

# El aborto provocado en condiciones de riesgo emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay.

## Situación actual e iniciativas médicas de protección materna

*Dres. Leonel Briozzo<sup>1</sup>, Gonzalo Vidiella<sup>2</sup>, Beatriz Vidarte<sup>3</sup>, Gustavo Ferreiro<sup>4</sup>, José Enrique Pons<sup>5</sup>, José Carlos Cuadro<sup>6</sup>*

### Resumen

*En este artículo se evalúa el impacto del aborto provocado en condiciones de riesgo como causa de mortalidad materna a nivel internacional y nacional. Se revisan además las principales estrategias para disminuir la mortalidad vinculada al aborto en condiciones de riesgo. Por último, se propone reflexionar sobre algunas líneas de acción, en el contexto legal vigente en Uruguay, para disminuir la mortalidad materna vinculada a esta causa en nuestro país.*

**Palabras clave:** ABORTO INDUCIDO.  
FACTORES DE RIESGO.  
MORTALIDAD MATERNA.  
URUGUAY.

### Importancia del problema

#### *Mortalidad materna por aborto provocado en condiciones de riesgo*

En todo el mundo mueren aproximadamente 585.000 mujeres por año como consecuencia del embarazo y parto, lo que significa más de 1.600 muertes diarias de mujeres en edad reproductiva, es decir entre 15 y 49 años.

La mortalidad materna se distribuye de manera muy desigual en el mundo. Los estudios de seguimiento epidemiológico de este grave problema sanitario indican desde cifras de más de 1.000 muertes maternas cada 100.000 embarazos en algunos países de África y Asia, hasta menos de 29 muertes maternas cada 100.000 embarazos en América del Norte y Europa Occidental<sup>(1)</sup>.

Las causas más importantes de mortalidad materna a nivel mundial son, por orden de frecuencia, la hemorragia, las causas indirectas (aquellas causas de muerte que coinciden con la presencia de un embarazo), las infecciosas, las causas vinculadas directamente con el aborto provocado en condiciones de riesgo, las causas vinculadas con los estados hipertensivos, por complicaciones propias del parto, y otras<sup>(2)</sup>.

La inmensa mayoría de las muertes maternas se vincula a embarazos no deseados (estimados en 75 millones por año). Así en los países subdesarrollados, 25% a 33% de la mortalidad materna corresponde a causas vinculadas con embarazos no deseados, lo cual determina que la mortalidad vinculada con el embarazo y el parto se transforme en la causa principal de muerte en las mujeres de entre 15 y 49 años<sup>(3)</sup>. Los embarazos no deseados frecuentemente son producto de falla o de falta de métodos anticonceptivos. Muchos de estos embarazos no deseados terminan en aborto provocado, transformándose de hecho el aborto

1. Profesor Adjunto de la Clínica Ginecotocológica "A". Facultad de Medicina. Universidad de la República.

2. Médico Ginecotocólogo. Ex residente Clínica Ginecotocológica "A".

3. Médico Ginecotocólogo. Jefa de Residentes de la Clínica Ginecotocológica "A".

4. Asistente de clínica. Clínica Ginecotocológica "A".

5. Profesor Director de la Clínica Ginecotocológica "A". Facultad de Medicina. Universidad de la República.

6. Profesor Director de la Clínica Ginecotocológica "C". Facultad de Medicina. Universidad de la República.

**Correspondencia:** Dr. L. Briozzo.

Juan Ramón Gómez 2978 bis. Montevideo. Uruguay.

E-mail: leobriozzo@hotmail.com

Recibido: 14/11/01.

Aceptado: 12/04/02.

en un método extendido de control de la natalidad.

El aborto provocado, es decir la interrupción voluntaria del embarazo antes de la semana 20 de gestación, se presenta jurídicamente de una forma variada que va desde la situación de total legalidad hasta la de absoluta ilegalidad. Esta situación tiene relación clara con el peso relativo que adquiere el aborto provocado como causa de mortalidad materna. Así las complicaciones por la práctica del aborto provocado, infecciosas y hemorrágicas básicamente, son causa importante de mortalidad materna en aquellos países en los que la práctica es ilegal. Contrariamente, la proporción de muertes maternas por complicaciones derivadas del aborto provocado son insignificantes en los países con una legislación más liberal con respecto a esta práctica<sup>(4)</sup>.

El factor más importante en la génesis de las complicaciones que conlleva la práctica del aborto es en qué condiciones se lo provoca. El aborto puede desarrollarse en condiciones seguras para la paciente, en un contexto institucional y con personal entrenado o, por el contrario, en condiciones de riesgo. Analizaremos brevemente las características principales de esta práctica en una y otra situación.

#### *Aborto provocado en condiciones de riesgo*

El aborto provocado en condiciones de riesgo es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquel procedimiento realizado para terminar un embarazo no deseado practicado por personas que carecen de las calificaciones necesarias, o practicado en un ambiente sin las mínimas condiciones de seguridad médicas, o ambos<sup>(3)</sup>.

Según datos de la OMS se realizan 20.000.000 de abortos anualmente. La misma organización estima que a nivel mundial una de cada ocho muertes maternas se debe a complicaciones relacionadas con el aborto inducido. Este porcentaje trepa a un tercio de las muertes maternas en algunos países del mundo subdesarrollado<sup>(5)</sup>. Particularmente en algunas ciudades de América Latina, la mitad de las muertes maternas se produce por abortos en condiciones de riesgo<sup>(6,7)</sup>.

Entre 10% y 50% de todas las mujeres que se someten a un aborto en condiciones de riesgo necesitan atención médica para el tratamiento de las complicaciones: sepsis, hemorragias, lesiones intraabdominales y otras<sup>(5,8)</sup>.

Si se analizan las consecuencias en diferentes países y zonas geográficas que cuentan con distintos niveles socio-económico-culturales, pero también con diferentes marcos religiosos y legales, se observan diferencias. El aborto inducido en condiciones inseguras causa 30%-50% de la mortalidad materna en África y América Latina, aproximadamente entre 25%-30% en la Federación Rusa y 20% a 25% en Asia<sup>(9)</sup>.

La clandestinidad del aborto en condiciones inseguras hace que no siempre sea fácil reconocer que se está en presencia de uno, lo cual dificulta instaurar medidas profilácticas o correctivas de las complicaciones en forma oportuna. En este sentido, los informes de regiones y países son incompletos y parciales.

En África, por ejemplo, se reconocen situaciones como las siguientes: en la República de Tanzania entre 34% y 57% de los ingresos en ginecología de un hospital capitano correspondían a complicaciones posaborto<sup>(10)</sup>; en Sudáfrica los abortos incompletos eran una forma de presentación común del aborto inducido bajo condiciones de riesgo, evidenciándose que 57,6% (286/514) de abortos incompletos sin elementos de infección se habían sometido cierta o probablemente a un aborto inducido<sup>(11)</sup>.

#### *Aborto provocado en condiciones seguras*

La situación en países donde el aborto es legal es diametralmente opuesta, no sólo porque se realiza en condiciones adecuadas, sino por el control posterior que se realiza siempre, ya sea en casos de procedimientos quirúrgicos como farmacológicos. En tales condiciones, según la OMS, la práctica del aborto genera menor riesgo materno que la morbimortalidad propia del proceso del desarrollo del embarazo y parto<sup>(5)</sup>.

Así, por ejemplo, en Noruega, la persistencia de restos, abortos incompletos o endometritis, se observa en menos de 5% de los casos, y directamente asociado con embarazos menores de ocho semanas de gestación o del segundo trimestre (donde no se recomienda su realización); le siguen pelvipertitonitis 1,2% y perforaciones 4,0%<sup>(12)</sup>. En Francia se informa una sola muerte en más de 100.000 abortos y cuatro casos de teratogénesis cuando no se produjo el aborto<sup>(13)</sup>. En Estados Unidos, la mortalidad es menor de 1 en 100.000 embarazos, siendo los casos de sepsis posaborto excepcionales y de buen pronóstico<sup>(14)</sup>.

#### *Seguridad en la práctica del aborto provocado: principal condicionante en la morbimortalidad materna*

Como se ve en los ejemplos expuestos, el impacto en la mortalidad materna varía dramáticamente de un país a otro, pudiendo ser desde insignificante en algunos, hasta la principal causa de mortalidad en mujeres en otros. Las estimaciones regionales de mortalidad por año se sintetizan en la tabla 1.

En resumen, y a pesar de que metodológicamente es muy problemático el cálculo de la mortalidad materna<sup>(15)</sup>, se estima que cada año se producen 75.000.000 de embarazos no deseados en el mundo, de los cuales aproximadamente 20.000.000 finalizan en aborto provocado en condiciones inseguras. De ellos 78.000 costarán la vida a las

**Tabla 1.** Muertes maternas por aborto en condiciones de riesgo en regiones seleccionadas

Región	Número de abortos en condiciones de riesgo	Número de muertes debido a abortos en condiciones de riesgo	% muertes maternas debido a abortos en condiciones de riesgo
África	5.000.000	34.000	13%
Asia	9.900.000	38.500	12%
América Latina	4.000.000	5.000	21%
Europa Oriental	800.000	500	24%
Europa del Norte	Menos de 30.000	Menos de 20	2%
América del Norte	Mínimo	Mínimo	Mínimo

Fuente: World Health Organization. Abortion: A tabulation of Available Information, 3d. edition. WHO, Geneva: 1997<sup>(5)</sup>.

pacientes y un número no determinado, pese a sobrevivir, lo hará con secuelas graves, incluida la infertilidad.

El 95% de la mortalidad por complicaciones relacionadas con el aborto provocado se da en los países subdesarrollados<sup>(5)</sup>.

Además de la mortalidad se deben considerar los impactos sociales, psicológicos y familiares en los casos que presentan complicaciones por aborto provocado en condiciones de riesgo. También es importantes el impacto económico<sup>(16)</sup>: los gastos en tiempo de internación, personal para atención, medicamentos, transfusiones, etcétera, son cuantiosos.

La cirugía radical que muchas veces requiere el tratamiento de las complicaciones del aborto provocado, sobre todo las infecciosas como la sepsis posaborto, constituye una cirugía mutilante con graves secuelas y complicaciones.

Cuando una mujer muere en estas condiciones, su familia y su comunidad sufren una considerable pérdida: las familias pierden su contribución en el manejo del hogar, la economía pierde su contribución productiva, los hijos huérfanos tienen menos posibilidades de alcanzar mayor educación y atención en salud a medida que crecen<sup>(17)</sup>.

Esta situación, pese a ser bien conocida, se mantiene sin que se instrumenten medidas adecuadas. Ello obliga a permanentes llamados de atención y reflexión, como la reciente comunicación del secretario general de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el profesor Giuseppe Benagiano<sup>(18)</sup>, la que se transcribe en el anexo 1.

### Objetivo de la revisión

La revisión que se presenta en este artículo procura por un lado evaluar cuál es la situación en Uruguay con respecto a la mortalidad materna por aborto provocado en condiciones de riesgo, y en relación a esta situación, cuáles

son las medidas que se pueden desarrollar para disminuir el riesgo de muerte y mutilación por esta entidad.

### Situación en Uruguay

#### Consideraciones generales

Uruguay no escapa a la realidad de la mayoría de los países en desarrollo, donde no existen programas de prevención del aborto en condiciones de riesgo. Varios autores han revisado el problema de la mortalidad materna en nuestro país<sup>(19-21)</sup>. La principal dificultad radica en la carencia de información correcta sobre el número de embarazos no deseados y en particular el número de interrupciones voluntarias (aborto provocado). La existencia de “clínicas” donde se practican abortos es un hecho de conocimiento público, pese a su clandestinidad, pero es desconocida la proporción de abortos provocados en ambientes que parecerían ofrecer condiciones de mayor seguridad y aquellos abortos provocados por métodos “caseros” y por personas sin ningún tipo de formación para el desarrollo de la práctica, lo cual incrementa el riesgo de sufrir daños mayores.

La falta de informes periódicos sobre la morbimortalidad por aborto en condiciones de riesgo coloca a Uruguay en el mismo nivel que otros países de la región como República Dominicana, Jamaica y Haití, según se indica en la última publicación internacional sobre causas de mortalidad materna en las Américas<sup>(22)</sup>. Esto constituye una grave carencia respecto al conocimiento de la situación epidemiológica nacional.

#### Recolección de datos

Para intentar un análisis de prevalencia de la mortalidad materna por aborto provocado en condiciones de riesgo en Uruguay, es necesario inferir datos a punto de partida en

**Anexo 1.** Memorándum del secretario general de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, Prof. G. Benaggiano, a los presidentes de las sociedades miembro, 4 de julio de 2001  
(Traducción del inglés: G. Vidiella y J.E. Pons)

*Estimados colegas:*

*Durante la reunión del Grupo Inter - Agencias sobre Maternidad Segura, realizada a principios de 2001, se acordó agregar a la agenda otro de sus mensajes de acción sobre la maternidad sin riesgos, "Prevención del embarazo no deseado y aborto en condiciones de riesgo".*

*El grupo consideró que era el momento correcto para centrarse en este mensaje de acción por un número de razones:*

- *La prevención del embarazo no deseado y el aborto en condiciones de riesgo continúa faltando en muchos, posiblemente la mayoría, de los Programas y Políticas de Maternidad Segura. La percepción general es que la mayoría de los programas nacionales de maternidad sin riesgo sigue centrándose exclusivamente en el embarazo deseado y los recién nacidos, a pesar de que se estima que de los 200 millones de embarazos anuales en el mundo, aproximadamente un tercio son no deseados. La muerte materna por aborto en condiciones de riesgo corresponde a por lo menos 13% del total de las muertes y en algunos países el aborto en condiciones de riesgo es la causa más común de muerte materna.*
- *Dado que el aborto en condiciones de riesgo continúa siendo un punto controversial y provocador en el mundo, el reconocimiento de la importancia del problema y la aceptación de incluirlo en las agendas ha aumentado sustancialmente desde la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del año 1994, tanto en las agencias miembro del Grupo Inter - Agencias, como en los gobiernos, entidades financiadoras y ONG's.*
- *El crecimiento de las investigaciones, así como el desarrollo de planes pilotos con respecto al tema aborto en condiciones de riesgo, han aportado importante cantidad de información para el análisis y un significativo cuerpo de "lecciones aprendidas" que pueden ser compartidas internacionalmente. El punto crítico ahora es idear programas especialmente diseñados, proveer guías y fundamentación, y elevarlos a los gobiernos nacionales para que los ejecuten.*

*Como parte de nuestra participación en esta reunión, a FIGO se le ha solicitado que conduzca una investigación sobre iniciativas programáticas y políticas que cualquier miembro de su sociedad pueda tener en el campo del embarazo no deseado y el aborto en condiciones de riesgo, a fin de determinar qué necesidades y opciones existen.*

*Agradecería que cualquier información relevante fuera reportada a la Secretaría de la FIGO.*

diferentes fuentes de información que están diseminadas.

En primer lugar, se recurrió a las planillas de mortalidad anualmente informadas por la División Estadística del Ministerio de Salud Pública (MSP) (clasificación de las defunciones por causa, sexo y edad del fallecido, de todo el país, excluidas las muertes fetales). Se consideró el período comprendido en el quinquenio 1995-1999 por ser el último disponible.

Se agrupó una serie de causas de muerte relacionadas con el aborto. Ellas son: aborto espontáneo, aborto inducido legalmente, aborto inducido ilegalmente, y "demás" abortos. Operativamente, este último conjunto de causas fue interpretado también como causado por el aborto provocado en condiciones de riesgo, ya que en la práctica clínica es sumamente improbable que la muerte sea causada por abortos espontáneos.

En segundo lugar, se recurrió a evaluar cuál es la situación de la mortalidad por aborto en la maternidad cuantitativamente más importante del país, la del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), donde anualmente hay aproximadamente 9.500 nacimientos (uno de cada seis nacimien-

tos en Uruguay). Las usuarias del CHPR corresponden al subsector público y pertenecen a los estratos económicos más deprivados del país (más datos sobre el CHPR se presentan en la tabla 2)<sup>(23)</sup>. La fuente de datos es el sistema de auditorías de muertes maternas del CHPR sistematizado en la base de datos del sistema informático perinatal. Se eligió el último quinquenio disponible: 1996-2001.

### *Resultados*

En el quinquenio analizado (1995-1999) las complicaciones relacionadas con el aborto provocado causaron 27,4% de las muertes maternas totales en Uruguay. En ese período se produjo un cambio de formularios: hasta 1996 se discriminaban las causas obstétricas directas de muerte materna y a partir de 1997 se comenzó a presentarlas agrupadas (tabla 3)<sup>(24)</sup>. En los únicos dos años en que se discriminan las causas obstétricas directas, sobre un total de 25 muertes maternas las complicaciones relacionadas con el aborto provocado causaron 36% de la mortalidad materna, constituyéndose, por tanto, en la primera causa de

**Tabla 2.** Características epidemiológicas principales de la maternidad del CHPR

<i>Principales indicadores materno-infantiles del año 2000</i>	
Nacimientos .....	8.573
Muertes fetal .....	135 (15,7/ 10.000)
Muertes maternas .....	1 (1/ 10.000)
Índice cesárea .....	1.393 (16,3%)
Parto prematuro .....	1.336 (15,8%)
Embarazos de adolescentes (hasta 19 años).....	2.200 (26%)
Índice de bajo peso al nacer (menor 2.500 g) .....	1.098 (12,8%)
Control prenatal:	
• Sin control .....	12.107 (12,9%)
• 1 a 4 controles .....	2.075 (24%)
• Más de 4 controles .....	5.391 (63%)

Fuente: Uruguay. Sistema Informático Perinatal - Centro Hospitalario Pereira-Rossell. Ministerio de Salud Pública, Montevideo, 2001<sup>(23)</sup>

**Tabla 3.** Mortalidad relacionada con el embarazo, parto y puerperio. Uruguay: quinquenio 1995-1999

Año	1995	1996	1997 *	1998	1999	Total (Frec. absoluta / Frec. relativa)
Aborto	5	4	4	3	1	17 (27,4%)
Causas obstétricas directas	7	7	11	6	5	36 (58%)
* Hemorragias	0	2	—	—	—	
* Estados hipertensivos	1	1	—	—	—	
* Infecciones genitourinarias	1	0	—	—	—	
* Puerperales	2	1	—	—	—	
* Otras	3	3	—	—	—	
Causas obstétricas indirectas	2	0	2	5	0	9 (14,5%)
Total	14	11	17	14	6	62 (100%)

\* En el año 1997 se modificó el tipo de formulario; a partir de entonces no se discriminan las causas obstétricas directas.  
Fuente: Uruguay, Ministerio de Salud Pública. División Estadística. Sistema de Mortalidad. Clasificación de las defunciones por causa, sexo y edad del fallecido, de todo el país (excluidas muertes fetales) - Uruguay, 2001<sup>(24)</sup>. Frec.: frecuencia.

muerte materna, seguida en segundo lugar por “otras causas directas de mortalidad materna” con 24%.

En el CHPR, en el quinquenio considerado se produjeron 15 muertes maternas. De ellas, siete (47%) se debieron a complicaciones de abortos en condiciones de riesgo (tabla 4)<sup>(23)</sup>. A pesar de que no podemos establecer una comparación estricta, es posible afirmar que el aborto como causa de muerte es sustancialmente mayor en el CHPR con respecto a la media nacional. Es necesario tener también en cuenta el casi seguro subregistro, dado que ni las mujeres (aun en inminencia de muerte) ni su entorno (in-

cluso después de la muerte) suelen admitir el haber realizado un aborto provocado.

#### *Análisis de los datos*

Las complicaciones emergentes del aborto provocado en condiciones de riesgo constituyen la principal causa de muerte materna tanto en todo Uruguay como en el CHPR. En el período en que se discriminaron las causas directas de mortalidad, ese primer lugar como causa de mortalidad nacional era franco. A partir de entonces su peso se dilu-

**Tabla 4.** Causas de mortalidad materna en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (Montevideo). Período 1996-2001

Año	Aborto en condición de riesgo	Causas directas			Causas indirectas	Total
		HTA	Puerperal	Otras directas		
1996	1				1	2
1997	1			1	2	4
1998	0				1	1
1999	0					0
2000	0				1	1
2001*	5	1			1	7
Total	7	1		1	6	15

HTA = hipertensión arterial  
 \* La información del año 2001 corresponde sólo al período enero-octubre.  
 Fuente: Uruguay. Sistema Informático Perinatal - Centro Hospitalario Pereira-Rossell. Ministerio de Salud Pública, Montevideo, 2001<sup>(23)</sup>

ye dado que todas las causas directas aparecen sumadas.

La información proveniente de la División Estadística del Ministerio de Salud Pública (MSP) no permite conocer cuál complicación del aborto lleva a la muerte materna. A pesar de ello, algunos hechos propios de la realidad nacional autorizan a asumir que prácticamente todas las complicaciones que llevan a la muerte son las de etiología infecciosa: el período de análisis es reciente, nuestro medio médico es pequeño, y los casos de muerte materna son rápidamente conocidos.

Los datos provenientes del CHPR conducen a afirmar que la situación se ha agravado en el año 2001. En la maternidad de dicho centro se produjeron siete muertes maternas en 2001, siendo cinco de las mismas por complicaciones debidas a aborto provocado en condiciones de riesgo. Esto hace que en el primer año del siglo XXI, 80% de las muertes maternas en el CHPR hayan sido causadas por abortos en condiciones de riesgo, y por la cuantía de esta cifra su repercusión en la mortalidad a nivel nacional es trascendente.

De acuerdo con los datos analizados, y a pesar de que los períodos de tiempo no son estrictamente superponibles, resulta claro que el riesgo de morir por complicaciones derivadas de la práctica del aborto provocado en condiciones de riesgo es mayor en las usuarias del CHPR que en el resto de la población. Esta situación tiene cierto paralelismo con la realidad mundial, donde las muertes maternas por aborto en condiciones de riesgo se observan especialmente en los países más empobrecidos. Como ya se señaló, la población asistida en el CHPR es la más empobrecida del país.

Si se compara la información internacional con la de nuestro país (tabla 5)<sup>(8,23,24)</sup> se concluye que Uruguay está

**Tabla 5.** Mortalidad materna por complicaciones relacionadas con el aborto provocado en diferentes regiones

Región – Lugar	Mortalidad materna por complicaciones relacionadas con el aborto provocado
Mundo (1)	13%
América Latina (1)	21%
Sudamérica (1)	24%
Uruguay (2) *	27,7%
CHPR (3)	47%

CHPR = Centro Hospitalario Pereira Rossell (Montevideo)  
 \* Corresponde al quinquenio 1995-1999.  
 Fuentes:  
 1) World Health Organization. Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality due to Unsafe Abortion, 3<sup>rd</sup> edition. Geneva: WHO, 1998<sup>(8)</sup>.  
 2) Uruguay, Ministerio de Salud Pública. División Estadística. Sistema Informático Perinatal. Montevideo: MSP, 2001<sup>(24)</sup>.  
 3) Uruguay. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo. Datos no publicados<sup>(23)</sup>.

ubicado en los primeros lugares, si no en el primero, en mortalidad materna por complicaciones de la práctica de aborto provocado en condiciones de riesgo.

## Discusión

Las complicaciones derivadas de la práctica del aborto provocado en condiciones de riesgo constituyen una de las principales causas de mortalidad materna en el mundo

subdesarrollado, sobre todo en aquellos países donde esta práctica es ilegal.

Existe una doble situación de riesgo. Por un lado, el riesgo derivado de una práctica sanitaria que se realiza por fuera de los sistemas de salud locales y, por otro, el riesgo derivado de las condiciones más o menos seguras en las cuales se desarrolla esta práctica.

Por un lado, la práctica del aborto provocado tiene tanto más riesgo de morbimortalidad materna cuanto más aislada del sistema de salud se desarrolla. La disminución de las complicaciones del aborto provocado en aquellos países que desarrollan estrategias de atención posaborto así lo certifican.

Por otro lado, cuanto peores son las condiciones en las que se realizan los abortos provocados, peores son las complicaciones y mayor el riesgo de muerte o mutilación, o ambas.

En Uruguay los indicadores sanitarios, aunque con diferencias en los subsectores público y privado, muestran resultados maternos desde niveles aceptables hasta muy buenos.

En nuestro país no existen estrategias de protección de la salud materna frente a la práctica del aborto provocado. En este estado de cosas, el acceso a la práctica del aborto provocado, siendo siempre en condiciones de riesgo, por no ser institucional esta práctica, tendrá mayor o menor riesgo de acuerdo con la disponibilidad económica de la usuaria/paciente. Así las prácticas de máximo riesgo: práctica de aborto por personal no calificado, prácticas autoinfligidas o en lugares carentes de las mínimas condiciones de seguridad son a las que acceden las mujeres con menor poder adquisitivo. Son estas mujeres, las más desposeídas y que se encuentran en un momento de máxima vulnerabilidad, las que contribuyen de manera preponderante a engrosar las cifras de mortalidad por aborto provocado en condiciones de riesgo.

La disponibilidad o no de recursos económicos establece entonces una diferencia marcada en cuanto a la atención sanitaria en lo que concierne a la práctica del aborto provocado en nuestro país. Se consolida así una injusticia social marcada ya que el provenir de un medio socioeconómico y cultural deficitario es, probablemente, el factor de riesgo más importante para la muerte por aborto provocado en condiciones de riesgo.

En Uruguay tenemos un sistema de atención de salud que protege, en general, eficaz y eficientemente a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Pero, ese mismo sistema deja librada a las usuarias/pacientes de menor poder adquisitivo el acceso a la práctica del aborto provocado en condiciones en las que se expone a las máximas complicaciones sin siquiera desarrollar estrategias para disminuir dichas complicaciones.

Esto ha llevado, en una perversa dinámica, a que Uru-

guay esté entre los primeros países en mortalidad materna por aborto provocado.

De manera paradójica y dramática la causa más importante de muerte materna, la muerte por complicaciones del aborto provocado en condiciones de riesgo, es la causa más evitable de muerte materna. Hay consenso mundial en considerar que el aborto en condiciones de riesgo es una de las causas de muerte e incapacidad materna más fácilmente prevenible y tratable<sup>(5)</sup>. La realidad de nuestro país, como señalaremos, permite reafirmar que esta causa de muerte es prevenible.

Para el diseño, ejecución y evaluación de los esfuerzos en política y programas en la disminución de la mortalidad materna hay consenso en que es más importante comprender por qué las mujeres mueren como consecuencia del embarazo y parto, que determinar el nivel de mortalidad materna<sup>(25-27)</sup>.

### **Iniciativas médicas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo**

#### *Revisión de las recomendaciones internacionales para disminuir la muerte por aborto provocado en condiciones de riesgo*

Frente a la situación de la mortalidad materna en el mundo, en el año 1987 se desarrolló una iniciativa sanitaria bajo la denominación de Safe Motherhood (Maternidad segura) patrocinada por Family Care International, una organización no gubernamental (ONG) con gran presencia como referente sanitario, y copatrocinada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). Este grupo lanzó una iniciativa global por una maternidad sin riesgo con el fin de mejorar la salud materna y disminuir el número de muertes a la mitad, fijándose el año 2000 como plazo para el logro de ese objetivo. En el marco de esa iniciativa se desarrolló la declaración sobre los Servicios indispensables para una maternidad sin riesgo, instando a que los mismos estén disponibles para la población a través de una red de proveedores de salud<sup>(3)</sup>.

Estos servicios incluyen:

- Educación comunitaria sobre maternidad sin riesgo.
- Cuidado prenatal y consejería, incluyendo la promoción de la nutrición materna.
- Asistencia capacitada durante el parto.
- Atención para complicaciones obstétricas, incluyendo casos de emergencia.
- Cuidados posparto.
- Asesoría, información y servicios sobre planificación familiar

- Educación y servicios de salud reproductiva para adolescentes.
- Manejo de complicaciones del aborto, cuidado posaborto e interrupciones del embarazo seguras hasta donde la ley lo permita.

En la mayoría de los países en vías de desarrollo –y también en el nuestro– se vienen concretando algunos de estos servicios, fundamentalmente aquellos relacionados con prevención del embarazo no deseado mediante el desarrollo de programas de planificación familiar, cuidado prenatal mediante el desarrollo de centros de control del embarazo y asistencia del parto por personal capacitado, así como servicios de asistencia para adolescentes.

Como se ve, la mayoría de los programas destinados a las mujeres embarazadas tiene que ver con el embarazo deseado y con el no deseado pero aceptado, y en este marco presta especialmente atención a los cuidados de las embarazadas y de los recién nacidos.

Desde el punto de vista estrictamente médico la lucha contra el aborto inseguro (como se vio, la causa más importante de mortalidad materna) responde a una normativa que se aplica en los países desarrollados, razón por la cual en esos países la mortalidad por aborto provocado es una entidad muy rara, prácticamente inexistente.

La primera aproximación surge del enfoque de salud sexual y reproductiva, basado en los derechos sexuales y reproductivos, tal como fueron adoptados por la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en El Cairo, 1994. Los derechos reproductivos incluyen el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos que se desea tener, alcanzando asimismo el estándar más alto de salud sexual y reproductiva<sup>(28)</sup>, y buscando entonces eliminar la necesidad del aborto. A pesar de ello existe la convicción de que este problema, aunque se minimice, seguirá existiendo.

Las mujeres que presenten un embarazo no deseado deberán tener acceso rápido a información confiable y orientación sensible. Incluso donde el aborto no sea legal, la mujer debe tener acceso a servicios de calidad para la consejería preaborto y también atención posaborto, educación y planificación familiar y tratamiento de las complicaciones<sup>(29-33)</sup>. En ningún caso se deberá promover el aborto como método de planificación de la familia.

Las experiencias concretas de dos países africanos demuestran que es posible disminuir la mortalidad materna por aborto provocado en condiciones de riesgo, dentro del marco legal vigente, recurriendo a cambios en la manera de actuar de los efectores de salud. En Ghana se produjo un descenso de la mortalidad a partir de 1997 tras la introducción de la atención posaborto inmediata y legítimo aspirativo manual de restos abortivos<sup>(34)</sup>. En Nigeria este objetivo se logró mediante la atención posaborto a cargo de médicos y parteras<sup>(35)</sup>.

#### *Iniciativas médicas contra el aborto provocado en condiciones de riesgo en Uruguay*

Desde la promulgación de la Ley N° 9.763, el 28 de enero de 1938, en Uruguay el aborto es considerado un delito. Independientemente de las opiniones que los autores de este artículo tienen sobre la situación legal actual, no se entrará en consideraciones jurídicas, éticas ni religiosas sobre la conveniencia o no de su modificación, ya que tales puntos desviarían el foco de atención de lo que consideramos una prioridad insoslayable en el momento actual: disminuir la mortalidad materna por abortos provocados en condiciones de riesgo en nuestro país. En este contexto surgen algunos interrogantes de trascendencia sanitaria y ética:

- ¿Qué grado de responsabilidad y de compromiso tienen los médicos cuando una mujer consulta sobre un embarazo no deseado y manifiesta su decisión de interrumpirlo?
- ¿Qué información debería darse a una mujer que, en el marco de la relación médico-paciente, plantea su intención de recurrir a la interrupción voluntaria del embarazo?
- ¿Quién debe ser responsable del manejo de dicha información y qué contenido debe tener esa información?

En nuestro país, así como en la mayoría de los países donde el aborto es ilegal, muchos integrantes del equipo de salud, incluyendo médicos, parteras y enfermeras, carecen de información fundamental sobre la legislación del aborto y no saben cómo transmitirla<sup>(7,36)</sup>. Así, muchas mujeres que manifiestan su intención de practicarse abortos son rechazadas por falta de conocimiento de los proveedores acerca de las implicancias exactas de la ley o debido a las consideraciones personales, ya sea éticas, religiosas, etcétera.

Asimismo, con frecuencia la atención médica después de un aborto es tardía o inaccesible por desinformación, falta de protocolos para la atención posterior al aborto, diagnóstico erróneo o actitudes punitivas de los proveedores de salud<sup>(16)</sup>.

El problema global del aborto provocado no será resuelto exclusivamente por los médicos en general o por los ginecólogos en particular. Para revertir esta situación hace falta, por un lado, desarrollar cambios profundos en la actitud y formación de todo el equipo de salud así como en la actitud de la comunidad. Concomitantemente se debe contar con una normativa asistencial en estos casos.

Como todo problema importante, deberá ser analizado y resuelto teniendo en consideración la opinión y necesidades de todo el espectro social que constituye nuestra nación. Pero en tanto médicos, no debemos cerrar los ojos a una trágica realidad a la espera de una tal solución. Es



nuestro deber no desatender la gravedad de la situación y reconocer que, desde el punto de vista sanitario, el eje principal sobre el que debe girar cualquier propuesta de prevención del daño es transformar al aborto provocado en condiciones de riesgo en un problema de salud. Muchos médicos y otros prestadores de asistencia sanitaria consideran el aborto provocado casi exclusivamente como un problema legal con implicancias represivas, desatendiendo el hecho de que es también –posiblemente más– un grave problema de salud, dado que constituye la principal causa de mortalidad materna. Esto ha conducido a una visión sesgada del problema.

*Normatización de la asistencia sanitaria: medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo*

Consideramos que es necesario generar un cuerpo normativo para la atención de la paciente que ha resuelto abortar o que se ha realizado un aborto, o ambos, por lo cual proponemos considerar dos momentos que rodean al aborto, cuya consideración como etapas asistenciales es no sólo legítima, sino que también se ajusta a las leyes vigentes. El aborto ilegal tiene un antes (desde la consideración de la realización del aborto a la concreción del hecho) y un después (desde la realización del aborto provocado hasta la rehabilitación completa de la mujer en los aspectos biopsicosociales). El centro de la normativa que proponemos, y a la cual denominamos medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo, es por lo tanto desarrollar medidas sanitarias tendientes a disminuir el daño provocado por el aborto provocado, implementadas antes y después de su realización.

En esta estrategia de reducción de riesgos y daños dentro del marco legal vigente, los objetivos específicos son:

1. Generar instancias eficientes, eficaces y oportunas con el objetivo de influir en la decisión de la paciente y disminuir sus complicaciones.
2. Desde el ámbito social y sanitario disminuir los efectos negativos del aborto provocado.

El núcleo de esta propuesta se centra en incrementar, hasta donde sea posible, las condiciones de seguridad en la mujer que ha decidido realizarse un aborto provocado. Lo que se puede hacer para mejorar las condiciones de seguridad se basa en:

- Educar a la comunidad acerca de la salud reproductiva y los abortos en condiciones de riesgo y promover cambios en las políticas para salvaguardar la salud reproductiva de la mujer evitando siempre el aborto como método anticonceptivo.
- Informar a la comunidad y a las pacientes que lo requieran con respecto a los riesgos del aborto en condiciones inseguras y la manera de evitarlos o por lo

menos minimizarlas. En ningún caso se podrá asesorar sobre un lugar o profesional específico para realizar el aborto provocado.

- Desarrollar una correcta evaluación clínica y paraclínica preaborto, que incluya el asesoramiento, el examen clínico, la confirmación ecográfica de embarazo intrauterino, la edad gestacional del mismo y la determinación del grupo sanguíneo de la madre, para evitar la inmunización en los casos de madres Rh (D) negativo. Descartar patología embriofetal: embarazo ectópico, huevo anembrionado, huevo muerto y retenido, etcétera (condiciones que per se son causa médica de interrupción de la gravidez y cuya detección evita que por ignorancia se recurra a maniobras de interrupción de embarazos supuestos normales).
- Desarrollar medidas de profilaxis de complicaciones preaborto mediante antibioticoterapia adecuada, en aquellas situaciones en las que el médico suponga que de cualquier manera la mujer recurrirá a un aborto.
- Mejorar la calidad y accesibilidad de la atención posaborto. En este punto es clave promocionar la consulta precoz posaborto y no esperar los síntomas de una presunta complicación (esto apunta a generar condiciones de confianza en la mujer que la induzcan a consultar sin temor; será necesario revisar en profundidad el principio de “denuncia obligatoria” de un hecho ilegal, priorizando el secreto profesional frente a estos casos).
- Brindar asesoramiento posaborto sobre métodos de maternidad elegida, anticoncepción inmediata y soporte psicológico.

Finalmente, frente al emergente sanitario que significa la mortalidad materna por aborto provocado en condiciones de riesgo, surgen otras necesidades que el cuerpo médico (y especialmente aquellos profesionales vinculados con la salud de la mujer) debe abordar. Es necesario:

- Abrir debates permanentes y científicamente acreditados sobre la mortalidad materna, sus causas biológicas pero también sus vínculos sociales, económicos y culturales.
- Reconocer que hay decisiones privadas que las debe tomar el individuo capacitado. En esta capacitación - información - educación, el papel que deben jugar los técnicos y las opiniones científicas es trascendente.
- En el marco de una sociedad democrática y pluralista como la uruguaya, procurar sustituir la constante confrontación dicotómica en torno al tema del aborto provocado, sustituyéndola por análisis que busquen soluciones realistas para los problemas de las mujeres. En este sentido se deben buscar puntos de coincidencia en pro de propuestas concretas frente a problemas también concretos.
- Generar condiciones de igualdad en la atención sanitaria de las mujeres uruguayas que no condicionen la

accesibilidad a los servicios en función del diferente nivel económico.

## Summary

The paper refers to induced abortion impact on abortion mortality at national and international levels when done in risk conditions. It also deals with main strategies to diminish abortion mortality. Some arguments to discuss how to reduce abortion mortality under Uruguayan legal current context are displayed.

## Résumé

On évalue ici l'impact de l'avortement provoqué dans des conditions de risque en tant que cause de mortalité maternelle au domaine international et national. On fait aussi une révision des stratégies adoptées pour diminuer la mortalité liée à l'avortement dans des conditions de risque. Enfin, on propose une réflexion sur des lignes d'action, depuis le contexte légal en Uruguay, afin de diminuer cette mortalité dans notre pays.

## Bibliografía

1. **World Health Organization.** Maternal Health Around the World [poster]. Geneva: WHO, 1997.
2. **World Health Organization.** Coverage of maternal Care: a Listing of Available Information. 4<sup>a</sup> ed. Geneva: WHO, 1997.
3. **Family Care International.** Safe Motherhood. New York: Family Care International, 1999.
4. **Coony P.** Abortion Policy Issues [Mapa Mundial en línea]. <<http://www.newsbatch.com/abort.htm>> [Visto:16 dic. 2001].
5. **World Health Organization.** Abortion: A tabulation of Available Information (3rd. Edition). Geneva: WHO, 1997.
6. **Eschen A.** Acting to save Womens Lives: Report of the Meeting of Partners for Safe Motherhood. Washington: World Bank, 1992.
7. **Rogo K.** Prevention of Unsafe Abortion in Africa: A Case for a Community-based Approach. In: Proceedings of the International Conference on Reducing the Need and Improving the Quality of Abortion Services. Utrecht: Stimezo, 1997.
8. **Organización Mundial de la Salud.** El aborto que ocurre en condiciones de riesgo. Ginebra: OMS, 1998.
9. **Popov R.** Family planning and induction abortion in the URSS: Basic health and demographic characteristics. Studies in Family Planning 1991; 22: 368-77.
10. **Kinoti SN.** Monograph on Complications of Unsafe Abortion in Africa. Commonwealth Regional Health Community Secretariat for East, Central and Southern Africa, Tanzania: Arusha, 1995.
11. **Jewkes RK, Fawcus S, Rees H.** Methodological issues in the South African Incomplete Abortion Study. Studies in Family Planning 1997; 28: 228-34.
12. **Sociedad Noruega de Ginecología.** Aborto séptico: Pautas. Lysaker: Asociación Médica Noruega 1997: 51-3.
13. **Drugs and Therapeutics Bulletin** (Versión en español). Interrupción del embarazo en el primer trimestre. Vol 36 N° 2 y 3. In: Noticias; SMU 1998; 97(Suppl): 130-3.
14. **Kreutner AK.** Postabortal Infections. In: Mead PB, Hager WD, Faro S. Protocols for Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology, 2<sup>a</sup> ed. Blackwell: Malden (Mass), 2000.
15. **World Health Organization.** International Classification of Diseases, 10<sup>th</sup> rev, Geneva: WHO, 1992.
16. **ANON.** Care for Postabortion Complications: Saving Women's Lives. Population Reports 1997; (10): 1-31. (Serie L setiembre).
17. **Coeytaux F.** Abortion. In: Koblinsky M, ed. The Health of Women: a global perspective. Oxford: Westview Press, 1993.
18. **Benaggiano G.** Unwanted Pregnancy and Unsafe Abortion (Memorandum to all Presidents of Members Societies). FIGO; 2001.
19. **Pienovi M.** Mortalidad materna en Uruguay. Arch Ginecol Obst 1979; 29(3): 100-12.
20. **Pienovi M, Blois, F, Rodríguez, G.** Cifras de aborto provocado en el Uruguay. Rev Urug Sexol 1987; 6(3-4): 7-19.
21. **Lauria W.** Incremento de la mortalidad materna en un determinado sector poblacional del Uruguay. [Tesis de Doctorado]. Montevideo: Facultad de Medicina, 1988.
22. **Acosta A, Cabezas E, Chaparro JC.** Present and future of maternal mortality in Latin America. Int J Gynecol Obst 2000; 70: 125-31.
23. **Ministerio de Salud Pública (Uruguay).** Centro Hospitalario Pereira Rossell. Sistema Informático Perinatal. 2001 Montevideo: Ministerio de Salud Pública, 2002.
24. **Ministerio de Salud Pública, División Estadística.** Sistema de Mortalidad. Clasificación de las defunciones por causa, sexo y edad del fallecido, de todo el país (excluidas muertes fetales). Montevideo: Ministerio de Salud Pública, 2001.
25. **Fondo de Naciones Unidas para la Infancia/World Health Organization/Fondo de Población de las Naciones Unidas.** Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services. 1997.
26. **World Health Organization.** Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: a New Approach by WHO and UNICEF. Geneva: WHO, 1996.
27. **Graham W, Campbell O.** Measuring Maternal Health: Defining the Issues. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1991.
28. **Family Care International.** Meeting the Cairo Challenge: progress in sexual and Reproductive Health - Implementing the ICPD Programme of Action. Nueva York: Family Care International, 1999.
29. **Family Care International. The Safe Motherhood Inter-Agency Group.** Plataforma de acción de la CCMM 1997. Nueva York: Family Care International, 1998.
30. **Family Care International.** Prevención y manejo del aborto que ocurre en condiciones de riesgo. Nueva York: Family Care International, 1998.
31. **Sai F.** Intervención en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Comisión Principal. El Cairo 1998. In: El aborto provocado en condiciones de riesgo. Nueva York: Family Care International, 2000.
32. **Population Action International.** Expanding Access to Safe Abortion: Key Policy Issues. Washington: Population Action International, 1993.
33. **Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.** Directrices éticas relativas al aborto provocado por razones no médicas. El Cairo, 1998. In: Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología hechas por el comité para los aspectos éticos de la reproducción humana y salud de la mujer de la FIGO. 2000.
34. **Ekwempu CC.** Uterine aspiration using the Karman cannula and syringe. Trop J Obst Gynaecol 1990; 2: 37-8.
35. **IPAS.** Promoting Improved Women's Reproductive Health in Nigeria. North Carolina: Africa Reports, IPAS, Carrboro, 1995.
36. **Henshaw S.** Abortion Laws and Practice Worldwide. In: Proceedings of the International Conference on Reducing the Need and Improving the Quality of Abortion Services. , 1997.