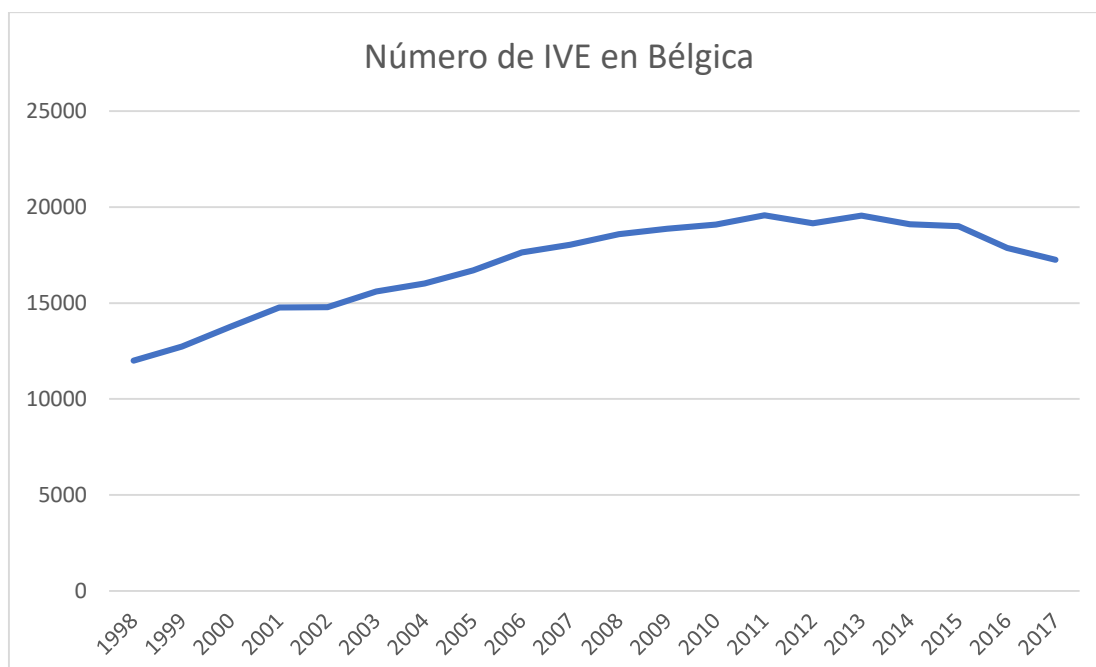


BÉLGICA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1990
IDH: 0,916

AÑO	Número de IVE	AÑO	Número de IVE
1998	11999	2008	18595
1999	12734	2009	18870
2000	13762	2010	19095
2001	14775	2011	19578
2002	14791	2012	19155
2003	15595	2013	19551
2004	16024	2014	19107
2005	16696	2015	19013
2006	17640	2016	17877
2007	18033	2017	17257

FUENTE: Commision Nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990
<https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/debut-et-fin-de-vie/interruption-volontaire-de-grossesse>
UNdata (United Nations Statistical Databases)
<http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3a17>

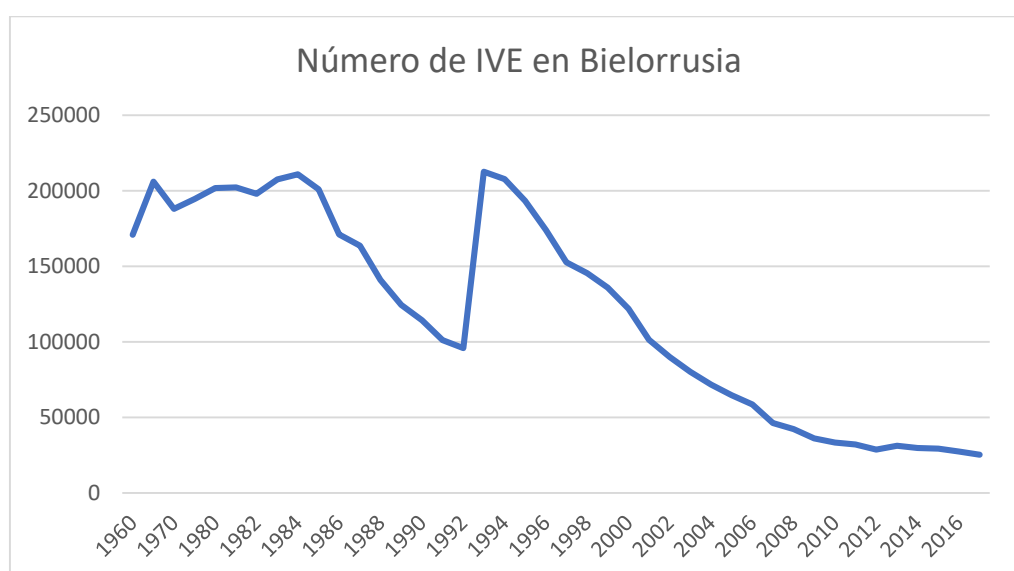


BIELORRUSIA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1955
IDH: 0,808

AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
1960	170787	1990	114292	2004	71700
1965	205999	1991	101111	2005	64655
1970	187935	1992	95853	2006	58516
1975	194710	1993	212729	2007	46285
1980	201832	1994	207658	2008	42197
1981	202340	1995	193280	2009	35967
1982	198011	1996	174098	2010	33262
1983	207461	1997	152660	2011	32031
1984	210844	1998	145339	2012	28628
1985	200888	1999	135824	2013	31206
1986	171114	2000	121895	2014	29797
1987	163761	2001	101402	2015	29217
1988	140921	2002	89895	2016	27467
1989	124510	2003	80174	2017	25249

FUENTE: National Statistical Committee of the Republic of Belarus. Statistical Yearbook 2018
<http://www.belstat.gov.by/upload/iblock/a82/a826c0b0e1a0e25295780b954f1aa992.pdf>
 UNdata (United Nations Statistical Databases)
<http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3a17>



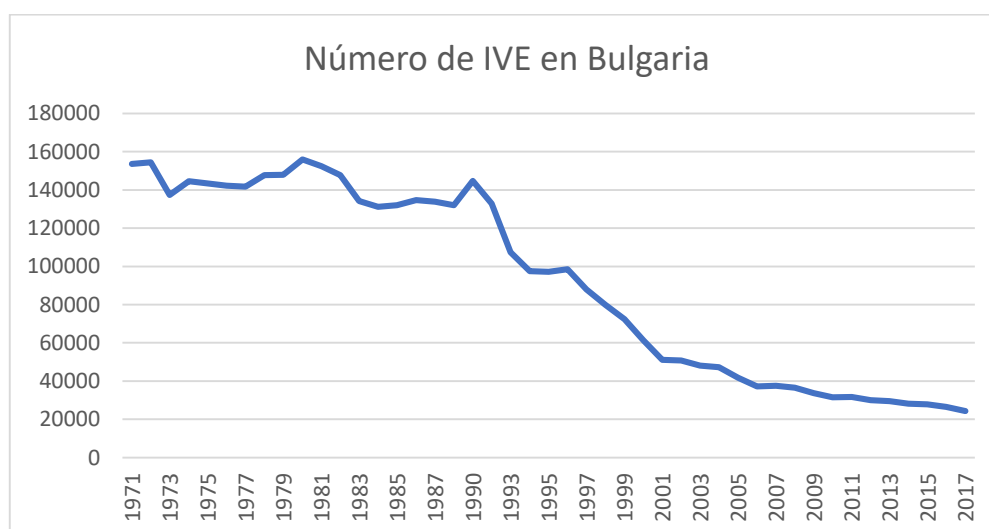
Nota: Dado que los datos se dan en dos series (1960-1980 con intervalos de 5 años y 1980-2017 con intervalo anual) se debería dividir el gráfico en dos partes para un mejor análisis. No obstante, en el gráfico comparativo se realizó una interpolación de datos a manera de corrección

BULGARIA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1955 – 1974 – 1990*
IDH: 0,813

AÑO	Nro IVE	AÑO	Nro IVE	AÑO	Nro IVE
1971	153687	1986	134686	2003	48035
1972	154415	1987	133815	2004	47223
1973	137439	1989	132021	2005	41795
1974	144509	1990	144644	2006	37272
1975	143450	1992	132891	2007	37594
1976	142261	1993	107416	2008	36593
1977	141702	1994	97567	2009	33733
1978	147667	1995	97092	2010	31548
1979	147888	1996	98566	2011	31716
1980	155876	1997	87896	2012	29992
1981	152370	1998	79842	2013	29505
1982	147791	1999	72382	2014	28145
1983	134165	2000	61378	2015	27782
1984	131140	2001	51165	2016	26412
1985	132041	2002	50824	2017	24287

FUENTE: UNdata (United Nations Statistical Databases)
<http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3a17>



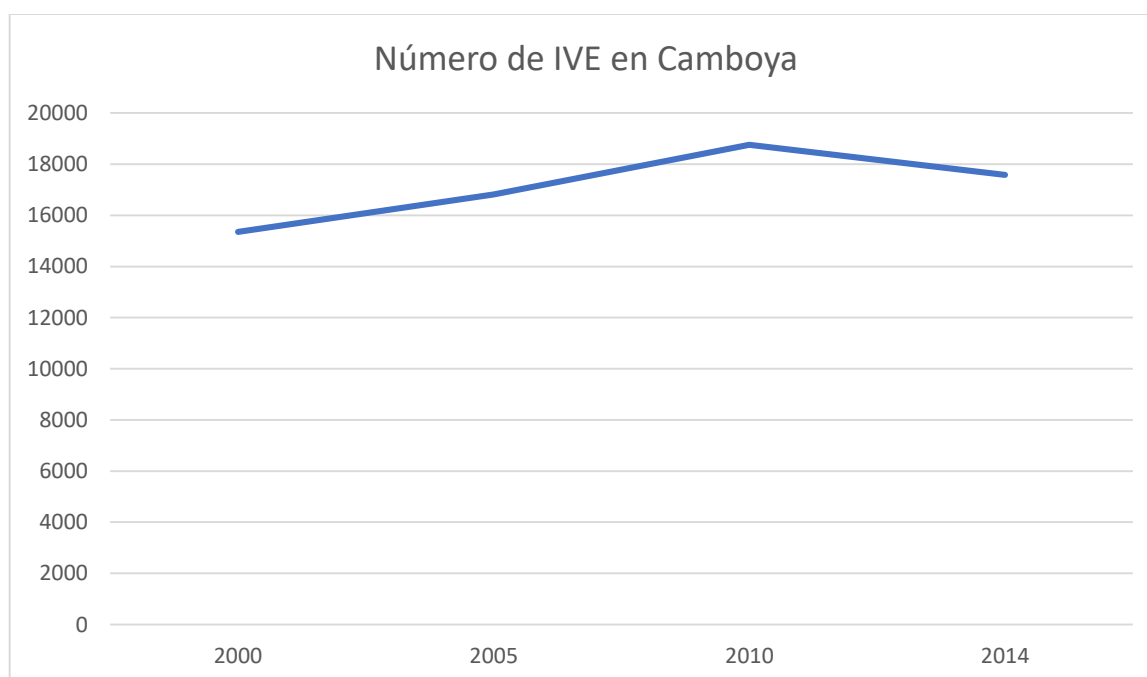
* La primera legalización tuvo lugar en el año 1956. En el año 1968 se impusieron restricciones severas. En el año 1974 las restricciones fueron reducidas. En el año 1990 las restricciones fueron finalmente derogadas

CAMBOYA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1997
IDH: 0,582

AÑO	NUMERO DE IVE
2000	15351
2005	16823
2010	18754
2014	17578

FUENTE: National Institute of Statistics - Directorate General for Health of Cambodia
<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR312/FR312.pdf>
<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR249/FR249.pdf>
<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR124/FR124.pdf>
<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR185/FR185%5BApril-27-2011%5D.pdf>



CANADA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1988
IDH: 0,926

AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
1989	77838	1999	105631	2010	90747
1990	91476	2000	105454	2011	92524
1991	93885	2001	106323	2012	108844**
1992	101726	2002	105383	2013	100958**
1993	104192	2003	104099	2014	102446**
1994	106179	2004	100763	2015	100194**
1995	107870	2005	97254	2015	100104**
1996	111456	2007*	98762	2016	97764**
1997	111526	2008	95876	2017	94030**
1998	110223	2009	93755		

*Los datos del año 2006 no figuran al ser señalados como no confiables por la fuente

**Estas cifras corresponden a la totalidad real de Canadá, ya que hasta ésta fecha el estado de Ontario no había entregado datos sobre las IVE realizadas en clínicas no financiadas

FUENTE: STATISTICS CANADA

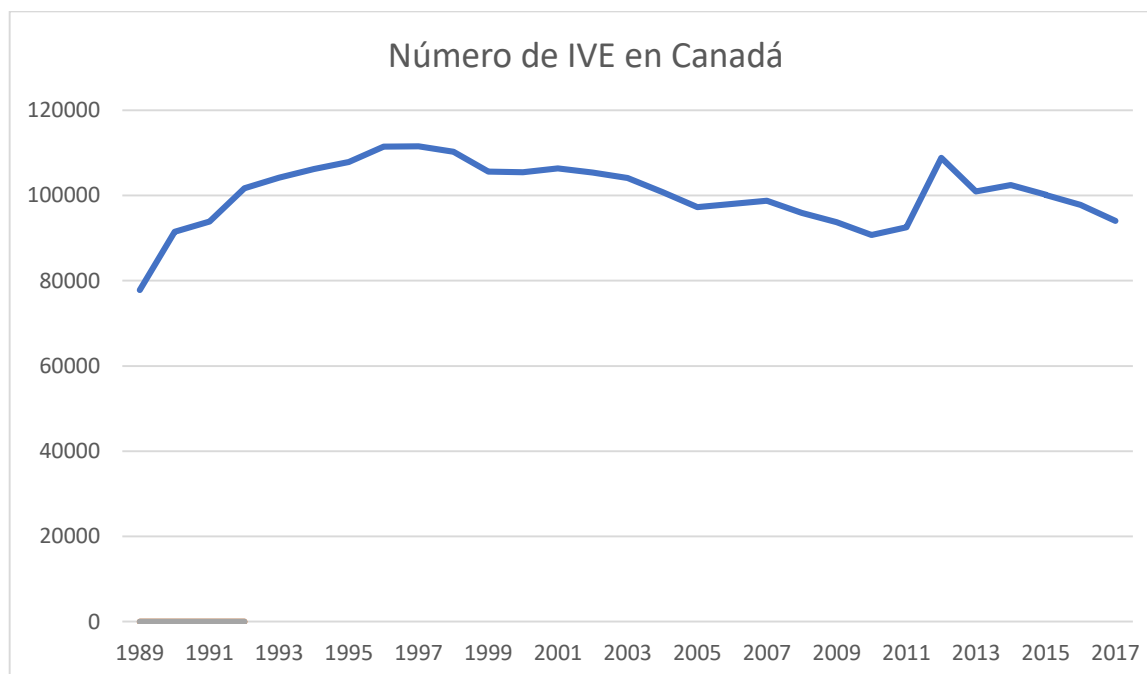
<https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310017001>

INSTITUTE CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTE

<https://www.cihi.ca/fr/access-data-reports/results?query=avortement>

UNdata (United Nations Statistical Databases)

<http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3a17>



Nota: - Debido a irregularidades en el sistema de recolección de datos, existen leves diferencias entre las fuentes, por lo que hemos intentado unificar las cifras para lograr mayor confiabilidad.

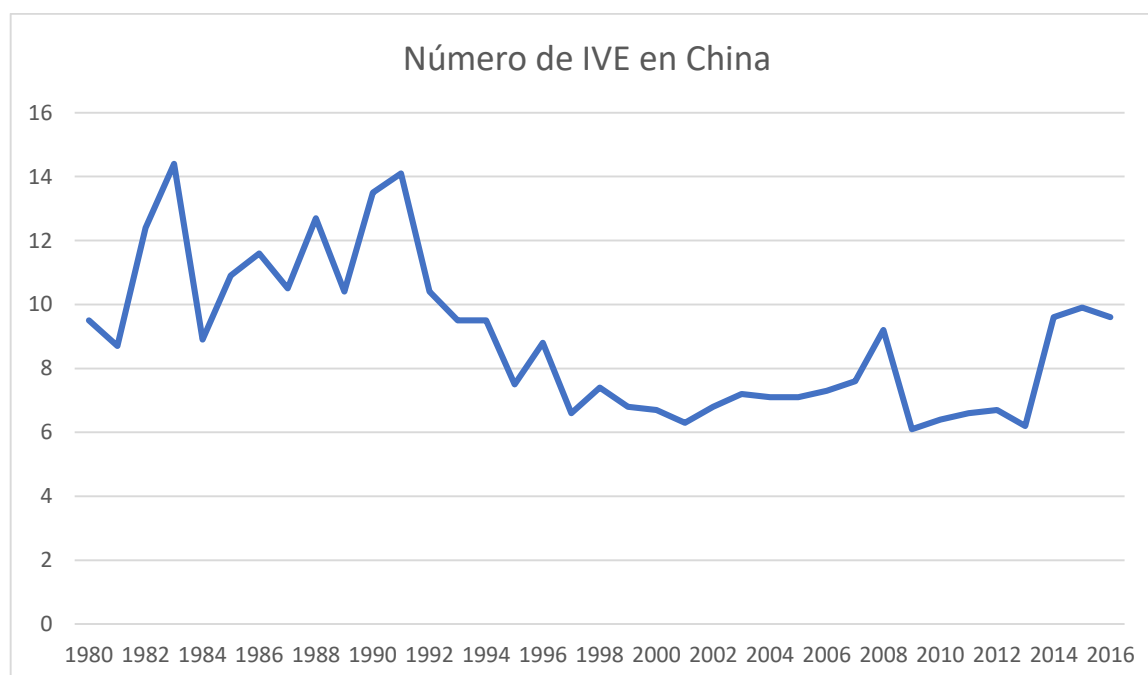
- Los datos del año 2016 no figuran por lo señalado como referencia en la tabla correspondiente

CHINA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1979
IDH: 0,752

AÑO	NUMERO DE IVE (millones)	AÑO	NUMERO DE IVE (millones)	AÑO	NUMERO DE IVE (millones)
1980	9,5	1993	9,5	2006	7,3
1981	8,7	1994	9,5	2007	7,6
1982	12,4	1995	7,5	2008	9,2
1983	14,4	1996	8,8	2009	6,1
1984	8,9	1997	6,6	2010	6,4
1985	10,9	1998	7,4	2011	6,6
1986	11,6	1999	6,8	2012	6,7
1987	10,5	2000	6,7	2013	6,2
1988	12,7	2001	6,3	2014	9,6
1989	10,4	2002	6,8	2015	9,9
1990	13,5	2003	7,2	2016	9,6
1991	14,1	2004	7,1		
1992	10,4	2005	7,1		

FUENTE: Center for Health Statistics and Information, National Health and Family Planning Commission (China) / Inkstonenews
<https://www.inkstonenews.com/society/inkstone-index-chinas-abortion/article/2181324>



CROACIA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1978
IDH: 0,831

AÑO	TASA DE IVE (por 1000 mujeres 15-49)	AÑO	TASA DE IVE (por 1000 mujeres 15-49)
1990	41,01	2006	9,65
1995	17,03	2007	10,07
1996	18,02	2008	10,14
1997	18,84	2009	10,03
1998	14,06	2010	9,87
1999	13,34	2011	10,21
2000	13,12	2012	10,37
2001	11,86	2013	9,17
2002	11,11	2014	9,35
2003	10,18	2015	8,4
2004	9,52	2016	8
2005	9,59		

FUENTE: Croatian Institute of Public Health
<https://www.hzjz.hr/en/statistical-data/croatian-health-statistics-yearbook-2016-tabular-data/>



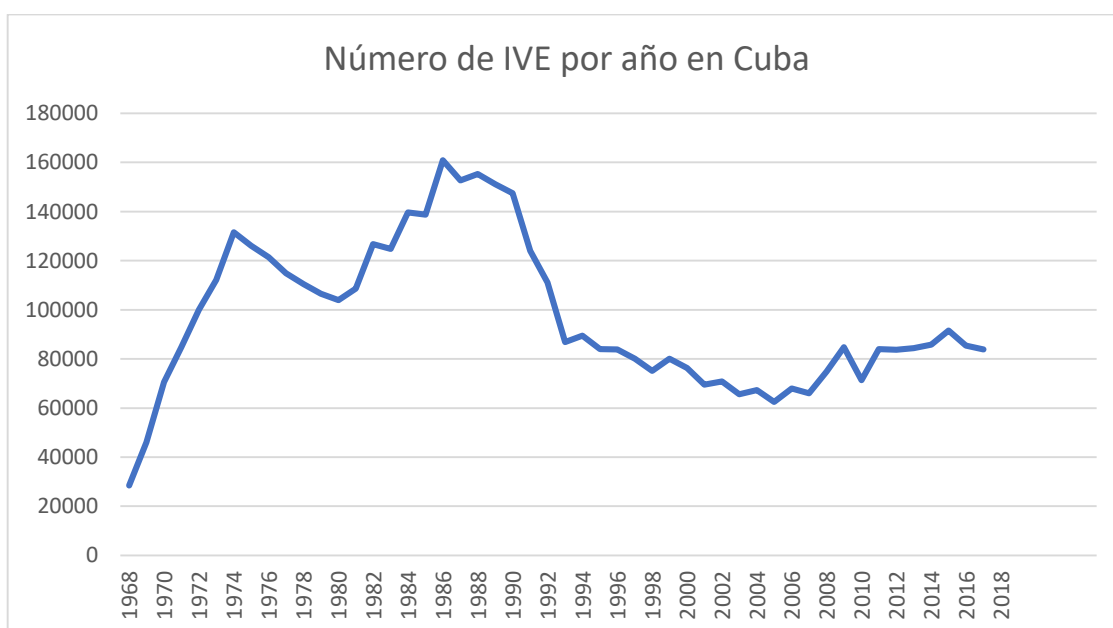
Nota: el intervalo entre el primer y segundo registro es de 5 años, posteriormente es de un año. En el gráfico general se excluye el primer registro

CUBA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1965
 IDH: 0,777

AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
1968	28485	1985	138671	2002	70823
1969	46080	1986	160926	2003	65628
1970	70521	1987	152704	2004	67277
1971	84823	1988	155325	2005	62530
1972	100045	1989	151146	2006	67903
1973	112107	1990	147530	2007	66008
1974	131536	1991	124059	2008	74905
1975	126107	1992	111107	2009	84724
1976	121415	1993	86906	2010	71398
1977	114829	1994	89421	2011	83943
1978	110431	1995	83963	2012	83682
1979	106549	1996	83827	2013	84373
1980	103974	1997	80097	2014	85782
1981	108559	1998	75109	2015	91500
1982	126745	1999	80037	2016	85445
1983	124791	2000	76293	2017	83904
1984	139588	2001	69563		

FUENTE: ONEI-CEPDE (Oficina Nacional de Estadísticas)
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/La%20trayectoria%20del%20aborto%20seguro%20en%20Cuba.%20Evitar%20mejor%20%20%20%20%20que%20Abortar.pdf>
 MINSAP (Ministerio de Salud Pública)
<http://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2018-ed-2019-compressed.pdf>



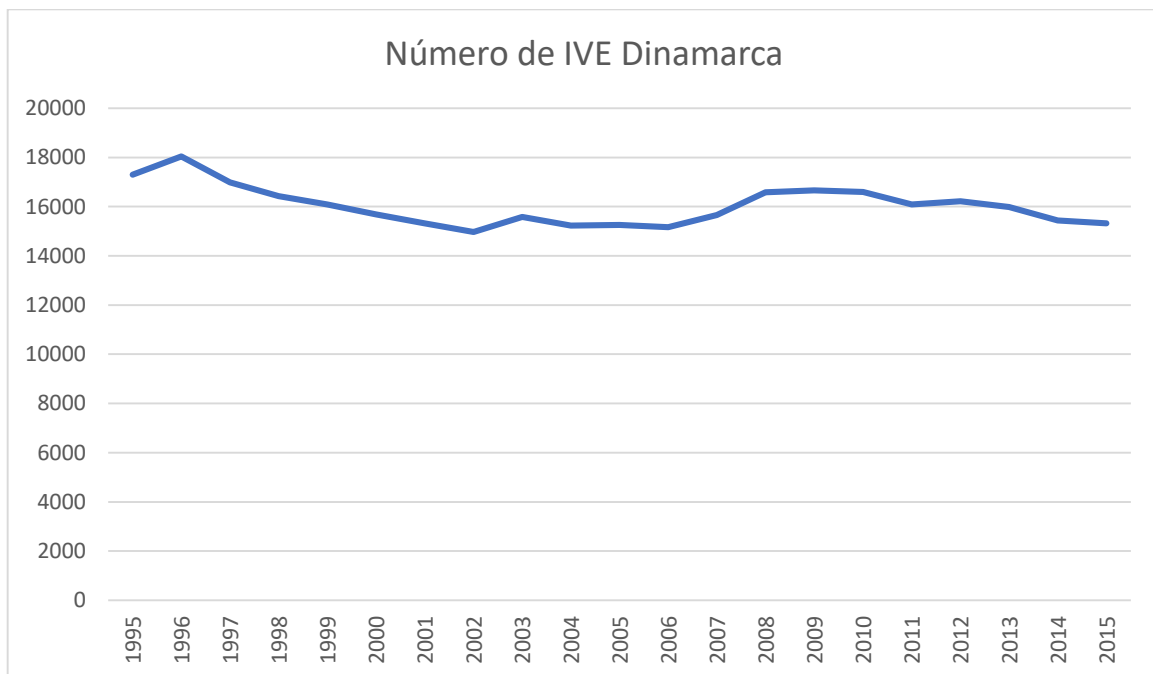
DINAMARCA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1973
IDH: 0,929

AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
1995	17305	2006	15162
1996	18046	2007	15661
1997	16988	2008	16586
1998	16422	2009	16664
1999	16086	2010	16596
2000	15684	2011	16085
2001	15320	2012	16220
2002	14969	2013	15986
2003	15584	2014	15440
2004	15229	2015	15325
2005	15253		

FUENTE: STATISTICS DENMARK

<https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/SelectVarVal/Define.asp?Maintable=ABORT&Language=1>

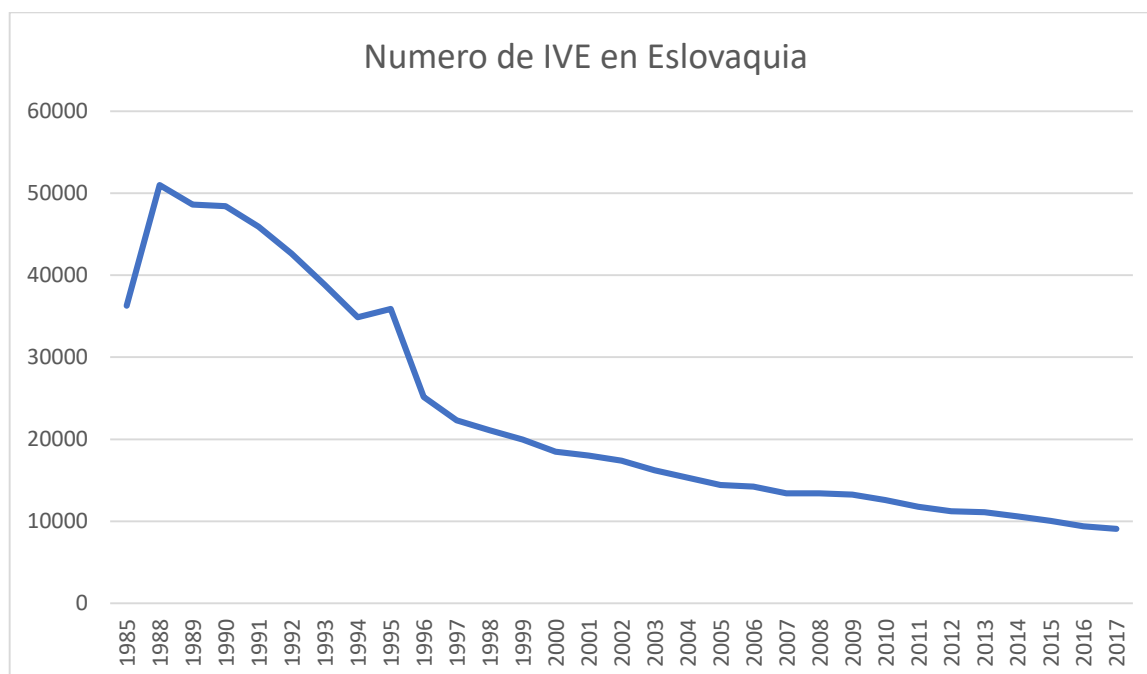


ESLOVAQUIA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1987
IDH: 0,855

AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
1985	36283	1998	21109	2009	13240
1988	51000	1999	19949	2010	12582
1989	48602	2000	18468	2011	11789
1990	48437	2001	18026	2012	11214
1991	45919	2002	17382	2013	11105
1992	42631	2003	16222	2014	10582
1993	38852	2004	15307	2015	10058
1994	34883	2005	14427	2016	9390
1995	29409	2006	14243	2017	9083
1996	25173	2007	13424		
1997	22318	2008	13394		

FUENTE: INFOSTAT SLOVAKIA
<http://www.infostat.sk/vdc/pdf/popul2002en.pdf>
 UNdata (United Nations Statistical Databases)
<http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3a17>

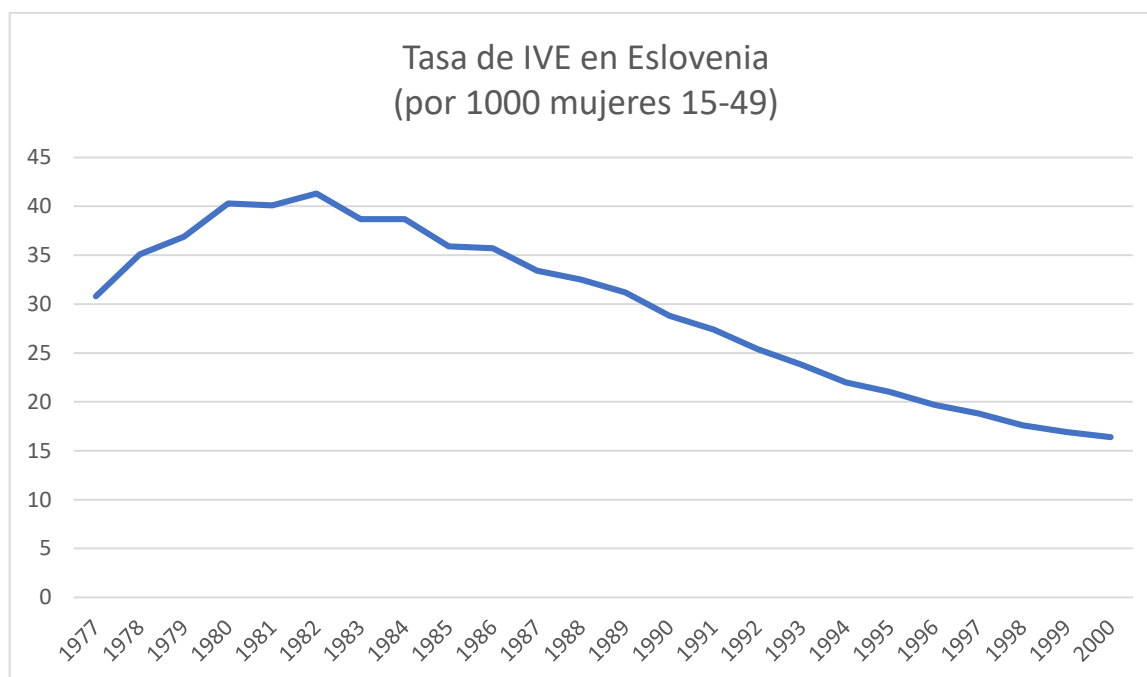


ESLOVENIA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1977
IDH: 0,896

AÑO	TASA DE IVE (por 1000 mujeres 15-49)	AÑO	TASA DE IVE (por 1000 mujeres 15-49)	AÑO	TASA DE IVE (por 1000 mujeres 15-49)
1977	30,8	1985	35,9	1993	23,8
1978	35,1	1986	35,7	1994	22
1979	36,9	1987	33,4	1995	21
1980	40,3	1988	32,5	1996	19,7
1981	40,1	1989	31,2	1997	18,8
1982	41,3	1990	28,8	1998	17,6
1983	38,7	1991	27,4	1999	16,9
1984	38,7	1992	25,4	2000	16,4

FUENTE: Institute of Public Health of the Republic of Slovenia
<http://www.stat.si/doc/pub/rr776-2002/7/T07-01-00.htm>

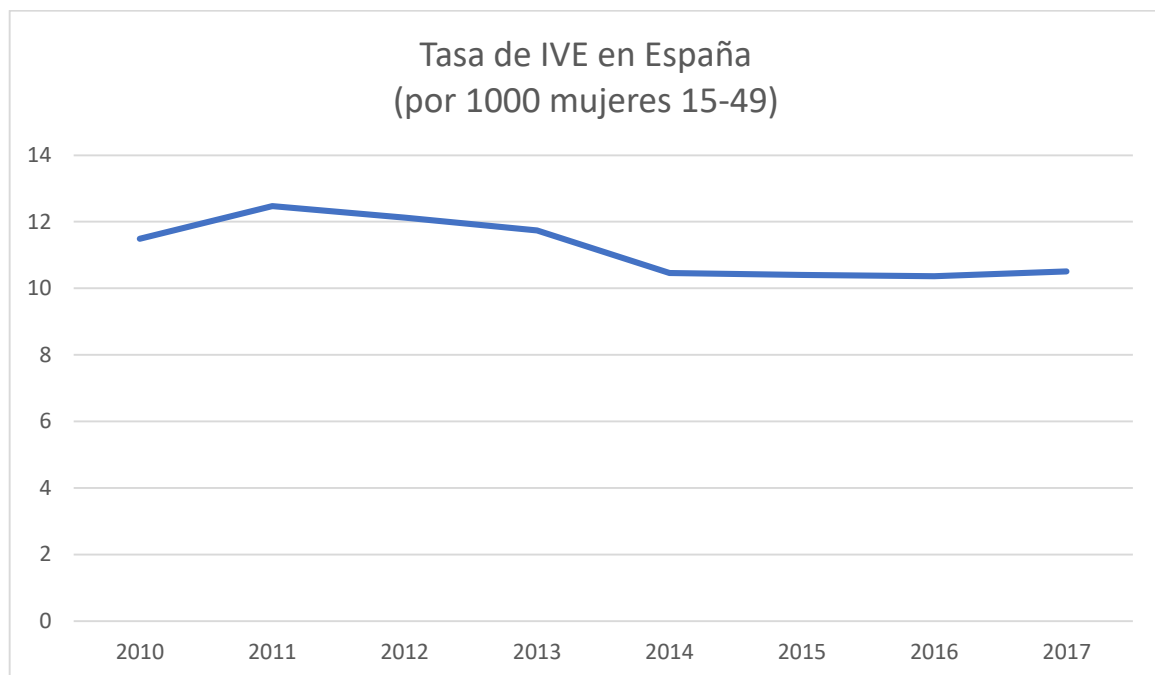


ESPAÑA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 2010
IDH: 0,891

AÑO	TASA DE IVE (por 1000 mujeres 15-49)
2010	11,49
2011	12,47
2012	12,12
2013	11,74
2014	10,46
2015	10,4
2016	10,36
2017	10,51

FUENTE: MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL DE ESPAÑA
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm#Tabla9

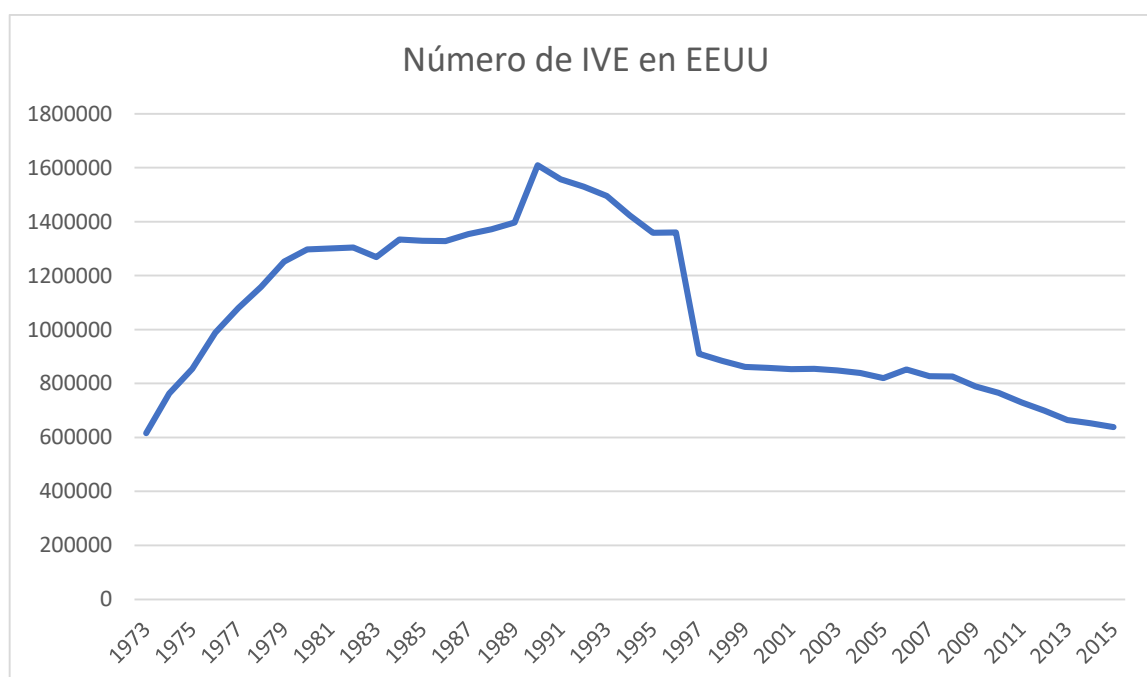


ESTADOS UNIDOS

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1973
 IDH: 0,924

AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
1974	763476	1988	1371285	2002	854122
1975	854853	1989	1396658	2003	848163
1976	988267	1990	1609000	2004	839226
1977	1079430	1991	1557000	2005	820151
1978	1157776	1992	1529000	2006	852385
1979	1251921	1993	1495000	2007	827609
1980	1297606	1994	1423000	2008	825564
1981	1300760	1995	1359000	2009	789217
1982	1303980	1996	1360000	2010	765651
1983	1268987	1997	910300	2011	730322
1984	1333521	1998	884273	2012	699202
1985	1328570	1999	861789	2013	664435
1986	1328112	2000	857475	2014	652639
1987	1353671	2001	853485	2015	638169

FUENTE: CDC (Center for Disease Control)
<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/ss/ss6713a1.htm>
 UNdata (United Nations Statistical Databases)
<http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3a17>



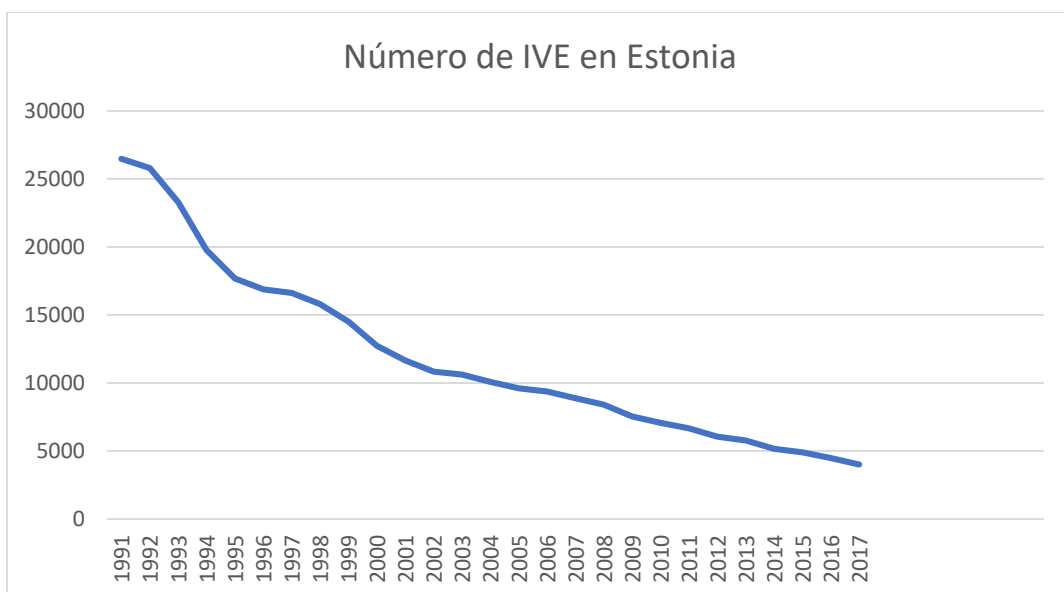
ESTONIA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1955 – Nueva regulación en 1993
IDH: 0,871

AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
1991	26470	2005	9610
1992	25803	2006	9378
1993	23284	2007	8883
1994	19784	2008	8409
1995	17671	2009	7542
1996	16887	2010	7 068
1997	16615	2011	6 668
1998	15798	2012	6 056
1999	14503	2013	5 777
2000	12743	2014	5 154
2001	11653	2015	4 889
2002	10834	2016	4 475
2003	10619	2017	3 997
2004	10074		

FUENTE: Oficina de Estadísticas de Estonia
https://andmed.stat.ee/en/stat/rahvastik_rahvastikusundmused_abordid/RV174/table/tableViewLayout1

UNdata (United Nations Statistical Databases)
<http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3a17>

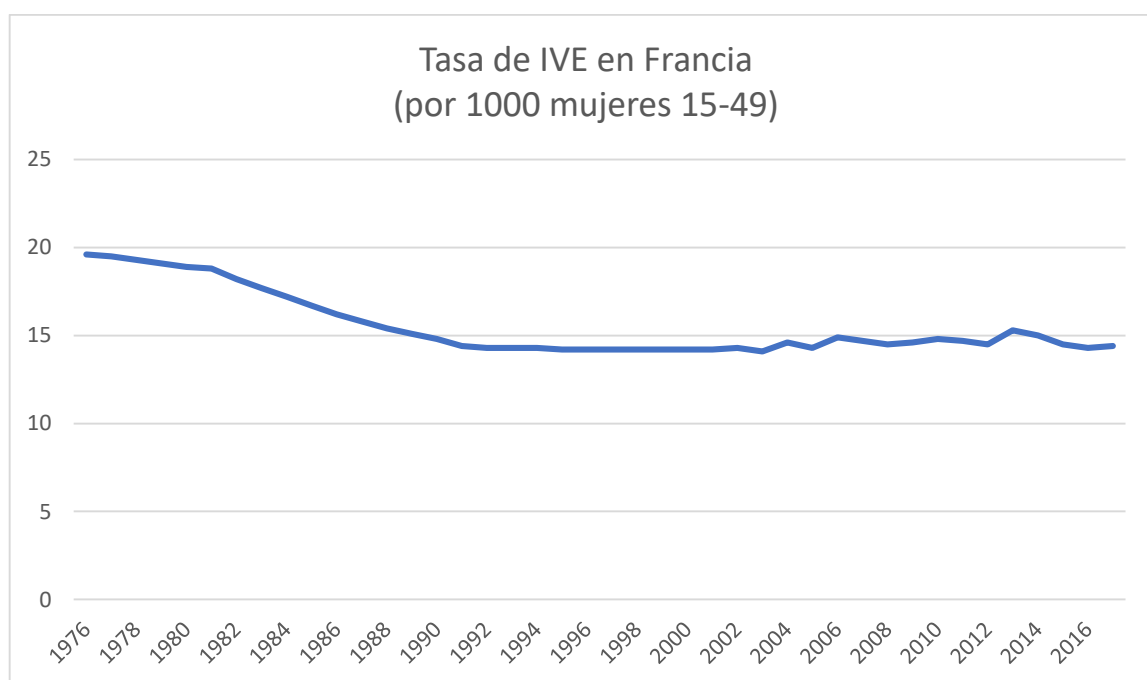


FRANCIA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1975
 IDH: 0,901

AÑO	TASA DE IVE (por 1000 mujeres 15-49)	AÑO	TASA DE IVE (por 1000 mujeres 15-49)	AÑO	TASA DE IVE (por 1000 mujeres 15-49)
1976	19,6	1990	14,8	2004	14,6
1977	19,5	1991	14,4	2005	14,3
1978	19,3	1992	14,3	2006	14,9
1979	19,1	1993	14,3	2007	14,7
1980	18,9	1994	14,3	2008	14,5
1981	18,8	1995	14,2	2009	14,6
1982	18,2	1996	14,2	2010	14,8
1983	17,7	1997	14,2	2011	14,7
1984	17,2	1998	14,2	2012	14,5
1985	16,7	1999	14,2	2013	15,3
1986	16,2	2000	14,2	2014	15
1987	15,8	2001	14,2	2015	14,5
1988	15,4	2002	14,3	2016	14,3
1989	15,1	2003	14,1	2017	14,4

FUENTE: Institut National D'Études Démographiques
https://www.ined.fr/Xtradocs/statistiques_ivg/2015/T1_2015.html

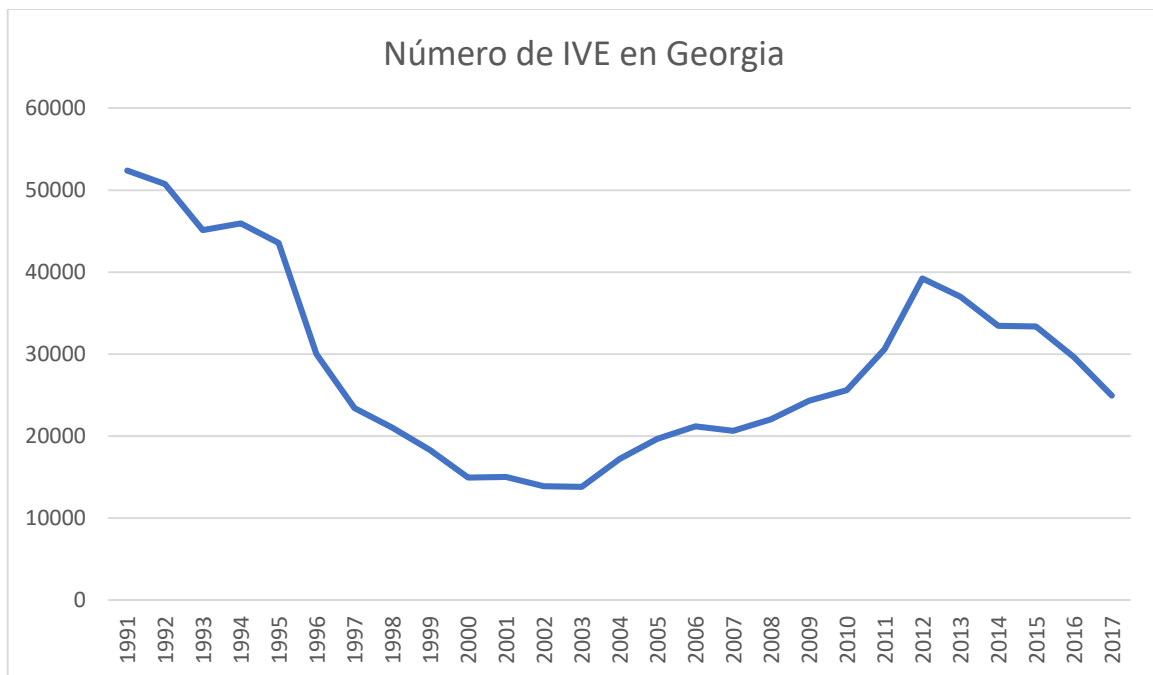


GEORGIA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1955 (Nueva legislación en el año 2000)
IDH: 0,780

AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
1991	52389	2005	19681
1992	50748	2006	21204
1993	45131	2007	20644
1994	45953	2008	22062
1995	43549	2009	24311
1996	30003	2010	25585
1997	23403	2011	30590
1998	21018	2012	39225
1999	18306	2013	37018
2000	14951	2014	33469
2001	15008	2015	33377
2002	13908	2016	29641
2003	13834	2017	24937
2004	17210		

FUENTE: Ministry of Labour, Health and Social Affairs of Georgia
 GEOSTAT – National Statistics Office of Georgia
<https://www.geostat.ge/en/modules/categories/54/healthcare>
https://www.geostat.ge/media/20931/Yearbook_2018.pdf
 UNdata (United Nations Statistical Databases)
<http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3a17>

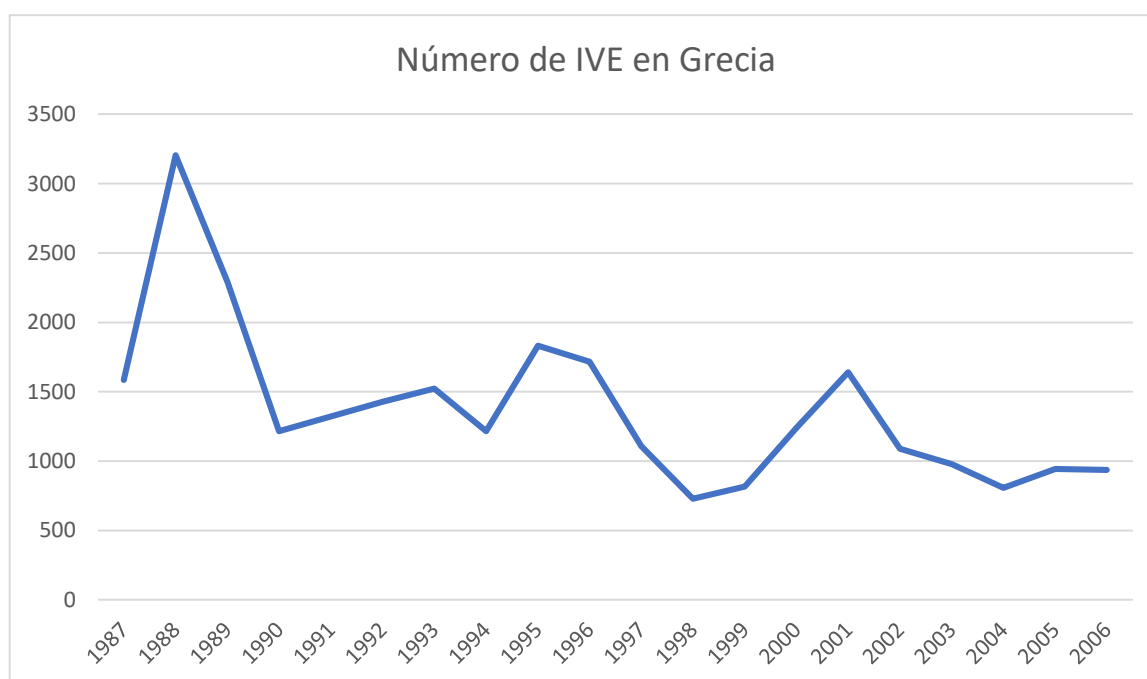


GRECIA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1986
IDH: 0,870

AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
1987	1584	1997	1108
1988	3205	1998	729
1989	2292	1999	817
1990	1216	2000	1240
1991	1322	2001	1640
1992	1427	2003	1089
1993	1523	2003	978
1994	1216	2004	808
1995	1831	2005	944
1996	1717	2006	936

FUENTE: Hellenic Statistical Authority
http://dlib.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/showdetails?p_id=14052938&p_derive=book&p_topic=10007369

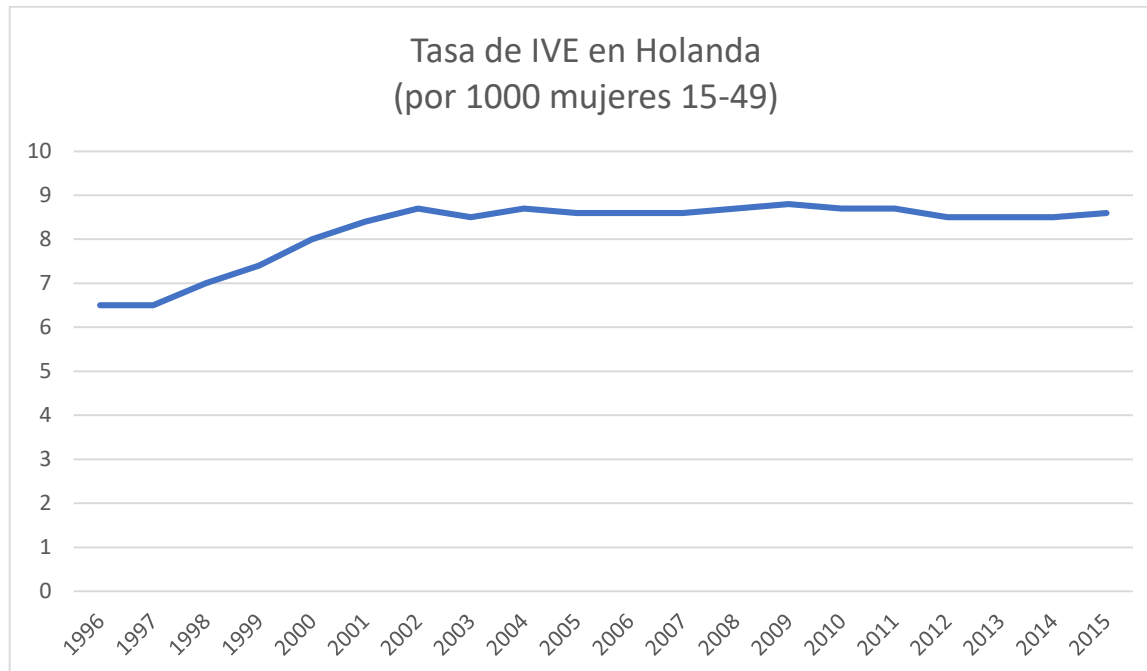


HOLANDA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1981
IDH: 0,931

AÑO	TASA DE IVE (por 1000 mujeres 15-49)	AÑO	TASA DE IVE (por 1000 mujeres 15-49)
1996	6,5	2006	8,6
1997	6,5	2007	8,6
1998	7	2008	8,7
1999	7,4	2009	8,8
2000	8	2010	8,7
2001	8,4	2011	8,7
2002	8,7	2012	8,5
2003	8,5	2013	8,5
2004	8,7	2014	8,5
2005	8,6	2015	8,6

FUENTE: Dutch Health Care Inspectorate (IGZ)
<https://www.rutgers.nl/sites/rutgersnl/files/PDF/LARapportage2015.pdf>

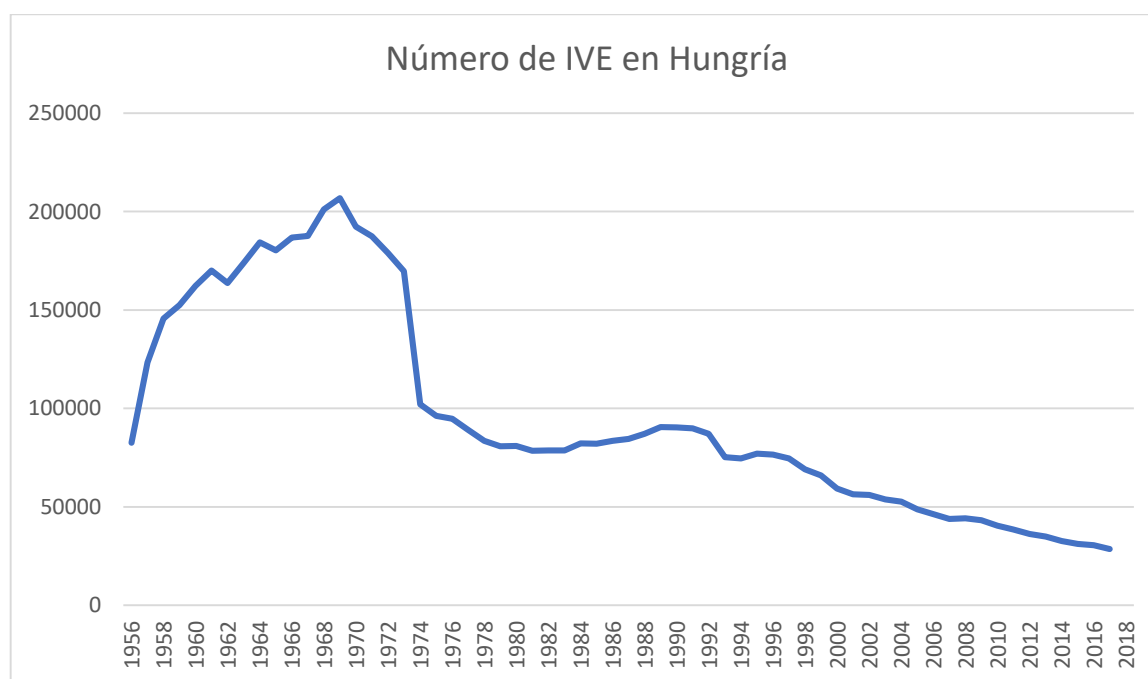


HUNGRÍA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1956 (en 1992 se impusieron algunas restricciones)
IDH: 0,838

AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
1956	82 463	1972	179 035	1988	87 106	2004	52 539
1957	123 383	1973	169 650	1989	90 508	2005	48 689
1958	145 578	1974	102 022	1990	90 394	2006	46 324
1959	152 404	1975	96 212	1991	89 931	2007	43 870
1960	162 160	1976	94 720	1992	87 065	2008	44 089
1961	169 992	1977	89 096	1993	75 258	2009	43 181
1962	163 656	1978	83 545	1994	74 491	2010	40 449
1963	173 835	1979	80 767	1995	76 957	2011	38 443
1964	184 367	1980	80 882	1996	76 600	2012	36 118
1965	180 269	1981	78 421	1997	74 564	2013	34 891
1966	186 773	1982	78 682	1998	68 971	2014	32 663
1967	187 527	1983	78 599	1999	65 981	2015	31 176
1968	201 096	1984	82 191	2000	59 249	2016	30 439
1969	206 817	1985	81 970	2001	56 404	2017	28 496
1970	192 283	1986	83 586	2002	56 075		
1971	187 425	1987	84 547	2003	53 789		

FUENTE: Oficina Central de Estadísticas de Hungría
https://www.ksh.hu/docs/eng/xstadat/xstadat_long/h_wdsd001b.html?down=734

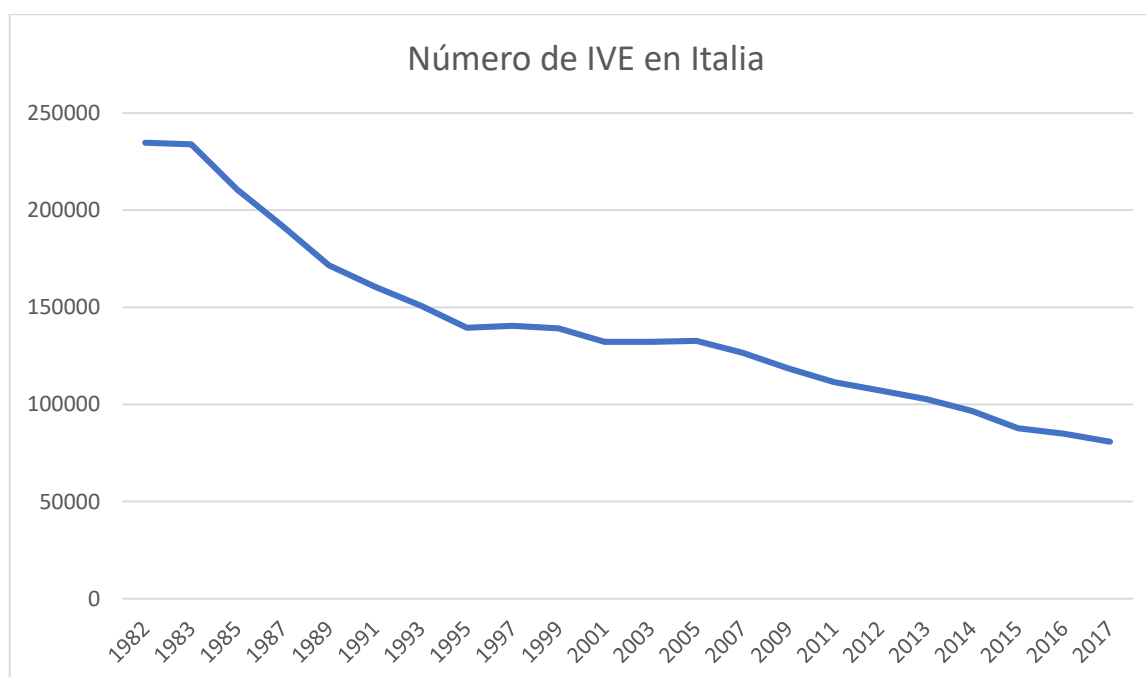


ITALIA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1978
IDH: 0,880

AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
1982	234801	2003	132178
1983	233976	2005	132790
1985	210597	2007	126562
1987	191469	2009	118579
1989	171684	2011	111415
1991	160494	2012	107192
1993	150863	2013	102760
1995	139549	2014	96578
1997	140525	2015	87639
1999	139213	2016	84926
2001	132234	2017	80733

FUENTE: Ministerio de Salud de Italia
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2686_allegato.pdf
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2807_allegato.pdf

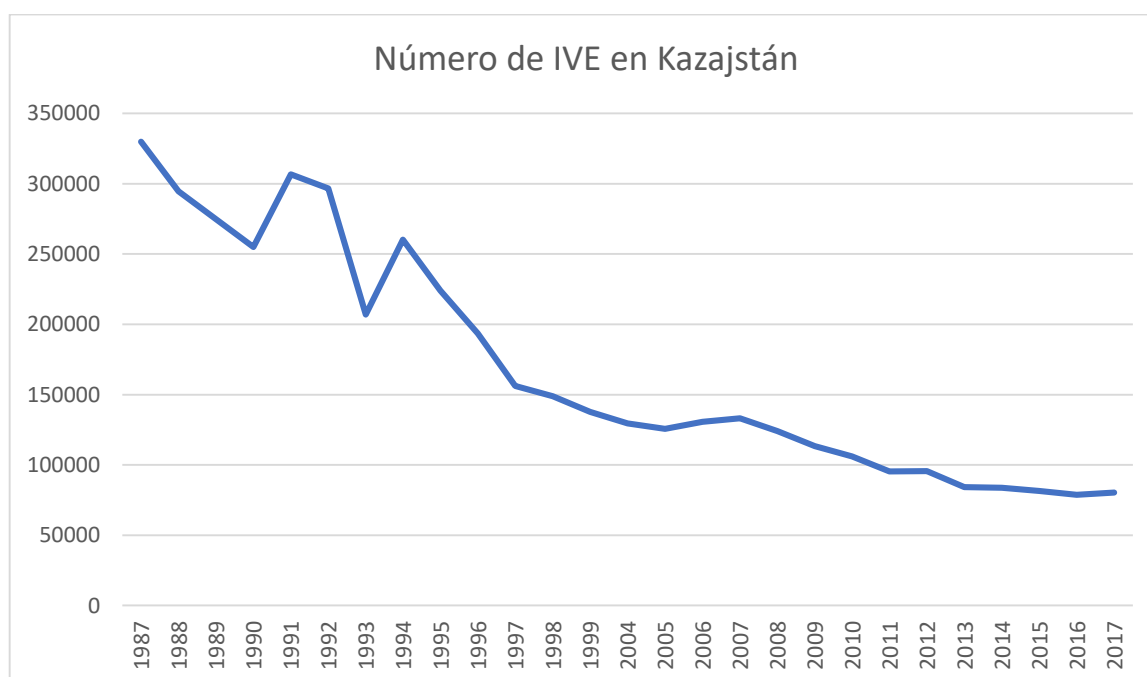


KAZAJSTAN

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1968
IDH: 0,800

AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
1987	329819	2005	125654
1988	294596	2006	130599
1989	274896	2007	133097
1990	254943	2008	123992
1991	306669	2009	113320
1992	296586	2010	106074
1993	206877	2011	95288
1994	260200	2012	95654
1995	224100	2013	84265
1996	193462	2014	83709
1997	156222	2015	81440
1998	148799	2016	78857
1999	137808	2017	80328
2004	129495		

FUENTE: UNdata (United Nations Statistical Databases)
<http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3a17>

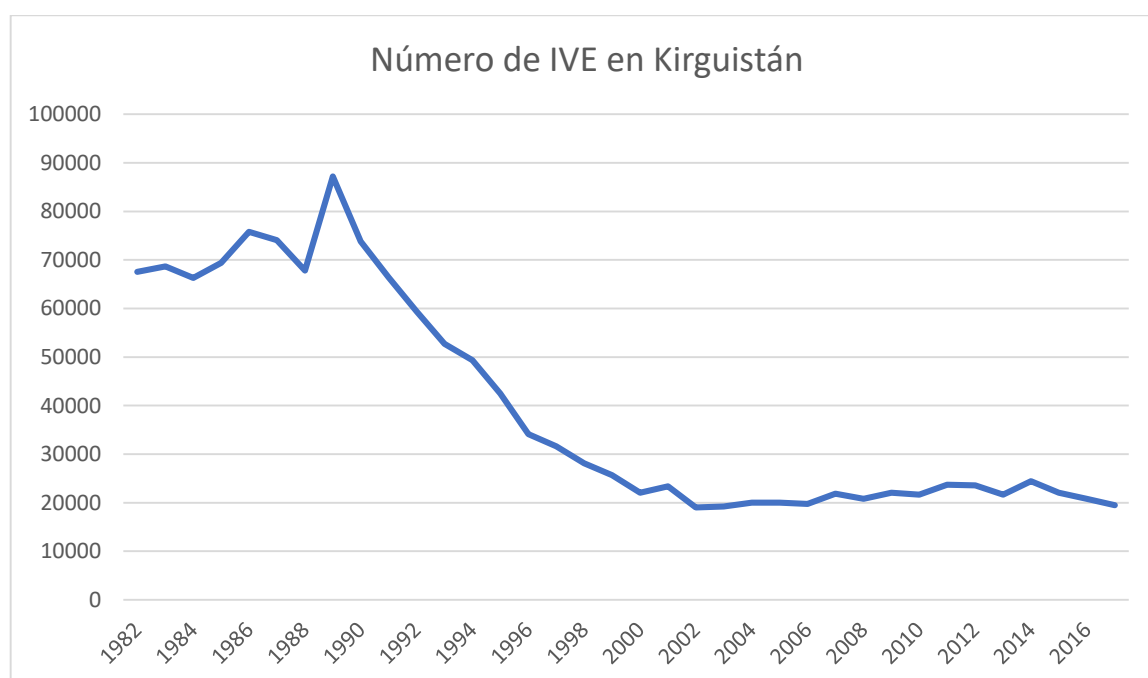


KIRGUISTÁN

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1955/1982
IDH: 0,672

AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
1982	67555	1994	49325	2006	19762
1983	68690	1995	42518	2007	21884
1984	66277	1996	34114	2008	20800
1985	69382	1997	31598	2009	22088
1986	75769	1998	28090	2010	21675
1987	74060	1999	25790	2011	23728
1988	67787	2000	22044	2012	23547
1989	87212	2001	23390	2013	21673
1990	73795	2002	18995	2014	24456
1991	66427	2003	19225	2015	22084
1992	59394	2004	19984	2016	20783
1993	52724	2005	20035	2017	19486

FUENTE: National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic
<http://www.stat.kg/en/search/?news=1&pages=1&publications=1&statistics=1&vacancy=0&opendata=1&query=abortion>
 UNdata (United Nations Statistical Databases)
<http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3a17>

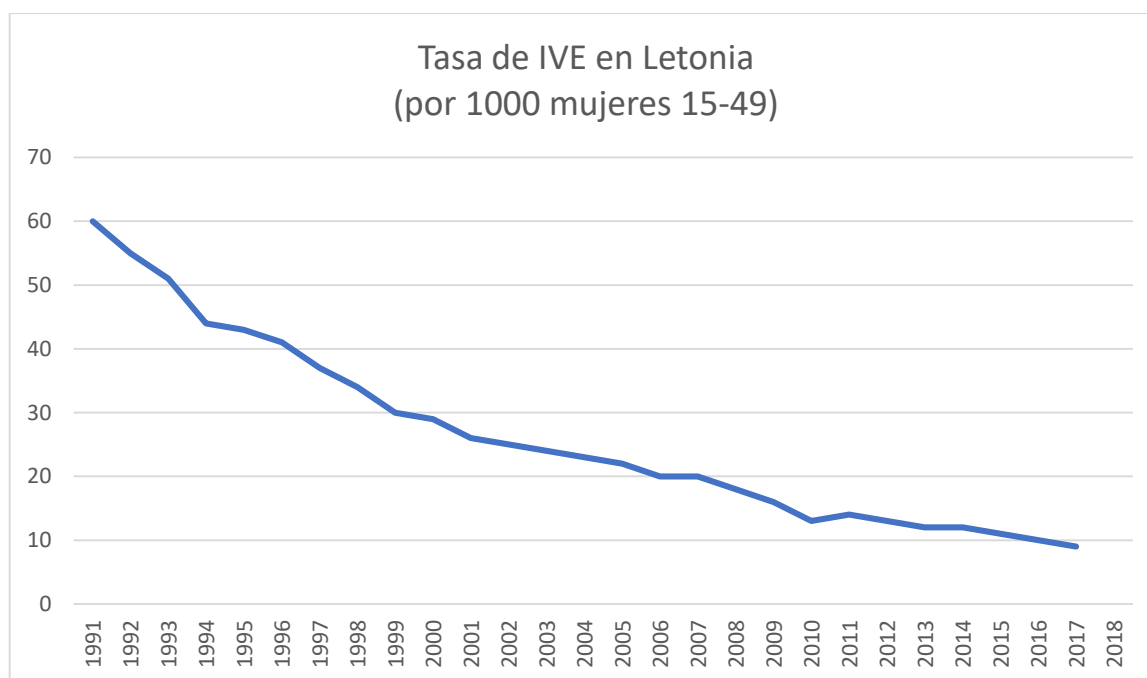


LETONIA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1955
 IDH: 0,847

AÑO	TASA DE IVE (por 1000 mujeres 15-49)	AÑO	TASA DE IVE (por 1000 mujeres 15-49)
1991	60	2005	22
1992	55	2006	20
1993	51	2007	20
1994	44	2008	18
1995	43	2009	16
1996	41	2010	13
1997	37	2011	14
1998	34	2012	13
1999	30	2013	12
2000	29	2014	12
2001	26	2015	11
2002	25	2016	10
2003	24	2017	9
2004	23		

FUENTE: Central Statistical Bureau of Latvia
http://data.csb.gov.lv/pxweb/en/sociala/sociala_veselibiva_vesel/VAG110.px/table/tableViewLayout1/

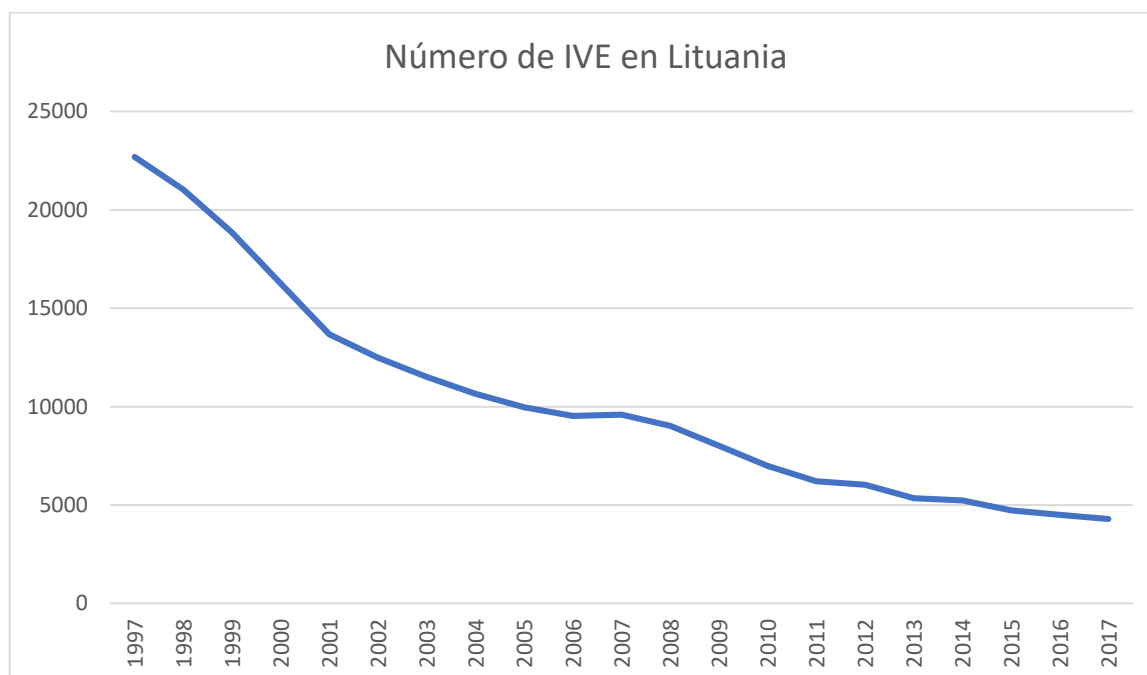


LITUANIA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1955
IDH: 0,858

AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
1997	22680	2009	8024
1998	21022	2010	6989
1999	18846	2011	6205
2000	16259	2012	6033
2001	13677	2013	5353
2002	12495	2014	5231
2003	11513	2015	4735
2004	10644	2016	4502
2005	9972	2017	4294
2006	9536		
2007	9596		
2008	9031		

FUENTE: Health Information Centre of Institute of Hygiene
http://hi.lt/php/dm9.php?dat_file=dem9en.txt
 UNdata (United Nations Statistical Databases)
<http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3a17>

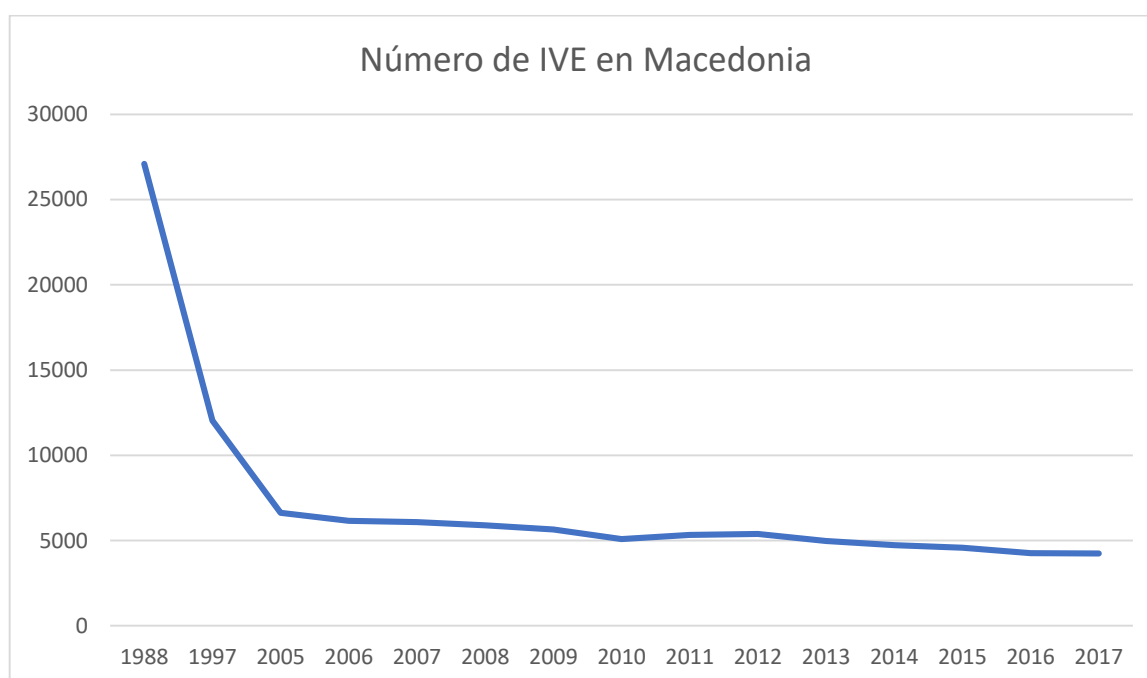


MACEDONIA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1977
IDH: 0,757

AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
1988	27089	2011	5324
1997	12028	2012	5387
2005	6622	2013	4983
2006	6164	2014	4738
2007	6090	2015	4587
2008	5900	2016	4251
2009	5648	2017	4236
2010	5078		

FUENTE: UNdata (United Nations Statistical Databases)
<http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3a17>



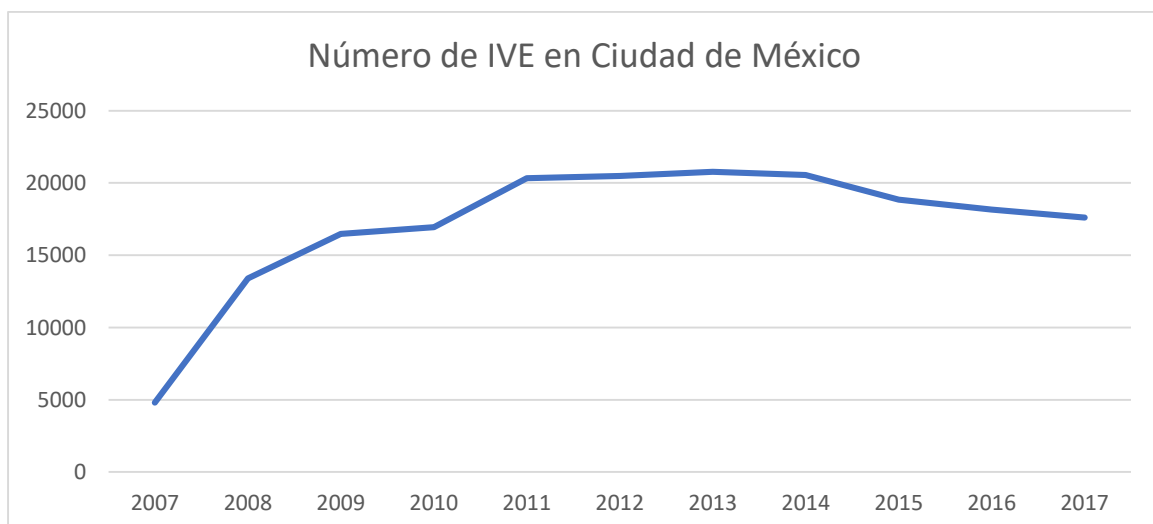
CIUDAD DE MEXICO

AÑO DE LEGALIZACIÓN:

2007

AÑO	NUMERO DE IVE
2007	4799
2008	13404
2009	16475
2010	16945
2011	20319
2012	20482
2013	20765
2014	20559
2015	18851
2016	18163
2017	17595

FUENTE: SEDESA/DGPCS/DIS/ ILE (Sistema de Información Interrupción Legal del Embarazo)
http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/media/agenda_2017/pdfs/8SN/programas.pdf

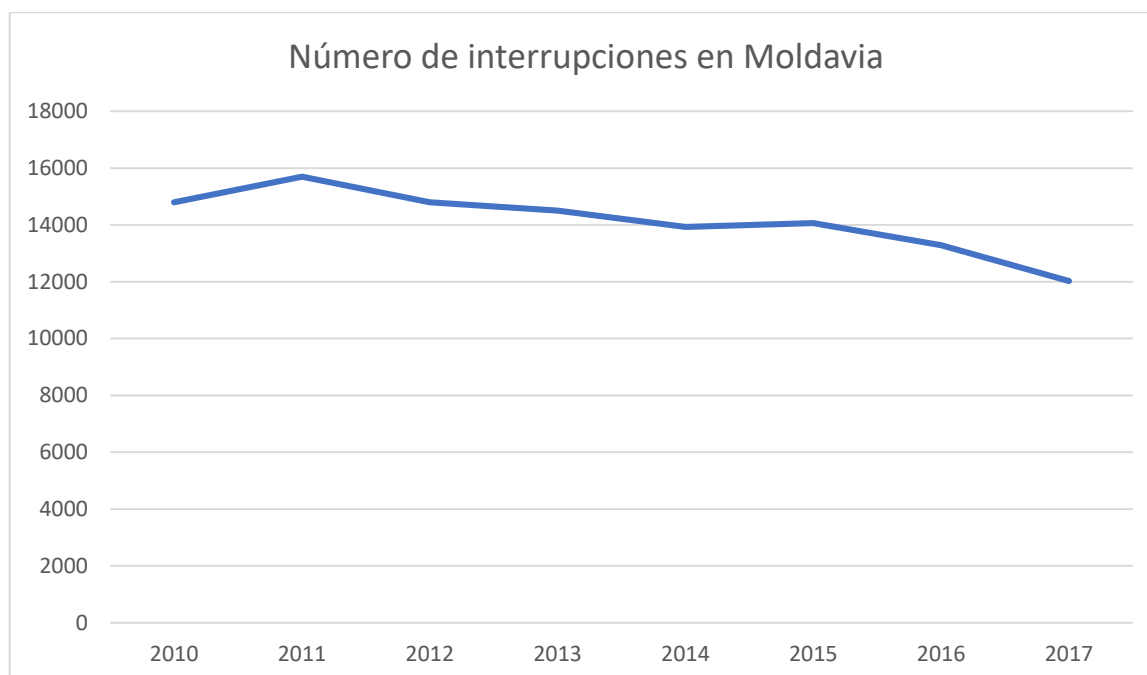


MOLDAVIA

AÑO DELEGALIZACIÓN: 1956
IDH: 0,700

AÑO	NUMERO DE INTERRUCIONES	AÑO	NUMERO DE INTERRUPCIONES
2010	14800	2014	13930
2011	15700	2015	14059
2012	14800	2016	13285
2013	14500	2017	12025

FUENTE: STATISTICA MOLDOVEI – Oficina Nacional de Estadísticas de la República de Moldavia
<http://statbank.statistica.md/PxWeb/pxweb/en/30%20Statistica%20sociala/>
https://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/Anuar_Statistic/2019/8_AS.pdf

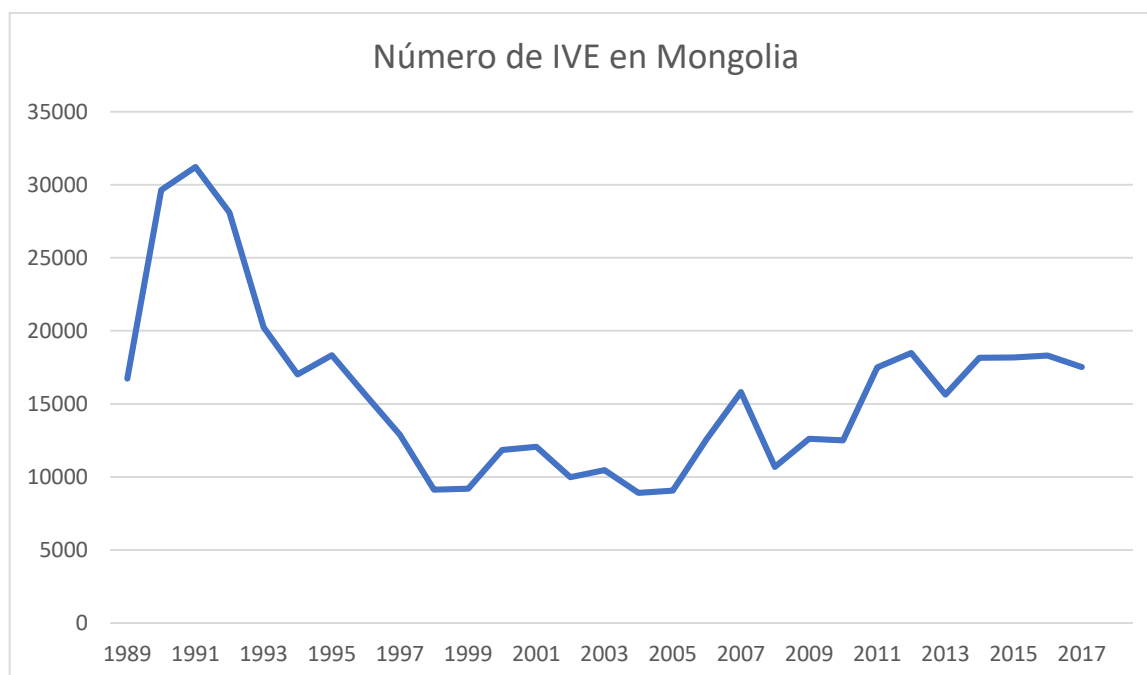


MONGOLIA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1989
IDH: 0,741

AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
1989	16741	2004	8919
1990	29635	2005	9064
1991	31217	2006	12594
1992	28108	2007	15817
1993	20229	2008	10688
1994	17025	2009	12602
1995	18335	2010	12492
1996	15588	2011	17504
1997	12870	2012	18473
1998	9135	2013	15628
1999	9200	2014	18145
2000	11837	2015	18168
2001	12056	2016	18316
2002	9977	2017	17530
2003	10472		

FUENTE: Mongolian Statistical Information Service
http://www.1212.mn/tables.aspx?tbl_id=DT_NS0_2100_001V1&SOUM_select_all=0&SOUMSingleSelect=&YearY_select_all=1&YearYSingleSelect=&viewtype=table

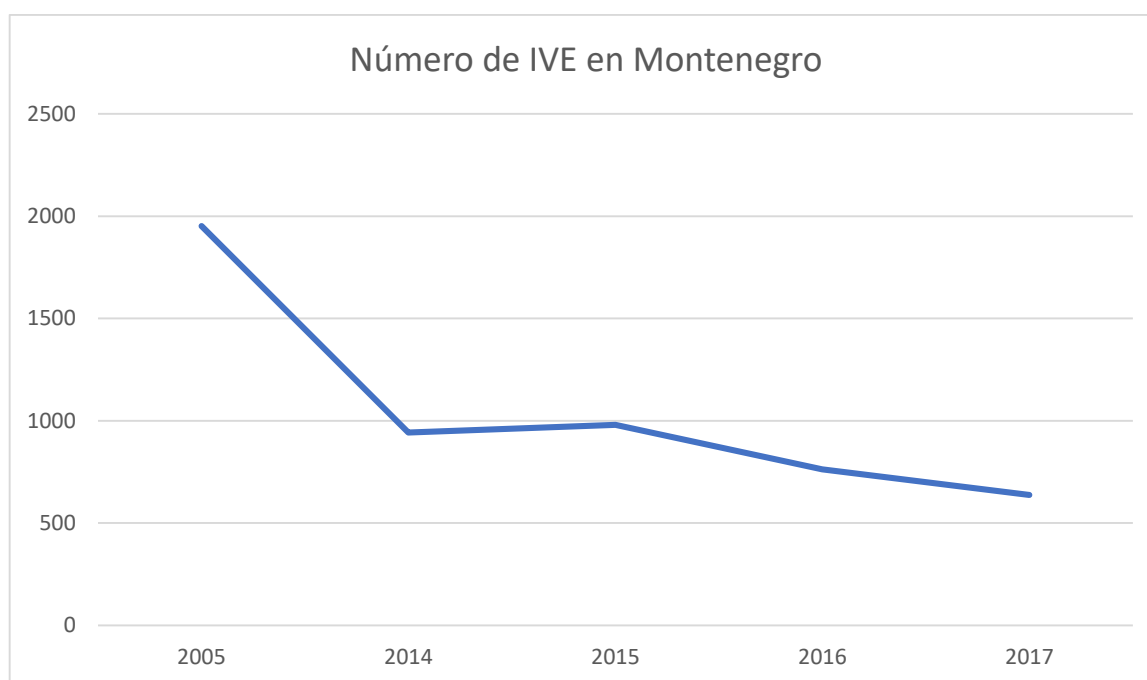


MONTENEGRO

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1977
IDH: 0,814

AÑO	NUMERO DE IVE
2005	1952
2014	943
2015	980
2016	763
2017	637

FUENTE: UNdata (United Nations Statistical Databases)
<http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3a17>

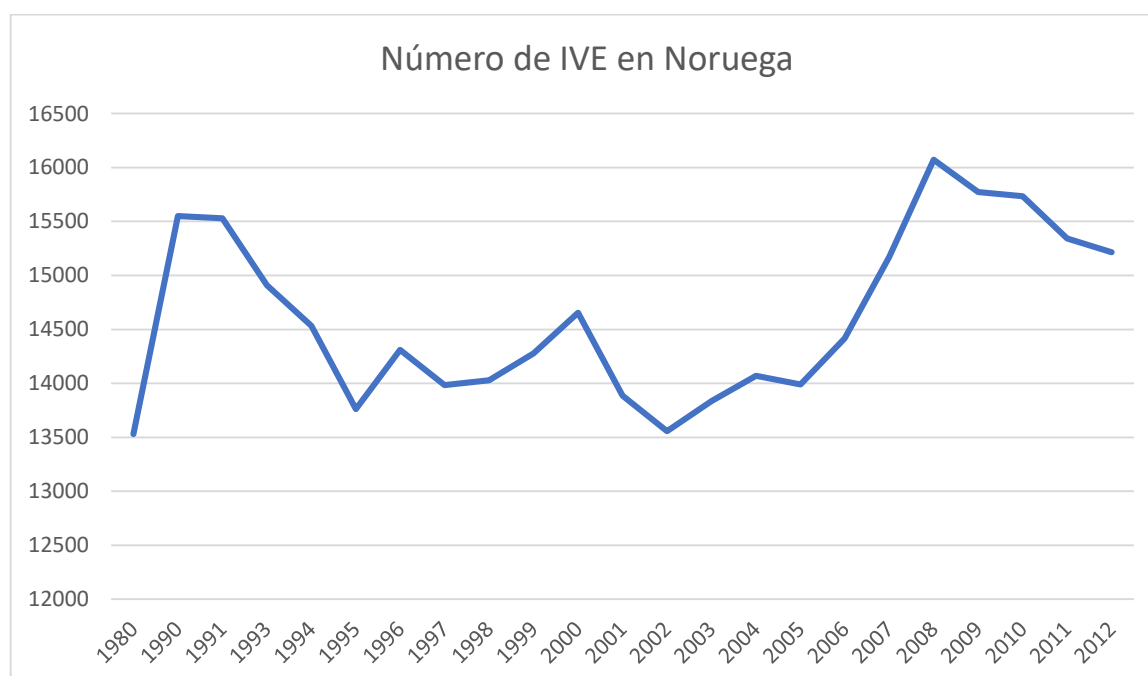


NORUEGA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1978
IDH: 0,953

AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
1980	13531	2002	13557
1990	15551	2003	13836
1991	15528	2004	14071
1993	14909	2005	13989
1994	14533	2006	14417
1995	13762	2007	15171
1996	14311	2008	16073
1997	13985	2009	15774
1998	14028	2010	15735
1999	14279	2011	15343
2000	14655	2012	15216
2001	13887		

FUENTE: Statistics Norway
<https://www.ssb.no/en/befolkning/artikler-og-publikasjoner/statistical-yearbook>



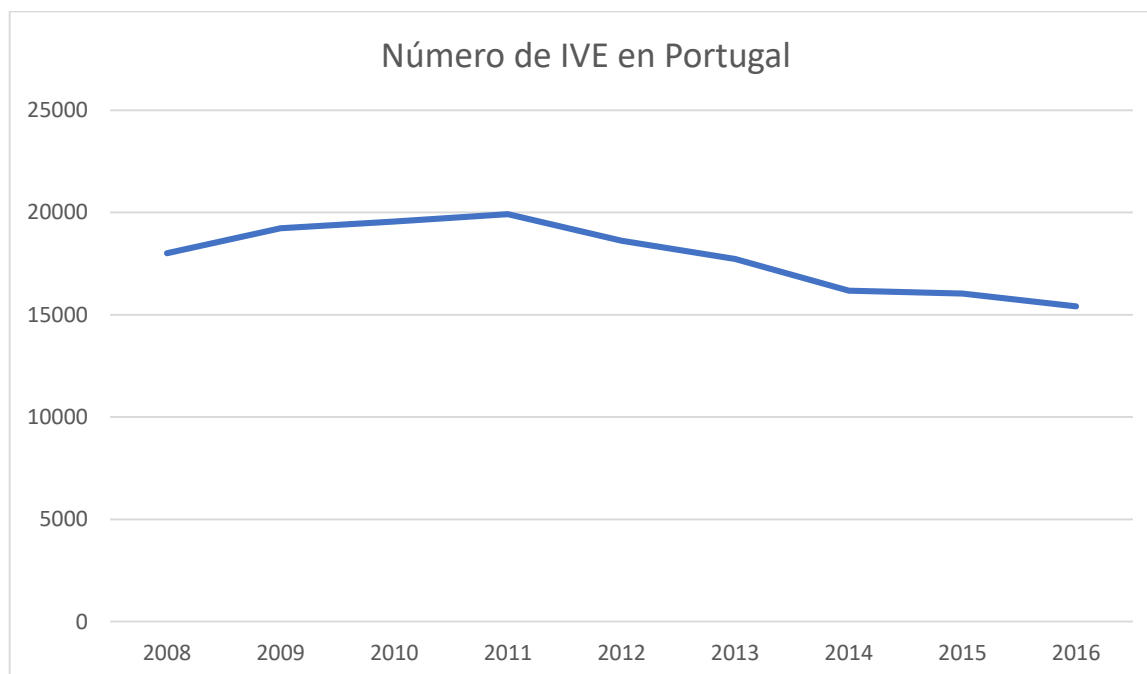
Nota: se puede observar los dos primeros registros (1980-1990) con un intervalo de 10 años y luego los restantes registros con un intervalo de 1 año. Se debe tener en cuenta lo anterior al momento del análisis

PORTUGAL

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 2007
IDH: 0,847

AÑO	NUMERO DE IVE
2008	18014
2009	19222
2010	19560
2011	19921
2012	18615
2013	17728
2014	16180
2015	16028
2016	15416

FUENTE: Dirección General de Salud de Portugal
<https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/interruptao-da-gravidez/relatorio-de-registos-de-interruptao-da-gravidez-2016-janeiro-a-dezembro-de-2016-pdf.aspx>



PUERTO RICO

AÑO DE LEGALIZACIÓN:

1973 (con el caso Roe vs. Wade en EEUU)

IDH:

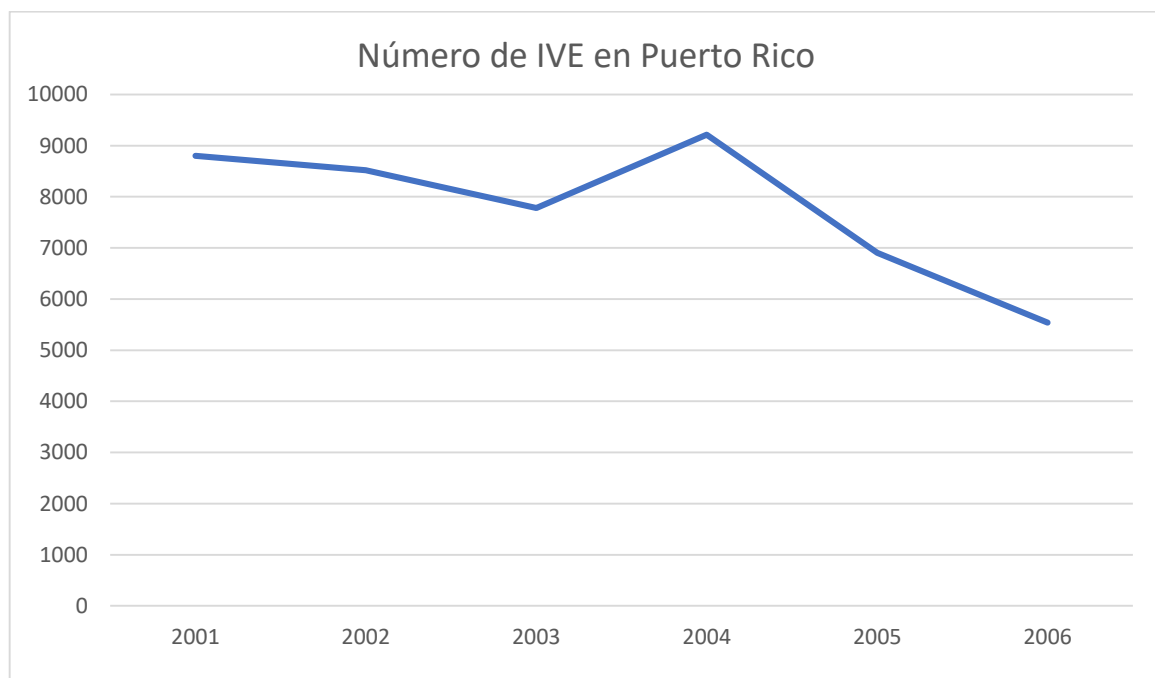
no figura

AÑO	NUMERO DE IVE
2001	8802
2002	8516
2003	7781
2004	9215
2005	6904
2006	5538

FUENTE:

UNdata (United Nations Statistical Databases)

<http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3a17>



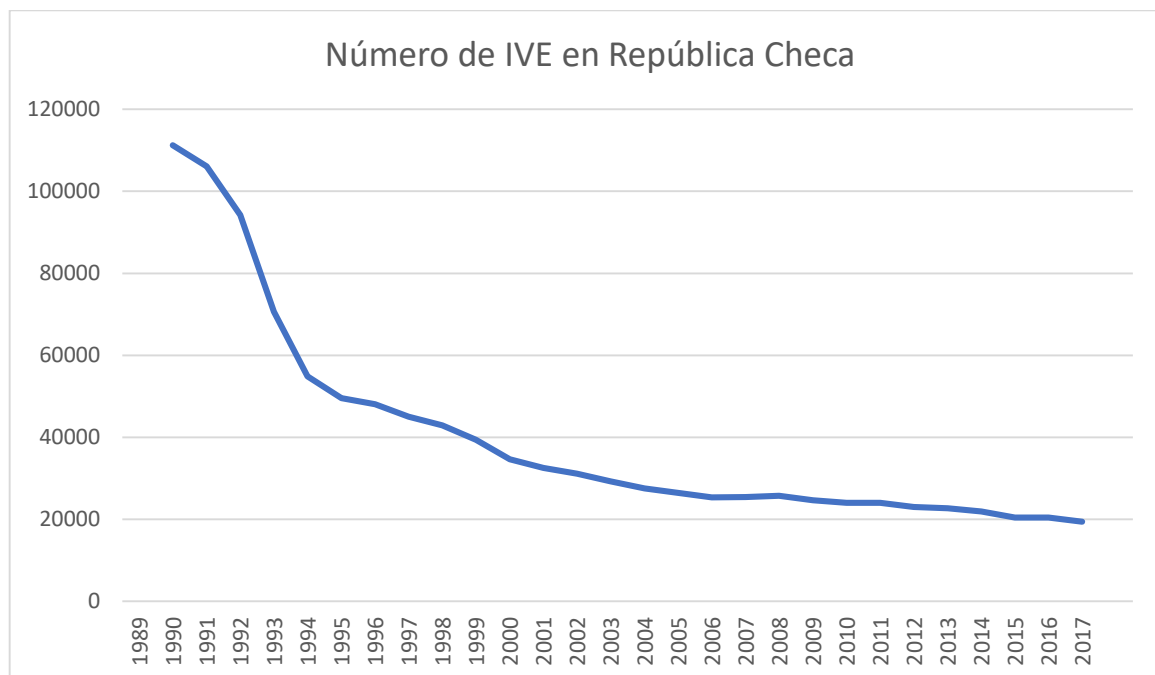
REPÚBLICA CHECA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1986
IDH: 0,888

AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
1990	111268	2004	27574
1991	106042	2005	26453
1992	94180	2006	25352
1993	70634	2007	25414
1994	54836	2008	25760
1995	49531	2009	24636
1996	48086	2010	23998
1997	45022	2011	24055
1998	42959	2012	23032
1999	39382	2013	22714
2000	34623	2014	21893
2001	32528	2015	20403
2002	31142	2016	20406
2003	29298	2017	19389

FUENTE: Czech Statistical Office

<https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/en/index.jsf?page=vystup-objekt-vyhledavani&vyhltext=abortion&bkt=YWJvcnRpb24.&katalog=all&pvo=DEMDCR1#w=>

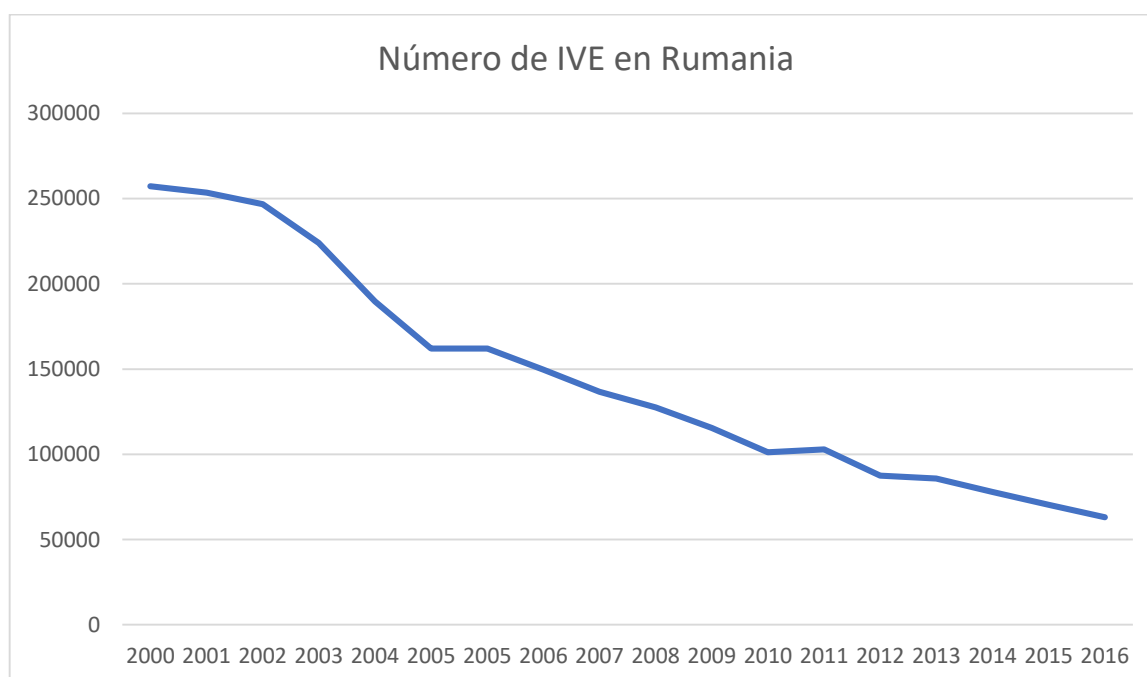


RUMANIA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1989
IDH: 0,811

AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
2000	257267	2008	127410
2001	253426	2009	115457
2002	246714	2010	101271
2003	223914	2011	102896
2004	189683	2012	87477
2005	162087	2013	85742
2005	162087	2014	77806
2006	149598	2015	70447
2007	136647	2016	63085

FUENTE: National Institute of Statistics Romania
<http://www.insse.ro/cms/en/content/statistical-yearbooks-romania>



RUSIA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1955
IDH: 0,816

AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
1957	3407398	1970	4792500	1983	4317129	1996	2652000
1958	3939362	1971	4838749	1984	4361959	1997	2498700
1959	4174111	1972	4765589	1985	4552443	1998	2346100
1960	4373042	1973	4747037	1986	4362110	1999	2181200
1961	4759040	1974	4674050	1987	4166196	2000	2138800
1962	4925124	1975	4669940	1988	4483856	2005	1675700
1963	5134100	1976	4757055	1989	4242028	2010	1186100
1964	5376200	1977	4686063	1990	3920287	2013	1012400
1965	5463300	1978	4656057	1991	3608412	2014	930000
1966	5322500	1979	4540440	1992	3265718	2015	848200
1967	5005000	1980	4506249	1993	3244000	2016	836600
1968	4872900	1981	4400676	1994	3060200	2017	779800
1969	4751100	1982	4462825	1995	2766400		

FUENTE: Ministerio de Salud de la URSS – datos presentados en el artículo con el siguiente link:
https://www.jstor.org/stable/2949057?read-now=1&seq=1#page_scan_tab_contents

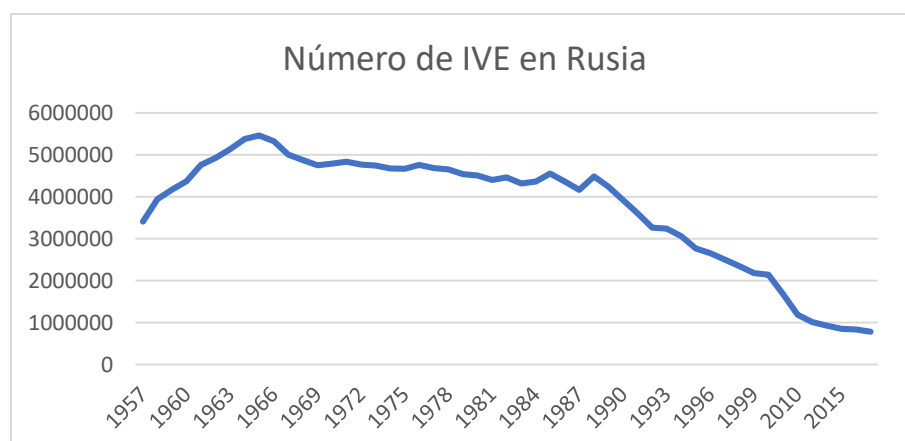
Servicio de Estadística del Estado Federal de Rusia

http://istmat.info/files/uploads/45859/11_zdravoohranenie.pdf

<https://geohistory.today/wp-content/uploads/2019/02/year18.pdf>

<https://gks.ru/storage/mediabank/zdrav17.pdf>

<https://gks.ru/search?q=%D0%A1%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%8F%D0%BD%D0%B8%D0%B5+%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%D1%8C%D1%8F+%D0%B1%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D1%85%2C+%D1%80%D0%BE%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%86%2C+%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D1%86+%D0%B8+%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B6%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D1%85&date from=13.09.2018&content=on&date to=15.09.2018&search by=all&sort=relevance>

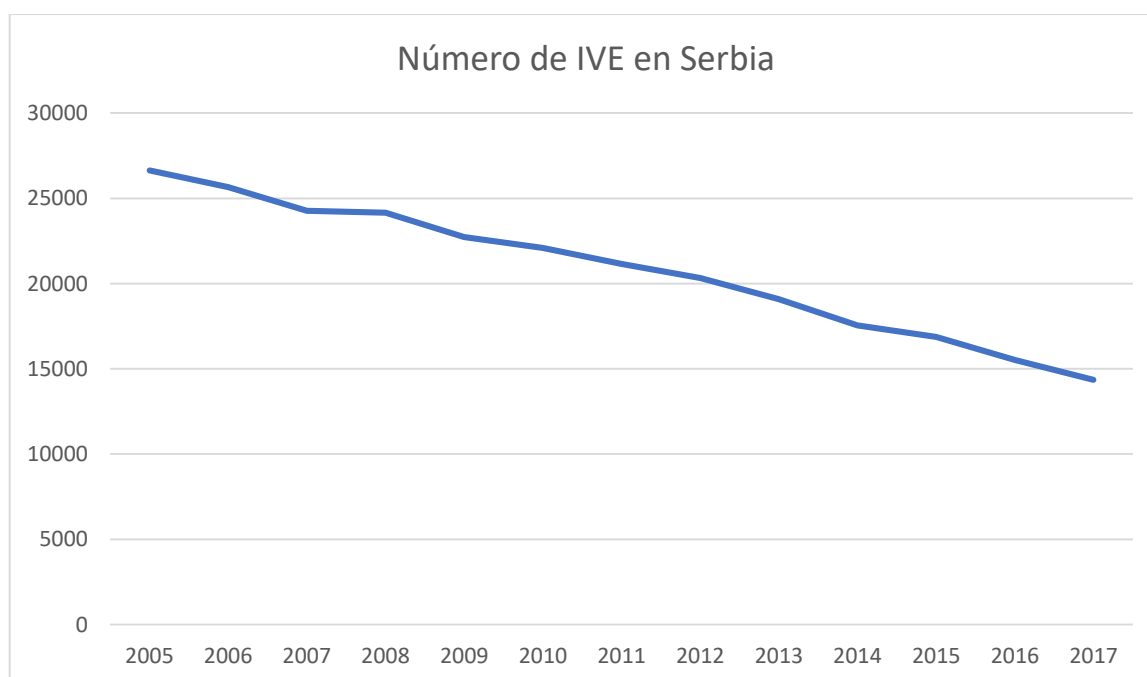


SERBIA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1977 (se independizó en 2006)
IDH: 0,787

AÑO	NUMERO DE IVE
2005	26645
2006	25665
2007	24273
2008	24159
2009	22733
2010	22092
2011	21154
2012	20335
2013	19084
2014	17546
2015	16863
2016	15526
2017	14356

FUENTE: Instituto de Salud Pública de Serbia
http://www.batut.org.rs/download/health_indicators_en_2019.html

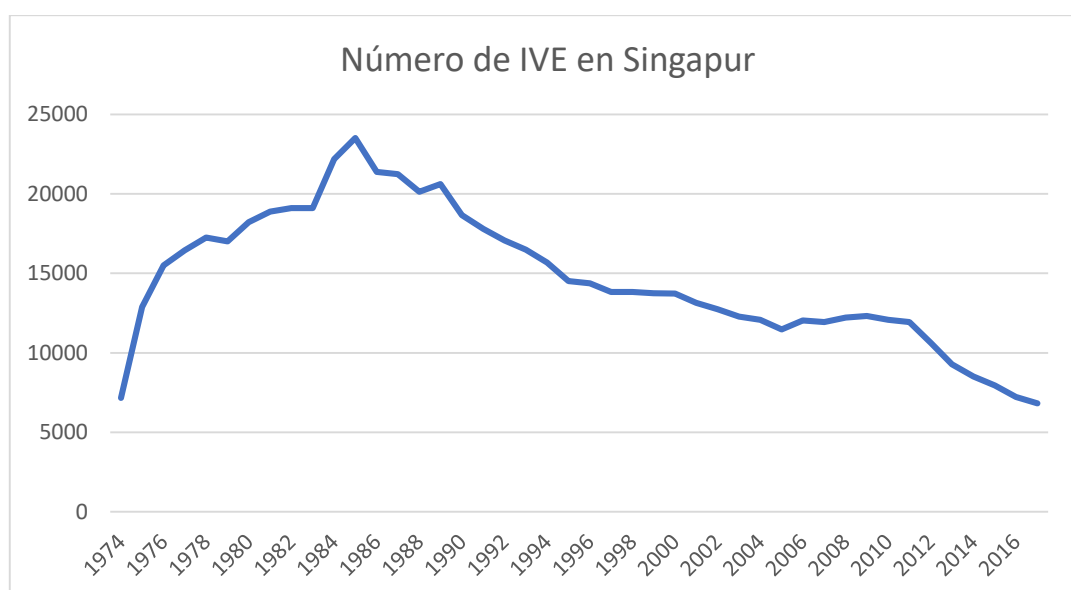


SINGAPUR

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1974
IDH: 0,932

AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
1974	7175	1989	20619	2004	12070
1975	12873	1990	18654	2005	11482
1976	15496	1991	17798	2006	12032
1977	16443	1992	17073	2007	11933
1978	17246	1993	16476	2008	12222
1979	16999	1994	15690	2009	12318
1980	18219	1995	14504	2010	12082
1981	18890	1996	14362	2011	11940
1982	15548	1997	13827	2012	10624
1983	19100	1998	13838	2013	9282
1984	22190	1999	13753	2014	8515
1985	23512	2000	13734	2015	7942
1986	21374	2001	13140	2016	7217
1987	21226	2002	12749	2017	6815
1988	20135	2003	12272		

FUENTE: Ministerio de Salud de Singapur
https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/pressRoom/Parliamentary_QA/2013/abortion-statistics.html
 UNdata (United Nations Statistical Databases)
<http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3a17>

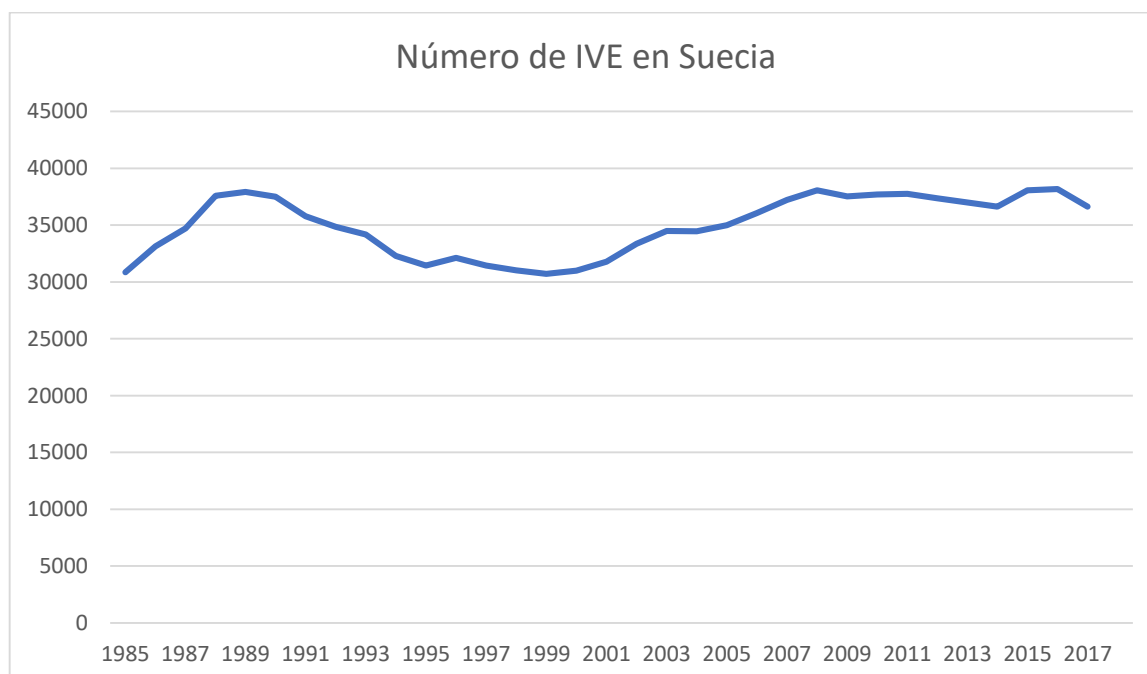


SUECIA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1975
IDH: 0,933

AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
1985	30838	1996	32117	2007	37205
1986	33124	1997	31433	2008	38053
1987	34707	1998	31008	2009	37524
1988	37585	1999	30712	2010	37693
1989	37920	2000	30980	2011	37750
1990	37489	2001	31777	2012	37366
1991	35788	2002	33365	2014	36629
1992	34849	2003	34473	2015	38071
1993	34169	2004	34454	2016	38177
1994	32293	2005	34978	2017	36616
1995	31441	2006	36045		

FUENTE: Dirección Nacional de Sanidad y Bienestar Social de Suecia
https://sdb.socialstyrelsen.se/if_abo/resultat.aspx

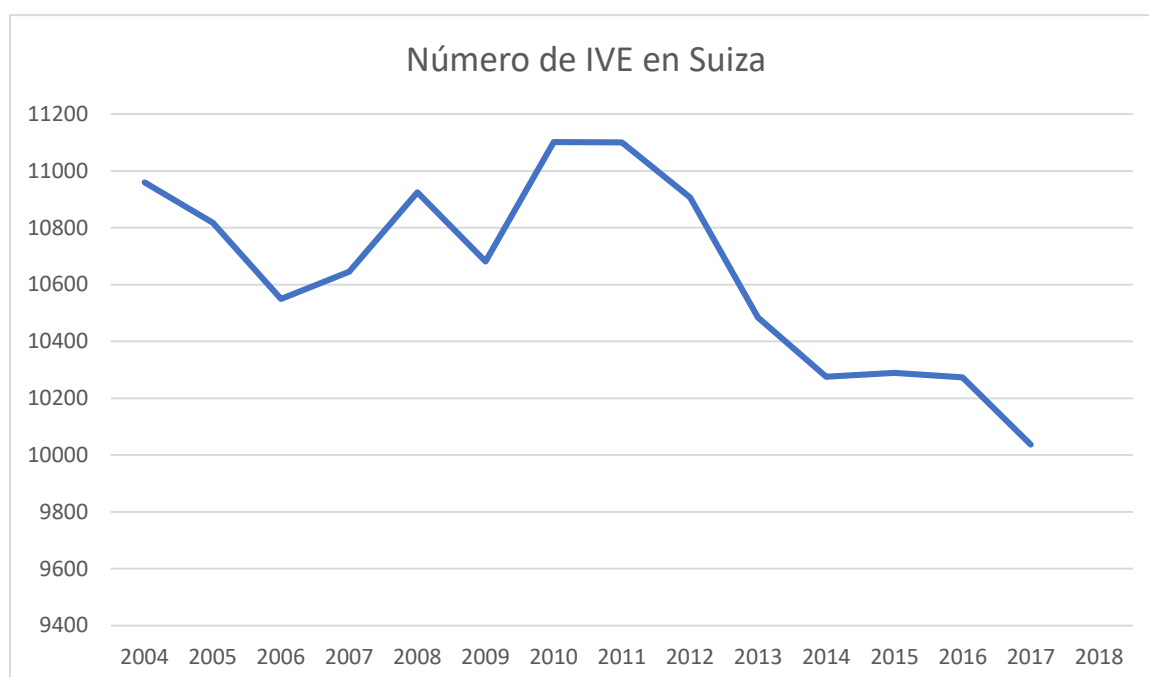


SUIZA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 2002
IDH: 0,944

AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
2004	10959	2012	10907
2005	10818	2013	10484
2006	10549	2014	10275
2007	10645	2015	10289
2008	10924	2016	10273
2009	10681	2017	10037
2010	11101		
2011	11100		

FUENTE: Oficina Federal de Estadística de Suiza
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/reproductive/interruptions-grossesses.assetdetail.9486852.html>

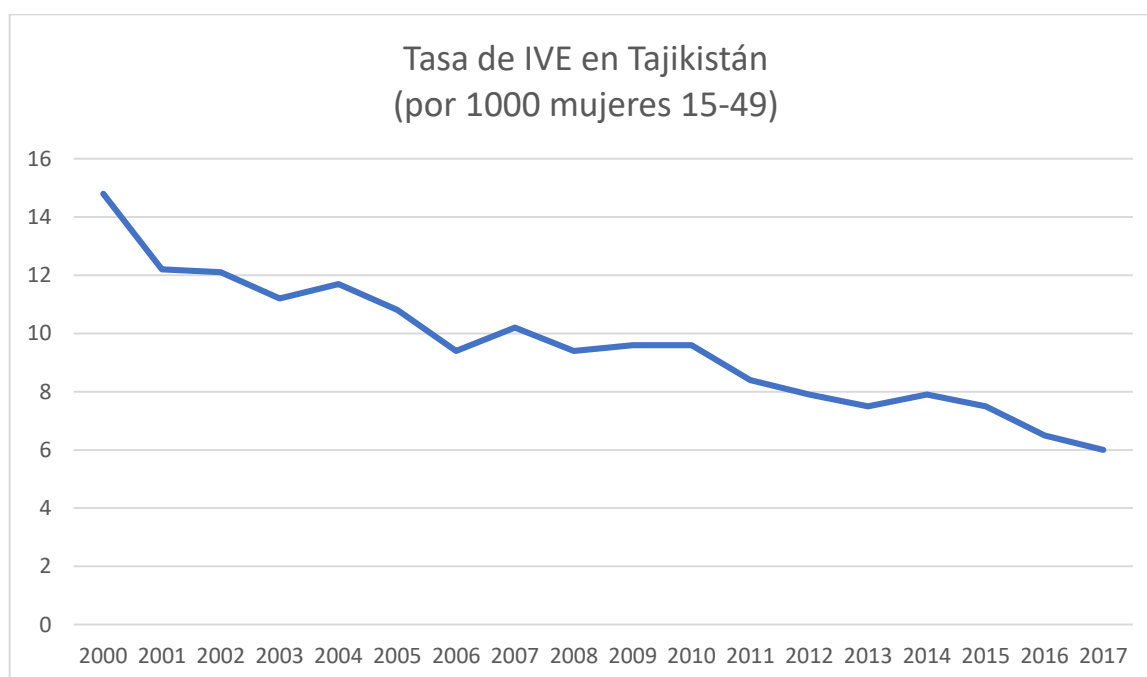


TAJIKISTAN

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1997
IDH: 0,650

AÑO	TASA DE ABORTO (por 1000 mujeres 15-49)	AÑO	TASA DE ABORTO (por 1000 mujeres 15-49)
2000	14,8	2009	9,6
2001	12,2	2010	9,6
2002	12,1	2011	8,4
2003	11,2	2012	7,9
2004	11,7	2013	7,5
2005	10,8	2014	7,9
2006	9,4	2015	7,5
2007	10,2	2016	6,5
2008	9,4	2017	6

FUENTE: TAJSTAT – Agencia de Estadísticas del Presidente de la República de Tadjikistán
<https://www.stat.tj/en/database-socio-demographic-sector>

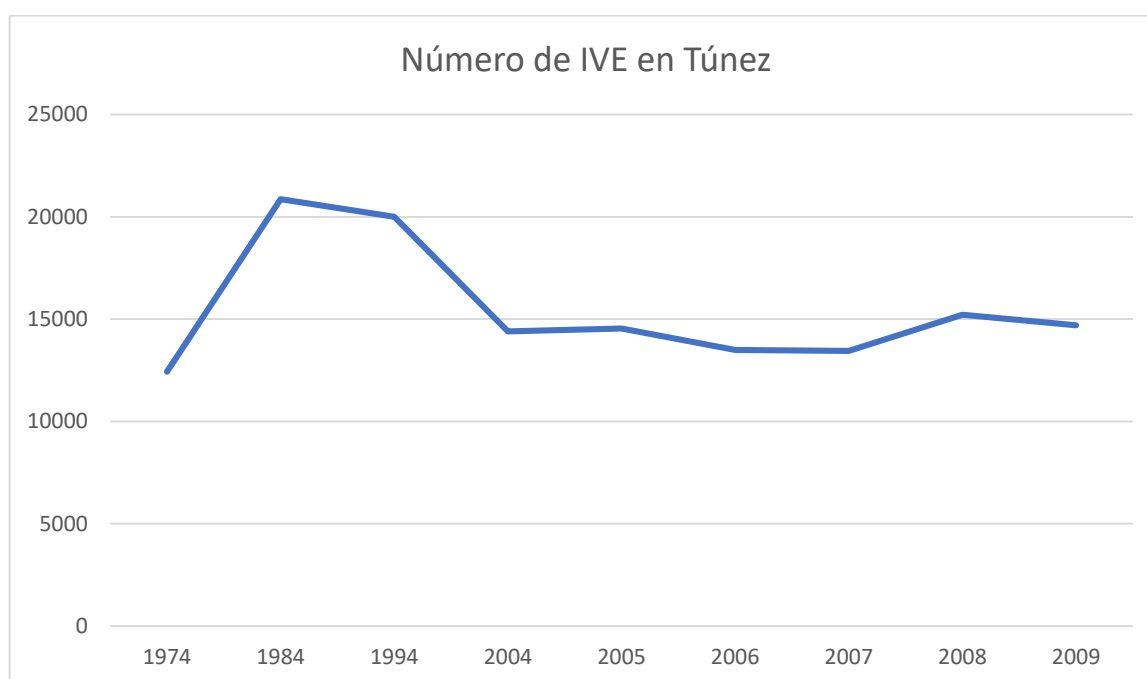


TÚNEZ

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1973
IDH: 0,735

AÑO	NUMERO DE IVE
1974	12427
1984	20860
1994	19999
2004	14402
2005	14540
2006	13495
2007	13444
2008	15210
2009	14699

FUENTE: UNFPA – Fondo de Población de las Naciones Unidas
https://www.unfpa.org/sites/default/files/jahia-events/webdav/site/global/shared/documents/events/2010/pac/benattia_051210.pdf



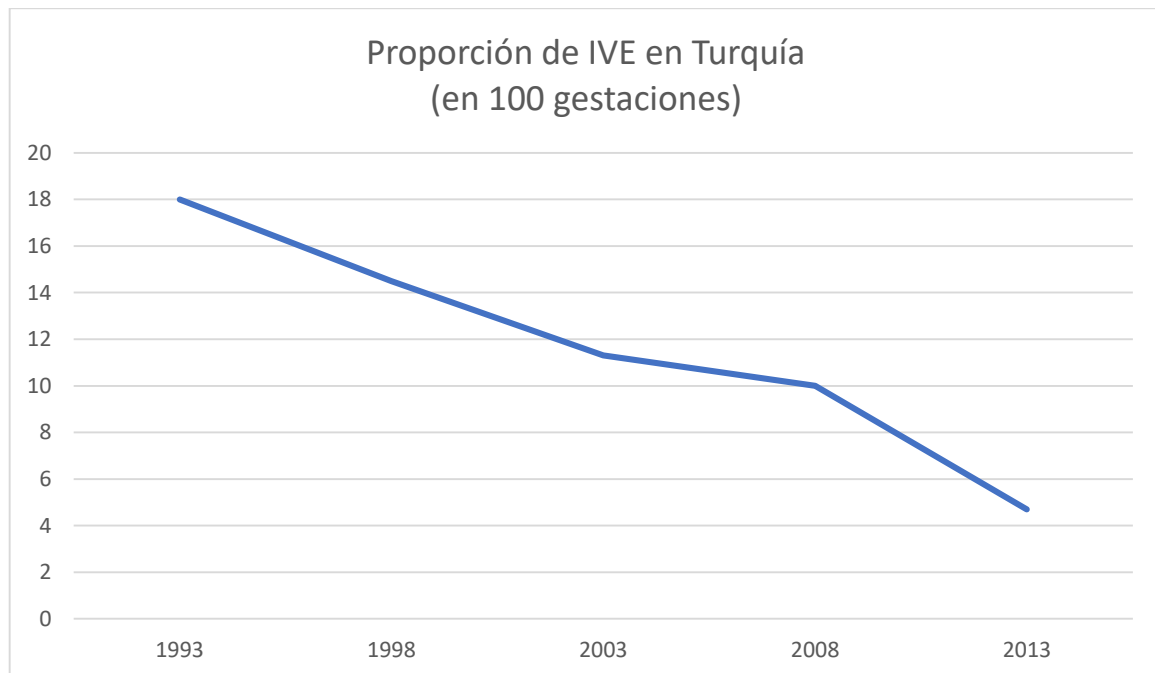
Nota: los registros están repartidos en dos series: la primera (1974-2004) con intervalo de 10 años. La segunda (2004-2009) con intervalo anual. Se debe tener en cuenta en el análisis de los datos.

TURQUÍA

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1983
IDH: 0,791

AÑO	PROPORCIÓN DE IVE EN 100 GESTACIONES
1993	18
1998	14,5
2003	11,3
2008	10
2013	4,7

FUENTE: Ministerio de Salud de Turquía
<http://ohsad.org/wp-content/uploads/2017/12/13160.pdf>



UCRANIA

AÑO DE LEGALIZACIÓN:

1955

IDH:

0,751

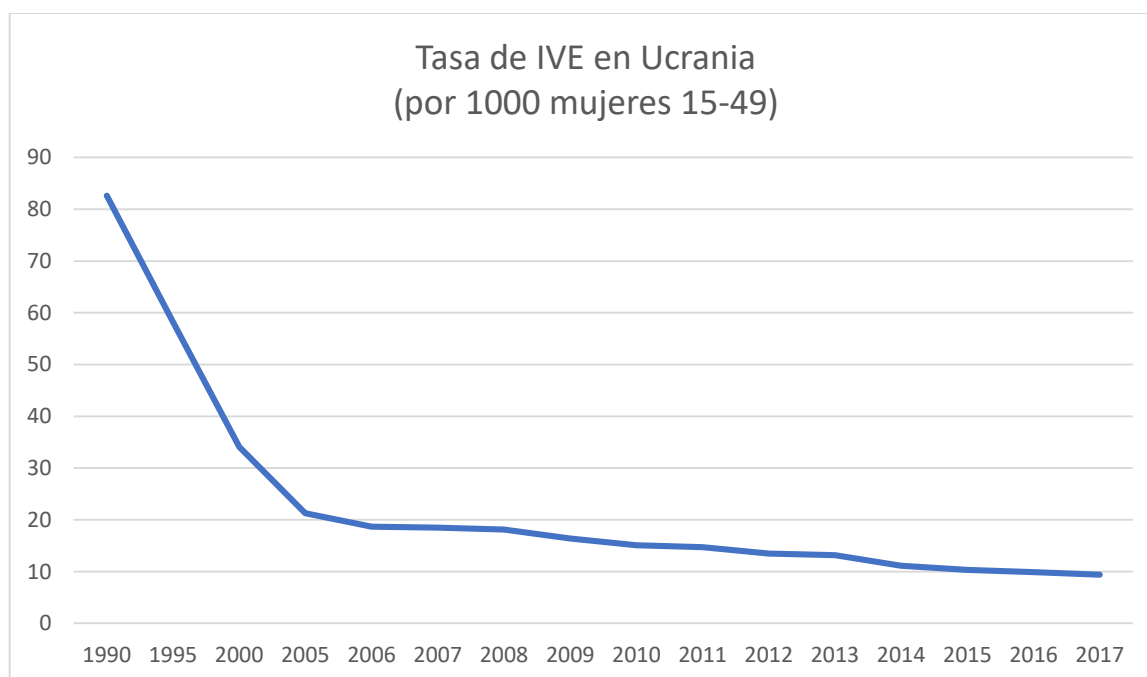
AÑO	TASA DE IVE (por 1000 mujeres 15-49)	AÑO	TASA DE IVE (por 1000 mujeres 15-49)
1990	82,6	2010	15,1
1995	58,2	2011	14,7
2000	34,1	2012	13,5
2005	21,3	2013	13,2
2006	18,7	2014	11,1
2007	18,5	2015	10,3
2008	18,1	2016	9,9
2009	16,4	2017	9,4

FUENTE:

UKRSTAT – Servicio Estatal de Estadísticas de Ucrania

http://ukrstat.org/en/druk/publicat/kat_u/2014/zb/10/sz_2013_engl.zip

http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/11/zb_seu2017_e.pdf

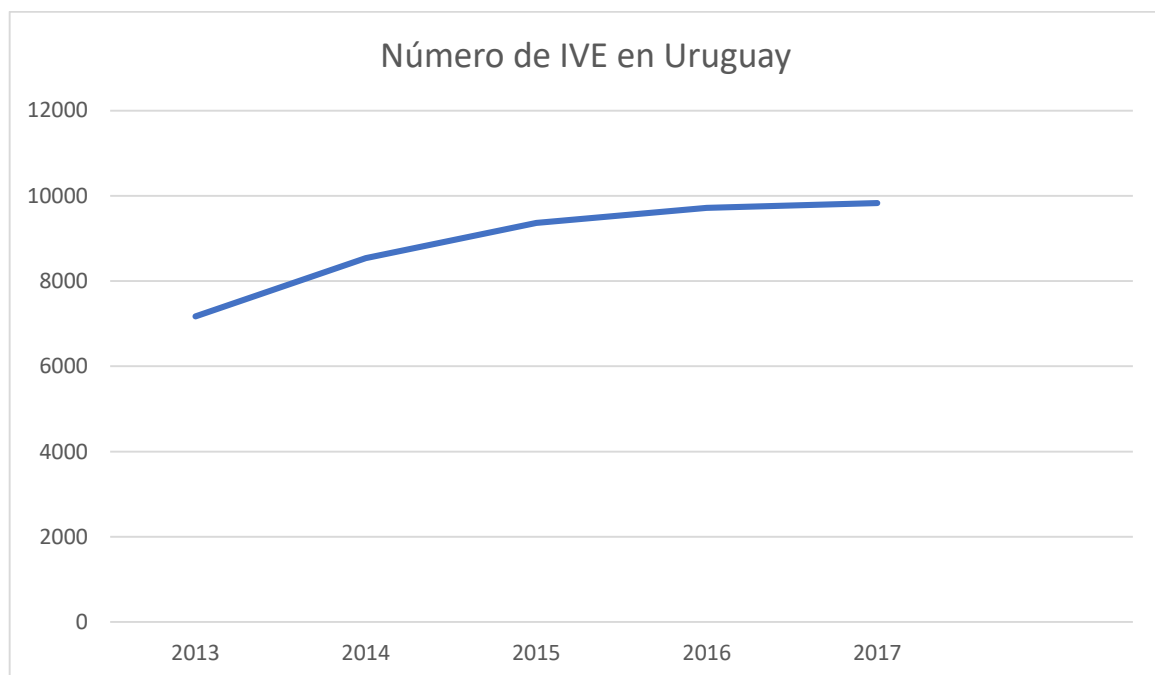


URUGUAY

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 2012
IDH: 0,804

AÑO	NUMERO DE IVE
2013	7171
2014	8537
2015	9362
2016	9719
2017	9830

FUENTE: Ministerio de Salud Pública de Uruguay
<http://www.mysu.org.uy/que-hacemos/observatorio/datos-oficiales/indicador-de-salud-sexual-y-reproductiva/aborto/>

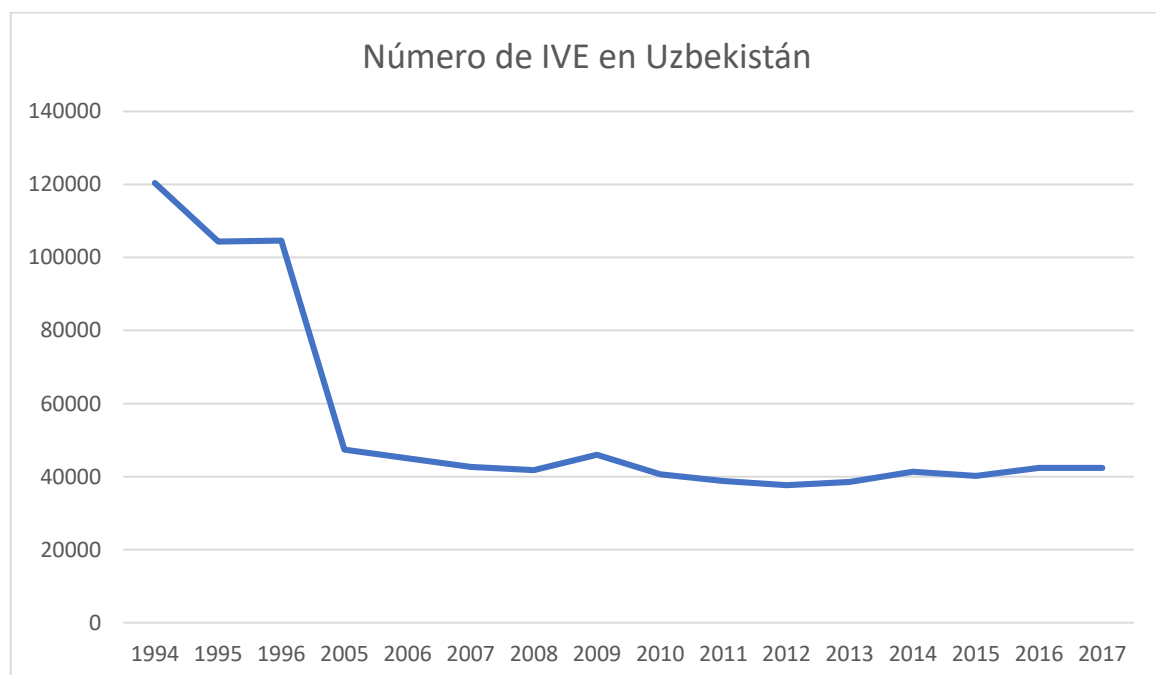


UZBEKISTAN

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1992
IDH: 0,710

AÑO	NUMERO DE IVE	AÑO	NUMERO DE IVE
1994	120434	2010	40651
1995	104400	2011	38809
1996	104620	2012	37634
2005	47380	2013	38546
2006	45030	2014	41352
2007	42681	2015	40201
2008	41758	2016	42417
2009	45968	2017	42433

FUENTE: UNdata (United Nations Statistical Databases)
<http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3a17>



Nota: Dado que los datos se dan en dos series (1994-1996 y 2005-2017) se debería dividir el gráfico en dos partes para un mejor análisis. No obstante, en el gráfico comparativo se realizó una interpolación de datos a manera de corrección

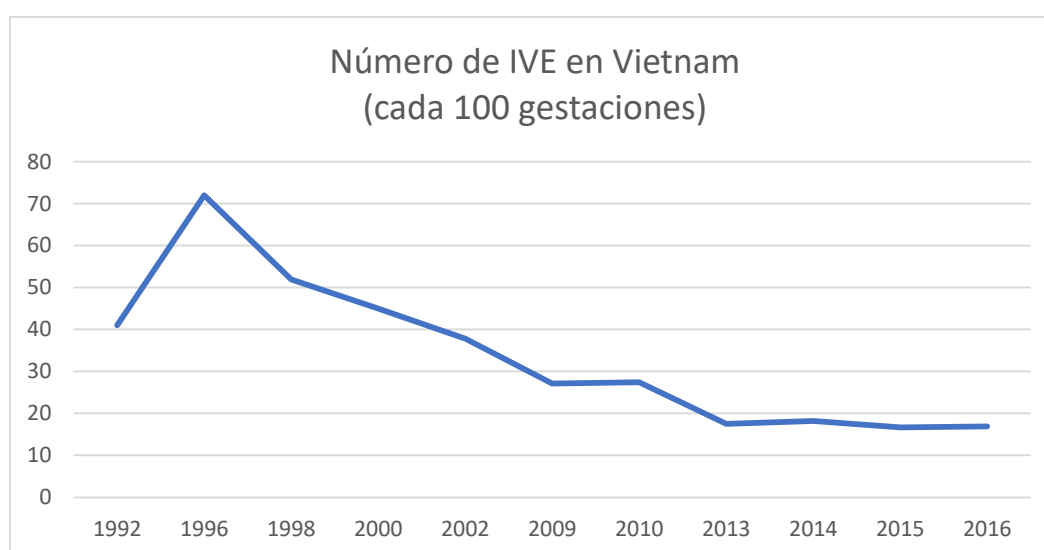
VIETNAM

AÑO DE LEGALIZACIÓN: 1989
IDH: 0,694

AÑO	NUMERO DE IVE CADA 100 GESTACIONES
1992	41
1996	72
1998	51,9
2000	45
2002	37,8
2009	27,1
2010	27,44
2013	17,5
2014	18,2
2015	16,7
2016	16,9

FUENTE: Ministerio de Salud de Vietnam

https://www.istor.org/stable/2137878?read-now=1&seq=5#page_scan_tab_contents
<http://kcb.vn/wp-content/uploads/2015/07/Nien-giam-thong-ke-2010.pdf>
<https://moh.gov.vn/documents/20182/244466/Ni%C3%AAn+gi%C3%A1m+th%E1%BB%91ng+k%C3%AA+y+t%E1%BA%BF+2016/d7c56421-fdfa-45d7-8468-8fdd8e5537de>
<https://www.moh.gov.vn/sharepoint/province/SiteAssets/Lists/ThongKeYTe/NewForm/niengiamthongke2009-2013.pdf>
<http://kcb.vn/wp-content/uploads/2015/07/Nien-giam-thong-ke-2010.pdf>
https://www.istor.org/stable/2137878?read-now=1&seq=4#page_scan_tab_contents



Argentina, 2020