

# Cálculo de la magnitud del aborto inducido en Paraguay. .

Laura Almirón, Héctor Arévalos, Mercedes Melian y Claudio Castro.

Cita:

Laura Almirón, Héctor Arévalos, Mercedes Melian y Claudio Castro (2017). *Cálculo de la magnitud del aborto inducido en Paraguay*. XIV Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Santa Fe.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xivjornadasaepa/32>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e7Qs/hkz>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

## XIV Jornadas Argentinas de Estudios de Población- I Congreso Internacional de Población del Cono Sur, Santa Fe 2017.

### Cálculo de la magnitud del aborto inducido en Paraguay<sup>1</sup>

Laura Almirón, Héctor Arévalos, Mercedes Melian, Claudio Castro, Camila Corvalán, Nidia Battilana<sup>2</sup>

1

#### Resumen

Esta investigación busca darle una dimensión al tema del aborto, generando estimaciones sobre los abortos inducidos, dado que la falta de mediciones que permitan visualizar la magnitud de esta práctica, representa un obstáculo para la adecuada implementación de políticas que tiendan a mejorar esta situación, ya que muchos de estos abortos, son realizados en condiciones de riesgo para la salud de la mujer. Una de las principales limitaciones para la medición radica en su situación de ilegalidad, lo que podría tener alguna incidencia en el registro del aborto provocado, tanto aquellos realizados por las mujeres, como los realizados por los proveedores de salud.

En este contexto, para calcular su magnitud dos son los métodos indirectos más utilizados, uno de ellos es el método de la incidencia de las complicaciones de aborto (MICA) desarrollado hace más de 20 años (Singh y Wulf, 1994; Singh et al 2010), el cual utiliza las percepciones de informantes calificados, y las combina con los registros de los egresos hospitalarios de complicaciones por aborto. El otro es el método residual propuesto por Johnston y Hill (1996), basado en un modelo de Bongaarts (1978 y 1982), establece que existen factores que influyen en la fecundidad llamados variables intermedias o determinantes próximos de la fecundidad, entre ellos, el aborto inducido, que se calcula de manera residual. Para este método se utilizó la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva, (CEPEP, 2009).

En este documento, se presentan los resultados generados a partir del método de la incidencia por complicaciones de aborto. La aplicación del método MICA, arrojó una estimación de 32.237 abortos inducidos para el año 2012, con una tasa de 21 abortos inducidos por cada 1.000 mujeres en edad fértil.

---

<sup>1</sup> Proyecto de investigación adjudicado al Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP), en el marco del Programa Paraguayo para el desarrollo de la Ciencia y Tecnología -PROCIENCIA- del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

<sup>2</sup> Equipo de Investigación, Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP), [dip@cepep.org.py](mailto:dip@cepep.org.py)

**Palabras clave:** estimación, aborto inducido, método de la incidencia de complicaciones de aborto.

## Introducción

El comité de ética de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), define el aborto inducido como la interrupción del embarazo mediante el empleo de medicamentos o intervención quirúrgica antes de que el producto de la concepción sea viable de manera independiente (Schenker y Cain, 1999). Cuantificar el número de abortos inducidos de manera a conocer la magnitud de este fenómeno se hace difícil, sobre todo en aquellos países donde esta práctica está penada, ya que en la mayoría de los casos estos no son reportados.

A nivel mundial se estima que entre los años 2010-2014 ocurrieron en cada año al menos 56 millones de abortos. Esto representa un incremento en comparación al periodo 1990-1994, periodo en el cual se estimaron 50 millones de abortos anuales (Guttmacher Institute, 2016). La tasa de aborto estimada a nivel mundial fue de 35 por cada 1000 mujeres en edad fértil. En lo que respecta a América Latina, se estimó una tasa de 44 abortos por mujer en edad fértil, que van desde 33 para América Central a 47 en América del Sur. En varios países de Latinoamérica, el aborto es ilegal, esto hace que contabilizarlos sea difícil, por lo que solo se cuentan con estimaciones.

En Paraguay existe poca información documentada sobre el aborto. Uno de los últimos trabajos que evidencia la incidencia de esto data del año 1986. Según Castagnino et al (1986), de un total de 714 mujeres que asistieron del programa de planificación familiar del Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP) en el año 1984, el 35% declaró haber tenido 1 o más abortos. En un estudio anterior, tras analizar las historias clínicas de 1951 pacientes que ingresaron a los servicios de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Clínicas entre los años 1961-1965, se determinó que 2 de cada 6 embarazos terminaron en aborto (Castagnino, 1968). Otros estudios hacen referencia al aborto como causa de muerte materna (Soto, 2003) y al abordaje del aborto desde el sistema penal (Soto y Moragas, 2013), enfocándose este ámbito pues en la interrupción del embarazo se encuentra penado por la ley, salvo en el caso en que la vida de la mujer corra peligro.

Más allá de estos estudios, poco se sabe del número de abortos que se realizan anualmente. Sólo se cuenta con los registros oficiales, los cuales pueden tener un grave problema de subregistro, ya que, por su carácter de ilegalidad, la mayoría de estos no llegan a los sistemas de salud.

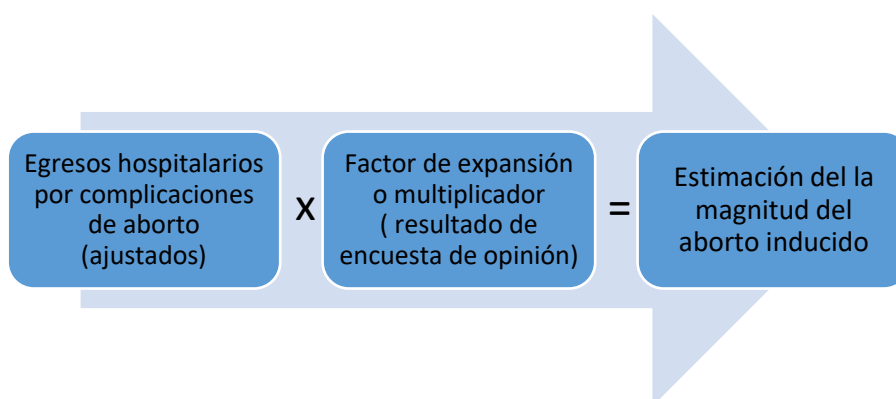
Esta investigación, tiene como objetivo estimar los abortos inducidos realizados en el año 2012 a través del método indirecto de las complicaciones por aborto (MICA), de manera a tener una estimación de la magnitud de esta práctica en Paraguay.

## Métodos y fuentes de datos:

### 1. Método de las incidencias de las complicaciones de aborto (MICA)

En el cálculo de la estimación de los abortos inducidos con el método MICA, se emplearon dos fuentes de información: los registros de egresos hospitalarios provenientes de todas las regiones sanitarias del sector público<sup>3</sup> con diagnóstico de aborto, y una encuesta de opinión aplicada a informantes calificados, con conocimientos relacionados al tema del aborto en el país.

A los egresos hospitalarios por complicaciones de aborto se les aplica un factor de expansión, generado con la información resultante de la encuesta de opinión, y esto permite estimar la magnitud del aborto inducido



**Ajuste de egresos hospitalarios:** La Dirección General de Información Estratégica en Salud (DIGIES), del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), proporcionó los datos de casos de abortos con complicaciones que accedieron al sistema de salud en 2012 (datos disponibles a la fecha del estudio) correspondientes a los registros de todas las regiones sanitarias. Se trata de una base de datos de egresos hospitalarios cuyo diagnóstico de egreso está relacionado con el aborto. Las causas de egreso que nos interesan corresponden a los

<sup>3</sup> No incluyen los sanatorios privados, Instituto de Previsión Social (IPS), Hospital de Clínicas, Sanidad Militar y Policial.

códigos de O00 a O08, del capítulo XV del Clasificador Internacional de Enfermedades (CIE-10), que contiene al grupo de “Embarazo terminado en aborto” con un total de 9.387 registros.

En el análisis de la calidad de registro de egresos, se realizaron ajustes al total de registros del sector público. Estos ajustes se hicieron en función a una revisión de los formularios que permitió encontrar casos que, si bien fueron codificados como aborto, no correspondían a casos de aborto, y en otros casos, fueron excluidos como tales, aunque efectivamente correspondían a egresos por aborto.

Primeramente, se verificó la inclusión errónea de casos de aborto sin serlo a partir de una muestra de 150 formularios, los cuales una vez identificados, fueron verificados por un profesional gineco-obstetra. De los 150 formularios, se encontró que el 6,7% de ellos habían sido codificados erróneamente, es decir, el código asignado no correspondía al diagnóstico de egreso.

Por otra parte, se realizó un estudio de casos de 60 formularios para medir la exclusión errónea. De estos, el 1,7% fue excluido cuando efectivamente el diagnóstico de egreso correspondía a un aborto, es decir, fueron clasificados como *Otros productos anormales de la concepción* (O20) y que pertenecían a los códigos entre O03-O08.<sup>4,5</sup> Otro de los ajustes realizados fue considerando el sub registro por parte del MSPyBS, que se estimó en 1,26.

Además, existe la posibilidad de que los abortos espontáneos del segundo trimestre (semanas 13-21), estén mal registrados. Juárez y Singh (2013) basándose en investigaciones de Bongaarts y Potter (1983) y de Harlap, Shiono y Ramcharan (1980) utiliza la razón de abortos espontáneos del segundo trimestre respecto a los nacimientos (3,41%) para estimar los casos de mujeres tratadas en hospitales por complicaciones de pérdidas espontáneas y excluir registros erróneamente incluidos como abortos provocados, los cuales se restan del total de egresos por complicaciones por aborto. A partir de estos ajustes, se obtiene el número estimado de egresos por abortos inducidos atendidos en establecimientos del sector público (**Cuadro 1**).

---

<sup>4</sup> Revisión de las fichas de egresos hospitalarios por aborto del año 2012 de establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

<sup>5</sup> Los códigos del O03-O08 corresponden a aborto espontáneo, médico, otro aborto, aborto no especificado, intento fallido de aborto, complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar.

**Cuadro 1**

**Paraguay:** Distribución de los egresos hospitalarios por aborto según causa y alternativa de ajuste

<b>Código CIE 10</b>	<b>Descripción</b>	<b>Datos ajustados por cobertura y mala clasificación</b>
O03	Aborto espontáneo	271
O04	Aborto médico	34
O05	Otros abortos	1.252
O06	Aborto no especificado	7.779
O07	Intento fallido del aborto	6
O08	Complicaciones consecutivas al aborto, al embarazo ectópico y al embarazo molar	45
<b>TOTAL</b>		<b>9.387</b>
<b><u>Ajustes por cobertura y mala clasificación</u></b>		
	Ajuste por inclusión errónea (6,7% del total de abortos registrados) (-)	629
	Ajuste por exclusión errónea (1,7% del total de abortos registrados) (+)	159
	Ajustes por abortos espontáneos hospitalizados del segundo trimestre: 3,41% de los nacidos vivos en establecimientos del sector público (-)	3.696
	<b><u>Subtotal de egresos hospitalarios por aborto inducido (+)</u></b>	<b><u>5.221</u></b>
	Ajuste por omisión de establecimientos del sector público 1,26% (+)	1.358
	<b>Total, de egresos hospitalarios por aborto inducido en establecimientos del sector público</b>	<b>6.579</b>

---

**Fuente:** Elaboración propia en base a datos del *Sistema de Egresos Hospitalarios (SEGHOPS)*. Dirección de Estadísticas en Salud (DES) – Dirección General de Información Estratégica en Salud (DIGIES). MSPBS, 2012.

A fin de estimar el total de abortos inducidos, se genera un factor de expansión o multiplicador en base a una encuesta aplicada a informantes calificados.

### **Cálculo factor de expansión o multiplicador**

Los egresos hospitalarios son solo la parte visible de los abortos inducidos. Es necesario encontrar un factor de expansión (multiplicador) que nos permita estimar aquellos casos de abortos inducidos que no quedan registrados, ya sea porque no se complican o porque son atendidos en establecimientos ajenos al sector público, a ese efecto, el método utilizado requiere de los resultados de una encuesta que recoja la opinión de informantes que hayan tenido experiencia en cuestiones relacionadas al aborto inducido.

**Encuesta a informantes calificados:** La encuesta de opinión a informantes calificados se realizó en base a una muestra por conveniencia, dirigida y seleccionada cuidadosamente según las características profesionales, definida por el tipo de información requerida. Se desarrolló desde el mes de setiembre a diciembre del 2016, fue respondida por un total de 55 informantes, que desarrollan sus actividades en los departamentos de Asunción, Central, Itapúa y Alto Paraná tanto en el sector público como privado, la mayoría profesionales de la salud (médicos, gineco-obstetras, Lic. en obstetricia) y por activistas de organizaciones de mujeres. **Cuadro 2.**

**Cuadro 2.** Total, y distribución porcentual de entrevistados según especialidad, 2016.

<b>Especialidad</b>	<b>N.º casos</b>	<b>%</b>
Gineco-Obstetricia	30	54,5
Licenciadas en Obstetricia	10	18,2
Gerente o administrador de programas de salud	5	9,1
Médico Clínico	3	5,5
Activista de organizaciones de mujeres	3	5,5
Investigador	2	3,6
Otro (*)	2	3,6
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

**Fuente:** CEPEP. Elaboración propia en base a la Encuesta de opinión a profesionales sobre aborto inducido en Paraguay, 2016.

(\*) *Perinatologo.Estadístico*

Si bien la encuesta a informantes de la que provienen los datos para el multiplicador corresponde al 2016, y los registros de egresos hospitalarios al 2012, consideramos que no introduciría errores a la estimación, ya que el contexto de ilegalidad que rodea al aborto sigue siendo el mismo, por lo que esta práctica, probablemente, sigue desarrollándose bajo las mismas condiciones.

El multiplicador generado nos permite, captar a aquellas mujeres que no tuvieron complicaciones, o que, si tuvieron, no recurrieron a los establecimientos de salud (es decir nunca figuraron como egresos hospitalarios). Un multiplicador alto implica que por cada mujer que acude a un establecimiento de salud por complicaciones del aborto, son más las que no lo hacen, ya sea porque no se complican o por acudir a establecimientos de salud ajenos al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

A los informantes calificados se les consultó sobre los métodos utilizados por las mujeres para realizarse un aborto y a quienes recurrirían éstas según sean pobres o no pobres. Además, qué proporción se complicaría según el método utilizado y, en caso de ocurrir, de cada 10 mujeres pobres o no pobres, cuántas recurriría a establecimientos de salud pública. El hecho de que los entrevistados en su mayoría fueran gineco-obstetras y licenciadas en obstetricia, da la pauta de que conocían estas complicaciones, ya que en general, los casos de abortos inducidos que se complican son los que llegan a los servicios de salud. Los porcentajes más altos se dan en aquellos casos en que el método utilizado es aplicado por la propia mujer o en el que interviene personal no médico y en menor proporción los realizados en condiciones más seguras.

Con la información dada por los informantes calificados se generaron multiplicadores para mujeres pobres y no pobres, ya que la literatura menciona que estas toman comportamientos distintos al momento de decidir realizarse un aborto, lo cual está basado principalmente en los recursos disponibles, y esto es lo que finalmente hace la diferencia entre un aborto con y sin complicaciones.

Para las mujeres pobres se generó un multiplicador de 2,9; lo cual implica que de cada tres mujeres pobres que se realizan un aborto, solo una queda registrada en los sistemas de salud pública, en tanto que para mujeres no pobres se calculó un factor de expansión de 5,7; es decir

que por cada seis mujeres no pobres que se realizan un aborto, solo una queda registrada.

### Tablas 1.a y 1.b

El multiplicador total fue de 4,9; el cual se obtuvo a partir de la ponderación de los multiplicadores generados para mujeres pobres y no pobres por la incidencia de la pobreza (26,9%) según la línea de pobreza, valor que nos permitirá estimar la magnitud del aborto inducido en Paraguay.

### Estimación del aborto inducido en Paraguay, 2012. Método de las incidencias de las complicaciones de aborto.

A partir de los ajustes a los egresos hospitalarios y el factor de expansión generado en base a las percepciones de los informantes calificados, se puede estimar la magnitud del aborto inducido. Se estima que para el año 2012 se realizaron 32.271 abortos inducidos, con una tasa estimada de 21 abortos inducidos por cada 1000 mujeres en edad fértil (15 a 44 años).

Mujeres en edad fértil, 2012 (a)	Nacidos vivos, 2012 (b)	Egresos por abortos inducidos ajustados (c)	Multiplicador total (d)	Estimación de abortos inducidos (e=c*d)	Tasa anual de abortos inducidos por 1000 mujeres de 15 a 44 años (f=e/a*1000)	Razón de abortos inducidos (g=e/b)
1.511.948	143.902	6.579	4,9	32.237	21	0,22

### Conclusiones

Poco se conoce sobre el aborto en Paraguay, debido a las leyes que lo restringen. El presente estudio buscó dar, de alguna manera, indicios de la magnitud del aborto inducido. El método MICA toma en cuenta los métodos y complicaciones a las que están expuestas las mujeres, según sean pobres o no pobres. Ante la carencia de un registro exacto y oficial de abortos inducidos, estos resultados ofrecen órdenes de magnitud dentro de los cuales podríamos encontrar los verdaderos valores acerca de esta práctica en el país.

### Limitaciones

Este método ha sido validado, y lleva siendo utilizado por más de 20 años en varios países para estimar el número de abortos, el mismo se basa en las opiniones de los profesionales de salud, lo que incluye un elemento subjetivo. Por lo tanto, las estimaciones ofrecen un rango del número de abortos inducidos y no así, cifras exactas.

## ANEXOS

**Tabla 1.a**

Cálculo del multiplicador para mujeres no pobres de acuerdo a la encuesta a informantes calificados

Mujeres no pobres/Proveedor	A Proporción de abortos por proveedor	B Proporción de métodos por proveedor	C = A*B	D Proporción de complicaciones asociada a cada método	C*D Proporción de abortos complicados por proveedor y método
Médicos (DyC/AMEU)		0,26	0,17	0,25	0,04
Médicos (misoprostol)	0,64	0,64	0,41	0,43	0,18
Médicos (otros)		0,10	0,06	0,58	0,04
Farmacéutico (inyectables)		0,15	0,03	0,18	0,01
Farmacéutico (misoprostol)	0,20	0,73	0,15	0,43	0,06
Farmacéutico (otros)		0,13	0,03	0,58	0,01
Proveedores informales (misoprostol)		0,15	0,00	0,43	0,00
Proveedores informales (catéter)	0,03	0,20	0,01	0,74	0,00
Proveedores informales (otros)		0,65	0,02	0,58	0,01
Autoinducción (misoprostol)		0,82	0,11	0,43	0,05
Autoinducción (otros)	0,13	0,18	0,02	0,58	0,01
<b>Proporción de casos complicados entre mujeres no pobres</b>					<b>0,42</b>

Proporción de casos complicados entre mujeres no pobres 0,42  
 Proporción de casos complicados que recurren a establecimientos del sector público entre las mujeres no pobres 0,42  
**Multiplicador para mujeres no pobres (1/ (0,42\*0,42)) 5,7**

**Tabla 1. b**

Cálculo del multiplicador para mujeres pobres de acuerdo a la encuesta a informantes calificados

Mujeres pobres / Proveedor	A Proporción de abortos por proveedor	B Proporción de métodos por proveedor	C = A*B	D Proporción de complicaciones asociada a cada método	C*D Proporción de Abortos complicados por proveedor y método
Médicos (DyC/AMEU)		0,26	0,05	0,25	0,01
Médicos (misoprostol)	0,18	0,64	0,11	0,43	0,05
Médicos (otros)		0,10	0,02	0,58	0,01
Farmacéutico (inyectables)		0,15	0,04	0,18	0,01
Farmacéutico (misoprostol)	0,28	0,73	0,20	0,43	0,09
Farmacéutico (otros)		0,13	0,04	0,58	0,02
Proveedores informales (misoprostol)	0,38	0,15	0,06	0,43	0,02
Proveedores informales (catéter)		0,20	0,08	0,74	0,06
Proveedores informales (otros)		0,65	0,25	0,58	0,14
Autoinducción (misoprostol)	0,16	0,82	0,13	0,43	0,06
Autoinducción (otros)		0,18	0,03	0,58	0,02
<b>Proporción de casos complicados entre mujeres pobres</b>					<b>0,49</b>

Proporción de casos complicados entre mujeres pobres 0,49

Proporción de casos complicados que recurren a establecimientos del sector público entre las mujeres pobres 0,71

**Multiplicador para mujeres pobres (1/ (0,49\*0,71)) 2,9**

Multiplicador mujeres no pobres	5,7
Multiplicador mujeres pobres	2,9

Valor línea de pobreza (DGEEC, 2012)	0,269
<b>Multiplicador total</b>	$5,7*(1-0,269) + 2,9*(0,269) = 4,9$

## Referencias bibliográficas

- Bongaarts, J. 1982, The fertility-inhibiting effects of the intermediate fertility variables. *Studies in Family Planning*, 13, 6/7.
- Bongaarts, J. y Potter, R. 1983. *Fertility, Biology and Behavior: An Analysis of the Proximate Determinants*, Nueva York, Academic Press.
- Castagnino, D. 1968 *Aborto provocado. Análisis de 1951 historias de pacientes que practican aborto criminal*. Asunción, CEPEP.
- Castagnino, D., Carrón, J. y Melian, M. 1986. *Aborto: Trasfondo social de un drama humano*. Asunción, CEPEP.
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). 2015. *Incidencia de Pobreza y Pobreza Extrema por departamento 1997-2015*. Fernando de la Mora, DGEEC.
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). 2015. *Proyección de la Población Nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad 200-2025. Revisión 2015*. Fernando de la Mora, DGEEC.
- Guttmacher Institute. 2016. *Aborto inducido a nivel mundial: hoja informativa*. New York, Guttmacher Institute.
- Harlap, S., Shiono, P. H. y Ramcharan, S. 1980. “A life table of spontaneous abortions and the effects of age, parity, and other variables”. En: Porgrandes ter E. B., Hocks (eds.), *Human Embryonic and Fetal Death*, Nueva York, pp. 145–158.
- Johnston, H. y Hill, K. 1996. Induced abortion in the developing world : indirect estimates. *International Family Planning Perspectives*, 22, 3.
- Mario, S. y Pantelides, E. A. (2009). Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina, Notas de Población (87). Santiago de Chile: CEPAL.
- Singh, S. y Wulf, D. 1994. Niveles estimados de aborto inducido en seis países latinoamericanos. *International Family Planning Perspectives*, 20, 1, 4-13.
- Singh, S, Prada, E. y Juárez F. 2010. “The abortion incidence complications method : a quantitative technique”. En S. Singh, L. Remez, A. Tartaglione (eds.). *Methodologies for Estimating Abortion Incidence and Abortion-Related Morbidity: A Review*. Nueva York and

París, Guttmacher Institute International Union for the Scientific Study of Population, pp. 71-97.

Soto, C. 2003. *El aborto como causa de muerte en las mujeres del Paraguay*. Asunción, Centro de Documentación y Estudios.

Soto, C. & Moragas, M. 2013. *Aborto, sistema penal y derechos humanos de las mujeres*. Asunción, Centro de Documentación y Estudios

Swcharcz, R. L., Sala S., Duverges C. 1977, *Obstetricia*. 6ta ed. Buenos Aires, Editorial El Ateneo.

WHO. 2011. *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*. 6ª ed. Ginebra, WHO.

WHO. 2016. *Preventing unsafe abortion fact sheet*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/en/>