

6 JUN. 1975

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA

20XL	0023100	
Fecha recibida: 20/8/76		<b>SOCIAL</b> Colada
ARCHIVO de DOCUMENTOS		
Original NO SALE de la oficina		

J 879

DEM

Enrique Carrasco (\*)

INCIDENCIA DEL ABORTO, FECUNDIDAD Y ANTICONCEPCION EN AMERICA LATINA

Enero, 1973.

(\*) El autor agradece las orientaciones que recibí del Dr. Santiago Gaslondo. Advierto, sin embargo, que este documento es de su exclusiva responsabilidad.

BIBLIOTECA "GIORGIO MORTARA"  
CENTRO LATINOAMERICANO  
DE DEMOGRAFIA

10919 ✓

18 JUN. 1975

1. El problema del aborto. En el último decenio, algunos estudios basados en estadísticas hospitalarias, al confesarse, y encuestas por muestreo de algunos sectores de la población femenina de América Latina posteriormente, evidenciaron que el aborto es un problema de Salud Pública. Algunos de esos resultados se expresaban, casi uniformemente, en que una de cada tres (o cada dos, o cada cuatro, según el caso) casadas de maternidad se encontraban ocupadas por mujeres con abortos, en su gran mayoría, provocados. Reconociendo la importancia del aborto provocado como problema de salud pública, algunos de los programas de Planificación Familiar que se inician en América Latina incluyen entre sus objetivos, la reducción del aborto provocado (ilegal, clandestino, etc.) como un medio de reducir la mortalidad materna y los gastos considerables en el tratamiento de las que abortan.

Surge también la preocupación por estudiar el aborto como variable que afecta el nivel de fecundidad.

Son estos los factores que han conducido al estudio sistematizado de la incidencia del aborto en América Latina.

2. El programa de estudios comparativos sobre aborto inducido y uso de anticonceptivos en América Latina (PEAL). El estudio del aborto se ha realizado, de preferencia, en el último tiempo, por medio de encuestas por muestreo de la población femenina en edad fértil. Entre esas investigaciones, una de las más importantes por el esfuerzo comparativo y el aporte metodológico que significó para el estudio del aborto, está el "Programa de estudios comparativos sobre aborto inducido y uso de anticonceptivos en América Latina (PEAL)".<sup>1/</sup> Es este programa la fuente principal, tanto de las consideraciones metodológicas que se hacen, como de resultados que se presentan en este documento.

Por el poco conocimiento que se tenía del tema, el PEAL<sup>2/</sup> se fijó objetivos bastante ambiciosos. La hipótesis principal del estudio<sup>3/</sup> obligó a utilizar en cada ciudad una muestra de mujeres de 15 a 49 años, distribuidas equitativamente entre los estratos socioeconómicos alto, medio y bajo. Se estimó que 500 mujeres para cada estrato constituirían un número aceptable de casos para el análisis, las que se eligieron aleatoriamente en el universo de mujeres de esos estratos, resultando así una muestra total de 1 500.

Los objetivos que se pretendió alcanzar condujeron a un cuestionario largo y algo complejo de manejar.

A pesar de ello, el PEAL mostró la posibilidad de realizar el estudio en forma comparativa, recurriendo a la utilización de un diseño muestral común, cuestionarios uniformes (con adaptaciones a las circunstancias locales), manuales únicos de entrevistadores, y de codificación. Desde luego debe reconocerse que la comparabilidad de las respuestas sobre incidencia del aborto está afectada por las circunstancias propias de cada medio (distinta sanción penal o moral), que condicionan fuertemente la veracidad de la declaración de las mujeres, especialmente en el caso de los provocados.

Esto indicó la conveniencia de indagar en el momento de la entrevista sólo por "abortos" tenidos o mejor en algunos casos, por "pérdidas" tenidas por las mujeres, sin intentar separar los abortos en espontáneos y provocados. Se pensó así obtener una magnitud más o menos aceptable del total de abortos y por diferencia con una proporción fija, arbitrariamente adoptada para los espontáneos, estimar los inducidos.

3. La medición del aborto. Entre las diversas medidas del aborto,<sup>4/</sup> destacan por su utilidad el número medio de abortos tenidos por las mujeres a lo largo de su vida reproductiva (visión retrospectiva) y las tasas de abortos (visión anual del fenómeno). Cualquiera sea la medida empleada, la incidencia del aborto en la población depende de la frecuencia con que se embarazan las mujeres, y la frecuencia con que las embarazadas abortan. Medidas basadas exclusivamente en una de estas dos frecuencias pueden llevar a conclusiones totalmente opuestas. Un grupo determinado de mujeres, por ejemplo solteras, puede presentar una frecuencia de embarazos que terminan en abortos, muy superior a las no solteras. Podría así concluirse que las solteras contribuyen en mayor grado a la incidencia del aborto en la población. Sin embargo, la frecuencia con que se producen embarazos en las solteras puede ser tan baja, que su contribución final de abortos en la población femenina termina siendo muy inferior a la correspondiente a las no solteras.

4. Tendencias recientes del aborto en América Latina. Utilizando los resultados de las encuestas PEAL (Bogotá, Lima, Panamá y Buenos Aires) y de la encuesta FEPA para la ciudad de Asunción,<sup>5/</sup> se presentan a continuación los niveles de abortos, de embarazos y de fecundidad, observados en el quinquenio anterior a cada encuesta.

Para el estudio de la tendencia conviene considerar un período breve. No conviene retroceder mucho en el tiempo para evitar, en la medida de lo posible, las fallas de memoria de las entrevistadas, y la dificultad de que vayan desapareciendo las observaciones para las edades avanzadas. En el caso de las encuestas PEAL, se consideró sólo el quinquenio anterior (la tendencia se obtiene por la variación entre las tasas del año anterior a cada encuesta y las de los cuatro años restantes del quinquenio y en el de FEPA-Asunción el decenio anterior.)

El cuadro 1 presenta los niveles de las tasas de embarazos, abortos por embarazos, abortos por mujeres y de fecundidad en el quinquenio anterior para las ciudades estudiadas. Para el año anterior a cada encuesta y los cuatro restantes puede apreciarse la frecuencia con que se embarazan las mujeres ( $c_x$ ), la frecuencia de que ocurran abortos (espontáneos y provocados) en las embarazadas ( $a_x$ ), la frecuencia del aborto en las mujeres ( $a_x$ ), y la frecuencia con que las mujeres tienen nacidos vivos ( $f_x$ ), siendo ésta, en líneas generales, la diferencia entre  $c_x$  y  $a_x$ .<sup>6/</sup> No se considera el grupo de edades 45-49, por su escasa representación.

Los niveles de las tasas generales (15-44 años) de embarazos y fecundidad son altos en todo el quinquenio considerado, con la excepción de Buenos Aires (como cabía esperar). Las tasas de aborto, sean por embarazos o por mujeres, muestran aumento de nivel en el último año respecto de los cuatro restantes del quinquenio en todas las ciudades, excepto Buenos Aires. La probabilidad de que ocurran abortos en embarazadas en el año anterior a cada encuesta ( $a_{15-44}$ ) tiene un valor alto en Lima y Asunción, donde uno de cada cuatro o cinco embarazos terminan en abortos. Esta frecuencia es algo menor en Panamá y Buenos Aires, y bastante menor en Bogotá.

Si se acepta que aproximadamente cien de cada mil embarazos terminan en abortos espontáneos,<sup>7/</sup> todas las cifras recién comentadas revelan acciones de las mujeres para interrumpir voluntariamente sus embarazos.

#### - Variación de las tasas de embarazos ( $c_x$ ).

Siempre considerando las edades de 15-44 años, se advierte un descenso considerable en Bogotá y Lima (17 y 12 por ciento de reducción), y leve en Panamá. Estos descensos podrían estar sugiriendo un mayor uso de anticonceptivos. El leve aumento producido en Asunción es engañoso, como se verá más adelante al considerar la evolución en todo el último decenio. El aumento de 13 por ciento registrado en Buenos Aires es sorprendente. Esta ciudad (como toda Argentina) presenta niveles bajos de fecundidad desde muchos años atrás, por lo que parece poco probable que este aumento represente un repunte real de la tasa general (15-44 años) de embarazos. En cambio, podría tratarse de fluctuaciones ocasionales de la natalidad. Una mayor veracidad para el año anterior es poco probable, porque si hubiera producido, se habría notado en las tasas de abortos por embarazos (y como se aprecia en el cuadro 1, bajan un 13 por ciento).

#### - Variación de las tasas de abortos por embarazos ( $a_x$ ).

Si se acepta que el promedio para todas las edades de la proporción de embarazos que terminan en abortos espontáneos no varía considerablemente en el tiempo y en el espacio, esta medida ( $a_x$ ) permite medir la práctica del inducido aborto en las expuestas a este riesgo. Permite ella, entonces, orientar

las acciones para luchar contra el aborto en los grupos más expuestos a ese riesgo. Las cifras del cuadro 1 indican que, salvo Buenos Aires, la práctica del aborto ha aumentado en las restantes ciudades, en algunos casos en forma extraordinaria, como es el caso de Lima, que crece en un 85 por ciento.

Curiosamente, el mayor aumento de las tasas de abortos por embarazos se ha producido en el grupo 15-19 años, a excepción de Panamá, aunque en este caso es tan importante como en el de 35-44 años. Podría pensarse que el mencionado aumento es debido a una declaración más verídica de estas mujeres jóvenes, y podría colegirse que el aumento experimentado por la tasa general de abortos por embarazos se debe en gran parte a la veracidad de ese grupo de mujeres. Sin embargo, las tasas aumentan en todos los grupos de edades, de casi todas las ciudades. Además, la tasa del grupo 15-19 años pesa poco en la determinación de la tasa general y, por otra parte, el tiempo considerado en la variación es muy exiguo (aproximadamente dos años y medio) como para pensar que se ha manifestado un cambio en la actitud de las mujeres. Por lo tanto, la variación experimentada por la tasa general de abortos por embarazos, reflejaría en gran medida un aumento real.

- Variación de las tasas de abortos por mujer (a).

Esta tasa es la tasa de embarazos por mujeres multiplicada por la tasa de abortos por embarazos, <sup>0/</sup> y mide la incidencia del aborto en la población femenina. En el caso de Bogotá, Lima y Panamá (todas las edades) se notó un descenso de los embarazos y un aumento de los abortos por embarazos, y como este aumento pesó más, la incidencia del aborto por cada mil mujeres aumentó en esas ciudades: 60 por ciento en Lima y 13 por ciento en Bogotá y Panamá. En el caso de Buenos Aires, el aumento de los embarazos se compensó exactamente con el descenso de los abortos por embarazos, lo que puede haber dado lugar a que la incidencia del aborto no variara. En el caso de Asunción, a la mayor frecuencia de embarazos se sumó la mayor frecuencia de abortos por embarazos, y determinó un aumento de 22 por ciento en la incidencia del aborto.

- Variación de las tasas de fecundidad (f<sub>x</sub>).

Como se anticipó, la variación de tasa de fecundidad puede considerarse como la resultante de la variación entre la tasa de embarazos y la de abortos por mujeres. Los descensos mayores de la fecundidad general se registran para Lima (22 por ciento) y Bogotá (20 por ciento). Ese descenso se produce, fundamentalmente, por el gran aumento de la incidencia del aborto, en Lima, y por la disminución de la tasa de embarazos, en Bogotá, presuntamente a causa de un mayor uso de anticonceptivos. El descenso de la fecundidad para todas las edades en Panamá es pequeño, como pequeños son el descenso de los embarazos y el aumento de los abortos.

En Asunción, a pesar del aumento considerable de la incidencia del aborto, la fecundidad general creció en 4 por ciento, lo que puede explicarse por el incremento de los embarazos. En el caso de Buenos Aires, como la variación de la incidencia del aborto es nula, la fecundidad crece por el aumento de los embarazos.

Las variaciones recién comentadas deben ser tomadas con cautela, entre otras causas, ~~por~~ por las posibles fluctuaciones aleatorias de las tasas. En el caso de la encuesta FEPA-Asunción se ha estudiado<sup>9/</sup> la variación de las tasas en el decenio anterior a la encuesta. El cambio promedio anual de cada serie de tasas se obtuvo como cociente entre la pendiente de la línea recta de ajuste de la serie y la tasa promedio del decenio. La conclusión de esa tendencia decenal es un descenso de los embarazos (contrario a lo observado en el cuadro 1), un aumento elocuente de la incidencia del aborto (del orden de 85 por ciento decenal), con el consiguiente descenso de la fecundidad (44 por ciento decenal).

Estas variaciones de Asunción son similares a las de Lima, Bogotá y Panamá. Denotan un mayor uso de anticonceptivos y un aumento de la práctica del aborto, poniendo de manifiesto que las mujeres de esas ciudades (o sus cónyuges, o ambos) limitan o espacian el número de sus hijos.

Con las debidas reservas, las tendencias recientes indican que el aborto está aumentando en las ciudades estudiadas, salvo el caso de Buenos Aires, sospechoso de subdeclaración.

5. La influencia del aborto en el nivel de la fecundidad. En la sección anterior se apreció el nivel considerable del aborto en las ciudades estudiadas, y se señaló que el aumento de la incidencia del aborto aparecía como una de las posibles causas del descenso de la fecundidad (en algunos casos, la principal). La pregunta que surge es ¿cuál es la influencia relativa de la incidencia del aborto en el nivel de fecundidad?. Dicho de otro modo, de no actuar el aborto en una población dada ¿cuál sería su nivel de fecundidad?.

El aborto es sólo una de las tantas variables intermedias que actúan directamente sobre la fecundidad. Conviene, por lo tanto, estudiar su influencia en la fecundidad, en el conjunto de esas variables. Se presenta a continuación, una técnica de análisis<sup>10/</sup> que estima la influencia relativa de tres grandes grupos de variables intermedias:<sup>11/</sup> la ausencia de relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la mortalidad fetal, de acuerdo a su orden lógico en el proceso de reproducción. Aunque se considera la mortalidad fetal y no el aborto, a su debido tiempo se estimará la influencia relativa del aborto inducido en el nivel de la fecundidad.

Podríamos preguntarnos, si no actuara la mortalidad fetal, ¿a qué nivel de embarazos ( $e$ ) se elevaría el nivel observado de la fecundidad ( $f$ )?. Si no actuara la mortalidad fetal y no se recurriera al uso de anticonceptivos, ¿a qué nivel de embarazos ( $e'$ ) llegaría  $g$ ?. Si además de esos dos factores, no actuara la ausencia de relaciones sexuales, ¿cuál sería el nivel teórico máximo ( $e^t$ ) que alcanzaría  $e'$ ?

En las preguntas anteriores está implícito que la ausencia de relaciones sexuales deja sin efecto el uso de anticonceptivos y la mortalidad fetal, y que el uso de anticonceptivos (mientras no se produzca un embarazo) deja sin efecto a la mortalidad fetal.

Teniendo en cuenta estas consideraciones se trata de conseguir categorías de mujeres: sin relaciones sexuales, con relaciones sexuales, estas últimas desglosadas en aquellas que usan<sup>w</sup> y en aquellas que no usan anticonceptivos en un período determinado. Como período de observación se elige el mes civil (que se asemeja bastante al ciclo menstrual).

En las encuestas PEAL y en la encuesta FEPA se obtuvo la historia de la vida sexual de los doce meses íntegramente transcurridos<sup>12/</sup> antes de la entrevista, lo que permite conformar, mes por mes, las categorías de mujeres descritas anteriormente, con la anotación de los embarazos llegados a término en el período (abortos, nacidos muertos, nacidos vivos) y obtener así las tasas necesarias para estimar la influencia relativa. Para el cálculo de estas tasas, los meses de embarazos producidos en el año observado se agregan a los meses con relaciones sexuales, asignándolos ya sea a la categoría de "con uso de AC" o "sin uso de AC", según si el embarazo fue precedido por relaciones en que se usó o no algún anticonceptivo. La explicación de este proceder es que se intenta conocer la frecuencia con que ocurren términos de embarazos (abortos o partos) en las categorías de mujeres consideradas (en el total de mujeres-mes, en las mujeres-mes con relaciones sexuales, y en éstas, según si se usó o no AC). No se trata de determinar la frecuencia con que se embarazan las mujeres de esas categorías, en cuyo caso deben considerarse sólo los meses de riesgo efectivo.

Con las tasas mencionadas ( $e^t$ ,  $e'$ ,  $e$  y  $f$ ) se explica cómo se pasa desde un nivel teórico máximo de embarazos<sup>13/</sup> hasta el nivel observado de la fecundidad por la influencia de la ausencia de relaciones sexuales, del uso de anticonceptivos, y de la mortalidad fetal. Al expresar cada una de las reducciones a causa de una de esas variables en relación a la reducción total, se obtiene la influencia relativa buscada.

En el cuadro 2 figuran esas tasas y la correspondiente influencia relativa de las variables, por grupos de edades, en las ciudades estudiadas.<sup>14/</sup> En el caso de la influencia relativa de la mortalidad fetal (abortos inducidos, abortos espontáneos y nacidos muertos) se ha desglosado la influencia del aborto inducido. Para esto, se supone que la mortalidad fetal involuntaria representa el 10 por ciento de los embarazos. Por lo tanto, al multiplicar la influencia relativa de la mortalidad fetal por 0,9, se obtiene la de la mortalidad fetal voluntaria, o sea, de los abortos inducidos.

No debe sorprender al lector la diferencia entre los valores del cuadro 2 y aquellos del cuadro 1, para las tasas de embarazos y de fecundidad, puesto que los primeros se refieren al "último año cronológico", y los segundos al "último año civil", que no coinciden.

Los comentarios que puedan hacerse para la influencia relativa del aborto inducido (AI) en el nivel de la fecundidad, son similares a los de la mortalidad fetal (puesto que se han estimado como una proporción fija de ésta), y son éstos los que figurarán.

En el conjunto de las edades (15-49 años) se observa que, en todas las ciudades consideradas, la mayor influencia relativa en la determinación del nivel observado de la fecundidad corresponde a la ausencia de relaciones sexuales, y en un porcentaje considerable que va desde un 58 por ciento en Bogotá hasta un 69 por ciento en Asunción. Estos valores rolean a un papel secundario a la anticoncepción y a la mortalidad fetal.

La influencia relativa de la ausencia de relaciones sexuales es casi total en el grupo 15-19 años y decrece en los grupos siguientes, en todas las ciudades.

La anticoncepción y la mortalidad fetal no siempre presentan una influencia secundaria en todos los grupos de edades. La influencia relativa de la anticoncepción crece con la edad y alcanza valores apreciables en el grupo 35-49 años para Bogotá, Lima y Panamá. En Asunción, la influencia relativa de la anticoncepción juega un papel modesto y su valor más alto (20-34 años), apenas si representa un 23,3 por ciento.

La influencia relativa de la mortalidad fetal presenta la misma característica cuando aumenta la edad, para todas las ciudades: Va en aumento constante. Dentro de ese crecimiento de la importancia de la mortalidad fetal con la edad, destaca notadamente el caso de Asunción, que presenta los valores más altos -excepto para el grupo 20-34 años- en especial en las edades superiores, donde supera el 50 por ciento. Curiosamente en esta ciudad se observa la menor influencia relativa del uso de anticonceptivos.<sup>15/</sup> Esta observación sirve para mostrar la importancia del uso de anticonceptivos en el aborto inducido, que se trata en el párrafo siguiente.

La técnica empleada en este párrafo ha mostrado que, para todas las edades, la influencia relativa del aborto inducido en el nivel de fecundidad, a pesar de ser algo baja, no es despreciable (en especial, en Panamá y Asunción). El aborto inducido es notoriamente un problema de envergadura en las mujeres mayores de 35 años.

5. La influencia de la anticoncepción en el aborto. En las secciones anteriores se ha visto que las mujeres actúan para limitar o espaciar sus hijos. Se ha observado que una gran cantidad de embarazos son interrumpidos voluntariamente por las mujeres. Pero ¿y qué ocurre mientras tanto con las medidas preventivas? ¿qué ocurre con la anticoncepción respecto de los abortos y de los nacidos vivos?

En esta sección se trata de averiguar cuál ha sido el efecto del uso de anticonceptivos sobre el aborto y la fecundidad, en términos de abortos evitados y nacidos vivos evitados, medidas resumen que no necesitan de mayor presentación por su importancia para medir el costo-efecto de las actividades anticonceptivas, en especial, las de un programa de planificación familiar.

Para el cálculo de los abortos y nacidos vivos evitados se recurre nuevamente a la información proveniente de la Historia de Vida Sexual de las encuestas PEAL y de la encuesta FEPA-Asunción. La estimación de los acontecimientos evitados por el uso de anticonceptivos podría plantearse: ¿Cuántos nacidos vivos o abortos se producirían en un año para las mujeres que usaron anticonceptivos si no los hubieran usados. Es decir, si a las mujeres que usaron algún anticonceptivo se les aplicara las tasas de fecundidad o aborto, por grupos de edades, de las mujeres que no usaron anticonceptivos durante el año. Sin embargo, estos dos grupos de mujeres, las que usan y las que no usan anticonceptivos no son comparables, pues puede probarse que las que usan anticonceptivos tienen una fecundabilidad significativamente mayor que las que no usan.<sup>16/</sup>

En cambio, sí son comparables las mujeres que usan anticonceptivos eficaces con aquellas que usan anticonceptivos menos eficaces,<sup>17/</sup> como también puede ser probado.<sup>18/</sup>

Al aplicar las tasas de fecundidad por grupos quinquenales de edades, registradas en los doce meses anteriores a cada encuesta, del grupo de mujeres-mes que usaron anticonceptivos menos eficaces, a las mujeres-mes que usaron anticonceptivos eficaces, se obtiene el número de nacidos vivos que habrían tenido las mujeres que usaron ACE si hubieran usado ACME. Este número estimado de nacidos vivos es, por supuesto, mayor que el observado en el grupo de mujeres que usaron ACE y, por lo tanto, los nacidos vivos evitados (diferencia entre lo estimado y lo observado) tienen signo positivo.

En la situación inversa, al aplicar las tasas de fecundidad por grupos quinquenales de edades, del grupo de mujeres que usaron anticonceptivos eficaces a las mujeres que usaron anticonceptivos menos eficaces, el signo de los nacidos vivos evitados será negativo.

Análogamente, se obtienen los abortos inducidos evitados. En cada caso se ha supuesto que la mortalidad fetal involuntaria (abortos espontáneos, nacidos muertos) representan el 10 por ciento de los embarazos.

En el cuadro 3a figuran los nacidos vivos y abortos inducidos, observados y teóricos, en el total de mujeres encuestadas. Los acontecimientos evitados se refieren a cada una de las situaciones hipotéticas. Con estos datos es posible calcular las respectivas tasas, observadas y teóricas, de fecundidad general y de abortos inducidos general (por mujeres), que figuran en el cuadro 3b.

La diferencia entre lo observado y lo teórico, referido a lo observado, indica el efecto reductor de la anticoncepción (según sea la situación hipotética) en las tasas de fecundidad y de aborto inducido, que en el cuadro 3b aparece como variación porcentual. Como las muestras son representativas del universo, el efecto encontrado en la muestra es el mismo (salvo las fluctuaciones debidas al error de muestreo) que se produce a nivel de la población general.

Cualquiera sea la situación hipotética, el menor efecto de la anticoncepción se observa para Asunción, resultado que podía preverse por la escasa proporción de uso de anticonceptivos ya comentada. Entre Lima y Panamá se produce un cambio de orden interesante. El efecto de la anticoncepción sobre el aborto es mucho mayor para Lima en el caso de que las mujeres que usaron ACE hubieran usado ACE. La explicación es que el número de mujeres de Lima con vida sexual activa, que usan ACE es muy superior al de Panamá: 42,9 contra 19,6 por ciento, respectivamente. Lo contrario sucede con los porcentajes de las que usan ACE (en mujeres con relaciones sexuales): 46,1 por ciento en Panamá contra 17,7 en Lima.

Lo más importante de los resultados del cuadro 3b es que, cualquiera sea la situación hipotética considerada, el efecto de los anticonceptivos eficaces es mayor para prevenir el aborto inducido que para disminuir la natalidad.

En el caso de que las mujeres que usaron ACE hubieran usado ACE, la reducción de la tasa de aborto inducido fue 6,5, 6,8 y 2,0 (Asunción, Lima y Panamá, respectivamente) veces superior a la reducción de la tasa de fecundidad. En el otro caso hipotético, la reducción de la tasa de aborto inducido fue 16,2, 6,9 y 2,8 (Asunción, Lima y Panamá) veces superior a la reducción de la tasa de fecundidad.

De manera que la acción de los anticonceptivos eficaces se traduce en un desplazamiento del aborto. De manera que las actividades preventivas (si así estuviesen definidas) de la anticoncepción para evitar que las mujeres recurran al aborto, están cumpliendo su objetivo.

#### CONCLUSIONES

Se ha intentado señalar algunos de los principales problemas de la investigación del aborto en América Latina por medio de encuestas por muestreo. Basándose en datos aportados por las encuestas PEAL (Bogotá, Lima, Panamá y Buenos Aires) y FEPA-Asunción se ha podido mostrar que en esas ciudades de América Latina:

- a) El aborto estaba aumentando, y alcanzaba niveles considerables al momento de realizar las encuestas.
- b) La influencia relativa del aborto en el nivel de la fecundidad no es despreciable. Alcanza proporciones notables en las mujeres de 35 a 49 años.
- c) La acción preventiva de los anticonceptivos está desplazando al aborto, más que frenando o disminuyendo la natalidad.

Cuadro 1

EVOLUCION DE LAS TASAS (POR MIL) DE EMBARAZOS, ABORTOS POR EMBARAZOS, ABORTOS POR MUJERES Y FERTILIDAD EN EL QUINQUENIO ANTERIOR A CADA ENCUESTA, SEGUN EL AÑO ANTERIOR Y LOS CUATRO ANTERIORES, POR GRUPOS DE EDADES. PEAL=BOGOTÁ, LIMA, PANAMA, BUENOS AIRES Y FEPA=ASUNCION

Grupos de edad	Tasas del quinquenio anterior								Variación porcentual de las tasas			
	Año anterior				Cuatro años restantes				Año anterior comparado con cuatro años restantes			
	e <sub>x</sub>	ao <sub>x</sub>	a <sub>x</sub>	f <sub>x</sub>	e <sub>x</sub>	ao <sub>x</sub>	a <sub>x</sub>	f <sub>x</sub>	e <sub>x</sub>	ao <sub>x</sub>	a <sub>x</sub>	f <sub>x</sub>
<u>PEAL=BOGOTÁ. 1967</u>												
15-19	69	97	6	52	70	42	3	65	-7	+117	+100	-5
20-34	161	138	22	139	209	124	25	161	-23	+71	-12	-23
35-44	76	240	18	55	70	135	9	61	+9	+78	+100	+10
15-44	719	747	78	701	743	775	75	725	-17	+28	+13	-26
<u>PEAL=Lima. 1968</u>												
15-19	45	333	15	30	54	127	7	47	-17	+162	+114	-36
20-34	224	214	48	175	232	100	25	205	+3	+98	+92	-15
35-44	63	250	16	47	106	191	20	83	-41	+31	+20	-43
15-44	712	727	32	709	767	723	20	739	-12	+85	+60	-22
<u>PEAL=Panamá. 1967</u>												
15-19	82	192	16	66	65	117	8	58	+26	+64	+100	+74
20-34	204	163	33	165	227	163	37	167	-10	0	-11	-72
35-44	53	438	23	26	44	260	11	32	+20	+58	+109	-19
15-44	738	792	27	708	744	765	24	779	+4	+16	+13	-8
<u>PEAL=Buenos Aires. 1968</u>												
15-19	42	143	6	36	37	133	5	37	+14	+8	+20	+15
20-34	153	160	25	127	142	195	28	113	+8	-18	-11	+12
35-44	52	315	15	35	42	353	15	24	+24	+70	+7	+45
15-44	98	788	79	79	88	217	19	67	+13	-13	0	+18
<u>FEPA=Asunción. 1970</u>												
15-19	99	400	39	59	57	105	10	45	+74	+116	+290	+31
20-34	207	147	30	169	202	195	39	161	-7	+25	+23	+5
35-44	88	368	32	56	103	181	19	60	-15	+703	+68	-80
15-44	748	723	33	714	739	792	27	770	+6	+16	+22	+4

Notas: Para cada ciudad se ha indicado el año anterior a la encuesta.

- e<sub>x</sub> = Tasas de embarazos por mil mujeres, en el grupo de edades x.  
 ao<sub>x</sub> = Tasas de abortos espontáneos y provocados por mil embarazos  
 a<sub>x</sub> = Tasas de abortos espontáneos y provocados por mil mujeres  
 f<sub>x</sub> = Tasas de fecundidad por mil mujeres (nacidos vivos por mil mujeres)

Cuadro 2

REDUCCION SUCESIVA DEL NIVEL TEORICO MAXIMO DE EMBARAZOS HASTA EL NIVEL OBSERVADO DE LA FECUNDIDAD, POR LA INFLUENCIA DE LA AUSENCIA DE RELACIONES SEXUALES (ARS), DEL USO DE ANTI-CONCEPTIVOS (AC), DE LA MORTALIDAD FETAL (MF), Y DE LOS ABORTOS INDUCIDOS (AI), SEGUN GRUPOS DE EDADES, EN LOS DOCE MESES ANTERIORES A LA ENCUESTA. PEAL-SOGGTA, LINA Y PANAMA Y PEPA-ASUNCION

Grupos de edades	Tasas (por mil)				Influencia relativa (por cien)			
	e <sup>t</sup>	e <sup>a</sup>	e	f	ARS	AC	MF	AI
<u>Bogotá</u>								
15-19	504	53	45	43	98,2	1,4	0,4	0,4
20-34	309	270	154	137	47,2	46,6	5,8	6,1
35-49	112	97	66	50	24,2	59,7	16,1	14,5
15-49	208	178	103	91	59,0	36,2	5,8	5,2
<u>Lina</u>								
15-19	808	43	33	33	99,7	1,3	0	0
20-34	630	333	205	179	55,0	28,4	5,6	5,2
35-49	147	109	70	56	41,6	42,0	15,4	13,9
15-49	391	201	129	112	68,1	25,8	6,1	5,5
<u>Panamá</u>								
15-19	743	84	72	58	96,2	1,6	2,2	2,0
20-34	595	359	225	166	52,7	33,5	13,7	12,3
35-49	196	135	80	59	41,7	41,7	16,6	14,9
15-49	498	264	147	108	59,2	30,6	10,2	9,2
<u>Asunción</u>								
15-19	803	97	82	37	92,2	2,0	5,8	5,2
20-34	517	302	225	186	64,9	23,3	11,6	10,6
35-49	67	49	46	23	40,9	6,8	52,3	47,1
15-49	366	180	141	105	68,9	16,2	14,9	13,4

Notas: La suma de ARS, AC y MF es 100,0. Se ha estimado AI, al multiplicar MF por 0,9.

- e<sup>t</sup> = Tasa teórica máxima de embarazos  
e<sup>a</sup> = Valor al que se reduce e<sup>t</sup> por la influencia de ARS  
e = Valor al que se reduce e<sup>a</sup> por la influencia de AC (corresponde a la tasa observada de embarazos)  
f = Valor al que se reduce e por la influencia de MF (corresponde a la tasa observada de fecundidad)

Cuadro 3a

NACIDOS VIVOS Y ABORTOS INDUCIDOS: OBSERVADOS (O), EVITADOS (E) Y TEÓRICOS (T).  
PEAL-LIMA, PANAMA Y FEPA-ASUNCIÓN

Ciudad	Mujeres -nos	Si las mujeres que usaron ACE, hubieran usado ACNE						Si las mujeres que usaron ACNE, hubieran usado ACE			
		Nacidos vivos			Abortos inducidos			Nacidos vivos		Abortos inducidos	
		O	E	T	O	E	T	O	T	O	T
Asunción	23 786	227	+ 2,4	229,4	36,7	+ 2,3	39,0	- 1,5	226,5	-3,5	33,2
Lima	15 916	148	+ 8,5	155,5	5,9	+ 2,2	8,1	-16,5	131,5	-4,6	1,3
Panamá	17 200	156	+34,7	190,7	24,9	+11,7	36,0	-16,5	130,5	-7,2	17,7

Cuadro 3b

VARIACION PORCENTUAL ENTRE LAS TASAS OBSERVADAS Y TEÓRICAS, DE FECUNDIDAD Y DE  
ABORTOS INDUCIDOS POR MUJERES, EN LAS SITUACIONES DESCRITAS  
EN EL CUADRO 3a

Ciudad	Tasas generales observadas		Si las mujeres que usaron ACE, hubieran usado ACNE				Si las mujeres que usaron ACNE, hubieran usado ACE			
	F	AI	Tasas teóricas		Variación por- centual		Tasas teóricas		Variación por- centual	
			F	AI	F	AI	F	AI	F	AI
Asunción	114,5	18,5	115,7	19,7	+ 1,0	+ 6,5	113,8	16,7	+ 0,6	+ 9,7
Lima	111,6	4,4	118,0	6,7	+ 5,7	+38,6	99,1	3,0	+11,2	+77,3
Panamá	108,3	17,3	132,0	25,0	+21,9	+44,5	96,9	12,3	+10,5	+28,9

Notas: F = Fecundidad, AI = Aborto inducido.

BIBLIOTECA "GIORGIO MORTARA"  
CENTRO LATINOAMERICANO  
DE DEMOGRAFIA

## NOTAS

- 1/ Organizado por CELADE con la participación de instituciones nacionales, en Bogotá, 1967-68; Panamá, 1968-69; Buenos Aires, 1968-69 y Lima, 1969-70.
- 2/ Véase CELADE: Programa de estudios comparativos sobre aborto inducido y uso de anticonceptivos en América Latina. PEAL. I, agosto, 1968.
- 3/ Las mujeres de nivel socioeconómico bajo recurren escasamente al aborto y a los anticonceptivos (presentando una fecundidad alta). Las mujeres de nivel medio son las que recurren con más frecuencia al aborto, una vez embarazadas, y a medida que se acercan al nivel alto, se hace ostensible el uso de los anticonceptivos que constituyen casi la totalidad de las prácticas anti natalistas en este nivel con la consiguiente fecundidad baja. CELADE: Op. cit., PEAL. I.
- 4/ Véase, Gastondo, S. y Carrasco, E.: "Una encuesta modelo para evaluar la eficacia de los Programas de Planificación Familiar", CELADE, Serie A, N° 119, capítulo II.
- 5/ Realizada en cinco ciudades de Paraguay durante el segundo semestre de 1977, por el Instituto para el Estudio de la Reproducción Humana, con la asesoría de CELADE. Para mayores detalles, véase: Gastondo, S. y Carrasco, E., ... Op. cit.
- 6/ A esa diferencia debería restársele todavía la tasa de mortalidad para obtener  $f_x$ , pero dicha tasa es muy exigua.
- 7/ United Nations: Foetal, Infant and Early Childhood Mortality, Volumen I, ST/SOA/Series A/13, páginas 14 y 15.
- 8/ Simbólicamente,  $(E/N) (A/E) = A/N$ , en que E = embarazos, A = abortos y N = mujeres.
- 9/ Véase Gastondo, S. y Carrasco, E., ... Op. cit., capítulos II y IV.
- 10/ Para mayores detalles, véase Gastondo, S. y Carrasco, E., ... Op. cit., capítulos II y V.
- 11/ No se considera la edad de iniciación en las uniones sexuales y la esterilidad involuntaria. La frecuencia del coito se considera en forma muy burda: ninguna relación sexual y una o más relaciones sexuales.
- 12/ No se indagó por más de un año, porque se pensó que la mujer tendría problemas para recordar en forma más o menos exacta su historia de vida sexual. Si se indagó por menos de doce meses, para evitar posibles variaciones estacionales, tanto en la conducta sexual como en los acontecimientos (abortos y partos).
- 13/ Nivel que se produciría si todas las mujeres tuvieran relaciones sexuales siempre (por lo menos una vez al mes), si no usaron anticonceptivos y si no actuara la mortalidad fetal.
- 14/ No se incluye Buenos Aires, por no tener disponible esta información.
- 15/ Sólo el 26,6 por ciento de las mujeres-nes con vida sexual activa (con relaciones sexuales) de Asunción usaron anticonceptivos en los doce meses anteriores al estudio, cifra muy inferior al 51,8 de Bogotá, al 60,6 de Lima, al 65,7 de Panamá y al 70,2 por ciento de Buenos Aires, de acuerdo a los resultados del PEAL. Véase Gastondo, S., Análisis preliminar de algunos datos sobre aborto provenientes de encuestas en América Latina. CELADE, Serie A, N° 118.
- 16/ Véase Gastondo, S., ... Op. cit., capítulo VI.
- 17/ Entendiendo por eficaces: Esterilización, Gostágonos y DIU. Por menos eficaces, los restantes.
- 18/ Véase Gastondo, S., ... Op. cit., capítulo VI.