

Morbilidad materna severa en la Argentina Estimación de la magnitud del aborto inducido

ANTECEDENTES

El Ministerio de Salud de la Nación estableció, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga, la morbilidad materna severa como una de las líneas prioritarias para el desarrollo de estudios multicéntricos en la Argentina y convocó al Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y al Centro de Estudios de Población (CENEP), para realizar una investigación sobre la prevención y calidad de la atención orientada a reducir la incidencia y las consecuencias adversas del aborto.

El propósito de esta investigación fue contribuir al conocimiento de la magnitud y características del fenómeno del aborto inducido en la Argentina, para diseñar programas de prevención y de atención.

El proyecto se sustentó en la revisión de la literatura especializada tanto internacional como nacional, y en la experiencia del CEDES y el CENEP en investigación en salud.

Edith Alejandra Pantelides*
Silvia Mario

OBJETIVO

El propósito de la investigación fue estimar la magnitud del aborto inducido en la Argentina**. Dadas la ilegalidad del aborto y la inexistencia de un registro de abortos que no solamente recoja su número sino que distinga cabalmente entre los espontáneos y los provocados, es imposible contar con una cifra exacta. Se pretende lograr la mejor estimación posible sobre la base de las metodologías disponibles.

METODOLOGÍAS DE ESTIMACIÓN

Se presentan, en este informe, estimaciones basadas en dos métodos distintos, con el propósito de ofrecer un rango de órdenes de magnitud. Los métodos elegidos son aquellos aplicables en contextos de ilegalidad del aborto inducido, como en el caso de la Argentina.

Se trata del método propuesto por Singh y Wulf (1994) y del método residual.

* CONICET y CEDES.

** El trabajo de campo fue realizado por Silvia Fernández (CEDES), Magalí Gaudio (CENEP), Cecilia Gianni (CEDES) y Hernán Manzelli (CENEP).

El método propuesto por Singh y Wulf se basa en el hecho de que el número de casos hospitalizados por complicaciones de aborto (registrados como egresos hospitalarios) representa solamente un subgrupo de todos los abortos inducidos, y propone formas de calcular un multiplicador para corregir ese número, incorporando los abortos inducidos que no requirieron hospitalización (y que por lo tanto no quedan registrados en las estadísticas de salud). El multiplicador se obtiene a partir de una encuesta de opinión a informantes clave –profesionales que tienen relación con el tema de la práctica del aborto inducido en el país– en la que se indaga sobre calificación de los proveedores, técnicas utilizadas, probabilidad de que los abortos provoquen complicaciones y de que las mujeres que sufrieron complicaciones sean hospitalizadas.

El método residual propuesto por Johnston y Hill (1996) se basa en un modelo desarrollado por Bongaarts (1978). El modelo relaciona la fecundidad real con una fecundidad máxima teórica, la prevalencia de uniones, de uso de métodos anticonceptivos, de aborto y de infertilidad posparto (los cuatro determinantes próximos más importantes). Las variables consideradas en el modelo pueden construirse a partir de datos provenientes de estadísticas vitales, censos y encuestas.

ESTIMACIÓN DEL ABORTO INDUCIDO EN LA ARGENTINA PARA EL AÑO 2000 POR MEDIO DEL MÉTODO BASADO EN LAS ESTADÍSTICAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS POR COMPLICACIONES DE ABORTO

Los datos de egresos hospitalarios por complicaciones de aborto del año 2000 fueron ajustados teniendo en cuenta la cobertura. Respecto de la calidad de esos datos, se adoptaron dos hipótesis: a) que su calidad es aceptable y no amerita ajustes por mala clasificación. Sólo se descuentan los abortos espontáneos que representan una proporción muy baja del total de abortos (10,5%). b) Que los datos deben ajustarse por el subregistro de los abortos espontáneos cuyo número podría estimarse a partir de la relación, surgida de la investigación clínica, entre abortos espontáneos del segundo trimestre (que son los que en mayor medida podrían sufrir complicaciones) y los nacimientos (que es igual a 3,41%) (Singh y Wulf, 1994).

El multiplicador necesario para determinar el número total de abortos inducidos se basa en la media ponderada de todos los abortos que probablemente terminarán en hospitalizaciones, lo que depende de la proporción de mujeres que recurren a cada proveedor de abortos (médicos, obstétricas, proveedores informales, autoinducción); el método utilizado principalmente por cada uno de éstos; la probabilidad de complicaciones relacionada con cada tipo de método y la probabilidad de que sean hospitalizadas por una complicación. Cada uno de estos factores es a su vez estimado para mujeres pobres y no pobres y el multiplicador final es un promedio de estas dos estimaciones ponderado por el porcentaje de la población por debajo de la línea de pobreza. Estos datos provienen de la encuesta a informantes clave y de la Encuesta Permanente de Hogares correspondiente a mayo de 2001.

El multiplicador estimado fue igual a 6,8, el que:
Multiplicado por los 65.735 egresos hospitalarios da por resultado 446.998 abortos inducidos totales en el año 2000 (alternativa correspondiente a la hipótesis a)

Multiplicado por 54.701 egresos hospitalarios da por resultado 371.965 abortos inducidos totales en el año 2000 (alternativa correspondiente a la hipótesis b).

**Tabla 1. Estimación del número anual de abortos inducidos e indicadores relacionados
Argentina, 2000**

	Número de abortos inducidos	Razón abortos inducidos/nacimientos	Tasa general de aborto cada 1.000 mujeres
Alternativa a	446.998	0,64	49,0
Alternativa b	371.965	0,53	40,8

Estos números deberían tomarse como órdenes de magnitud y no como una cifra exacta. Es posible que estas cifras no hayan sufrido cambios importantes hasta el presente. Si bien el uso extendido del misoprostol conduciría a un menor porcentaje de internaciones por complicaciones de aborto, dada su relativa seguridad, varios autores (Faúndes, 2005; Singh y Wulf, 1994; Juárez *et al.*, 2005) coinciden con nuestros informantes en que en etapas iniciales de su uso, como en el caso de la Argentina, las mujeres –al desconocer tanto la dosis apropiada como los efectos normales esperados– continúan recurriendo a los servicios hospitalarios al manifestarse el sangrado.

ESTIMACIÓN DEL ABORTO INDUCIDO EN LA ARGENTINA PARA LOS AÑOS 2004-2005 POR MEDIO DEL MÉTODO RESIDUAL

Como ya se mencionó, este método utiliza un modelo desarrollado por Bongaarts (1978) y extendido a la estimación del aborto por Johnston y Hill (1996). El modelo utilizado considera cuatro variables como limitantes de la fecundidad. La fecundidad observada será menor a la máxima potencial como resultado de: la no exposición de todas las mujeres al riesgo de embarazo (por no ser sexualmente iniciadas); la utilización de métodos anticonceptivos y su efectividad en un uso típico; el aborto y la infertilidad posparto debida a la lactancia (o la abstinencia). Al conocer los valores de los demás factores, se puede despejar el correspondiente al aborto. Los valores de porcentaje de mujeres sexualmente iniciadas y el uso de anticonceptivos utilizados en esta estimación provienen de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, mientras que para la efectividad de uso de anticonceptivos, dada la inexistencia de datos locales, se recurrió a la tabla de valores estandarizados procedente de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) que corresponde a valores de los Estados

Unidos en 1996. Esta tabla fue elegida por representar un uso relativamente elevado de anticonceptivos eficaces, similar al que se desprende, para la Argentina, de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

Según se tome como indicador la media o la mediana de la duración de la lactancia se obtienen dos estimaciones del número de abortos inducidos para el año 2004, los que se muestran en el cuadro siguiente.

Tabla 2. Estimación del número anual de abortos inducidos e indicadores relacionados Argentina, 2004-2005. Población femenina residente en localidades de 5.000 habitantes o más

	Tasa de aborto TA ^a	Tasa general de aborto por cada 1.000 mujeres de 15 a 49 años	Nº de abortos inducidos anuales
Alternativa con duración media de la lactancia	2,13	60,8	485.974
Alternativa con duración mediana de la lactancia	2,29	65,4	522.216

Notas:

a. La tasa de aborto representa el número promedio de abortos que tendría una mujer de una cohorte hipotética al término de su vida fértil. Se supone no está expuesta a mortalidad durante su vida fértil, y que las tasas de aborto específicas por edad son las vigentes en la población de interés al momento del cálculo.

Las estimaciones realizadas por el método residual corresponden, como se advierte en el título del cuadro, a las mujeres de 15 a 49 años residentes en localidades de 5.000 y más habitantes^{***}. Como esa población femenina es el 84% de la población femenina del total del país, el número de abortos de todo el país será algo mayor. Dado que no se cuenta con datos que permitan conocer los valores de iniciación sexual, lactancia y uso de anticonceptivos del 16% de mujeres no incluidas en el cálculo, es arriesgado proponer una estimación para el total de las mujeres.

COMENTARIOS SOBRE LOS RESULTADOS

Cada una de las estimaciones tiene debilidades inherentes a la falta de información fehaciente, la que debe ser reemplazada. En el método residual, el factor más importante, la efectividad de uso de las mujeres argentinas, es un dato desconocido y debió reemplazarse por estadísticas provenientes de otros contextos que pueden no representar exactamente la realidad de nuestro país. El método basado en los egresos hospitalarios ha sido

^{***} Debido a que la fuente de información de algunos de los parámetros es la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, que cubrió solamente a esa población.

utilizado extensamente en la estimación del aborto inducido en países con algunas características similares a las de Argentina, incluso varios de América latina. Es sensible a la magnitud del multiplicador, el que depende

de estimaciones realizadas por informantes calificados. En este caso, la mayoría de los informantes son médicos, quienes tienden a sobreestimar las complicaciones asociadas a la práctica del aborto, y por lo tanto se estaría subestimando el multiplicador (Singh y Wulf, 1994). Si esto fuera así, el número de abortos sería aún mayor al estimado por este método y se acercaría algo más al resultante de la estimación realizada por el método residual (que es más alta pese a aplicarse solamente al 84 % de la población femenina).

Referencias

Bongaarts, J.: "A framework for the analysis of the proximate determinants of fertility", en *Population and Development Review*, vol. 4, N° 1, 1978, págs. 105-132.

Faúndes, A.: *Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología*, Santa Cruz, Bolivia, Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología – FLASOG, 2005.

Johnston, H. y Hill, K.: "Induced abortion in the developing world: indirect estimates", en *International Family Planning Perspectives*, vol. 22, N° 3, 1996, págs. 108-137.

Juárez, F.; Cabigon, J.; Singh, S. y Hussain, R.: "The incidence of induced abortion in the Philippines: Current level and recent trends", en *International Family Planning Perspectives*, vol. 31, N° 3, 2005, págs. 140-149.

OMS: *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*, Ginebra, OMS, 2005.

Singh, S. y Wulf, D.: "Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos", en *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial, 1994, págs. 3-13.

CENEP

Corrientes 2817, 7° A y B,
C1046AAS Buenos Aires, Argentina
Telefax: (54-11) 4961-0309
E-mail: cenep@cenep.org.ar
Web: www.cenep.org.ar

CEDES

Sánchez de Bustamante 27,
C1173AAA Buenos Aires, Argentina
Telefax: (54-11) 4865-1707/1704
E-mail: salud@cedes.org
Web: www.cedes.org
