

LA PRACTICA DEL ABORTO EN ARGENTINA

ACTUALIZACION DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS

ESTIMACION DE LA MAGNITUD DEL PROBLEMA

**Lic. Luis María Aller Atucha
Lic. Jorge Pailles**

Buenos Aires, septiembre 1996

INDICE

| | | |
|-----------------|---|----|
| | INTRODUCCION | 3 |
| | PROPOSITO DEL TRABAJO | 4 |
| 1. | METODOLOGIA | 5 |
| 2. | ABORTO: Análisis conceptual y situación legal | 11 |
| 3. | SITUACION DE LA PLANIFICACION FAMILIAR EN ARGENTINA | 15 |
| 4. | ESTUDIOS SOBRE ABORTO EN ARGENTINA: antecedentes latinoamericanos | 21 |
| 5. | MAGNITUD DEL PROBLEMA: el aborto en cifras | 25 |
| 6. | CONSECUENCIAS DEL ABORTO EN LA SALUD | 29 |
| 7. | IMPACTO ECONOMICO | 34 |
| 8. | SOLUCIONES PROPUESTAS ANTE EL ABORTO | 39 |
| 9. | PROSPECTIVA | 44 |
| ANEXO 1. | RECOMENDACIONES PARA LA DIVULGACION | 48 |
| ANEXO 2. | PROFESIONALES ENTREVISTADOS | 50 |
| ANEXO 3. | BIBLIOGRAFIA CONSULTADA | 52 |

INTRODUCCION

*El embarazo y el parto constituyen dos de los acontecimientos más felices que ocurren en la vida de las familias. Un embarazo planeado, que produce un niño deseado es un acontecimiento que alegra por igual a la familia y a sus amigos. Así se inicia el informe sobre “**Aborto clandestino: una realidad latinoamericana**”, realizado por The Alan Guttmacher Institute.*

No obstante advierte a continuación que “...suponer que todas las mujeres quedan embarazadas y dan a luz sólo cuando así lo desean sería una ilusión. Igualmente sería irresponsable desconocer la terrible disyuntiva que enfrentan muchas mujeres quienes, por numerosas y complejas razones, no pueden planificar sus embarazos y partos con la eficiencia que quisieran. **Un embarazo no planeado termina frecuentemente en un aborto inducido clandestino, sea o no permitido por la ley y se haya realizado o no en condiciones seguras**”.

Esta realidad descrita en el informe del Alan Guttmacher Institute se aplica también a Argentina, **donde la falta de una oferta sistemática y extensiva de programas de planificación familiar lleva a las mujeres a enfrentar un aborto**, que según Olivares “*es siempre la expresión del fracaso de una de la más trascendentes y asombrosas funciones del hombre*”.

El aborto constituye una clara señal de un fracaso social, el fracaso de millones de individuos para prevenir embarazos no deseados a través de la anticoncepción y el fracaso del gobierno para llenar las necesidades insatisfechas de planificación familiar.

Ese fracaso puede ser analizado desde diferentes perspectivas y es la misión del investigador conocer y reflejar la realidad de manera objetiva, para que a través del informe de sus hallazgos, **se generen los elementos necesarios que faciliten una toma de decisión efectiva** que conduzca a la resolución de los problemas detectados.

Toda investigación presenta un desafío, en este caso particular el desafío es mayor por las características del objeto de estudio: **el aborto, que está cargado, como se sabe, de un fuerte componente ideológico y emocional.**

PROPOSITO DEL TRABAJO

Numerosos han sido los esfuerzos en América Latina y nuestro país para comprender y cuantificar la magnitud del problema; esfuerzos que se encuentran dispersos y sin la sistematización necesaria que permita la toma de decisión fundamentada en razones objetivas.

Con el objetivo de llenar este vacío el presente estudio se propone:

- Recopilar los trabajos e investigaciones realizadas en los últimos 30 años en Argentina.
- Recopilar trabajos e investigaciones a nivel latinoamericano, con o sin mención expresa de Argentina, que no obstante aporten contenidos y metodologías utilizadas, que permitan comprender mejor la situación de nuestro país.
- Sistematizar y analizar comparativamente los hallazgos y hacer los comentarios al respecto.
- Recabar la percepción que tienen los Jefes de Servicios y Jefes de Cátedras Universitarias de Ginecología y Obstetricia de diferentes puntos del país sobre la magnitud y significación del problema.
- Cuantificar el problema determinando:
 - ◇ Prevalencia de aborto (número estimado)
 - ◇ Volumen del gasto público destinado a la atención de estos casos
- Hacer recomendaciones para la divulgación de la información:
 - A nivel académico
 - A nivel del cuerpo médico
 - A nivel de las autoridades sanitarias y ONG's
 - A nivel de la opinión pública

1. METODOLOGIA

Los problemas metodológicos que plantea el estudio del aborto, sea éste inducido o espontáneo, presentan diferentes grados de dificultad. En el caso del aborto espontáneo, la percepción tanto de la mujer como del médico tratante condicionan el registro. En el caso del aborto inducido, salvo en aquellos países en que es legal, **las presiones originadas por la penalización como por las sanciones sociales, se transforman en problemas metodológicos** de no siempre fácil resolución.

En cuanto a la estimación de la incidencia del aborto se pueden identificar tres grandes grupos de obstáculos metodológicos:

1. El referido a la **confiabilidad de los registros**, las estimaciones y las respuestas de las mujeres.
2. La **representatividad de las muestras** y la validez de los criterios de extrapolación.
3. La **validez y confiabilidad de las técnicas** y los instrumentos que se diseñan para recoger información y la participación del encuestador como una barrera más, vinculada al conocimiento de los aspectos íntimos del encuestado.

Otro de los obstáculos a tener en cuenta lo constituye la dificultad de realizar análisis comparativos entre países, y aún entre diferentes estudios de un mismo país, dada la variabilidad de la utilización de técnicas, muchas de ellas no compatibles metodológicamente.

La **falta de registros apropiados en los centros de salud y el subregistro que padece nuestro país**, constituye una de las mayores limitaciones para la cuantificación del problema. No obstante, no todos están de acuerdo en que la cuantificación exacta sea importante, sino que, tal como opina el Dr. Jorge Quiroga¹, lo *“significativo es aprobar una nueva legislación donde se encare seriamente el problema del aborto minimizando los riesgos de salud para la mujer”*.

Respecto a subregistros, el investigador J. Vinacur estima que *“en 1980 el subregistro de la mortalidad materna llegó al 40% en Capital Federal”*² y en un estudio realizado

¹ Dr. Jorge Quiroga, a cargo del Servicio de Obstetricia del Hospital Fernández de Capital Federal.

² “Mortalidad Materna en Areas Seleccionadas en 1985”, J. Vinacur y otros, Programa Nacional de Estadística de Salud- Ministerio de Salud y Acción Social, serie 8 No. 13, año 1993.

por el CLAP comprobaron la evidencia de un subregistro en la cobertura de abortos y mortalidad de tal magnitud que los investigadores aseveran que “*el documento de estadística básica del Sistema Informático Perinatal carece de valor*”³

El subregistro observado en temas no conflictivos ni penados como lo son la mortalidad materna o infantil, se agrava de manera significativa en el caso de los abortos inducidos.

Al respecto la Organización Mundial de la Salud señala que “*en muy pocos países se ha intentado llevar un registro de los abortos y en ninguno se ha logrado establecer este registro como un elemento regular de las estadísticas demográficas. Este fracaso obedece a varias razones, entre ellas se destacan que muchos abortos ocurridos precozmente pasan inadvertidos o no exigen intervención de tipo médico; la declaración del aborto no ofrece ninguna de las ventajas económicas sociales o políticas que puede proporcionar más tarde el registro de un nacido vivo y en consecuencia la familia no tiene ningún interés por hacerla. Finalmente los abortos ilegales realizados por médicos suelen pasar inadvertidos ya que no se complican*”.⁴

Argentina no es una excepción a esta realidad.

A pesar de la falta de registros y de los problemas del subregistro de los servicios hospitalarios oficiales, mediante estudios realizados en los mismos con muestras no aleatorias y no representativas, se pretende extrapolar los hallazgos al total de la población Argentina. **Para realizar un estudio a nivel nacional estadísticamente válido, se necesitaría calcular una muestra representativa del universo de todas las mujeres en edad fértil de todo el país, tarea que por sus altos costos y dificultades logísticas en campo, se hace casi imposible de realizar.** Tal como afirma Axel Mundigo “*las encuestas masivas sobre el aborto han sido relativamente pocas; de los estudios pioneros llevados a cabo en Chile (Armijo-Monreal 1965) al estudio en Colombia (Samudio 1993) ha habido una gran falta de esfuerzos en este campo*”⁵.

No es difícil entonces afirmar que las **tasas de abortos estimadas** a partir de la realidad hospitalaria **no reflejen la magnitud del problema** a nivel global. Para la Dra. Gladis Ponte⁶ es evidente la subestimación que se hace del aborto en Argentina. En estudios recientemente realizados en el Hospital Rawson de Córdoba se ha podido comprobar un

³ “Sistema Informático Perinatal: Experiencia de tres años de uso en los Hospitales Municipales de la Ciudad de Buenos Aires”, Dr. Oscar M. García y colaboradores, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), 1988.

⁴ “Aborto espontáneo y provocado”, Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos No. 461, año 1970.

⁵ “Hacia la construcción de una agenda de investigación: El reto del aborto inducido en América Latina”, Axel Mundigo, Universidad Externado de Colombia, Centro de Investigaciones sobre dinámica social, Colombia 1994.

⁶ Dra. Gladis Ponte, Directora del Hospital Rawson de Córdoba.

aumento de los casos de internación por infección por aborto que son atendidos en ese Hospital. Al respecto profundizaremos más adelante.

Por otro lado, la calidad de los datos obtenidos, basados en la exactitud, fidelidad, integridad y consistencia interna de los cuestionarios, influyen significativamente en la validez de las contestaciones. En el caso del **aborto la “sinceridad” de la respondente está fuertemente influenciada por la sanción social hacia un hecho reprobado**. Al respecto de esto Gaslonde dice que *“la macro-situación, esto es la “circunstancia” orteguiana, juega un importante papel en el comportamiento de la entrevistada, que recibe la influencia y presión del medio circundante. Su actitud (suma de creencias, supersticiones, tabúes, tradiciones) está fuertemente influida por la escala de valores imperantes”*.⁷

Esto tal es así que la terminología popular, en casi todas las culturas, ha creado palabras alternativas para verbalizar el aborto. En nuestro país es más fácil hablar de “pérdida” que de aborto, como en Francia es más sencillo decir “fausse couche” en lugar de avortement o entre los de habla inglesa decir “miscarriage” y no abortion.

A la **dificultad de obtener datos confiables con la representatividad, veracidad y mantenimiento de la confidencialidad** de quienes los aportan, se suma la casi **imposibilidad de obtener información de parte de los “operadores”**, es decir, aquellas personas o profesionales que practican los abortos.

A más de estas dificultades, tanto el Dr. Carlos Gurrucharri, como el Dr. Aníbal Nuñez De Pierro⁸ señalaron que se agrega un nuevo problema referido a la llegada masiva de mujeres provenientes de países limítrofes que una vez atendidas regresan a sus países, a pesar de haber dado domicilios falsos en Argentina. Esto complica aún más los registros de nivel hospitalario, ya que cerca del 45% de todas las atenciones en los hospitales serían dedicadas a este tipo de pacientes..

Axel Mundigo, por su parte, afirma que *“en muy pocos casos existen datos confiables de la verdadera incidencia del aborto inducido. Aún en el caso del Japón, donde el aborto es legal y juega un papel central junto con el condón para la regulación de la fecundidad, las estadísticas de aborto son incompletas y deben ser ajustadas periódicamente por encuestas especiales. En la mayoría de los países donde el aborto es ilegal, la incidencia se conoce sólo a través de estimativas basadas en datos hospitalarios que tienen el sesgo de sólo proporcionar información en casos con*

⁷ “Análisis preliminar de algunos datos sobre aborto proveniente de encuestas en América Latina”, Santiago Gaslonde, CELADE, Serie A No. 118, Chile 1973.

⁸ Dr. Carlos Gurrucharri, Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Rivadavia y Profesor Titular de la Segunda Cátedra de Ginecología de la UNBA; Dr. Aníbal Nuñez De Pierro, Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Fernández y Profesor Adjunto de la Cátedra de Ginecología de la Universidad de El Salvador.

*complicaciones de aborto. Fuera del aborto que se lleva a cabo en condiciones insalubres, existen muchos casos de mujeres que acuden a servicios médicos particulares y otros servicios con posibilidad de obtener un aborto en condiciones higiénicas y técnicamente seguras*⁹. Por otra parte, es sabido que a los servicios hospitalarios acuden, mayoritariamente, mujeres de clase media baja y baja.

Las dificultades señaladas apuntan, fundamentalmente, **a cuestionar las extrapolaciones a niveles y segmentos poblacionales nacionales, sin desconocer la validez y el rigor metodológico de alguno de los estudios cualitativos y cuantitativos focalizados** en realidades hospitalarias o reducidos a ciertos estratos poblacionales, tales como los de Castro Olivera (1973), Llovet-Ramos (1988), Barbato (1988), Ramos-Viladrich (1993), Checa-Rosemberg (1996).

Por otra parte la perspectiva de género también juega un papel importante. Al respecto Susana Checa¹⁰ destacó la necesidad de profundizar el encuadre ideológico para dar sustento a la investigación que llevó a cabo en 5 Hospitales de Capital Federal.

A fin de aportar datos confiables que permitan determinar la magnitud del problema del aborto inducido en Argentina dos de los caminos de mayor validez pueden ser:

- ⇒ La realización de una investigación cuantitativa a nivel nacional, basada en una muestra aleatoria representativa, lo que se descarta por las razones ya expuestas.
- ⇒ La realización de una recopilación, análisis y comparación de trabajos e investigaciones sobre aborto provocado existentes en el país, reforzada por las opiniones aportadas por informantes calificados, sumada a la combinación de datos estadísticos que permitan inferir datos más precisos que hasta los ahora obtenidos.

Para tal fin **hemos desarrollado una metodología que denominamos TEC (Técnica de Estudios Comparados)** que se basa en los siguientes parámetros:

1. **Recopilación de toda la información** disponible publicada
2. **Recopilación de datos estadísticos** realizados en los mismos hospitales
3. **Clasificación del material** obtenido
4. Recolección de información acerca de la **percepción que de la magnitud y la valoración del problema tienen informantes calificados** (Jefes de Servicios y de Cátedras Universitarias)

⁹ Axel Mundigo, trabajo citado.

¹⁰ Susana Checa, Investigadora del Departamento de la Mujer del Ministerio de Salud y Acción Social.

5. **Análisis comparativo** de las informaciones recogidas a nivel nacional
6. **Correspondencia de los hallazgos locales con investigaciones internacionales**
7. **Combinación de datos estadísticos** que permitan inferir la magnitud del problema y el costo del mismo
8. **Redacción de las conclusiones y recomendaciones.**

Las ventajas y desventajas de la metodología empleada, TEC, se presentan en el cuadro de la página siguiente.

METODOLOGIA DE INVESTIGACION PARA ESTUDIOS GLOBALES¹¹

| MEDIOS INSTRUMENTALES | | PRODUCTO FINAL VERAZ Y REPRESENTATIVO | | |
|--|------------------------|--|--|--|
| METODOLOGIA | FACILIDAD DE LA ACCION | CONFIDENCIALIDAD DE LA SITUACION | VERACIDAD DE LA RESPUESTA | REPRESENTATIVIDAD GLOBAL |
| CUESTIONARIO AUTORESPONDIDO | ++ | +++ (Siempre que se asegure el anonimato) | +++ (Dependiendo de la confianza que inspire el investigador) | + (Limitada al segmento estudiado) |
| ENCUESTAS RETROSPECTIVAS | +++ | + | ++ (Depende de que esté dispuesta a hablar) | +++ (Depende de la capacidad recordación de la mujer) |
| CENTROS DE PLANIFICACION FAMILIAR | +++ | + | ++ (Depende de la confianza con el interlocutor) | + |
| RELEVAMIENTO HOSPITALARIO | +++ | ++ | ++ (Depende del registro) | + (De baja representatividad global) |
| ENCUESTAS PROSPECTIVAS SOBRE EMBARAZOS | + | ++ | +++ | + |
| ENTREVISTA CON MUESTRA DE POBLACION | + | ++ (Dependiendo de la forma de encuestar) | ++ | +++ |
| TECNICA DE ESTUDIOS COMPARADOS | +++ | +++ | ++ (Basado en la veracidad de las investigaciones analizadas) | +++ (Dependiendo de la cantidad y calidad de información recolectada) |

¹¹ Este cuadro ha sido desarrollado en base a lo propuesto en “Metodologías usadas para estudiar la frecuencia y las cuestiones relativas al aborto provocado: principales problemas y ventajas”, por Rosely Gomes Costa y col., trabajo publicado en “Encuentro de Investigadores sobre aborto inducido en América Latina y el Caribe: aspectos metodológicos”, Universidad Externado de Colombia 1994.

2. ABORTO:

Análisis conceptual y situación legal

El aborto provocado es una práctica generalizada en distintos sectores de la sociedad de tal magnitud que puede considerarse como una endemia. **Las circunstancias de su alta frecuencia global y de su presencia extendida en los distintos estratos sociales**, reflejan la existencia de causas que deben ser importantes y profundas, por lo que su abordaje se hace complejo y difícil.

Algunos investigadores sostienen que la práctica del aborto es anterior a la conquista (Viel 1988; Devereaux 1976; Ramos 1977) y que esta práctica se mantuvo durante la misma. Sin embargo es en el siglo XX que la práctica del aborto inducido, dadas las proporciones que toma, se convierte en un problema social y de salud. Según Paxman y colaboradores *“El aborto inducido es asociado con una mezcla de influencias en las que interviene por ejemplo, los cambios socio-económicos, un crecimiento en el deseo de reducir la fertilidad natural y la ausencia de programas que permitan el acceso a la gran mayoría de la población al uso de anticonceptivos”*.¹²

Existen diferentes definiciones sobre el aborto. Para la OMS es *“la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable, es decir, capaz de llevar una vida extrauterina en forma independiente. La viabilidad suele definirse en función de la duración del embarazo o del peso del feto, y en ocasiones, de la longitud de éste”*.¹³

Desde el punto de vista médico el aborto puede ser espontáneo o provocado. La OMS entiende por **aborto provocado el resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo**; todos los demás abortos se consideran espontáneos aún cuando en ellos intervengan causas externas tales como traumatismo o enfermedades transmisibles.

También desde el punto de vista médico el momento de la iniciación del embarazo está en discusión. Según afirma el Dr. Domingo Olivares¹⁴ *“la hipótesis que el embarazo comienza recién con la anidación intrauterina, está sustentada fundamentalmente por*

¹² “The clandestine epidemic: the practice of unsafe abortion in Latin America”, John Paxman, Alberto Rizo, Laura Brown y Janie Benson, Study in Family Planning, Vol. 24 No. 4, The Population Council, 1993.

¹³ “Aborto espontáneo y provocado”, OMS, Serie de Informe Técnicos, No. 461, 1970.

¹⁴ Dr. Domingo Olivares, ex Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Ferroviario de Capital Federal.

aquellos médicos que apoyan decididamente la anticoncepción”, los que no comparten esta opinión pueden considerar como un aborto, cualquier elemento o medio que impida la anidación del óvulo fecundado, lo que crearía una distorsión severa en cualquier estudio que se desee hacer sobre el tema.

Desde el punto de vista investigativo se hace necesario diferenciar algunas categorías, a partir de la definición médica de que aborto es **“la terminación de un embarazo antes de que el feto esté capacitado para la vida extrauterina”**.

Las categorías a tener en cuenta son:

Aborto provocado

Interferencia deliberada en un embarazo, con la intención de terminarlo, por parte de la propia embarazada o de otra persona.

Aborto espontáneo

También denominado “pérdida” o “mal parto”, incluye lo explicitado en la definición de la OMS en la página anterior.

Aborto séptico

El que se infecta. Se considera que la mayoría de los abortos que se infectan son provocados, pero pueden presentarse infecciones después de un aborto espontáneo.

Aborto incompleto

La presencia de restos del producto de la concepción retenidos en el útero después de un aborto espontáneo o provocado. El aborto incompleto es el diagnóstico más común cuando las mujeres se hospitalizan a causa de complicaciones por aborto.

Dado que desde el punto de vista jurídico se debe definir el **“aborto delito”**, cada país tiene sus propias definiciones ajustadas a sus leyes y costumbres.

En Argentina se ha empleado la definición clásica de Carrara que lo define como *“la interrupción de la preñez”*; Rubianes lo define como *“la interrupción provocada del embarazo seguida de la muerte del feto”*; Martínez (La Ley Tomo 28 página 1111) dice que *“el aborto criminal es la interrupción intencional del proceso normal reproductivo de la especie causada o provocada por la expulsión o destrucción del producto de la concepción, practicada con infracción de las leyes penales”*. .

Sebastián Soler en su Tratado de Derecho Penal, define el aborto como *“la muerte inferida al feto”* y en su proyecto de 1960 habla de *“la muerte de un feto en el seno materno o mediante aborto”*. Por su parte Bonnet dice que *“el aborto criminal es la interrupción provocada dolosamente del embarazo, con muerte fetal”*. Según Cuello

Calón el Código mexicano es el único que define claramente el aborto: *“extracción del producto de la concepción o su expulsión provocada por cualquier medio, en cualquier época de la preñez, con objeto de interrumpir la vida del feto”*.

De esta enumeración de definiciones, extraídas del libro **“Aborto: Estudio clínico, psicológico, social y jurídico”** (Calandra y colaboradores 1973), surgen como elementos comunes la interrupción del embarazo, la intencionalidad y la muerte del feto.

Estos conceptos están plasmados en el Código Penal Argentino bajo el título de **“Los delitos contra las personas”** cuyo capítulo primero, en sus artículos 85 al 88, define los delitos contra la vida.

Artículo 85

El que causare un aborto será reprimido:

- 1) Con reclusión o prisión de 3 a 10 años, si obrare sin consentimiento de la mujer. Esta pena podrá llevarse a 15 años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer.
- 2) Con reclusión o prisión de 1 a 4 años, si obrare con consentimiento de la mujer. El máximo de la pena, se elevará a 6 años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer.

Artículo 86

Incursionarán en las penas establecidas en el artículo anterior y sufrirán, además, inhabilitación especial por doble tiempo que el de la condena, los médicos, cirujanos, parteras o farmacéuticos que abusaren de su ciencia o arte para causar el aborto o cooperaren a causarlo.

El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta no es punible:

- 1) Si se ha hecho con el fin de evitar un grave peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.
- 2) Si el embarazo proviene de una violación por lo cual la acción penal haya sido iniciada. Cuando la víctima de la violación fuere una menor o una mujer idiota o demente. Será necesario el consentimiento de su representante legal.

Artículo 87

Será reprimido con prisión de 6 meses a 2 años, el que con violencia causare un aborto sin haber tenido el propósito de causarlo, si el estado de embarazo de la paciente fuere notorio o le constare.

Artículo 88

Será reprimida con prisión de 1 a 4 años, la mujer que causare su propio aborto o consintiere en que otro se lo causare. La tentativa de la mujer no es punible.

Pese a las fuertes restricciones morales, sociales y jurídicas y a las penalizaciones impuestas por la Ley, **estas no son suficientes como para limitar las prácticas abortivas, las que conforman un volumen significativo entre las mujeres argentinas.**

La mujer que ha decidido interrumpir un embarazo, está condicionada por el contexto social de pertenencia, el que define y limita sus opciones. En nuestro país la mujer puede llegar a conseguir productos farmacéuticos en forma independiente para resolver su problema (por ejemplo, en estos momento se está empleando un antiinflamatorio que contiene prostaglandina para provocar la expulsión; este medicamento se consigue con facilidad), mientras que otras tienen posibilidades de acceder a servicios médicos y obtener un aborto confiable. También están las que se ven obligadas a realizar una práctica extra hospitalaria (o de servicios médicos seguros) **y deciden auto abortar utilizando maniobras de gran riesgo de las que el folklore registra diversas modalidades que llegan hasta el absurdo.**

Cada una de estas situaciones dependen de la clase social, nivel de ingreso, ambiente urbano rural y otros factores culturales y sociales. Pero **todos tienen un denominador común: la ausencia de programas de planificación familiar.**

3. SITUACION DE LA PLANIFICACION FAMILIAR EN ARGENTINA

La característica de los programas de regulación de la fecundidad en Argentina es particular y atípica si se la compara con el resto de los países latinoamericanos. Si bien las tasas de natalidad y crecimiento poblacional se ubican entre las más bajas de América Latina, el desarrollo, de programas de planificación familiar, tanto oficiales como privados, no han alcanzado los niveles de cobertura logrados en otros países, entre los que se destacan Cuba, Chile, Costa Rica, Colombia y Brasil.

Esta característica de apariencia contradictoria, según Silvina Ramos, podría explicarse en el hecho de que *“el temprano y sostenido descenso de la fecundidad marital, entre fines del siglo pasado y la década de 1930, indica la difusión que tuvo el modelo de tamaño reducido de familia y la motivación consecuente para controlar la fecundidad. En esa época el uso extenso de mecanismos de regulación de la fecundidad fue posible por una combinación de factores que incidieron sobre la motivación de la gente por una parte, y la disminución de los costos de la regulación, por la otra. Procesos sociales y culturales globales tales como la rápida urbanización del período, el incremento en el alfabetismo y la educación formal, las posibilidades de movilidad social ascendente, y el desarrollo de patrones modernos de consumo, entre los diversos estratos de la población, fueron seguramente significativos para estimular y/o reforzar la motivación de las parejas para regular la fecundidad, aún dentro del marco de las técnicas tradicionales - las únicas existentes - como el coito interrumpido, el condón y el aborto”*.¹⁵

Esta motivación y necesidad de la familia argentina, **no fue acompañada por el desarrollo de programas oficiales que ayudaran a concretar el deseo de regular la fecundidad** con el empleo de los modernos medios científicos de planificación familiar.

Por el contrario, ya en 1949, en la Política Sanitaria Argentina, documento publicado por el Ministerio de Salud Pública, el Dr. Ramón Carrillo, uno de los más destacados salubristas argentinos, en el plan de protección a la madre y el niño incluyó entre las medidas de protección civil la denuncia obligatoria del embarazo y entre las penales la denuncia obligatoria del aborto, el reforzamiento de la represión del aborto y **la eliminación de la propaganda anticoncepcional**¹⁶.

¹⁵ “Abortos hospitalizados - Entradas y salidas de emergencia”, Silvina Ramos y Anahí Viladrich, Documento CEDES/88, Serie Salud y Sociedad, Buenos Aires 1993.

¹⁶ Citado en “Aborto hospitalizado” de Susana Checa y Martha Rosemberg, Ediciones El Cielo por Asalto, Buenos Aires 1996.

Las investigadoras Checa y Rosemberg sostienen que *“el tema de los derechos reproductivos se enmarca en el enfoque que han tenido, y aún tienen en Argentina, las políticas relativas a la fecundidad. En el marco de políticas de claro sesgo pronatalista fruto de la particular configuración demográfica del país, que alentó la natalidad y las migraciones a fin de lograr un crecimiento poblacional; así como de la influencia de las concepciones de la Iglesia Católica y de los sectores más conservadores del espectro político nacional, las políticas de planificación familiar o control de la natalidad, nunca tuvieron ecos en las políticas poblacionales, más que como resultado de la falta de coherencia de las mismas, o como respuesta frente a la presión de las prácticas sociales corrientes, mediante las cuales se resuelven los problemas individuales”*.¹⁷

Consecuente con esta ideología, en 1974, el entonces Ministro de Bienestar Social, José López Rega, promulgó **el Decreto 859/74 por el cual se prohibían las prácticas anticonceptivas médicas**. A consecuencia de este Decreto se cerraron los servicios de planificación familiar que se prestaban a nivel público y se restringió el expendio de anticonceptivos, llegándose a exigir para la venta de anticonceptivos orales, receta por triplicado para ser archivadas.

Estas restricciones, que también alcanzaron al sector no-gubernamental (ONG's), **perjudicó especialmente a las mujeres de escasos recursos** sin acceso a la consulta médica privada.

Más adelante, en 1977, mediante **el Decreto 3938/77, el Gobierno Militar ratifica, en el marco de los objetivos y políticas nacionales de población, lo expresado en el Decreto 859/74**.

Recién en 1986, con la llegada de la democracia, el Gobierno del Dr. Alfonsín emite **el Decreto 2274/86 por el cual deroga los Decretos restrictivos anteriores**. En este nuevo Decreto, se postula *“la realización de las tareas de difusión y asesoramiento necesarias para que el derecho a decidir acerca de su reproducción pueda ser ejercitado por la población con creciente libertad y responsabilidad”*.

No obstante, señalan Checa y Rosemberg *“no estaba prevista la provisión de métodos, sólo en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, haciéndose eco de la anulación de esta restricción, se impulsó en 1987 el “Programa de Procreación Responsable”(PPR). Su objetivo fue brindar información y seguimiento en anticoncepción a las mujeres en edad fértil, en efectores públicos de la Municipalidad de Buenos Aires, pero su desarrollo fue lento y dificultoso, carente de presupuesto propio para la asistencia en hospitales públicos, incluyendo de manera discontinua la entrega gratuita de anticonceptivos”*.

¹⁷ “Aborto hospitalizado”, obra ya citada.

No existe ningún otro antecedente a nivel de país de instalación de servicios de planificación familiar, aunque se debe mencionar el intento realizado por la Provincia de La Pampa que en 1992 promulgó una Ley de Procreación Responsable, a pesar de que no se conocen los resultados de su implementación.

Recientemente en la Provincia de Córdoba se presentó, en base a una iniciativa impulsada por la Senadora Provincial Haidé Giri, un Proyecto de Ley apoyado por Senadores de diferentes bancadas, por el cual se creaba en el ámbito del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, el Departamento de Salud Reproductiva y Sexual (Decreto Ley 291/S/95).

El Decreto fue vetado por el Gobernador Provincial y al regresar al Senado **se aprobaron solamente los artículos conceptuales, sin definir las acciones que se deben seguir para prestar los servicios**, por lo cual tampoco se aprobó la creación del Departamento de Salud Reproductiva. Al decir de la Senadora Giri¹⁸, *“solamente quedó la cáscara del Proyecto, pero sin nada adentro”*.

No obstante, y a pesar del veto del Gobernador, **el Concejo Deliberante de la Ciudad de Córdoba, en la segunda quincena de agosto de 1996, aprobó una ordenanza sobre planificación familiar**, que incorpora a los planes de estudios escolares temas vinculados a la reproducción y la sexualidad y **autoriza a los médicos a recomendar métodos anticonceptivos en los centros de salud municipales**.

Esta iniciativa surgió consensuada entre los diferentes bloques políticos que integran el Concejo y es la versión municipal sobre la ley de planificación familiar que fue aprobada por la Legislatura Provincial, que después vetara el Gobernador.

La Ordenanza Municipal **aparece como mucho más completa que la Ley, ya que no solamente se limita a dejar sin efecto la prohibición de distribuir anticonceptivos (lo que estaba prohibido a nivel de Córdoba por la “Ley Rezzónico”)**, sino que **avanza en la educación sexual**, la integración familiar y el mayor compromiso de las autoridades para que cada grupo pueda ejercer el derecho a la planificación familiar. De esta manera, **el Municipio de Córdoba se convirtió en el primer Municipio de la Provincia (y del país) en tener una ordenanza expresa sobre planificación familiar**.

La primera semana de septiembre de 1996, la Convención Constituyente¹⁹ para la Capital Federal propuso incluir en la Constitución de la Ciudad el “Derecho humano

¹⁸ Haidé Giri, Senadora Provincial, PJ-Córdoba.

¹⁹ Quienes están redactando la Constitución o los Estatutos por los cuales se regirá la Capital Federal como ciudad autónoma a partir del mes de julio de 1996 en la que se eligió, por primera vez en el país, el “Jefe de Gobierno” de la Capital Federal.

básico” a los derechos sexuales y reproductivos, para que las personas puedan decidir responsablemente sobre la procreación, el espaciamiento y el número de hijos que deseen tener. Esta fue una propuesta de la Comisión de “Declaraciones, Derechos y Garantías”. De aprobarse este artículo, se abre la puerta para la implementación de servicios de planificación familiar, también en la Capital Federal.

En Noviembre de 1995, la Cámara de Diputados de la Nación le dio media sanción a un proyecto de Ley que crea el Programa de Procreación Responsable. Esta Ley debe pasar por la aprobación del Senado para que se convierta en Ley nacional.

Merced a la buena voluntad y decisión de algunos Jefes de Servicios Municipales y a la omisión oficial sobre el tema (que deja hacer), **en algunos Municipios de la Provincia de Buenos Aires (como por ejemplo Florencio Varela) se brindan servicios de planificación familiar y se proveen anticonceptivos**, pero éstos, generalmente son los que donan como muestras gratis los laboratorios medicinales.

Como dato curioso se puede señalar que en la **“Historia Clínica sobre Parto” distribuida por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación** actualmente en uso en todo el país, **figura en la parte inferior derecha un casillero que lleva por título “Planificación Familiar”** y que solicita información sobre el tipo de medida anticonceptiva que se le ha recomendado a la puérpera. Entre los métodos figura, inclusive, la ligadura tubaria. Según nuestra indagación, **nadie llena esta información ya que no se dispone a nivel oficial de anticonceptivos y la ligadura tubaria está penada por la Ley, por lo que las puérperas dejan el Hospital o la Maternidad donde dieron a luz sin prescripción anticonceptiva alguna**, a pesar que la “Historia Clínica” califica como de “Alto Riesgo”(un cuadrado totalmente sombreado) el caso de la no prescripción anticonceptiva.

Como consecuencia de esta situación **la prevalencia de uso de anticonceptivos en Argentina**, como ya se mencionó, **se encuentra entre las más bajas de América Latina.**

No existen estudios confiables que indiquen prevalencia y mezcla anticonceptiva. No obstante a través de algunas menciones y estudios realizados con otros fines, **se puede establecer que la prevalencia estaría bordeando el 50%**, lo que significa que la mitad de las mujeres con actividad sexual están empleando alguna medida anticonceptiva, sea ésta a través de métodos científicos (anovulatorios orales o inyectables, dispositivos intrauterinos o métodos de barrera químicos), métodos mecánicos (condón y diafragma), métodos rítmicos (comportamentales de abstinencia periódica) o folklóricos (coito interrumpido, lavajes, etc).

Basado en la poca información existente se puede asumir que **del total de las mujeres que emplean métodos de regulación de fecundidad, menos del 50% de ellas están utilizando métodos altamente seguros.**

Según la publicación “Women in The World an International Atlas” (Pluto Press Project, Joni Seager and Ann Olson, USA 1986) la prevalencia de Argentina estaría entre la franja de 40 a 59 %.

En la “Investigación de la Pobreza en Argentina” (IPA), que indagó entre otros conglomerados el conurbano bonaerense, **encontró que el 39.9% no utilizaba ninguna medida anticonceptiva, cifra que se elevaba al 50.2% de las mujeres cuando éstas pertenecían a la franja de mayor pobreza.** En los grupos “no pobres” esta cifra baja al 35.6%.

En la “Encuesta Permanente de Hogares” de 1994, se **encontró que el 30.9% de las mujeres del conurbano bonaerense no utilizaban ningún método, mientras que el 50.7% sí lo hacían.** Si bien los parámetros de una y otra muestra son bastantes diferentes, ambas dan cuenta de la baja prevalencia en el uso de métodos, para un mismo conglomerado, el mayor del país y que no se encuentra en la situación de pobreza y falta de acceso a servicios de salud que sufren las mujeres del interior.²⁰

Según un estudio realizado por Jorge Fontana²¹ en base al análisis de la venta directa y a través de licitaciones de productos anticonceptivos (orales, inyectables, barreras químicas, condones y dispositivos intrauterinos), datos que fueron obtenidos por el investigador de diferentes fuentes, entre las que se agregó la entrega de muestras médicas gratuitas, se pudo establecer el índice de prevalencia que estaría por debajo del 30%. Este dato fue cruzado con los obtenidos a través de una encuesta de uso que se realizó en relación a la Campaña “Cuidarte es quererte”. El cruzamiento realizado confirmó los hallazgos sobre prevalencia.

La mezcla anticonceptiva que compone esta prevalencia está conformada de la manera que se presenta en la página siguiente:

²⁰ Mencionado por Checa y Rosenberg, obra ya citada.

²¹ Jorge Fontana, Product Manager Control Fertilidad, Schering Argentina SAIC.

| | |
|---------------------|--------------|
| • orales | 12.77% |
| • inyectables | 1.97% |
| • barreras químicas | 0.38% |
| • condones | 9.88% |
| • DIU's | <u>3.95%</u> |
| TOTAL | 28.98% |

Los **datos obtenidos por Fontana**, de acuerdo a la disponibilidad de los existentes en el país, **aparecen como los más válidos y confiables**. Debe tenerse en cuenta que éstos difieren de los aportados en forma indirecta por las encuestas de Investigación de la Pobreza en Argentina y Encuesta Permanente de Hogares, ya que posiblemente en esas encuestas se hayan incorporado los métodos comportamentales de abstinencia periódica y hasta tal vez los folklóricos (lavajes, coito interrumpido, etc.).

Esta presunción se confirma al analizar los datos obtenidos de la encuesta que se realizó por motivo de la campaña “Cuidarte es quererte” (63.221 respondentes) ya que la misma señaló que solamente el 32% estaba utilizando algún método, por lo que deducimos que se dejaron fuera los métodos comportamentales y folklóricos.

Destacamos como significativo de los datos aportados por Fontana, la disminución verificada entre los años 1993-1996 de la venta de unidades de anticonceptivos. Si para el año 1993 (doce meses acumulados a junio de 1993) la venta total fue de 11.629.868 de unidades (orales e inyectables), para 1996 (doce meses acumulados a junio de 1996) disminuyó a 11.102.228 unidades, lo que representa una baja del 4.53%. Volveremos sobre este dato cuando analicemos la incidencia de aborto.

Esto nos lleva a concluir que **sólo 1 de cada 4 mujeres sexualmente activas, tiene protección anticonceptiva segura**²²; otra utiliza métodos comportamentales o folklóricos de baja eficacia y las 2 restantes directamente no utilizan ninguna protección.

Las **altas tasas de aborto están confirmando esta conclusión**.

²² Aunque técnicamente no sea del todo correcto, estamos considerando también como métodos seguros a las barreras químicas y el condón.

4. ESTUDIOS DE ABORTO EN ARGENTINA: antecedentes latinoamericanos

Pese a la reconocida gravedad del problema y al impacto que sobre la salud pública tiene el aborto, **los estudios sobre su incidencia en Argentina son escasos.**

Entre las primeras publicaciones realizadas en América latina a principio de los años '60, como la presentada en el **IX Congreso Centroamericano de Salud** en Costa Rica en 1961 (“Pérdida gestacional en el Hospital de la Maternidad de San Salvador” por el Dr. S. Bustamante), **se destacan los estudios de los investigadores chilenos** S. Plaza y H. Briones (1963), R. Armijo y T. Montreal (1964) y especialmente los de Mariano Requena (1965).

En 1964, en la Cuarta Conferencia de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO), realizada en abril de 1964 en Puerto Rico, **el Dr. Iris Rozada, de Uruguay, presenta un estudio de la incidencia del aborto en aquel país**, encontrando que la proporción de partos/abortos había crecido de 2 abortos cada 100 partos en 1908 hasta 300 abortos cada 100 partos en 1936. (aunque llame la atención de que la proporción encontrada por el Dr. Rozada sea de 3 abortos por cada parto, así aparece textualmente en el trabajo).

En el mismo año 1964, durante la Decimatercera Sesión Científica Ordinaria de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGBA), **las Dras. Nydia Gomes Ferrarotti y Carmen García Varela, presentan un estudio realizado sobre 600 pacientes internadas en el Hospital Rawson**²³. Este es el primer estudio que tuvimos oportunidad de consultar sobre el tema del aborto inducido en Argentina, aunque las autoras hacen mención a un trabajo presentado por el **Dr. Dante Calandra** en la reunión conjunta de la SOGBA y la Sociedad de Medicina Legal y Toxicología en 1961. También mencionan un trabajo del **Dr. Liberto Bases** presentado en la reunión científica de SOGBA del año 1963.

Vale la pena resaltar una particularidad de este trabajo que demuestra la creencia (o el prejuicio) que existía en ese momento de que el aborto era practicado únicamente por mujeres solteras. En el trabajo de Gomes Ferrarotti y García Varela se señala que el

²³ “Encuesta sobre el aborto y sus variables, incluyendo métodos de planificación de familia”, Dra. Nydia Gomes Ferrarotti y Carmen García Varela, publicado en los Anales de la Decimatercera Sesión Científica Ordinaria de SOGBA, diciembre 1964.

71.5% de los abortos resultaron ser de mujeres casadas. Frente a esto, en la discusión del tema, el Dr. Arrighi cuestiona la validez del dato diciendo que *“para hablar de esta elevada proporción de abortos se tendría que referir al número total de mujeres y no solamente al porcentaje de abortos; entonces se vería que en realidad el porcentaje sería mucho mayor en las mujeres no casadas que en las casadas”*. La respuesta fue que el 71.5% correspondía a mujeres que estando casadas y embarazadas decidían abortar.

Sin lugar a dudas **el trabajo más completo y mejor documentado es el publicado por los Drs. Calandra, del Valle, Olivares, Regueira y Mormandi en el libro “Aborto: estudio clínico, psicológico, social y jurídico”**. En esta obra, publicada por Editorial Panamericana en 1973, se hace mención a una distinción que recibió un trabajo anterior de los mismos autores bajo el título **“Aborto inducido”, al que le fuera otorgado el Premio Bienal J.M. Mezzadra de la Facultad de Medicina de la UNBA.**

En este libro los autores utilizan **investigaciones realizadas en 1971 por el sociólogo Raúl Castro Olivera en el Policlínico Mariano Castex, al parecer, una de las primeras realizadas en el país** después de los estudios de Santiago Gaslonde del CELADE a final de la década del ‘60 y principios del ‘70.

En la bibliografía del libro, **de las 554 citas de diversos autores, solamente 16 (el 2.8%) corresponden a autores o investigadores argentinos**, siendo que casi la mitad de éstas corresponden a los mismos autores del libro, en especial a Olivares y Calandra que parecen ser quienes más habían publicado sobre el tema. Del resto, 6 (1.08%) pertenecen a trabajos chilenos, siendo **el resto estudios de otros países latinoamericanos o mundiales.**

Quienes en ese momento (años ‘70) son mencionados como interesados en el problema y que se encontraban investigando y publicando eran los Drs. Casavilla, Agüero Lugones, Montani, Nicholson, Di Paola, Arrighi, Foix, Mazza y Bruno. Se debe destacar que muchos de los trabajos sobre aborto aparecieron en publicaciones vinculadas a Medicina Legal y Forense.

En el año **1969 en la Universidad de Rosario el médico F. Qualgiahí, presenta como tesis doctoral un trabajo sobre “El aborto provocado”**.

Hasta la aparición de nuevos trabajos a fines de los años ‘80 **el tema del aborto queda como adormecido en Argentina**. Solamente se pueden registrar algunas comunicaciones menores publicadas por la revista CONTRIBUCIONES de la Asociación Argentina de Protección Familiar (Peña, Zeno de Luque y Olivares-Surur entre las más destacadas).

Recién sobre fin de los '80 el tema vuelve a ocupar la atención de investigadores de peso. **En 1987 el Dr. Walter Barbato (Rosario), publica en el No. 42 de los Cuadernos Médico Sociales un artículo sobre “Aborto Inducido: epidemiología y profilaxis”.**

Tal vez sea **Silvina Ramos la investigadora que más tiempo ha dedicado al estudio del problema** y ella con sus colaboradores del CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad) **Juan Llovet y Anahí Viladrich constituyen una referencia obligada** sobre aborto en Argentina y aparecen profusamente citados en trabajos a nivel latinoamericano e internacional.

Los estudios **“La práctica del aborto en las mujeres de sectores populares” (Llovet-Ramos, 1988)** y **“Abortos hospitalizados: entrada y salida de emergencia” (Ramos-Viladrich, 1993)** son un “clásico” cuando se habla de aborto en Argentina. Especialmente el trabajo del año 1993, que aporta un valiosísimo documento sobre **el tratamiento que reciben las mujeres que se ven obligadas a internarse en hospitales públicos por casos de complicaciones de aborto.**

Durante el año 1994, a raíz de la discusión de la inclusión de una cláusula sobre concepción e inicio de la vida en la Constitución Argentina²⁴, se desató una amplia polémica pública y se dieron a conocer el trabajo de algunos investigadores (principalmente investigadoras mujeres), como los de **Silvia Cópola, Laura Bonaparte y Laura Cacopardo**, pero en su gran mayoría son trabajos de opinión basados en estudios bibliográficos o investigaciones con pequeñas muestras.

También se multiplicaron por esa época notas periodísticas, **destacándose la labor de divulgación que cumplieron Magdalena Ruiz Guiñazú y Claudia Selser.** Nuevamente los trabajos de Juan Llovet y Silvina Ramos y las notas de opinión de esta última, ocuparon lugar de destaque durante la polémica.

Uno de los trabajos estadísticos más completos y profundos que pudimos analizar, fue el realizado por el Dr. Ernesto Mercado Luna²⁵ y su equipo en la Maternidad Provincial de Córdoba, que no solamente estudió la relación de partos/abortos, sino que indagó a través de una muestra de 1000 pacientes la historia reproductiva de las mismas y sus deseos respecto a tener hijos, el número ideal y las actitudes que se tomarían ante embarazos indeseados. Más adelante aportaremos algunos de los hallazgos que el Dr. Mercado Luna compartió con nosotros.

El trabajo de mayor aliento de reciente aparición es **el libro de Susana Checa y Martha Rosenberg sobre “Aborto hospitalizado: una cuestión de derechos**

²⁴ Asamblea Nacional Constituyente, julio-septiembre 1994.

²⁵ Dr. Ernesto Mercado Luna, Jefe de Servicio de la Maternidad Provincial de Córdoba.

reproductivos, un problema de salud pública”, cuyos hallazgos citamos varias veces en el presente estudio.

La escasez de investigaciones epidemiológicas globales y el largo período en que se produjo como un “bache” sobre el estudio de la incidencia del aborto en Argentina, **dificultan poder cuantificar la magnitud del problema y acercar cifras que merezcan crédito** y en las cuales se puedan confiar. Es por ello que desde los años ‘70 se maneja un número absoluto de casos de aborto en el país que es difícil identificar sus fuentes y quién lo estableció. Pero **esa cifra se ha convertido en una realidad cuando se habla del tema.**

5. MAGNITUD DEL PROBLEMA: el aborto en cifras

Entre **350.000 y 400.000 abortos** se estarían practicando anualmente en Argentina.

Cuando se consulta tanto a investigadores, Jefes de Servicios de Ginecología y Obstetricia y Docentes Universitarios²⁶, como así también a médicos, estudiosos del tema o periodistas, **todos coinciden en mencionar esa cifra**, con muy pequeñas variantes. Pero **nadie ha podido decir de dónde extrajeron ese dato ni qué investigador lo presentó por primera vez.**

Por las referencias verbales obtenidas, **quien habla por primera vez de números absolutos para todo el país es el investigador chileno Santiago Gaslonde**, quien realizó por encargo de CELADE un estudio sobre aborto en 4 países latinoamericanos, entre ellos Argentina. Pero en el trabajo original publicado por CELADE en 1973, Gaslonde no aventura números absolutos para ninguno de los países estudiados. No obstante, **publicaciones de la Asociación Argentina de Protección Familiar, a principios de los años '70 mencionan la cifra de 300.000 abortos clandestinos por año** en Argentina. Según esas publicaciones, los datos estaban basados en los hallazgos de Gaslonde.

En ese momento **la población total de Argentina era de 24.700.000 habitantes, con una tasa de natalidad de 22 por mil habitantes²⁷, lo que representaba alrededor de 540.000 nacidos vivos.** Si los abortos alcanzaban a 300.000 **la razón de abortos²⁸ era de 555.5**, es decir que **se practicaban 555 abortos cada mil nacidos vivos y la tasa de abortos alrededor de 50**, lo que representa 50 abortos cada mil mujeres en edad fértil.

Si las cifras fueron válidas para esa época y no se hubiesen producido cambios en la práctica anticonceptiva, variable que no es del todo cierta, para 1991 (fecha del último censo) **con una población de 32.620.000 habitantes y una tasa de natalidad de 21.3 el total de nacidos vivos fue de 694.776.** Si mantenemos la razón de abortos en 555.5,

²⁶ Para este estudio fueron entrevistados 17 Jefes de Servicios de Ginecología y Obstetricia y Docentes Universitarios, 3 investigadoras y una periodista.

²⁷ La Tasa de Natalidad, llamada también "Tasa Bruta de Natalidad", indica el número de nacidos vivos por 1.000 habitantes en un determinado año.

²⁸ La razón de abortos, llamada también "relación", es el número estimado de abortos por 1.000 nacidos vivos en un determinado año. Esta tasa es diferente a la "tasa de abortos" que es el número estimado de abortos por 1.000 mujeres de 15 a 44 años de edad en un determinado año.

el **número absoluto de abortos habría sido de 385.931** y la tasa se mantendría en alrededor 50 por mil..

Analizando los datos de la Secretaría de Salud **llama la atención que el número absoluto de nacidos vivos ha disminuido en los años 1992 y 1993 en poco más de 27.000**, lo que representa el 4% del total de nacidos vivos. Esto puede deberse a una mejoría en las prácticas anticonceptivas o a una mayor tasa de aborto.

En cuanto a mejores prácticas anticonceptivas, esto está desmentido por los hallazgos de Fontana que muestran **una baja del 4.53% en la venta de anovulatorios, que componen casi el 50% del total de uso de métodos de alta eficacia.**

Al respecto afirma la Dra. Gladis Ponte que según su parecer el número de abortos es significativamente mayor que el que se está manejando, ya que en estudios realizados en el Hospital Rawson de Córdoba **sobre ingresos por aborto en los últimos 17 años, la tendencia ha sido creciente.**

Esto es lo contrario de lo que se debería esperar, ya que **las clases medias y altas están recurriendo a un aborto cada vez más seguro**, por lo que deberían disminuir los casos de internación por complicaciones. Si éstas aumentan, es porque **las clases bajas siguen utilizando el aborto como método de regulación de la fecundidad**, exponiéndose en manos de “operadores” inexpertos y a situaciones de alto riesgo para su salud.

Si cruzamos esta información con **la disminución de venta de anovulatorios, la menor proporción de abortos infectados en las clases medias y altas y el aumento de internaciones por complicaciones de aborto**, podremos concluir **que la práctica del aborto en Argentina está aumentado.**

No obstante corresponde hacer mención de los datos que presentan distintas fuentes e investigadores.

En el libro “Aborto”, **Calandra y colaboradores no aportan datos cuantitativos** y sólo presentan algunos datos provenientes de estudios que dicen que *“en ausencia de estudios de población específicamente relacionados con el aborto, ofrecemos nuestras observaciones realizadas en universos restringidos o seleccionados y que, por lo tanto, no deben transportarse a la población general”*. Basados en los hallazgos del **estudio realizado por Castro Olivera en el Hospital Castex, estiman que el 39.3% de las mujeres estudiadas habían recurrido al aborto**, cifra que está por debajo del promedio histórico mencionado para la Argentina.

Los investigadores Paxman, Rizo, Brown y Benson²⁹, **estiman un total de 400.000 abortos anuales en Argentina**, con una razón de 500 por mil.

La Dra. Silvia Cópola en su trabajo “Sobre el problema del aborto en Argentina”³⁰ coincide con la cifra de 400.000 abortos anuales. Esta cifra **es la que también proporciona el INDEC, que estima que el 35.7% de todos los embarazos terminan en aborto**. La misma cifra es mencionada por la Dra. Cacopardo. y el periodista Luis Frontera. No obstante, nadie explica como llegaron a esa conclusión.

La investigadora y escritora sobre temas de la mujer, Moira Soto³¹, sostiene que *“alrededor del 50% de las mujeres argentinas, en algún momento de sus vidas optan por el aborto como medio para resolver un embarazo no deseado”*, pero no arriesga una cifra global.

Las periodistas Sandra Chaheer, Paula Rodríguez e Inés Tenewicki, en un artículo preparado para el Diario El Popular en julio de 1994, **“estiran” la cifra de abortos posibles hasta 500.000, basándose en las informaciones recogidas entre sus entrevistadas**³². Algo más conservadora es la integrante del Frente Grande Cecilia Lipzicz que estima el numero de abortos en algo más de 350.000.

Las investigadoras Susana Checa y Marta Rosemberg, **basándose en el análisis de los datos publicados por el Ministerio de Salud y Acción social** (“Estadísticas Vitales” para 1995) establecen que **el número anual de abortos se encuentra entre 335.000 a 400.000**.

En un análisis estadístico realizado por Mercado Luna en la Maternidad de Córdoba sobre la relación partos/abortos, los resultados muestran las tasas más altas de todas las reportadas hasta ahora ya que encuentra que el 83.4% de los embarazos terminan en aborto (razón 834 por mil nacidos vivos). De este 83.4% de abortos, en los que se suman espontáneos y provocados, estos últimos serían responsables por el 73.4% del total de los abortos (razón 734 por mil). Esta última razón coincide con los datos que nosotros hemos obtenido basados en cálculos estadísticos.

En el estudio de la historia reproductiva de una muestra de 1000 mujeres, con que Mercado Luna cruzó los datos estadísticos encontrados en la Maternidad, encontró que

²⁹ Obra ya citada.

³⁰ “Sobre el problema del aborto en Argentina”, Silvia Cópola, publicado por la Comisión por el Derecho al aborto, agosto de 1989.

³¹ “Faltaron imágenes de mujeres agonizantes”, publicado por la Revista Humor, julio 1994.

³² Entre ellas la Dra. Mabel Bianco, Directora del FEIM (Fundación para el Estudio de la Mujer), la Dra. Marta Rosemberg, del Foro por los Derechos Reproductivos, el Diputado Luis Zamora, autor de una Ley de despenalización, la Senadora Graciela Fernández Meijide y la escritora e investigadora Liliana Heker.

las mujeres de todas las clases sociales reconocieron que el 63.6% de sus embarazos terminaron en abortos, siendo que en las mujeres de clase alta esta proporción subió para el 91.6%. Ante un embarazo indeseado, una de cada dos mujeres dijeron que optarían por el aborto, una tercera que lo dudaría y solamente 1 de cada 4 estaría dispuesta a continuar adelante con el embarazo.

Nuestros cálculos coinciden con los hallazgos de Mercado Luna y superan moderadamente las cifras que hasta el momento han manejado otros investigadores.

Las estadísticas mundiales afirman que se debe esperar 10 abortos por cada 100 mujeres que no emplean ningún método anticonceptivo, 8.6 abortos cuando éstas emplean métodos de baja eficacia y 2.2 abortos por cada 100 mujeres que emplean métodos eficaces³³, teniendo en cuenta la prevalencia y la mezcla anticonceptiva de nuestro país podemos concluir que:

- en el año 1991 habían 7.887.400 mujeres entre 15 y 49 años.
- dado que las tasas de fertilidad entre la faja etaria de 10 a 14 años se encuentra en aumento³⁴, es necesario sumar por lo menos un 20% de las 1.655.600 adolescentes que integran ese grupo poblacional (331.120).
- según esto, en total para el año 1991 tenemos 8.218.520 mujeres en edad fértil.
- si asumimos que el 75% de éstas tienen actividad sexual³⁵, esto hace un total de 6.163.890 mujeres.
- el 50% de ellas no emplea ningún método anticonceptivo (3.081.945)
- el 25% emplea métodos pocos seguros (1.540.972)
- el 25% emplea métodos de alta eficacia (1.540.972)

Por lo tanto es de esperarse que:

³³ Utilizado y explicado por Santiago Gaslonde en su trabajo "Análisis preliminar de algunos datos sobre abortos provenientes de encuestas en América Latina" CELADE (1973) y propuesto por la Organización Panamericana de la Salud en "Health of Women in the Americas" (1985).

³⁴ Según Pantelides y Cerruti en su libro "Conducta reproductiva y embarazos en adolescencia", publicado por CENEP en 1992, la tasa de fertilidad entre mujeres de 11 a 19 años ha pasado de 10.9 a 11.9% del total de los embarazos en los últimos 20 años, manteniéndose igual entre las de 15 a 19 y aumentando entre las de 10 a 14. (Citado en el libro "Aborto hospitalizado" de Checa-Rosemberg).

³⁵ Según investigaciones de la Lic. Nélica Olivieri, CETIS, el 70% de las mujeres argentinas tienen relaciones sexuales antes de los 18 años.

⇒ las 3.081.945 sin protección anticonceptiva produzcan 308.194 abortos

⇒ las 1.540.972 con mala protección produzcan 132.532 abortos

⇒ las 1.540.972 con protección anticonceptiva eficaz produzcan 33.901 abortos

Lo que **arroja un total de 474.627 abortos anuales**. Dado que el margen de error de estos cálculos puede ubicarse entre el +/- 5%, podemos concluir que el número absolutos de **abortos en Argentina estaría entre 450.895 y 498.358 anuales**.

Basado en estos cálculos, **la razón de aborto para el año 1991**, en que se registraron 694.776 nacidos vivos, **era de 683.1**, si utilizamos para el cálculo la cifra media de abortos anuales (rango de 648.9 a 717.2). Esto estaría indicando que **se producen 683 abortos cada 1.000 nacidos vivos**. Por consiguiente la tasa histórica de abortos de 50 por mil pasaría a 57.7 por mil.

La magnitud real de este problema se evidencia con mayor dramatismo cuando se analiza **el impacto del aborto en la salud de la mujer**.

6. CONSECUENCIAS DEL ABORTO EN LA SALUD

Según el Programa Nacional de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social, **“los abortos son la primera causa de mortalidad materna”**³⁶ y constituyen la tercera causa de todas las muertes en la mujer.

El 35.95% del total de las muertes maternas en Argentina son a causa de complicaciones de abortos inducidos. Sin embargo, este dato está basado en un subregistro, ya que las muertes por aborto son también registradas bajo el rubro de “Hemorragia del embarazo y del parto”, que se estiman alcanzan al 15% del total de las defunciones. Si agregamos la mitad de este porcentaje (7.5%) al 35.9% ya registrado como defunciones por aborto, **se obtiene un porcentaje mínimo de 43.4% de muertes maternas por causas de aborto complicado**³⁷.

Esto explicaría la alta **tasa de mortalidad materna en nuestro país que alcanza al 50 por cien mil nacidos vivos**, lo que no se corresponde con el nivel de alfabetización, atención médica y desarrollo socio económico, y, según Jorge Vinacur³⁸ *“no guarda relación con una tasa de fecundidad de valores relativamente bajos”*. **En otros países con menor infraestructura de atención en salud y con una alta proporción de parto no hospitalario se observan tasas de mortalidad maternas inferiores**, como por ejemplo Brasil que es de 44 por cien mil. **En países con buenos programas de planificación familiar y tasas de natalidad similares o levemente superiores a la de Argentina las tasa de mortalidad materna son marcadamente inferiores**, como por ejemplo Colombia (36); Costa Rica (22); Chile (36).

Costa Rica y Chile son buenos ejemplos de como los programa de planificación familiar, que sustituyen el aborto por medios preventivos de regulación de la fecundidad, logran bajar las tasas de mortalidad materna. En Costa Rica la mortalidad materna descendió de 95 por cien mil en 1970 (fecha que se inició el programa de planificación familiar) a 22 en 1992. Chile es un caso similiar, disminuyendo de 168 por cien mil en 1970, cuando se declaró que Chile tenía una verdadera “epidemia de abortos” y se instauró un programa de planificación familiar, a 36 en 1993. Lo mismo se observa en Cuba que baja de 140 en 1962 a 32 en 1984.

³⁶ “Mortalidad Materna por Regiones Geográficas - Argentina 1990-1993” Análisis de Datos No. 15, junio de 1996, Ministerio de Salud y Acción Social.

³⁷ “Hacia un sistema integrado de estadísticas sobre la mujer”, INDEC 1989.

³⁸ Dr. Jorge Vinacur, Consultor del Programa Nacional de Estadísticas de Salud, citado en la publicación “La mortalidad materna por regiones geográficas - Argentina - 1990/1993, Serie 8, No. 15.

En Argentina la tasa de mortalidad materna descendió de 140 a 70 entre los años 1970 y 1981. A partir de ese momento se observa una muy leve declinación hasta un poco más de 50 por cien mil, donde se mantiene. **Las muertes maternas por complicación de abortos estarían aportando entre el 35 al 43% del total de éstas.**

La situación se agrava en algunas regiones del país, como por ejemplo en el noreste y noroeste donde **las tasas suben hasta 88.9 y 84.7** respectivamente. Si cruzamos las tasas de mortalidad materna por edad, **nos encontraremos con casos extremos de altísima mortalidad materna, como la observada en menores de 15 años en la región noroeste que alcanza a 209 por cien mil**, equivalente a la tasa de mortalidad materna de Kenya.(204) o Honduras (211).

Esto está demostrando que la **actividad sexual entre las adolescentes no sólo es una práctica común, sino que cada vez es más temprana la edad de iniciación**, exponiéndose a los riesgos de un embarazo no deseado que puede terminar en aborto.

Según señala un trabajo reciente del INDEC³⁹. las causas de muerte en la faja etaria de 15 a 19 años no presentan mayores variaciones, siendo el aborto la primera causa. En el caso de la **maternidad precoz (10 a 14 años) el riesgo de morir por ésta causa aumenta sensiblemente, lo que sumado a la práctica abortiva hace que se presenten tasas como la observada en el NOA.**

En países desarrollados las tasa de mortalidad materna no superan el 10 por cien mil (Estados Unidos), llegando a tener valores de 8 (Canadá), 7 (Noruega) o 6 muertes maternas por cien mil nacidos vivos, como es el caso de Suecia.

Según el INDEC, **el porcentaje de muertes maternas por aborto ha aumentado considerablemente a partir de la década del '70**, mientras que en el mismo período se mantuvieron o bajaron las otras causas de mortalidad.

Pero la muerte no es la única secuela de la complicación del aborto.

Un aborto inseguro puede traer como consecuencia **infecciones pélvicas, hemorragias y shock, laceraciones cervicales, perforaciones uterinas y daños a la vejiga y los intestinos.**

Según Ramos-Viladrich (1993), *“los estudios sobre mortalidad materna han mostrado que las muertes por complicaciones de aborto corresponden en su totalidad a mujeres de sectores sociales bajos que acuden a los hospitales frente a situaciones que perciben*

³⁹ “Infancia y condiciones de vida”, INDEC 1995.

críticas, y allí fallecen. También se ha comprobado que estas mujeres ingresan a los establecimientos con un estado físico-clínico que, en el marco de los procedimientos técnicos disponibles, no debería comprometer su sobrevivencia”⁴⁰.

Como es de esperarse, **las probabilidades de complicaciones es mucho más elevada si la mujer se provocó el aborto ella misma o si acudió a una persona empírica sin capacitación**, que si se lo practicó un médico, una partera o una enfermera capacitada.

Coincidente con lo expuesto por Ramos-Viladrich, los estudios realizados por The Alan Guttmacher Institute en América latina⁴¹, **señalan que el 73% de las mujeres rurales pobres se practican autoaborto o recurren a una persona no calificada, el 57% de las mujeres urbanas pobres se encuentran en la misma situación**, mientras que las mujeres urbanas con mayores recursos, en un 90% recurren a un médico o personal debidamente calificado.

Las estadísticas internacionales señalan que **1 de cada 3 a 5 abortos inducidos practicados por personal no especializado, requiere hospitalización**. A medida que el “proveedor” mejora su técnica, esta proporción desciende 1 para cada 10.

Las tasas de mortalidad por aborto están estrechamente vinculadas al tipo de maniobra abortiva realizada y a quien la practica. Según el CDC de Atlanta, **la muerte por aborto legal en los Estados Unidos es de 1.4 por cada 100.000 abortos**. Como contrapartida, Rochat y colaboradores estiman que la **relación muerte/aborto llega a 500 cada 100.000 cuando éste es practicado de manera ilegal**⁴².

Según el Dr. Carlos Vaga⁴³, médico de un área rural, *“la mayoría de los abortos complicados se observan en menores de 20 años que no tienen medios económicos ni posibilidades de recurrir a un médico, ya que si el aborto estuviera bien hecho no tendría porque complicarse. Lamentablemente quienes los practican son comadronas o médicos “aborteros”, que se convierten en médicos marginales y muchas veces no cuentan con los elementos necesarios para la operación. A un médico ginecólogo con experiencia no tiene porque complicarse ningún aborto”*.

La experiencia de la Dra. Liliana Piterbarg⁴⁴, ginecóloga de una institución privada de zona urbana que atiende clientela de nivel medio y alto, es totalmente opuesta ya que los casos de complicaciones de aborto que llegan a internarse al Instituto son mínimos,

⁴⁰ El subrayado es nuestro.

⁴¹ “Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana”, The Alan Guttmacher Institute, New York 1994.

⁴² Citado por Paxman y colaboradores en el trabajo ya mencionado.

⁴³ Dr. Carlos Vaga, Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Pinamar.

⁴⁴ Dra. Liliana Piterbarg, ginecóloga del Instituto del Diagnóstico de La Plata.

“aunque existen, a pesar de que quienes los practican son reconocidos médicos de la ciudad que poseen clínicas muy bien montadas, con todo los elementos necesarios”.

Estos casos confirman lo expresado por Checa-Rosemberg que dicen que: *“los abortos clandestinos practicados en buenas condiciones sanitarias, en clínicas o consultorios privados y con altos costos económicos, son un recurso fácilmente accesible para las mujeres educadas de clase media y alta. Por el contrario, los casos de abortos inducidos que requieren hospitalización, debido a cuadros patológicos como hemorragias e infecciones, con consecuencias muchas veces irreversibles, incluyendo la muerte, corresponden a mujeres de los estratos sociales más carenciados, más desprotegidas, con escaso caudal de educación e información, con o sin pareja estable”.*

Para el Population Council⁴⁵, **los riesgos para la vida y la salud de la mujer son mucho mayores cuando el aborto es practicado por personas sin experiencia o en condiciones antihigiénicas, como es con frecuencia el caso de los abortos ilegales en nuestro país.** Además del estado general de salud de cada mujer⁴⁶, cuatro son los factores principales que determinan la mortalidad y morbilidad del aborto:

- la técnica empleada
- la habilidad del “proveedor”
- la duración del embarazo
- la facilidad de acceso y la calidad de las instalaciones médicas para tratar las complicaciones del aborto

En teoría, la mayor mortalidad y morbilidad de los abortos ilegales se deben atribuir a las diferencias en estos cuatro factores.

Hemos visto hasta aquí los problemas que el aborto complicado acarrea a la salud de la mujer. Pero **esto no se reduce a un hecho individual sino que también tiene un importante impacto en la economía y la salud pública.**

⁴⁵ “Interrupción del embarazo: Complicaciones del aborto en los países en desarrollo”. Population Report, serie F, No. 7, mayo 1981.

⁴⁶ Para Checa-Rosemberg el deficiente estado nutricional que se observa en muchas mujeres internadas en los hospitales por causas de aborto, obedecen a las mismas causas exógenas que en muchos casos provocan la decisión del aborto y que favorece el círculo vicioso de desnutrición-infección.

7. IMPACTO ECONOMICO

En términos de salud pública **el aborto cuesta, en nuestro país, alrededor de \$57.000.000 anuales, es decir que se gastan más de \$150.000 diarios en atención de abortos complicados.**

Según el Population Report⁴⁷ *“las complicaciones del aborto ilegal no sólo pesan sobre la mujer individual sino también sobre las instituciones médicas y sobre la sociedad en general. El tratamiento de las complicaciones del aborto consume cantidades considerables de recursos escasos, camas hospitalarias, suministro de sangre y el tiempo de personal médico capacitado. En algunos países en desarrollo el costo en tratar las complicaciones del aborto representa hasta el 50% de los presupuestos de los hospitales de maternidad”.*

A los gastos que le demanda a la Salud Pública la atención de abortos complicados en los establecimientos públicos, se le debe sumar el dinero movilizado en Argentina por maniobras abortivas en manos de profesionales privados o de personal empírico.

Con fines investigativos podemos asumir que la proporción de abortos practicados en buenas o malas condiciones podría ser la que se detalla a continuación:

- **el 50% de los abortos se realizan en condiciones adecuadas**
- **el 40% en malas condiciones**
- **el 10% restante necesita sólo un mínimo de atención** (autoaborto sin complicaciones)

Según los datos obtenidos por nosotros, que coinciden con los de otros investigadores, el costo por aborto practicado por un médico con infraestructura adecuada se encuentra en un rango que va desde los \$ 600 a los \$1.500.

Debe tenerse en cuenta que los costos presentados corresponden a abortos realizados en buenas condiciones de higiene y asepsia y por personal profesional capacitado, que

⁴⁷ Obra ya citada.

brinda a sus pacientes una buena atención, por lo que no deben esperarse complicaciones, sino en números poco significativos.

Fuera del campo médico, un aborto autoprovocado o realizado por personas empíricas con ramitas de perejil, agujas, sondas, etc. tiene un costo promedio de \$200⁴⁸. En estos casos las condiciones de higiene y asepsia en que son practicados harán que un porcentual muy alto de ellos, que oscila entre el 20 y 30%, tengan complicaciones.

SALUD PUBLICA Y COSTOS DEL ABORTO COMPLICADO

Los gastos que demanda la internación por aborto han sido difíciles de calcular. Pocos de nuestros entrevistados pudieron aportar datos precisos, ya que **en sus respectivos hospitales no se han intentado calcular esos costos.**

En otra de las informaciones recogidas hubo bastante coincidencia y fue cuando se estimó **el tiempo de internación en alrededor de 6 días** (Ponte 6.2 a 6.3; Barbato 7.4; Gurrucharri 7; Paniagua y Lardizabal 5.74; Ramos 5). Debe tenerse en cuenta que se está hablando de un **promedio que se compone de los casos de abortos que solamente necesitan de un legrado y una mínima internación** (Paniagua/Lardizabal 1.4 días) **hasta los casos de alta complicación que pueden demandar más de dos semanas** (Gurrucharri 14 días)⁴⁹.

Estos datos no coinciden con lo reportado por Pablo Lavín para Chile⁵⁰, que encontró valores menores ya que **estima que el promedio de internación es de 3.21 días**. Este promedio se desagrega en: aborto espontáneo 2.5 días; posiblemente inducidos 2.6; probablemente inducidos 4.4; ciertamente inducidos 5 días. Los llamados “terapéuticos” alcanzan a 6.8 días. Sin embargo los estudios realizados por el Population Report se acercan más a los hallazgos para Argentina, ya que **estima un promedio de**

⁴⁸ “Prensario 1994: El aborto en los medios gráficos”, obra ya citada.

⁴⁹ En el momento que entrevistamos a la Dra. Graciela Sabbaga, Jefa del Servicio de Ginecología del hospital Tránsito Cáceres de Allende de Córdoba, tenía un caso de una mujer de 21 años con aborto complicado por perforación uterina y trombosis venosa profunda que llevaba 20 días de internación y que debería estar controlada por los próximos 6 meses.

⁵⁰ “Informe preliminar sobre la caracterización de los casos y costos del tratamiento del aborto hospitalizado en Santiago de Chile”, Pablo A. Lavín, publicado por Universidad Externado de Colombia, 1994.

internación de 2 o menos días en el caso de abortos incompletos, por lo general espontáneos, y 7 días en casos de abortos complicados.

Los costos de atención están desagregados en:

- honorarios médicos
- gastos quirúrgicos
- anestesia
- análisis de laboratorio
- pensión
- material descartable
- medicamentos
- sangre

Un dato que importa destacar es que en la gran mayoría de los servicios hospitalarios públicos, ya sean Maternidades o Servicios de Ginecología de hospitales, los elementos mencionados no abundan, reportándose gran escasez de los mismo, por lo que su empleo en casos de abortos complicados (que podrían haber sido evitados) resulta doblemente honeroso.

Dejando de lado los aspectos subjetivos del tema y pasando a los costos concretos, pudimos comprobar que en el Hospital Rawson de Córdoba, el día costo por cama (en el que se incluyen todos los rubros mencionados) es de \$150. En el estudio realizado por Paniagua y Lardizabal en el Policlínico Escuela Eva Perón de Rosario, el costo día/cama para la atención de abortos arrojó un promedio de \$ 117 (haciendo un promedio de abortos complicados y sin complicación). En el Hospital Provincial de Rosario, la Dra. Dora Bellmann⁵¹ ha estimado el costo día/cama para la atención de un aborto complicado en una adolescente en \$ 247.58. Para el Hospital Rivadavia, el cálculo del Dr. Gurrucharri es de \$ 280 diarios.

Si hacemos sacamos el promedio de **costo/día/cama**, basados en los datos disponibles, y los tomamos como válidos para todo el país, tendremos un valor de \$ 198.45, que con fines estadísticos y dada la dispersión de las fuentes, podemos estimar un margen de error de +/- 10%, con lo que el costo/día/cama puede estimar entre \$178.60 y.218.95

Las estadísticas internacionales señalan que 1 de cada 3 o cada 5 abortos ilegales mal practicados se complican y necesitarán internación⁵². Si tomamos la media de una

⁵¹ Dra. Dora Bellmann, Jefa del Servicio de Ginecología del Hospital Provincial de Rosario.

⁵² "Aborto clandestino: una realidad latinoamericana", The Alan Guttmacher Institute, 1994; "The Clandestine Epidemic: The Practice of Unsafe Abortion in Latin American", Paxman y col., Studies in Family Planning, Vol 24, No. 4, The Population Council, 1993.

complicación con internación por cada 4 abortos, debemos esperar para nuestro país un número absoluto de complicaciones de alrededor de 47.462 casos.

Estas 47.462 mujeres necesitarán 6 días de internación cuyo costo será de \$ 198.45 por día. Por lo tanto, lo que la Salud Pública deberá invertir en atender los casos de abortos complicados será:

- 47.462 mujeres x 6 días de internación x \$ 198.45 = \$ **56.513.598**

Es decir que el gasto de Salud Pública para la atención de abortos complicados, teniendo en cuenta el margen de error de +/- 10%, puede estimarse entre \$50.862.239 y 62.164.957 anuales.

No obstante, el volumen de dinero que gasta la Salud Pública para la atención de complicaciones de aborto, no es representativo de todo el problema que el mismo acarrea. Estudios reiterados en nuestro país han confirmado que entre el 30 y 40% de todas las camas públicas de ginecología están ocupadas por casos de abortos complicados⁵³, llegando en algunos casos hasta el 54% (Bellmann 1996). Por otro lado, la estadística internacional estima que entre el 10 al 12% de todas las admisiones hospitalarias son por aborto y la morbilidad inducida por el mismo consume el 46% de los presupuestos hospitalarios en los servicios de obstetricia y ginecología⁵⁴. En nuestro país, Barbato (1987), encontró en un estudio realizado en hospitales del Gran Buenos Aires que el 37% del gasto del servicio de ginecología es dedicado a las mujeres que abortan.

Asimismo, el estudio de Barbato comprobó que el 4.5% del presupuesto global de esos hospitales eran destinados al mismo fin⁵⁵.

Apunta el Dr. Gurrucharri que **“una lectura real de los costos debería extenderse a otras situaciones que en general no son contempladas, como los costos originados por faltas de días al trabajo; consecuencias posteriores sobre la vida sexual de la mujer; secuelas psicológicas y toda el tema que relaciona la práctica del aborto con la marginalidad”**.

Debe sumarse también a lo propuesto por Gurrucharri el costo social y humano que representa el **hijo abandonado**, que podría caracterizarse como un **“aborto tardío”** o

⁵³ AAPF; Checa-Rosemberg; Olivares; Paxman y col.; Prensario 1994; etc.

⁵⁴ Dr. Jorge Villarreal, “La prevención del aborto”, citado en “Siete preguntas críticas a siete expertos en planificación familiar” de Marcio Ruiz Schiavo y Luis Aller Atucha, Editorial Europa, Brasil 1989.

⁵⁵ “Aborto inducido: epidemiología y profilaxis”, Cuadernos Médicos Sociales No. 42, Asociación Médica de Rosario, diciembre 1987.

“extrauterino”⁵⁶, del que en el segundo semestre de año 1996 hemos tenido varios episodios en Argentina, que van desde niños recién nacidos dejados sobre un techo (Córdoba), abandonados en una caja en un terreno baldío (Provincia de Buenos Aires) o arrojados a la basura (Capital Federal).

A principios de los años ‘70, BEMFAM, la asociación brasileña de planificación familiar afiliada a la IPPF, realizó una campaña de educación y motivación hacia la planificación familiar bajo el lema **“El hijo deseado nunca será abandonado”**⁵⁷. La misma campaña fue implementada en Argentina a principio de los años 1980 por la AAPF. En ambas campañas se hacía mención al tema del “aborto tardío” o extrauterino.

El tema alarma y preocupa ya que para combatir el aborto existen acciones preventivas que no están siendo puestas en práctica.

El problema es de real la magnitud, pero existen posibilidades de solución.

⁵⁶ “Pedagogía de la Sexualidad Humana: Una aproximación ideológica y metodológica”, Luis María Aller Atucha, 1991.

⁵⁷ El slogan fue ideado y fundamentado por el Prof. Octavio Rodríguez Lima, Titular de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Federal de Río de Janeiro y Director de la Maternidad; al mismo tiempo, el Prof. Rodríguez Lima fue Fundador y Presidente de BEMFAM. La campaña fue diseñada e implementada por Luis María Aller Atucha y Marcio Ruiz Schiavo. Pocos años más tarde, Luis María Aller Atucha implementó una campaña similar, aunque de menor envergadura, para la Asociación Argentina de Protección Familiar y fundamentó la teoría del “aborto extrauterino” como producto de un embarazo no deseado.

8. SOLUCIONES PROPUESTAS ANTE EL ABORTO

Para poder proponer soluciones frente al aborto debemos dilucidar qué razones mueven a las mujeres a **sufrir el estrés y correr el peligro de un aborto inseguro e ilegal** en lugar de tener un hijo no deseado.

Los factores sociales y sus interrelaciones, las causas y efectos del aborto, hace que nos planteemos las siguientes preguntas:

- ¿Por qué aborta la mujer?
- ¿Qué otras alternativas tiene una mujer que se enfrenta a un embarazo indeseado?
- ¿Por qué hoy en día, que existen métodos anticonceptivos relativamente seguros y de fácil empleo, el embarazo indeseado y el aborto sigue siendo un hecho común?

El aborto, con toda su carga de sufrimiento humano, injusticia y explotación, **no es otra cosa que la culminación clara y dramática de un embarazo indeseado** que no ha encontrado ninguna otra alternativa de solución.

Deberíamos preguntarnos qué clase de presiones llevan a una mujer, que desde niña fue educada casi exclusivamente para ser madre, a **violar una norma impuesta por la cultura y la sociedad** que, escudándose en la separación biológica de los sexos, asignó al varón toda suerte de tareas y responsabilidades y a la mujer casi la relegó al papel de la reproductora de la especie.

La mujer que aborta no debe ser estudiada en forma abstracta ni como un ser aislado, sino como **producto resultante de un medio sociocultural específico donde ella ha nacido y crecido predestinada a la maternidad**⁵⁸.

⁵⁸ Esta introducción ha sido tomada del libro “Sexualmente irreverentes” de Luis Maria Aller Atucha y Marcio Ruiz Schiavo, Editorial COMUNICARTE, Brasil 1994

Según los hallazgos del estudio sobre aborto, realizado por The Alan Guttmacher Institute que hemos citado varias veces, las razones más comúnmente mencionadas por la mujer por las cuales se decidió por un aborto fueron:

- la mujer no puede permitirse tener y criar un hijo, porque ella o su compañero reciben un bajo salario, tienen trabajos inestables, están desempleados o son estudiantes;
- la relación de la mujer con su compañero no es estable ni suficientemente sólida, como para que la pareja abrigue la posibilidad de tener y criar hijos juntos, o porque al enterarse del embarazo, el hombre deja de prestarle apoyo emocional y económico,
- la mujer o la pareja han tenido todos los hijos que desean o, desean tener un hijo pero más adelante;
- las adolescentes y las solteras embarazadas a menudo temen al rechazo de su familia y de la sociedad;
- algunas solteras jóvenes desean alcanzar cierto grado de satisfacción personal antes de ser madres;
- en alguna proporción de casos, que parece ser muy pequeña, el embarazo es el resultado de la violación o el incesto o el feto es anormal.

Algunas de las causas expuestas son de difícil solución (bajos salarios, desavenencias en la pareja) y las mismas no están al alcance de los profesionales de salud y educación. No obstante, **sea cual fuera el motivo del embarazo indeseado éste puede ser evitado a través de la prevención.**

La prevención de los embarazos indeseados es la planificación familiar, que constituye uno de los componentes importante de la salud reproductiva.

La Organización Mundial de la Salud aprobó en el Consejo Global de Políticas de la Organización (Cairo 1994) la siguiente definición:

La Salud Reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura y que gocen de plena capacidad de reproducirse y de la libertad de decidir cuándo y cuán a menudo hacerlo. Implícitamente en esta última condición están los derechos del hombre y de la mujer a ser informados y a tener libre elección y acceso a métodos de

planificación familiar que sean seguros, eficaces, de fácil alcance y aceptables, y el derecho a recibir servicios y cuidados de salud apropiados.

Sostiene Axel Mundigo⁵⁹ que “*un aborto inducido es el resultado de un embarazo no deseado que se inicia al fallar un método anticonceptivo, por ser éste mal utilizado o su empleo interrumpido, o al no usar ninguna protección para prevenir un embarazo. En efecto, no hay duda que hay una relación muy estrecha entre el aborto y la anticoncepción. Mientras más alto es el uso de métodos poco confiables como el coito interrumpido, los métodos naturales y otros llamados métodos “tradicionales”, mayor la probabilidad de un embarazo inesperado y más alto el riesgo de abortar*”.

El empleo de la anticoncepción como medio de prevención fue lo que motivó a Chile, a fines de los años ‘60, a instaurar un programa de planificación familiar extenso, a nivel nacional, con el objetivo de reducir los problemas asociados con el aborto inducido. El éxito alcanzado por el programa chileno motivó a otros países a desarrollar programas de planificación familiar a nivel oficial y/o privado.

Es evidente que los esfuerzos por poner disponibles en forma amplia métodos anticonceptivos seguros paga buenos dividendos al corto plazo. Por ejemplo, se puede comprobar que en México en 1984, por cada dólar gastado en anticoncepción, fueron ahorrados 9 dólares en gastos de maternidad y atención de abortos complicados⁶⁰.

En nuestro país, según Ramos-Viladrich “*la situación del binomio anticoncepción-aborto es poco conocida y los escasos datos disponibles permiten conjeturar una realidad social en extremo inequitativa respecto al acceso a servicios de anticoncepción y aborto y en cuanto a los riesgos que estas prácticas comportan. Para la mujeres de sectores sociales bajos, la situación de desprotección social y el mayor riesgo físico y psíquico, se manifiesta en diversos planos. En primer lugar diversos estudios han coincidido en señalar que la medicalización observable en muchos otros aspectos de la vida cotidiana de estos sectores sociales no se extienden con igual fuerza al comportamiento anticonceptivo debido fundamentalmente a los efectos de la política oficial sanitaria y poblacional y al comportamiento prescindente y pasivo de la comunidad médica frente a la cuestión anticonceptiva (Balán y Ramos, 1989; Vitale, 1992). En estos sectores, la falta de asistencia médica provoca una utilización de anticonceptivos inseguros e ineficaces que acarrea altos costos para la salud física y psíquica de las mujeres y que resulta en una presumible alta tasa de embarazos no deseados*” (Llovet y Ramos 1988).

⁵⁹ Obra ya citada.

⁶⁰ Paxman y colaboradores, obra ya citada.

El motivo principal de haber recurrido al aborto ante la ausencia de anticoncepción segura y eficaz, **es la voluntad de familia pequeña de hondo arraigo en la cultura argentina**. El número de hijos/mujer, la baja tasa global de fecundidad, al igual que la baja tasa de natalidad, demuestran que **la pareja argentina está cumpliendo con su anhelo de familia pequeña, aún en la ausencia de programas de planificación familiar**.

Ya está suficientemente comprobado que una de las maneras de lograr el bajo número de hijos deseados es recurriendo al aborto.

Estudios realizados en diversos países del mundo⁶¹ han comprobado que a nivel individual **las mujeres que están muy motivadas para controlar su fecundidad utilizarán tanto el aborto como la anticoncepción**. Este hecho facilitaría la amplia aceptación, y el éxito en Argentina, de un programa de planificación familiar efectivamente extendido en todo el país, con una oferta anticonceptiva segura y continuada y al que tengan acceso todas las clases sociales de cualquier grupo etario.

Según la experiencia internacional los beneficios de este programa se traducirían en:

- reducción de la tasa de mortalidad materna
- reducción de la tasa de mortalidad infantil
- reducción de la razón y tasa de abortos
- reducción de los gastos relacionados al aborto provocado

En cuanto a la reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil son numerosos los trabajos publicados al respecto. Desde las experiencias ya clásicas de Harlow, a los estudios de Viel en Chile, es profusa la literatura existente. Tal vez la más importante y reciente sea la publicación del Population Reference Bureau “La planificación Familiar Salva Vidas” con estudios comparativos de varios países latinoamericanos⁶².

Respecto a la reducción de la razón de abortos, Gaslonde sostiene que **la diferencia entre el uso de anticonceptivos eficaces contra menos eficaces posibilitaría evitar 6.4 abortos por cada 100 mujeres que emplean métodos pocos eficaces y 7.8**

⁶¹ Corea, Brasil, Israel, Taiwán, Filipinas, Singapur, Turquía y Estados Unidos; citado por el Population Report serie F, No. 7, 1981.

⁶² Entre los trabajos más importantes se pueden citar: “La Planificación Familiar Salva Vidas” y “Seguridad de los anticonceptivos: Rumores y realidades” publicados por el Programa IMPACT del Population Reference Bureau, 1988; los libros del Dr. Benjamín Viel: “La explosión demográfica: Cuántos son demasiados”(1966), “Crecimiento de la población de Europa y las Américas” (1978), “Más calidad o cantidad de vida en Chile”(1986); “Perinatalidad, crecimiento y desarrollo en el Perú” AMIDEP (1985); “Hacia hijos mejores” Osvaldo Quijada Cerdá (1988); “Women ... a world survey”, Ford Foundation y Carnegie Corporation (1985), etc.

abortos por cada 100 mujeres que no emplean ningún método anticonceptivo (ver la fórmula utilizada para calcular la razón de aborto en el capítulo 5).

Tomando en cuenta los datos para Argentina, si el 50% de las 1.540.925 mujeres que emplean métodos poco seguros, adoptaran métodos altamente eficaces (anovulatorios inyectables u orales y dispositivos intrauterinos), se produciría una baja en la práctica de abortos del orden de:

$$\frac{770.462.5 \times 6.4}{100} = \mathbf{49.309 \text{ abortos}}$$

Siguiendo el mismo razonamiento, si a través de un programa de planificación familiar se lograra que el 50% de las mujeres que no usan ningún métodos usaran métodos eficaces, se produciría una baja en el número de abortos practicados de:

$$\frac{770.462.5 \times 7.8}{100} = \mathbf{60.096 \text{ abortos}}$$

Esto demuestra que con el incremento de la prevalencia anticonceptiva en 25 puntos, lo que llevaría a una prevalencia de alrededor de 53%, que no es difícil de alcanzar ya que continuaría siendo baja en relación a otros países latinoamericanos (Costa Rica, Colombia, Chile, México, Brasil que se encuentran por arriba del 65%) **se evitarían 109.405 abortos, por la que la razón y la tasa de abortos en Argentina disminuiría en un 20%.**

Si hemos establecido que el **costo promedio para la atención de abortos complicados de \$ 1.190** (6 días de internación a razón de \$ 198.45 por día) al evitar mediante la planificación familiar 109.405 abortos y asumiendo que 1 de cada 4 de ellos se va a complicar y necesitará atención hospitalaria, se produciría un ahorro en Salud Pública de:

$$27.351 \times \$ 1.109 = \mathbf{\$ 30.332.536}$$

Si se invirtiera el 25% de esa cifra (\$ 7.583.134) en un programa nacional de planificación familiar no sería utópico pronosticar que se lograrían las metas.

El camino ya es conocido. Solo falta la decisión para empezar a recorrerlo.

9. PROSPECTIVA

La situación proyectada sobre el problema del aborto en Argentina no es optimista.

El cruzamiento de algunas variables permite trazar un panorama en el cual **el número de abortos inseguros estaría aumentando**, con las consecuencias esperables tanto en la salud de la mujer, como en los gastos e indicadores de salud pública.

Basamos esta apreciación en el cruzamiento de tres variables:

- baja del número absoluto de nacimientos por año
- disminución de la venta de anovulatorios
- aumento de la pobreza y marginalidad

En 1980 se registraron 697.461 nacidos vivos en nuestro país, cuando contaba con una población de 28.200.000. Trece años más tarde, con casi 5.000.000 más de habitantes, el número de nacidos vivos descendió para 667.518. Esto significa que en una población que tenía 1.200.000 más de mujeres en edad fértil, se produjeron 29.943 nacimientos menos.

La Tasa de Natalidad⁶³ para 1980 fue de 24.7. En 1993, cuando la población sobrepasó los 33.000.000, la Tasa de natalidad había decrecido para 19.8.

La tendencia observada entre los años 1986 a 1993, en el número absoluto de nacidos vivos fue⁶⁴:

| | |
|-------|---------|
| 1986- | 675.388 |
| 1987- | 668.136 |
| 1988- | 680.605 |
| 1989- | 667.058 |
| 1990- | 678.644 |
| 1991- | 694.776 |
| 1992- | 678.761 |
| 1993- | 667.518 |

⁶³ La Tasa de Natalidad indica el número de nacidos vivos por mil habitantes en un determinado año.

⁶⁴ Analizamos estos años ya que la última publicación de la Secretaría de Salud es la No. 71 del año 1995 y presenta datos solamente hasta 1993.

Puede notarse que pese a algunos picos de crecimiento poblacional, **el número absoluto de nacidos vivos tiene una tendencia decreciente**, lo que se acentúa a partir del año 1991.

Esto es más notorio en Capital Federal que a partir del año 1986 presenta una marcada tendencia decreciente, teniendo en el año 1993 el número más bajo de nacimientos desde 1980.

| | |
|-------|--------|
| 1986- | 46.264 |
| 1987- | 45.173 |
| 1988- | 45.156 |
| 1989- | 44.898 |
| 1990- | 41.118 |
| 1991- | 39.703 |
| 1992- | 39.546 |
| 1993- | 39.155 |

No obstante el decrecimiento en la Tasa de Natalidad, la población de Capital Federal aumentó de 2.922.829 habitantes en 1980 a 2.965.403 en 1991 (Censo del año 1991), por lo que no se puede atribuir la baja de nacimientos a menor población. Con estos valores, la Tasa de Natalidad para Capital Federal que era 16.2 en 1980, decreció a 13.4 en 1991.

Este mismo fenómeno se observa en la Provincia de Buenos Aires, donde el decrecimiento de nacidos vivos fue de 235.980 del año 1990 a 216.091 en 1993, habiendo bajado la Tasa de Natalidad de 18.5 a 16.7 entre 1990 y 1993.

Al mismo tiempo que **la Tasa de Natalidad va decreciendo**, curiosamente, al contrario de lo que se debería esperar, **también decreció la venta de anticonceptivos**. Según los datos aportados por Fontana⁶⁵ la venta de unidades de anovulatorios decreció en un 2.5% entre 1994 y 1995 y la tendencia de 1996 se mostró también decreciente, alcanzando al 4.53% (doce meses acumulados de junio a junio).

Al cruzar la cantidad de anovulatorios vendidos anualmente (con leve decrecimiento) con la cantidad de mujeres en edad fértil (con crecimiento vegetativo positivo), podemos constatar que la proporción “anovulatorios/mujer en edad fértil” presenta una tendencia en baja.

En tercer lugar, en el contexto de ajuste y recomposición socio-económica del momento actual argentino, donde la tasa de desempleo ha aumentado, al igual que la pobreza, hará

⁶⁵ Jorge Fontana, Product Manager Control Fertilidad de Schering Argentina, ya citado.

que cada vez menos mujeres puedan pagar por abortos seguros. Al mismo tiempo, ese contexto reforzará el deseo (o la necesidad) de constituir familias pequeñas.

Si la oferta anticonceptiva y de programas de planificación familiar no mejora en forma ostensible, es lógico esperar un aumento del número de abortos, especialmente en los estratos menos favorecidos, con las consecuencias de complicaciones que ya se han descrito.

Otro tema a considerar, que probablemente también aumentará la práctica abortiva, es la sexualidad precoz observada en el grupo etario de 10 a 19 años, especialmente en la faja de 10 a 14. Según las estadísticas de la Secretaría de Salud, el número de nacidos vivos de mujeres entre 15 a 19 años aumentó de 90.033 en 1980 a 96.901 en 1993 (7.6%), lo que presenta una tendencia normal. Pero en la faja de menores de 15 años, para el mismo período se observa un crecimiento de 2.767 a 3.261 (17.8%). Es decir que el embarazo de adolescentes, aumentó un poco más del doble en la faja de 10 a 14 años en comparación con la franja 15 a 19.

Una investigación realizada por el Centro de Estudios Perinatólogicos de Rosario avala esta tendencia, ya que para el año 1990 encontró un aumento del embarazo de adolescentes del 25% al 30% del total de los embarazos producidos.

Frente a estos dos escenarios, y ante **la ausencia de una clara política oficial en materia de provisión de servicios anticonceptivos**, se debe esperar un aumento en la práctica abortiva en Argentina, por lo que las palabras del Director General de la OMS, N. Nakajima “(1990) se hacen realidad para nuestro país: *“Cientos de mujeres gestantes que ayer estaban vivas al caer la noche de hoy no llegarán a ver el día. Algunas sucumbieron al trabajo del parto porque a causa de la mala nutrición padecida durante la infancia, la estructura ósea de su pelvis era inadecuada para permitir el paso del feto. Otras murieron sobre la mesa de un abortista clandestino que trataba de poner término a un embarazo no deseado. Otras fallecieron en medio de las dolorosas convulsiones de la eclampsia, primeramente por ser demasiado jóvenes para procrear y luego por no haber recibido nunca atención pre-natal”*.

Ante esta realidad, **los programas de salud reproductiva y planificación familiar son una respuesta segura**, ya probada como exitosa en la mayoría de los países del mundo.

Buenos Aires, septiembre 1996

ANEXOS

- 1. RECOMENDACIONES PARA LA DIVULGACION**
- 2.- PROFESIONALES ENTREVISTADOS**
- 3. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

ANEXO 1

RECOMENDACIONES PARA LA DIVULGACION

A NIVEL ACADEMICO

Realización de un **“Foro de Discusión y Fijación de Políticas Frente a la Práctica del Aborto en Argentina”**, en el cual se analizarán los hallazgos del presente Estudio. Se sugiere que se invite para participar del mismo a los profesionales entrevistados que figuran en el **Anexo 2**, además de aquellos profesionales de especial interés de Schering.

El Foro tendrá 4 horas de duración (por ej de 15 a 19 horas) con una mecánica participativa. Se iniciará con una breve presentación de los hallazgos, a cargo de los investigadores, seguido de discusión abierta.

Junto con la invitación a participar, se les hará llegar a los profesionales invitados el Informe para su lectura y análisis anticipado.

Como resultado de esta actividad se podrá contar **con recomendaciones específicas avaladas por un grupo prestigioso de profesionales**, para encarar el problema del aborto en Argentina.

A NIVEL DEL CUERPO MEDICO

Envío del Informe a las Sociedades de Ginecología y Obstetricia y de Medicina Legal, como así también a otras Sociedades Médicas relacionadas a la problemática.

Envío del Informe a los Titulares de las Cátedras de Ginecología y Obstetricia de las diferentes Universidades del país y a los Jefes de Servicio de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales y Maternidades públicas.

Envío del Informe a un grupo seleccionado de médicos.

A NIVEL DE LAS AUTORIDADES SANITARIAS Y ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

Envío del informe a Secretarios y Directores de Salud de reparticiones nacionales y provinciales y a los Directores de las Organizaciones no gubernamentales que trabajen en temas afines a salud reproductiva, educación para la sexualidad, derechos de la mujer y sexología.

En caso de interés, algunas de estas autoridades, tanto del sector público como privado, pueden ser invitadas a participar del Foro.

A NIVEL DE OPINION PUBLICA

Preparación de un **“Resumen” con formato y lenguaje periodístico**, enfatizando los aspectos preventivos y los beneficios de la planificación familiar, para ser enviado a los medios de comunicación, tendiente a poner el tema en pauta a fin de que tome estado público.

ANEXO 2

PROFESIONALES ENTREVISTADOS

Dr. Walter Barbato

Jefe del Servicio de Obstetricia del Hospital Provincial del Centenario - Rosario
Profesor Titular de Obstetricia de la Universidad Nacional de Rosario.

Dr. Carlos Gurrucharri

Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Rivadavia - Capital Federal
Profesor Titular de la 2da. Cátedra de Ginecología de la UNBA
Coordinador de las Cátedras Universitarias de la UNBA en el Hospital Rivadavia.

Dra. Dora Bellmann

Jefa del Servicio de Ginecología del Hospital Provincial de Rosario.

Dr. Julio Pedrazzi

Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Argerich - Capital Federal.

Dr. Domingo Olivares

Docente Libre de Ginecología de la UNBA
Ex Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Ferroviario.- Capital Federal.

Dra. Gladis Ponte

Directora del Hospital Rawson de Córdoba.

Dr. Jorge Quiroga

A cargo del Servicio de Obstetricia del Hospital Fernández - Capital Federal.

Dr. O. Contreras Ortiz

Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital de Clínicas - Capital Federal
Profesor Titular de la Primera Cátedra de Ginecología de la UNBA.

Dr. Abraham Mirkin

Jefe del Servicio de Obstetricia del Policlínico Escuela Eva Perón - Rosario
Profesor Adjunto de Ginecología de la Universidad Nacional de Rosario.

Dr. Aníbal Nuñez De Pierro

Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Fernández - Capital Federal
Profesor Adjunto de la Cátedra de Ginecología de la Universidad de El Salvador.

Dr. Martín Nebbia

Jefe de la Unidad Internación del Hospital Argerich - Capital Federal.

Dra. Nilda Calandra

Jefa del Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich - Capital Federal.

Dra. Eugenia Trumper

Jefa del Servicio de Adolescencia del Hospital Rivadavia - Capital Federal.

Dra. Graciela Sabbaga

Jefa del Servicio de Ginecología del Hospital Tránsito Cáceres de Allende - Córdoba
Profesora Adjunta de Ginecología de la Universidad Nacional de Córdoba.

Dr. Ernesto Mercado Luna

Jefe del Servicio de Obstetricia de la Maternidad Provincial de Córdoba
Profesor Titular de Obstetricia de la Universidad Nacional de Córdoba.

Dr. Carlos R. Vaga

Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Pinamar
Presidente de la Asociación Médica de Pinamar - Buenos Aires.

Dra. Liliana Piterbarg

Ginecóloga del Instituto del Diagnóstico de La Plata - Buenos Aires.
Responsable Médica del Equipo de Adolescencia de la Fundación FIDEM - La Plata.

Lic. Susana Checa

Socióloga. Investigadora del Departamento de la Mujer del Ministerio de Salud Pública y Acción Social - Capital Federal.

Lic. Silvina Ramos

Socióloga. Investigadora del CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad) - Capital Federal.

Lic. Mónica Rosenfeld

Oficial de Proyectos de la Mujer de UNICEF - Capital Federal.

Senadora Haidé Giri

PJ, Córdoba.

Periodista Alejandra Florit

Especializada en salud y temas de la mujer del Diario LA NACION - Capital. Federal.

ANEXO 3

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Aller Atucha Luis María, “Pedagogía de la Sexualidad Humana: Una aproximación ideológica y metodológica, Editorial Galerna, Buenos Aires 1991.

Aller Atucha Luis María, Ruiz Schiavo Marcio, “Sexualmente irreverentes”, Editorial COMUNICARTE, Brasil 1994.

Banco Mundial, “Informe sobre el desarrollo mundial”, USA 1983.

Barbato Walter, “Aborto inducido: epidemiología y profilaxis”, Cuadernos Médicos Sociales No. 42, Asociación Médica de Rosario, diciembre 1987.

Cabrera R.E. y colaboradores, “Perinatalidad, crecimiento y desarrollo en el Perú”. AMIDEP, Lima 1985.

Cacopardo Alicia y colaboradoras, “El aborto clandestino en las mujeres pobres”, mimeografiado, Buenos Aires 1991.

Calandra D., del Valle E., Olivares D., Regueira C., Mormandi O., “Aborto: Estudio clínico, psicológico, social y jurídico”, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires 1973.

Cardich Rosario, Carrasco Frescia, “Desde las mujeres, visiones del aborto, nexos entre sexualidad, anticoncepción y aborto”, Population Council, Lima 1993.

Checa Susana, Rosemberg Martha, “Aborto hospitalizado: Una cuestión de derechos reproductivos, una cuestión de salud pública”, Ediciones “El cielo por asalto”, Buenos Aires 1996.

Comisión por el derecho al aborto, “Prensario 1994: El aborto en los medios gráficos”, Buenos Aires, 1994.

Cóppola Silvia, “Sobre el problema del aborto en Argentina”, Comisión por el Derecho al aborto, Buenos Aires, agosto de 1989.

Ford Foundation, “Reproductive Health Matters”, No. 2, Inglaterra 1993.

García Oscar M. y colaboradores, “Sistema Informático Perinatal: Experiencia de tres años de uso en los Hospitales Municipales de la Ciudad de Buenos Aires”, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), Buenos Aires, 1988

Gaslonde Santiago, “Análisis preliminar de algunos datos sobre aborto proveniente de encuestas en América Latina”, CELADE, Serie A, No. 118, Chile 1973.

Gomes Costa Rosely y colaboradores, “Metodologías usadas para estudiar frecuencia e cuestiones relativas ao aborto provocado: principais problemas e vantagens”, Universidad Externado de Colombia, Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social, 1994.

Gomes Ferrarotti Nydia y García Varela Carmen, “Encuesta sobre el aborto y sus variables, incluyendo métodos de planificación de familia”, Anales de la Decimatercera Sesión Científica Ordinaria de SOGBA, Buenos Aires, diciembre 1964.

González Carmen, “Aborto”, mimeografiado, publicación No. 30. Lugar de Mujer, Buenos Aires sin fecha.

INDEC, “Hacia un sistema integrado de estadísticas sobre la mujer”, Buenos Aires 1989.

INDEC, “Infancia y condiciones de vida”, Buenos Aires 1995.

Lavín Pablo A., “Informe preliminar sobre la caracterización de los casos y costos del tratamiento del aborto hospitalizado en Santiago de Chile”, Universidad Externado de Colombia, 1994.

Leger Siverd Ruth, “Women...a world survey”, Carnegie Coporation of New York, USA 1985.

Ministerio de Salud y Acción Social, .“La Mortalidad Materna por Regiones Geográficas - Argentina 1990-1993”, Análisis de Datos, Serie 8 No. 15, Buenos Aires, junio 1996,

Ministerio de Salud y Acción Social., “Indicadores de Natalidad y Mortalidad años 1980-1993”, No. 71, junio de 1995.

Mundigo Axel, “Hacia la construcción de una agenda de investigación: El reto del aborto inducido en América Latina”, Universidad Externado de Colombia, Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social, Colombia 1994.

Organización Mundial de la Salud. “Aborto espontáneo y provocado”, Serie de Informes Técnicos No. 461, USA 1970.

Organización Panamericana de la Salud, “Health of Women in the America”, USA 1985.

Paniagua Ariel, Lardizabal Jaime, “Epidemiología y costo del aborto”, mimeografiado, Policlínico Escuela Eva Perón, Rosario 1994.

Paxman John, Rizo Alberto, Brown Laura y Benson Janie, “The clandestine epidemic: the practice of unsafe abortion in Latin America”, Study in Family Planning, Vol. 24, No. 4, The Population Council, USA, 1993.

Population Reference Bureau, “Guía rápida de población”, segunda edición, USA 1991.

Population Reference Bureau, “La Planificación Familiar Salva Vidas”, IMPACT, USA 1987.

Population Reference Bureau, “Seguridad de los anticonceptivos: rumores y realidades”, IMPACT, USA 1988.

Provincia de Córdoba, Cámara de Senadores, “Proyecto de Ley de Creación del Departamento de Salud Reproductiva y Sexual”, 291/S/95.

Quijada Cerdá Osvaldo, “Hacia hijos mejores”, Serie de Ensayo Agonal, Chile 1988.

Ramos Silvina, Viladrich Anahí, “Abortos hospitalizados - Entradas y salidas de emergencia”, Documento CEDES/88, Serie Salud y Sociedad, Buenos Aires 1993.

Requena Mariano, “El aborto inducido como problema de salud pública”, CELADE, Serie A No. 57, Chile 1966.

Ross John A. y colaboradores, “Family Planning an Child Survival: 100 developing countries”, Columbia University, USA 1988.

Rozada Iris, “La situación del aborto voluntario en el Uruguay: posibles soluciones”, mimeografiado, Uruguay 1964.

Ruiz Schiavo Marcio, Aller Atucha Luis María, “Siete preguntas críticas a siete expertos en planificación familiar” Editorial Europa, Brasil 1989.

Sadik Nafis, “Population: The UNPFA experience”, UNPFA, USA 1984.

Seager Joni, Olson Ann, "Women in the World - An international Atlas", Pluto Press Project, USA 1986.

The Alan Guttmacher Institute, "Aborto clandestino: Una realidad latinoamericana", New York, USA, 1994.

The John Hopkins University, "Interrupción del embarazo: Complicaciones del aborto en los países en desarrollo", Population Report, serie F, No. 7, USA, mayo 1981.

Viel Benjamín, "Crecimiento de la población de Europa y las Américas", PROFAMILIA, Colombia 1988.

Viel Benjamín, "La explosión demográfica: ¿cuántos son demasiados?", Editorial Pax -. México, tercera edición 1973.

Vinacur Jorge y colaboradores, "Mortalidad Materna en Areas Seleccionadas en 1985", Programa Nacional de Estadística de Salud - Ministerio de Salud y Acción Social, Serie 8, No.13, Buenos Aires 1992.