

EL ABORTO INDUCIDO COMO CAUSA DE MORTALIDAD MATERNA EN AMERICA LATINA

Tomás Frejka

(United Nations Economic Commission for Europe, Ginebra)

Lucille C. Atkin

(The Ford Foundation, México)

RESUMEN

Debido a la restrictiva legislación sobre el aborto que está vigente en casi todos los países latinoamericanos, no es confiable ni exacto el conocimiento de que se dispone sobre la incidencia del aborto inducido, sus complicaciones y la mortalidad que se relaciona con el mismo. Sin embargo, hay pocas dudas en cuanto a que la incidencia del aborto inducido en América Latina se encuentra entre las más altas del mundo. El número de muertes que se deben a complicaciones por abortos practicados en condiciones inseguras está severamente subestimado en toda la región. Basados en el método de Royston, denominado "ruta de la mortalidad materna", los autores estiman que el número real de muertes relacionadas con el aborto en América Latina es de entre 5 y 10 mil por año. Así, en comparación con la cifra estimada de 4 a 6 millones de abortos inducidos al año, la tasa de mortalidad relacionada con el aborto variaría de 83 a 250 muertes por cada 100 000 abortos.

A partir de los cálculos presentados, queda claro que el aborto inducido en Latinoamérica es un grave problema de salud pública que se asocia con muertes y complicaciones de salud, en gran parte evitables mediante la provisión de métodos de planificación familiar accesibles y apropiados, como asimismo a través de la disponibilidad de servicios de aborto de alta calidad.

(MORTALIDAD MATERNA)
(OMISIONES DEL REGISTRO)
(MORBILIDAD)

(ABORTO PROVOCADO)
(CAUSAS DE MUERTE)

INDUCED ABORTION AS A CAUSE OF MATERNAL MORTALITY IN LATIN AMERICA

SUMMARY

Due to the restrictive abortion legislation which operates in almost all Latin American countries, knowledge about the incidence of induced abortions, their associated complications and related mortality is unreliable and approximate. There is little doubt, however, that the incidence of induced abortion in Latin America is among the highest in the world. The number of deaths due to complications from unsafe induced abortions is severely underestimated throughout the region. Based on Royston's method called the "maternal mortality route", the authors estimate that the actual number of abortion-related deaths in Latin America is between 5 and 10 thousand per year. Thus, compared to the estimated 4 to 6 million annual induced abortions, the abortion-related mortality rate would range from 83 to 250 deaths per 100 000 abortions.

It is clear from the calculations presented that induced abortion in Latin America is a serious public health problem associated with deaths and health complications which could largely be avoided through the provision of accessible and appropriate family planning methods and the availability of high quality abortion services.

(MATERNAL MORTALITY)
(UNDERREGISTRATION)
(MORBILITY)

(INDUCED ABORTION)
(CAUSES OF DEATH)

INTRODUCCION

En la actualidad, entre las causas principales de mortalidad materna en América Latina, el aborto inducido es probablemente la más fácil de prevenir desde un punto de vista técnico, pero la más difícil de abordar desde una perspectiva social y política. Se trata de un tema que toca la esencia del rol y de la condición de la mujer y provoca encendidos debates entre quienes apoyan el derecho de ésta a elegir si desea ser madre y quienes se oponen a él. Es un asunto que a menudo se pasa por alto o se minimiza y respecto del cual, en general, no se dispone de información confiable y exacta, la que se precisa imperiosamente para informar el debate público. Sin embargo, aun cuando no se cuente con estadísticas precisas, es evidente que los abortos inducidos son frecuentes a pesar de la legislación restrictiva y, cuando se practica en situaciones de riesgo, provoca grandes penurias a nivel individual, familiar y social (Frejka, Atkin y Toro, 1989).

El conocimiento acerca de la incidencia de los abortos inducidos, así como respecto de la magnitud de la mortalidad materna a causa de tales abortos, es poco confiable en América Latina. Ello se debe a que en la mayor parte de los casos, la legislación sobre el aborto inducido en los países de la región es restrictiva (Henshaw, 1990) y no existen, por lo tanto, estadísticas oficiales. Sin embargo, es importante tratar de obtener estimaciones razonables sobre la frecuencia del aborto inducido y su contribución a la mortalidad materna, a fin de aportar argumentos más sólidos para su prevención. En el presente documento se hace una estimación de la cantidad efectiva de defunciones relacionadas con el aborto en América Latina y se analiza la contribución del aborto inducido a la morbilidad materna.

Tal como se analizó en un trabajo anterior (Frejka y Atkin, 1990), no cabe duda de que la incidencia del aborto inducido en América Latina es elevada y figura probablemente entre las mayores del mundo, comparable con la de varios países de Asia oriental y Europa oriental. En los distintos países, la tasa total de abortos (es decir, el número de abortos inducidos a lo largo de la vida) parece situarse entre uno y dos, cuando no mayor, por mujer en edad fértil. Por consiguiente, una cifra de entre cuatro y seis millones de abortos inducidos por año parece ser una estimación razonable para América Latina.

Los datos y las estimaciones respecto de la mortalidad materna, en especial la causada por abortos espontáneos e inducidos, probablemente son menos confiables que los referidos a la incidencia de los abortos inducidos. Sin embargo, los datos y las estimaciones disponibles, aun cuando sean imprecisos, proporcionan información suficiente para poder hacer comparaciones. Alrededor de 1990, el nivel de mortalidad atribuible a abortos (estimado como tasas de letalidad) era posiblemente entre 100 y 200 veces más alto en América Latina que en Europa y otros países desarrollados. Es muy probable que esta cifra fuera considerablemente inferior a la de varias otras regiones en desarrollo, particularmente África.

I. MORTALIDAD MATERNA

A fin de estimar la contribución del aborto inducido a la mortalidad y morbilidad maternas, es preciso estudiar los factores relacionados con el subregistro tanto de la mortalidad o morbilidad materna como del aborto inducido. Para comenzar, es un hecho bien establecido que los registros de defunciones maternas adolecen de omisiones considerables inclusive en los países desarrollados. Por ejemplo, en una investigación exhaustiva en Estados Unidos se determinó que había un déficit de 39% en los registros de muertes maternas (Koonin, 1988). Varias evaluaciones efectuadas en los países en desarrollo señalan que el subregistro de defunciones maternas puede llegar hasta 70% (OPS/OMS, 1990). En un estudio reciente realizado en México, D.F., se determinó que no se había registrado aproximadamente el 50% de las defunciones por causas maternas (Reyes y Bobadilla, 1990).

Diversos factores contribuyen a esta situación de notificación incompleta. En muchos lugares, las mujeres no van a los hospitales para dar a luz. Tal vez no lo hagan aunque se estén muriendo. Las mujeres que mueren rápidamente o que viven lejos de un hospital estarán subrepresentadas. Hay otros sesgos de particular importancia en relación con el aborto inducido. Es poco probable que las mujeres pobres que no estén en condiciones de pagar los gastos hospitalarios y las que se puedan avergonzar de estar embarazadas, por ejemplo las solteras o las mujeres muy jóvenes, acudan a un hospital aunque se hallen gravemente enfermas.

Además, las mujeres que fallecen después de 42 días desde el término del embarazo no se incluyen actualmente en las estadísticas relativas a la mortalidad materna. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la defunción materna como la que tiene lugar mientras la mujer está embarazada o dentro de los 42 días siguientes al término del embarazo. A veces se presentan complicaciones más allá de este período. Los nuevos tratamientos utilizados para evitar el fallecimiento de una mujer pueden retrasar la muerte más allá de 42 días. En un estudio realizado en Estados Unidos se determinó que 11% de las defunciones maternas tenían lugar

Cuadro 1

**NUMERO ESTIMADO EN 1990 DE DEFUNCIONES MATERNAS
EN ALGUNOS PAISES Y TERRITORIOS DE LAS AMERICAS,
SOBRE LA BASE DE TASAS AJUSTADAS
OBTENIDAS DE CINCO FUENTES DIFERENTES^a**

País	Tasa de mortalidad materna ajustada (por 100 000 nacidos vivos)	Nacimientos (miles)	Defunciones maternas
Argentina (1986)	140	669	936
Bolivia	600	293	1 758
Brasil (1986)	200	4 086	8 172
Chile (1987)	67	301	202
Colombia (1984)	200	861	1 722
Costa Rica (1988)	36	80	29
Cuba (1988)	36	181	65
Ecuador (1987)	300	328	984
El Salvador (1984)	300	182	546
Guatemala (1984)	300	350	1 050
Guyana (1984)	200	26	52
Haití	600	213	1 278
Honduras (1983)	300	189	567
Jamaica (1984)	115	65	75
México (1986)	200	2 569	5 138
Nicaragua	300	149	447
Panamá (1987)	60	68	40
Paraguay (1986)	300	150	450
Perú (1983)	300	759	2 277
Puerto Rico	20	78	16
República Dominicana (1985)	300	213	639
Trinidad y Tabago (1986)	111	31	34
Uruguay	36	54	19
Venezuela	200	569	1 138
Total			27 634

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1990).

^a Para Argentina, el ajuste se basó en la subinscripción observada en el estudio de Córdoba (Illia, 1987). Para Brasil, Colombia, Guyana, México y Venezuela, se utilizó la tasa estimada para Brasil (Laurenti, 1988). Para Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú, se utilizó la tasa estimada para este último país. Para Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba, Panamá, Puerto Rico, Trinidad y Tabago, Estados Unidos y Uruguay, la corrección se basó en la subinscripción (39%) observada en un estudio en Estados Unidos (Koonin, 1988). Para Jamaica, se utilizaron las cifras obtenidas de un estudio reciente (Universidad de las Indias Occidentales, 1989). Para Bolivia y Haití, la tasa se estimó sobre la base de los datos del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia (1989).

entre 42 días y un año después del término del embarazo (Koonin, 1988). En Colombia, en un estudio efectuado en el Instituto Materno Infantil (Muñoz y otros, 1985), se determinó que 8% de las defunciones maternas se producían después de 42 días desde el término del embarazo. Como reacción a esos datos, la OMS ha ampliado su definición para incluir las muertes acaecidas durante un año después del embarazo. Sin embargo, esta definición sólo entró en vigor en 1993.

Teniendo en cuenta el problema de la notificación incompleta, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha producido estimaciones por países de la tasa de mortalidad materna (calculada por 100 000 nacidos vivos) y de la cifra correspondiente de defunciones maternas (cuadro 1). Estas ascienden a casi 28 000 muertes cada año en América Latina y el Caribe. La tasa media de mortalidad materna para la región de América Latina es aproximadamente de 220 madres fallecidas por 100 000 nacidos vivos. La mortalidad materna es casi el doble de ese nivel en Asia y tres veces mayor en Africa (Royston y Armstrong, 1991).

Aunque las estimaciones del cuadro 1 son más bien aproximadas, señalan grandes diferencias entre los países. Un agrupamiento de los países según el nivel de mortalidad materna (cuadro 2) indica que los que presentan los mayores niveles son Bolivia y Haití, seguidos de varios países centroamericanos junto con República Dominicana, Ecuador, Paraguay y Perú. Se estima que cinco países, incluidos los dos más grandes (México y Brasil), tienen tasas de mortalidad materna de alrededor de 200 madres fallecidas por 100 000 nacidos vivos. Los países que presentan las tasas más bajas de mortalidad materna son, como cabía prever, aquellos que cuentan con sistemas relativamente avanzados de atención de salud o niveles de vida relativamente elevados.

II. MORTALIDAD MATERNA CAUSADA POR ABORTOS INDUCIDOS

En comparación con Estados Unidos, donde las defunciones maternas se estiman en 13 por 100 000 nacidos vivos, la mortalidad materna es de 3 a 45 veces superior en los diversos países de América Latina y el Caribe. En comparación con Canadá, con una tasa ajustada de mortalidad materna de sólo seis, la tasa regional es entre seis y 100 veces mayor; esta última cifra se refiere a Bolivia y Haití (cuadro 1).

Si suponemos como razonable una estimación de 28 000 madres fallecidas para América Latina, es preciso evaluar qué proporción de estas muertes corresponden a abortos, a fin de estimar la cantidad de defunciones relacionadas con el aborto. Básicamente, aplicamos un método esbozado por Royston (1991), que denominó "la ruta de la mortalidad materna" para estimar el número total de muertes causadas por abortos.

Cuadro 2

**PAISES DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE,
SEGUN EL NIVEL DE MORTALIDAD MATERNA
(MADRES FALLECIDAS POR 100 000 NACIDOS VIVOS)**

Mortalidad materna	País
Menos de 99	Puerto Rico
	Costa Rica
	Cuba
	Uruguay
	Panamá
	Chile
100 a 199	Trinidad y Tabago
	Jamaica
	Argentina
Alrededor de 200	Brasil
	Colombia
	Guyana
	México
	Venezuela
Alrededor de 300	República Dominicana
	Ecuador
	El Salvador
	Guatemala
	Honduras
	Nicaragua
	Paraguay
	Perú
Alrededor de 600	Bolivia
	Haití

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1990).

En los 21 países de América Latina y el Caribe que registraron las causas obstétricas directas de las defunciones maternas a mediados del decenio de 1980, el porcentaje medio de fallecimientos causados por abortos fue 17 (cuadro 3). Obsérvese que el número de muertes en este cuadro es considerablemente menor que el del cuadro 1, porque los datos se limitan a las muertes que figuran en los archivos oficiales del registro

**DISTRIBUCION DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA EN ALGUNOS PAISES
Y TERRITORIOS DE AMERICA LATINA, ALREDEDOR DE 1986**

País	Porcentaje de defunciones maternas por causas obstétricas directas									
	Total de madres fallecidas	Abortos	Toxemia del embarazo	Hemorragia del embarazo y parto	Complicaciones puerperales	Otras causas obstétricas directas	Causas indirectas			
Argentina (1986)	369	35	-	14	14	35	2			
Brasil (1986)	1 814	13	29	16	16	19	7			
Chile (1987)	135	35	12	8	24	16	5			
Colombia (1984)	642	23	20	17	9	30	1			
Costa Rica (1988)	15	7	27	27	13	26	-			
Cuba (1988)	73	22	8	3	16	18	33			
Ecuador (1987)	355	8	26	23	11	30	2			
El Salvador (1984)	99	7	5	7	8	72	1			
Guatemala (1984)	236	17	10	2	15	56	-			
Guyana (1984)	17	29	18	41	6	6	-			
Honduras (1983)	79	9	-	-	-	88	3			
Jamaica (1984)	14	64	21	7	-	8	-			
México (1986)	1 681	9	20	25	9	35	2			
Panamá (1987)	22	23	18	5	-	49	5			
Paraguay (1986)	140	14	18	31	17	16	4			
Perú (1983)	538	11	8	33	14	33	1			
Puerto Rico (1987)	11	-	22	9	45	24	-			
Rep. Dominicana (1985)	106	17	25	16	-	34	8			
Suriname (1985)	7	14	14	71	-	1	-			
Trinidad y Tabago (1986)	18	50	28	6	6	4	6			
Uruguay (1986)	14	36	7	7	14	36	-			
Venezuela (1980-1983)	291	23	23	15	15	18	6			

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1990).

civil y no a las estimaciones para compensar las notificaciones incompletas. Si este porcentaje se aplica a las 28 000 muertes maternas estimadas, la cifra anual de fallecimientos relacionados con abortos en la región se aproxima a 5 000.

Esta estimación debe considerarse como un mínimo absoluto. Muchas muertes relacionadas con abortos se registran en otras categorías de causas de defunción materna, en particular las infecciones y quizá las hemorragias. Si éstas se incluyeran en las estimaciones, el número de muertes causadas por abortos aumentaría considerablemente. Puffer y Griffith (1967), al evaluar los datos de registros de abortos en varias ciudades de América Latina, descubrieron omisiones de muertes causadas por abortos que iban de 10% en Santiago de Chile a 65% en Bogotá, Colombia. Aunque esta investigación se realizó en los años sesenta, es muy probable que el subregistro considerable del aborto como causa de muerte materna siga ocurriendo.

Teniendo en cuenta el estigma jurídico y social que conlleva el aborto inducido, no es difícil entender que muchas personas no lo reconozcan como la causa de muerte. Asimismo, el personal médico a menudo no menciona el aborto en sus diagnósticos para protegerse a sí mismo y a las pacientes de la responsabilidad legal. En algunos casos no es evidente que la mujer estaba, o había estado, embarazada. En tales casos, es mucho más fácil registrar la causa de defunción como un trastorno médico, por ejemplo infecciones, hemorragias, septicemias o inclusive insuficiencia renal (que ni siquiera figura como muerte materna). Está claro que un porcentaje considerable de muertes debido a estas causas se produce por abortos inducidos en condiciones peligrosas. El hecho de que los médicos, en general, tiendan a registrar las causas más inmediatas de muerte y no la condición previa o causal, sólo agrava el subregistro del aborto inducido como causa de mortalidad materna. En un estudio realizado en Brasil, se determinó que el 60% de las muertes que, según se informó, habían sido causadas por infecciones estaban relacionadas con abortos (Laguardia y otros, 1990). En un estudio efectuado en Colombia (Muñoz y otros, 1985), se llegó a la conclusión de que el 66% de las muertes maternas atribuidas a infecciones se debían realmente a abortos inducidos. Por consiguiente, al estimar los fallecimientos relacionados con abortos, es preciso incluir una proporción de las muertes causadas por infecciones.

Es muy difícil cuantificar esta forma de subregistro, pero probablemente no sea muy exagerado suponer que el número de muertes relacionadas con los abortos en América Latina podría ascender al doble de la estimación mínima antes especificada. Para calcular algunas medidas que permitan efectuar comparaciones, suponemos que el número real de defunciones relacionadas con abortos en América Latina se sitúa entre 5 000 y 10 000 por año. La última cifra representa más de la tercera parte de todas las muertes maternas.

Si se compara la estimación de 5 000 a 10 000 muertes relacionadas con abortos con los cuatro a seis millones de abortos inducidos que se calcula ocurren cada año en América Latina (Frejka y Atkin, 1990), la tasa estimada de mortalidad relacionada con abortos varía de 83 a 250 muertes por 100 000 abortos. La tasa de mortalidad relacionada con abortos por 100 000 abortos en los países desarrollados es mucho menor: varía de cero en Nueva Zelanda (1976-1987) y Noruega (1978-1982) a dos en Escocia (1976-1987), según los cálculos efectuados por Henshaw (1990). La tasa agregada de mortalidad relacionada con abortos para los países donde el aborto es legal es de 0.6% por 100 000 abortos.

III. MORBILIDAD RELACIONADA CON ABORTOS (COMPLICACIONES)

Aunque estas estimaciones indican que el aborto inducido contribuye considerablemente a la mortalidad materna en América Latina, es importante recordar que, cuando se realiza en condiciones peligrosas, el aborto inducido puede causar también una diversidad de complicaciones médicas y psicosociales. Por el contrario, cuando es practicado por personal especializado en condiciones adecuadas, rara vez se presentan complicaciones. Esto es lo que sucede generalmente en los países donde la legislación sobre el aborto inducido es liberal y se practica en instituciones especializadas. En condiciones de seguridad, el porcentaje de abortos inducidos con complicaciones posteriores que requieren hospitalización de la paciente rara vez sobrepasa el 5%; por lo general es mucho menor.

En Brasil, país que cuenta con una legislación restrictiva, un estudio efectuado en comunidades en 1990 entre las empleadas de una universidad (Hardy y Costa, comunicación personal) encontró una tasa de complicación de casi 20%. La mayoría de los abortos fueron realizados por médicos en una clínica o un hospital, pero aun en estas circunstancias se produjeron complicaciones en el 10% de los casos. Los abortos realizados en los hogares por personas sin formación profesional se tradujeron en complicaciones en aproximadamente el 50% de los casos. Aun cuando las mujeres de menores recursos, más propensas a someterse a abortos en condiciones peligrosas, pudieran estar subrepresentadas en este estudio, las tasas de complicación encontradas indican que un gran porcentaje de mujeres padece complicaciones de salud después de un aborto inducido cuando éste tiene lugar en un entorno con legislación restrictiva. Aunque lo realicen médicos, las tasas de complicación son mayores que las que figuran en los estudios de países con una legislación liberal en materia de aborto. Ello quizá se deba a que muchos de los médicos que realizan el aborto inducido no han recibido capacitación adecuada en este procedi-

miento o porque emplean métodos anticuados en condiciones que no son las mejores.

En otro estudio en que se examina un gran conjunto de datos se señalan también elevadas tasas de complicación (morbilidad) a causa del aborto inducido. Un análisis exhaustivo de los datos correspondientes al decenio de 1980 provenientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (Hernández y otros, 1991) reveló que las tasas de letalidad diferían considerablemente para las distintas causas de mortalidad materna (cuadro 4). Los datos, tomados al pie de la letra, indican que las tasas de letalidad correspondientes a los abortos son, lejos, las más bajas. (Aunque todas las muertes fueron evaluadas por comisiones de mortalidad materna que determinaron de manera independiente las causas de defunción, es difícil establecer si las muertes relacionadas con abortos se registraron como hemorragias o septicemias.) Las tasas de letalidad para hemorragias, toxemias y septicemias son 10, 24 y 27 veces superiores a las de los abortos. Además, según los datos del cuadro 4, el 63% de las pacientes tratadas por problemas relacionados con el embarazo eran pacientes que habían abortado, aunque sólo el 9% de las muertes fueron causadas por abortos.

Estas conclusiones pueden interpretarse de diversas maneras. En primer lugar, los abortos inducidos se traducen con frecuencia en complicaciones que requieren hospitalización, pero estos casos rara vez son mortales. En segundo lugar, gran cantidad de abortos inducidos se inician "en el hogar" y cuando se presenta una hemorragia (o cualquier otro síntoma) las mujeres pueden ingresar a un hospital, dándose por entendido que se trata de abortos espontáneos en curso. En tercer lugar, no obstante las evaluaciones realizadas por las comisiones de mortalidad materna, muchas de las muertes registradas como causadas por hemorragias o septicemias pueden haberse debido a abortos inducidos a cargo de personal no profesional. Muy probablemente, la baja tasa de letalidad de abortos sea consecuencia de una combinación de interpretaciones. Sin embargo, si los factores primero y tercero son los más importantes, ello indicaría que en México una cantidad relativamente importante de mujeres padece complicaciones de salud a raíz de haber tenido un aborto inducido.

Para Chile se dispone también de estimaciones recientes pertinentes a este tema. En 1987, 31 966 mujeres fueron hospitalizadas debido a complicaciones producidas por abortos espontáneos e inducidos. Requena (1990) estimó el número total de abortos en unos 195 000, de los cuales 176 000 fueron inducidos. Hubo un total de 49 defunciones maternas en 1988 y se sabe que la proporción relacionada con abortos tiende a situarse entre 33% y 42% (Gayán, 1990); de este modo, puede estimarse que en 1988 se produjeron cerca de 19 defunciones relacionadas con abortos. Aun cuando los datos corresponden a distintos años (esto es, 1987 y 1988), son suficientes para estimar el orden de magnitud del problema. Los cálculos consiguientes indican relaciones similares a las que figuran en el estudio

Cuadro 4

**ALTAS HOSPITALARIAS, ALGUNAS CAUSAS,
MUERTES MATERNAS Y TASAS DE LETALIDAD,
1987-1989, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

Causa	Altas hospitalarias ^a		Defunciones ^b		Tasa de letalidad
	Número	%	Número	%	(por 1 000)
Toxemia	46 618	15	314	53	6.74
Hemorragia	57 483	19	156	26	2.71
Septicemia	9 410	3	71	12	7.55
Abortos	189 911	63	54	9	0.28
Total	303 422	100	595	100	1.96

Fuente: D. Hernández y otros, Consideraciones sobre la muerte materna en el IMSS y sus causas, México, D.F., Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 1991.

^a Sobre la base del sistema de registro de altas hospitalarias (Sistema Unico de Información - Subsistema 13).

^b Sobre la base de informes confidenciales de la Comisión nacional de mortalidad.

de México. La tasa de letalidad relacionada con los abortos es baja, a saber, alrededor de 0.6 por cada 1 000 pacientes hospitalizadas por aborto. Al mismo tiempo, la tasa de complicación para todos los abortos es aproximadamente 16%. La tasa de complicación para los abortos inducidos seguramente es mayor, puesto que puede suponerse que en Chile, como en cualquier otro lugar, éstos presentan una tasa de complicación más elevada que los abortos espontáneos.

Estos datos indican que, al menos en México y Chile, los abortos incompletos y complicados constituyen la causa de una gran proporción de hospitalizaciones relacionadas con el embarazo, pero que en la mayoría de los casos el tratamiento tiene éxito y las mujeres no fallecen. Sin embargo, es importante señalar que en otros países la situación puede ser mucho peor. La proporción de mujeres que fallecen a consecuencia de abortos inducidos en determinado entorno depende de muchos factores, como la calidad de los servicios disponibles para el aborto, el conocimiento y las creencias que tienen las mujeres acerca de los síntomas de las complicaciones posteriores a un aborto, su disposición para buscar ayuda en un hospital y la calidad de la atención dispensada en el hospital una vez que ingresan. Como lo señalaron Singh y Wulf (1991), la proporción de mujeres a quienes se les practica un aborto y que posteriormente requieren hospitalización es probablemente muy diferente en Brasil, Colombia y Perú, los tres países en los que se efectuaron estimaciones de los niveles de aborto

basándose en las admisiones en los hospitales. Puesto que se sabe poco acerca de las condiciones en que se practican los abortos clandestinos en otros países de América Latina, no se puede aún concluir que todos los países presentan tasas de letalidad tan bajas como las de México y Chile.

IV. ANALISIS Y CONCLUSIONES

Es evidente que el aborto inducido es un grave problema de salud pública en América Latina. En comparación con los países desarrollados, los abortos inducidos en Latinoamérica van acompañados por una mortalidad relacionada con el aborto relativamente elevada. Además, gran cantidad de mujeres padece graves complicaciones de salud como consecuencia de los abortos inducidos. Como lo han señalado numerosos autores, casi todas estas muertes y complicaciones de salud podrían evitarse mediante una combinación de servicios de planificación de la familia asequibles y apropiados, junto con la prestación de servicios abortivos de alta calidad.

En la medida en que las organizaciones femeninas han logrado mejorar las redes informales que ayudan a las mujeres que necesitan abortar, las mujeres probablemente recurren más temprano al aborto y eligen profesionales más seguros entre los disponibles. Una vez que surgen complicaciones, estas mismas redes pueden haber mejorado las posibilidades de que las mujeres identifiquen los síntomas y busquen atención médica de manera más rápida y apropiada. En algunos lugares, el personal de salud ha recibido capacitación en la identificación y remisión de pacientes con complicaciones a raíz de un aborto. Esto debería disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad severas. Como han mejorado las condiciones de vida de las mujeres en ciertos países y sectores de la población, algunas serán menos vulnerables y más resistentes ante complicaciones causadas por abortos.

También es posible que el mejoramiento de los servicios, incluso sin una liberalización de la legislación relativa al aborto, quizá disminuya el grado de peligro para la salud física que representa el aborto inducido en muchos países de la región y en muchos estratos de la población. Aun cuando las normas legales han experimentado pocas modificaciones, varias otras circunstancias han cambiado. Como consecuencia, una proporción más grande de mujeres puede recurrir al aborto inducido en condiciones seguras y las complicaciones posteriores pueden ser más fáciles de remediar. El método de succión, que es mucho más seguro y más barato que la dilatación y el raspado, se utiliza actualmente con más frecuencia que hace 20 ó 30 años. Es probable que una mayor proporción de abortos inducidos sea realizada por personal más idóneo. Se han ganado decenios de experiencia popular en materia de abortos inducidos. También puede emplearse de manera bastante segura ciertos medicamentos.

No obstante estas tendencias, las circunstancias deplorables en que viven muchas mujeres las hacen especialmente vulnerables a las complicaciones resultantes de los abortos inducidos en condiciones peligrosas. Un gran número de abortos inducidos siguen siendo practicados por personas sin preparación, a menudo las propias mujeres, con métodos inapropiados y peligrosos y en condiciones arriesgadas.

BIBLIOGRAFIA

- Frejka, T. y L.C. Atkin (1990), "El papel del aborto inducido en la transición de la fecundidad de América Latina", *Salud pública de México*, vol. 32, N° 3, México, D.F.
- Frejka, T., L.C. Atkin y O.L. Toro (1989), "Programa de investigación para la prevención del aborto inducido en condiciones riesgosas en América Latina y el Caribe", serie Documentos de trabajo, N° 23, México, D.F., Consejo de Población, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
- Gayán, P. (1990), "Consecuencias médicas del aborto inducido en Chile", *Aborto inducido en Chile*, M. Requena (comp.), Santiago de Chile, Sociedad Chilena de Salud Pública.
- Hardy, E. y G.R. Costa (s/f), *Abortion Experience among Female Employees of a Brazilian University*, inédito.
- Henshaw, S.K. (1990), "Induced Abortion: A World Review, 1990", *International Family Planning Perspectives*, vol. 16, N° 2.
- Hernández D. y otros (1991), *Consideraciones sobre la muerte materna en el IMSS y sus causas*, México, D.F., Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- Koonin, L. (1988), "Maternal Mortality Surveillance, United States", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, N° 37.
- Laguardia, K. y otros (1990), "A 10-year Review of Maternal Mortality in a Municipal Hospital in Rio de Janeiro: A Cause for Concern", *Obstetrics and Gynecology*, vol. 75, N° 1.
- Muñoz, L.A. y otros (1985), "Mortalidad materna en el Instituto Maternoinfantil de Bogotá (1967-80)", *Revista de la Facultad de Medicina*, vol. 39, N° 4, Santiago de Chile.
- OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud) (1990), *Regional Plan of Action for the Reduction of Maternal Mortality in the Americas*, XXIII Pan American Sanitary Conference - XLII Regional Committee Meeting.
- Puffer, R.R. y G. Wynne Griffith (1967), *Patterns of Urban Mortality*, serie Publicación Científica, N° 151, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Requena, M. (1990), "El aborto inducido en Chile", *Aborto inducido en Chile*, M. Requena (comp.), Santiago de Chile, Sociedad Chilena de Salud Pública.
- Reyes, S. y J.L. Bobadilla (1990), "Muertes maternas prevenibles en el Distrito Federal: resultados preliminares", *Gaceta Médica de México*, en prensa.
- Royston, E. (1991), "Estimating the Number of Abortion Deaths", *Methodological Issues in Abortion Research*, Consejo de Población/Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Royston, E. y S. Armstrong (1991), *Prevención de la mortalidad materna*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Singh, S. y D. Wulf (1991), "Estimating Abortion Levels in Brazil, Colombia and Peru, Using Hospital Admissions and Fertility Data Survey", *International Family Planning Perspectives*, vol. 17, N° 1.