

Aportes al debate sobre derechos sexuales y reproductivos

AMNISTÍA INTERNACIONAL

A faint, light-colored graphic on the right side of the page. It depicts a stylized human figure with a star on its head, possibly representing a person or a symbol of human rights. The figure is partially obscured by the text and the overall design.

LOS MÉTODOS DE ESTIMACIÓN DEL ABORTO INDUCIDO EN ARGENTINA: CÓMO SE LLEGÓ A LA CIFRA DE 450 MIL¹

I. EL ABORTO INDUCIDO. UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Desde un enfoque de derechos humanos, la información constituye un presupuesto de mínima para el diseño, planificación y ejecución de una política pública, y su posterior diagnóstico. Para que dicha información sea útil, debe ser completa, veraz y adecuada, y adoptarse mediante procesos de participación, transparencia y rendición de cuentas.

La importancia del acceso, la producción y el registro de información relativa al acceso a los abortos legales radica no solo en la necesidad de incrementar la visibilidad del aborto legal y seguro, mediante un registro de los casos; sino también en la de evaluar el diseño de políticas públicas en general y en materia de salud sexual y reproductiva y de garantizar el acceso al aborto legal; establecer un diagnóstico sobre la demanda potencial, real, y efectiva del aborto legal, así como también para, revisar y optimizar las medidas de estado adoptadas de manera de perfeccionar la provisión del servicio, para asignar el presupuesto necesario (recursos e insumos), para definir los criterios y desplegar esfuerzos adecuados para enfrentar barreras y obstrucciones en la prestación de servicios².

A la par, el cálculo de abortos inducidos también constituye un elemento central de política pública en materia de salud, pues pone de relieve la falencia del sistema de salud pública.

Investigaciones han demostrado que pese a la prohibición del aborto en las legislaciones locales, las mujeres y niñas continúan acudiendo a esta práctica. De hecho, la tasa de aborto en los países donde el procedimiento está mayormente restringido (en general, menos desarrollados) es similar a la registrada en países donde los criterios de la legislación son más amplios (en general, más desarrollados). Es posible concluir entonces que “[r]estringir el aborto por vía legal no garantiza una tasa de aborto baja; de igual manera, permitir el aborto bajo criterios amplios no se traduce en una tasa alta. El estatus legal, sí afecta, sin embargo la seguridad del aborto”³. A este respecto, la OMS ha dicho que cuanto más restrictiva es la legislación sobre el aborto, mayor es la probabilidad de que éste no sea seguro y cause la muerte⁴.

Según un informe de enero de 2012, aquellas regiones del mundo donde las leyes de acceso al aborto son restrictivas (29 y 32 abortos por cada 1000 mujeres, en África y América Latina respectivamente), existen tasas mayores de terminación de embarazos

¹ Amnistía Internacional agradece la colaboración de Tamar Finzi y Sonia Ariza.

² MESECVI, Guía práctica para el sistema de indicadores de progreso para la medición de la implementación de la Convención de Belém do Pará, OAS. Documentos oficiales ; OEA/Ser.L/II.6.15.

³ Instituto Guttmacher, “Aborto a nivel mundial: Una década de progreso desigual”, 2009, pág. 21

⁴ OMS, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems* (Ginebra, 2003), pág. 86. Ver también Relator ONU sobre Derechos a la Salud, párr. 25, en donde se indica que dado que las restricciones jurídicas influyen considerablemente en las condiciones en que se practica un aborto, es probable que en los regímenes más restrictivos se produzcan más abortos en condiciones peligrosas.

que en las regiones donde su acceso no se criminaliza (12 por cada 1000 mujeres en Europa Occidental)⁵.

II. ¿CÓMO MEDIMOS LOS ABORTOS INDUCIDOS? UNA CIFRA DIFÍCIL DE ESTIMAR

Hoy, diversas metodologías desarrolladas por científicos sociales y demógrafos, en particular, permiten estimar las cifras del aborto inducido en una comunidad⁶. Los métodos disponibles se basan o combinan información resultante de encuestas a proveedores de abortos, estadísticas sobre complicaciones del aborto, datos sobre mortalidad, encuestas de población, estudios prospectivos, informes anónimos de terceras personas, y estimaciones de expertos, entre otros.

Las metodologías y los tipos de datos que pueden emplearse para realizar una estimación varían según el contexto de datos disponibles y el marco de legalidad del aborto en el que se realiza el estudio.

En el caso argentino, la estimación de las cifras de aborto inducido no es una tarea sencilla, puesto que históricamente ha sido atravesada por una situación de temor que por parte de los proveedores y la población, en general, para responder preguntas sobre una práctica erróneamente considerada ilegal.

La última medición disponible sobre el tema surge del trabajo de investigación realizado por las demógrafas Edith Alejandra Pantelides y Silvia Mario⁷ a pedido del Ministerio de Salud de la Nación. En su estudio, las investigadoras aplicaron dos metodologías conocidas como el **método residual** y el **método por egresos hospitalarios**.

Estas dos metodologías fueron elegidas por sobre otras en función del contexto frente a la situación de prohibición del aborto que imperaba en 2005 en nuestro país. Otras opciones, por ejemplo, basadas en encuestas de proveedores, encuestas poblacionales o estudios prospectivos hubieran resultado claramente inadecuados, como consecuencia del temor que podían tener los proveedores y la población, en general, para responder preguntas sobre una práctica considerada ilegal. Las metodologías testeadas por Pantelides y Mario se basan, en cambio, en datos secundarios y entrevistas en profundidad con proveedores de salud y actores vinculados con la salud sexual y reproductiva⁸.

⇒ Método basado en las estadísticas de egresos hospitalarios⁹

⁵Instituto Guttmacher, “Hechos sobre el aborto inducido en el mundo”, 2012

⁶ Aborto inducido es el aborto causado de forma voluntaria, ya sea por la mujer gestante o por otra persona. Se contrapone al aborto espontáneo que es el que sucede sin la intervención de una persona y se produce por causas naturales. Para más información ver: World Health Organization. (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra.

⁷ Pantelides, M. E. y Mario, S. (2005) *“Morbilidad materna severa en la Argentina Estimación de la magnitud del aborto inducido”*, Resumen ejecutivo CENEP y CEDES. Pantelides, M. E. y Mario, S. (2009) *“Estimación del Aborto Inducido en Argentina”*, Notas de población N°87, Santiago de Chile. El estudio se basa en datos recopilados en 2005 en el marco de un proyecto de investigación subsidiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica del Ministerio de Salud de la Nación

⁸ Así lo explican Pantelides y Mario en sus investigaciones, y lo reconfirmó esta última en nuestra entrevista.

⁹ Método propuesto por Singh y Wulf. Singh S y Wulf D, Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos, *International, Family Planning Perspectives*, 1994, 20(1):4–13.

Amnistía Internacional. Aportes al debate sobre derechos sexuales y reproductivos

Esta metodología considera como datos básicos, en primer lugar, los egresos hospitalarios por aborto¹⁰ que surgen del registro de los hospitales públicos y que dan cuenta del motivo por el cual una mujer puede haber estado internada por un mínimo de 24 horas en un servicio, su edad y sexo.

En segundo lugar, se aplica una encuesta de percepción a proveedores de servicios de salud reproductiva y otro tipo de actores que participen en las prácticas de abortos inducidos (enfermeras, obstétricas, acompañantes, etc.) con la finalidad de obtener información cualitativa que permita determinar de forma aproximada, cuál puede ser el número de abortos que quedan afuera de la cifra de abortos complicados -es decir, aquellos que requirieron internación y por ello están incluidos en la estadística sanitaria de “egresos hospitalarios por aborto”-.

La medición se construye a partir de la percepción de los proveedores de salud sobre los abortos que probablemente resultarían en hospitalizaciones, la probabilidad de complicaciones asociada a cada método, y la probabilidad de que las mujeres sean hospitalizadas por una complicación.

No se trata de una cifra exacta, ya que, como se explicó, esta es imposible de reconstruir en condiciones de ilegalidad. Sin embargo, se obtiene un rango acotado dentro del que se encuentra muy probablemente la cifra precisa de los abortos voluntarios.

Debilidades de este modelo:

- ✓ sólo incluye cifras de la internación de mujeres que recurren al subsector público de salud, dejando afuera las internaciones que tienen lugar en los demás subsectores del sistema de salud argentino (i.e. las empresas de medicina prepaga y las obras sociales).
- ✓ no incluye a los abortos que no requirieron hospitalización y que, por lo tanto, no quedaron registrados en las estadísticas hospitalarias por egreso.
- ✓ No quedan registrados los casos de aborto tratados en forma ambulatoria.
- ✓ falta de uniformidad en la aplicación de los criterios de clasificación de información de abortos por los operadores de salud.
- ✓ Las cifras de internación pueden también resultar incompletas (por ejemplo cuando los profesionales registran la atención de complicaciones del aborto bajo categorías diferentes, tales como la hemorragia, sepsis, y otras para omitir referir particularmente el aborto). Estas prácticas podían ser más frecuentes cuando se entendía que el aborto estaba totalmente penalizado, como sucedía en 2005 cuando se recopilaron los datos del estudio que comentamos.
- ✓ Si se tratara de actualizar la aplicación de este método, algunas de las restricciones mencionadas sobre los datos recopilados para 2005 podrían incluso complicarse aún más teniendo en cuenta que en los últimos años, y en especial desde el fallo F., A.L. emitido en 2012 por la Corte Suprema, se entiende que el aborto es legal cuando se lo realiza para evitar un peligro para la vida o la salud de la mujer o en caso de violación.

¹⁰ Este método también prevé como fuente de medición las muertes maternas por abortos, pero las investigadoras prefirieron utilizar los egresos hospitalarios por abortos debido a que se encuentran mejor registrados.

Amnistía Internacional. Aportes al debate sobre derechos sexuales y reproductivos

- ✓ Finalmente, la mayor cantidad de críticas sobre este método de estimación del aborto inseguro han sido formuladas en torno al uso del multiplicador, que depende de las opiniones y percepciones de quienes están trabajando vinculados a la práctica del aborto

Sin embargo, la experiencia de quienes trabajan con las mujeres que requieren atención por abortos, cuando solicitan la práctica de abortos legales o se atienden por complicaciones de abortos complicados dice mucho de la problemática en Argentina.

⇒ EL MÉTODO RESIDUAL

Este segundo método empleado en la investigación de Pantelides y Mario se construye a partir del modelo desarrollado por Bongaarts en 1982¹¹ que relaciona la fecundidad real con una fecundidad máxima teórica; la prevalencia de uniones; el uso de métodos anticonceptivos; la cantidad de abortos; y el índice de infertilidad posparto. El método toma todos estos datos para determinar el número de abortos voluntarios a partir de la cifra faltante entre los nacimientos teóricos esperados y los nacimientos reales en un determinado territorio. El método se explica por una serie de determinantes que actúan reduciendo un nivel máximo de fecundidad potencial medido en un tiempo y contexto determinado.

Debilidades del método residual

- ✓ Los datos de la encuesta que se tomaron para medir la tasa de abortos con el método residual eran datos que surgían de una encuesta urbana, es decir, que no capturaban datos sobre el comportamiento de la población rural. Por lo tanto, el dato generado estaría dando cuenta sólo de un subgrupo de la población: el urbano.
- ✓ la medición de la insusceptibilidad post-parto que se estima a través de un proxy que es la duración de la lactancia. Para que la lactancia proteja a la exposición del embarazo tiene que ser exclusiva y los datos sobre lactancia no permiten discernir si la lactancia es exclusiva o no. Entonces, el dato surge de una inferencia de duración promedio de la lactancia que puede no ser exclusiva, y en ese caso, dejaría de ser un factor de protección del embarazo con más frecuencia.
- ✓ Cada método anticonceptivo que las mujeres declararon utilizar se pondera por lo que sería su efectividad de uso, esas efectividades de uso se calculan utilizando datos que se vinculan con la observación de parejas sexualmente activas durante un período determinado, y se ve qué cantidades de embarazos se producen. En la Argentina estos tipos de estudios no se realizan y para subsanar esta ausencia el cálculo se basó en la efectividad del uso de métodos anticonceptivos que se calcula para los Estados Unidos. La dificultad es que el uso de los anticonceptivos no es consistente y probablemente el número de la efectividad en Argentina sea menor que la de los Estados Unidos.

¹¹ Bongaarts, J. (1982). The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables. *Studies in Family Planning* 13(6/7): 178-189.

III. LOS DATOS QUE SURGEN DE LA APLICACIÓN DE AMBOS MÉTODOS

Al aplicar las dos metodologías descriptas más arriba, Pantelides y Mario encuentran:

(a) *El aborto inducido en la Argentina según el método por egresos hospitalario:*

Para este método, el multiplicador estimado fue igual a 6,8. Este dato multiplicado por los 65.735 egresos hospitalarios registrados para 2000, arrojó un resultado de 446.998 abortos inducidos totales para ese año¹².

Sobre este cálculo es importante aclarar que la información de egresos hospitalarios fue tomada para 2000 y las encuestas a los actores clave para producir el multiplicador fueron realizadas en 2005.

(b) *El aborto inducido en la Argentina según el método residual:*

La estimación del número anual de abortos inducidos e indicadores relacionados para la Argentina, 2004-2005 correspondiente a la población femenina residente en localidades de 5.000 habitantes o más:

	Tasa de aborto TAa	Tasa general de aborto por cada 1.000 mujeres de 15 a 49 año	Nro. 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

Elaboración: CEDES/CENEP en Morbilidad materna severa en la Argentina Estimación de la magnitud del aborto inducido, 2005.

IV. CONCLUSIONES

Los dos métodos descriptos para la estimación del aborto inducido **no arriban a datos exactos** pero ofrecían *órdenes de magnitud* para informar el debate sobre la práctica del aborto en 2005. Además, aunque estamos ante métodos que no son comparables entre sí, son útiles para observar, metafóricamente, lo que puede iluminar “*el foco de una linterna, a cuyo alrededor podría haber más o menos abortos inducidos*”, según lo ha identificado Silvia Mario. Para la investigadora, el dato puede ser interpretado como un *iceberg*, del cual no se sabe si “*se está viendo una punta o por ahí se está viendo entero*” (Silvia Mario, en entrevista).

Por otro lado, según aclaran los estudios disponibles, la falta de datos precisos y confiables sobre las internaciones hospitalarias y los indicadores de fertilidad y reproducción, pueden impactar de forma negativa en la estimación de los abortos por cualquiera de los métodos mencionados. Tal como hemos visto, en el método residual la tasa de fecundidad potencial y la información sobre la efectividad de uso de anticonceptivos son datos desconocidos en la Argentina y deben reemplazarse por

¹² Morbilidad materna severa en la Argentina Estimación de la magnitud del aborto inducido, Documentos CEDES/CENEP, 2005.

estadísticas de otros contextos, que generalmente no se condicen con la realidad del país. De otro lado, la complejidad del método por egresos hospitalarios reside fundamentalmente en el cálculo del multiplicador que emplea. Sin embargo, su principal fuente de información son los registros concretos de egresos hospitalarios y esto se percibe como un atributo positivo y robusto del método. En este sentido se obtiene un cálculo de mínima que da cuenta de una cantidad certera de abortos que se complicaron en un sector determinado.

Hoy en la Argentina sería posible y deseable volver a contar con una estimación de abortos inducidos a través del método residual. Para ese cálculo estaría hoy disponible como insumo la “Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva” realizada en 2013. Sin embargo, la comparabilidad de nuevos datos con los estimados en 2005 podría generar dudas, debido a que, según la información disponible, el uso de métodos anticonceptivos se modificó altamente respecto de 2005. Mientras en ese momento el método más usado era el preservativo, la información actual revela que el método preferido es la píldora y que la proporción de mujeres que usa métodos anticonceptivos no aumentó tanto respecto de 2005. Este último dato también llama la atención debido a que se presume que en la última década se ha extendido el acceso a los métodos anticonceptivos.

Referencias bibliográficas

Bongaarts, J. (1982). The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables. *Studies in Family Planning* 13(6/7): 178-189.

Pantelides, M. E. y Mario, S. (2005) “*Morbilidad materna severa en la Argentina Estimación de la magnitud del aborto inducido*”, Resumen ejecutivo CENEP y CEDES.

Pantelides, M. E. y Mario, S. (2009) “*Estimación del Aborto Inducido en Argentina*”, Notas de población N°87, Santiago de Chile.

Rossier, C. (2003) “Estimating induced abortion rates: a review.” *Studies in Family Planning*, Vol. 34, Nro. 2.

Singh S y Wulf D, Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos, *International, Family Planning Perspectives*, 1994, 20(1):4-13.