

31 JUL 1968

c.2

celeste

distribución restringida

mariano requena

EL ABORTO INDUCIDO COMO PROBLEMA  
DE SALUD PUBLICA

3663

Serie A, N° 57

BIBLIOTECA "GIORGIO MORTARA"  
CENTRO INTERAMERICANO  
DE DEMOGRAFIA

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA

Sede: José M. Infante, 9. Casilla 91  
Teléfono, 495071. Santiago, (Chile)

Subsede: Facultad de Ciencias Económicas y Sociales.  
Ciudad Universitaria Rodrigo Facio  
Casilla, 5249. San José (Costa Rica)

## A. Definición del aborto inducido como problema de salud pública

Al abordar el problema del aborto inducido desde el punto de vista de la Salud Pública, es menester establecer su real prioridad. Para ello se requiere que sea examinado, no sólo en cuanto a su magnitud, sino que también en relación a otros puntos de vista. De este enfoque integrado se podrá deducir su jerarquía como problema de salud.

### 1. Magnitud del Problema.

El primer y más importante criterio de jerarquía es la magnitud de los problemas médicos que él determina. A este respecto, la importancia del aborto inducido es relativa. Si se le mide en relación a la letalidad materna que él produce y se le compara con aquella determinada por partos de término, se observa que varía significativamente entre los países. En aquéllos en que los métodos de inducción usados son primitivos, peligrosos y sépticos, la letalidad es cuatro veces mayor que la que produce un parto de término. Esta misma relación se observa, invertida, en aquellas sociedades donde el aborto es practicado en condiciones asépticas y quirúrgicamente adecuadas. Allí, el parto de término tiene varias veces más peligro de muerte que el aborto inducido.

Debido a lo adverso de las condiciones ambientales y a los métodos de inducción utilizados en los países de América Latina, el aborto es un problema de prioridad médica. En Chile, por ejemplo, produce una muerte por cada 250 mujeres que llegan al hospital por un aborto inducido (1). En Yugoslavia, (2) donde se practica en condiciones adecuadas, la proporción es de una muerte por cada 16 660 abortos provocados. En otras palabras, el riesgo de morir que tiene una mujer chilena que se ha inducido un aborto es 66.6 veces el riesgo de una mujer yugoeslava.

Sin embargo, esta forma de ver el problema a través de la letalidad (es decir, la proporción de muertes de las que se inducen aborto) es aún parcial. Al especialista en salud pública le interesa el total de muertes y el total de atenciones que tiene que proporcionar, independientemente del riesgo que corra



una mujer que se hace un aborto. Es por ello que, además de conocer la letalidad, sea necesario tener información sobre la cantidad total de abortos que se producen. Este último dato, modifica el significado del problema médico, ya que un país o región con alta letalidad, tendrá un problema de Salud Pública sólo si, además de ello, al aborto mismo es una alta frecuencia.

No basta entonces reconocer el aborto como peligroso de muerte, ya que si no se le practica con suficiente frecuencia, la salud pública no podrá darle una alta prioridad.

Hasta ahora, la magnitud se ha medido a través de las muertes que produce. Si bien ella es el daño mayor a la salud y, en consecuencia, el más importante, la repercusión no mortal no es despreciable. El impacto psíquico sobre la mujer, el abandono temporal de los hijos y de la familia, los gastos personales que importa, etc., pueden ser significativos, dependiendo de las características sociales, económicas y culturales del medio en que se produce. Diferente ha de ser la gravedad de un aborto practicado en Japón, donde la sociedad lo ha aceptado oficialmente por una ley, que en Chile, donde es perseguido como delito criminal. Tampoco puede ser igual la repercusión en una familia de escasos recursos que en otra donde la ausencia temporal de la madre es reemplazada por otros.

Mirada en general la magnitud, como criterio de prioridad, el aborto inducido, no depende sólo de su letalidad o incidencia. Las características sanitarias, económicas y culturales del medio en que se produzcan son las que nivelan su gravedad e importancia.

## 2. Vulnerabilidad del aborto inducido

El segundo criterio de jerarquía es la vulnerabilidad del aborto inducido o su posibilidad de controlarlo. Ello depende, principalmente, de dos factores que son: el conocimiento que se tenga del problema y los recursos humanos y materiales disponibles.

Debido a que el aborto inducido es una acción determinada decisivamente por las condiciones económicas y las características culturales, su historia natural variará entre un país o región y otra. De ello resulta que

los conocimientos logrados en Chile no puedan ser aplicados a otros países. Aún dentro de Chile mismo se han encontrado diferencias entre las regiones.(4).

Desde el punto de vista de la acción de la salud pública, los hallazgos chilenos más significativos (3) (4) se resumen en los siguientes puntos:

- a) Los factores causales son múltiples e inter-relacionados. Dentro de ellos, el factor económico juega un rol importante pero sólo como determinante inmediato.
- b) El grupo de mujeres que con más probabilidad se induciría un aborto si se embarazara, se caracteriza por pertenecer al grupo de edad entre 25 y 34 años, estar casadas, tener una escolaridad de nivel primario, trabajar fuera del hogar, haber vivido cinco o más años en Santiago y haberse inducido uno o más abortos previamente.

La última característica señalada, o sea los antecedentes de abortos inducidos, es la de mayor importancia práctica en la acción de salud pública. A medida que la mujer tiene más abortos inducidos previos, el riesgo de que el próximo embarazo termine en otro aborto, es significativamente creciente (cuadro 1).

Cuadro 1

PORCENTAJE DE ABORTOS INDUCIDOS SOBRE EL TOTAL DE EMBARAZOS SEGUN EL NUMERO DE ABORTOS INDUCIDOS PREVIOS. QUINTA NORMAL 1962 - 1963.

Abortos inducidos previos	Número de embarazos iniciados	Porcentaje de abortos inducido
0	1.817	11.5
1	334	39.0
2	183	35.5
3	93	49.5
4	43	55.8
5	26	69.2
6 y más	119	86.6
Total	2.617	23.1

Fuente: Requena, M. "Social and Economic Correlates of Induced Abortion in Santiago, Chile". Demography, 2, pág. 33, 1965.

Es decisivo este hallazgo epidemiológico por su utilidad programática en salud pública. El grupo de mujeres que ya se ha inducido abortos - que es el que seguirá haciéndolo - lo encontramos concentrado en las maternidades chilenas. Sin necesidad de recurrir a campañas especiales de propaganda y difusión, a establecimientos de policlínicos periféricos, o a inversiones especiales en personal profesional, se puede hacer una labor preventiva eficaz. Todo esto, naturalmente, siempre y cuando se desee abordar solamente el problema del aborto inducido.

Además, las mujeres con aborto inducido que llegan a la maternidad son aquellas que tuvieron complicaciones más serias y que tienen, y seguirán teniendo, un mayor riesgo de muerte. La maternidad nos concentra no sólo a las mujeres que se inducen aborto, sino que, dentro de ellas, al grupo que está más expuesto a las complicaciones y a la muerte.

No basta que se posean los conocimientos sobre la historia natural del aborto inducido para que éste se haga vulnerable a nuestra acción. Es necesario, además, la existencia de medidas preventivas eficaces. El aborto voluntario las tiene a varios niveles preventivos, y una acción integral debe, necesariamente, considerarlas todas. Sólo deseamos enumerarlas:

- a) La anticoncepción científica que pretende reemplazar al aborto inducido.
- b) La acción educativa de información y educación a la mujer, sobre los peligros del aborto y las posibilidades anticonceptivas.
- c) La protección médica y la rehabilitación de la mujer que ya se ha inducido un aborto, para evitarle complicaciones mortales.

Aún cuando se cuente con los conocimientos y con las medidas de acción eficaces, el problema no podrá ser vulnerado si no contamos con los recursos y la organización administrativa en la cual basarlo. Las ideas surgidas del conocimiento del problema y de las posibilidades de acción educativa, preventiva y de rehabilitación, necesitan de instituciones a través de las cuales actuar, de personal adecuadamente adiestrado y de los recursos materiales mínimos. Al enfrentarse con la necesidad de actuar, estos elementos se les considera como el obstáculo mayor, debido a que aparecen como las



barreras más inmediatas. Sin embargo, resulta más difícil lograr los conocimientos necesarios y disponer de las medidas de control adecuadas, que obtener los recursos de cualquier tipo que ellos sean.

3. Costo de la "acción" versus costo de la "no-acción".

La medicina nunca puede negarse a la acción curativa, aún cuando su eficacia se sepa nula. Si el problema del aborto complicado se presenta, se debe abordar su solución independientemente de las creencias, actitudes o legislaciones pertinentes. Esta acción curativa representa la inversión obligada de recursos materiales y humanos que deben ser comparados con el costo que representaría una acción preventiva de control. De su balance, resultarán los elementos de decisión que ayuden a determinar una acción.

En la práctica, es difícil estimar los costos de un problema como éste. Existe, debido a las características de privacidad y secreto que tiene, un costo total difícil de precisar, por los gastos ocultos e indirectos implicados. En una área de salud de Santiago, se pudo obtener en 1964, algunos índices de costos del aborto inducido (5). Esta población, que contaba con 500 000 habitantes, había invertido durante un año la cantidad de 350 000 Escudos en días-camas para su atención. El programa de control que se proponía tenía un costo de 35 000 Escudos, que se financiaría sólo si se lograba disminuir en sólo 10 por ciento los abortos inducidos que llegaban a la maternidad. Si el programa era capaz de obtener una disminución de 500 abortos (el total de abortos atendidos era aproximadamente de 5.000), se justificaba una acción desde el punto de vista económico.

Se estimó que por cada cinco anticonceptivos del tipo de los intra-uterinos, indicados en el grupo que tenía antecedentes de aborto, se prevenía un aborto inducido. En consecuencia, la prevención de 500 abortos requería la colocación de 2 500 aparatos intra-uterinos. Esta cifra fue sobrepasada en más del doble, ya que en el primer año de labor, se llegó a indicar 7 000 anticonceptivos intra-uterinos.

#### 4. Apoyo de la comunidad

El último factor de prioridad que analizaremos, es el relativo al apoyo de la comunidad. Por lo complejo del tema y por las variables culturales y económicas locales, es difícil poder presentar conclusiones generales. Se puede afirmar que ha habido una preocupación progresiva por investigar los mecanismos de aceptación y difusión de medidas que reemplacen el aborto inducido. La mente culta que acepta rápidamente este reemplazo, no es la que posee la mujer que se practica abortos. Ella está guiada por patrones culturales muy arraigados, por creencias tradicionales y por una cantidad de temores mágicos que le impiden pasar rápida y fácilmente del aborto inducido a la anticoncepción eficaz.

A manera de conclusión, es importante insistir que la decisión de iniciar una acción programada de control de los abortos inducidos, no depende sólo de su magnitud sino que también de otros factores significativos. Esto es particularmente cierto en el caso del aborto inducido por ser un problema influido y determinado principalmente por variables muy diferentes entre los países e, incluso, entre regiones dentro de un mismo país.

#### B. El aborto inducido en América Central

Información sobre las características del aborto inducido en los países de América Central no ha sido posible encontrar, con la excepción de un estudio intra-hospitalario practicado en la ciudad de El Salvador (6), que indica que el 17.2 por ciento de los egresos de la maternidad eran debido a aborto criminal. Aún cuando desde cierto punto de vista sus resultados tienen valor, resulta difícil proyectar sus hallazos a la comunidad. Esto es inherente a los estudios intra-hospitalarios, que representan una muestra de la que se desconoce el sentido de su selección. Se cierra así la posibilidad de conocer directamente la magnitud del problema en América Central. Es por ello que, a pesar de las limitaciones de los métodos indirectos de estimación, se intentará usarlos con las precauciones necesarias.

El análisis de la situación en base a datos indirectos, necesita al menos de una premisa. Ella establece que la natalidad máxima de una población que no recurre a medidas de control de natalidad es de aproximadamente 50 nacidos vivos por cada mil habitantes. Tietze (7) llega a esta conclusión después de calcular la natalidad en base a una población teórica. Las condiciones (8) que planteó para confeccionar este modelo, parecieron semejantes a las características



que pueden tener los países de América Central. De allí que se haya adoptado como premisa.

En base al patrón señalado se examinarán las tasas de natalidad que Naciones Unidas estima para los países centroamericanos (cuadro 2).

Cuadro 2  
NIVEL ESTIMADOS DE FECUNDIDAD EN LOS PAISES DE CENTROAMERICA

País	Año	Base <u>a/</u>	Tasa de Natalidad nacimiento por 1 000 habitantes
Guatemala	1960	A	49.5
Honduras	1951-56	C.1	54.0
El Salvador	1961	A	49.6
Nicaragua	1940-45	C.1	49.0
Costa Rica	1960	A	50.2
Panamá	1960	A	41.0

Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Boletín de Población de las Naciones Unidas, N° 7. Naciones Unidas Nueva York 1965. Cuadro 5-1, Pág. 75.

a/ Bases de las Tasas:

- A. "Estadísticas completas de registro de nacimientos". (Las tasas se basan en las estadísticas oficiales de la población).
- C.1. Estimaciones por "inversión-supervivencia", basados en datos relativamente satisfactorios.

A excepción de Panamá, el resto de los países de América Central poseen una natalidad que coincide con la supuesta para una población que no recurra a medidas de control. Aún cuando nadie puede negar que se inducen abortos y que se usan anticonceptivos, se podría pensar que, por la baja frecuencia estas prácticas no alcanzan a tener significación en el nivel de la fecundidad.

Aceptar la afirmación anterior, aún cuando sólo en carácter de hipótesis induce a plantear en forma muy preliminar una segunda pregunta. Cómo necesariamente tendrá que ocurrir cuando estos países comiencen a regular su fecundidad. ¿cuál será el medio a que primero recurrirán? Argumentos históricos, culturales,

psicológicos, etc., han inducido a plantear que, muy probablemente, será el aborto inducido. Creemos que se repetirá la experiencia que están viviendo otros países latinoamericanos como Chile, Uruguay y Argentina, en los cuales la baja de la natalidad se ha debido al aborto principalmente. Debido a las semejanzas económicas, culturales y sociales entre los diferentes países latinoamericanos, es dable suponer que los factores determinantes y consecuencias del aborto inducido, serán semejantes. Al mismo tiempo, tendrán una alta prioridad como problema de salud pública.

Si la hipótesis expuesta pudiera demostrarse como verdadera, se presenta a los profesionales de la Salud de esta parte de América, la oportunidad única de practicar la Salud Pública Preventiva. Esto no sólo porque se cuente con los conocimientos que permitan hacer esta predicción, sino que además, porque existen los medios preventivos adecuados, se podría contar con los recursos necesarios y con el apoyo de la comunidad. Todos estos factores favorables, que para lograrlos se necesitaron 20 o 30 años en Chile, posiblemente en América Central estén al alcance de la mano. Sin embargo, lo más urgente es comenzar un esfuerzo para obtener los conocimientos sobre el problema, que parece ser lo más difícil y largo de lograr.

## NOTAS

1. Plaza S., Briones.H. "El aborto como problema asistencial". Revista Médica de Chile. 91(4): 294 Abril 1963.
2. Adolsek, L. "Current status of abortion and family Planning in Yugoslavia". Fourth conference of the International Planned Parenthood Federation, western hemisphere region, San Juan Puerto Rico, April 1964.
3. Requena, M. "Social and economics correlates of induced abortion in Santiago, Chile." Demography, 2: 33, 1965.
4. Armijo, R, Monreal, T. "Epidemiología del aborto provocado en Santiago." Revista Médica de Chile. 10: 548, Julio 1964
5. Requena, M. Programa de Control de Aborto. Area Occidental de Santiago Servicio Nacional de Salud. Mayo 1964. Chile.
6. Bustamante S. "Pérdida Gestacional por Aborto en el Hospital de la Maternidad de San Salvador". Presentado en el IX Congreso Centroamericano. Costa Rica. Noviembre 1961.
7. Tietze, Ch. "Pregnancy Rates and Birth Rate" Population Studies. XVI (1): 31, Jul. 1962.
8. Los supuestos en que el autor (7) se basa para construir el modelo que lo lleva a esta cifra son: tasa de embarazo de 80 por 100 años-mujeres mortalidad fetal (mortinatos y aborto espontáneo) de 20 por ciento de los embarazos, edad del matrimonio alrededor de los 20 años; una proporción de mujeres fértiles que va de 95 por ciento en el grupo de 20 a 24 años, a 15 por ciento en el de 45 a 49; 10 por ciento de mujeres fértiles no expuestas al riesgo y una expectativa de vida al nacer de 50 años.
9. Naciones Unidas. Boletín de Población . N°7 - 1963. Nueva Yok. 1965.





