

16820.00
(42392)



LA EPIDEMIA DEL ABORTO

Hugo Corvalán

**Este documento ha sido elaborado para la
unidad 201.3, Dinámica de Población,
Salud y Desarrollo, del curso
Planificación y Políticas Sectoriales: Las
Variables Poblacionales Módulo 2**



INDICE

Resumen	1
La Experiencia Chilena sobre el Aborto	1
Efectos para la Fecundidad	2
Variaciones en las Pautas y Consecuencias del Aborto	5
- Morbilidad y Mortalidad	5
- Costo para los Servicios Médicos	6
- Consecuencias	7
- Africa	8
Soluciones	9
Conclusiones	12
Bibliografía	15

RESUMEN

Este artículo se centra en el aborto en dos niveles. En primer lugar, el aborto como problema humano y de salud pública y, en segundo lugar - aspecto que quizás sea más importante -, la posible solución del problema del aborto. Se ha tenido en cuenta la influencia de la modificación de las leyes y la constante evolución de las actitudes respecto del aborto. La información publicada en todo el mundo en relación con este tema, junto con la experiencia personal del autor en la esfera de la planificación de la familia y la población en los países en desarrollo de Asia, Africa y América Latina, lleva a la conclusión de que, en relación con la disminución de la fecundidad, el aborto - legal o ilegal - parece ajustarse a una pauta común y bastante predecible.

LA EXPERIENCIA CHILENA SOBRE ABORTO

El análisis de las pautas del aborto en Chile, que fueron debidamente documentadas en varias obras publicadas durante el decenio de 1960, contribuye a ilustrar lo que puede suceder con la prevalencia del aborto en un país en desarrollo en el cual se ha insistido mucho en la importancia del tamaño de la familia y del uso de métodos anticonceptivos. Es bien sabido que en Chile la fecundidad bajó de cerca de 40 por 1000 al final del decenio de 1950 a un nivel razonable de 22 por 1000 en 1990. Esta es en verdad una disminución notable, pero que no ha dejado de suscitar controversias y enconadas polémicas a lo largo del proceso.

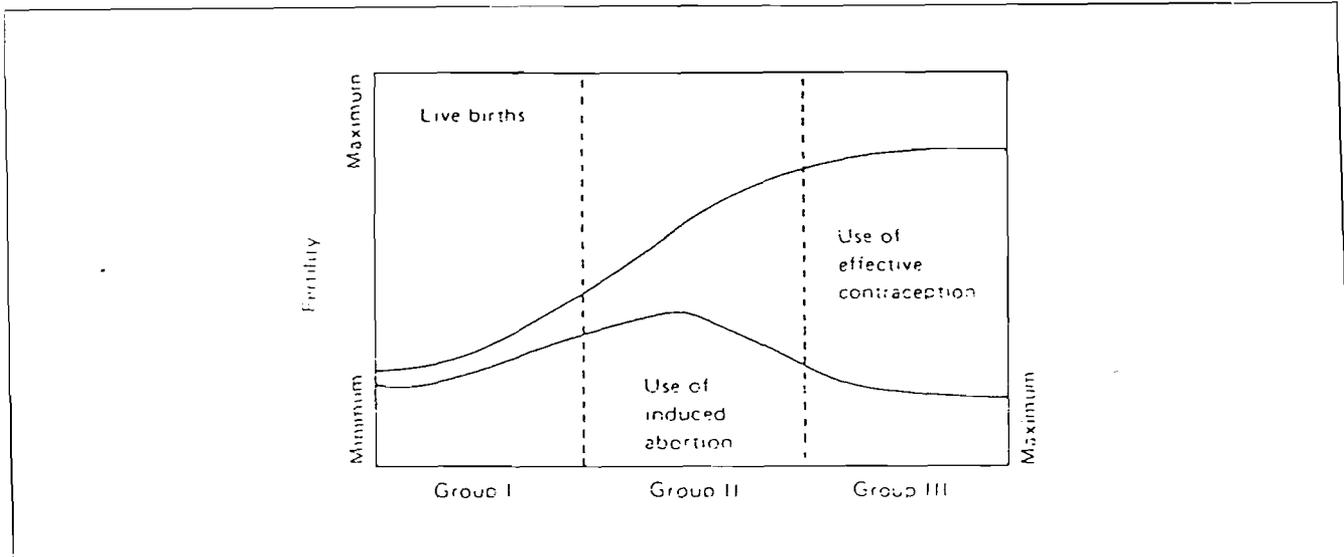
Quizá sea lógico suponer que una disminución de esta naturaleza en las tasas de fecundidad se logra mediante el uso de métodos que previenen el embarazo, del mismo modo que se puede prevenir una enfermedad transmisible. Lamentablemente, en el caso chileno las cosas no ocurrieron de este modo sencillo e ideal y por lo menos al principio, la marcada disminución en las tasas de fecundidad fue resultado sobre todo del gran número de abortos provocados que se practicaron.

EFFECTOS PARA LA FECUNDIDAD

Cuando estudiamos las variables que afectan la fecundidad o el comportamiento humano con respecto a la procreación, el uso de anticonceptivos y la práctica del aborto (legal o ilegal) son las dos variables que tienen el efecto más directo en la fecundidad, si bien la forma en que se adopten esos dos métodos dependerá de las características socioculturales de la comunidad de que se trate. En general es una sociedad que ha alcanzado un determinado grado de desarrollo socioeconómico y en la cual se hace mucha propaganda sobre el tamaño de la familia y el uso de anticonceptivos, se recurre al aborto provocado como medio de controlar el tamaño de la familia cuando no existe información sobre los métodos anticonceptivos y la manera de obtenerlos o esa información es limitada. Por lo general, los grupos que tienen un nivel cultural más alto son los primeros en utilizar anticonceptivos ya que tienen los medios para adquirir información y obtener suministros. Lamentablemente, esos grupos son de magnitud tan limitada que no tienen una repercusión importante en la fecundidad o en la prevalencia del aborto en la comunidad en su conjunto.

De acuerdo con la información sobre prevalencia del uso de anticonceptivos y práctica del aborto obtenida en encuestas realizadas en Chile entre mujeres en edad de procrear durante el decenio de 1960, se puede clasificar a las mujeres en tres grupos. El Gráfico 1 presenta una idea no cuantitativa de esa relación. El grupo que pertenece al nivel cultural y socioeconómico alto utiliza en especial anticonceptivos; cuando recurre al aborto provocado, lo hace básicamente porque el método anticonceptivo ha fracasado. Las mujeres del grupo socioeconómico medio son las que más recurren al aborto provocado. Ese grupo está motivado para controlar el tamaño de la familia, pero no tiene la iniciativa, la oportunidad o la información necesaria para recurrir a métodos anticonceptivos. El grupo del nivel socioeconómico más bajo tiene la más alta tasa de fecundidad y recurre menos que los otros a la anticoncepción o el aborto provocado.

Gráfico 1: Relación entre el aborto, la fecundidad, la anticoncepción y el nivel cultural y socioeconómico - Chile



Grupo I: nivel socioeconómico bajo; Grupo II: nivel socioeconómico medio; Grupo III: grupo socioeconómico alto.

La relación entre nivel cultural y socioeconómico y práctica del aborto provocado y uso de anticonceptivos se puede explicar por la diferencia que hay entre estos dos métodos. La anticoncepción es un medio "preventivo" que supone una actitud madura y consciente respecto al problema. Quienes nos hemos interesado por la medicina preventiva sabemos hasta qué punto es difícil practicarla.

Cuanto más bajo es el nivel cultural, más necesario parece ser que la pareja reconozca que hay un problema inmediato para tomar una medida. La persona que piensa en la prevención toma medidas basándose en probabilidades y es inherente a la naturaleza humana suponer que las probabilidades son favorables para uno. En cambio, el aborto es una medida "curativa" que resuelve un problema que ya existe y siempre da un resultado concreto. Las mujeres conocen los riesgos que entraña el aborto, pero están dispuestas a aceptarlos así como aceptan el riesgo del embarazo, con la esperanza de que "a mí no me va a pasar eso". El hecho de que en Chile se haya producido en los últimos decenios un aumento en el número de abortos provocados refleja un desplazamiento de la práctica del aborto provocado hacia los grupos del nivel socioeconómico más bajo. El grupo del nivel medio, que recurría al aborto cuando se inició el programa, está comenzando a utilizar métodos anticonceptivos. Al parecer el programa de planificación de la familia ha dado como resultado que aquellas mujeres que antes recurrían al aborto saben ahora que existe la posibilidad de optar por un método anticonceptivo más racional y de adoptarlo con buenos resultados. Sin embargo, las mujeres que antes no habían tomado ninguna medida parecen sentirse motivadas por el programa a

controlar el tamaño de la familia y han recurrido en primer lugar al método "curativo", es decir el aborto.

Estas observaciones dieron lugar a controversias y, a veces, a polémicas enconadas. Algunos sostenían que el uso de anticonceptivos en gran escala había reducido considerablemente en Chile el número de abortos ilegales, que era alto. En cambio otros afirmaban que, precisamente debido a la conciencia de la necesidad de limitar el tamaño de la familia creada por la disponibilidad de anticonceptivos, se había producido un aumento en el número de abortos ilegales.

Ahora que en gran medida se han olvidado esas acaloradas polémicas es posible decir que ambos grupos tenían en parte la razón. En una pequeña comunidad (San Gregorio) que se utilizó como zona experimental para un programa sumamente eficiente y perfeccionado de planificación de la familia, se demostró que era posible reemplazar el aborto ilegal (práctica curativa) por un método preventivo (uso de anticonceptivos modernos). Desafortunadamente, debido al alto costo de recursos humanos y económicos, no es posible realizar experiencias de este tipo a escala nacional. Por lo tanto en el caso de la población chilena que no contó con un programa de planificación de la familia tan intensivo como el de San Gregorio, se observó un aumento de hasta un 25% en las tasas de aborto después de la institucionalización oficial del programa de planificación de la familia (Cuadro 1).

Cuadro 1: Comparación entre las tasas de aborto en San Gregorio, la ciudad y la provincia de Santiago dos años después de la iniciación del programa de planificación de la familia.

Zonas	Tasas de aborto ¹		Porcentaje de variación	
	1964	1966		
San Gregorio	48,7*	28,7*	Reducción	41,1%*
Provincia de Santiago ²	46,2	53,2	Aumento	15,0%
Ciudad de Santiago ³	44,9*	56,5*	Aumento	25,0%

1 Por cada 1000 mujeres en edad de procrear.

2 Estimación de los abortos provocados según estadísticas hospitalarias.

3 Según la encuesta realizada por Armijo y Monreal en la ciudad de Santiago.

* Nivel de confiabilidad de los datos estadísticos: 95%.

VARIACIONES EN LAS PAUTAS Y CONSECUENCIAS DEL ABORTO

Resulta importante destacar aquí que una comunidad puede tener una reacción respecto del aborto que no depende de su estructura socioeconómica. Un grupo socioeconómico más bajo puede tener una pauta de aborto similar a un grupo más alto, como se muestra en el Gráfico 1, si se le ofrece un buen programa educacional y de servicios. En consecuencia, la transición del comportamiento curativo al comportamiento preventivo se produce en una sola etapa, como se ha explicado. Sin embargo, es importante tener presente que en una comunidad donde la frecuencia del aborto provocado es grande, no será fácil lograr una disminución considerable y este hecho ha quedado demostrado en todos los países del mundo desarrollado y en desarrollo. Por ejemplo, un estudio realizado en el Japón por Koya muestra que en el primer año de un programa de planificación de la familia, el aborto provocado aumentó en un 46% respecto del año anterior. Sólo después del cuarto año del programa se logró reducir esa tasa para llegar a un nivel inferior al que existía antes de la iniciación del programa y se necesitaron cinco años para alcanzar resultados realmente satisfactorios. Incluso cuando existe un buen programa de planificación de la familia, se necesita experiencia y conocimientos para practicar la anticoncepción con éxito y las tasas de fracaso serán forzosamente altas hasta tanto se adquiere esa pericia.

Morbilidad y mortalidad

Las consecuencias del aborto para la salud pública varían mucho. La mortalidad materna producida por el aborto provocado es cuatro veces más alta que la mortalidad causada por el parto en los países donde los métodos utilizados para provocar el aborto son primitivos, riesgosos e ilícitos. Sin embargo, esta relación se puede invertir en las sociedades donde el aborto se practica lícitamente y en condiciones correctas de asepsia quirúrgica. En tal situación, un embarazo puede ser más peligroso que un aborto provocado al principio de la gestación.

Las condiciones ambientales negativas y los métodos riesgosos utilizados para provocar un aborto ilícito en los países en desarrollo hacen que éste sea un problema que tiene prioridad social y médica. En Chile, por ejemplo se ha comprobado, que se producía una muerte por cada 250 mujeres que ingresaban a un hospital por complicaciones derivadas de un aborto provocado. En cambio en Yugoslavia y en otros países donde el aborto es lícito y prevalecen condiciones y métodos positivos, la posibilidad de muerte es una en 16.000. En otras palabras, para una mujer que se

somete a un aborto provocado en Chile o en otro país en desarrollo donde el aborto es ilícito el riesgo de mortalidad es 66,6 mayor que para una mujer que se somete a un aborto en un país donde éste es legal.

La gravedad que tiene el aborto realizado en una sociedad donde se acepta como procedimiento lícito es muy distinta de la que tiene en un país donde es ilícito y, por lo tanto, está sujeto a sanciones. Si la magnitud del problema del aborto sólo se mide desde el punto de vista de la mortalidad o de la morbilidad ginecológica, es posible que se descuiden otros aspectos del aborto provocado. Por ejemplo, la probable reacción psíquica de las mujeres, el costo personal y financiero e incluso el riesgo de que los niños queden abandonados y las familias destrozadas, puede ser significativo. Más importante aún que la mortalidad es la morbilidad que persiste después del aborto provocado en forma ilícita. Las principales causas de morbilidad son las infecciones uterinas y de las trompas que provocan la esterilidad como consecuencia del aborto. Esas infecciones se pueden combatir siempre que existan las medidas y los recursos apropiados.

Costo para los servicios médicos

Otro factor importante que es preciso considerar en relación con el aborto como problema de salud pública, además de la mortalidad materna, es la repercusión que tiene para los sistemas nacionales de salud. En las estadísticas de algunos países en desarrollo se ha señalado que las complicaciones derivadas de los abortos representan una pesada carga para servicios de atención médica que de todos modos son insuficientes. En los países en que el aborto ilegal ya constituye una epidemia, o se está convirtiendo rápidamente en una epidemia, la proporción de abortos que presentan complicaciones en comparación con los partos normales es sorprendentemente alta. Por lo tanto, los hospitales se ven seriamente afectados en su capacidad para proporcionar atención obstétrica, ya que alrededor de una tercera parte de los recursos se derivan a la atención de los abortos que presentan complicaciones.

En la mayoría de los casos los servicios de atención médica que tienen el primer contacto con los casos de aborto que presentan complicaciones son los servicios de urgencia. Por consiguiente se justifica el interés en estudiar la cantidad de recursos derivados por conducto de los servicios de urgencia a la atención de esa morbilidad. Se ha informado que, en algunos lugares, el 42% de todas las consultas se referían a casos de aborto con complicaciones, es decir que ésta era la categoría más importante en las admisiones de urgencia. Además, el 18% de los días de camas de hospital era absorbido por abortos que presentaban complicaciones, lo que constituía una seria competencia con los casos médicos y quirúrgicos agudos que requieren admisión y tratamiento de urgencia. El 17% de las transfusiones de sangre se

administraban a pacientes que habían tenido abortos; en cuanto al volumen de sangre utilizado, éste representaba el 27% de las reservas siempre escasas de los servicios de transfusión de sangre.

Estas estadísticas de los hospitales representan sólo un panorama parcial de lo que puede suceder en la comunidad en su conjunto. Las encuestas realizadas en asentamientos humanos muestran que hasta un 50% de las mujeres entrevistadas declararon que habían tenido algún tipo de aborto y cerca del 30% tenía un historial definido, con uno o más abortos provocados. Se ha comprobado asimismo que entre ciertos grupos de mujeres existe la tendencia a recurrir reiteradamente al aborto. En las encuestas mencionadas el 60% de los abortos correspondía a una cuarta parte de las mujeres. El reconocimiento de la existencia de esos grupos puede tener consecuencias prácticas para las medidas preventivas que examinaremos más adelante.

Consecuencias

Los abortos descritos corresponden a países de América Latina donde esta práctica ha alcanzado proporciones de epidemia en los últimos años. Sin embargo, a juicio del autor, los demás continentes todavía no han llegado a la etapa culminante del problema del aborto. En la mayoría de los países de África y Asia el aborto aún no ha alcanzado proporciones de epidemia, sobre todo debido a la etapa de desarrollo socioeconómico de esos países. Sin embargo, se puede prever con cierta exactitud que muchos países de África y Asia se enfrentarán con un problema de aborto similar en magnitud y gravedad al que han tenido numerosas naciones latinoamericanas contemporáneas.

Las organizaciones gubernamentales y privadas de África y Asia están preparando distintos proyectos de distribución de anticonceptivos, con el apoyo de campañas de motivación y educación en todos los niveles. El éxito de esos planes varía de un país a otro, pero es indudable que se ha creado una conciencia acerca del espaciamiento de los embarazos y la limitación del tamaño de la familia. Mi hipótesis es que, como resultado del mayor conocimiento que existe de la planificación de la familia y del desarrollo socioeconómico creado por las medidas gubernamentales, el aborto será un problema cada vez más significativo en muchas regiones de África y Asia, para no mencionar a los países restantes de América Latina que no se vieron afectados por la "epidemia del aborto" durante el decenio de los sesenta y principios de los setenta. Es fácil prever las consecuencias de una epidemia de esa naturaleza desde el punto de vista social y sanitario. Pero es preciso señalar que tenemos a nuestra disposición la tecnología necesaria para prevenir o tratar los abortos, evitando así el costo adicional que representan para la estructura sanitaria de esos países.

Africa

En un informe provisional preparado recientemente por la Dra. Monreal y presentado en el curso práctico sobre estrategia de la atención del aborto en Africa (organizado por la Oficina Regional de Africa de la FIPF) se dice que el aborto ilícito se practica actualmente en la mayoría de los países africanos, al menos en las capitales. El número de casos es aún bajo, pero indudablemente que tarde o temprano aumentará. Se comprobó que en algunas ciudades ocurrían tres muertes entre cada 300 pacientes hospitalizadas en caso de aborto. En comparación con otras regiones del mundo, esta cifra representa una tasa de mortalidad muy alta para el aborto ilícito.

La mayoría de esas muertes eran causadas por métodos riesgosos utilizados por personas irresponsables, mediante los cuales se causaban perforaciones del útero y otras complicaciones sépticas graves que pueden producir la muerte. Debido en especial a esta alta mortalidad y no al gran número de casos, el aborto ilícito ya representa un importante problema de salud pública en las zonas urbanas de Africa. Es probable que la situación empeore. La creciente demanda de educación y oportunidades de empleo acelerará el proceso actual de migración a las capitales y otras zonas urbanas. Además, las mujeres exigirán un cambio en su condición, igualdad de derechos y eliminación de la discriminación por razones de sexo. La idea de la familia numerosa y la vinculación entre la mujer y la fecundidad se modificará y, entre otras consecuencias, habrá un aumento del número de casos y de la gravedad de los abortos ilícitos.

Es responsabilidad de los gobiernos y de las organizaciones no gubernamentales prever un incremento en el número de abortos y tomar las medidas apropiadas. Actualmente existen diversos planes para organizar proyectos de educación sexual, medios innovadores para llegar a las comunidades con métodos anticonceptivos eficaces y esfuerzos para liberalizar las leyes restrictivas relacionadas con el uso de anticonceptivos y los métodos quirúrgicos de planificación de la familia. Sin embargo, sería ideal que en las zonas afectadas por un gran número de abortos que presentan complicaciones - y en las zonas que probablemente se vean afectadas en los próximos años - se establezcan programas amplios de control de la fecundidad. Se debe hacer hincapié en la utilización de todas las técnicas existentes. Por ejemplo, las medidas preventivas y las campañas debidamente orientadas de educación en población y de educación sexual, se deben integrar a los servicios modernos de suministro de anticonceptivos. El diagnóstico temprano del embarazo también ha de desempeñar un papel importante, especialmente en las regiones en que la legislación actual permite la interrupción del embarazo en los primeros meses.

Estas medidas, unidas al uso eficaz de los métodos anticonceptivos y la esterilización con posterioridad al parto o al aborto deberían permitir que se evite un gran número de embarazos no deseados y, en consecuencia, de abortos provocados. Es importante recordar que existen grupos de mujeres que recurrirán reiteradamente al aborto para controlar su fecundidad. La identificación de tales grupos es de capital importancia en todo programa nacional de control del aborto.

SOLUCIONES

Hay varias maneras de reducir o eliminar la carga que representa el aborto para las estructuras nacionales de salud, aunque tal vez muchas de ellas no se consideren ortodoxas. Para dar un ejemplo de esas posibles medidas mencionaré una experiencia personal que sólo tiene valor anecdótico, pero que ilustra bien la cuestión. Un joven médico general (amigo mío) que trabajaba en una comunidad semiurbana estaba a cargo de un pequeño hospital que presentaba un gran número de casos de pacientes que habían tenido abortos. Más del 70% de las camas del pabellón de obstetricia eran ocupadas por pacientes con complicaciones derivadas de abortos provocados. Si bien ese médico sabía que tal iniciativa no se ajustaba a los códigos jurídicos vigentes, reunió a un grupo bien conocido de personas que practicaban el aborto y de curanderos de esa comunidad y les explicó las técnicas básicas de asepsia y curetaje y les enseñó a utilizar antibióticos de modo seguro y racional. También los capacitó en el uso de métodos anticonceptivos modernos.

Después de varias semanas de esta "capacitación" poco ortodoxa, las admisiones de casos de aborto con complicaciones disminuyeron radicalmente y esa tendencia siguió manifestándose con el tiempo. Esta manera de enfrentarse con el problema no reducirá de manera forzosa el número de abortos que se realizan en una comunidad, a menos que aumente notablemente el uso de métodos anticonceptivos con posterioridad al aborto. Sin embargo, desde el punto de vista práctico, se obtienen importantes economías en los costos de salud a la vez que disminuye el número de abortos provocados que presentan complicaciones y se necesitan menos camas de hospital para esos pacientes. En otras palabras, es necesario reconocer que - a menos que se adopten medidas preventivas excepcionales - será difícil controlar realmente a corto plazo, el número total de abortos provocados. Frente a esa realidad, sólo es lógico y humanitario proporcionar los medios y recursos necesarios para que los grupos que tienen un acceso limitado a los médicos privados puedan solucionar su problema. Una vez que se ha producido un embarazo no deseado es casi inevitable que termine en un aborto provocado, incluso en los lugares en que es ilícito.

Personalmente he atendido a muchas mujeres por complicaciones derivadas de un intento de aborto ilícito realizado con los medios más primitivos y riesgosos, como la inserción de agujas de tejer en el útero. Cuando se les decía a estas mujeres que, debido a la situación legal del país, no se podía interrumpir su embarazo invariablemente contestaban que la próxima vez procurarían sin falta eliminar el feto. Y en la mayoría de los casos así sucedía y yo tenía que atenderlas porque tenían abortos incompletos con complicaciones infecciosas, anemia y otras consecuencias graves.

El estudio de las leyes existentes y el análisis de las posibilidades que existen en ese marco para la interrupción temprana del embarazo es una segunda opción que vale la pena estudiar y que puede contribuir a mejorar el problema del aborto sin perturbar a la profesión médica o a los políticos. En tercer lugar, el pronto tratamiento de un aborto incompleto - provocado o espontáneo - debe ser obligatorio en todo servicio de consulta externa de obstetricia y ginecología. El pronto tratamiento de un aborto no contraviene las leyes en ningún lugar del mundo, por muy restrictivas que sean. Por lo tanto no hay excusa alguna para demorar la prestación de tales servicios. La aspiración por vacío y el asesoramiento sobre anticonceptivos con posterioridad al aborto son métodos importantes que se deben aprovechar.

Los ejemplos descritos demuestran que existen buenas alternativas a las que pueden recurrir sin dificultad, en cualquier lugar del mundo, las personas que desean ocuparse de resolver el problema del aborto sin verse envueltas en la manipulación o interpretación de leyes restrictivas. Se necesita con urgencia una solución humanitaria para los millones de mujeres que se ven afectadas por el problema muy humano de los embarazos no deseados.

Otra manera de enfocar el problema del aborto provocado realizado en forma ilícita consiste en concentrar los esfuerzos y los recursos en la modificación de las leyes respectivas en los países que ya se ven afectados por la epidemia del aborto y, especialmente, en los países que están a punto de verse afectados por esa epidemia. El principal objetivo de la liberalización de las leyes sobre aborto es que ese procedimiento sea seguro; para ello no se debe permitir que siga en manos de curanderos y de personas que lo practican secretamente, a fin de reducir los riesgos que entrañan las operaciones clandestinas. Como ya se ha destacado, los abortos ilícitos constituyen un riesgo muy alto para las mujeres que tienen embarazos no deseados. Además, si se lleva a esas mujeres a los servicios públicos y legales es más probable que también tengan acceso a servicios anticonceptivos realistas.

Desde esta perspectiva, el aborto legalizado también permitiría realizar mejoras en otros dos aspectos que son motivo de preocupación. Uno de ellos es la reducción de la presión que representan para los recursos del sistema de salud los abortos con complicaciones, y el otro se relaciona con el concepto de justicia

social. No hay que olvidar que las personas que más sufren con las leyes restrictivas que regulan el aborto son los grupos de bajos ingresos que no cuentan con medios que les permitan pagar los honorarios de los médicos profesionales para obtener un aborto seguro, aunque sea ilícito, y que por lo tanto no tienen acceso a la interrupción segura y apropiada del embarazo. Además, en las capas inferiores de la sociedad se encuentran los grupos de alto riesgo, es decir las mujeres que por razones muy conocidas no han tenido acceso a la anticoncepción y recurren al aborto en las peores condiciones posibles.

Sin embargo, aunque se le considere un instrumento de salud pública y una medida de medicina preventiva, el aborto legal no deja de tener ciertas posibles desventajas:

- * el aborto es contrario a los valores y a la moral religiosa de una gran proporción de la población en muchos países. Esto puede crear oposición, o por lo menos falta de entusiasmo, en lo que respecta a la liberalización de la legislación en materia de aborto;
- * la legislación del aborto podría dar origen a prejuicios contra los programas de planificación de la familia y, tal vez, contra la anticoncepción en general. Hay razones válidas para preguntarse si algunas personas no buscarán soluciones a un problema una vez que se vuelve evidente en vez de tratar de prevenir la crisis;
- * aún para los abortos legales se necesita personal y servicios médicos, que son escasos, de modo que también existe el peligro de que los curanderos ocupen el terreno;
- * por último, el aborto legal realizado en buenas condiciones no está totalmente exento de complicaciones.

En esas circunstancias sostenemos enfáticamente que, antes de que se tome una decisión sobre la legalización del aborto, se puede y se debe hacer una evaluación cuidadosa de las repercusiones y de las consecuencias previsibles de esa política. Esto es aún más importante en los países en desarrollo donde los recursos de salud son limitados. Toda decisión relacionada con la liberalización de la legislación en materia de aborto debe formar parte de un plan amplio de prevención en vez de ser, como sucede con frecuencia, una medida aislada sin un marco teórico apropiado para su aplicación. Además, es necesario y urgente realizar nuevas investigaciones en la esfera del aborto a fin de obtener algunas de las respuestas que se necesitan para definir tales políticas, sobre la base de datos satisfactorios y confiables. Es preciso prestar gran atención y prioridad a Africa y Asia, donde hasta ahora la experiencia es limitada.

CONCLUSIONES

En resumen, recomendamos en primer lugar que se adopten medidas preventivas enérgicas para detener la epidemia del aborto. Es fundamental que se recurra de modo racional a la educación de la comunidad para proporcionar información sobre los riesgos que entraña el aborto ilícito y los beneficios que, desde el punto de vista de la salud y el bienestar, se pueden obtener mediante la planificación de la familia. Es de lamentar que los conocimientos sobre el aborto que han generado las instituciones académicas con frecuencia no estén al alcance del público en general. Es preciso establecer conductos para que estos conocimientos lleguen a la comunidad y a los servicios de salud donde se pueden aplicar en el trabajo cotidiano.

También se ha de tomar en consideración la educación sexual y se deben hacer todos los esfuerzos posibles para tratar de introducirla cuanto antes en la vida del niño por medio de la enseñanza escolar y extraescolar. En todo programa preventivo es muy importante dar educación detallada y personal a los usuarios de anticonceptivos, haciendo hincapié en los problemas relacionados con el aborto. Este componente educacional del programa debe incluir al futuro "cliente" y lo ideal sería que formara parte del control ulterior de las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos, así como de sus maridos. También en este caso se ha de tener presente que en esas actividades se debe prestar especial atención a las mujeres que corren un alto riesgo de recurrir reiteradamente al aborto.

La capacitación de personal para el programa de control propuesto es fundamental y se debe diseñar de modo que satisfaga las necesidades y las demandas de la amplia y variada gama de actitudes de los usuarios que probablemente participen en ese programa. Por una parte cabe esperar que el programa promueva un alto grado de satisfacción y confianza entre la población a la que está destinado. Por otra parte, esta confianza es esencial para evitar los fracasos en el uso de métodos anticonceptivos, ya que una alta proporción de esos fracasos se traducirá posteriormente en abortos provocados.

Desearíamos referirnos ahora a los servicios de planificación de la familia y su importancia como parte del plan de prevención tendiente a reducir el número de abortos. Si se examina el panorama de los servicios anticonceptivos que se prestan en el mundo en desarrollo, es evidente que hay diferencias apreciables. Existen clínicas que sólo utilizan un método de anticoncepción, mientras que otras ofrecen todos los métodos modernos y los métodos tradicionales aceptables. Algunos lugares limitan sus servicios a las mujeres que reúnen ciertas condiciones claramente definidas, mientras que otras clínicas aceptan a todas las mujeres que deseen

controlar su fecundidad. Para el éxito del programa preventivo tiene capital importancia que éste se establezca de acuerdo con criterios correctos y sólidos en lo que respecta a la regulación de los servicios.

En primer lugar, la esterilización quirúrgica debe ser parte integrante del programa preventivo. No es razonable que se obligue a mujeres jóvenes que han alcanzado el tamaño deseado de la familia a continuar usando métodos anticonceptivos durante el resto de su vida fértil, con los diversos efectos secundarios menores que pueden tener y con el riesgo reducido pero siempre presente de fracaso. Es humanitario ofrecer un método definitivo de control de la fecundidad. Con los adelantos de la tecnología, es bien sabido que la esterilización voluntaria requiere una cantidad limitada de personal y de recursos financieros y se puede realizar en clínicas sin necesidad de hospitalización.

Considero que un programa de prevención del aborto es deficiente si no incluye la esterilización.

En segundo lugar, es preciso reconocer que para utilizar los métodos modernos de anticoncepción se requieren ciertos conocimientos y que, especialmente al comienzo, suelen ocurrir fracasos. También se sabe, que el método más eficaz, incluso si se utiliza adecuadamente, entraña un riesgo de fracaso.

Considero que es responsabilidad moral de las personas que tienen a su cargo el programa advertir a los usuarios y a los usuarios en potencia acerca de los riesgos de fracaso y me permitiría sugerir que su responsabilidad va algo más allá de la mera información. Creo que sería apenas justo ofrecer a las clientes y a las clientes en potencia una solución en los casos en que han quedado embarazadas por accidente mientras utilizaban anticonceptivos. Evidentemente, para muchas mujeres la solución es la interrupción temprana del embarazo que podría realizarse en una clínica sin hospitalización utilizando equipos de regulación menstrual, o aspiración por vacío. Cualquiera de estas técnicas podría ser utilizada por personal paramédico capacitado bajo la supervisión de médicos y con un costo muy reducido.

Las soluciones de la actual epidemia de abortos y de las epidemias que están apareciendo en algunos países y continentes no son complicadas desde el punto de vista técnico. Están al alcance de cualquier país que desee enfrentarse con el problema. Algunas de las soluciones que se proponen en este trabajo son polémicas y otras pueden ser difíciles de aceptar por distintas razones culturales, morales o políticas. Sin embargo, los gobiernos o las organizaciones no gubernamentales que estén decididos y dispuestos a resolver el problema del aborto deben enfrentarse al hecho de que actualmente no hay otras soluciones técnicas. Es probable que tengan que optar por una combinación de los distintos enfoques que hemos examinado. El denominador común es siempre el doble

propósito de prevenir los embarazos - aun sabiendo que es inevitable que haya algunos fracasos - y de interrumpir los embarazos no deseados cuando se producen. La cuestión del aborto sólo tiene un fin y una solución y esa solución está, o al menos debería estar, en manos de las mujeres afectadas. La sociedad debe facilitar su decisión.

Nota: Las ideas que contiene este capítulo son expresadas por el autor a título personal y no representan necesariamente el pensamiento del Fondo de Población de las Naciones Unidas y/o CEPAL/CELADE.

BIBLIOGRAFIA

- Armijo, R. Y Monreal, T. 1965. The problem of Induced Abortion in Chile, Milbank Memorial Fund Quarterly, 43, 263.
- Corvalán, H. 1972. Induced Abortion as a Public Health Problem in Chile, MSc Medical Demography degree thesis, London School of Hygiene and Tropical Medicine (mimeo).
- David, H. (comp.) 1974. Abortion Research: International Experience, Massachusetts: Lexington Books.
- Faúndes, A., Rodríguez, R. y Avendaño, O. 1969. El programa de Planificación Familiar de San Gregorio (mimeo).
- Koya, Y. 1966. Harmful Effects of Induced Abortion, Federación de Planificación de la Familia del Japón.
- Monreal, T. y Armijo, R. (1968). Evaluation of the Programme for the Prevention of Induced Abortion and for Family Planning in the City of Santiago, Revista Médica de Chile, 96, 605.
- Monreal, T. 1978. Illegal Abortion in Selected African Capital Cities, Monografía presentada en el curso práctico sobre la estrategia de la atención del aborto en Africa. (En prensa)
- Moore, E. 1971. Inventory of Information on Induced Abortion, Nueva York: Columbia University, International Institute for the Study of Human Reproduction.
- Omran, A.R. (comp.) 1976. Liberalization of Abortion Laws: Implications, Chapel Hill, North Carolina: Carolina Population Center.
- Potter, R.G. 1972. Additional Births Averted when Abortion is added to Contraception, Studies in Family Planning, 3, 53.
- Potts, M., Diggory, P.C. y Peel, J. 1977. Abortion, Cambridge: Cambridge University Press.
- Raquena, M. 1965. Social and Economic Correlates of Induced Abortion in Chile, Demography 2, 33.
- Requena, M. 1968. The Problem of Induced Abortion in Latin America, Demography 5, 785.
- Requena, M. y Monreal, T. 1968. Evaluation of Induced Abortion Control and Family Planning in Chile, Milbank Memorial Fund Quarterly 46 (3), 191.

Van der Tak, J. 1974. Abortion, Fertility and Changing Legislation: An International Review, Massachusetts: Lexington Books.

Viel, B. 1976. The Demographic Explosion: The Latin American Experience, New York: Irvington Publishers.