

# Epidemiología del Aborto y Síndrome Post Aborto

Vicente Paul Ramos Barrientos\*

## INTRODUCCIÓN

### Importancia de las cifras

La legalización del aborto resulta siendo un problema complejo, ya que tiene implicancias evidentemente legales, implicancias médico – científicas, epidemiológicas, sociales y sobre todo humanas. Como todo problema complejo, un aspecto del análisis del problema, es el análisis de las cifras. Las cifras reales, sirven para la interpretación de la realidad y para la toma de decisiones dirigidas al bien personal y al bien común.

Existen instituciones interesadas en la promoción del aborto como un derecho, partiendo entre otros fundamentos de los denominados “derechos sexuales y reproductivos”, que a su vez se fundan en la ideología o perspectiva de género. A quienes intentan respaldar una ideología sin sustento en la realidad solo les queda interpretar sesgadamente las cifras o generar cifras que justifiquen la ideología.

En la promoción del aborto como un derecho, existen ambos problemas: Uso malintencionado de las cifras de muerte materna o la creación de cifras sobre embarazos no deseados, abortos inseguros, aborto seguro, entre otras definiciones.

Las cifras relacionadas a la muerte materna y el aborto pueden encontrarse en Estadísticas vitales o registro civil, en las que cada nacimiento es registrado, cada muerte es registrada. Es un registro continuo, y lamentablemente no existe este tipo de registro en el Perú. Algunos países que si cuentan con éste tipo de estadísticas son Estados Unidos y Chile. Con lo que se cuenta en el Perú son las ENDES (Encuestas Demográficas y de Salud

Familiar). En éstas el registro de estadísticas vitales o registros civiles es incompleto, y para obtener cifras que describan la realidad, se toman muestras estadísticamente representativas y se hacen las estimaciones.<sup>1</sup>

Un ejemplo del análisis crítico de las cifras fue el descrito por el Dr. Bernard Nathanson. Él fue un ginecólogo norteamericano, que realizó 75,000 abortos. Se convirtió al catolicismo, se bautizó y se hizo provida. Murió a principios del 2011. Como promotor del aborto, participó en la creación de estrategias en para despenalizar el aborto (qué el y su grupo usaron en los 70 y les resultó), las cuales describió en su libro autobiográfico “La mano de Dios”. Éstas fueron:

1. Ganar medios de comunicación y difundir mentiras, exagerando cifras de abortos y muertes maternas.
2. Agredir a la Iglesia Católica, tratándola de retrógrada, y que era sólo la jerarquía la que se oponía.
3. Negar que la vida comenzaba con la concepción. En ésta parte de la descripción de la estrategia, el Dr. Nathanson plantea el siguiente diálogo “Ud. podría preguntar: ¿Entonces, por qué algunos doctores, conocedores de la fetología, se desacreditan practicando abortos? Cuestión de aritmética: a 300 dólares cada uno, un millón quinientos cincuenta mil (1.550.000) abortos en los Estados Unidos, implican una industria que produce 500 millones de dólares anualmente, de los cuales, la mayor parte van a los bolsillos de los doctores que practican el aborto”.<sup>2</sup>

\* Especialista en Ginecología y Obstetricia, Especialista en Bioética. Clínica Santa Isabel. Lima - Perú. [ramosvasquez@speedy.com.pe](mailto:ramosvasquez@speedy.com.pe)

1 Maternal mortality in 2005 : estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank.

2 Nathanson B. La Mano de Dios. Ediciones Palabra.1997.

## Tesis

Vamos a analizar una serie de cifras sobre el aborto, publicada en los Estados Unidos, donde el aborto es legal, y veremos si es que dichas cifras sostienen que el aborto es un procedimiento que beneficia al bien común o es más bien una actividad sobre la cual hay intereses creados económicos, ideológicos u otros.

### Revisión de Estadísticas desde la información de parte del Guttmacher Institute (GI) - Agosto 2011.<sup>3</sup>

El Guttmacher Institute (GI en adelante) se autodenomina como una organización sin fines de lucro, dedicada a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos a través de la investigación, análisis político y educación pública. Considera el aborto a libre demanda parte de los derechos sexuales y reproductivos.

Para ésta institución, la primera división estadística es separar embarazos deseados y no deseados (Figura 1). En relación a éste punto de partida, creemos que la categoría deseado o no deseado no puede ser aplicado a los seres, sino sólo a las cosas. Su aceptamos la idea de que existe el embarazo no deseado, aceptaremos entonces que un embarazo puede ser enfocado desde una perspectiva utilitarista.

Partiendo del supuesto que la categoría “embarazo no deseado” fuese válida, descubrimos que este dato se obtiene por medio de la pregunta “¿Quería usted tener este embarazo?”. Según la ocasión y los factores que acompañan la pregunta, la respuesta será totalmente subjetiva. ¿Qué vida humana puede considerarse no deseada? ¿Un embarazo en una mujer que no quiere tener más hijos? ¿Un embarazo en una mujer joven que está en la universidad?

¿Y qué pasa si el embarazo no es deseado?

Para la última pregunta, el GI responde con la figura 2: Desenlace de los Embarazos No Deseados, que estimaron en aproximadamente 3.2 Millones en 2006. El 43% de los embarazos no deseados culminan en aborto y 57% continúan hasta el parto. Para los promotores de los derechos sexuales y reproductivos, “Si no es deseado, terminará en aborto; si quieres evitar el aborto, evita el embarazo no deseado”. Para los que proponemos el derecho a la vida como absoluto e inalienable “Aunque no sea deseado, es mas probable que el niño llegue a nacer y no tiene por qué ser abortado”.

La figura 3, Evolución del Aborto en el tiempo, nos grafica de manera elocuente el efecto de la legalización del aborto. Antes del año 1970, habían menos de 200,000 abortos al año en EE.UU. Entre los años 70 y 73, luego de la liberalización del aborto en 13 estados, las cifras de aborto empezaron a incrementarse hasta llegar a 800,000 abortos por año, a partir del año 73, luego del juicio Roe vs. Wade, el aborto se ubicó en más de un millón de abortos por año.

La figura 4, Edad Gestacional del aborto, no permite apreciar que en los EE UU se practican abortos en cualquier momento del embarazo. Inclusive en bebés que salen de la definición clásica de aborto. Aproximadamente ocurren al año 14.000 abortos de más de 21 semanas. Entre ellos los casos de “partial birth abortion (aborto por nacimiento parcial)”.<sup>4</sup> Es importante mencionar que desde que el concebido tiene 6 semanas puede ser visto vivo en una ecografía, y a medida que continúa su desarrollo, se puede apreciar por medio de la ecografía cada vez más estructuras que permiten su identificación como existencia de un ser humano.

<sup>3</sup> [www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org)

<sup>4</sup> El término partialbirthabortion designa una técnica de aborto utilizada durante los últimos meses de embarazo, con la que se practica un parto vaginal parcial del feto vivo, seguido de una aspiración del contenido cerebral de éste, antes de completar el alumbramiento.

Históricamente, los abortos se han realizado de manera quirúrgica. Sin embargo, según el documento “Opciones para la introducción del aborto con medicamentos en Brasil, Colombia, México y Perú”. 2007 GynuityHealthProjects<sup>5</sup>, la opción del aborto con medicamentos en Latinoamérica ofrece muchas ventajas, y tiene pocas desventajas comparado con el aborto quirúrgico. Está propuesto como una opción para difundir el aborto provocado aún en países donde el aborto es ilegal (Figuras 5 y 6).

La experiencia en EE UU, según las cifras actuales, es que el Aborto Temprano Medicamentoso es el 17% (199,000) de todos los abortos no hospitalarios, un incremento del 6% en relación al 2001. La mitad de proveedores de aborto ofrecen este servicio, comparado con el 33% en el 2001.<sup>6</sup>

Según las experiencias recogidas por GynuityHealthProjects, existen 3 esquemas posibles para el aborto con medicamentos, siendo la menos costosa el uso del misoprostol sólo. Sobre el misoprostol queremos manifestar que es un producto que ingresa a los mercados como protector de mucosa gástrica. Seguidamente se difunden sus «bondades» en gineco obstetricia y se comercializa sobre todo a profesionales relacionados a obstetricia (médicos y obstetricas).

Paralelamente se realiza presión para despenalizar o legalizar el aborto (terapéutico, eugenésico, sentimental). En vista que existe una voluntad de promover su difusión, creemos conveniente alertar para evitar la obtención del Registro Sanitario para usos en gineco obstetricia, y alertar también que la difusión de las “bondades” del misoprostol en obstetricia está directamente relacionado con la

estrategia de aborto por medicamentos y la despenalización y legalización del aborto a demanda. Por ejemplo, en el Perú, éste producto ya tiene registro sanitario. Sería ideal retirar la autorización sanitaria o de lo contrario restringir sus usos o indicaciones. En países donde ya existe registro sanitario, se debería incorporar una advertencia sobre la implicancia legal del uso por su carácter abortivo, incorporarlo en el registro de medicamentos controlados, fiscalizar venta con receta médica y restringir su uso para que éste sea sólo hospitalario.

De manera reiterativa, se dice que existen abortos seguros y abortos inseguros. Se le atribuye la condición de seguros a aquellos abortos considerados legales e inseguros a aquellos hechos clandestinamente, en lugares donde el aborto es ilegal. Además se dice que hay más abortos seguros en países desarrollados y más abortos inseguros en países en vías de desarrollo, deslizando la idea que al aborto legal y seguro está asociado al desarrollo (Figura 7). Pero ... ¿Existe el aborto seguro? El aborto provocado puede hacerse de manera quirúrgica o de manera médica. En ambos casos, existe la posibilidad de eventos adversos. En la figura 8, podemos observar que desde el año 1972 al 2002, se han presentado casos de muertes maternas asociadas al aborto provocado en los Estados Unidos. Según el detalle de las muertes por edad gestacional, mientras más temprano se realiza el aborto, menor la proporción de muertes. No se presentan los casos de complicaciones no fatales, pero de hecho también han estado presentes en alta proporción.<sup>7</sup> Entre las causas asociadas a la muerte por aborto, se encuentran infección, hemorragia, embolismo, anestesia y otras (Figura 9).<sup>8</sup>

5 [http://gynuity.org/downloads/wp\\_ma\\_lac\\_sp.pdf](http://gynuity.org/downloads/wp_ma_lac_sp.pdf)

6 Mifepristone, una droga antiprogesterona, abortiva, fue aprobada por la FDA para ser usada en el aborto temprano medicamentoso en setiembre 2010.

7 Grimes DA et al., Unsafe abortion: the preventable pandemic, *Lancet*. 2006 Nov 25;368(9550):1908-19; and Bartlett LA et al., Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States, *Obstetrics & Gynecology*, 2004, 103(4):729-737.

8 Bartlett LA et al., Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States, *Obstetrics & Gynecology*, 2004, 103(4):729-737.

Queremos llamar la atención a las complicaciones no físicas relacionadas al aborto. Nos referiremos a 2 artículos para demostrar ésta afirmación. Los autores Dingle K, Alati R, Clavarino A y otros (2008) en su artículo “Pérdida del embarazo y trastornos psiquiátricos en mujeres jóvenes: un estudio analítico de nacimientos realizado en Australia”, publicado en la Revista Británica de Psiquiatría 193:455-460, reportan que las mujeres con un historial de aborto tenían casi el doble de riesgo de sufrir depresión por 12 meses, comparadas con mujeres que no reportaron un aborto. También encontraron relación el haber tenido un aborto con el riesgo casi tres veces mayor de experimentar trastornos debidos al uso ilícito de drogas (no incluyendo la mariguana) y dos veces mayor tener trastornos debidos al uso del alcohol. Estos resultados fueron calculados después que se instituyeron controles para factores maternos y familiares, problemas de conducta preexistentes, mal uso de sustancias nocivas y características demográficas. En otro artículo, de Willy Pedersen; “Aborto y Depresión: Un estudio longitudinal de población en mujeres jóvenes” publicado en la Revista Escandinava de Salud Pública, volumen 36, 2008. Páginas 424-428, estudio que involucró a 768 mujeres entre las edades de 15 y 27 años, se encontró que las mujeres que habían tenido un aborto resultaron ser: 2.9 veces más propensas a tener una fuerte depresión; 2.8 veces más propensas a tener problemas de alcoholismo; 4.6 veces más propensas a usar mariguana; 5.0 veces más propensas a ser dependientes de la nicotina y 7.7 más propensas a utilizar otras drogas ilegales. Por lo tanto, no se puede hablar de aborto seguro.

El aborto es un problema que afecta principalmente a mujeres pobres, jóvenes, solas y que suelen reincidir (Figuras 10 – 13). Frente a ésta realidad, no se trata de facilitar el aborto como camino de solución, sino resolver el problema de fondo, con solidaridad. Se tienen experiencias exitosas de

iniciativas de acogida a mujeres que desean abortar, que han proseguido con su embarazo luego de encontrar ayuda concreta frente al embarazo inesperado.

Los mayores proveedores de aborto en los EE UU son instituciones privadas (Figura 14). Teniendo en cuenta que en la actualidad se realizan 1'000,000 de abortos al año, y que el costo promedio de cada procedimiento es de 350 dólares, estamos hablando de una actividad económica de 350 millones de dólares al año (Figura 15). Sin embargo, el GI afirma que hay una progresión a la disminución de proveedores y se lo atribuyen a la violencia y acoso de los activistas contra el aborto, aunado a la marginalización y estigma social de los proveedores, aislamiento profesional y la presión de sus colegas, envejecimiento de los proveedores, incentivos económicos inadecuados y falta de oportunidad para el entrenamiento para realizar abortos. „ Considero que teniendo en cuenta la vocación de servicio de los profesionales de la salud, y la relación de éste trabajo con la muerte de seres no nacidos, no es que sean excluidos, sino que ellos se excluyen a sí mismos.

Debemos tener en cuenta que, dada la magnitud de ingresos que se generan, un objetivo de la despenalización y legalización del aborto puede corresponder a la conformación de clínicas abortistas. La postura anti aborto es fundamental.

En un inicio habíamos afirmado que nuestro país vecino, Chile, cuenta con estadísticas vitales que nos pueden ayudar a estructurar una conclusión en este ensayo. En dicho país, la legislación en relación al aborto, fue haciéndose cada vez más restrictiva, hasta llegar a penalizar todo tipo de aborto, en el año 1989. Como se puede ver en la figura 16, su Razón de Muerte Materna ha ido disminuyendo progresivamente. Según el análisis cruzado con variables socio demográficas, del análisis realizado por investigadores de la Universidad de Chile, llega

a encontrar asociación entre incremento del grado de instrucción y reducción de la muerte materna.

Además, en la experiencia peruana, el incremento de la cobertura de parto institucional y la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud son intervenciones clave para la reducción de la muerte materna. Es decir, con compromiso y recursos lograremos los Objetivos del Milenio, sin necesidad de aborto despenalizado y legal.

Luego de una extensa descripción de estadísticas internacionales, llegamos al Perú. En vista de que el aborto provocado es ilegal en el Perú, no se sabe cuántos abortos provocados se realizan realmente. En el año 2006 fue publicado el Informe “El Aborto Clandestino en el Perú” escrito por Delicia Ferrando (Figura 17). Según éste informe, se afirma que en el Perú se producen 360,000 abortos clandestinos al año. Esta cifra resulta siendo muy alta (1000 abortos diarios). Al analizar la publicación, encontramos que surge de 3 supuestos: el primer supuesto es que se puede calcular el número de abortos clandestinos, partiendo del número de abortos incompletos que llegan a los hospitales. El segundo supuesto es que por cada aborto incompleto que llega a un establecimiento de salud, según una encuesta realizada, existen 7 casos que no llegan a los establecimientos de salud. El tercer supuesto es que el 85% de los casos de aborto incompletos son abortos provocados (Figuras 18 y 19). No se sabe cuántos de los abortos incompletos que llegan a un establecimiento de salud han sido provocados, pero de hecho la cifra no puede ser 85%. Según el MINSA en el año 2010 hubo 402,493 nacimientos y se sabe que entre las mujeres que saben que están en embarazo, la tasa de aborto espontáneo es alrededor del 15 al 20%. Eso significa que al año deben haber 100,000 abortos espontáneos, por lo tanto la mayor cantidad de abortos que llegan a los hospitales deben ser los

espontáneos. En consecuencia, podemos afirmar que los supuestos del informe de Ferrando no son ciertos y que la cifra de 360,000 abortos clandestinos al año tampoco puede ser considerada cierta.

Se proponen cifras altas, se habla de aborto inseguro, para decir que el aborto inseguro es causa de muertes maternas. Sin embargo, indistinto del número de abortos, se sabe que muertes por “aborto inseguro”, no pasa de 5% en el Perú, según el MINSA (Figura 20). Según esta misma figura, la proporción de muertes por aborto ha venido decreciendo progresivamente.

Lo que ha ido aumentando es la proporción de muertes indirectas y se menciona que son muertes que se pueden reducir con aborto terapéutico pero lamentablemente no existe el detalle específico de los casos clínicos y menos aún se tiene el conocimiento de la Auditoría de dichos casos, como para proyectar medidas preventivas o terapéuticas. Si consideramos interrumpir un embarazo cuando la gestación pudiese agravar una patología de base materna, la muerte del embrión sería directamente causada, ya que la acción busca la muerte de él como medio para la mejoría del pronóstico materno. Si en cambio la decisión de interrumpir un embarazo se toma en el momento que un médico ha hecho todos sus esfuerzos para mantener una gestación, llegando a una razonable convicción que la continuación del embarazo conducirá a la muerte de sus dos pacientes y que la única posibilidad de que sobrevivan ambos o por lo menos uno de ellos es interrumpiéndolo y que además toma todas las providencias del caso para asegurar una proporcionada atención a ambos, si se produce la muerte del feto, sin duda que ésta es indirecta.

“La paciente no se cura porque el embrión o feto muere, sino que el embrión o feto muere al curar el médico la enfermedad”.

## CONCLUSIONES

Las cifras revisadas, tanto nacionales como internacionales, nos llevan a concluir que no existe aborto seguro, que las cifras de aborto clandestino no se pueden determinar con confiabilidad, pero que suelen estar sobre estimadas. También podemos afirmar que el aborto no es una las causas más frecuentes causa de muerte materna como se quiere hacer creer, y que es posible reducir la proporción de muertes maternas sin despenalización o legalización del aborto. El aborto no responde al bien común, sino a intereses económicos e ideológicos.

Una reflexión final. Falta cuantificar algunos aspectos relacionados al aborto como el efecto sobre los que realizan el aborto, el dolor por la muerte del hijo, el dolor de los abuelos, o estimar que se perdió por una vida truncada.