

METODOLOGIA PARA ESTIMAR EL ABORTO INDUCIDO EN COSTA RICA

Breda Muñoz Hernández ¹

RESUMEN

Esta investigación fue realizada durante los meses de julio a setiembre de 1994. El objetivo fue plantear una metodología para estimar el aborto inducido en Costa Rica. Para ello, se recurrió a la base de datos referente a las complicaciones del embarazo por aborto, provista por el Departamento de Bioestadística de la CCSS. De la información suministrada se utilizaron variables sociodemográficas para estratificar la población femenina, según la percepción del embarazo como deseado o no deseado. Se utilizó la sintomatología reportada en los expedientes, y codificada de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades. Se definieron tres categorías de aborto inducido y una de aborto espontáneo, de acuerdo con la sintomatología reportada, las variables sociodemográficas, y la percepción del embarazo como deseado o no deseado. Se estimó la tasa de aborto inducido y la razón de aborto inducido para el período 1984-1991.

INTRODUCCION

Costa Rica es un país de gran tradición religiosa, situación que ha influido e influye todavía en la legislación vigente sobre el aborto.

El aborto inducido es considerado un delito en Costa Rica. Se castiga con prisión de seis meses a tres años, dependiendo del tiempo de gestación al momento del aborto. Únicamente no es punible el aborto inducido, que se realiza con el fin de evitar peligro a la salud y/o a la vida de la mujer (*Código Penal de Costa Rica*, arts. 119-122).

En el año 1991 se presentó un proyecto de ley ante la Asamblea Legislativa, propuesto por la Lic. Nury Vargas, por medio del cual se pretendía agregar un párrafo al art. 121 del *Código Penal*, que tipifica el aborto inducido. En el proyecto de marras, se proponía dejar impune el aborto llevado a cabo para terminar un embarazo producto de una violación o de un incesto. Este proyecto generó una gran polémica nacional. Se expusieron públicamente diferentes posiciones. Por un lado, los argumentos emanados de moralistas lo objetaban por considerar que atentaba contra la integridad

física del nuevo ser. Por otro, se defendió el derecho de la mujer a decidir sobre su propio cuerpo y se trajo a colación las distintas secuelas que sufre una mujer de víctima de violación. Aunque este proyecto de ley no tuvo mayor trascendencia en el ámbito jurídico, permitió el cuestionamiento de la verdadera situación del aborto inducido en el país.

Debido a que la práctica del aborto inducido es ilegal en Costa Rica, éste se realiza en forma clandestina, de manera que únicamente salen del anonimato aquellas mujeres que, al sufrir algún tipo de complicación como resultado del proceso abortivo, acuden a un centro médico.

Según manifestaciones de funcionarios de la Oficina de la Defensoría de la Mujer a la prensa, varias mujeres que acudieron a esa Oficina, aseguraron que el precio de un procedimiento abortivo en el país oscila entre ₡ 30.000,00 y ₡ 100.000,00 (\$ 188 a \$ 625 al tipo de cambio vigente) (Minsky, 1991:7), dependiendo del lugar y de la experiencia de quien lo ejecuta.

El conocimiento y el acceso a los lugares donde se practican abortos inducidos, -considerando el costo económico- estratifica a la población femenina demandante según su clase socioeconómica, de tal forma que las de más solvencia económica tienen la posibilidad de tener un aborto inducido seguro e higiénico, usualmente, sin complicaciones.

Por otro lado, las mujeres que no poseen los recursos económicos para solventar los costos de un proceso abortivo realizado en condiciones higiénicas y por personal especializado, acuden, usualmente, a remedios caseros o a abortos realizados en condiciones poco higiénicas y por personal no capacitado. De esta forma, estas mujeres recurren a una gran variedad de métodos abortivos, los cuales oscilan desde el té de hierbas abortificantes, los masajes abdominales, hasta la inserción de catéteres o sondas de diferentes texturas en el útero (Fernández y otros 1991:14; Paxman y otros 1993:208). Con estos métodos abortivos se pretende romper el saco amniótico y producir contracciones uterinas, iniciando, de esta forma, la expulsión del producto

¹ Asociación Demográfica Costarricense. Apdo. 10203-1000. Fax: 231-4430.

de la concepción (Paxman, 1989:208). Una vez iniciado el proceso abortivo, las mujeres, usualmente, soportan los síntomas y las complicaciones calladamente, acudiendo a remedios caseros en primera instancia, y, posteriormente, a los centros médicos, cuando la gravedad de los síntomas las hacen temer por su salud y por su vida (Barreto y otros 1992:15-16 164; The Alan Guttmacher Institute 1994:19; Population Reports 1980:106).

El temor a la sanción legal y las presiones sociales, culturales y religiosas, hacen que la mujer, al acudir al centro médico con síntomas de sangrado vaginal, niegue vehementemente un aborto inducido, y por el contrario, aduzca una "pérdida" (Barreto y otros 1992:162), convirtiéndose, de esta forma, en una fuente intencional de error en el registro del diagnóstico médico. Ante esta realidad, al personal médico de los diferentes centros de salud se le dificulta distinguir entre aborto espontáneo y el inducido, solo con base en los diagnósticos de ingreso (síntomatología de las complicaciones del aborto observadas). Por este motivo, usualmente las pacientes tratadas por complicaciones de aborto engrosan los registros de aborto espontáneo o aborto no especificado (Singh y Wulf 1993:134). De existir sospecha de un aborto inducido, el médico debe notificar a las instancias legales pertinentes, para que realicen las investigaciones del caso y se levante causa penal contra la mujer, si fuere necesario.

De esta forma, la ilegalidad del aborto inducido provoca un subregistro del mismo y una notoria clasificación errónea del diagnóstico de ingreso y egreso por complicaciones (Singh y Wulf 1993:134), lo cual incide directamente en la sobreestimación de los abortos espontáneos (Barreto y otros 1992:162).

Un indicio del subregistro existente de abortos inducidos en el país, se observa en el Cuadro No. 1, donde se presenta el total de denuncias por aborto inducido en Costa Rica, en el período comprendido entre 1983 y 1993.

Los datos disponibles para las estimaciones del aborto inducido en Costa Rica se reducen prácticamente, a los egresos hospitalarios, los cuales abarcan indiscriminadamente ambas figuras: el aborto espontáneo y el inducido.

MATERIALES Y METODOS

La discriminación entre aborto espontáneo e inducido, basada únicamente en los diagnósticos de egresos hospitalarios, es difícil. Para distinguir entre ambas figuras es necesario el desarrollo de métodos indirectos, que involucran la consideración de otras variables (The Alan Guttmacher Institute 1994:22).

Primeramente, es necesariamente una evaluación de la cobertura de los servicios de salud locales. En el caso de Costa Rica, "los servicios hospitalarios son bastante accesibles a la población" (Sección de Bioestadística

1993:3). Por este motivo, se puede descartar la posibilidad de una sobrerrepresentación, en los Centros Hospitalarios, de mujeres provenientes de las zonas urbanas o de mujeres con complicaciones por aborto muy severas.

Este artículo presenta una metodología basada en la sintomatología, reportada en el diagnóstico de egreso de la mujer que emiten las distintas entidades hospitalarias del país. Otras variables consideradas son el estado civil, edad, ocupación, período de estancia hospitalaria, consideración del embarazo como deseado o no, número de consultas prenatales y números de semanas de gestación.

Esta metodología plantea criterios similares a los propuestos por la Organización Mundial de la Salud (WHO) (WHO 1978:59).

La base de datos utilizada corresponde a los egresos hospitalarios por complicaciones de aborto a nivel nacional, y cubre el período de 1984 a 1991. La información que contiene esta base de datos se transcribe directamente del expediente médico de la paciente a un formulario denominado Boleta de Egreso por Parto o Aborto, elaborada en la Sección de Estadísticas y Registro de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social. El proceso de transcripción es llevado a cabo por codificadores experimentados de la mencionada Sección de Estadísticas y Registro de Salud.

Varias hipótesis se asumen en la aplicación de esta metodología. Una de ellas es el supuesto de que las tasas de complicaciones son mayores para el aborto inducido que para el aborto espontáneo (Belsey 1989:49-50; Population Reports 1980:115). Las complicaciones más frecuentes para el aborto ilegal son la infección, la hemorragia, sepsis, el choque séptico y laceración de órganos pélvicos (González Merlo y otros 1985: 299; Paxman, 1993:208; Benson 1985:412; Hellman y Pritchard 1973:37; Barreto, 1992:164). obviamente, el grado de complicación depende, en gran medida, del método utilizado, y de las condiciones higiénicas en que el procedimiento se ha realizado.

Otro supuesto es que la gran mayoría de casos de complicación van a los Centro de Salud (Barreto y otros 1992:162), debido a la gran cobertura que estos tienen a nivel nacional (Sección Información Biomédica, 1993:03-06).

Finalmente, Se asume poca fluctuación en el subregistro de aborto inducido con respecto al tiempo y al espacio. Esto permite la identificación de un perfil de los grupos de mujeres con alto riesgo de aborto (Gaslonde, 1976:212).

Como se mencionó con anterioridad, el diagnóstico de la hospitalización se toma directamente del expediente clínico de cada paciente y es codificado utilizando la clasificación internacional de enfermedades. De acuerdo con la misma, los siguientes códigos comprenden los casos de aborto espontáneo e inducido: (OPS 379-381).

CODIGO	DESCRIPCION
632	Feto Retenido
634	Aborto Espontáneo
635	Aborto Inducido legalmente
636	Aborto Inducido ilegalmente
637	Aborto no especificado
638	Intento fallido de aborto
640	Aborto Incompleto

Los diagnósticos codificados 635 y 636 determinan claramente la clasificación de abortos inducidos. Sin embargo, no ocurre lo mismo con los códigos restantes. Por ello, para la clasificación del diagnóstico se recurre a otro dígito, el cual hace mención a las complicaciones observadas por aborto. De esta forma, conociendo cada uno de los diferentes métodos abortivos y sus complicaciones, es posible tener una primera apreciación del número de abortos inducidos y de la incidencia del aborto ilegal, basados en el diagnóstico de egreso hospitalario.

Los códigos seleccionados por las complicaciones que describen son:

CODIGO	DESCRIPCION
.1	Complicado por hemorragia excesiva o tardía
.2	Complicado por trauma de los órganos y tejidos pelvianos
.5	Complicado por colapso circulatorio
.7	Complicado por afección específica
.8	Complicado por afección no especificada.
.9	Sin mención de especificación.

Otro aspecto importante por considerar es el conocimiento sobre la percepción del embarazo como no deseado y sobre la planificación familiar. Desafortunadamente, la boleta de egresos no recoge información sobre la práctica anticonceptiva de la mujer al momento del embarazo. Esta información está disponible, sin embargo, en los expedientes clínicos de la paciente. En cuanto a la información sobre embarazo no deseado, es posible utilizar los resultados de un estudio llevado a cabo por investigadores de la Asociación Demográfica Costarricense (Madrigal, Sosa y Gómez 1992). En el mismo se entrevistaron mujeres embarazadas usuarias de los servicios de salud estatales, por lo que las inferencias obtenidas son válidas para las mujeres que acudieron a los centros médicos estatales por las complicaciones de aborto, pues se trata prácticamente de un grupo de la misma población.

Utilizando los resultados de esta investigación sobre embarazo no deseado y los provenientes de la base

de datos de egresos hospitalarios, por complicaciones de aborto, es posible estimar la probabilidad de abortar el producto de la concepción, dado que el embarazo fue no deseado -condicionada en el hecho de que la mujer pertenece a determinado estado civil, que pertenece a cierto grupo de edad, que previamente ha concebido cierto número de hijos, a su ocupación y a las semanas de gestación- la cual se define:

P [que el embarazo sea no deseado] *P[abortar un feto].

De esta forma, se estiman los embarazos no deseados según nivel socioeconómico (usando como únicos indicadores la actividad económica y ocupación), por edad, y por estado civil entre otros.

A continuación se muestra un esquema publicado por Thália Barreto y otros, que describe la población objeto de esta metodología, mujeres de estratos medio y bajo de Costa Rica (Barreto y otros, 1992:161). Entre estas mujeres se encuentran aquellas que, por su condición socioeconómica, acuden a métodos de aborto inducido, considerados de alto riesgo, cuyas complicaciones las obliga a internarse en los centros médicos.

MUJERES:

1. SEXUALMENTE ACTIVAS EN EDAD REPRODUCTIVA

a- Mujer embarazada

a.1 Embarazo no deseado

- a.1.1 Aborto Inducido/Espontáneo
 - Complicaciones por aborto
 - Hospitalización
 - No Hospitalización
 - Sin complicaciones
- a.1.2 Continuación del embarazo

a.2 Embarazo deseado

b- Mujer no embarazada

2. MUJERES SEXUALMENTE INACTIVAS O EN EDAD NO REPRODUCTIVA

La aplicación de la metodología propuesta por la Organización Mundial de la Salud, se replantea aquí y genera los siguientes criterios de clasificación:

- DEFINITIVAMENTE UN ABORTO INDUCIDO, si el diagnóstico es 635 ó 636 ó 638, ó 634.2, ó 637.2, ó corresponde a alguno de los casos denunciados como aborto inducido ante los organismos judiciales competentes.
- PROBABLEMENTE UN ABORTO INDUCIDO, si el diagnóstico corresponde a los restantes códigos con segundo dígito .0, ó .1, ó .5, luego ajustar los totales al usar la probabilidad de abortar el feto, condicionado en que el embarazo fue no deseado.
- POSIBLEMENTE UN ABORTO INDUCIDO, si el diagnóstico corresponde a los restantes códigos, donde la mayoría comprende aquellos con segundo dígito .9, los totales son ajustados con la probabilidad de abortar el feto dado que el embarazo fue no deseado.

- ABORTOS ESPONTANEOS, aquellos que no clasifiquen en las anteriores categorías.

Posteriormente se realizó un ajuste considerando los casos de aborto inseguro, que no acuden a los Centros Médicos. Este ajuste se obtiene al considerar la alta accesibilidad de los servicios médicos a nivel nacional, el hecho de que las técnicas abortivas inseguras son las más comunes en el país, las estadísticas por complicaciones locales (Fernández y otros 1991:5) y la experiencia en otros países. Lo anterior sugiere que una de cada tres mujeres necesita hospitalización (The Alan Guttmacher Institute 1994:23) en el caso de las mujeres que presentan alguna complicación, y una de cada dos, para aquellas con complicaciones menores, donde el probable uso de antibióticos disminuye la posibilidad de infección grave, y son posiblemente clasificadas con los códigos: -a segundo dígito- .7, .8 y .9.

RESULTADOS

Entre los principales resultados (Cuadro No. 2) se encuentra la estimación del aborto inducido -definitivo y probable- para los años 1984 a 1991.

Obsérvese en Cuadro No. 2 cómo la proporción correspondiente a la categoría "Definitivamente un aborto inducido" es muy baja en casi todo el período (excepto 1984), lo cual se justifica por la ilegalidad del aborto en Costa Rica, por la gran tradición religiosa del país y la probable decisión del personal médico que atendió el caso, ante la carencia de pruebas concretas, de no involucrar a la paciente en problemas legales.

En el Cuadro No. 3 se presenta la incidencia del aborto espontáneo para el mismo período. Se puede observar que las tasas más elevadas corresponden al período 1984-1988, donde por cada mil mujeres en edad reproductiva se efectuaron de 18 a 20 abortos inducidos, lo que sugiere, que para finales de 1994 se estiman 7.410 abortos inducidos.

CONCLUSIONES

De los resultados de este estudio puede concluirse que el aborto inducido es claramente un problema de salud pública, y por lo tanto deben tomarse las medidas pertinentes para aliviarlo. Una de estas medidas debe ser la evaluación de la eficacia y la cobertura de los programas de Planificación Familiar, la cual no debe ser medida en base a los resultados de prevalencia de las Encuestas de Fecundidad.

Desde el punto de vista metodológico, estas estimaciones al estar basada en los registros de egresos hospitalarios, carecen del aporte de cierta información imprescindible, como es el conocimiento del uso de

algún método anticonceptivo al momento del embarazo, lo cual permitiría una mejor discriminación de las categorías. Para corregir este hecho, se recomendaría un estudio retrospectivo de una muestra de estas mujeres.

Un análisis de factores fue realizado y permitió concluir que las categorías preestablecidas estaban bien definidas.

Si bien esta metodología no cuantifica totalmente los abortos inducidos, si da una idea del total de abortos inducidos probable en Costa Rica. Este artículo no suministra algunos de los diferenciales obtenidos según variables sociodemográficas, los cuales pueden ser obtenidos mediante solicitud ante la autora.

CUADRO No. 1
DENUNCIAS POR ABORTO INDUCIDO
EN COSTA RICA PERIODO 1983 - 1993

AÑO	TOTAL DE DENUNCIAS
1983	28
1984	36
1985	31
1986	26
1987	18
1988	31
1989	15
1990	21
1991	34
1992	41
1993	33

FUENTE: Estadísticas de Causas Penales 1983 - 1993.
Oficina de Planificación, OIj.

CUADRO No. 2
ESTIMACION DE ABORTO INDUCIDO Y
ESPONTANEO, SEGUN CRITERIO DE
CLASIFICACION (1984 - 1991)

AÑO	ABORTO INDUCIDO			ABORTO ESPONTANEO
	DEFIN.	PROBA.	POSIBLE	
1984	105	381	6.283	3.869
1985	61	278	6.788	4.094
1986	71	242	6.545	3.972
1987	63	237	6.202	3.750
1988	73	212	6.722	4.022
1989	45	191	6.544	5.069
1990	48	172	6.376	5.002
1991	98	164	6.451	6.864

CUADRO No. 3
TASA DE ABORTOS¹ Y RAZON
DE ABORTOS²

AÑO	TASA DE ABORTOS	RAZON DE ABORTOS
1984	20.27	0.097
1985	21.30	0.092
1986	19.93	0.089
1987	18.40	0.087
1988	19.34	0.093
1989	18.26	0.089
1990	17.32	0.087
1991	17.22	0.089

¹ Número de abortos en un año por cada mil mujeres en edad reproductiva.

² Número de abortos en un año por cada mil nacidos vivos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Barreto, T. Campbell, M.R. O. y otros, 1992 – investigating Induced Abortion in Developing Countries: Methods and Problems. *Studies in Family Planning*, 23 (2): 159-170.
- 2.- Belsey, M., 1989. – WHO studies differentiating between spontaneous and induced abortions. *The Population Council*, 8:49-53.
- 3.- *Clasificación Internacional de Enfermedades*, 1968. Vol.1: Organización Mundial de la Salud, Publicación Científica No. 353.
- 4.- *Código Penal de Costa Rica* Ley 4573 del 4 de mayo de 1970, arts. 119-122.
- 5.- Dirección Técnica Servicios de Salud, 1993. *-Estadísticas Generales de los Servicios de Salud*, 5C:1-6.
- 6.- Fernández, M., Cambronero M. y Peralta, F., 1991. -Aborto Provocado: Características del Procedimiento. (sin publicar) 16 pag.
- 7.- Gaslonde, S. S., 1976. -Abortion Research in Latin America. *Studies in Family Planning*, 7(8):211-217.
- 8.- Liskin, S. L., 1980. -Populations Reports: Complications of Abortion in Developing Countries, Series F, 7(7):107-155.
- 9.- Madrigal, J., Sosa, D., y Gómez, M., 1992. -El embarazo no deseado en Costa Rica, 150 p. *Costa Rica: Asociación Demográfica Costarricense*.
- 10.- Merlo, J.G. y del Sol, J. R., 1985. -Obstetricia, pp. 287-234, *México: Salvat Editores, S.A.*

- 11.- Paxman, J. M., Rizo, A., Brown, L. y Benson, J., 1993. -The Clandestine Epidemic: The Practice of Unsafe Abortion in Latin America, *Studies in Family Planning*, 24 (4):205-226.
- 12.- Singh, S. y Wulf, D. 1993. -The Likelihood of Induced Abortion Among Women Hospitalized for Abortion Complications in Four Latin American Countries, *Internacional Family Planning Perspectives*, 19:134-141.
- 13.- World Health Organization (WHO), 1978, *Technical Report Series No. 623:59*.