



PRIMER INFORME DE LA SERIE SOBRE SALUD Y GÉNERO

Aborto inseguro: un problema urgente de salud pública

En Argentina hay más de un aborto cada dos nacimientos, según estimaciones de 2005. La muerte por aborto inseguro representa la principal causa de muerte materna directa, que tras un descenso del 64% desde 1990, continúa siendo elevada a pesar de contar con la interrupción legal del embarazo por causales desde 1921. La experiencia en países desarrollados indica que la legalización del aborto reduce las muertes maternas al mismo tiempo que reduce las tasas de abortos inducidos.

En este primer informe de una serie que abordará temas vinculados a salud, género y diversidad sexual, intentaremos reflejar la información disponible respecto a las muertes por aborto en nuestro país como un aporte más al trabajo realizado por numerosos colectivos de personas de distintos ámbitos de pertenencia y formación a favor de la despenalización y legalización del aborto. Estos colectivos han avanzado en la producción de conocimiento y de distintas estrategias para visibilizar las consecuencias que generan, en la salud y en la vida, los abortos inseguros.

La reducción de la mortalidad materna debe ser una prioridad en la agenda de salud del Estado. La mortalidad materna y de personas gestantes es un problema importante de salud pública en el mundo. En cada muerte definida como materna coinciden el efecto de los determinantes sociales de la salud (como la pobreza y el género) y la vulneración en el acceso a derechos sexuales y reproductivos. En el escenario actual subsisten importantes inequidades en salud, tanto entre los países como al interior de ellos.

En Argentina, el 59% de los embarazos registrados por el Sistema de Información Perinatal en el quinquenio 2010-2014 son

embarazos no planificados, de los cuales un 77,3% corresponde a personas que no se encontraban utilizando un método anti-conceptivo¹, dato que refleja el limitado acceso a servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva y que aún persiste.

Situación del aborto en Argentina

En Argentina, desde 1921, el aborto está tipificado por el Código Penal como un delito contra la vida y las personas, sancionado con reclusión o prisión para quien lo efectúa y para la mujer² que se causara o consintiera esa práctica. El artículo 86 reconoce determinadas excepciones en las que el aborto, practicado por un médico diplomado y con el consentimiento de la mujer, no es punible: si el aborto “se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios”, y “si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para realizar el aborto”.

El 13 de marzo de 2012, la Corte Suprema Argentina se pronunció en la sentencia conocida como

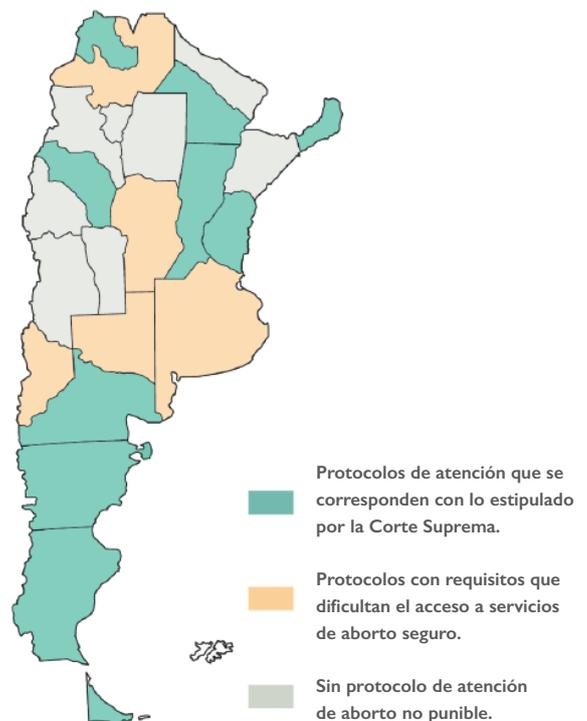
“fallo FAL” reafirmando que el aborto en caso de violación es un derecho. La sentencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación establece que: no es obligatoria una denuncia previa por violación; deben eliminarse las barreras institucionales y burocráticas; los servicios públicos de salud están obligados a realizar los abortos no punibles; las autoridades de salud deben capacitar a funcionarios y efectores de salud de manera acorde a este fallo; debe darse difusión pública sobre los derechos que asisten a las víctimas de violación; debe asistirse a mujeres víctimas de violencia. Con el fin de terminar con la práctica de judicializar, entorpecer y/o demorar el derecho al acceso al aborto no punible, el Tribunal estableció el alcance de los permisos y **reafirmó el derecho de las mujeres a interrumpir sus embarazos en todas las circunstancias permitidas por la ley, cuando su vida o su salud estén en peligro** o cuando el embarazo sea producto de una violación sexual.

En el mes de junio de 2015, el Ministerio de Salud de Nación publicó en su página web un nuevo “Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo”³ que actualiza la información médica, bioética y legal contenida en la Guía Técnica del 2010. Establece que **“es de aplicación obligatoria en todo el territorio argentino y debe ser puesto en práctica por todas las instituciones sanitarias tanto públicas como privadas”**. Sin embargo, su aplicación es muy heterogénea en todo el país. Solo 10 de las 24 jurisdicciones poseen protocolos de atención de abortos no punibles que se corresponden con los lineamientos fijados por la Corte Suprema⁴. Es decir que **más de la mitad de las jurisdicciones del país aún no cuenta con una normativa**

que asegure, de modo efectivo, el acceso a un aborto seguro de acuerdo a lo que establece el Código Penal desde 1921.

Durante los últimos treinta años, las complicaciones derivadas de abortos practicados en condiciones de riesgo han sido la primera causa directa de mortalidad definida como materna y han representado un tercio del total de esas muertes. Esto muestra que a pesar de existir cambios en la interpretación del marco jurídico, a favor del derecho de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar, aún existen obstáculos en el acceso a la interrupción legal del embarazo.

Gráfico 1. Mapa de jurisdicciones argentinas con y sin protocolo de atención de abortos no punibles.



FUENTE: Elaboración propia a partir del informe elaborado por las organizaciones de la sociedad civil en 2017 para presentar ante el Comité contra la Tortura.⁵



La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto inseguro como un procedimiento para terminar un embarazo efectuado por personas que no cuenten con las habilidades necesarias o en condiciones carentes de los estándares médicos mínimos, o ambas (OMS, 2012). De acuerdo con la evidencia científica disponible, el uso de determinados medicamentos y procedimientos como la aspiración manual endouterina (AMEU) son prácticas seguras y eficaces para la interrupción del embarazo. Sin embargo, la penalización del aborto, lejos de disminuir la incidencia de la práctica, impide el acceso a procedimientos seguros, con lo cual se generan riesgos para la vida y la salud de las mujeres. Otro de los efectos de la penalización es la validación de un mercado clandestino que moviliza alrededor de mil millones de pesos al año por abortos⁶.

La OMS ha declarado como medicamentos esenciales a la mifepristona y el misoprostol: son los medicamentos recomendados para la práctica de abortos seguros⁷. Sin embargo, la mifepristona no se encuentra disponible para su comercialización en el país y el misoprostol es producido y comercializado por un único laboratorio (Laboratorios Beta, de capital nacional) en combinación con diclofenac sódico, bajo el nombre de Oxaprost. El Oxaprost se encuentra aprobado por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) para usos gástricos exclusivamente, no reconociendo sus usos obstétricos y previendo modalidades de expendio sumamente restrictivas, que dificultan su acceso. El laboratorio, que goza del monopolio de producción y comercialización, abusa de su posición dominante e impone precios exorbitantes. Asimismo, el misoprostol no se encuentra incluido en el Programa Médico Obligatorio que deben cubrir las obras sociales y pres-

tadoras privadas. La falta de políticas públicas destinadas a asegurar la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos es otra de las restricciones que existe para el ejercicio del derecho al aborto, en los casos contemplados como legales por la legislación nacional.

Noventa países registraron el misoprostol para al menos uno de sus usos obstétricos y muchos también la mifepristona (Estados Unidos, Canadá, países de Europa, Uruguay, México y Colombia). El uso de misoprostol mejoró la gestión del aborto por parte de las mujeres, aunque la limitación en su oferta creó un mercado clandestino que implica nuevos riesgos y nuevas barreras.

Algunos datos epidemiológicos de nuestro país

En Argentina la mortalidad definida como materna constituye un importante problema sanitario, tanto en lo referente a las causas como a los distintos factores que influyen en la misma: la asistencia sanitaria a las mujeres en situación de embarazo, parto, aborto y puerperio, el saneamiento, la nutrición y las condiciones socioeconómicas generales. La tasa o razón de mortalidad materna refleja el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio. Se define como muerte materna a la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de su duración, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por la gestación misma o a su proceso de atención. Las causas de las muertes maternas pueden dividirse en:

- **Causas obstétricas directas:** Son las que resultan de complicaciones del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamientos incorrec-

Gráfico 2. Razón de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos. Argentina. 1980-2015.



FUENTE: Elaboración Fundación Soberanía Sanitaria a partir de datos de la DEIS - Ministerio de Salud de la Nación.

tos, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias anteriores. Dentro de esta categoría, la mayor proporción se debe a complicaciones de abortos inseguros, seguidos de sepsis y otras infecciones generalizadas, trastornos hipertensivos y hemorragias ante o postparto.

- **Causas obstétricas indirectas:** Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. En esta categoría se incluyen VIH, enfermedades del sistema circulatorio, respiratorio, digestivo y otras.

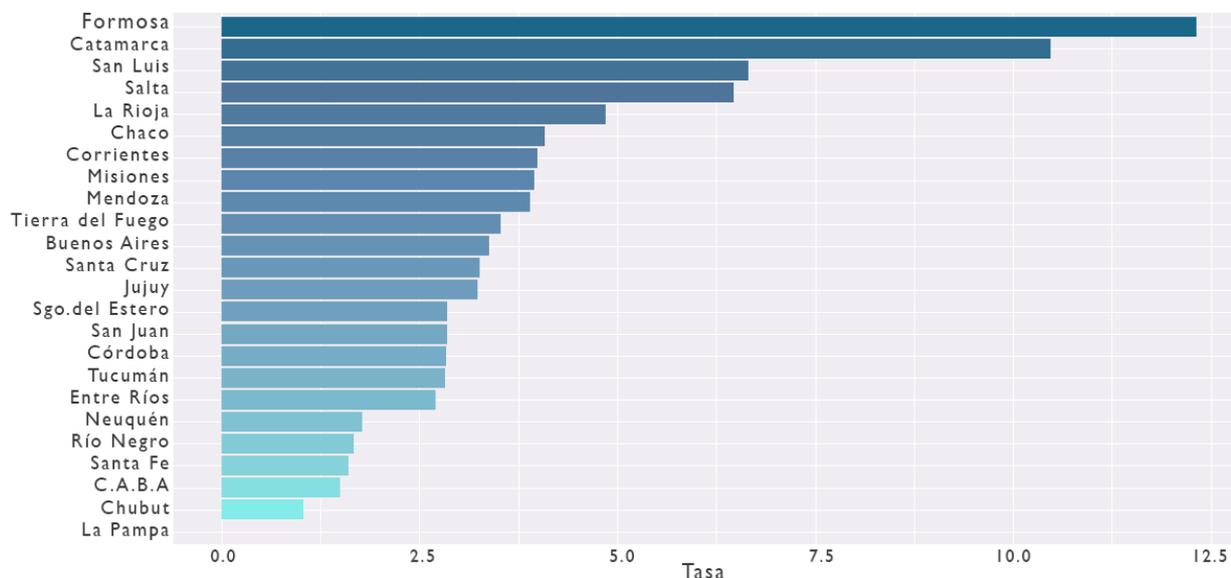
Como se puede observar en el gráfico N°2, desde el año 1980 se observa una tendencia decreciente en la razón de mortalidad materna, que parece estancarse desde principios de la década de 1990 hasta la actualidad. En los últimos veinte años se observan oscilaciones que van desde 5,5 a 3,2 muertes mater-

nas por cada 10.000 nacidos vivos. Si se compara la Razón de Mortalidad Materna del año 1980 con la del 2012, se observa un descenso del 50% de la tasa (de 7‰ a 3,5‰), sin embargo, el descenso no fue constante durante todo el período. En el año 2009 se hace evidente un incremento en la razón de mortalidad materna, a expensas principalmente de la pandemia de gripe A H1N1. A partir del año 2010, la tasa vuelve a valores similares a los años previos, alcanzando en 2013 el valor más bajo del período luego de un descenso sostenido desde el año 2009.

Para el año 2016 las jurisdicciones que presentaron las mayores tasas son Formosa y Catamarca, con valores que superan las 10 muertes maternas cada 10.000 nacidos vivos; junto con San Luis y Salta con valores que superan las 6 muertes maternas.

El análisis de las causas de mortalidad materna en el período 1990 a 2016 muestra que las causas obstétricas directas son de manera sostenida responsables de más de la mitad de las muertes.

Gráfico 3. Razón de mortalidad materna cada 10.000 nacidos vivos según jurisdicción de residencia de la madre. Argentina. 2016.



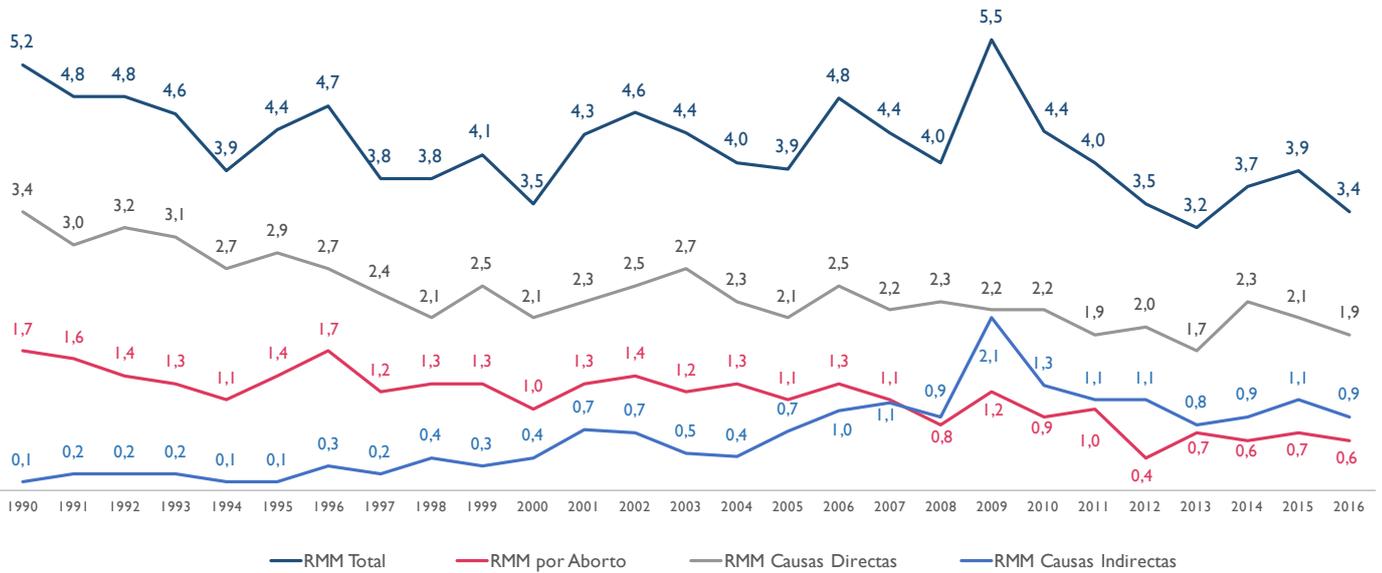
FUENTE: DEIS - Ministerio de Salud de la Nación.

Respecto de las defunciones maternas por complicaciones del aborto, se observa un descenso del 64% en el período evaluado. El registro más bajo corresponde al año 2012 (33 defunciones por esta causa). Este descenso podría estar relacionado con la difusión y extensión del uso de misoprostol a través de organizaciones y redes de mujeres y socorristas, y el aumento en el número de consejerías, en especial a partir del fallo de la Corte Suprema. Sin embargo, se observa a partir de 2012 un amesetamiento de dicho descenso con escasa variación interanual. Asimismo, se observa una disminución del 44% en las defunciones maternas de causas obstétricas directas (entre las que presentan mayores descensos se encuentran las hemorragias anteparto y postparto). El descenso de las muertes por aborto y causas directas se acompaña de un aumento de las muertes maternas por causas indirectas del 89%. A partir del año 2007 las causas indirectas superan las muertes causadas por aborto.

De acuerdo a las estadísticas vitales publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación, en el año 2016 se produjeron 245 muertes maternas en nuestro país de las cuales un 17,5% se asocian a complicaciones de aborto; un 55% fueron producidas por otras causas obstétricas directas, y por último, un 27% se debieron a causas indirectas, principalmente relacionadas con problemas respiratorios y del sistema circulatorio. El 12,6% ocurrió en mujeres menores de 19 años.

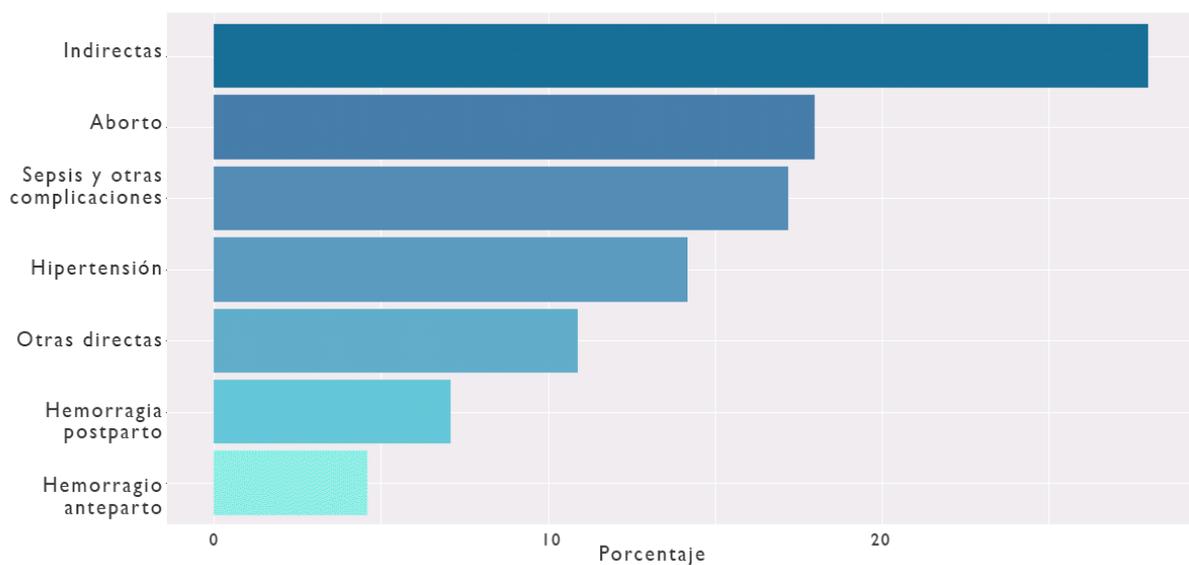
En este escenario, y después de casi veinte años de implementación de políticas públicas de salud sexual y reproductiva, la principal causa directa de muerte, de las mujeres que cursan un embarazo hoy, es un aborto inseguro, y si se agrega la proporción de mujeres que mueren por continuar con un embarazo que complica alguna enfermedad que padecían aun antes de embarazarse (causas obstétricas indirectas), vemos que en 2016 un **44% de las muertes en personas gestantes podrían**

Gráfico 4. Razón de mortalidad materna total y por grupo de causas (aborto, directas e indirectas) cada 10.000 nacidos vivos. Argentina. 1990-2016.



FUENTE: Elaboración Fundación Soberanía Sanitaria a partir de datos de la DEIS - Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 5. Distribución porcentual de las muertes maternas según grupos de causas. Argentina. 2016



FUENTE: DEIS - Ministerio de Salud de la Nación.



haber sido reducidas garantizando el acceso a una interrupción del embarazo legal, segura y gratuita. Las muertes maternas por causas obstétricas indirectas representan un cuarto de las muertes maternas totales. Esto sugiere, entre otras cosas, que posiblemente muchas mujeres, varones trans y otras personas gestantes no accedieron a la información, a la oportunidad o a la decisión de interrumpir su embarazo no planificado basados en la causal salud de acuerdo al marco normativo actual.

Las muertes relacionadas con el aborto son solo la punta de un iceberg. Los abortos inseguros provocan con frecuencia otras complicaciones inmediatas, como hemorragias, infecciones, lesiones traumáticas o, a largo plazo, como la pérdida de la fertilidad por la necesidad de extirpación de los órganos reproductivos. Todo ello asociado por supuesto con las consecuencias psicológicas y sociales que trae aparejada la imposibilidad de contar con el acceso a un método seguro para la interrupción del embarazo y el acompañamiento por parte del sistema de salud. Las consecuencias de la penalización del aborto se reflejan en abortos inseguros clandestinos, que generan daños a la salud y muertes evitables.

Estimación de abortos inducidos

El sistema de registro oficial nacional no da cuenta de todos los abortos legales que se producen hoy en el país, ni aquellos que se practican en forma clandestina.

Existen varias metodologías para estimar el aborto inducido en un determinado territorio. En el 2005, Edith Pantelides y Silvia Mario publicaron una investigación financiada por el Ministerio de Salud de la Nación, coordinada por CEDES y CONICET-CENEP.⁸ Las investigadoras aplicaron dos

métodos para estimar los abortos inducidos, aquellos que se adaptan mejor cuando la práctica se realiza en forma ilegal. El método basado en egresos hospitalarios⁹ arrojó para el año 2000 dos valores estimados: **446.998** y **371.965**. Estos valores no son cifras exactas, son estimaciones estadísticas, pero resultan datos muy importantes ya que reflejan la magnitud del aborto en Argentina.

Como resultado del método residual¹⁰ las investigadoras arribaron a otras dos estimaciones del número anual de abortos en población de localidades de 5.000 habitantes y más, durante los años 2004 y 2005. La cantidad estimada de abortos inducidos por año fue de **485.974** para una alternativa metodológica y ascendió a **522.216** abortos inducidos anualmente para otra.

La importancia de este estudio, que se encuentra en línea con otros antecedentes nacionales, radica en mostrar que la práctica del aborto no es una práctica excepcional, sino ampliamente extendida. **Según sus resultados, la magnitud del aborto inducido en Argentina se encuentra entre 371.000 y 522.000 abortos anuales.**

Situación del aborto en otros países

Las muertes relacionadas con el aborto afectan de manera preponderante a los países en desarrollo porque la mayoría de las intervenciones son ilegales y, por lo tanto, inseguras en contraste con la mayor seguridad con que se efectúan los abortos en los países desarrollados.

El riesgo asociado a la decisión de interrumpir un embarazo no deseado para una mujer de Nigeria o Bolivia es entre 100 y 1000 veces más grande que para una mujer que toma la misma decisión



en Canadá. La misma desigualdad se presenta en las mujeres en situación de vulnerabilidad. Las mujeres con recursos económicos suficientes tienen acceso a un aborto seguro en la mayoría de las sociedades en las que la intervención está limitada por ley, mientras sean capaces de pagarla. Mientras **quienes cuentan con menos ingresos, deben utilizar los servicios clandestinos** no profesionales que someten a las mujeres a métodos peligrosos y antihigiénicos con consecuencias catastróficas para su salud.

A partir de las experiencias en otros países podemos observar que las consecuencias del aborto, para la sociedad en su conjunto, dependen del marco legal y del acceso efectivo a un aborto seguro. En términos generales, la mortalidad relacionada con el aborto es más alta en los países donde hay restricciones legales y los servicios de salud reproductiva son ineficientes o inexistentes. En contraste, en un país donde el aborto es legal y los servicios son adecuados, ninguna mujer que decida abortar pone en riesgo su salud.¹¹ De acuerdo a la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) cada año más de 5 millones de mujeres en el mundo son ingresadas en hospitales por complicaciones asociadas con abortos inseguros y se estima una pérdida de años de vida productiva debida a aborto inseguro de 2.1 millones.

Otro hecho comprobado en la experiencia de múltiples países es que **la criminalización del aborto solo aumenta las tasas de mortalidad y morbilidad (enfermedad, complicaciones) sin reducir la incidencia de abortos inducidos**. En Rumania, se puede observar el efecto tanto del acceso al aborto seguro como de su prohibición. En ese país la mortalidad materna relacio-

nada con el aborto era de 15/100.000 nacidos vivos hasta 1965, cuando la legislación sobre aborto se tornó muy restrictiva. Mientras la mortalidad no relacionada con el aborto siguió disminuyendo a lo largo de los siguientes veinte años, la mortalidad asociada al aborto aumentó alrededor de 8 veces. La mortalidad disminuyó drásticamente cuando se removieron las barreras de acceso al aborto voluntario a partir de 1990. Otro ejemplo similar es Portugal que pasó de 14 muertes asociadas al aborto durante un período de siete años (2001-2007) a una sola en los seis años posteriores a la legalización (2008-2013).¹²

Las tasas más bajas de aborto se observan en países donde las leyes sobre el aborto son ampliamente permisivas y el acceso a un aborto seguro es fácil, como en los países de Europa occidental; por ejemplo, Países Bajos, Bélgica, Alemania y Suiza, donde las tasas de aborto en 2008 oscilaron entre 7-9 por cada 1000 mujeres de 15 a 44 años. Los países donde el aborto es altamente restringido tienen tasas de aborto de tres a cinco veces más altas. Por ejemplo, la tasa de aborto fue de 29 en Pakistán, 27 en Filipinas y 46 por cada 1000 mujeres en edad reproductiva en Kenia. Estos resultados confirman la ineficacia de criminalizar el aborto como un mecanismo para reducir su número.

En América Latina y el Caribe las mujeres y toda persona con capacidad de gestar siguen experimentando barreras para la realización del aborto, dado que, en la gran mayoría de los países de la región, el aborto sigue siendo considerado como un delito en los códigos penales. Uruguay desarrolló hace más de diez años un modelo que incluye a las personas que cursan un embarazo no deseado en

el sistema de salud, lo cual condujo a sustanciales avances en las políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva, repercutió en la disminución de la mortalidad materna y, probablemente también, en la disminución del número de abortos.

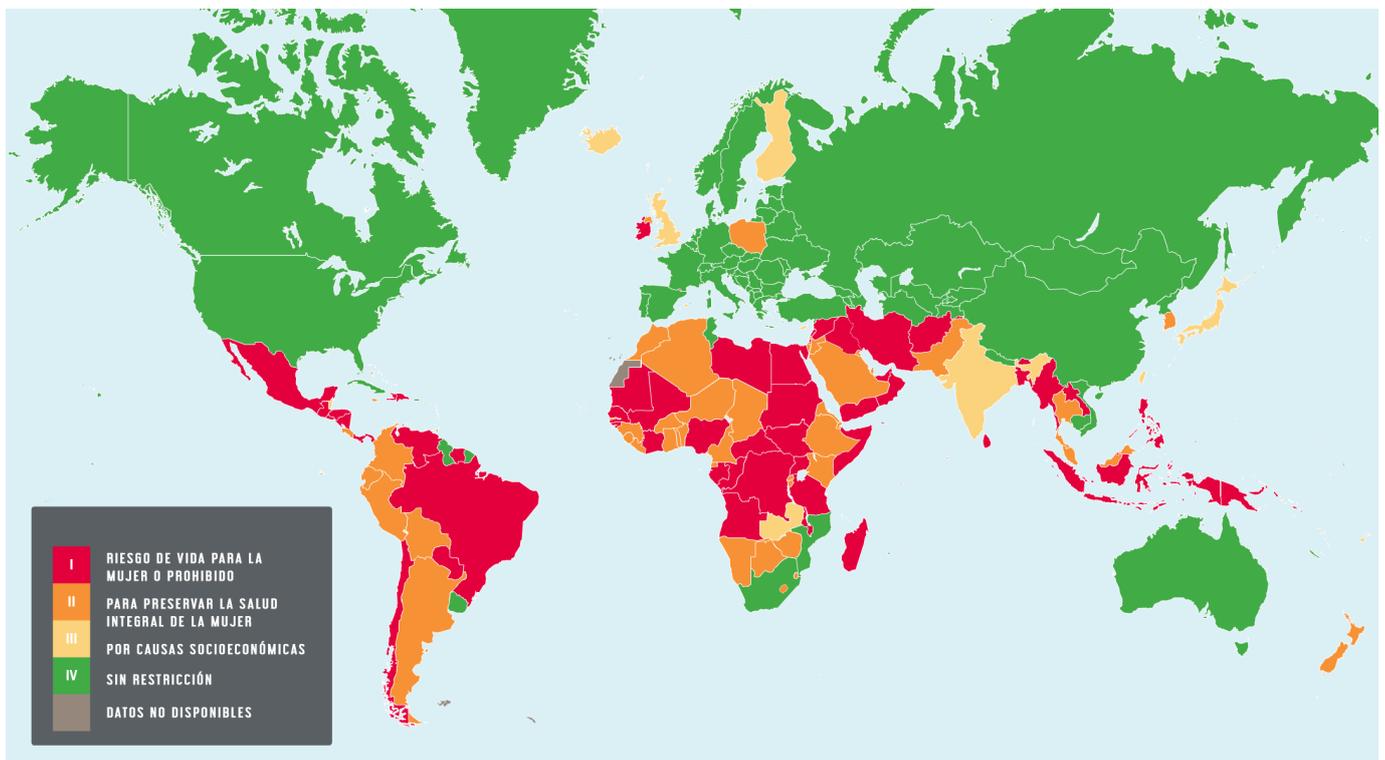
Cuando el aborto es legal y accesible dentro del sistema de salud, existe una motivación para evitar la repetición del aborto, mejorando la consejería postaborto y la provisión de métodos anticonceptivos, lo que conlleva una incidencia reducida de repetición de aborto. Como el aborto repetido constituye al menos 40% o más de todos los abortos inducidos, su reducción puede explicar al menos parcialmente una caída en la tasa total de aborto. **La despenalización no aumenta automáticamente las tasas de aborto, que es**

la razón a menudo argumentada para oponerse a la despenalización, y además reduce la frecuencia del aborto y facilita las oportunidades para su prevención.

Conclusiones

Toda persona que curse un embarazo no planificado, y desee interrumpirlo, acudirá a un aborto independientemente del marco legal que exista. En los países donde el aborto está penalizado, la persona gestante arriesga su vida y su salud acudiendo a servicios clandestinos. La consecuencia más dramática de los abortos inseguros es, sin duda, que numerosas personas pagan con su propia vida su intento de terminar un embarazo no planificado, debido a las condiciones de inseguridad en que se llevan a cabo esas intervenciones. El drama vivido

Gráfico 6. Mapa de la legalización del aborto en el mundo. 2018.



FUENTE: Center of reproductive rights. The World's abortion laws.



por esas personas y sus familias queda oculto debajo de las estadísticas.

En nuestro país el aborto continúa siendo un delito aunque con excepciones que no resultan suficientes para disminuir la incidencia de abortos inseguros que ocasionan un tercio de las muertes maternas. Asimismo, la experiencia en otros países nos demuestra que la despenalización del aborto no pronostica un número mayor de abortos. Donde las leyes son restrictivas, la mayoría de los abortos son inseguros. Los países donde el aborto está totalmente penalizado, o solo permitido por riesgo para la vida, las tasas de abortos inseguros son mayores a las de los países con leyes más permisivas. Por

otro lado, es importante señalar que la criminalización del aborto también atenta contra la calidad de atención de profesionales que son perseguidos por su práctica.

La única forma de disminuir la tasa de abortos inseguros, y sus consecuencias, es a través de fortalecer y mejorar los programas de educación sexual integral, garantizar el acceso a métodos anticonceptivos de manera oportuna y gratuita, y brindar un marco legislativo que no criminalice el aborto y lo entienda como una herramienta efectiva para la reducción de los riesgos y daños que su práctica clandestina ocasiona a la salud y a la vida de las personas gestantes.

¹ Según datos del Segundo informe nacional de relevamiento epidemiológico SIP-Gestión 2017.

² Si bien el Código Penal habla de “mujer”, los varones trans y otras personas gestantes deciden abortar.

³ Disponible en http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf

⁴ Vale mencionar que el protocolo de la provincia de Salta es el que más se aleja de los estándares sentados por la Corte en el fallo “F.A.L.”.

⁵ Disponible en http://feim.org.ar/wp-content/uploads/2017/04/CAT2017_Informe_conjunto_Aborto_Argentina.pdf

⁶ Datos disponibles en <http://feim.org.ar/wp-content/uploads/2016/11/cedaw2016-aborto.pdf>

⁷ Cabe destacar que para la caracterización de los “medicamentos esenciales”, la OMS toma en cuenta su seguridad, eficacia y costo-eficacia comparativa.

⁸ Mario S. Pantelides E. Estimación de la magnitud del aborto inducido en Argentina. CEPAL [Internet]. 2005; Notas de población N°87: 95-120. Disponible en: <http://archivo.cepal.org/pdfs/NotasPoblacion/NP87Mario.pdf>

⁹ El método basado en egresos hospitalarios construye la estimación a través de la cantidad de egresos hospitalarios relacionados con aborto y una encuesta de opinión a proveedores de salud reproductiva, profesionales y otrxs informantes claves.

¹⁰ El método residual se construye bajo el supuesto de que los factores socioeconómicos, culturales y biológicos que influyen en la fecundidad representan un número de variables definidas, llamadas determinantes próximos de la fecundidad. Este modelo relaciona la fecundidad registrada con la fecundidad potencial, y ésta con el aborto inducido. Las variables consideradas se construyen con fuentes secundarias: estadísticas vitales, censos y otras encuestas nacionales como la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud realizada en los años 2004 y 2005.

¹¹ Faúndes A., Shah I. Evidence supporting broader access to safe legal abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2015. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2015.03.018/full>

¹² Bombas T. Impacto da despenalização do aborto a pedido da mulher em Portugal The impact of the new abortion law in Portugal. *Acta Obstet Ginecol Port*. 8 (2): 2014; 108–109