

# LAS CIFRAS DEL ABORTO EN LA ARGENTINA

---

EL DEBATE EXIGE DATOS PRECISOS Y EVIDENCIA  
EMPÍRICA DE FUENTES VÁLIDAS.



# ¿CUÁNTOS ABORTOS SE REALIZAN EN LA ARGENTINA?

SE ESTIMAN ENTRE  
**370.000 Y 520.000**  
ABORTOS POR AÑO.

- ▶ Hay más de 1 aborto cada 2 nacimientos.
- ▶ La estimación es de 2005.
- ▶ El estudio fue solicitado por el Ministerio de Salud de la Nación y realizado por las demógrafas S. Mario y A. Pantelides<sup>1</sup>
- ▶ Se utilizaron dos metodologías validadas internacionalmente.<sup>2</sup>

## LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO NO PRONOSTICA UN NÚMERO MAYOR DE ABORTOS.

▶ **DONDE LAS LEYES SON RESTRICTIVAS, LA MAYORÍA DE LOS ABORTOS SON INSEGUROS.**<sup>3,4</sup>

Según evidencia reciente, los países donde el aborto está totalmente penalizado o sólo permitido por riesgo para la vida, las tasas de abortos inseguros o poco seguros son mayores a las de los países con leyes más permisivas.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Silvia M y Pantelides A. (2009). Estimación del aborto inducido en Argentina. Notas de Población. Año XXXV, N87, Cepal. Santiago de Chile. Disponible en <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/12842>

<sup>2</sup> Una metodología es la propuesta por S. Singh y D. Wulf (basada en una expansión del número de los egresos hospitalarios por complicaciones de aborto) y la otra es la sugerida por J. Johnston y K. Hill (que relaciona la fecundidad real con la fecundidad potencial, la prevalencia de uniones, el uso de métodos anticonceptivos, de abortos y de infertilidad postparto).

<sup>3</sup> Ver página 90 de Organización Mundial de la Salud (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud - 2 ed. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf?ua=1)

<sup>4</sup> Grimes D et al. (2006). Unsafe abortion: the preventable pandemic. Lancet, Volume 368, No. 9550, p1908-1919, 25 November.

<sup>5</sup> Ganatra B, et al. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. Lancet; 390: 2372-81 Published Online September 27, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4)

La tasa de mortalidad materna por aborto disminuyó luego de reformas legales más permisivas en Uruguay<sup>6</sup>, Rumania post dictadura de Ceaușescu<sup>7</sup> y Guyana<sup>8</sup> por ejemplo.

► **LAS TASAS DE ABORTO SON MÁS BAJAS EN LAS SUBREGIONES CON NORMAS MÁS PERMISIVAS.**<sup>9 10</sup>

Ejemplos de los cambios normativos sobre la disminución de las tasas de aborto pueden observarse en los países de Europa del Este a partir de las décadas de 1980-1990 (Albania, Bulgaria, Estonia, Eslovenia, Latvia y Rumania).<sup>11</sup>

## ¿CUÁLES SON LAS CONSECUENCIAS DEL ABORTO INSEGURO?

El aborto realizado en condiciones inseguras puede afectar la vida y la salud física, emocional y social de las mujeres y de su entorno cercano.

Las complicaciones físicas de los abortos inseguros incluyen hemorragias, infecciones y otras más severas como el shock séptico o la lesión de órganos internos.

<sup>6</sup> Briozzo L et al (2016). Overall and abortion-related maternal mortality rates in Uruguay over the past 25 years and their association with policies and actions aimed at protecting women's rights. *Int J Gynaecol Obstet.* Aug;134 Suppl 1:S20-3. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020729216302454>

<sup>7</sup> Stephnson P et al. (1992). Commentary: The Public Health Consequences of Restricted Induced Abortion. Lessons from Romania. *Am J Public Health.* October; 82(10): 1328-1331.

<sup>8</sup> Arthur J. (2010). Yes, Legalizing Abortion Does Save Women's Lives. Abortion Rights Coalition of Canada. <http://www.arcc-cdac.ca/action/legalizing-abortion-saves-lives.html>

<sup>9</sup> Sedgh G, Singh S, Shah I, Ahman E, Henshaw, S, Bankole A (2012). Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet*, 19 de enero. London, New York, Beijing.

<sup>10</sup> WHO (2011). *Unsafe abortion estimates Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008* -6th ed.

<sup>11</sup> Levine PB, Staiger D. (2004). Abortion policy and fertility outcomes: the Eastern European experience. *Journal of Law and Economics*, XLVII:223-243.

## MUERTES POR ABORTOS INSEGUROS

Las muertes por abortos inseguros en Argentina representan el **17%** del total de las muertes maternas<sup>12</sup> en el trienio 2014-2016.

La muerte por abortos inseguros es la primera causa individual de muerte materna en la Argentina **desde 1980.**<sup>13</sup>

2 de cada 10 de las mujeres fallecidas por causas maternas murieron por abortos inseguros: **47 mujeres por año.**

Desde la recuperación de la democracia se han muerto **3030** mujeres por abortos inseguros.

**La despenalización del aborto reduce la mortalidad y la morbilidad materna.**  
En Uruguay, desde la legalización del aborto, el porcentaje de muertes por esta causa **descendió de 37% a 8%.**

## ENFERMEDAD POR ABORTOS (MORBILIDAD MATERNA)

En el 2013<sup>14</sup>, **49.000** mujeres se internaron en los hospitales públicos por problemas relacionados con el aborto.<sup>15</sup>



**135** mujeres por día.

2 de cada 10 tenían 19 años o menos. 3 de cada 10 tenían entre 20 a 24 años.

<sup>12</sup> Defunción materna es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Fuente: Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud (2003). «5.8 Estándares y requerimientos para los informes relacionados con la mortalidad materna». Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Washington C.D. (EE. UU.), p. 139-140.

<sup>13</sup> Ver Anuarios de Estadísticas Vitales - Información básica. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

<sup>14</sup> Último dato disponible. Ministerio de Salud de la Nación (2015). Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico - 2013. Serie 11 No. 14

La utilización del misoprostol por parte de profesionales de la salud y las mujeres ha disminuido las complicaciones de procesos de aborto y de esa manera menos mujeres recurren a los hospitales por complicaciones.<sup>16 17</sup>

El Programa de Interrupción Legal del Embarazo de la Ciudad de México ha atendido, desde su creación en 2007,

**191.356 mujeres**

sin reportar complicaciones.<sup>18</sup>

## ¿CÓMO HA FUNCIONADO EL ABORTO LEGAL POR CAUSALES?

Desde 1922 el Código Penal establece aborto legal por las siguientes causales: **peligro para la vida, peligro para la salud y violación**. Sin embargo, el acceso a estos abortos ha sido prácticamente nulo hasta recientes años y aún persisten profundas barreras de acceso y amplias desigualdades geográficas.

<sup>15</sup> Muchas mujeres concurren al hospital ante temores o sospechas de una complicación del aborto. La información de la que se dispone proviene de la sistematización de la información de las internaciones e indica la cantidad de mujeres que fueron internadas por aborto (incluye desde abortos legales a complicaciones de abortos en general) en los servicios de salud públicos (hospitales).

<sup>16</sup> El uso de las drogas actualmente recomendadas por la OMS para la realización de abortos con medicamentos (la mifepristona y el misoprostol) mejora las condiciones de acceso a un aborto seguro pues permite realizarlo más temprano y con menos riesgos.

<sup>17</sup> Guttmacher Institute. Abortion in Latin America And the Caribbean. Fact Sheet. August 2017. [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/ib\\_awn-latin-america.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/ib_awn-latin-america.pdf)

<sup>18</sup> <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/Interrupcion-Legal-del-Embarazo-Estadisticas-2007-2017-21-de-febrero-2018.jpg>

Actualmente 15 provincias y la Ciudad de Buenos Aires cuentan con protocolos para realizar un aborto legal por causales. Sin embargo, no todos establecen estándares y procedimientos para una atención de salud segura, de calidad y oportuna.

## 10 jurisdicciones

tienen protocolos que se adecuan a los estándares fijados por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el Fallo FAL/Medida Autosatisfactiva del año 2012 (Nación, Chaco, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, La Rioja, Misiones, Santa Cruz, Santa Fe y Tierra del Fuego).

## 7 jurisdicciones

tienen protocolos que imponen requisitos por fuera de los estándares que fija la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CABA -suspendido parcialmente por orden judicial-, Córdoba -suspendido parcialmente por orden judicial-, La Pampa, Neuquén, Provincia de Buenos Aires, Río Negro y Salta).

## 8 jurisdicciones

aún no tienen protocolos ni han adherido al protocolo del Ministerio de Salud de la Nación (Catamarca, Corrientes, Formosa, Mendoza, San Juan, San Luis, Santiago del Estero y Tucumán).

# ¿CUÁNTOS ABORTOS LEGALES SE REALIZAN EN LA ARGENTINA?

**Argentina no dispone de un sistema de estadísticas de abortos legales.**

La única información sobre aborto disponible a nivel nacional de los servicios de salud proviene de las internaciones en hospitales públicos. Los abortos se reportan en una sola categoría que comprende desde mujeres que se internan en los hospitales públicos porque perdieron un embarazo espontáneamente hasta mujeres con abortos legales o mujeres que enfrentaron distintos tipos de complicaciones (más o menos graves) derivadas de un aborto realizado en condiciones inseguras. Quedan excluidas las mujeres que recibieron atención ambulatoria y las que accedieron al efectores privados o de obras sociales.

En 2013, se registraron

**48701**

egresos por aborto.

Sólo **362** se codificaron  
como abortos legales,  
menos del 1%.<sup>19</sup>

Las limitaciones de esta fuente están dadas por su temporalidad, porque sólo incluye las mujeres que fueron internadas, por las previsiones que toman los equipos de salud al registrar dadas las sanciones sociales, entre otras.<sup>20</sup>

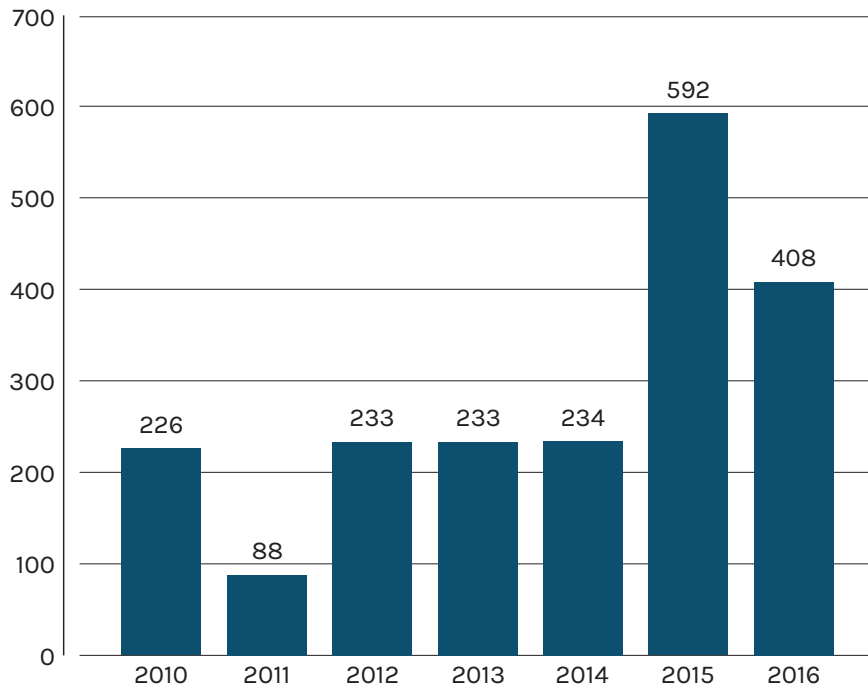
<sup>19</sup> Datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación en base a egresos hospitalarios por diagnóstico de 2013.

<sup>20</sup> Singh S, Remez L and Tartaglione A, eds., Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review, New York: Guttmacher Institute; and Paris: International Union for the Scientific Study of Population, 2010. Chapter 2.



En los últimos 7 años en la Provincia de Buenos Aires, la evolución ha sido la siguiente<sup>21</sup>:

### Abortos legales Hospitales públicos de Provincia de Buenos Aires 2010-2016



Entre los años 2010 a 2016, se internaron por abortos legales en los hospitales de la Provincia de Buenos Aires un total de **2.014 mujeres**.

En la Ciudad de Buenos Aires durante 2016 se realizaron **563 abortos en efectores públicos**: 7 de cada 10 en centros de salud y 3 de cada 10 en hospitales.<sup>22</sup>

En la Ciudad de Rosario se realizaron **450 abortos legales en instituciones públicas** durante 2016: 96% de ellos se realizaron en centros de salud.<sup>23</sup>

<sup>19</sup> Datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación en base a egresos hospitalarios por diagnóstico de 2013.

<sup>20</sup> Singh S, Remez L and Tartaglione A, eds., Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review, New York: Guttmacher Institute; and Paris: International Union for the Scientific Study of Population, 2010. Chapter 2.

Desde 2015, REDAAS (Red de Acceso al Aborto Seguro) ha implementado un registro de casos de abortos legales del que participan 11 instituciones públicas de 5 jurisdicciones del país.

El registro reúne -hasta febrero de 2018- **1545 interrupciones legales del embarazo** en esos establecimientos.

**2 de cada 10** de las mujeres que accedieron a un aborto legal tenían **19 años o menos**, y **3 de cada 10** tenían entre **20 y 24 años**.

**1 de cada 3** de las mujeres consultaron al menos en una institución más, previo a acceder a la institución que realizó el aborto, dato que muestra la poca capacidad del sistema de salud de responder apropiada y oportunamente a la demanda de atención.

# ¿POR QUÉ ABORTAN LAS MUJERES?

10 24 25 26

- ▶ Muchas mujeres y varones no tienen acceso a métodos anticonceptivos apropiados o de su preferencia, o no tienen información ni apoyo para usarlos efectivamente.
- ▶ Ningún método es 100% efectivo.
- ▶ Las altas tasas de violencia contra la mujer, incluyendo la violencia doméstica, llevan a embarazos forzados.
- ▶ Circunstancias cambiantes como el divorcio y otras crisis pueden causar que un embarazo deseado se transforme en un embarazo no deseado.
- ▶ Porque tienen un problema de salud.
- ▶ Porque están a cargo de sus hijos pequeños o de adultos mayores.
- ▶ Porque enfrentan condiciones sociales precarias.
- ▶ Por situaciones complejas en la relación con su pareja, el apoyo familiar y la inserción laboral.
- ▶ Porque el feto tiene malformaciones que son incompatibles con la vida fuera del útero.
- ▶ Por violencia sexual.
- ▶ Por coerción del entorno cercano.

<sup>21</sup> Información provista por la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/srpr/rendicion-de-cuentas/pedidos-de-informe/>

<sup>22</sup> Información provista por la Coordinación de Salud Sexual, ITS y Sida del Ministerio de Salud de CABA.

<sup>23</sup> Información provista por la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario.

<sup>24</sup> Bankole A, Singh S, Haas T. Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries. Int Fam Plann Perspect 1998; 24: 117-27. <https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/1998/09/reasons-why-women-have-induced-abortions-evidence-27-countries>

<sup>25</sup> López Gómez ... [et al.] (2015). Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia; compilado por Silvina Ramos. - 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES ; Mexico, DF : Population Council ; Lima : Promsex.

<sup>26</sup> <http://larevuelta.com.ar/category/aborto-legal/relatos-socorristas/>

# ¿CÓMO SE HACE UN ABORTO CON ALTOS ESTÁNDARES?

Las mujeres de países desarrollados rara vez mueren de hemorragia posparto y casi nunca por un aborto, las mujeres en Argentina sí. La mayoría de estas muertes son evitables, y el misoprostol y mifepristona ayudan a prevenirlas.<sup>27 28</sup>

Los medicamentos recomendados para el aborto están en el listado de medicamentos esenciales de la OMS.<sup>29</sup>

La mifepristona junto al misoprostol son el estándar de oro para la interrupción del embarazo, pues su uso combinado tiene altísima efectividad y pocos efectos secundarios.

El misoprostol tiene varios usos obstétricos, incluido el tratamiento de la hemorragia posparto y el aborto incompleto.

La mifepristona tiene como principal uso la interrupción del embarazo. Las ventajas y seguridad de estas drogas han motivado un aumento de uso por parte de profesionales de la salud y mujeres, transformando las experiencias del aborto y disminuyendo los abortos inseguros.<sup>28 30</sup>

<sup>27</sup> Misoprostol: Instrucciones para el tratamiento de la hemorragia posparto. Gynuity Health Projects. 2017 [http://gynuity.org/downloads/clinguide\\_ifuphtreatment\\_sp.pdf](http://gynuity.org/downloads/clinguide_ifuphtreatment_sp.pdf)

<sup>28</sup> Organización Mundial de la Salud (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud - 2ed. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf?ua=1)

<sup>29</sup> El misoprostol fue incluido en 2005 para inducción del parto y aborto con medicamentos. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69102/1/a87410\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69102/1/a87410_spa.pdf). Posteriormente, el 17th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines (2009) [http://www.who.int/selection\\_medicines/committees/expert/17/application/misoprostol/en/](http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/application/misoprostol/en/) lo incluyó para tratamiento de aborto incompleto y hemorragia.

**90 países registraron el misoprostol** para al menos uno de sus usos obstétricos y muchos también la mifepristona (Estados Unidos, Canadá, países de Europa, Uruguay, México y Colombia).<sup>31 32</sup>

---

**En la Argentina el misoprostol sólo está registrado para una sola indicación en ginecología y obstetricia: la maduración del cuello uterino** pese a que es una droga segura, eficaz, costo-efectiva, y de alta aceptabilidad.

---

La falta de aprobación de la mifepristona y del misoprostol para el aborto priva a las mujeres y profesionales de la salud de una de las formas más seguras y efectivas para interrumpir el embarazo.<sup>28</sup>

<sup>30</sup> Ipas (2017). Actualizaciones clínicas en salud reproductiva. D. Brahmi (editora). Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas.

<sup>31</sup> [http://gynuity.org/downloads/biblio\\_ref\\_lst\\_mife\\_sp.pdf](http://gynuity.org/downloads/biblio_ref_lst_mife_sp.pdf) y [http://gynuity.org/downloads/map\\_miso\\_sp.pdf](http://gynuity.org/downloads/map_miso_sp.pdf)

<sup>32</sup> Zurbriggen R y Romero M (2017). Mifepristona y misoprostol en seis países de América Latina: procesos de registro y disponibilidad. CLACAI. Lima: Promsex. <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/1000>

[www.redaas.org.ar](http://www.redaas.org.ar)

 Redaas

