

Morbilidad materna severa en la Argentina

Prevención y calidad de la atención para reducir la incidencia y las consecuencias adversas del aborto

ANTECEDENTES

El Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga, estableció a 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 para reducir la incidencia y las consecuencias adversas del aborto.

Esta investigación se propuso 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 internacional y nacional, y la experiencia del CEDES y el CENEP en investigación en salud.

ESTIMACIÓN DEL ABORTO INDUCIDO*

El propósito de esta investigación es estimar la magnitud del aborto inducido en la Argentina. Dada la ilegalidad del aborto y la inexistencia de un registro de abortos que no solamente recoja el número de éstos sino que distinga cabalmente entre los espontáneos y los provocados es imposible ofrecer una cifra exacta. Se pretende lograr la mejor estimación posible en base a 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 es el caso de Argentina. Se trata del método propuesto por Singh y Wulf (1994) y del método residual.

* Este módulo estuvo a cargo de Silvia Mario (Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA) y Edith Alejandra Pantelides (Centro de Estudios de Población- CENEP). 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 sobre 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 probabilidad 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 postparto (los cuatro determinantes próximos más importantes). Las variables consideradas en el modelo pueden construirse a partir de datos provenientes de estadísticas vitales, censos y de encuestas. En el caso argentino se utilizarán datos de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2004/2005), junto a los datos sobre fecundidad provenientes de las estadísticas vitales y proyecciones de población.

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. Un examen de las estadísticas de egresos hospitalarios por aborto de la Argentina llevó a la conclusión de que su calidad es aceptable y no amerita ajustes por mala clasificación. En particular, se estima que los abortos espontáneos no están sobre- registrados por inclusión de abortos inducidos, ya que representan una proporción muy baja del total de abortos (10,5%).

El multiplicador necesario para determinar el número total de abortos inducidos se basa en la media ponderada de todos los abortos que probablemente resultarían en hospitalizaciones, lo que depende de la proporción de mujeres que recurren a cada proveedor de abortos (médicos, obstétricas, proveedores informales, autoinducción), la probabilidad de complicaciones relacionada con cada tipo de proveedor y la probabilidad de que sean hospitalizadas por una complicación. Estos datos provienen de la encuesta a informantes clave.

El multiplicador estimado fue igual a 7, el que multiplicado por los 65.735 egresos hospitalarios por complicaciones de aborto resulta en 460.145 abortos inducidos totales en el año 2000. Este número debería tomarse como un orden de magnitud y no como una cifra exacta. Es posible que esta cifra no haya 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 y otros, 2005) coinciden con nuestros informantes en que en etapas iniciales

de su uso, como es 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.

Considerando la cifra de 460.145 abortos inducidos totales en el año 2000, la razón abortos/nacimientos es de 0,66 (abortos por cada nacimiento) y la tasa de aborto inducido es de 50,4 abortos por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años*.

Estimación del aborto inducido en la Argentina para los años 2004-2005 por medio del método residual

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 activas); la utilización de métodos anticonceptivos; el aborto y la infertilidad post parto debida a la lactancia (o la abstinencia).

Dependiendo de: a) si se toma como indicador de la duración de la lactancia la media o la mediana de dicha duración y b) el grado de efectividad de uso de anticonceptivos, se obtienen cuatro estimaciones del número de abortos inducidos para el año 2004, los que se muestran en el cuadro siguiente.

Razón abortos inducidos/nacimientos y tasa de abortos inducidos
(por 1000 mujeres de 15-19 años). Argentina, 2004

	Nº de abortos inducidos anuales	Razón aborto inducidos/nacimientos	Tasa de abortos inducidos (por 1000 mujeres de 15-49 años)
Alternativa 1	566.891	0,77	58,5
Alternativa 2	594.820	0,81	61,4
Alternativa 3	314.357	0,43	32,5
Alternativa 4	335.344	0,46	34,6

Alternativa 1: promedio de duración de la lactancia y valores de efectividad de uso de anticonceptivos correspondientes a países en desarrollo

Alternativa 2: mediana de duración de la lactancia y valores de efectividad de uso de anticonceptivos correspondientes a países en desarrollo

Alternativa 3: promedio de duración de la lactancia y valores de efectividad de uso de anticonceptivos correspondientes a países desarrollados (Estados Unidos).

Alternativa 4: mediana de duración de la lactancia y valores de efectividad de uso de anticonceptivos correspondientes a países desarrollados (Estados Unidos)[†]

* Fuente de los nacimientos: Ministerio de Salud, Dirección de Estadísticas de Salud, Serie 5, *Estadísticas Vitales*, correspondientes al año 2000. Fuente de la población de mujeres: INDEC, Proyecciones y estimaciones de población, www.indec.mecon.gov.ar, levantado el 20 de septiembre de 2006.

Las diferentes estimaciones del número de abortos inducidos se traducen en las estimaciones de la razón abortos inducidos/nacimientos y en la tasa de aborto inducido por cada 1000 mujeres de 15 a 49 años que se muestran en el cuadro anterior.

Comentarios sobre los resultados

El método residual aplicado a la estimación del aborto inducido en la Argentina resulta en un volumen que oscila entre aproximadamente 314.000 y 595.000 abortos anuales para 2004-2005, según se utilice la media o la mediana de duración de la lactancia y un valor de efectividad del uso de anticonceptivos mayor o menor. Es este último factor el que mayor diferencia establece en los resultados. El cálculo por el método basado en las estadísticas de egresos hospitalarios por complicaciones de aborto produce un valor intermedio de alrededor de 460.000 abortos anuales para el año 2000, casi exactamente el promedio entre los valores extremos obtenidos por el método residual. Como ya se comentara, se estima que los 4 años de distancia entre una y otra estimación no impiden compararlas, ya que los fenómenos poblacionales cambian lentamente[†].

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, que es un dato desconocido y debe reemplazarse por estadísticas provenientes de otros contextos que, si bien son de fuentes confiables, pueden no representar la realidad de nuestro país. Sin embargo, al haber utilizado dos alternativas de efectividad de uso distantes entre sí (una propia de un país desarrollado con larga tradición de uso de anticonceptivos y otra propia de países en desarrollo con experiencias más cortas y poblaciones menos entrenadas en el uso), podemos tener confianza en que el número de abortos de la Argentina se encuentra dentro de los límites extremos de las estimaciones. La confianza se acentúa al advertir que la estimación realizada por el método de los egresos hospitalarios se sitúa en un valor promedio respecto a las obtenidas por el método residual. Este último método ha sido utilizado extensamente en la estimación del aborto inducido en países con algunas características similares a las de Argentina, incluso varios de América latina.

La convergencia en los valores de estimaciones hechas por métodos diferentes es un criterio aceptado de robustez de la estimación. También lo es el tomar valores intermedios cuando se realiza un rango de estimaciones. En nuestro caso, las estimaciones convergerían en un valor de 460.000 abortos inducidos anuales, estimado por el método de los egresos hospitalarios por complicaciones de aborto y refrendado por ser el valor promedio del rango estimado por el método residual.

[†] Los valores de efectividad de uso de anticonceptivos correspondientes a países en desarrollo son de Johnston, H. y Hill, K. (1996). Los correspondientes a países desarrollados son de OMS.

[‡] Para dar un ejemplo, entre 2000 y 2004 sólo hubo un aumento del 5% en el total de nacimientos.

Referencias

- Bongaarts, J. (1978). A framework for the analysis of the proximate determinants of fertility. En: *Population and Development Review* 4 (1): 105-132.
- Faúndes, A. (2005). *Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología*. Santa Cruz, Bolivia, Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología – FLASOG.
- Johnston, H. y Hill, K. (1996). Induced abortion in the developing world: indirect estimates. En: *International Family Planning Perspectives* 22(3): 108-137.
- Juárez, F., Cabigon, J., Singh, S. y Hussain, R (2005). The incidence of induced abortion in the Philippines: Current level and recent trends. En: *International Family Planning Perspectives*, 31 (3): 140-149.
- Singh, S. y Wulf, D. (1994). Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos. En: *International Family Planning Perspectives*, Número Especial: 3, 13.

CENEP

Corrientes 2817, 7° A y B, (1193)
Buenos Aires, Argentina
Te/fax: (54-11) 4961-0309
Correo electrónico: cenep@cenep.org.ar
Web: www.cenep.org.ar

CEDES

Sánchez de Bustamante 27, (1173)
Buenos Aires, Argentina
Te/fax: (54-11) 4865-1707/1704
Correo electrónico: salud@cedes.org
Web: www.cedes.org