

INCIDENCIA DE ABORTO INCOMPLETO ANTES Y DESPUES DE INSTAURADO UN PROGRAMA DE PROCREACION RESPONSABLE*

Dres. Jorge T. Charalambopoulos, Eduardo A. Valenti, Ana M. López Diego y Eric A. Ulens
Departamento de Tocoginecología. Hospital Materno Infantil Ramón Sardá**.

Resumen

Objetivo: Evaluar la posible disminución de abortos incompletos por efecto de un programa de Procreación Responsable (PR).

Material y métodos: El diseño del estudio fue observacional descriptivo.

Fue estudiada la incidencia del aborto incompleto durante veinte años consecutivos a través del índice L/P (número total de legrados por abortos incompletos/número total de partos anuales), y en dos períodos 1977-1986 (sin un programa PR) y 1987-1996 (con programa PR).

Resultados: Observamos una significativa disminución del índice L/P en el decenio 1987-1996 respecto del decenio 1977-1986, (11,08% vs. 7,55% $p < 0,001$), esta disminución mostró una tendencia exponencial sin estacionalidad (test de Mann-Whitney, $p < 0,001$).

El número de beneficiarias del programa de PR tuvo un crecimiento lineal de 337 en el primer año hasta 8.954 al final del decenio.

En el decenio donde actuó el programa de PR, se observó que el índice L/P fue descendiendo de 10,0% hasta estabilizarse en un 7,5%, a medida que se incrementaba el número de beneficiarias del programa.

El riesgo de aborto para la población expuesta, atribuible a la no existencia del programa de PR fue de 34,6% [Odds ratio= 1,53 (I.C. 95%: 1,47-1,59)] y para la población general del 3,9%.

Consideramos que el comportamiento del aborto provocado, estaría reflejado en la evolución del índice L/P analizado.

Conclusión: El desarrollo de un programa de Procreación Responsable estuvo asociado con una disminución de la incidencia de aborto incompleto.

Palabras clave: aborto incompleto, procreación responsable, aborto provocado inseguro.

Introducción

El *aborto provocado* es consecuencia de un embarazo no deseado y ambos son producto de un proceso social complejo, con raíces culturales, económicas, sociales y éticas, entre las cuales se destacan la diferencia de poder entre géneros, el inadecuado acceso a servicios básicos de salud y la insuficiente educación sexual y reproductiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que anualmente en el mundo mueren 585.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo,¹ y que se practican veinte millones de abortos provocados en condiciones inseguras.² Los abortos provocados en forma insegura ocasionan entre el 25 y el 50% de las

mueres maternas, muchas de las cuales ocurren porque la mujer no tiene acceso a procedimientos seguros, ni a tratamientos adecuados para superar las complicaciones derivadas de éstos.³

Existe un consenso internacional, respecto de que el aborto practicado en condiciones inseguras genera una elevada morbilidad, lo que se traduce en una seria problemática social y de salud pública.

La experiencia mundial señala que las estrategias más eficaces para reducir el aborto provocado son: mejorar las condiciones socioeconómicas de la mujer; educar a hombres y mujeres en salud sexual y reproductiva; y facilitar el acceso a métodos de regulación de la fertilidad adecuados (aceptables y seguros).⁴

Los abortos son la primera causa de mortalidad materna en Argentina.⁵

Entre los años 1990 y 1993, la *tasa de mortalidad materna por aborto* en Argentina fue del 14,0 por 100.000 nacidos vivos (381 casos) y para ese mismo período, la tasa de mortalidad materna nacional fue de 48,7 por 100.000 nacidos vivos (1.324 casos). En la Capital Federal, para el período aludido, estas tasas

* Este trabajo fue distinguido con el premio "Alberto Peralta Ramos 1999" de la Honorable Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.

**Dirección postal: Jorge T. Charalambopoulos, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Servicio de Tocoginecología, Esteban de Luca 2151. (1246) Buenos Aires, Argentina.

fueron del 5,6 y 31,3 respectivamente, siendo la región con mortalidad materna por aborto más baja de país.⁵

El 36,3% del total de las muertes maternas en la Argentina en 1996 (115 de 317 casos), ocurrieron por complicaciones del aborto. Esta cifra podría ser aún mayor, si se incluyeran correctamente en las estadísticas algunas muertes registradas bajo el rubro hemorragias del embarazo y del parto, muchas de las cuales serían inicialmente causadas por abortos provocados.

La tasa de mortalidad materna en la Argentina, se ha incrementado entre los años 1994 a 1996 de 39 a 47 por 100.000 nacidos vivos.⁶

Se estima que en Argentina, se realizan unos 350.000 a 400.000 abortos provocados ilegales por año,⁷ esto arroja una relación de un aborto cada dos recién nacidos, o un aborto cada noventa segundos.

Para algunos países de la región con programas continuados de Procreación Responsable (PR) y tasas de natalidad similares a la de Argentina, la tasa de mortalidad materna es inferior. Ejemplo de ello son Costa Rica, Chile y Uruguay. Estos países, merced a la acertada decisión, entre otras, de apoyar ininterrumpidamente los programas de PR durante las últimas tres décadas, han logrado disminuir francamente la tasa de mortalidad materna.⁸

La mortalidad por aborto provocado en condiciones seguras, es decir, al amparo de la legalidad y de las normas de salud pública, es menor de 1,0 por 100.000 abortos en los Estados Unidos. Como contrapartida, puede alcanzar cifras de 500 por 100.000 cuando éste es practicado en condiciones inseguras, como ocurre en la mayoría de los países de América Latina.⁹

El aborto provocado voluntario es ilegal en la Argentina, razón por la cual es muy difícil evaluar fehacientemente sus características epidemiológicas, especialmente su real incidencia, con la finalidad de dirigir estrategias adecuadas para intentar mitigarlo.

Reducir la alta incidencia estimada de aborto provocado ilegal en la Argentina es un permanente desafío que dista de ser resuelto a corto plazo por las acciones conocidas en ese sentido desde el sector público de la salud.

En este contexto, una de las maneras de evidenciar que las acciones de un programa de PR tendrían un efecto favorable en lograr la disminución de la incidencia de aborto provocado, sería analizando el comportamiento de *un indicador vinculante y fehacientemente valorable* como es la relación entre el número de legrados por

abortos incompletos y el número total de partos, en el mismo ámbito y período frente a las actividades de dicho programa.

Consideramos que este indicador refleja el comportamiento del aborto provocado, ya que por amplio consenso en el sector público de la atención tocoginecológica en la Argentina, se reconoce que un determinado número de estos abortos incompletos presuntamente espontáneos, se inician como abortos provocados en el ámbito privado y llegan al hospital público para su atención. Algunos de ellos se inician como auto abortos, otros mediante la intervención de un ejecutor, casi siempre en pacientes de condición socioeconómica desfavorable.

El *objetivo* del presente trabajo, es evaluar el impacto de un programa de PR sobre la incidencia de abortos en un hospital público de Buenos Aires.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que anualmente en el mundo mueren 585.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, y que se practican veinte millones de abortos provocados en condiciones inseguras.

Material y métodos

Se registró el número de mujeres que acudieron al consultorio de PR del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, dependiente del Programa de Procreación Responsable de la Secretaría de Salud del Gobierno la Ciudad de Buenos Aires, desde su comienzo en 1987 hasta 1996 inclusive.

Se dispone del número de *pacientes bajo programa*, definiéndose así toda mujer que acude al consultorio de PR espontáneamente o por derivación. Aquí se le confecciona una historia clínica y obtiene información, asesoramiento, prescripción y/o seguimiento acerca de pautas en salud reproductiva y de los métodos para regular su fertilidad, según las normas operativas del programa de PR.

Durante veinte años consecutivos se registraron los legrados por aborto incompleto realizados anualmente en la Maternidad Sardá.

El estudio comparó dos decenios: el primero desde 1977 hasta 1986 y el segundo de 1987 a 1996. En este último desarrolló su actividad el programa de PR. Para ambos se calculó la razón: número de legrados por aborto incompleto / número de partos por año (*Índice L/P*).

Como la incidencia de la entidad *aborto incompleto* pudo haber estado influenciada por las inevitables variaciones de la producción hospitalaria durante los 20 años que abarcó el presente estudio, se estimó conveniente referirla en

El 36,3% del total de las muertes maternas en Argentina en 1996, (115 de 317 casos), ocurrieron por complicaciones del aborto.

proporción al número de partos anuales. De allí surge entonces el índice L/P.

El índice L/P refleja el comportamiento del aborto incompleto en el tiempo, incluyendo tanto abortos espontáneos como provocados.

Entre los años 1987 y 1988 se realizó el estudio exploratorio de una muestra aleatoria de mil pacientes de la población del Hospital Ramón Sardá.¹⁰ En él, las pacientes refirieron dentro de un marco de confidencialidad sus antecedentes obstétricos. De ellos se obtuvo que el total de abortos espontáneos fue 429 casos y el total de abortos provocados 384 casos; por lo tanto la relación abortos espontáneos/abortos provocados fue de 1,12.

Considerando lo anterior, y en vista de que la legislación referente al aborto provocado no se modificó durante los decenios estudiados, que no hubo diferencias evidentes en el manejo terapéutico de los casos diagnosticados como amenaza de aborto, ni se observaron causas ambientales, tóxicas o farmacológicas que pudieran haber modificado el número de pérdidas de embarazos en la población estudiada, y basándonos en el supuesto de que la proporción abortos espontáneos/abortos provocados se mantuvo constante en los períodos estudiados, podemos sostener que el comportamiento del aborto provocado está reflejado en la evolución del índice L/P.

Se estudió además en el presente trabajo, el riesgo de aborto en relación al programa de PR en la población expuesta y para la población total.¹¹

Entendemos por *aborto espontáneo y/o incomple-*

El aborto provocado voluntario es ilegal en Argentina, razón por la cual es muy difícil evaluar fehacientemente sus características epidemiológicas, especialmente su real incidencia, con la finalidad de dirigir estrategias adecuadas para intentar mitigarlo.

to lo establecido con los códigos 632 y 634, y como *aborto provocado* lo establecido con el código 636 de la Clasificación Internacional de Enfermedades "Embarazo terminado en aborto", (O.M.S., Ginebra 1977; 1 [2]: 630-639, 9^{na}. revisión).

Resultados

En la *Tabla 1* se muestra el número de legrados por aborto incompleto que se realizaron anualmente entre 1977 y 1996. El total de legrados realizados, disminuyó de 5.835 en el decenio 1977-1986 a 4.999 en el decenio 1987-1996, (*Figura 1*).

En la *Tabla 2* se observa la distribución anual del Índice L/P en los 20 años estudiados.

Se observó una significativa disminución del índice L/P en el decenio 1987-1996 respecto del decenio 1977-1986 (11,08% vs. 7,55%, $p < 0,001$), como se muestra en la *Figura 2*.

La *Figura 3* con ambos decenios, nos muestra la franca diferencia entre los períodos. La caída es de tendencia exponencial, sin estacionalidad (puesto en evidencia por la línea de puntos). Los valores de L/P en los dos decenios difieren muy significativamente entre sí (test de Mann-Whitney, $p < 0,001$).

Como podemos ver en la *Figura 4* ambas curvas discurren totalmente separadas entre sí (es lo que expresa el test de Mann-Whitney), lo que está de acuerdo con la alta significación estadística entre los porcentajes globales (11,08% vs. 7,55%, $p < 0,001$).

Tabla 1: Número de legrados por aborto incompleto por año en 20 años (HMIR Sardá, 1977-1996).

Año	n	Año	n
77	583	87	573
78	463	88	539
79	624	89	544
80	578	90	440
81	571	91	479
82	658	92	446
83	513	93	449
84	594	94	470
85	624	95	526
86	627	96	533
Total	5.835	Total	4.999

Tabla 2: Índice de L/P por década (HMIR Sardá, 1977-1996).

Año	%	Año	%
77	14,97	87	10,09
78	13,13	88	9,18
79	12,21	89	8,34
80	9,87	90	7,83
81	9,02	91	6,72
82	11,50	92	6,57
83	10,10	93	6,40
84	11,13	94	6,28
85	10,59	95	7,70
86	10,59	96	7,32
Promedio	11,08	Promedio	7,55

Figura 1: Número de abortos incompletos por 10 años.

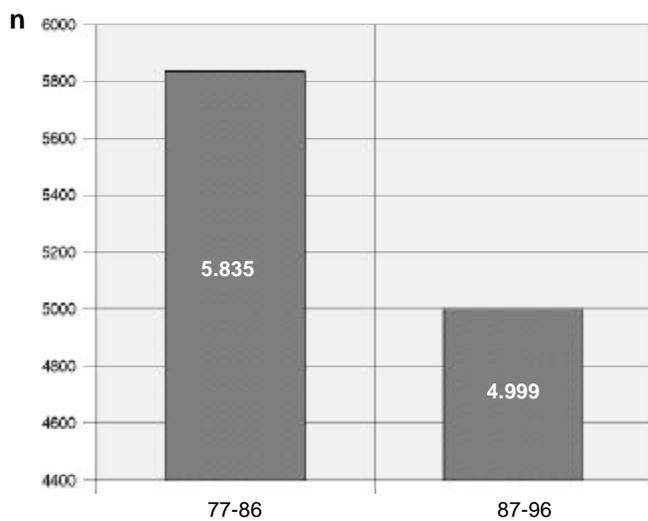


Figura 2: Índice de L/P por 10 años (HMR Sardá 1977-1996).

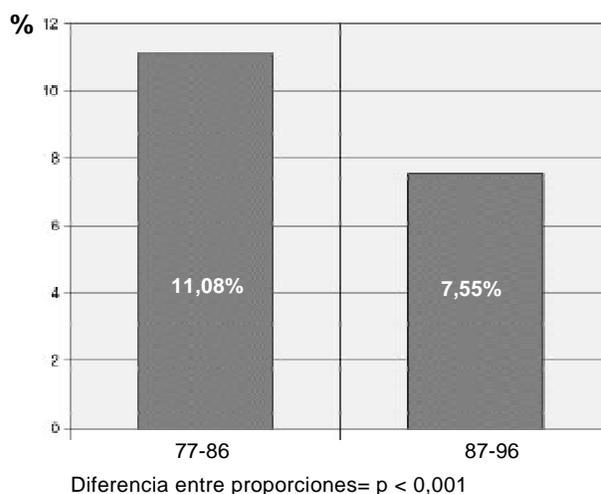
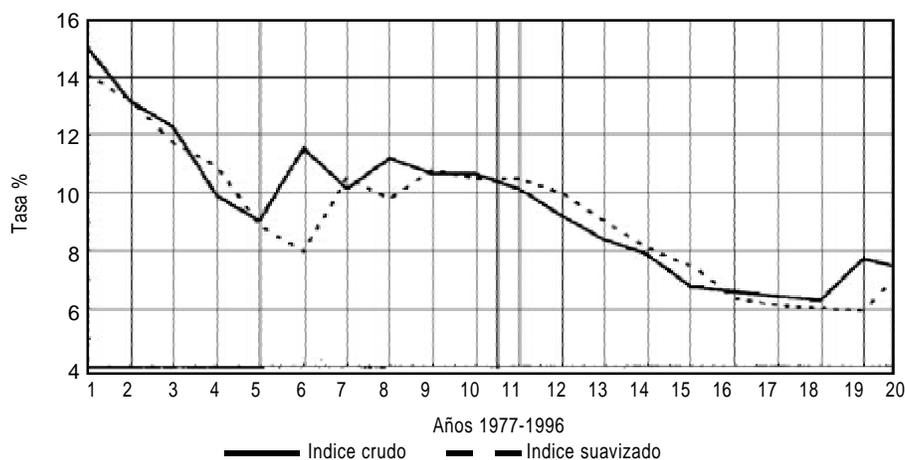


Figura 3: Evolución del índice L/P con y sin estacionalidad (1977-1996).



El estudio comparó dos decenios: el primero desde 1977 hasta 1986 y el segundo de 1987 a 1996. En este último desarrolló su actividad el programa de PR.

Tabla 3: Crecimiento anual de beneficiarias del programa de PR (HMR Sardá 1987-1996).

Año	Nº de beneficiarias	Beneficiarias nuevas (Nº)	Crecimiento anual (%)
87	337	337	0
88	1.047	710	210,68
89	2.132	1.085	103,62
90	2.883	751	35,22
91	3.560	677	23,48
92	4.285	725	20,36
93	5.120	835	19,48
94	6.072	952	18,59
95	7.192	1.120	18,44
96	8.954	1.762	24,49

Tabla 4: Relación entre el número de beneficiarias del programa de PR y el índice de L/P.

Año	Nº de beneficiarias	Índice L/P
87	337	10,09%
88	1.047	9,18%
89	2.132	8,34%
90	2.883	7,83%
91	3.560	6,72%
92	4.285	6,57%
93	5.120	6,40%
94	6.072	6,28%
95	7.192	7,70%
96	8.954	7,32%

En 1987 inició su actividad el consultorio de PR, el número de pacientes (beneficiarias del programa de PR) tuvo un crecimiento lineal. En el año inicial se dio cobertura a 337 pacientes y para 1996 el número de éstas llegó a 8.954, como podemos observar en la *Tabla 3* y *Figura 5*.

Al relacionar el índice L/P con el número de pacientes bajo el programa de PR, se observó que a medida que la población beneficiaria se incrementó, el índice decreció desde 10,0% hasta alcanzar una meseta alrededor de 7,5% (*Figura 6* y *Tabla 4*).

De lo anterior podemos inferir que si en el decenio sin programa de PR (1977-1986) ocurrieron 5.835

Se observó una significativa disminución del índice L/P en el decenio 1987-1996 respecto del decenio 1977-1986 (11,08% vs. 7,55%, $p < 0,001$).

abortos y 52.650 partos (índice L/P 11,08%), de haberse mantenido la misma proporción abortos/partos para el decenio 1987-1996, se podrían haber esperado 7.331 abortos en relación a los 66.165 partos realizados ($66.165 \times 0,1108 = 7.331$) (*Tabla 5*).

En realidad se produjeron 4.999 abortos, por lo tanto, en los diez años de presencia del programa de PR se habrían efectuado 2.332 legrados por abortos incompletos menos de lo esperado ($7.331 - 4.999 = 2.332$). Considerando que la relación abortos espontáneos/abortos pro-

vocados es de 1,12¹⁰, podemos sostener que los 2.332 abortos incompletos que no ocurrieron podrían corresponder a 1.231 abortos espontáneos y 1.101 abortos provocados ($1.231 / 1.101 = 1,12$).

Por lo tanto, se habrían evitado 1.231 abortos que responderían a causas médicas, 1.101 abortos provocados y 6 muertes maternas derivadas de estos últimos, ya que la tasa de mortalidad materna por aborto provocado inseguro es del orden del 5 por mil ⁹ (*Tabla 6*).

El análisis de riesgo de la población expuesta se observa en la *Tabla 7*.

El riesgo atribuible de aborto que es atribuible a la NO existencia del programa de PR es del 34,6%.

Tabla 5: Abortos esperados según lo observado.

1977-1986	1987-1996
Partos realizados 52.650	Partos realizados 66.165
Abortos producidos 5.835	Abortos esperados 7.331

Tabla 6: Resultados del período con servicios de PR.

Resultados del período 1987-1996	n
Abortos esperados	7.331
Abortos producidos	4.999
Abortos probablemente evitados	2.332
Abortos espontáneos probablemente evitados	1.231
Abortos provocados probablemente evitados	1.101
Muertes maternas probablemente evitadas	6

Tabla 7: Análisis de riesgo en la población expuesta.

PR	Aborto		Total
	Sí	No	
No	5.835 ^a	46.815 ^b	52.650
Sí	4.959 ^c	61.166 ^d	66.165
	10.834	107.981	118.815

P1= 11,08%
P2= 7,55%
RR=1,47 (1,41-1,52)

Riesgo Atribuible en la Población Expuesta%:
 $(1,53 - 1 / 1,53) 100 = 34,6\%$

En otras palabras, en el conjunto de causas que pueden determinar el aborto, a la ausencia de programas de PR se puede atribuir un 34,6%.¹¹⁻¹²

Prevalencia $a+c/N = 10.834/118.815 \times 100 = 9,1\% = 0,09$.

$RAP = [P (RR-1) / P(RR-1)+1] \times 100 = [0,09 (0,47) / 0,09 (0,47)+1] \times 100 = (0,04/1,04) \times 100 = 3,9\%$

Exceso de riesgo: $P_1 - P_2 = 11,08 - 4,63 = 6,45\%$.

Riesgo atribuible en la población total %¹²:
(prevalencia 7,5%)
 $RAP = [P (RP-1/P (RP-1) + 1] \times 100 =$
 $= [0,076 (0,47)/0,076 (0,47) + 1] \times 100 =$
 $= (0,03/1,03) \times 100 = 3,9\%$

Si se acepta que la no existencia de programas de PR y aborto se relacionan causalmente, puede aceptarse que se evitarían un 3,9% de casos de aborto con la instauración de dichos programas.

Figura 4: Comparación del índice L/P entre dos series (77-86 y 87-96).

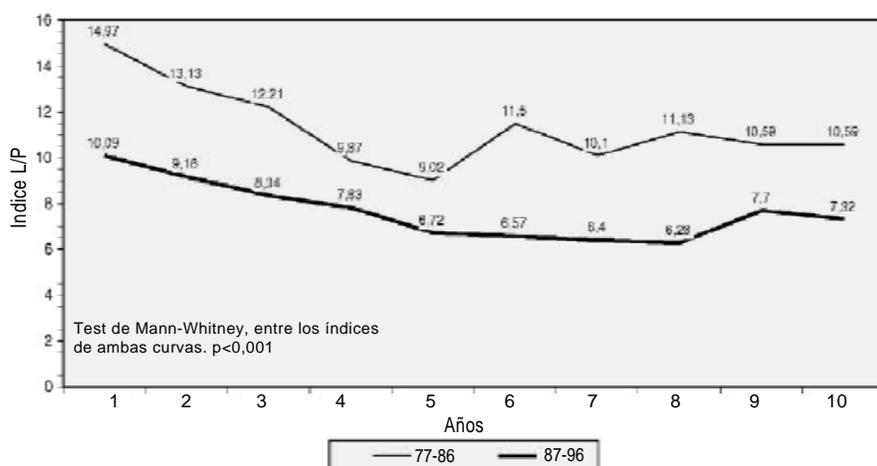


Figura 5: Crecimiento del número de beneficiarias del programa de procreación responsable por año (HMIR Sardá 1987-1996).

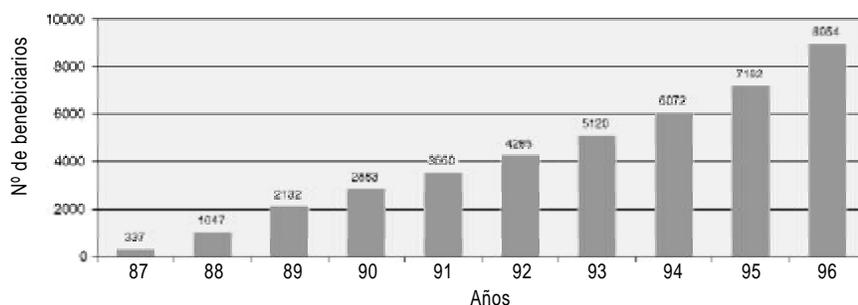
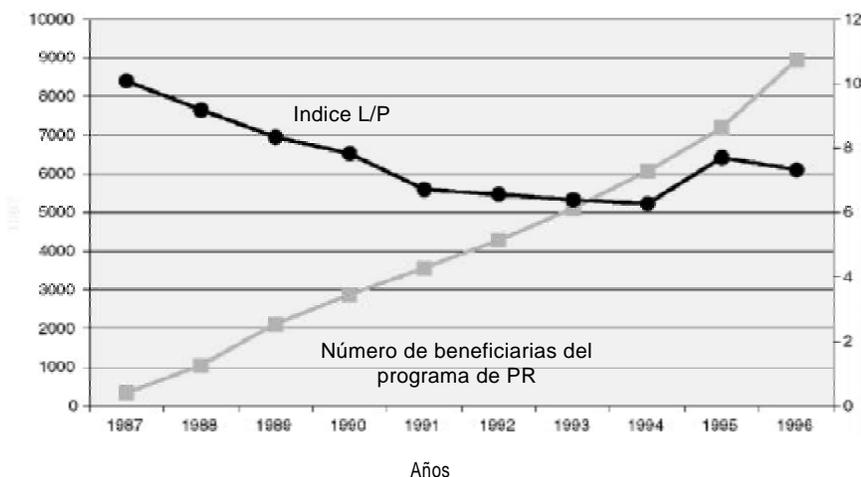


Figura 6: Relación entre el índice L/P y el número de beneficiarias del programa de PR por año (HMIR Sardá 1987-1996).



La *Reducción Absoluta del Riesgo* (ARR) fue del 3,53% (IC 95%: 3,2-3,8) y el *Número Necesario a Tratar* (NNT) (1/ARR) de 28, o sea que sería necesario ingresar al Programa 28 mujeres para evitar un aborto.

Discusión

El índice L/P permitió conocer el comportamiento del aborto incompleto en el tiempo en un hospital con una producción materno infantil importante.

Consideramos que el comportamiento del aborto provocado estaría reflejado en la evolución del índice L/P analizado.

En sus primeros años de existencia, el programa de PR creció a razón de unas 800 beneficiarias anuales. A ello se asoció un descenso sostenido del índice L/P hasta 1994 inclusive, luego el mismo se estabilizó alrededor del 7,5%. Posiblemente esta estabilización, a pesar del incremento continuado de pacientes bajo programa, se deba a aquellos factores causales de embarazos no deseados y abortos provocados que no responden a la existencia de un programa de PR, y/o a las probables limitaciones de éste.

La pregunta que debemos hacernos luego de analizar las cifras del presente trabajo es clara: ¿qué otros factores pudieron tener implicancia en la significativa disminución del número de abortos incompletos entre los dos decenios estudiados, fuera de las actividades del programa de PR?

Este diseño obliga a tratar de generar determinadas hipótesis para cada uno de los decenios en que fue analizado el presente trabajo.

Por lo tanto, sería oportuno preguntarnos sobre los probables factores que pudieron determinar el número de abortos en general en el decenio 1977-1986 teniendo en cuenta la ausencia de servicios de PR, y como consecuencia de ello,

haber generado la incidencia de aborto incompleto y por lo tanto de aborto provocado.

En primer lugar, ni en el aludido decenio ni a posteriori, hubo cambios en la legislación en lo referente al tratamiento del aborto provocado, lo cual hubiera influido claramente en la incidencia del mismo.

Tampoco se observaron causas ambientales, tóxicas o farmacológicas, que pudieran haber modificado el número de pérdidas de embarazos en este decenio.

En esta población no encontramos evidencias que nos señalen una relación de mayor proclividad para el aborto espontáneo, ya que son semejantes los factores: edad, paridad, hábitos, origen, lugar de residencia, nivel socioeconómico y calidad de la atención médica recibida.

Con respecto al decenio 1987-1996, no observamos diferencias en relación al decenio 1977-1986, en cuanto al manejo terapéutico de los casos clínicos diagnosticados como amenaza de aborto. Podría suponerse que de contar con una terapéutica diferente y/o más efectiva, un mayor número de casos de amenaza de aborto del decenio 1987-1996 hubieran progresado favorablemente y ello entonces, justificaría una disminución del número de abortos incompletos esperados.

Señalamos que en ninguno de los dos decenios que abarcó el presente estudio, se modificó la modalidad terapéutica para el aborto incompleto, la cual para todos los casos fue el legrado uterino evacuador bajo anestesia general.

En síntesis, respecto del decenio 1987-1996, no hemos podido verificar la existencia de factores concretos que pudieron determinar una disminución del número de abortos incompletos fuera de la presencia de las actividades del programa de PR.

El riesgo de aborto para la población expuesta, atribuible a la no existencia del programa de PR fue del 34,6% [Odds ratio= 1,53 (I.C. 95%: 1,47-1,59)] y del 3,9% para la población total.

Consideramos que la implementación de un programa de PR influye directa y/o indirectamente en la planificación de los embarazos de sus beneficiarias, resultando una menor cantidad de gestaciones no deseadas que son la materia prima de los abortos provocados.

En los 10 años de presencia del programa de PR se habrían efectuado 2.332 legrados por abortos incompletos menos de lo esperado.

Si se acepta que la no existencia de programas de PR y aborto se relacionan causalmente, puede aceptarse que se evitarían un 3,9% de casos de aborto con la instauración de dichos programas.

Respecto del decenio 1987-1996, no hemos podido verificar la existencia de factores concretos que pudieron determinar una disminución del número de abortos incompletos fuera de la presencia de las actividades del programa de PR.

pensamiento mágico que están arraigados en vastos sectores de nuestra comunidad sin distinción de nivel socioeconómico, con respecto a estos temas.

Sin embargo, sería erróneo suponer que la sola presencia de los programas de PR es suficiente para controlar la verdadera y mortal epidemia que representan el aborto provocado y la mortalidad materna para la Argentina.

Es necesario además, garantizarle a la población el acceso irrestricto a estos programas de PR y a los programas educativos dirigidos a promover la salud reproductiva y la educación sexual, con la premisa de erradicar la desinformación y el

No podemos establecer fehacientemente una relación causal en lo que atañe al comportamiento del aborto provocado frente al programa de PR y, además, es una tarea extremadamente compleja por tratarse de una entidad clandestina. Pero creemos habernos acercado suficientemente a la verdad al dar a conocer esta propuesta y nuestra casuística, con la finalidad de estimular los estudios prospectivos controlados que puedan emparentar las causas con los efectos.

Como hipótesis pasible de ser demostrada a futuro por otro diseño, proponemos señalar que “Las acciones en el ámbito de la Salud Pública que promuevan y garanticen la actividad permanente de programas de PR, que cumplan con los requisitos de: accesibilidad, información, capacitación, educación, prescripción y seguimiento, en un marco normativo idóneo, son herramientas válidas para disminuir la frecuencia del embarazo no deseado, y en consecuencia la incidencia de aborto provocado, mortalidad materna y sus secuelas de orden social, psicológico, médico y económico”.

En las puertas del siglo XXI, este criterio parece ser aceptado mundialmente, sin embargo en la Argentina todavía es motivo de discusión.

Conclusión

El desarrollo de un programa de Procreación Responsable estuvo asociado con una disminución de la incidencia de aborto incompleto.

Agradecimientos

A nuestro querido e inolvidable maestro, el Prof. Dr. Eugenio Koremblit, q.e.d.p., quién permanentemente nos brindó con su apoyo y compromiso, el estímulo necesario para desarrollar el programa de PR en nuestro Hospital, en las áreas asistencial, docente y de investigación.

A los Dres. Enrique Bediak y Carlos Duverges y a la Lic. Rosa Vartabedián, quienes con su capacidad e ineludible y comprometida labor de tantos años en la Dirección del programa de PR, nos han permitido conocerlos y admirarlos por su calidad humana y por su vasta y exitosa labor desempeñada.

A todos los integrantes del equipo de salud del Hospital Ramón Sardá que han colaborado y apoyado nuestra labor.

A los Dres. Ulises Questa y Carlos Grandi, quienes colaboraron con el análisis estadístico.

Al Dr. Diego Häbich, quién colaboró como asesor en informática.

Bibliografía

1. Maternal mortality figures substantially underestimated, new study. World Health Organization, Press Release 1996, February 5.
2. Annual Technical Report 1996, World Health Organization, Geneva. Research and Development. 1997; 1: 9-36.
3. Odland V. Induced abortion: A global health problem. Act Obstet Gynecol Scand Suppl 1997; 164: 43-45.
4. Aborto: Una responsabilidad profesional de los obstetras y ginecólogos. Grupo de trabajo FIGO/OMS, Cemicamp, Campinas, SP, Brasil, 2-5 de marzo 1997.
5. Ministerio de Salud y Acción Social de la República Argentina. La mortalidad materna por regiones geográficas. Argentina 1990-1993. Análisis de datos, serie 8, número 15, Buenos Aires, junio 1996.
6. Ministerio de Salud y Acción Social de la República Argentina. Mortalidad materna y componentes seleccionados. República Argentina -años 1994 -1996. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Información básica.
7. Aller Atucha LM, Pailles J. La práctica del aborto en Argentina. Actualización de los estudios realizados. Estimación de la magnitud del problema. Ginecol Reprod 1997; 5: 241-263.
8. Tasa de mortalidad materna, tasa global de fecundidad y riesgo acumulado de mortalidad materna para países seleccionados de la región de las Américas. Organización Panamericana de la Salud. OMS. PAHO/ HPF-M/95. 43.
9. Paxman J, Rizo A et al. The clandestine epidemic: the practice of unsafe abortion in Latin America. Stud Fam Plann 1993 Jul; 24 (4): 205-226.
10. Charalambopoulos JT, Koremblit E y col. Diagnóstico de situación de una población asistida durante 18 meses en el consultorio de Procreación Responsable del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de Buenos Aires. Revista del Htal. Materno Infantil Ramón Sardá, 1992; XI: 48-61.
11. Knapp RG., Clinton Miller III M: Clinical Epidemiology and Biostatistics, Harwal Publishing Co., Baltimore, U.S.A. 1992; 14: 233-245.
12. Epidemiology in Medicine. Hennekens Charles H, Buring JE. Little Brown G Company, Boston 1987.
13. OPS. Manual sobre el Enfoque de Riesgo en la Atención Materno Infantil. Serie Paltex N° 7. 1986.

La búsqueda excluyente de la utilidad y la profesión por parte de la educación actual supone la muerte del saber y del conocimiento

EMILIO LLEDÓ
Filósofo español