



Contacto:
Jessica Malter
(212) 248-1111 x2216
jmalter@guttmacher.org

Comunicado Guttmacher, Mayo 2012

Revisión de un estudio por Koch et al. sobre el impacto de las restricciones al aborto en la mortalidad materna en Chile

Antecedentes

La mortalidad materna—esto es, las muertes de mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo—está determinada por una variedad de factores. Éstos incluyen el nivel general de desarrollo de un país, la condición de las mujeres en la sociedad, la calidad y accesibilidad de los servicios de salud (incluida la atención antes, durante y después del embarazo), la capacidad de las mujeres para determinar el momento y espaciamiento de sus embarazos mediante la anticoncepción,¹ la situación legal del aborto inducido y la disponibilidad de servicios de aborto seguro (o, si éstos faltan, el acceso a una atención postaborto adecuada).²

Investigaciones anteriores han encontrado que el aborto inseguro—procedimientos realizados por un proveedor de servicios sin capacitación, en un entorno inseguro, o en ambas situaciones—está entre los principales factores que causan las muertes relacionadas con el embarazo en los países en desarrollo, lo que representa cerca del 13% de la mortalidad materna.² Está bien establecido que las subregiones con altas tasas de aborto inseguro también tienen una alta incidencia de muertes maternas relacionadas con el aborto;² y que la mortalidad relacionada con el aborto es baja o inexistente en países con leyes de aborto liberales.^{3,4}

Evaluación de un nuevo estudio de Chile

Un nuevo estudio realizado por Koch y otros afirma que la prohibición total del aborto en Chile en 1989 no condujo a un aumento en la incidencia de la mortalidad relacionada con el aborto. El estudio sostiene que “hacer que el aborto sea ilegal no es necesariamente equivalente a promover el aborto inseguro.”⁵

Sin embargo, como se detalla enseguida, el estudio tiene varias fallas conceptuales y metodológicas graves que invalidan algunas de sus conclusiones concernientes al aborto y a la mortalidad materna.

- 1. La ley de aborto de Chile anterior a 1989 ya era altamente restrictiva, por lo que en este caso no es posible derivar conclusiones sobre el impacto de un cambio de una ley liberal hacia una restrictiva:**

- Antes de 1989, el aborto era legal en Chile solamente para salvar la vida de la mujer⁶ (en ocasiones, la ley era interpretada para permitir el aborto si la salud de la mujer estaba amenazada⁷). Esto significa que en el panorama de leyes restrictivas, Chile ya figuraba entre los países en donde el aborto es altamente restringido. El endurecimiento adicional en 1989 de dicha ley, ya de antemano severa, colocó a Chile claramente en el grupo de países con las leyes más restrictivas—aquellos en donde el aborto inducido está prohibido bajo cualquier circunstancia.
- Un número relativamente pequeño de abortos legales se realizaba para salvar la vida o para proteger la salud de la mujer embarazada.⁸ Por lo tanto, no es de extrañarse (y de hecho debería esperarse) que después de que la ley de Chile se hizo más estricta en 1989, la proporción del total de abortos que eran abortos ilegales no aumentó sustancialmente.

2. **Los autores fundamentan su análisis y basan su análisis en una evidencia bastante limitada y poca fidedigna:** Los autores afirman que están usando “evidencia empírica” como base para sus argumentos acerca de la incidencia del aborto y de la mortalidad relacionada en Chile. Sin embargo, basarse exclusivamente en el sistema de registro civil y estadísticas vitales para evaluar la incidencia y las consecuencias del aborto inducido, en un contexto en donde el procedimiento está altamente restringido—y, por lo tanto, es en gran parte clandestino—es una debilidad metodológica muy seria.
- Para entender apropiadamente el impacto de una práctica clandestina, es necesario investigar mucho más a fondo. En décadas recientes se ha desarrollado una gama de métodos de investigación que utilizan fuentes de datos tales como encuestas a mujeres y encuestas a profesionales de la salud. Dichos métodos han sido revisado por expertos científicos y sus resultados han sido publicado en revistas académicas; ésto, con el propósito específico de hacer frente a las graves limitaciones de los sistemas de registro en la medición de la incidencia y consecuencias del aborto inseguro.
 - Con frecuencia, el aborto como causa de muerte se reporta erróneamente o se subestima en países en donde el procedimiento es ilegal bajo toda circunstancia o en la mayoría de las circunstancias. En Chile, es muy poco probable que las mujeres que sufren complicaciones derivadas de abortos inseguros lo admitan abiertamente debido a las posibles sanciones criminales (incluidas las condenas a prisión por haber tenido un aborto). Por la misma razón, muchas mujeres pueden no buscar ayuda médica a pesar de sufrir complicaciones relacionadas con el aborto. Así mismo, los médicos que tratan a las mujeres con complicaciones postaborto pueden reportar erróneamente (o no reportar del todo) las muertes y morbilidad derivadas del aborto inseguro, con el objeto de proteger a sus pacientes de sanciones criminales.

3. **La evidencia existente no apoya el argumento de que las leyes restrictivas de aborto carecen de un impacto negativo en la salud de las mujeres:** Además de describir la situación en cuanto a la baja mortalidad materna en Chile, los autores citan las razones de mortalidad materna bajas en Irlanda, Malta y Polonia como evidencia de que las leyes de aborto restrictivas no producen un efecto nocivo en la salud de las mujeres. Pero se sabe que las mujeres en estos países viajan a países vecinos con leyes liberales de aborto para interrumpir los embarazos no deseados o buscar atención postaborto. Además, esos países son excepciones a la regla.
- Casi todos los países que se clasifican entre los que tienen las razones de mortalidad materna más bajas en el mundo, permiten el aborto legal con base en causales amplias; y casi todos los países con las razones de mortalidad materna más altas tienen leyes de aborto altamente restrictivas.¹
 - En los países que han liberalizado sus leyes de aborto a lo largo de las pasadas dos décadas, tales como Etiopía, Nepal y Sudáfrica, la evidencia está comenzando a demostrar que las reformas a las leyes de aborto están asociadas con mejores resultados de salud materna.⁹⁻¹²
4. **Los autores subestiman la incidencia de la hospitalización por complicaciones derivadas del aborto inseguro en Chile:** Aunque esto no afecta las tendencias estimadas en la mortalidad por aborto, cabe destacar que los autores, al sobreestimar la proporción de todos los casos de atención postaborto que corresponden a los abortos espontáneos, parecen haber subestimado la incidencia de las complicaciones derivadas del aborto inducido que son tratadas en hospitales.
- Para estimar el número de casos de complicaciones derivadas de abortos espontáneos en 2001-2008, los autores dependen de una metodología no publicada y desarrollada por el primer autor*¹³ Usando este enfoque, ellos estimaron que el 88% del total de los casos de tratamiento postaborto fueron abortos espontáneos. En contraste, según un enfoque que ha sido revisado por expertos en varias ocasiones y ha sido publicado en una variedad de revistas científicas,¹⁴ solamente el 28% de los casos de aborto hospitalizados en Chile en 1990 fueron abortos espontáneos.¹⁵

Conclusión

Por las razones descritas anteriormente, el estudio de Koch y otros no altera el acervo de evidencia existente sobre el impacto de las restricciones al aborto sobre la mortalidad

* Los autores indicaron que su metodología se fundamentó en un estudio que estimó el porcentaje de todos los embarazos que representa los abortos espontáneos después de las seis semanas de gestación, estudio que igualmente incluye los abortos espontáneos muy tempranos que ocurren antes de ser reconocidos clínicamente. La pérdida temprana y espontánea de embarazos es común; y es poco probable que las mujeres que la sufren busquen atención hospitalaria. Aunque Koch y colegas no explicaron este enfoque metodológico, su dependencia de este estudio probablemente explica la enorme sobreestimación de la contribución de los abortos espontáneos a los casos de abortos atendidos en instituciones de salud.

materna. En particular, dado que las leyes de aborto en Chile ya eran altamente restrictivas antes de 1989, el estudio no demuestra que el restringir significativamente las leyes de aborto no produzca un impacto negativo en la salud de las mujeres.

Un conjunto de investigaciones, ampliamente publicadas en revistas con arbitraje, deja en claro que la disminución reciente en la morbilidad y la maternidad maternas por aborto inseguro en Chile, coincide con un mayor acceso a la anticoncepción y uso de los anticonceptivos, así como al uso de métodos de aborto clandestino menos peligrosos. El misoprostol, un medicamento que puede ser usado para inducir el aborto, está disponible de manera legal y amplia en Chile.¹⁶ Algunos grupos de mujeres han ayudado a ampliar la disponibilidad del misoprostol; y los proveedores de servicios de aborto así como las propias mujeres han estado usando el medicamento para interrumpir embarazos desde los años noventa.^{16,17} El uso de misoprostol como abortivo está asociado con un menor riesgo de consecuencias graves para la salud, comparado con el uso ilegal de procedimientos quirúrgicos y métodos tradicionales del aborto. Aún más, se considera que el misoprostol sea un importante factor para explicar la disminución de las muertes relacionadas con el aborto en las pasadas dos décadas.¹⁷⁻²⁰

Al ayudar a reducir los embarazos no planeados, los programas de planificación familiar ayudan a disminuir la necesidad de recurrir al aborto inseguro. El uso de anticonceptivos ha aumentado sustancialmente en Chile a partir de los años sesenta.²¹⁻²³ El aumento inicial en el uso anticonceptivo marcó el comienzo de una extendida disminución en la incidencia del aborto inseguro y de las hospitalizaciones relacionadas con el aborto inducido.²⁴

La evidencia relativa a leyes de aborto, aborto inseguro y salud materna indica que se podría lograr reducciones adicionales en la mortalidad y morbilidad maternas en Chile a través de estrategias como la liberalización de la ley de aborto en el país y dando a las mujeres un acceso significativo a los servicios de aborto legal y seguro.

1. Organización Mundial de la Salud (OMS) et al., *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*, Ginebra: OMS, 2012, <http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503631_eng.pdf>, consultado 21 de mayo, 2012.

2. OMS, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, sexta ed., Ginebra: OMS, 2011.

3. Henshaw SK, How safe is therapeutic abortion? en: Teoh ES, Ratnam SS y Macnaughton M, eds., *The Current Status of Gynaecology and Obstetrics Series, Vol. 5*, Carnforth, Reino Unido: Parthenon Publishing Group, 1993, pp. 31-41.

4. Grimes DA, Estimation of pregnancy-related mortality risk by pregnancy outcome, United States, 1991 to 1999, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2006, 194(1):92-94.

5. Koch E et al., Women's education level, maternal health facilities, abortion legislation and maternal deaths: a natural experiment in Chile from 1957 to 2007, *PLoS ONE*, 2012, 7(5):1-16,

<<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0036613>>, consultado 21 de mayo, 2012.

6. Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Abortion Policies: A Global Review*, Nueva York: Naciones Unidas, 2002, <<http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/doc/chiles1.doc>>, consultado 21 de mayo, 2012.

7. Sanhueza H, Family planning in Chile: a tale of the unexpected, en: Robinson WC y Ross JA, eds., *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*, Washington, DC: Banco Mundial, 2007, pp.105–120, <<http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/GlobalFamilyPlanningRevolution.pdf>>, consultado 21 de mayo, 2012.

8. Bankole A et al., Reasons why women have induced abortions: evidence from 27 countries, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(3):117–127 & 152.

9. Jewkes R y Rees H, Dramatic decline in abortion mortality due to the Choice on Termination of Pregnancy Act, *South African Medical Journal*, 2005, 95(4):250.

10. Suvedi BK et al., *Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009: Summary of Preliminary Findings*, Katmandú, Nepal: Ministry of Health, Government of Nepal, 2009.

11. Benson J et al., Monitoring safe abortion services in Ethiopia: testing a model to improve service availability, use and quality, ponencia presentada en la conferencia de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, Marrakech, Marruecos, 27 de septiembre–2 de octubre, 2009.

12. Gebrehiwot Y y Liabsuetrakul T, Trends of abortion complications in a transition of abortion law revisions in Ethiopia, *Journal of Public Health*, 2009, 31(1):81–87.

13. Koch E et al., Abortion overestimated in Latin America: a critical review, *Ginecología y Obstetricia de México*, 2012 (en prensa).

14. Singh S, Prada E y Juarez F, The abortion incidence complications method: a quantitative technique, en: Singh S, Remez L y Tartaglione A, eds., *Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review*, Nueva York: Guttmacher Institute; y París: Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población, 2010, pp. 71–98.

15. Singh S y Wulf D, Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1994, págs. 3–13.

16. Shepard B y Casas Becerra L, Abortion policies and practices in Chile: ambiguities and dilemmas, *Reproductive Health Matters*, 2007, 15(30):202–210.

17. Donoso Siña E, Reducción de la mortalidad materna en Chile de 1990 a 2000, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2004, 15(5):326–330, <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v15n5/22005.pdf>>, consultado 21 de mayo, 2012.

18. Miller S et al., Misoprostol and declining abortion-related morbidity in Santo Domingo, Dominican Republic: a temporal association, *BJOG*, 2005, 11(9):1291–1296.

19. Clark S et al., Misoprostol use in obstetrics and gynecology in Brazil, Jamaica, and the United States, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2002, 76(1):65–74.

20. Lafaurie MM y Grossman D, *El Aborto con Medicamentos en América Latina: las Experiencias de las Mujeres de México, Colombia, Ecuador y Perú*, Bogotá, Colombia: Population Council, 2005.

- 21** Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Health in the Americas, 2007, Volume II—Countries*, Washington, DC:OPS, 2007, pp.196–217,
<<http://www.paho.org/hia/archivosvol2/paisesing/Chile%20English.pdf>>, consultado 21 de mayo, 2012.
- 22.** Mundigo A, The role of family planning programmes in the fertility transition of Latin America, en: Guzmán J-M et al., eds., *The Fertility Transition in Latin America*, Nueva York: Oxford University Press, 1996, pp. 192–210.
- 23.** División de Población de las Naciones Unidas, *Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 2002*, Nueva York: Naciones Unidas, 2006, p. 126,
<http://www.un.org/esa/population/publications/wcu2002/WCU2002_Report.pdf>, consultado 21 de mayo, 2012.
- 24.** Paxman J et al., The clandestine epidemic: the practice of unsafe abortion in Latin America, *Studies in Family Planning*, 1993, 24(4):206–214.